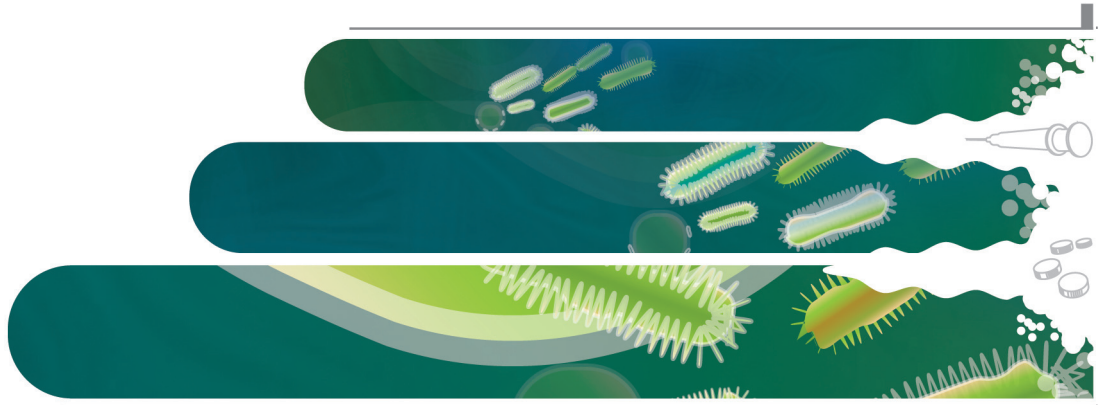


Guide d'intervention



Mise à jour 2009

La coqueluche

COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL

Pierre Déry, pédiatre infectiologue
Centre mère-enfant, Centre hospitalier universitaire de Québec, pavillon CHUL

Gaston De Serres, médecin épidémiologiste
Institut national de santé publique du Québec

Michel Frigon, médecin-conseil
Direction régionale de la santé publique de la Capitale-Nationale
Michel Giguère, médecin-conseil
Direction de santé publique et de l'évaluation de Chaudière-Appalaches

Lyne Provençal, agente de planification, de programmation et de recherche en maladies infectieuses
Direction de santé publique et de l'évaluation de Chaudière-Appalaches

ORGANISMES CONSULTÉS

Comité sur l'immunisation du Québec
Comité de prévention des infections dans les services de garde à l'enfance du Québec Association des pédiatres du Québec
Table de concertation nationale en maladies infectieuses
Association des médecins microbiologistes-infectiologues du Québec 2007

**Des recommandations peuvent être différentes dans certaines régions.
Au besoin, veuillez consulter votre direction de santé publique pour connaître les adaptations régionales.**

Décision prise par la Table de concertation nationale en maladies infectieuses (TCNMI 64) le 4 octobre 2007.

Édition :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :

www.msss.gouv.qc.ca section **Documentation, rubrique **Publications****

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2009
Bibliothèque et Archives Canada, 2009

ISBN : 978-2-550-55176-8 (version PDF)

09-271-02W

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion du présent document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction partielle ou complète du document à des fins personnelles et non commerciales est permise, uniquement sur le territoire du Québec et à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2009

TABLE DES MATIÈRES

1. INTRODUCTION	5
1.1. Principaux changements apportés au protocole d'intervention de 1999.....	7
1.2. Objectifs du guide d'intervention contre la coqueluche.....	8
2. INFORMATIONS GÉNÉRALES	
2.1. Définition de la maladie.....	9
2.2. Tableau clinique.....	9
2.3. Complications	9
2.4. Durée de la maladie.....	9
2.5. Mode de transmission.....	9
2.6. Période d'incubation	10
2.7. Période de contagiosité	10
2.8. Immunité	10
3. DÉFINITIONS	
3.1. Cas confirmé.....	10
3.2. Cas probable.....	11
3.3. Cas suspect	11
3.4. Contact étroit.....	11
4. INTERVENTION	
4.1. Cas index.....	12
4.1.1. Méthodes diagnostiques	12
4.1.2. Traitement	12
4.1.3. Exclusion	14
4.1.4. Déclaration	14
4.2. Identification des contacts étroits.....	14
4.2.1. Contacts étroits membres de la maison.....	15
4.2.1.1. Interventions réalisées par le médecin traitant	15
4.2.1.2. Interventions réalisées par le réseau de santé publique	15
4.2.2. Contacts étroits en service de garde en milieu familial	15
4.2.3. Contacts étroits en service de garde en installation.....	16
4.2.4. Contacts étroits autres	17
4.3. Immunisation des contacts étroits	17
4.4. Information aux contacts étroits.....	17
Bibliographie.....	29

ANNEXES

ANNEXE A	
Technique de prélèvement	21
ANNEXE B	
Traitement et chimioprophylaxie de la coqueluche	23
ANNEXE C	
Algorithme décisionnel	25
ANNEXE D	
Grille d'identification des contacts étroits	27
BIBLIOGRAPHIE	29

1 INTRODUCTION

Depuis la parution du dernier protocole provincial d'intervention pour le contrôle de la coqueluche (MSSS, 1999), cette maladie a suscité beaucoup d'intérêt et de controverse dans la communauté scientifique. En janvier 1998, un nouveau vaccin acellulaire plus efficace que le vaccin à cellule entière et ayant moins d'effets indésirables a été introduit au calendrier régulier de vaccination des enfants et depuis 2004, une dose de rappel est administrée aux adolescents. Ces changements ont entraîné une diminution notable de l'incidence de la coqueluche mais ne permettront pas d'éliminer cette maladie.

