

La coqueluche est une maladie infectieuse très contagieuse qui touche l'arbre respiratoire. Elle est due à des coccobacilles à Gram négatif, principalement *Bordetella pertussis*, accessoirement *B. parapertussis* et *B. bronchiseptica*. Elle est responsable d'une toux et d'une dyspnée prolongées pouvant être graves voire létales chez les nourrissons.

La transmission est interhumaine par voie aérienne via les gouttelettes infectées émises au cours de la toux ou d'éternuements. Durant sa phase catarrhale initiale, la coqueluche est extrêmement contagieuse, le taux de cas secondaires pouvant atteindre 90 % chez les contacts familiaux non immuns.

L'immunité naturelle et post-vaccinale est de courte durée (4 à 12 ans). Le transfert d'anticorps maternels protégeant le nouveau-né de la coqueluche est faible ou nul.

Dans les pays où la couverture vaccinale est élevée, le risque est la survenue de formes atténuées de coqueluche chez les grands enfants et les adultes. En effet ces formes sont bénignes, atypiques, persistantes et souvent méconnues mais elles sont responsables de la transmission de la maladie aux nourrissons non vaccinés.

Le diagnostic de la coqueluche se fait donc sur un faisceau d'arguments :

- > **Cliniques** : sont en faveur d'une coqueluche une toux quinteuse, prolongée, à prédominance nocturne, suivie de vomissements, toux sans fièvre ;
- > **Biologiques** : la PCR l'examen biologique de choix pour réaliser le diagnostic ;
- > **Epidémiologiques** : la présence de cas confirmés ou suspects dans l'entourage proche est un élément à prendre en compte pour évoquer une coqueluche.

SYMPTÔMES ET ÉVOLUTION

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

La forme classique typique de l'enfant non vacciné

La première phase est un coryza non spécifique durant 1 à 2 semaines, souvent méconnu. La période infectieuse va du début du coryza à 3 semaines après le début de la maladie (quintes). La deuxième phase est très évocatrice, marquée par des accès paroxystiques de toux durant 2 à 4 semaines. Les quintes (jusqu'à 10 secousses de toux consécutives) sont suivies par une reprise de l'inspiration caractéristique, difficile, profonde et sifflante («chant du coq») et d'expectoration de glaires. Suit une phase de convalescence avec un espacement des quintes durant 1 à 2 semaines. Parfois la toux quinteuse dure plusieurs semaines ou récidive à l'occasion d'infections respiratoires intercurrentes.

La forme clinique du nourrisson non vacciné (âge < 6 mois)

Toux quinteuse prolongée et cyanosante mais souvent sans chant du coq. Les quintes de toux sont mal tolérées avant 3 mois et peuvent s'accompagner d'accès de cyanose (quintes asphyxiantes), de vomissements, d'apnées et de bradycardies profondes et de convulsions. Des complications peuvent survenir à cette période : hémorragies sous-conjonctivales, ulcération du frein de la langue, obstruction des voies respiratoires par les glaires, prolapsus rectal et pneumopathies de surinfection.

La forme clinique de l'enfant anciennement vacciné et de l'adulte

La perte progressive de l'immunité explique la grande variété de sévérité de la maladie que l'on peut observer, allant de la forme typique à une toux banale. 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.



DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE

Le diagnostic biologique est devenu indispensable dans les populations vaccinées car la maladie est rare et souvent cliniquement atypique.

Le seul examen recommandé est l'identification de *B. Pertussis* par PCR, qui est pris en charge par l'Assurance maladie à condition que la toux dure depuis moins de trois semaines et que le sujet soit vacciné depuis plus de trois ans (ou en cas de statut vaccinal inconnu).

