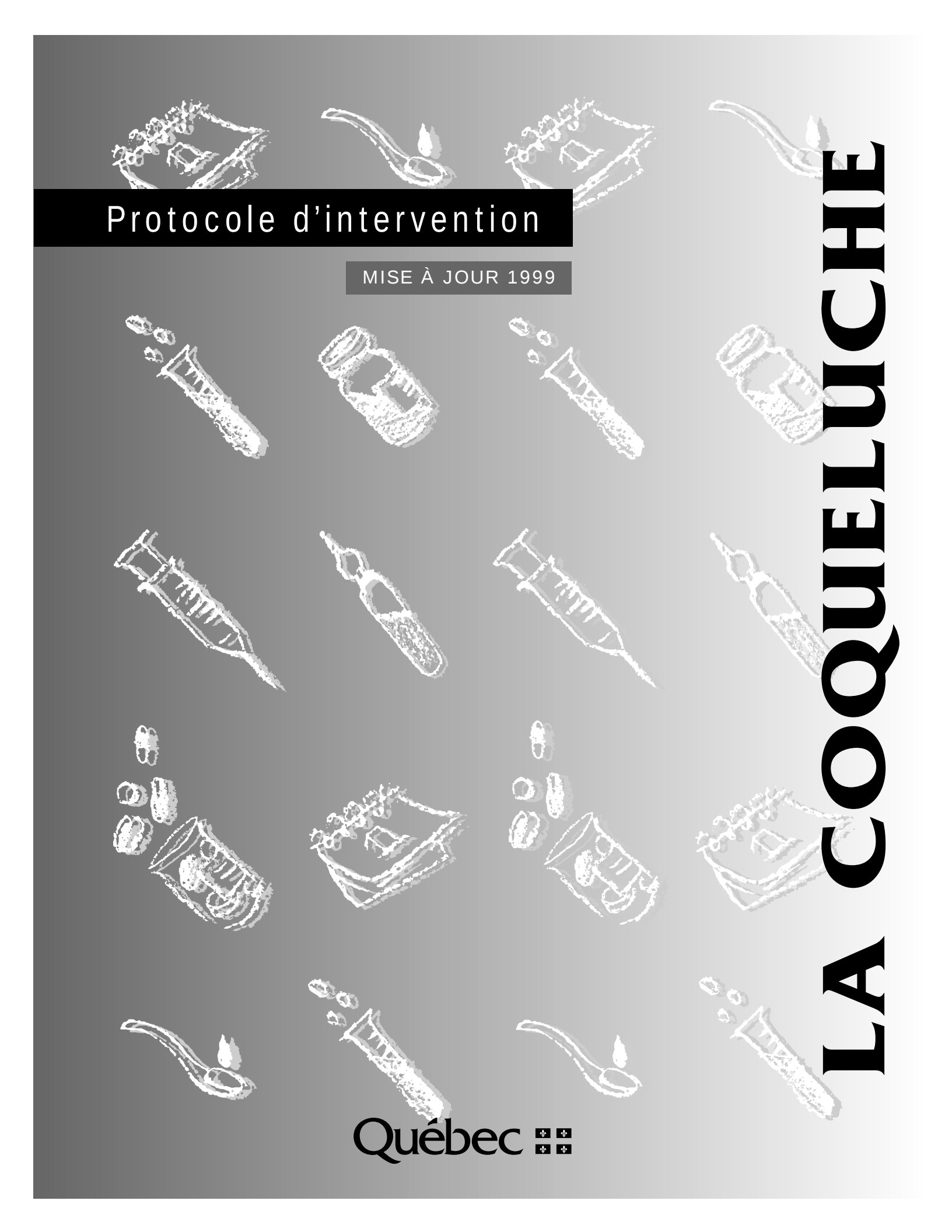




Protocole d'intervention

MISE À JOUR 1999

LA COOQUELUCHIE

Québec 

Rédigé par :**Groupe de travail *Ad Hoc* du CCMI**

(Comité de concertation en maladies infectieuses)