À l'heure actuelle, selon la littérature scientifique, les bénéfices d'un traitement chimioprophylactique pour un contact de coqueluche ne sont pas clairement démontrés. Dans ce contexte, les efforts de contrôle doivent cibler les individus chez qui la maladie peut entraîner un risque élevé d'hospitalisation et de complications sérieuses. Les personnes à risque sont les enfants de moins de 1 an, et en particulier ceux qui n'ont pas reçu leurs trois premières doses de vaccin (enfants de moins de 6 mois), ainsi que les femmes enceintes en fin de grossesse (dans les trois semaines précédant la date prévue de l'accouchement), en raison de leur enfant à naître. Par conséquent, lorsqu'un de ces individus à risque fait partie des contacts de maisonnée d'un cas de coqueluche, la chimioprophylaxie devrait être offerte le plus tôt possible à tous les membres de la famille, au plus tard dans les 21 jours suivant l'apparition des symptômes chez le cas index. Le médecin traitant est le mieux placé pour intervenir rapidement auprès des sujets-contacts de maisonnée, au moment où il reçoit le cas index en consultation.

Ces recommandations ont fait l'objet de consultations auprès du Comité sur l'immunisation du Québec (CIQ), de l'Association des pédiatres du Québec, de l'Association des médecins microbiologistes-infectiologues du Québec (AMMIQ), du Comité de prévention des infections dans les services de garde à l'enfance du Québec (CPISGEQ) et de la Table de concertation nationale en maladies infectieuses (TCNMI).

1.1 PRINCIPAUX CHANGEMENTS APPORTÉS AU PROTOCOLE D'INTERVENTION DE 1999

➤ **Clientèle ciblée et objectif**

La clientèle ciblée demeure la même, soit les enfants de moins de 12 mois et par conséquent, les femmes enceintes en fin de grossesse (dans les trois semaines qui précèdent l'accouchement).

L'objectif est inchangé, mais le délai pour administrer la prophylaxie, en présence de ces personnes vulnérables, passe de 14 à 21 jours à partir du premier contact avec la personne contagieuse.

➤ **Définition de cas confirmé**

La détection d'acides nucléiques de *Bordetella pertussis* par une technique d'amplification génique (PCR) fait maintenant partie des définitions nosologiques permettant la confirmation d'un cas.

➤ **Contagiosité**

En général, du début de la phase catarrhale jusqu'à trois semaines après le début de la toux.

Pour les enfants de moins de 12 mois qui n'ont pas reçu trois doses de vaccin acellulaire contre la coqueluche, la contagiosité peut se prolonger jusqu'à six semaines après l'apparition des symptômes.

➤ **Traitement**

En raison d'effets secondaires moindres, l'azithromycine et la clarithromycine deviennent les traitements de première intention.

Chez les moins de 1 mois, l'azithromycine devient le traitement de première intention puisque aucune sténose hypertrophique du pylore n'a été rapportée avec cet antibiotique.

Le traitement doit être administré à toute personne ayant une culture positive récente, et ce, indépendamment du délai depuis l'apparition des symptômes.

➤ **Contacts visés pour la prophylaxie**

En présence de la clientèle à risque, la chimioprophylaxie est recommandée si le délai depuis le premier contact avec la personne contagieuse remonte à 21 jours ou moins.

➤ **Exclusion**

Même lorsque l'azithromycine n'est administrée que pendant trois jours, l'exclusion demeure recommandée jusqu'à cinq jours après le début du traitement.

Toute personne qui a une culture positive récente et qui présente des symptômes doit être exclue jusqu'à cinq jours après le début de son traitement antibiotique, et ce, indépendamment du délai depuis l'apparition des symptômes.

➤ **Vaccin**

Le vaccin acellulaire contre la coqueluche est utilisé depuis 1998 pour les enfants de moins de 7 ans, et depuis 2004 pour les personnes âgées de 7 ans ou plus.

1.2 OBJECTIFS DU GUIDE

Les interventions décrites dans ce guide visent les objectifs ci-dessous.

Objectif pour l'intervention

- Diminuer le risque de mortalité et de morbidité pour les enfants de moins de 12 mois et les enfants à naître.

La stratégie consiste, en présence d'enfants de moins de 12 mois et de femmes enceintes en fin de grossesse (dans les trois semaines qui précèdent l'accouchement), en une intervention précoce qui se traduit par l'administration de la chimioprophylaxie aux contacts étroits dans un délai de 21 jours ou moins à partir de l'apparition des symptômes du cas index. Le médecin traitant est l'intervenant privilégié pour agir rapidement auprès du cas index et des contacts étroits familiaux.

Objectif pour la surveillance

- S'assurer que les médecins et les laboratoires connaissent bien leur rôle primordial en matière de déclaration des cas confirmés, probables ou suspects.

2 INFORMATIONS GÉNÉRALES

2.1 Définition de la maladie

Maladie hautement contagieuse causée par une bactérie appelée *Bordetella pertussis*.

2.2 Tableau clinique

Évolution en trois phases.

