

COQUELUCHE

Aperçu de la maladie

La coqueluche (aussi appelée toux coquelucheuse) est causée par *Bordetella pertussis*, une bactérie Gram négatif que l'on retrouve partout dans le monde. Les humains en sont le principal réservoir. Cette maladie entrave le transfert normal du mucus des voies respiratoires à la bouche, ce qui provoque des quintes de toux.

Symptômes

La maladie est divisée en trois phases : la phase catarrhale, la phase paroxystique et la phase convalescente.

La première phase, la phase catarrhale, commence de 7 à 10 jours après l'exposition à l'agent infectieux (infection), et elle est caractérisée par un écoulement nasal, une faible fièvre et une légère toux occasionnelle semblable à celle d'un rhume. Cette phase dure habituellement une ou deux semaines.

La deuxième phase, la phase paroxystique, débute de 10 à 14 jours après l'infection. La fréquence et la gravité de la toux paroxystique augmentent rapidement. Les accès de toux paroxystiques se caractérisent par des toux violentes à répétition. Chaque série de paroxysmes consiste en plusieurs toux sans inhalation pouvant être suivies par un chant du coq inspiratoire strident. Le patient peut présenter une cyanose. Les paroxysmes se terminent souvent par l'expulsion de mucosités tenaces claires, souvent suivie de vomissements. Les paroxysmes peuvent se produire plus fréquemment pendant la nuit et peuvent être déclenchés par des stimuli externes, tels que des bruits, l'air frais ou encore le fait de manger, de boire, de pleurer ou de rire. La phase paroxystique dure habituellement entre une et six semaines, mais elle peut persister pendant dix semaines.

La troisième phase, la phase convalescente, est caractérisée par un rétablissement graduel alors que la toux devient moins paroxystique et disparaît dans les deux ou trois semaines.

Il convient de noter que les patients atteints de coqueluche ne présentent pas tous l'ensemble des symptômes décrits ci-dessus.

Réservoir

Humains.

Mode de transmission

La maladie se transmet par contact direct avec les gouttelettes provenant des voies respiratoires de personnes infectées.

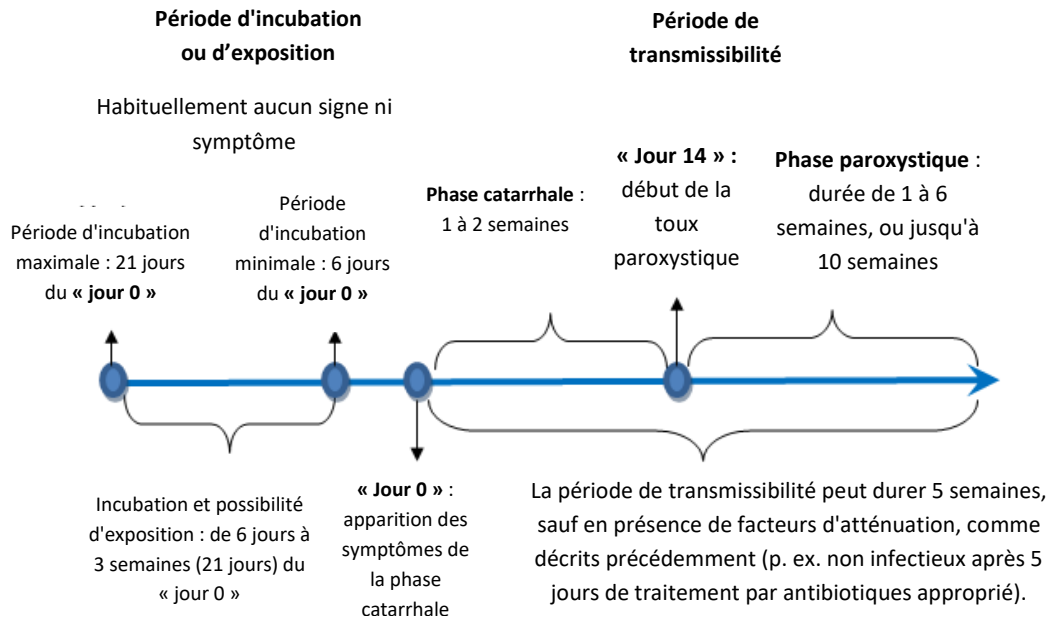
Période d'incubation

Habituellement entre 7 et 10 jours, avec un intervalle allant de 6 à 21 jours.

