

LA COQUELUCHE : DE NOUVELLES RECOMMANDATIONS

Le *Guide d'intervention : la coqueluche* du ministère de la Santé et des Services sociaux a été mis à jour récemment. Il présente des modifications par rapport aux groupes considérés à risque élevé de complications: ces modifications ont des impacts, entre autres, sur la prescription de l'antibioprophylaxie dont l'objectif est de protéger les bébés âgés de moins d'un an.

Le Guide intègre aussi les changements apportés au programme québécois de vaccination contre la coqueluche, soit :

- La vaccination des femmes enceintes à chaque grossesse, de préférence entre la 26e et la 32e semaine (voir *Les maux qui courent*, Vol. 25 No 5, décembre 2018);
- Le retrait de la dose de vaccin à l'âge de 6 mois;
- Le retrait de la dose de rappel chez les adolescents et les adultes.

La majorité des cas de coqueluche rapportés chez les bébés de moins de 6 mois sont hospitalisés : au Québec, de 2014 à 2016, 39 hospitalisations et 7 admissions aux soins intensifs sont survenues en moyenne chaque année chez des enfants de ce groupe d'âge. Quatre décès, tous survenus chez des enfants âgés de moins de 3 mois, ont été rapportés entre 2000 et 2016.

La coqueluche sévit toujours dans les Laurentides : en 2019, 310 cas y ont été déclarés comparativement à 78 cas en 2018 et 138 cas en moyenne annuellement depuis 5 ans.

Le rôle du médecin traitant et de l'infirmière praticienne spécialisée de première ligne (IPSPL)

Le médecin traitant et l'IPSPL occupent une place majeure dans les actions visant à contrôler la coqueluche. Ce sont les personnes les mieux placées pour intervenir précocement auprès des cas : diagnostic, traitement, exclusion et déclaration à la Direction de santé publique. De plus, le médecin traitant et l'IPSPL :

- vérifient si des membres de la maisonnée présentent des manifestations cliniques compatibles avec la coqueluche, auquel cas ils assurent la prise en charge;
- offrent l'antibioprophylaxie à toutes les personnes asymptomatiques de la maisonnée d'un cas si :
 - il y a présence d'une ou de plusieurs personnes ciblées (voir plus bas);
 - et
 - le début de l'exposition dans la maisonnée remonte à 21 jours ou moins;
- offrent la vaccination aux femmes enceintes et aux enfants.

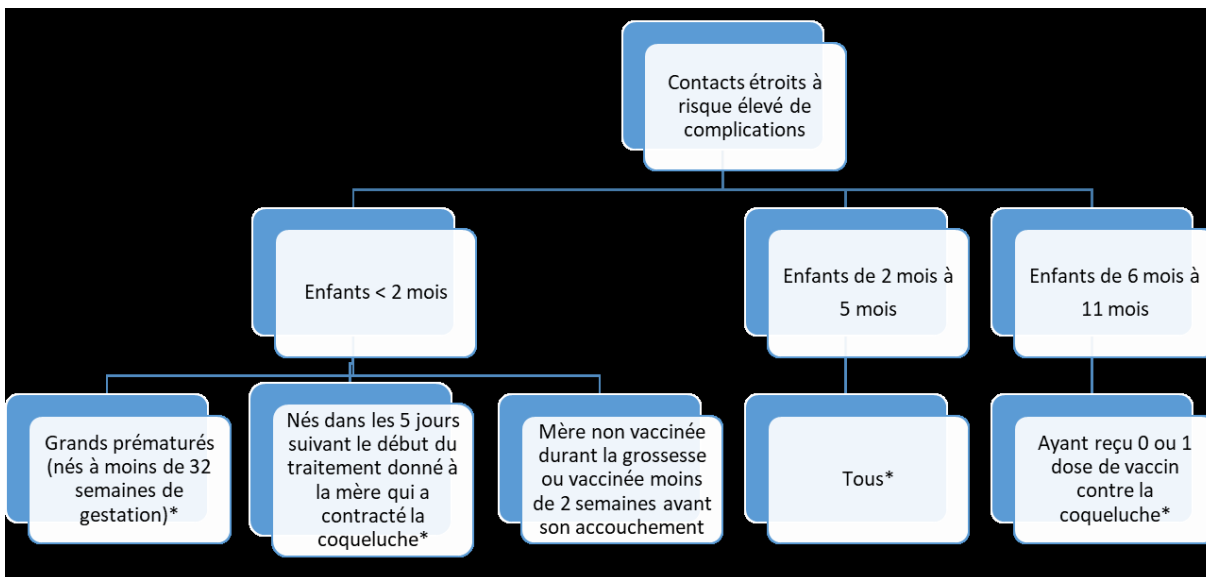
À l'exception des grands prématurés, un bébé né d'une mère vaccinée contre la coqueluche pendant sa grossesse est protégé pendant ses 2 premiers mois de vie, à la condition que la mère ait été vaccinée au moins 2 semaines avant l'accouchement; à partir de l'âge de 2 mois, les anticorps anticoquelucheux du nourrisson commencent à diminuer.