- Phase catarrhale : malaises, anorexie, rhinorrhée, larmoiement, toux.
- Phase paroxystique :
 - quintes de toux (épisodes de toux prolongée et incontrôlable suivis de plusieurs heures sans symptômes);
 - toux souvent suivie de vomissements;
 - toux avec des épisodes d'apnée ou de cyanose (particulièrement chez les nourrissons);
 - toux avec chant du coq (sifflement inspiratoire bruyant à la fin d'une quinte de toux).
- Phase de convalescence : résolution graduelle des symptômes.

2.3 Complications

Elles sont plus graves et plus fréquentes chez les nourrissons :

- otite ;
- pneumonie ;
- convulsions ;
- encéphalopathie ;
- hémorragie ;
- décès.

2.4 Durée de la maladie

La maladie dure en moyenne de six à dix semaines. Mais elle peut être aussi courte qu'une semaine ou encore, comme c'est le cas pour plus de la moitié des adolescents, s'étendre à plus de dix semaines. En outre, un autre épisode infectieux des voies respiratoires dans l'année qui suit peut déclencher de nouveau des symptômes coqueluchoïdes.

2.5 Mode de transmission

Par contact avec des gouttelettes présentes dans l'air, et provenant du nez et de la gorge des personnes infectées.

2.6 Période d'incubation

Ordinairement de sept à dix jours, et rarement plus de quatorze jours.

2.7 Période de contagiosité

Pour les individus non traités, la période de contagiosité s'étend généralement du début de la phase catarrhale jusqu'à trois semaines après le début de la toux.

Cependant, elle peut se prolonger jusqu'à six semaines après l'apparition des symptômes, particulièrement chez les enfants de moins de 12 mois qui n'ont pas reçu trois doses de vaccin acellulaire.

Pour les individus traités, la période de contagiosité se termine cinq jours après le début du traitement, même lorsque l'azithromycine est utilisée pendant seulement trois jours.

Chez la personne qui a cessé de tousser, la contagiosité est probablement minime, voire nulle, et ce, même si 21 jours ne se sont pas écoulés depuis l'apparition des symptômes.

La contagiosité maximale se situe en phase catarrhale, soit avant le début de la toux.

2.8 Immunité

- La maladie donne une immunité prolongée, mais la durée est inconnue.
- Même s'il n'est pas nécessaire d'administrer un vaccin anticoquelucheux à un individu qui a fait une coqueluche prouvée par culture, il est plus simple de poursuivre le calendrier vaccinal régulier. Cette façon de procéder a en outre l'avantage de procurer une protection additionnelle aux enfants qui ont eu la maladie avant l'âge de 6 mois et qui ont développé une faible réponse immunitaire.
- La protection contre la coqueluche est estimée à 85 % après trois doses du vaccin acellulaire. Lorsque le vaccin n'empêche pas la maladie, il réduit la gravité des symptômes et la fréquence des complications. La protection conférée par le vaccin à cellule entière utilisé au Québec de 1985 à 1998 était plus faible.

3 DÉFINITIONS

3.1 Cas confirmé

Présence d'une des trois conditions suivantes :

- isolement de *Bordetella pertussis* ;

OU

- détection d'acides nucléiques de *Bordetella pertussis* par une technique d'amplification génique appropriée¹;

1. Le test d'amplification génique n'est pas offert par tous les centres hospitaliers.

OU

- personne qui répond à la définition de cas probable et lien épidémiologique avec un cas confirmé par un test de laboratoire.

3.2 Cas probable

Présence de toux depuis au moins deux semaines **ET** présence d'au moins une des manifestations suivantes sans autre cause apparente :

- toux paroxystique (quinte de toux) ;

OU

- sifflement inspiratoire (chant du coq) ;

OU

- toux se terminant par des vomissements ou de l'apnée.

3.3 Cas suspect

Présence **d'une** des manifestations suivantes :

- toux avec chant du coq inspiratoire ;

OU

- en contexte d'éclosion, toux paroxystique (en quintes) pendant au moins sept jours, accompagnée de vomissements ou d'apnée ;

OU

- après un contact avec un cas confirmé de coqueluche ou dans un milieu où des cas ont été signalés (service de garde à l'enfance, école), tout symptôme évocateur de coqueluche (toux paroxystique, toux avec vomissements, toux avec apnée).

Cette définition doit être utilisée pour l'intervention seulement. Les cas suspects seront **évalués** deux semaines après le début de la toux pour validation selon la définition nosologique de la coqueluche.

3.4 Contact étroit

Personne qui a partagé le même espace vital avec un cas de coqueluche pendant plus d'une heure durant la période de contagiosité.

4 INTERVENTION

Comme le médecin traitant est le mieux placé pour intervenir précocement (au moment de la consultation) auprès du cas de coqueluche et de sa famille, il est responsable du traitement du cas et, lorsque indiqué, de la prescription de chimioprophylaxie aux membres de la maisonnée.

Pour les contacts autres que de maisonnée, le réseau de santé publique est responsable de l'intervention. Cela implique l'identification des contacts à risque et la recommandation de la prophylaxie.

4.1 Cas index

4.1.1 Méthodes diagnostiques

- Examen clinique ;
- culture des sécrétions nasopharyngées (voir l'annexe A) ;
- détection d'acides nucléiques par PCR (voir l'annexe A).