Hélène Chouinard

Direction régionale de la santé publique de la Côte-Nord

Diane Cusson

Direction régionale de la santé publique de chaudière-Appalaches

Louise Thibault-Paquin

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Manon Toupin

Direction régionale de la santé publique de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Approuvé par :

Comité sur l'immunisation du Québec

Comité de prévention des infections dans les
centres de la petite enfance du Québec

Juin 1999

Des frais d'administration sont exigés pour des exemplaires supplémentaires de ce document.

Pour plus de renseignements :

Téléphone : (418) 643-5573

Télécopieur : (418) 644-4574

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

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec, 1999

Bibliothèque nationale du Canada, 1999

ISBN : 2-550-34801-X

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec

PRÉAMBULE

Depuis la parution du dernier protocole provincial d'intervention pour le contrôle de la coqueluche (MSSS, 1993), cette maladie a suscité beaucoup d'intérêt et de controverse dans la communauté scientifique. Puisque la coqueluche est hautement contagieuse et entraîne des conséquences sévères, particulièrement chez les enfants de moins d'un an, une stratégie de contrôle efficace s'impose pour éliminer les cas de coqueluche et pour protéger les populations vulnérables. Depuis janvier 1998, un nouveau vaccin acellulaire plus efficace et produisant moins d'effets indésirables a été introduit au calendrier régulier de vaccination.

Malgré un taux de couverture vaccinale élevé chez les enfants de moins de 7 ans au Québec et malgré l'administration de la chimioprophylaxie à l'érythromycine pour les sujets-contacts des cas de coqueluche, l'incidence de la maladie ne diminue pas. Jusqu'à ce jour, l'utilisation de la chimioprophylaxie à l'érythromycine était basée sur des données provenant d'études d'observation suggérant un bénéfice à son administration.

Un essai clinique randomisé réalisé en 1996, dont les résultats ne sont pas encore publiés, ne supporte pas les études d'observation indiquant l'efficacité de l'érythromycine dans la prévention de la coqueluche. Les résultats de cette étude suggèrent que la chimioprophylaxie à l'érythromycine utilisée lorsque le cas index a eu une toux paroxystique prolongée n'est pas efficace pour prévenir la transmission de la coqueluche parmi les membres de la maison puisqu'elle arrive quand la transmission est déjà survenue. Cependant, cette étude ne peut pas déterminer si l'administration plus précoce de la chimioprophylaxie aurait été efficace dans la prévention de cas secondaires parmi les membres de la maison. Nous n'avons aucune garantie que la chimioprophylaxie à l'érythromycine est efficace pour prévenir des cas secondaires. Si toutefois elle l'est, elle doit être administrée précocement aux sujets-contacts vivant dans la même maison qu'un premier cas, c'est-à-dire dans les 14 jours après le début de la toux chez ce cas. Le médecin traitant est le mieux placé pour intervenir rapidement auprès des sujets-contacts, au moment où il reçoit le cas index en consultation.

Compte tenu de ces nouvelles données, des consultations ont été effectuées 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, du Comité de prévention des infections dans les centres de la petite enfance du Québec et enfin, du Comité provincial de surveillance des maladies infectieuses.

Devant la difficulté d'obtenir un consensus à propos de l'intervention à privilégier suite à un cas de coqueluche, le 26 novembre 1998 le CIQ a réuni des experts concernés par ce problème (annexe A). Le présent protocole est basé sur les lignes directrices émises au cours de cette session de travail.

