

Coqueluche de l'adulte : y penser, diagnostiquer, traiter, isoler...

Mots clés : L'épidémiologie de la coqueluche a évolué. Les adolescents et les adultes sont maintenant à l'origine de la plupart des contaminations de jeunes nourrissons¹. Pourtant la coqueluche de l'adulte est largement méconnue par les médecins aux USA comme en France^{2,3}. Le tableau clinique de la maladie chez ces patients vaccinés dans l'enfance ne reproduit que rarement le tableau classique⁴. Comment reconnaître et diagnostiquer la coqueluche des adultes ? Quel traitement et mesures de prophylaxie mettre en œuvre ? Des recommandations récentes dans différents pays apportent des données^{3,4}.

Coqueluche
Macrolide
Isolement
Contamina-
tion
Prévention

Une maladie méconnue

Le diagnostic devrait être évoqué devant toute toux persistante sans cause évidente : la toux coquelucheuse caractéristique n'est rapportée que par un tiers des adultes atteints². Presque 80% des adultes atteints de coqueluche toussaient depuis au moins 3 semaines, entre 2 et 3 sur 10 depuis 2 et même 3 mois^{2,3}. Une étude récente en médecine générale dans la région parisienne a retenu tous les patients de plus de 18 ans consultant pour toux sans cause évidente datant de 7 à 31 jours. Sur 271 patients, 32% ont été identifiés comme coqueluche. 60% avaient été vaccinés et 33% rapportaient des antécédents de coqueluche. La durée de la toux a été en moyenne de 49 jours³.

Les moyens diagnostiques utilisables

La confirmation biologique par *examen direct et culture* (de préférence par aspiration nasopharyngée, sinon sur expectoration) se fait durant les 3 premières semaines. La sensibilité est de 50 à 60% durant la première semaine de toux, diminuant rapidement, surtout en cas d'antibiothérapie, la spécificité est proche de 100%. La technique de *PCR* est plus sensible mais plus complexe et non remboursée.

Les techniques sérologiques sont utilisées après 4 semaines (immuno-empreinte seule remboursée, ou Elisa) si la dernière vaccination date de plus d'un an. Elles nécessitent un dosage comparatif à 3 ou 4 semaines d'intervalle. Un taux élevé au premier examen chez un adolescent ou un adulte peut être suffisant³.

Que conclure ?

La coqueluche de l'adolescent et de l'adulte est fréquente, estimée en France, à partir de données fragmentaires, à environ 900 cas annuels pour 100 000³.

Une revaccination systématique de la population adulte est-elle envisageable ? Revacciner les adolescents est maintenant inscrit dans le calendrier vaccinal pour les 11-13 ans³, mais la protection conférée n'excède pas 10 ans. Le vaccin acellulaire tétravalent TdCaPolio (Repevax®) est utilisable à l'âge adulte, mais les connaissances actuelles ne permettent pas de l'administrer plus d'une fois chez un adulte⁵. De plus la couverture vaccinale risque de ne pas dépasser 50 à 60%⁶.

Peut-on revacciner seulement certains adultes-cibles ? Le CSHPF recommande le TdCaPolio chez tout adulte soit en contact professionnel avec des nourrissons de moins de 6 mois, soit susceptible de devenir parent dans les mois ou années proches, soit, pour les mères, le plus tôt possible après l'accouchement⁵. Mais cette vaccination ciblée, qualifiée de « cocooning approach » par l'éditorialiste du Lancet⁶, n'a pas encore donné les preuves de sa faisabilité et de son efficacité. D'autres pistes sont à l'étude : vaccination durant la grossesse, chez les nouveaux-nés². La coqueluche n'a pas fini de faire parler d'elle...

La place des antibiotiques

L'érythromycine (14 jours) est le *traitement de référence*, malgré ses effets secondaires. Josamycine (14 jours), clarithromycine (7 jours) et azithromycine (5 jours) peuvent être utilisés ; le sulfaméthoxazole-triméthoprime (14 jours) offre une alternative en cas d'intolérance aux macrolides. Le bénéfice clinique du traitement est discuté après la première semaine de la maladie. Il est cependant indiqué jusqu'à 3 semaines, pour certains jusqu'à 6 à 8 semaines, avec comme but principal d'éviter la contagion^{3,4}.

Les mêmes antibiotiques peuvent être utilisés en *prophylaxie* chez les personnes-contacts dans les 3 semaines qui suivent le contact (jusqu'à 6 à 8 semaines s'il s'agit de personnes à haut risque, ou en contact avec celles-ci : enfants insuffisamment vaccinés, femmes enceintes au 3^{ème} trimestre de la grossesse⁴). *Aucun autre moyen médicamenteux n'a prouvé son efficacité*, qu'il s'agisse de corticoïdes, salbutamol, gammaglobulines anticoquelucheuses ou autres^{3,4}.

Eviction...

Le Conseil supérieur d'hygiène publique de France (CSHPF) recommande un « isolement respiratoire » (que ce soit en famille, en collectivité, ou à l'hôpital) de 5 jours après le début d'une antibiothérapie, souhaitable dans les mêmes conditions pour les membres symptomatiques de l'entourage d'un cas confirmé^{3,5}. Il recommande également de signaler aux Ddass les cas groupés pour enquête systématique.

Références :

- 1 - Collectif. La coqueluche pose-t-elle encore problème en 2005 ? *Bibliomed*. 2005; ???
- 2 - Dworkin MS. Adults are whooping, but are internists listening ? *Ann Int Med*. 2005; 142:832-5.
- 3 - Floret D et al. Conduite à tenir devant un ou plusieurs cas de coqueluche. *Arch péd*. 2005; 12:1281-91.
- 4 - Hewlett EL, Edwards KM. Pertussis, not just for the kids. *N Eng J Med*. 2005; 352:1215-22.
- 5 - Conseil supérieur d'hygiène publique de France. Avis relatif à la vaccination anticoquelucheuse et au vaccin TdCaPolio. Séance du 19/3/04. Sur www.sante.gouv.fr
- 6 - De Serres G, Duval B. Pertussis vaccination beyond childhood. *Lancet*. 2005; 365:1015-6.