La culture de *Bordetella pertussis* faite à partir d'un prélèvement nasopharyngé est un test valable pour confirmer le diagnostic de coqueluche en laboratoire. Toutefois, *cette bactérie* est difficile à cultiver, et il faut plusieurs jours pour obtenir les résultats. Par ailleurs, la sensibilité est peu élevée, surtout chez la personne vaccinée, et une culture négative ne permet pas d'exclure un diagnostic de coqueluche. Les prélèvements doivent être faits correctement. Ils seront probablement négatifs si la toux paroxystique est présente depuis plus de trois semaines ou si le patient reçoit déjà un antibiotique.

Les méthodes d'amplification génique, dont le test PCR (Polymerase Chain Reaction), offrent une grande sensibilité et permettent d'obtenir un résultat dans un délai plus rapide. Avec un PCR positif, on considère qu'il s'agit d'un cas de coqueluche confirmé, mais un PCR négatif ne permet pas d'éliminer pas la possibilité d'une coqueluche.

Lors de l'investigation d'une éclosion, la culture est la méthode diagnostique préconisée. Le PCR devrait quant à lui être interprété avec prudence, en fonction du contexte épidémiologique et des symptômes cliniques.

4.1.2 Traitement et chimioprophylaxie

Les antibiotiques utilisés pour le traitement de la coqueluche sont également ceux recommandés pour la chimioprophylaxie. De même, les posologies et les durées d'administration sont identiques (voir l'annexe B).

L'azithromycine et la clarithromycine sont habituellement préférées à l'érythromycine car elles causent moins d'effets secondaires.

Administer le traitement antibiotique, sauf si la toux est présente depuis plus de trois semaines. Une fois la toux installée, les antibiotiques ont peu d'effets sur l'évolution clinique de la maladie, mais ils accélèrent l'élimination du micro-organisme et limitent la propagation de la maladie.

Le traitement demeure indiqué jusqu'à six semaines après le début des quintes de toux pour les enfants de moins de 12 mois qui n'ont pas reçu trois doses de vaccin acellulaire contre la coqueluche.

Le traitement est recommandé pour toutes les personnes présentant des symptômes et ayant une culture positive récente de *Bordetella pertussis*, peu importe le délai depuis l'apparition des symptômes, et ce, particulièrement si elles sont en contact avec des individus vulnérables.

Durée du traitement

La durée recommandée du traitement ou de la prophylaxie est de trois à cinq jours avec l'azithromycine, et de sept jours avec l'estolate d'érythromycine ou la clarithromycine.

Le triméthoprim-sulfaméthoxazole (TMP/SMX) peut être utilisé pour les personnes âgées de plus de 2 mois chez qui les macrolides sont contre-indiqués. Ce traitement devra être donné pendant sept jours (voir l'annexe B).

Enfants de moins de 1 mois

Aucune étude ne démontre l'efficacité de l'azithromycine ou de la clarithromycine pour les nourrissons de moins de 1 mois. Quelques études montrent que l'azithromycine a moins d'effets secondaires que l'érythromycine.

Des cas de sténose hypertrophique du pylore ont été rapportés avec l'utilisation d'érythromycine. Jusqu'à maintenant, l'azithromycine n'a pas été associée à une incidence accrue de sténose hypertrophique du pylore. Par conséquent, l'azithromycine est actuellement l'antibiotique recommandé pour le traitement et la prophylaxie des enfants de moins de 1 mois. De plus, on devrait surveiller les signes de sténose du pylore chez tous les enfants de moins de 1 mois qui reçoivent des macrolides.

Femmes enceintes

Il n'y a pas de transmission connue de la maladie *in utero*. Cependant, la transmission de la coqueluche au nouveau-né risque d'être très dommageable. L'enfant né dans les cinq jours suivant le début du traitement de sa mère devrait recevoir une prophylaxie. Le traitement est recommandé en fin de grossesse (dans les trois semaines précédant la date prévue de l'accouchement).

Les malformations dues aux antibiotiques chez le fœtus sont particulièrement associées à la prise d'antibiotiques en début de grossesse. Il faut donc évaluer les risques et les avantages potentiels liés à la prise d'antibiotiques par la mère.

L'azithromycine et l'érythromycine sont classées B par la Food and Drug Administration (FDA) aux États-Unis et la clarithromycine est de classe C. Le TMP/SMX est contre-indiqué chez la femme enceinte.

Classe B

Des études chez les animaux n'ont révélé aucun effet nocif pour le fœtus, mais il n'y a pas eu d'études comparatives adéquates chez la femme enceinte; ou encore, des études chez les animaux ont démontré des effets nocifs pour le fœtus, mais des études comparatives adéquates chez la femme enceinte n'ont pas montré de risques pour le fœtus.

Classe C

Des études chez les animaux ont révélé des effets nocifs et il n'existe pas d'études comparatives adéquates chez la femme enceinte; ou encore, aucune étude n'a été menée chez les animaux et il n'y a pas eu d'études comparatives chez la femme enceinte.

4.1.3 Exclusion

Le cas index devrait être exclu du service de garde en milieu familial ou en installation, de l'école et des autres endroits où se trouvent des individus susceptibles de contracter la maladie. Cette exclusion doit être maintenue, selon la situation qui se présente en premier :

- jusqu'à cinq jours après le début d'une antibiothérapie, même si l'azithromycine est utilisée pendant seulement trois jours ;

OU

- pendant trois semaines² à partir de l'apparition de la toux ;

OU

- tant que la toux n'a pas disparu.