Période de transmissibilité

L'infection est particulièrement contagieuse au début de la phase catarrhale ainsi que pendant les deux premières semaines suivant l'apparition de la toux paroxystique. La transmissibilité s'atténue graduellement par la suite et devient négligeable environ trois semaines après le début de la toux paroxystique. La période de transmissibilité peut dépendre de l'âge, de l'état immunitaire ou d'un épisode antérieur de coqueluche et du traitement antimicrobien reçu. Les personnes infectées ne sont plus contagieuses cinq jours après avoir reçu le traitement antimicrobien approprié.

Présentation clinique type de la coqueluche



Facteurs de risque

Risque accru de contracter la maladie et de développer une maladie grave :

- Les nourrissons semblent être les hôtes les plus sensibles, même si tous les groupes d'âge peuvent être atteints. Ni la vaccination ni un contact naturel avec la maladie ne confèrent une protection pendant toute la vie; la protection immunitaire diminue après 5 à 10 ans.
- Les nourrissons non vaccinés ou vaccinés de façon inadéquate et âgés de moins de 12 mois sont associés au risque le plus élevé de présenter des complications graves ou menaçant le pronostic vital.

Définition de cas aux fins de surveillance

Cas confirmé

Confirmation en laboratoire de l'infection :

- Isolement de *Bordetella pertussis* dans un échantillon clinique approprié

OU

- Détection de l'ADN de *Bordetella pertussis* dans un échantillon clinique approprié

ET au moins un des symptômes suivants :

- toux durant au moins deux semaines;
- toux paroxystique de quelque durée que ce soit;
- toux avec chant du coq inspiratoire;
- quintes de toux se terminant par des vomissements ou des haut-le-cœur, ou associées à une apnée.

OU

- Lien épidémiologique avec un cas confirmé en laboratoire ET au moins une des manifestations suivantes pour lesquelles il n'y a aucune autre cause connue :

- toux paroxystique de quelque durée que ce soit;
- toux avec chant du coq inspiratoire;
- quintes de toux se terminant par des vomissements ou des haut-le-cœur, ou associées à une apnée.

Cas probable

Toux durant au moins deux semaines en l'absence de tests de laboratoire appropriés et d'un lien épidémiologique avec un cas confirmé en laboratoire ET au moins une des manifestations suivantes sans autre cause connue :

- toux paroxystique de quelque durée que ce soit;
- toux avec chant du coq inspiratoire;
- quintes de toux se terminant par des vomissements ou des haut-le-cœur, ou associées à une apnée.

Cas suspect

Au moins une des manifestations suivantes sans autre cause connue :

- toux paroxystique de quelque durée que ce soit;
- toux avec chant du coq inspiratoire;
- quintes de toux se terminant par des vomissements ou des haut-le-cœur, ou associées à une apnée.

Lignes directrices en matière de diagnostic et d'essais en laboratoire

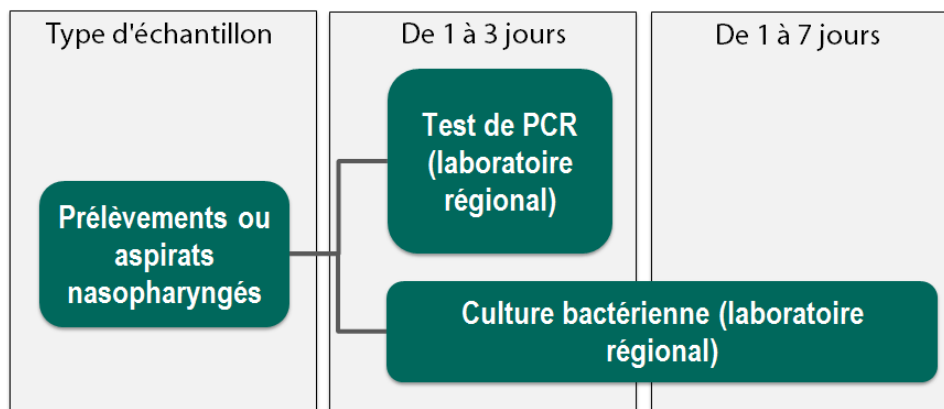
L'analyse en vue de diagnostiquer la coqueluche est réalisée à partir d'un échantillon nasopharyngé. L'examen le plus courant pour diagnostiquer la coqueluche est le test de PCR. Ce test permet de détecter l'ADN bactérien dans un échantillon clinique. L'échantillon destiné à un test de PCR peut être prélevé durant les trois ou quatre premières semaines de la maladie. La coqueluche peut aussi être détectée dans une culture microbienne. Le prélèvement pour la culture microbienne doit être effectué au cours de la première ou de la deuxième semaine de la maladie. La culture bactérienne est plus sensible que le test de PCR, et l'échantillon destiné à la culture bactérienne doit être conservé en y portant une attention particulière et expédié rapidement.

