

Mots clés :

Bronchiolite  
Coqueluche  
Nourrisson  
Vaccination

## Coqueluche du nourrisson : souvent atypique...

Le taux de couverture vaccinale contre la coqueluche est maintenant de 80 à 90% dans tous les pays occidentaux, de sorte que l'on parle maintenant d'une ère post-vaccinale de la maladie<sup>1</sup>. Cependant, la bactérie continue à circuler et de jeunes nourrissons non encore ou insuffisamment vaccinés sont infectés (*Bibliomed 395 et 397*). L'apparition de formes atypiques pose chez eux des problèmes diagnostiques qui ne sont pas tous résolus<sup>2</sup>. Si la stratégie « cocon » semble aujourd'hui la plus efficace pour les protéger, elle est encore, semble-t-il, mal connue<sup>3</sup>, et ne résout pas tous les problèmes, notamment de recrudescence un peu paradoxale de la maladie chez les adolescents constatée par exemple au Canada<sup>4</sup>. La stratégie vaccinale maintenant conseillée en France<sup>5</sup> est conforme au choix qu'ont fait de nombreux pays<sup>6</sup>.

### Coqueluche du nourrisson : souvent atypique

La définition de la coqueluche par toux paroxystique et reprise inspiratoire est obsolète pour notre pays. Une récente série prospective<sup>2</sup> a montré chez 86 nourrissons (âge médian 61 jours) hospitalisés pour pathologie respiratoire grave seulement 11 cas de toux quinteuse caractéristique de la coqueluche. 71% étaient hospitalisés pour bronchiolite à VRS (prédominance hivernale de 85%), seuls 3 étaient vaccinés contre la coqueluche, 73% étant trop jeunes pour l'être. Le diagnostic de coqueluche a finalement été porté chez 42, sur des arguments de PCR+ (chez l'enfant ou dans son entourage. La coqueluche atteint donc maintenant préférentiellement des jeunes nourrissons non vaccinés, ayant des formes souvent atypiques mais parfois sévères. Le diagnostic ne peut être porté dans de nombreux cas que sur un argument de positivité de la PCR dans l'entourage, que ces personnes toussent ou non : dans cette série, 18 des 54 membres des familles trouvés PCR+ ne toussaient pas du tout. Les auteurs n'expliquent pas le taux très élevé des co-infections à VRS, très supérieur à ceux observés en Europe ou en Amérique du nord où il est d'environ 10%.

### Quelle stratégie vaccinale pédiatrique ?

L'étude épidémiologique canadienne montre les changements intervenus en population générale depuis la généralisation de la vaccination<sup>1</sup>. En 1997-98, le vaccin à germe entier a été remplacé par le vaccin acellulaire en 5 injections (2-3-4-18-60 mois). En 2000, il a été constaté 2 pics d'incidence : chez les nourrissons de

moins de 1 an et chez les enfants de 9/11 ans. Selon les auteurs, puisque les enfants de 7-9 ans et ceux de 9/11 ans fréquentent les mêmes écoles, la seule explication plausible est que le nouveau vaccin acellulaire protège mieux les plus jeunes que le précédent vaccin entier utilisé auparavant chez les plus âgés.

Les calendriers vaccinaux actuels (Allemagne, Australie, Canada, France, USA) préconisent exclusivement les vaccins acellulaires<sup>5,6</sup> en 3 injections successives à 2-3-4 mois, avec rappel à 18 mois, puis à 11-13 ans, (rattrapage à 16-18 ans si cela n'a pas été fait, ou si le vaccin a été fait à 5-6 ans).

### Et ensuite ?

On ne connaît pas la durée de protection du vaccin, et il n'est pas recommandé de répéter les rappels chez l'adulte<sup>5</sup>. Mais il est admis aujourd'hui que la stratégie de vaccination ciblée des personnes au contact des nourrissons est plus efficace que de tenter de faire un rappel à toute la population adulte. Cependant, une enquête auprès de professionnels de santé et de jeunes mères de Haute-Savoie<sup>3</sup> a montré que seuls 1% des mères et 55% des professionnels (dont 8,3% des obstétriciens et 4,8% des sages-femmes...) connaissaient les recommandations ; 21,3% des professionnels les considéraient comme inapplicables. Le taux de couverture vaccinale n'atteignait que 35% pour la coqueluche chez ceux qui connaissaient les recommandations, 3% chez les autres ; parmi les mères, la moitié seulement étaient prêtes à se faire vacciner une fois correctement informées des risques pour leur bébé.

### Que conclure pour notre pratique ?

La coqueluche pose donc aujourd'hui encore deux questions « préalables » :

- **Le diagnostic reste difficile**, souvent méconnu chez l'adolescent et l'adulte, mais aussi chez le nourrisson non vacciné. Il faut savoir y penser devant un tableau de bronchiolite et questionner l'entourage sur une éventuelle toux inexpliquée. Mais ce n'est que l'aspect émergent de l'iceberg...

- **Les stratégies vaccinales optimales ne sont pas appliquées** : La mise en place du nouveau calendrier pédiatrique ne pose pas de gros problèmes. Ce n'est pas le cas pour la vaccination des proches des nouveaux nés, seule capable de les protéger. Il est possible de proposer un rappel anticoquelucheux par quadruple vaccin (Repevax® ou Boostrix®) chez un adulte ayant reçu une vaccination DTP plus de 2 ans avant, délai pouvant être ramené à un mois chez les professionnels de santé, en cas de survenue de cas groupés de coqueluche en collectivité. Au fait, comment êtes-vous vaccinés ?

### Références

- 1- Skowronski D et al. The changing age and seasonal profile of pertussis in Canada. *J infect dis.* 2002; 185: 1448-53.
- 2- Cosnes-Lambe C et al. La recherche de Bordetella Pertussis par PCR chez les parents permet de diagnostiquer la coqueluche atypique chez les jeunes nourrissons non vaccinés. *Presse Med.* 2008; 37: 1371-6.
- 3- Rioja S, Jund J, Gaillat J. La vaccination anticoquelucheuse de l'adulte et des professionnels de santé est-elle connue et appliquée ? *Med Mal Infect.* 2008; 38: 372-7.
- 4- INVES. Calendrier vaccinal 2008 - Avis du Haut conseil de la santé publique. *BEH.* 2008; 16-17.
- 5- Halperin SA. Pertussis — A Disease and Vaccine for All Ages. *NEJM.* 2008; 353: 1615-7.