



LA COQUELUCHE

La coqueluche a pour agents deux bacilles: Bordetella pertussis et parapertussis.

EPIDEMIOLOGIE

En 1996, la mise en place du réseau RENACOQ (surveillance clinique et biologique), a permis le suivi épidémiologique :

L'incidence en Ile de France a été estimée en 2009 à 145/100 000 chez les plus de 13 ans (médiane d'âge=44 ans); la proportion de coqueluche chez les tousseurs de plus de 7 jours et de moins de 30 jours est de 32%. La coqueluche constitue la première cause de mortalité par infection bactérienne chez le nourrisson de moins de 3 mois en France.

TRANSMISSION

La transmission est interhumaine par voie aérienne. Actuellement, le réservoir de la maladie est constitué par les adultes qui sont à la fois victimes et vecteurs de la maladie : on a pu noter ces dernières années une augmentation du nombre de nourrissons hospitalisés sans que le nombre d'enfants entre 2 et 8-10 ans n'augmente ; ce sont les adultes et les adolescents qui transmettent la maladie aux nourrissons.

CLINIQUE

L'incubation est silencieuse et dure environ 10 jours (de 7 à 21 jours). Après la phase catarrhale (toux, rhinite, fébricule...) survient la phase paroxystique (quintes de toux avec chant du coq durant 4 à 5 semaines). Cette forme typique n'est pratiquement plus retrouvée (grâce à la vaccination) ; on retrouve plutôt des formes avec toux prolongée chez l'enfant comme chez l'adulte. Chez le nourrisson, la coqueluche est grave (léthalité de 2 à 3%), le chant du coq est souvent absent et les quintes mal tolérées peuvent s'accompagner d'accès de cyanose, d'apnée, de bradychardie, de vomissements et se compliquer de convulsions ou d'atélectasie.

DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE

Hémogramme: hyperleucocytose durant la phase paroxystique (15 à 20 000 leucocytes/mm³ avec forte lymphocytose.

Recherche directe par PCR sur un prélèvement nasopharyngé. C'est l'examen de référence, la PCR est positive durant les 3 premières semaines de la maladie.

La culture est moins sensible et le résultat plus long à obtenir.

La sérologie a de nombreuses limites (la plus importante étant qu'en général, il faille comparer 2 sérums prélevés à 3-4 semaines d'intervalle). La présence isolée d'Ac anti adénylcyclase signe une séquelle vaccinale et seuls les Ac antitoxine sont spécifiques. La sérologie n'a pas d'intérêt avant 3 semaines de toux et n'est interprétable qu'en l'absence de vaccin pendant au moins 3 ans. Il peut alors être plus judicieux de faire une PCR sur un cas secondaire.

Conditions de remboursement par l'assurance maladie:

Depuis la publication du JO du 12 février 2011, la sérologie de la coqueluche n'est plus remboursée par la sécurité sociale du fait de l'absence de trousse diagnostique utilisant



la toxine purifiée. La nomenclature des actes de biologie médicale stipule : « en cas de prescription d'une sérologie de la coqueluche, le biologiste réalise en lieu et place une recherche de B. pertussis et B.parapertussis par amplification génique (PCR) à condition que les renseignements cliniques soient présents : statut vaccinal et ancienneté de la toux. Si le sujet est vacciné depuis moins de 3 ans aucune investigation n'est effectuée. Si le sujet est vacciné depuis plus de 3 ans ou si son statut vaccinal est inconnu et que la toux dure depuis moins de 3 semaines : le seul examen approprié est la recherche directe par PCR . Le traitement est adapté, pas de suivi biologique. Si la toux dure depuis plus de 3 semaines, aucun examen biologique n'est à réaliser (que ce soit une PCR ou une sérologie).

TRAITEMENT

Curatif (à établir dans les 3 premières semaines chez les patients symptomatiques)

- Azithromycine : 500mg/j chez l'adulte ; 20mg/kg/j chez l'enfant (max 500mg/j) pendant 3 jours en 1 prise
- Clarithromycine : 500-100mg/j chez l'adulte ; 15mg/kg/j chez l'enfant (max 500mg 2 fois par jours) pendant 7jours en 2 prises
- En cas d'intolérance aux macrolides on proposera le Bactrim

Au sein des collectivités à risque (crèches, écoles, hôpitaux), le traitement antibiotique réduit rapidement la contagiosité et autorise un retour en collectivité après 5 jours (3 si Azithromycine)

Antibioprophylaxie: avec les mêmes molécules aux mêmes posologies. Elle est proposée aux contacts proches (enfants et adultes non ou mal vaccinés) et aux personnes fragiles (pathologies respiratoires chroniques, immunodéprimés, femmes enceintes). La prophylaxie n'a pas d'intérêt si le dernier contact potentiellement contaminant date de plus de 3 semaines.

Vaccination: l'immunité post vaccinale et post infection est limitée. Les adultes ne sont pas protégés sans rappel vaccinal. Sont considérés comme protégés les enfants de moins de 16 mois ayant reçu 3 doses de vaccin et les sujets de plus de 16 mois dont la dernière injection remonte à moins de 3 ans. Chez l'adulte des vaccins acellulaires sont utilisés ; il est préconisé un rappel vaccinal chez les adultes n'ayant pas eu de vaccination depuis 10 ans :

- à l'occasion du rappel décennal vers 26-28 ans
- chez les adultes susceptibles de devenir parents dans les mois ou années à venir et à ceux qui sont dans l'entourage de nouveaux nés (père et autres enfants durant la grossesse de la mère, mère le plus tôt possible après l'accouchement, nourrice, grands-parents, professionnels de santé...)

En conclusion et sur un plan biologique, on retiendra que le seul diagnostic biologique de la coqueluche est la recherche directe de l'agent infectieux par PCR uniquement si le sujet tousse depuis moins de 3 semaines et a été vacciné depuis plus de 3 ans ou si son statut vaccinal est inconnu.