Aucune donnée n'indique qu'une personne qui a cessé de tousser est encore contagieuse. Aux fins de l'intervention, une personne qui a cessé de tousser n'est plus considérée contagieuse.

Les personnes chez qui une culture récente montre la présence de *Bordetella pertussis* et qui ont des symptômes devraient être exclues pendant les cinq jours suivant le début de leur traitement, quel que soit le délai depuis l'apparition des symptômes.

4.1.4 Déclaration

La coqueluche étant une maladie à déclaration obligatoire, le médecin traitant et le laboratoire doivent déclarer les cas à la Direction de santé publique de leur région.

4.2 Identification des contacts étroits

Les sujets-contacts sont de quatre types (annexe C) :

- contacts étroits vivant sous le même toit que le cas index ;

2. La contagiosité peut parfois se prolonger pendant six semaines, particulièrement chez les enfants de moins de 12 mois qui n'ont pas reçu les trois doses de vaccin acellulaire. Pour cette raison, il est recommandé d'exclure ces enfants jusqu'à six semaines après le début de la toux, s'ils ne sont pas traités.

- contacts étroits en service de garde en milieu familial ;
- contacts étroits en service de garde en installation (CPE et garderie) ;
- contacts étroits autres :
 - femmes enceintes en fin de grossesse,
 - enfants de moins de 12 mois.

4.2.1 Contacts étroits vivant sous le même toit

4.2.1.1 Interventions réalisées par le médecin traitant

Le médecin traitant :

- vérifie si des personnes vivant sous le même toit présentent des symptômes compatibles avec la coqueluche et leur recommande une évaluation médicale afin d'établir un diagnostic et, s'il y a lieu, administrer un antibiotique le plus rapidement possible ;
- identifie les personnes asymptomatiques vivant sous le même toit qui devraient recevoir la chimioprophylaxie.

La chimioprophylaxie (annexe B) est offerte à tous les membres de la maisonnée lorsqu'il y a présence d'un enfant de moins de 12 mois ou d'une femme enceinte en fin de grossesse (dans les trois semaines qui précèdent la date prévue de l'accouchement) **SI** l'apparition des symptômes chez le premier cas de la maison remonte à 21 jours ou moins.

4.2.1.2 Interventions réalisées par le réseau de santé publique

Le réseau de santé publique :

- procède à une enquête auprès du cas index ou de ses parents ;
- s'assure que les membres de la maisonnée sont traités s'il y a présence d'un enfant de moins de 12 mois ou d'une femme enceinte en fin de grossesse (dans les trois semaines qui précèdent la date prévue de l'accouchement) ;
- vérifie si le cas index fréquente un service de garde en milieu familial, un service de garde en installation ou d'autres contacts étroits à risque.

4.2.2 Contacts étroits en service de garde en milieu familial

Le réseau de santé publique vérifie :

- s'il y a présence d'enfants de moins de 12 mois dans le milieu ;
- si l'apparition des symptômes du premier cas dans le milieu remonte à 21 jours ou moins.

Lorsque les deux conditions précédentes sont satisfaites et les circonstances permettent de croire au succès de l'intervention³, la chimioprophylaxie (annexe B) sera offerte à tous les enfants qui fréquentent le service de garde (temps complet ou temps partiel) ainsi qu'aux personnes vivant ou travaillant dans ce milieu.

Si le cas index est l'enfant de la responsable du service de garde, les mêmes recommandations s'appliquent quant à l'exclusion, à la chimioprophylaxie et à l'information à donner.

Les contacts étroits qui présentent des symptômes seront dirigés vers leur médecin traitant pour évaluation médicale.

Une lettre d'information sera transmise à tous les parents.

Une grille d'identification des contacts est présentée à l'annexe D.

4.2.3 Contacts étroits en service de garde en installation

Le réseau de santé publique vérifie :

- s'il y a présence d'enfants de moins de 12 mois dans le groupe du cas index ;
- si l'apparition des symptômes chez le premier cas remonte à 21 jours ou moins ;
- si le groupe du cas index est isolé des autres groupes (contact de moins d'une heure par jour entre les groupes).

Lorsque les deux conditions précédentes sont satisfaites et les circonstances permettent de croire au succès de l'intervention⁴⁴, la chimioprophylaxie (annexe B) sera offerte à tous les enfants qui fréquentent ce groupe (temps complet et temps partiel) ainsi qu'au personnel.

Les contacts étroits qui présentent des symptômes seront dirigés vers leur médecin traitant pour évaluation médicale.

Une lettre d'information sera transmise à tous les parents des enfants fréquentant le groupe du cas index.

Une grille d'identification des contacts est présentée à l'annexe D.

³ Dans certaines circonstances, l'efficacité de la chimioprophylaxie peut-être compromise : Par exemple, lorsqu'il est impossible de traiter la totalité des contacts de façon simultanée.

⁴⁴ Dans certaines circonstances, l'efficacité de la chimioprophylaxie peut-être compromise : Par exemple, lorsqu'il est impossible de traiter la totalité des contacts de façon simultanée.