Un résultat positif au test de PCR ne permet pas à lui seul de confirmer un diagnostic, et un résultat négatif au test de PCR ou à la culture n'exclut pas un diagnostic de coqueluche. Tous les résultats d'analyse de laboratoire doivent être pris en compte avec des données épidémiologiques avant de confirmer un cas. La PCR et la culture peuvent donner des résultats faussement positifs lorsqu'une personne vient tout juste de recevoir le vaccin. Il faut donc communiquer avec le laboratoire de sa région avant de prélever des échantillons chez des personnes qui ont des antécédents de vaccination récente contre la coqueluche.

Le laboratoire régional de l'Hôpital de Moncton et le laboratoire de l'Hôpital régional Dr-Georges-L.-Dumont (LGD) peuvent effectuer des analyses par PCR en temps réel pour détecter la *Bordetella pertussis*.

Test en laboratoire

Voici un aperçu des délais requis pour tester les échantillons après leur réception au laboratoire. Il s'agit de délais moyens pouvant changer selon l'urgence de la situation.



Déclaration des cas

Conformément à la norme 2.2 – Déclaration des maladies et des événements au BMHC et à la section 3 – Déclaration des maladies et des événements.

- Surveillance de routine (SSMDO). Les données sur tous les cas confirmés sont entrées chaque semaine.

Gestion des cas

Éducation

La personne atteinte ou la personne soignante doit être informée des éléments suivants :

- Nature de l'infection, durée de la période de transmissibilité et mode de transmission
- Lavage les mains
- Précautions contre les maladies respiratoires
- Étiquette en matière de toux et d'éternuement

Enquête

La gestion des cas doit commencer aussitôt qu'un cas probable, suspect ou confirmé de coqueluche est signalé à la Santé publique. Il ne faut pas attendre la confirmation du cas par le laboratoire avant de mettre en place des mesures de contrôle pour les cas faisant l'objet d'une enquête (personne infectée ou personne soupçonnée d'être infectée).

Exclusion/éloignement social

Auto-isolément. Les cas faisant l'objet d'une enquête (personne infectée ou personne soupçonnée d'être infectée) doivent éviter tout contact étroit avec des personnes vulnérables (nourrissons de moins d'un an et femmes enceintes au 3^e trimestre) avant la fin du cinquième jour de traitement antibiotique. En l'absence de traitement antibiotique, éviter tout contact étroit avec des personnes vulnérables avant le 21^e jour suivant l'apparition de la toux ou jusqu'à la disparition de la toux, selon la première éventualité.

Exclusion. Les cas faisant l'objet d'une enquête qui concernent des personnes soignantes de sujets à risque élevé (nourrissons de moins d'un an et femmes enceintes au dernier trimestre de grossesse) doivent faire

l'objet de mesures d'exclusion jusqu'au cinquième jour après le début du traitement antibiotique. En l'absence de traitement, le cas faisant l'objet d'une enquête doit être soumis à des mesures d'exclusion pendant trois semaines à compter de l'apparition de la toux ou jusqu'à la disparition de la toux, selon la première éventualité.

Il faut respecter les lignes directrices de l'école en matière d'exclusion. Les médecins-hygiénistes régionaux peuvent exclure des personnes atteintes de coqueluche des établissements à risque élevé (écoles, garderies et hôpitaux) durant les éclosions.

