Recommandations pour la prescription de l'Antigénurie Légionelle

Emilie Bessède, bactériologie, groupe Pellegrin-Tripode ; Elodie Blanchard, pneumologie, groupe Sud ; Fabrice Camou, réanimation médicale, groupe Saint André ; Charles Cazanave, maladies infectieuses, groupe Pellegrin-Tripode ; Olivia Peuchant, bactériologie, groupe Sud (Septembre 2013).

L'incidence de la légionellose en France est d'environ 1 500 cas par an (2,4 cas pour 100 000 habitants) et représente moins de 5% des pneumonies aiguës communautaires. Plus de 90% des cas sont dus à *Legionella pneumophila* de sérogroupe 1, seul sérogroupe détecté par le test urinaire. En 2012 au CHU de Bordeaux, la positivité de l'antigénurie légionelle a été de 0,20% (8 antigénuries positives pour 3966 demandes). Ceci engendre un surcoût en hausse continue depuis 2010.

Réaliser ce test en urgence suppose, qu'outre l'information diagnostique apportée (déclaration obligatoire), une décision thérapeutique en découle. Or, en cas de négativité, aucune décision de désescalade ne peut être prise car le taux de faux négatifs peut atteindre 25%. *A contrario*, en cas de positivité du test, surtout dans les formes graves, restreindre le spectre de l'antibiothérapie probabiliste peut s'avérer délétère car, d'une part, il existe des co-infections respiratoires avec le pneumocoque et d'autre part, le bénéfice d'une association antibiotique dirigée contre *Legionella* est incertain.

Hors alerte épidémique ou demande spécifique motivée par un médecin sénior,
la recherche de l'antigène de *L. pneumophila* de sérogroupe 1 dans les urines
est justifiée uniquement s'il existe

une pneumonie aiguë (≥ 1 signes parmi : toux avec ou sans expectoration, douleurs thoraciques, dyspnée, fièvre, signes auscultatoires - crépitants, souffle tubaire, frottement pleural - et signes radiologiques : opacités alvéolaire et/ou interstitielles uni ou bilatérales)

et

un contexte pouvant évoquer une légionellose (surtout s'il existe plusieurs critères)

- des signes extra-respiratoires (céphalées, confusion, diarrhée, myalgies, hyponatrémie < 130 mmol/l…)

et/ou

- une sévérité clinique imposant l'hospitalisation en surveillance continue ou en réanimation

et/ou

- un contexte épidémiologique (voyage, exposition à une aérosolisation d'eau)

et/ou

- un échec d'une première ligne antibiotique par bêta-lactamines

En revanche, il n'y a pas lieu de réaliser **systématiquement** une recherche de l'antigène de *L. pneumophila* dans les urines en cas de

bronchite aiguë
exacerbation aiguë de BPCO
légionellose de moins de 2 mois

Si la suspicion clinique est forte et que l'antigénurie est négative, la recherche peut être répétée dans les 48 heures. Avant de récuser le diagnostic, d'autres mesures diagnostiques doivent être envisagées permettant, entre autres, le diagnostic d'autres sérogroupes : prélèvement respiratoire pour culture sur « milieu Légionelle » (à préciser sur le bon) et sérologie à réaliser à J_0 et J_{15}.

Remarque : L'antigénurie Pneumocoque et l'antigénurie Légionelle sont deux examens différents qui ne nécessitent pas d'être systématiquement prescrits simultanément. Il existe une fiche de recommandations pour prescrire l'antigénurie Légionelle.