4.2.4 Contacts étroits autres

Contacts avec symptômes

Le réseau de santé publique avise chacun de ces contacts étroits qui présentent des symptômes de consulter rapidement un médecin qui évaluera la pertinence de leur offrir un traitement.

Contacts asymptomatiques

Si indiqué, le réseau de santé publique avise les contacts étroits vulnérables (enfants de moins de 12 mois et femmes enceintes dans les trois semaines qui précèdent la date prévue de l'accouchement) de consulter un médecin, afin d'évaluer la pertinence d'une prophylaxie.

Afin d'éliminer la bactérie et éviter sa transmission au nouveau-né, la chimioprophylaxie est particulièrement recommandée pour la femme enceinte en fin de grossesse.

4.3 Immunisation des contacts étroits

4. Dans certaines circonstances, l'efficacité de la chimioprophylaxie peut-être compromise : Par exemple, lorsqu'il est impossible de traiter la totalité des contacts de façon simultanée.

Aucune étude n'a prouvé l'efficacité de la vaccination en postexposition. On devrait toutefois profiter de cette occasion pour mettre à jour la vaccination contre la coqueluche selon les recommandations du Protocole d'immunisation du Québec (PIQ).

4.4 Information aux sujets-contacts

- Au besoin, remettre une lettre d'information aux sujets-contacts fréquentant un service de garde ou tout autre milieu jugé pertinent.
- Cette lettre devrait contenir des informations sur la maladie et son évolution ainsi que sur la pertinence de consulter un médecin en présence de symptômes compatibles avec la coqueluche.
- Donner l'information sur la mise à jour éventuelle de la vaccination contre la coqueluche selon les recommandations du PIQ.

ANNEXES

ANNEXE A

TECHNIQUE DE PRÉLÈVEMENT

Le personnel qui procède à des prélèvements, que ce soit pour la culture ou le PCR, devrait appliquer les précautions contre la transmission par gouttelettes dès qu'une coqueluche est soupçonnée. Ces personnes doivent être immunisées adéquatement contre la coqueluche, c'est-à-dire selon les recommandations du Protocole d'immunisation du Québec. Au besoin, elles peuvent contacter le service santé de leur établissement.

TECHNIQUE DE PRÉLÈVEMENT POUR CULTURE

- Le spécimen pour culture consiste en des sécrétions nasopharyngées prélevées à l'aide d'une tige montée avec de l'alginate de calcium (le coton inhibe la croissance du *Bordetella pertussis*) ou prélevées par aspiration à l'aide d'un cathéter flexible (5 French).
- La tige montée est insérée dans la narine parallèlement au palais et poussée aussi loin que possible dans le nasopharynx postérieur (jusqu'à ce qu'une résistance se fasse sentir). On fait ensuite pivoter la tige pendant quelques secondes (ou jusqu'à ce que le patient tousse), puis on la retire lentement.
- Pour assurer la qualité du spécimen pour la culture, celui-ci doit être prélevé à l'hôpital et ensemencé immédiatement, puis transporté au laboratoire sans délai. Si le prélèvement ne peut être effectué à l'hôpital, un milieu de transport adéquat doit être utilisé. Le milieu de Regan-Lowe est recommandé. Le délai maximal pour faire parvenir le spécimen au laboratoire est alors de deux à trois jours.
- Un résultat positif est généralement disponible dans les deux à cinq jours (mais parfois jusqu'à onze jours) suivant l'ensemencement, alors que le délai pour un résultat négatif est de sept à onze jours.
- Un résultat négatif à la culture ne permet pas d'éliminer d'emblée un diagnostic de coqueluche.

TECHNIQUE DE PRÉLÈVEMENT POUR PCR¹

- Le spécimen pour PCR consiste en des sécrétions nasopharyngées prélevées par aspiration à l'aide d'une sonde d'aspiration stérile de calibre 8 ou 10 d'une éprouvette de type « Luki » et d'un tube de raccord stérile.
- La sonde est introduite dans la narine par glissements le long de la cloison jusqu'au pharynx. Obstruer l'ouverture de la sonde et faire des mouvements de rotation tout en retirant la sonde. Libérer les sécrétions hors du tube dans l'éprouvette.
- Le spécimen doit être envoyé immédiatement au laboratoire de microbiologie, car un délai risque de diminuer la croissance. Si le prélèvement ne peut être effectué à l'hôpital, les sécrétions obtenues par aspiration doivent être conservées au réfrigérateur (4 °C) et acheminées au laboratoire de microbiologie sur glace.