Les personnes ciblées : les nouvelles recommandations

- Enfants âgés de moins de 2 mois nés à 32 semaines ou plus de gestation, dont la mère n'a pas été vaccinée contre la coqueluche durant sa grossesse ou a été vaccinée moins de 2 semaines avant son accouchement.
- Enfants âgés de moins de 2 mois, nés à moins de 32 semaines de gestation (grands prématurés), que la mère ait été vaccinée ou non contre la coqueluche durant sa grossesse.
- Enfants âgés de 2 à 5 mois peu importe leur statut vaccinal, que la mère ait été vaccinée ou non contre la coqueluche durant sa grossesse.
- Enfants âgés de 6 à 11 mois qui ont reçu 0 ou 1 dose de vaccin contre la coqueluche, que la mère ait été vaccinée ou non contre la coqueluche durant sa grossesse.
- Femmes enceintes dans les 4 semaines précédant la date prévue de l'accouchement si elles n'ont pas été vaccinées contre la coqueluche durant leur grossesse ou si elles ont été vaccinées il y a moins de 2 semaines : ces dernières sont à risque de transmettre la coqueluche à leur nouveau-né si elles contractent l'infection.

À noter que l'enfant né dans les 5 jours suivant le début du traitement donné à la mère qui a contracté la coqueluche, qu'elle ait été vaccinée ou non, est ciblé pour l'indication d'antibioprophylaxie.

Critères pour recommander l'antibioprophylaxie à toute la maisonnée d'un cas



*Que la mère ait été vaccinée ou non durant sa grossesse

Les recommandations d'exclusion

Les cas de coqueluche doivent être exclus du service de garde ou de l'école. Ils devraient également être exclus des milieux où se trouvent des personnes faisant partie des groupes ciblés pour l'antibioprophylaxie. L'exclusion doit être maintenue jusqu'à la situation, parmi les suivantes, qui se présente en premier :

- jusqu'à 5 jours après le début de l'antibiothérapie;
ou
- jusqu'à 3 semaines suivant l'apparition de la toux;
ou
- jusqu'à ce que la toux soit disparue.

Le rôle de la Direction de santé publique

La coqueluche est une maladie à déclaration obligatoire. Tous les cas de coqueluche doivent être déclarés à la Direction de santé publique, tant les cas confirmés par le laboratoire que les cas pour lesquels le degré de suspicion clinique est élevé. À la suite de la déclaration d'un cas, la Direction de santé publique procède à une enquête afin de renforcer les recommandations d'exclusion émises par le médecin et l'IPSP, d'identifier les milieux nécessitant une intervention, tels les services de garde, et de recommander l'antibioprophylaxie, lorsqu'indiquée, aux contacts étroits autres que ceux de la maisonnée.

Définition d'un contact étroit

Un contact étroit correspond à l'une ou l'autre des situations suivantes :

- un contact continu d'au moins 1 heure dans le même espace vital (généralement considéré comme une distance inférieure à 1 mètre) que celui d'un cas durant sa période de contagiosité;
ou
- un contact direct avec les sécrétions respiratoires d'un cas durant sa période de contagiosité.

Les antibiotiques recommandés pour la prophylaxie des contacts ainsi que leurs posologies et leurs durées d'administration sont les mêmes que ceux recommandés pour le traitement des cas. À cet effet, un tableau est joint à la page suivante

Les antibiotiques recommandés pour le traitement et l'antibioprophylaxie de la coqueluche selon le groupe d'âge

