

Conduite à tenir devant un ou plusieurs cas de coqueluche

I- Introduction

La découverte d'un cas ou plusieurs cas de coqueluche nécessite des mesures immédiates pour limiter la transmission croisée, ainsi qu'une investigation à la recherche d'autres cas parmi les patients, le personnel et tout sujet contact.

La coqueluche est une toxi-infection bactérienne de l'arbre respiratoire inférieur d'évolution longue et hautement contagieuse. Affection grave voire mortelle chez le nourrisson de moins de 6 mois.

II – Epidémiologie

1- Agent causal :

Deux bactéries du genre des *Bordatella* bacille à Gram négatif : *Bordatella pertussis* et *Bordatella parapertussis* sont responsables des syndromes coquelucheux chez l'homme. Elles expriment leur virulence par des toxines mais également par des adhésines ce qui explique la symptomatologie de toux quinteuse prolongée.

2- La transmission : aérienne et se fait par l'intermédiaire de gouttelettes provenant des voies aériennes supérieures d'un sujet infecté, générées par la toux, les éternuements ou la parole. La transmission est essentiellement intrafamiliale ou intra collectivités.

La contagiosité diminue avec le temps : maximale surtout pendant la phase catarrhale et début de la phase quinteuse, et jusqu'à 21 jours après le début des signes en absence de traitement antibiotique. Le sujet n'est plus contagieux après 5 jours d'un traitement antibiotique adapté ou 3 jours d'Azithromycine.

3- Immunité : l'immunité acquise après la maladie ou la vaccination.

♦ *L'immunité naturelle* : la durée de protection après maladie naturelle est estimée environ à 12-15 ans. Elle est susceptible de se renforcer à l'occasion de contacts avec un sujet malade et contagieux.

♦ *L'immunité vaccinale* : elle est également de durée limitée variant selon le type de vaccins. Pour les vaccins entiers classiques, la durée de protection est estimée à 8 ans.

III- Clinique :

L'expression clinique de la coqueluche est variable selon les sujets. On distingue plusieurs formes

1- **Forme classique typique de l'enfant non vacciné** :

- Incubation de 10 j (extrêmes 7 à 21 jours)
- la période d'invasion (10 jours) se caractérise par une toux d'abord banale puis quinteuse. Les quintes sont répétitives, violentes, cyanosantes, volontiers nocturne, sans fièvre, finissant par une reprise inspiratoire sonore comparable au chant du coq. Les dernières secousses libèrent expectoration claire et épaisse. Elles sont maximales pendant 10-15j et durent 3-4 semaines.
- Phase de convalescence: plusieurs semaines où les quintes sont moins fréquentes et moins sévères.
- Une toux résiduelle persiste 2-3 mois (tic coqueluchoïde)

2- Forme clinique du petit nourrisson non vacciné (âge < 6 mois) : toux quinteuse prolongée, cyanosante, mais souvent sans chant du coq (mal tolérées avant 3 mois pouvant s'accompagner de cyanose, d'apnées et de bradycardie profonde). Les complications sont aussi les pneumopathies de surinfection. Par ailleurs la coqueluche est vraisemblablement impliquée dans la mort subite du nourrisson.

3- Forme clinique de l'enfant anciennement vacciné et de l'adulte : les tableaux cliniques sont de gravité variable. Il peut s'agir d'une toux banale, de courte durée ou prolongée. La coqueluche de l'adulte est une maladie le plus souvent méconnue dont le diagnostic devrait être évoqué devant **toute toux sans cause évidente**, persistante ou s'aggravant au-delà d'une semaine, surtout si elle revêt les caractéristiques d'une toux coquelucheuse (recrudescence nocturne et insomniente).

4- Complications : elles sont fréquentes et graves chez nourrisson < 3 mois :

- Respiratoires : quintes asphyxiantes (cyanosantes avec désaturation), quintes apnéisantes ou apnées silencieuses, bradycardies, Bronchopneumonie, pneumo coqueluche alvéolaires sévères

- Mécaniques : Ulcération du frein de la langue, hémorragies sous conjonctivales, d'emphysème médiastinale
- Neurologiques : convulsions et encéphalopathie
- Coqueluche maligne :
 - Détresse respiratoire majeure, hypoxie réfractaire, tachycardie extrême défaillance multi viscérale cardiaque, rénale, hépatique et neurologique.
 - Hyponatrémie, hyperleucocytose, hyperplaquettose.
 - Pronostic sévère avec une mortalité très élevée+++

IV- Diagnostic positif

1- Arguments épidémiologiques : l'existence de cas dans l'entourage est à rechercher systématiquement, cette information aide au diagnostic s'il existe :

♦ Une notion d'épidémie de toux prolongée > 7 jours,

♦ Des cas au contact du malade survenus avec une durée d'incubation compatible (7 à 21 jours) contrairement aux viroses respiratoires d'une durée d'incubation plus courte (1 à 2 jours).