¹ Technique de l'Hôpital Ste-Justine

ANNEXE B

TRAITEMENT ET CHIMIOPROPHYLAXIE DE LA COQUELUCHE

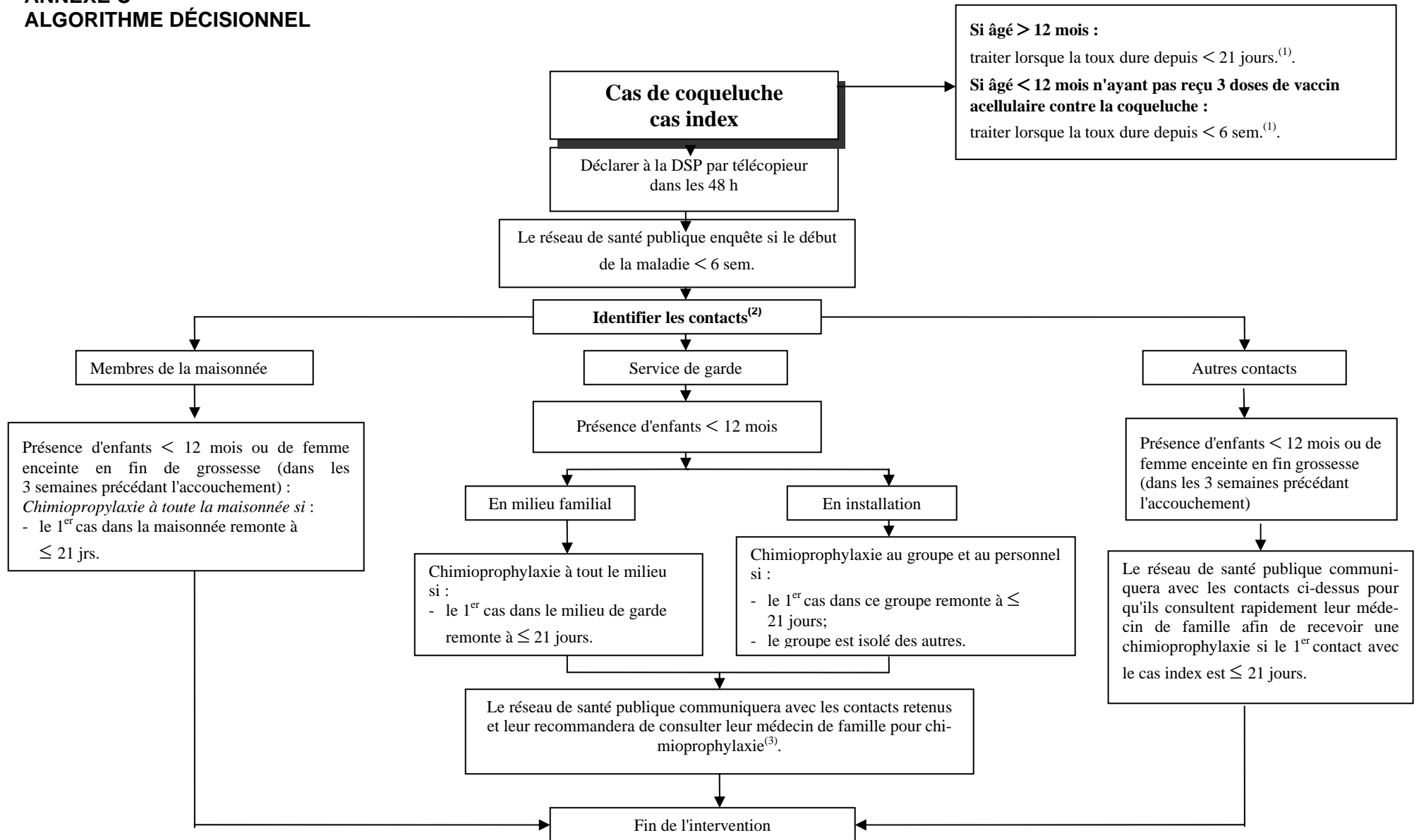
Tableau I Antibiotiques recommandés pour le traitement et la prophylaxie de la coqueluche selon le groupe d'âge

Groupe d'âge	Traitements			Substitut
	Azithromycine	Clarithromycine	Estolate d'érythromycine ⁽¹⁾	TMP-SMX ⁽²⁾
< 1 mois	Recommandée. 10 mg/kg/jour en 1 dose pendant 5 jours. Données de sécurité limitées.	Non recommandée (données de sécurité non disponibles).	Deuxième intention. Associée à la sténose hypertrophique du pylore. Utiliser si l'azithromycine n'est pas disponible. 40-50 mg/kg/jour divisés en 3 doses pendant 7 jours.	Contre-indiqué pour les enfants ≤ 2 mois (risque de kernictère).
1-5 mois	10 mg/kg/jour en 1 dose pendant 5 jours.	15 mg/kg/jour divisés en 2 doses pendant 7 jours.	40-50 mg/kg/jour divisés en 3 doses pendant 7 jours.	TMP 8 mg/kg/jour, SMX 40 mg/kg/jr, divisés en 2 doses pendant 7 jours. Contre-indiqué pour les enfants ≤ 2 mois.
Enfants ≥ 6 mois	10 mg/kg en 1 dose le jour 1, puis 5 mg/kg/jour (max. : 500 mg) en 1 dose les 4 jours suivants ou 10 mg/kg en 1 dose pendant 3 jours.	15 mg/kg/jour (max. : 1 g/jr) divisés en 2 doses pendant 7 jours.	40-50 mg/kg/jour (max. : 1 g/jr) divisés en 3 doses pendant 7 jours.	TMP 8 mg/kg/jour, SMX 40 mg/kg/jour, divisés en 2 doses pendant 7 jours.
Adultes	1 dose de 500 mg/jour pendant 3 jours.	500 mg/jour 2 fois par jour pendant 7 jours.	1 g/jour divisé en 2 à 4 doses pendant 7 jours.	TMP 160 mg, SMX 800 mg, 2 fois par jour pendant 7 jours. Contre-indiqué pour la femme enceinte.

