

Pédiatrie

Résurgence de la coqueluche: que faire?

René Tabin

Centre Hospitalier du Valais Romand, Sion

Causée par *Bordetella pertussis* ou par *Bordetella parapertussis*, la coqueluche est une maladie exclusivement à transmission humaine, très contagieuse, endémique, avec une gravité toute particulière chez le nourrisson de moins de 6 mois, où elle est responsable de décès. Son incidence augmente ces dernières années de manière généralisée, ce qui nécessite une accentuation de la suspicion, des mesures diagnostiques, de la prise en charge et de la prévention.

Clinique

La maladie arrive à tout âge. Après une incubation de 7–10 jours (14–21 j) survient une toux. La présentation n'est pas typique, en particulier chez les sujets vaccinés et chez les adultes, ce qui nécessite d'avoir un fort indice de suspicion.

La coqueluche maligne survient avant 3 mois et se manifeste par une leucocytose avec lymphocytose supérieure à 50 G/l, par une hyponatrémie et oligurie sur sécrétion inappropriée d'ADH (hormone antidiurétique) et par une atteinte neurologique sévère avec convulsions, par un SDRA (syndrome de détresse respiratoire aiguë) et par une hypertension pulmonaire, suivis d'une défaillance cardio-vasculaire. La mortalité est supérieure à 70% [1].

Epidémiologie

Selon les données recueillies par Sentinella [2], le nombre de cas de coqueluche a nettement régressé en Suisse de 1994 à 2006. Depuis 2010, une augmentation des cas de coqueluche a été documentée dans plusieurs pays, y compris la Suisse où l'on a enregistré un doublement des cas entre 2006 et 2012. Cette résurgence de la coqueluche reflète en partie l'amélioration des outils diagnostique («PCR: polymérase chain reaction, réaction en chaîne par polymérase») mais est bien réelle: elle est une conséquence directe de l'utilisation de vaccins acellulaires mieux tolérés mais dont l'efficacité protectrice est moins prolongée.

L'épidémie a touché d'abord les adolescents et les jeunes adultes, pour s'étendre ensuite aux nourrissons

et petits enfants et également aux adultes de tout âge. Le personnel soignant au contact des enfants est également une source d'infection [3].

De nombreux cas ne sont pas identifiés en raison d'un manque de consultations, d'investigations diagnostiques et d'une déclaration non obligatoire.

Un recensement des enfants hospitalisés pour coqueluche a été effectué dans le cadre de la *Swiss Paediatric Surveillance Unit* (SPSU) [4]: durant la période 2006–2010, 130 cas ont été prouvés, âgés de 18 jours à 13,5 ans (médiane 11 semaines), dont 35 (27%) ont nécessité une prise en charge intensive, particulièrement longue chez les enfants âgés de moins de 28 jours, 5 nourrissons étant intubés avec 1 décès. 43% n'étaient pas vaccinés, principalement en raison de leur jeune âge. La contamination provenait de leur fratrie ou d'un adulte de leur entourage [5]. Une enquête doit être menée autour du sujet malade pour dépister les contaminateurs et les cas secondaires.

Diagnostic

La PCR effectuée sur un frottis du rhinopharynx est la méthode avec la meilleure sensibilité dès les premiers symptômes et peut être positive jusqu'à 38 jours après le début des symptômes. C'est la seule méthode recommandée pour les nouveau-nés et les nourrissons. Chez l'enfant plus grand ou l'adulte qui ne consulte qu'après 3 semaines de toux, la PCR peut être négative et une sérologie être utile, à condition que soit effectué le dosage des anticorps IgG spécifiques de la toxine pertussique [6].



René Tabin

Traitement

Le traitement antibiotique ne diminue pas la durée de la toux et n'est pas recommandé pour les sujets infectés, sauf pour limiter la transmission de la bactérie à d'autres personnes vulnérables, ainsi que pour exclure l'éclosion d'une flambée de coqueluche [14].

Une prophylaxie antibiotique post-exposition des contacts à risques élevés (nourrissons) ou eux-mêmes en contact avec des sujets à risques élevés doit être effectuée. Il s'agit d'une stratégie efficace, l'azithromycine étant le meilleur antibiotique dans cette indication [7, 8]. Une exposition à la coqueluche est bien sûr l'occasion de mettre à jour les vaccins coqueluche, même si elle ne dispense pas d'une prophylaxie antibiotique. Une coqueluche maligne peut être traitée par une exsanguino-transfusion précoce, avant l'apparition d'une hypertension pulmonaire [1]. Les nourrissons les plus gravement atteints requièrent souvent une oxygénation par membrane extracorporelle (ECMO).