2- Arguments cliniques:

- Le déroulement de la maladie
- Le caractère de la toux : Toux paroxystique avec quinte durant plus de 21 jours chez un sujet non vacciné : coqueluche
- Le chant du coq : absent chez le jeune nourrisson, les adultes et les sujets anciennement vaccinés
- Pas de fièvre ni d'autres signes respiratoires
- Entre les accès de toux et les quintes : le sujet est asymptomatique

3- Arguments paracliniques

- Bilan d'orientation :

FNS: hyperlymphocytose (> 10 000/mm³)

CRP: le plus souvent normale (élimine les diagnostics ≠)

Radio thorax : atélectasie/surinfection/ Pneumothorax

Ionogramme sanguin : dépistage d'un SIADH (hyponatrémie)

- Bilan de certitude :

La détection de l'ADN bactérien par PCR (jusqu'à 3 semaines après le début de la toux) sur prélèvement nasopharyngé

Culture sur aspiration nasopharyngée (1 semaine de toux) l'isolement en 5-7 jours de la bactérie sur des milieux spécifiques (Bordet-Gengou)

La sérologie (après 21 jours de toux) à condition qu'il n'ait pas reçu de vaccin coquelucheux dans les 3 dernières années.

V- Diagnostic différentiel : devant une toux du nourrisson

RGO

Asthme - bronchiolite à VRS

Inhalation de corps étranger/ laryngite sous-glottique

Pneumopathie à chlamydia trachomatis (Nné)

Bronchopathie à adénovirus (enfant/adulte)

Corps étranger, allergie, compression trachéale

Tuberculose, mucoviscidose, Cardiopathie congénitale

VI- Traitement curatif

1- Traitement symptomatique

Hospitalisation : nourrisson de moins de 6 mois.

Surveillance : cardio-respiratoire : aspirations régulières, position proclive, fractionnement des repas / gavage, hydratation et oxygénothérapie.

Les formes graves : réanimation pédiatrique

2- Traitement spécifique

Azithromycine = 20 mg/kg/jour en une seule prise (sans dépasser 500 mg/jour) pendant 3 jours chez l'enfant

Clarithromycine= 15 mg/kg/j pendant 7 jours en 2 prises (maximum : 500 mg 2 fois par jour) chez l'enfant

Si CI des macrolides : cotrimoxazole(sulfaméthoxazole+ triméthoprime)

Les Bêtalactamines (pénicillines, céphalosporines) : inefficaces, non recommandées.

VII- Prévention

- Eviction des collectivités : 3 jours si traitement par Zithromax, 5 jours si autres traitements
Jusqu'à 3 semaines de toux en l'absence de traitement.

Antibioprophylaxie des sujets contacts proches non vaccinés ou dont la vaccination date de plus de 5 ans

Antibioprophylaxie le plus tôt possible, au maximum, 21 jours après le contact avec un cas index en période de contagiosité

Mise à jour du calendrier vaccinal

VIII- Conduite à tenir devant un cas de coqueluche

1- Mesures relatives au cas (précautions particulières « gouttelettes»)

Isolement en chambre seule

L'isolement est signalé sur la porte

Les déplacements du patient hors de la chambre sont limités au maximum et imposent le port d'un masque chirurgical

Toute personne intervenant autour du lit malade porte un masque chirurgical

Le masque sera enlevé dans la chambre et suivi d'une désinfection des mains par un produit hydro-alcoolique

Les précautions sont particulièrement strictes vis-à-vis des visiteurs immunodéprimés qui doivent être avertis des risques

Durée : 05 jours ou 3 jours si Azithromycine. Déclaration obligatoire

2- Mesures dans l'entourage du cas

Déclaration obligatoire

Une enquête épidémiologique

Définir le(s) sujet(s) exposé(s) : sujet vacciné ou non, ayant été en contact avec une personne qui avait une coqueluche non traitée ou traitée depuis moins de 5 jours

Aviser l'entourage familial, social ou professionnel : consulter si survenue d'une toux dans les 21 jours qui suivent le dernier contact

3- Le clinicien :

- Prescrit une antibioprophylaxie aux sujets à haut risque, le plus tôt possible, et maximum 21 jours après le dernier contact avec le cas : nourrissons ou enfants non ou incomplètement vaccinés, femmes enceintes, sujets atteints de maladies respiratoires chroniques (asthme...) parents des nourrissons non encore vaccinés

- Une antibioprophylaxie aux adultes exposés à risque

Non vaccinés

Dernière vaccination remonte à plus de 5 ans

- Mettra à jour les vaccinations selon le calendrier vaccinal

4- Le suivi médical

Cas suspects : toux ou quintes évocatrices depuis plus de 8 jours et en l'absence d'une autre étiologie

Un cas confirmé cliniquement : toux avec quintes évocatrices > 14 jours, en l'absence d'une autre étiologie

Un cas confirmé biologiquement : culture positive, et/ou PCR positive

Un cas confirmé épidémiologiquement: présence d'un cas confirmé dans l'entourage dans les 3 semaines précédant le début de la toux.