La sérologie ne peut se faire qu'après 3 semaines d'évolution de la maladie et uniquement si le sujet n'a pas reçu de vaccin contre la coqueluche dans les 3 dernières années. La majorité des tests sérologiques commerciaux disponibles en France n'ont pas été validés par le Centre national de référence. **La sérologie n'est plus remboursée par l'Assurance maladie depuis 2011.**

CONDUITE À TENIR DEVANT UN CAS DE COQUELUCHE

• Prise en charge des cas

1. Antibiothérapie indiquée dans les 3 premières semaines de l'évolution.
2. Hospitalisation systématique pour les nourrissons de moins de 3 mois. Au-delà de cet âge, l'hospitalisation est à discuter au-delà en fonction de la tolérance clinique.
3. Isolement respiratoire du patient durant la phase de contagion (3 semaines sans traitement / 5 jours après le début d'un traitement antibiotique adapté).

• Mesures pour l'entourage / la collectivité :

1. Éviction des cas confirmés ou suspects ainsi que des membres symptomatiques de la famille d'un cas confirmé durant la phase de contagion :
 - 5 jours si prise d'une antibiothérapie efficace sur *B. pertussis* ;
 - 3 semaines en l'absence de traitement.Pas d'éviction pour les sujets contacts asymptomatiques.
2. Antibio prophylaxie à prescrire au plus tard avant le 14^{ème} jour à partir du premier contact (traitement identique au traitement curatif mais durée raccourcie à 10 jours) :
 - systématique pour tous les membres de la famille, quels que soient leur âge et leur statut vaccinal ;
 - systématique pour les enfants et le personnel en contact non à jour dans leur vaccination coqueluche dans les crèches, internats et collectivités d'enfants handicapés.
3. Mise à jour du calendrier vaccinal chez les sujets contacts, en particulier dans la famille et dans les collectivités.

• Signalement des cas

La coqueluche n'est pas une maladie à déclaration obligatoire. Cependant, doivent être signalés à la plateforme de veille et d'urgences sanitaires de l'ARS océan Indien (coordonnées ci-contre) :

- les cas groupés de coqueluche ;
- les cas d'infections nosocomiales ;
- toute augmentation inhabituelle du nombre de cas de coqueluche dans votre patientèle.

Plateforme de veille et d'urgences sanitaires de l'ARS Océan Indien

• A La Réunion

Tel : 02 62 93 94 15

Fax : 02 62 93 94 56

ars-oi-signal-reunion@ars.sante.fr

• A Mayotte

Tel : 02 69 61 83 20

Fax : 02 69 61 83 21

ars-oi-cvags-mayotte@ars.sante.fr

RECOMMANDATIONS VACCINALES

> Recommandations générales

Dans le cadre du nouveau schéma vaccinal simplifié, la primovaccination des nourrissons comporte désormais deux injections à deux mois d'intervalle (à l'âge de 2 et 4 mois), suivies d'un rappel avancé à l'âge de 11 mois (« schéma 2+1 » contre « 3+1 » auparavant). Un rappel coquelucheux est désormais recommandé à l'âge de 6 ans avec une dose de vaccin diphtérie-tétanos-poliomyélite (DTCaPolio). Le rappel prévu depuis 1998 entre 11 et 13 ans sera pratiqué avec le troisième rappel diphtérie, tétanos et poliomyélite.

> Recommandations particulières

La vaccination contre la coqueluche est également recommandée chez les adultes susceptibles de devenir parents dans les mois ou années à venir (stratégie du cocooning). A l'occasion d'une grossesse, la vaccination est recommandée pour les membres de l'entourage familial (enfant qui n'est pas à jour pour cette vaccination, adulte qui n'a pas reçu de vaccination contre la coqueluche au cours des cinq dernières années) selon les modalités suivantes :

- durant la grossesse pour le père, la fratrie et, le cas échéant, l'adulte chargé de la garde du nourrisson pendant ses six premiers mois de vie ;
- pour la mère en post-partum immédiat (l'allaitement ne constitue pas une contre-indication à la vaccination anticoquelucheuse).

> Recommandations en milieu professionnel

La vaccination est recommandée pour :

- les personnels soignants dans leur ensemble, y compris dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) et pour les étudiants des filières médicales et paramédicales ; les professionnels en contact avec des nourrissons trop jeunes pour avoir reçu trois doses de vaccin coquelucheux.