				Substitut
Groupe d'âge	Azithromycine (1,2)	Clarithromycine (1,2)	Érythromycine (1,2)	TMP-SMX (3)
< 1 mois	10 mg/kg/jour en 1 dose pendant 5 jours. Premier choix, mais associée à une augmentation du risque de sténose hypertrophique du pylore ⁴ .	Non recommandée (données de sécurité non disponibles).	40 mg/kg/jour divisé en 3 ou 4 doses pendant 7 jours. Associée à une augmentation du risque de sténose hypertrophique du pylore ⁴ . À utiliser si l'azithromycine n'est pas disponible.	Contre-indiqué pour les enfants < 2 mois (risque de kernictère).
De 1 à 5 mois	10mg/kg/jour en 1 dose pendant 5 jours.	15mg/kg/jour divisé en 2 doses pendant 7 jours.	40 mg/kg/jour divisés en 3 ou 4 doses pendant 7 jours.	TMP : 8 mg/kg/jour SMX : 40 mg/kg/jour, divisés en 2 doses pendant 10 à 14 jours. Contre-indiqué pour les enfants < 2 mois.
Enfants ≥ 6 mois	10 mg/kg en 1 dose le premier jour (max. : 500 mg), puis, 5mg/kg/jour (max. : 250 mg) en 1 dose les 4 jours suivants.	15mg/kg/jour (max.: 1g/jour) divisés en 2 doses pendant 7 jours.	40 mg/kg/jour (max. : 2g/jour) divisés en 3 ou 4 doses pendant 7 jours.	TMP : 8 mg/kg/jour, SMX : 40 mg/kg/jour, divisés en 2 doses pendant 10 à 14 jours. Ne pas dépasser la dose adulte.
Adolescents et adultes incluant les femmes enceintes ⁽⁵⁾	500 mg en 1 dose le premier jour; puis, 250 mg/jour en 1 dose les 4 jours suivants ⁽⁵⁾	1 g/jour divisé en 2 doses pendant 7 jours ⁽⁵⁾ .	2 g/jour divisé en 3 ou 4 doses pendant 7 jours (3,2 g/jour si l'éthylsuccinate d'érythromycine est utilisé ⁽⁵⁾).	TMP : 160 mg, SMX : 800 mg, 2 fois par jour pendant 10 à 14 jours. Contre indiqué pour la femme enceinte ⁽⁵⁾ .

(1) Les macrolides peuvent être associés à un allongement de l'intervalle QT et à des arythmies ventriculaires. Il faut donc les utiliser avec précaution chez les patients à risque (intervalle QT allongé, hypokaliémie ou hypomagnésémie non corrigée, bradycardie cliniquement significative, utilisation d'autres médicaments pouvant allonger l'intervalle QT).

(2) L'azithromycine et la clarithromycine sont des médicaments préférés à l'érythromycine, et ce, en raison de leurs effets secondaires moindres.

(3) TMP-SMX : triméthoprime-sulfaméthoxazole. Il peut être utilisé pour les rares cas de personnes de 2 mois et plus chez qui les macrolides sont contre-indiqués.

(4) L'azithromycine et l'érythromycine ont été associées à la sténose hypertrophique du pylore, particulièrement chez l'enfant de moins de 2 semaines. L'azithromycine reste l'antibiotique de choix pour le traitement et l'antibioprophylaxie chez l'enfant de moins de 1 mois, car les risques de complications graves de la coqueluche dépassent celui de la survenue d'une sténose hypertrophique du pylore. On devrait surveiller les signes de sténose hypertrophique du pylore chez tous les enfants de moins de 1 mois qui reçoivent des macrolides.

(5) En ce qui concerne la **femme enceinte**, le traitement de la coqueluche avec un antibiotique est suggéré, en particulier dans les 4 semaines précédant la date prévue de l'accouchement pour diminuer le risque de transmission de la maladie au futur nouveau-né. L'antibioprophylaxie peut aussi être recommandée chez la femme enceinte dans les 4 semaines précédant la date prévue de l'accouchement, lorsqu'elle est indiquée (voir section « Les personnes ciblées »). L'azithromycine et l'érythromycine peuvent être utilisées à tous les trimestres. La clarithromycine peut aussi être utilisée durant la grossesse, idéalement après le premier trimestre. La prescription de TMP-SMX est contre-indiquée au premier trimestre, mais son utilisation est envisageable aux deuxième et troisième trimestres de la grossesse en cas de contre-indication des macrolides. L'enfant né dans les 5 jours suivant le début du traitement donné à la mère qui a contracté la coqueluche devrait recevoir une antibioprophyllaxie. Au besoin, on peut consulter le centre IMAGE du CHU Sainte-Justine (514 345-2333) pour connaître les données d'innocuité de ces médicaments durant la grossesse et l'allaitement.

Le Guide d'intervention : la coqueluche est consultable au : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000829/>