Traitement

Il faut inciter les personnes faisant l'objet d'une enquête à consulter un médecin. Un traitement antibiotique doit être administré le plus tôt possible après l'apparition de la maladie ou dès qu'il y a un soupçon clinique de coqueluche afin d'éradiquer le micro-organisme et de limiter la transmission en cours. On recommande d'entreprendre le traitement par antibiotiques dans les trois semaines suivant le début de la toux, et, chez les nourrissons de moins d'un an, le traitement *peut* être amorcé dans les six semaines suivant l'apparition de la toux. L'effet du traitement pour atténuer les symptômes est limité, voire inexistant.

Immunisation

La coqueluche est une maladie évitable par la vaccination. Les personnes atteintes de coqueluche doivent être immunisées après leur guérison et selon le calendrier d'immunisation systématique si leur immunisation n'est pas à jour.

Gestion des contacts

Éducation

Le contact d'une personne atteinte (ou la personne soignante) doit être informé de la nature de l'infection et de son mode de transmission. Un avis de la Santé publique doit comprendre ce qui suit : la nécessité de bien se laver les mains, d'éviter de partager des verres ou des ustensiles et de se couvrir avec un mouchoir ou l'avant-bras au moment de tousser et d'éternuer.

Enquête

Les contacts qui présentent des symptômes doivent être considérés comme des personnes faisant l'objet d'une enquête, et ils doivent être soumis aux protocoles de prise en charge de cas.

Lorsqu'on reconnaît un cas (confirmé, probable ou suspect), il faut déterminer qui sont les personnes en contact étroit avec cette personne. Les contacts étroits sont les personnes qui :

- Ont été exposées directement pendant au moins cinq minutes à un cas symptomatique durant la période de contagion;
- Se sont trouvées dans un espace clos, tout près d'un cas symptomatique, pendant une longue période (au moins une heure) pendant la période de contagion;
- Ont eu un contact direct avec des sécrétions nasales, orales ou des voies respiratoires provenant d'un cas symptomatique au cours de la période de contagion (p. ex. un baiser, recevoir directement les gouttelettes d'éternuements ou de toux ou encore partager de la nourriture ou échanger des ustensiles pendant un repas).

Considérations additionnelles :

- Proximité : on peut considérer qu'il y a proximité immédiate dans le cas des contacts dans un domicile, une garderie, une école ou un milieu de travail.
- Gravité des symptômes du cas : une toux violente pourrait augmenter la vélocité des gouttelettes.

- Période de contagion du cas : la coqueluche est extrêmement transmissible au début de la phase catarrhale et au début de la phase de toux paroxystique, c'est-à-dire au cours des deux premières semaines après l'apparition des symptômes. Par la suite, la transmissibilité s'atténue graduellement et devient négligeable environ trois semaines après le début de la toux paroxystique; cela peut varier selon l'âge et le traitement.

Exclusion/éloignement social

Il n'est pas justifié de soumettre les contacts étroits qui ne présentent aucun symptôme d'infection par la coqueluche à des mesures d'isolement social.

Prophylaxie

Chimioprofylaxie :

La prophylaxie doit être administrée à l'ensemble du ménage et aux autres contacts étroits – sans égard à l'état immunitaire et à l'âge – des cas confirmés ou ayant reçu un diagnostic clinique quand il y a présence d'une personne vulnérable. Une personne vulnérable est un nourrisson âgé de moins d'un an (vacciné ou non) ou une femme enceinte dans le dernier trimestre de sa grossesse.

D'autres personnes peuvent également être considérées comme vulnérables, à la discrétion du médecin-hygiéniste et en consultation avec les médecins, notamment :

- Les personnes ayant des troubles respiratoires, cardiaques ou neuromusculaires chroniques qui perturbent la respiration;
- Les personnes immunodéficientes;
- Les personnes capables de transmettre l'infection à d'autres personnes à risque de présenter une maladie grave.

Un traitement antibiotique prophylactique administré tôt durant la période d'incubation peut prévenir la maladie et arrêter l'infection chez les membres du ménage. Voir Traitement antimicrobien recommandé pour la chimioprofylaxie post-exposition de la coqueluche.

Dans le cas des femmes enceintes qui en sont au troisième trimestre de leur grossesse, si la chimioprofylaxie n'est pas tolérée ou n'est pas terminée au moment de l'accouchement, il faut s'assurer d'administrer une chimioprofylaxie appropriée à la mère et au nouveau-né après l'accouchement.

Le schéma posologique de la chimioprofylaxie est le même que celui du traitement.