Prévention

La stratégie du *cocooning* – c'est-à-dire la vaccination des adultes en contact étroit avec des nourrissons – est fortement recommandée. Elle ne prévient probablement que 20–22% des cas de coqueluche chez les nourrissons [9]. La vaccination durant la grossesse (3^e trimestre) est beaucoup plus efficace. Elle est recommandée dans plusieurs pays y compris la Suisse [10] et au Royaume-Uni; de récentes études épidémiologiques montrent qu'elle est très efficace pour diminuer l'incidence de la coqueluche et les décès chez les nourrissons [11].

Les cas de coqueluche dans les établissements de santé et les structures d'accueil collectif avec des nourrissons de moins de 6 mois doivent être déclarés [12] et les rappels vaccinaux contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche chez l'adulte ont été optimisés [13]:

Rappel dTpa

- aux adultes entre 20 et 29 ans;
- aux adultes lors de contact avec des nourrissons de moins de 6 mois non vaccinés;
- aux adultes en l'absence de vaccination contre la coqueluche dans les 10 années précédentes.

Remerciements

L'auteur remercie la Professeure Claire-Anne Siegrist pour ses conseils pour la rédaction de cet article.

Disclosure statement

L'auteur n'a déclaré aucun lien financier ou personnel en rapport avec cet article.

Références

- 1 Chantreuil J, Fakhiri N, Labarthe F, et al. Arch. Ped. 2015;22:84–7.
- 2 Bulletin de l'OFSP 2014;658.
- 3 Cunegundes KSA, de Moraes-Pinto MI, Takahashi TN, et al. Bordetella Pertussis in paediatrics healthcare. J. Hosp. Infect. 2015;90:163–6.
- 4 Heininger U, Weible D, Richard JL. Prospective Nationwide Surveillance of Hospitalizations due to Pertussis in children 2006–2010 accepted for publication, PIJD, 2015.
- 5 Heininger U, Krapf R. Coqueluche – un défi de tous les jours. Forum Med Suisse. 2014;14(7):127–30.
- 6 Van der Zee A, Schellekens JF, Mooi FR. Laboratory diagnosis of Pertussis. Clin Microbiol Rev. 2015;28(4):1005–26.
- 7 Thampi N, Gurol-Urganci I, Crowcroft NS, Sander B. Pertussis post-Exposure Prophylaxis among Household Contacts: A Cost-Utility Analysis. Plos One. 2015;10(3)e0119271.
- 8 Hau Rainsard I. Prise en charge autour des cas de coqueluche. Antibiotique ou vaccination? Arch. Ped. 2014;21:185–6.
- 9 Quinn HE, Snelling TL, Habig A, et al. Parental Tdap boosters and infant pertussis: a case-control study. Pediatrics. 2014;134(4):e713.
- 10 Forsyth K, Plotkin S, Tan T, Heinz C, von König W. Strategies to decrease pertussis transmission to infants. Pediatrics. 2015;135(6):e1475–82.
- 11 Amirthalingam G, Andrews N, Campbell H, et al. Effectiveness of maternal pertussis vaccination in England: an observational study. www.thelancet.com. 2014;384:1521–8.
- 12 Adaptation des recommandations de vaccination contre la coqueluche: pour les adolescents, les nourrissons fréquentant une structure d'accueil collectif et les femmes enceintes. Bulletin de l'OFSP 2014;49:853.
- 13 Optimisation des rappels vaccinaux contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (dT, dTpa) chez l'adulte. Bulletin de l'OFSP 2011;51:1–11.
- 14 Posfay-Barbe K, Heininger U. Recommandations pour le traitement de la coqueluche et stratégies pour l'éviction des épidémies. Paediatrica. 2013;24(4):14–6. <http://www.swiss-paediatrics.org/sites/default/files/recommandations/recommandations/pdf/14--16.pdf>

Correspondance:
Prof. René Tabin
Centre Hospitalier
du Valais Romand
Av. Grand-Champsec 80
CH-1950 Sion
tabin[at]hin.ch