

Nécessité du traitement antibiotique dans l'entourage proche d'un cas de coqueluche

Dominique GENDREL

La mortalité due à la coqueluche, importante partout dans le monde chez le jeune enfant, comme la morbidité ont chuté de façon spectaculaire avec l'introduction de la vaccination généralisée.

Le remplacement du vaccin anticoquelucheux à germes entiers atténués par le vaccin acellulaire, réputé mieux supporté, dans la plupart des pays occidentaux dès les années 90 n'a rien changé à l'efficacité apparente mesurée par l'enregistrement des formes typiques de la maladie. Par contre la surveillance systématique avec l'amélioration des techniques bactériologiques a mis en évidence des portages asymptomatiques et des formes atténuées montrant que, malgré une couverture vaccinale importante, le germe pouvait continuer à circuler dans la population générale. Cela est avant tout dû à la PCR, plus sensible que la culture classique des prélèvements pharyngés pour mettre en évidence le bacille de Bordet-Gengou, même en l'absence de symptômes cliniques typiques.

Les principales enquêtes ont été initialement réalisées dans l'entourage de jeunes nourrissons hospitalisés pour coqueluche sévère. Les résultats sont tous identiques : la transmission du germe vient de l'entourage proche, la mère (jusqu'à 60% des cas), plus souvent que le père ou la fratrie avec généralement PCR positive mais toux peu marquée voire absente. Cela est également retrouvé en cas de coqueluches modérées ne nécessitant pas l'hospitalisation de l'enfant. Des cas de coqueluche atypique avec PCR positive sont aussi retrouvés dans l'entourage proche du cas index dans les collectivités d'enfants, voire d'adultes, où les soignants peuvent être concernés. Ces études ont d'abord été menées en Europe et en Amérique du Nord, où le vaccin acellulaire est employé. Mais des enquêtes réalisées dans des pays où le vaccin entier est le seul distribué, en particulier au Maroc et en Algérie, ont montré des résultats familiaux identiques. C'est-à-dire que les vaccins anticoquelucheux à germes entiers ou acellulaires ont réduit considérablement la mortalité. Mais on doit considérer actuellement que plus de cinq ans après le dernier rappel, ils protègent contre les formes sévères, mais mal contre le simple portage qui est à l'origine de la transmission interhumaine.

Le seul moyen d'interrompre le cycle de contagiosité est donc de prescrire une antibiothérapie à l'entourage proche du cas, même si les sujets exposés ne toussent pas ou peu car les formes paucisymptomatiques sont fréquentes. En général, on choisit l'azithromycine (20 mg/kg/j sans dépasser 500 mg/j, dose prescrite à l'adulte) pendant 3 jours, la clarithromycine, voire le Bactrim pouvant aussi être utilisés. Il n'est pas nécessaire de faire un prélèvement, même à ceux qui ne toussent pas, car ils peuvent être porteurs asymptomatiques et contagieux. Il faudrait alors recourir à une PCR car la bactériologie classique peut être faussement négative. Seule doit être prise en compte la réalité de la coqueluche du cas-index, même si

la symptomatologie clinique est atypique. Les sujets vaccinés depuis moins de cinq ans sont protégés et dispensés de ce traitement.

Ces recommandations sont parfois difficiles à appliquer, en particulier pour les collectivités scolaires. Elles doivent être approuvées par l'ensemble de médecins et clairement expliquées aux familles. Il est important que les sociétés médicales nationales les prennent en compte en montrant que cette antibiothérapie dirigée contre la transmission de la coqueluche ne concerne que quelques cas, et que la base de la lutte repose sur le respect attentif du calendrier vaccinal