Traitement antimicrobien recommandé pour la chimioprophylaxie post-exposition de la coqueluche *

MÉDICAMENT	NOURRISSONS < 6 mois	NOURRISSONS ≥ 6 mois et ENFANTS	ADOLESCENTS > 12 ans et ADULTES
Azithromycine	<u>De 1 à 5 mois</u> : 10 mg/kg par jour par voie orale pendant 5 jours <u>Moins d'un mois</u> : traitement identique à celui ci-dessus et choix à privilégier chez les nourrissons de moins d'un mois	10 mg/kg par jour par voie orale le premier jour (maximum de 500 mg), 5 mg/kg une fois par jour de la deuxième à la cinquième journée (maximum de 250 mg/jour)	500 mg par voie orale la première journée, 250 mg une fois par jour de la deuxième à la cinquième journée
Clarithromycine Non recommandée chez les femmes enceintes	<u>De 1 à 5 mois</u> : 15 mg/kg par jour par voie orale répartis en 2 doses par jour pendant 7 jours <u>Moins d'un mois</u> : non recommandée	15 mg/kg par jour par voie orale répartis en 2 doses par jour pendant 7 jours (maximum de 1 g/jour)	500 mg deux fois par jour pendant 7 jours
Érythromycine La formulation d'estolate est à privilégier si possible. Les formulations d'estolate sont contre-indiquées dans les cas de grossesse et chez les patients qui souffrent d'insuffisance hépatique	<u>De 1 à 5 mois</u> : 40 mg/kg par jour par voie orale répartis en 3 doses par jour pendant 7 jours <u>Moins d'un mois</u> : comme ci-dessus, mais à utiliser seulement comme médicament de remplacement. Ce médicament est associé à un risque élevé de sténose pylorique hypertrophique infantile	40 mg/kg par jour par voie orale répartis en 3 doses par jour pendant 7 jours (maximum de 1 g/jour)	1-2 g/jour par voie orale répartis en 3 ou 4 doses par jour pendant 7 jours
Triméthoprime Sulfaméthoxazole Pour les personnes qui ne sont pas capables de tolérer les macrolides ou qui sont infectées par une souche résistant aux macrolides. Non recommandé chez les femmes enceintes ou qui allaitent.	Contre-indiqué chez les enfants âgés de moins de 2 mois; voir la dose pour enfants dans le cas des nourrissons d'au moins 2 mois	8 mg de TMP et 40 mg de SMX par kg par jour par voie orale répartis en 2 doses par jour pendant 14 jours (maximum de 320 mg de TMP et de 1 600 mg de SMX par jour)	320 mg de TMP et 1 600 mg de SMX par jour par voie orale répartis en 2 doses par jour pendant 14 jours

* Adopté et modifié par l'Agence de la santé publique du Canada. National consensus conference on pertussis. *Canada Communicable Disease Report* 2003; Vol 29S3:1-39 et d'après Center for Disease Control and Prevention. Recommended antimicrobial agents for treatment and postexposure prophylaxis of pertussis: 2005 CDC guidelines. *MMWR Recommen Rep.* 2005;54(RR-14):1-16. † Consulter les monographies ou la version actuelle du CPS pour obtenir plus d'information.

Immunoprophylaxie :

On doit offrir aux contacts étroits d'un cas qui ne sont pas immunisés ou seulement partiellement immunisés l'immunisation selon le calendrier d'immunisation systématique. Les adultes qui ont des contacts réguliers avec des nourrissons âgés de moins de 12 mois doivent recevoir dès que possible une dose de vaccin anticoquelucheux s'ils n'ont pas reçu un tel vaccin à l'âge adulte.

Gestion des éclosions

Le plan local en cas d'éclosion doit être mis en œuvre lorsqu'une éclosion est déclarée.

Dans les collectivités où il y a des signes de transmission de la coqueluche ou des signes d'éclosion de coqueluche, le calendrier d'immunisation contre la coqueluche peut être accéléré, à la discrétion du médecin-hygiéniste.

Dans les situations d'éclosion, la paracoqueluche peut être présente. La paracoqueluche n'est pas une maladie à déclaration obligatoire, mais elle cause des symptômes semblables à ceux de la coqueluche. Il n'y a aucun vaccin contre la paracoqueluche.