(1) L'azithromycine et la clarithromycine sont habituellement préférées à l'érythromycine en raison de leurs effets secondaires moindres. Si une autre érythromycine est utilisée, traiter pendant 14 jours.

(2) TMP-SMX : triméthoprime-sulfaméthoxazole. Il peut être utilisé pour les patients ≥ 2 mois qui sont allergiques aux macrolides ou qui ne tolèrent pas les macrolides.

ANNEXE C
ALGORITHME DÉCISIONNEL



(1) En présence d'une culture positive pour *Bordetella pertussis*, le traitement est recommandé peu importe la durée de la toux.

(2) Cet algorithme se rapporte aux contacts asymptomatiques. Les contacts qui présentent des symptômes doivent être évalués par un médecin.

(3) En profiter pour faire la mise à jour de la vaccination contre la coqueluche.

ANNEXE D
GRILLE D'IDENTIFICATION DES CONTACTS ÉTROITS

N° DOSSIER : _____

CAS INDEX : _____
Nom et prénom

Période de contagiosité du ____/____/____ au ____/____/____
Année Mois Jour Année Mois Jour

Nom et prénom Lieu de résidence	N° de téléphone	Type de contact ††	Gros- sesse (Nbre semaines)	Âge ou DDN	Date du 1 ^{er} contact	Consulta- tion médicale (si toux) oui/non	Prophylaxie recommandée oui/non	Commentaires et suivi

Nom de l'intervenant : _____

Date ____/____/____
Année Mois Jour

†† 1- Maisonnée 2- Service de garde en milieu familial 3- Service de garde en établissement 4- Autres contacts

BIBLIOGRAPHIE

- ALTUNAJI, S., R. Kukkuruzovic, N. Curtis et N. Massie (2006). « Antibiotics for whooping cough (pertussis) », Review, *The Cochrane Library*, , 44 p., [En ligne]. [NDLR : En fait si nous avons compris, The Cochrane Collaboration est une entité, The Cochrane Library est un site, John Wiley & Sons est un éditeur Internet?]
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (2006). *Red Book 2006. Report of the Committee on Infectious Diseases*, 27^e éd., [nom de l'éditeur?], Elk Grove Village (Illinois), 992 p.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (2007). « Outbreaks of respiratory illness mistakenly attributed to pertussis. New Hampshire, Massachusetts, and Tennessee, 2004-2006 », *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 56, n^o 33, 24 août, p. 837-842.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (2005). « Recommended antimicrobial agents for treatment and postexposure prophylaxis of pertussis », *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 54, n^o RR-14, 9 décembre, 17 p.
- COMITÉ PROVINCIAL DES MALADIES INFECTIEUSES EN SERVICE DE GARDE (2002). *Prévention et contrôle des infections dans les centres de la petite enfance. Guide d'intervention*, Québec, Les Publications du Québec, 473 p.
- COMITÉ SUR L'IMMUNISATION DU QUÉBEC (2005). *Protocole d'immunisation du Québec*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, p.. [NDLR : Par cohérence avec le reste des références, écrire le nombre de pages.]
- DODHIA, H., et E. MILLER (1998). « Review of the evidence for the use of erythromycin in the management of persons exposed to pertussis », *Epidemiol Infect.*, vol. 120, p. 143-149. [NDLR : Écrire nom du périodique au long. Vol. ou n^o?]
- DODHIA, H., N.S. CROWCROFT, J.C. BRAMLEY et E. MILLER (2002). « UK guidelines for use of erythromycin chemoprophylaxis in persons exposed to pertussis », *The European Journal of Public Health Medicine*, vol. 24, p. 200-206. [NDLR : Vérifier nom du périodique.]
- EDELMAN, K., S. Nikkari, O. Ruuskanen, Q. He, M.K. Viljanen et J. Mertsola (1996). « Detection of Bordetella pertussis by polymerase chain reaction and culture in the nasopharynx of erythromycin treatment infants with pertussis », *The Pediatric Infectious Disease Journal*, n^o 15, p. 54-57.
- HALPERIN, S.A., R. Bortolussi, J.M. Langley, B. Miller et B.J. Eastwood (1997). « Seven days of erythromycin estolate is as effective as fourteen days for the treatment of Bordetella pertussis infections », *Pediatrics*, vol. 100, n^o 1, p. 65-71.
- HALPERIN, S.A., R. Bortolussi, J.M. Langley, B. Miller et B.J. Eastwood (1998). « A randomized, placebo-controlled trial of erythromycin estolate chemoprophylaxis for household contacts of children with culture-positive Bordetella pertussis infection », Elk Grove Village, IL, 29 p. [NDLR : On dirait que c'est un article. En ce cas, nom du périodique en italique, mais pas lieu de publication. Si publication autonome, titre en italique, pas de guillemets, et des initiales majuscules partout, sauf pour les prépositions.]
- HOPPE, J.E. (1992). « Comparison of erythromycin estolate and erythromycin ethylsuccinate for treatment of pertussis », *The Pediatric Infectious Disease Journal*, n^o 11, p. 189-193.

SANTÉ CANADA (2003). « Conférence de concertation sur la coqueluche », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, vol. 2953, [En ligne]. [<http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/03pdf/29s3f.pdf>] (consulté le 15 mars 2007).

www.msss.gouv.qc.ca