TABLE DES MATIÈRES

OBJECTIFS DU PROTOCOLE	7
INFORMATIONS GÉNÉRALES	
Définition de la maladie.....	8
Tableau clinique.....	8
Complications	8
Durée de la maladie	8
Mode de transmission	8
Période d'incubation	9
Période de contagiosité	9
Immunité	9
DÉFINITIONS	
Cas confirmé	10
Cas clinique.....	10
Cas suspect.....	10
Sujet-contact	11
INTERVENTION	
1. Cas index.....	12
1.1 Méthodes diagnostiques.....	12
1.2 Traitement	12
1.3 Exclusion	13
1.4 Déclaration.....	13
2. Identification des sujets-contacts	13
2.1 Sujets-contacts membres de la maison	14
2.1.1 Asymptomatiques	14
2.1.2 Symptomatiques.....	14
2.2 Sujets-contacts en service de garde en milieu familial	15
2.3 Sujets-contacts en service de garde en garderie.....	16
2.4 Autres sujets-contacts	16
3. Immunisation des sujets-contacts	17
4. Information aux sujets-contacts	17

SURVEILLANCE	18
ANNEXE A : Liste des participants à la session de travail du 26 novembre 1998	22
ANNEXE B : Technique de prélèvement	23
ANNEXE C : Traitement ou chimioprophylaxie de la coqueluche	24
ANNEXE D : Algorithme décisionnel	25
ANNEXE E : Liste des sujets-contacts (exemple).....	26
BIBLIOGRAPHIE.....	27

OBJECTIFS DU PROTOCOLE

Les interventions décrites dans le présent protocole visent les objectifs suivants :

Objectifs pour l'intervention

- protéger les enfants de moins de 12 mois ainsi que les femmes enceintes en fin de grossesse (dans les 3 semaines, qui précèdent l'accouchement);
- éradiquer l'infection chez les membres de la maison, particulièrement s'il y a présence d'un enfant de moins de 12 mois ou d'une femme enceinte en fin de grossesse.

Pour ce faire, la stratégie est de miser sur l'intervention précoce qui se traduit par l'administration de la chimioprophylaxie aux sujets-contacts dans un délai de quatorze jours ou moins après le premier contact avec le cas index. Dans ces conditions, le médecin traitant est l'intervenant privilégié pour agir rapidement auprès du cas index et des sujets-contacts.

Objectif pour la surveillance

- recueillir des données de surveillance qui permettront de planifier et d'évaluer les politiques et les programmes de vaccination.

Les médecins, les laboratoires et les professionnels de la santé publique ont un rôle primordial dans la surveillance de la coqueluche par la déclaration des cas.

INFORMATIONS GÉNÉRALES

DÉFINITION DE LA MALADIE

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

TABLEAU CLINIQUE

Évolution en trois phases :

- phase catarrhale : malaises, anorexie, rhinorrhée, larmolement, toux;
- phase paroxystique : quintes de toux souvent suivies de vomissements; chez les nourrissons particulièrement, des épisodes d'apnée ou de cyanose peuvent survenir;
- phase de convalescence : résolution graduelle des symptômes.

COMPLICATIONS

Elles sont plus sévères et plus fréquentes chez les nourrissons :

- otite;
- pneumonie (21,7 % des cas);
- convulsions (3,0 % des cas);
- encéphalopathies (0,9 % des cas);
- hémorragies (pétéchies, épistaxis, hémorragies sous-conjonctivales);
- décès (1,3 % des enfants < 1 mois; 0,3 % des enfants de 2 à 11 mois).

DURÉE DE LA MALADIE

De 4 à 8 semaines. Cependant, un autre épisode infectieux des voies respiratoires au cours de l'année qui suit peut déclencher de nouveau un syndrome coqueluchoïde.

MODE DE TRANSMISSION

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

PÉRIODE D'INCUBATION

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

PÉRIODE DE CONTAGIOSITÉ

Du début de la phase catarrhale jusqu'à :

- trois semaines après le début des quintes de toux, si non traité;
- cinq jours après le début du traitement si traité.

Contagiosité maximale : en phase catarrhale, avant le début des quintes de toux.

IMMUNITÉ

La maladie donne une immunité prolongée, mais la durée est inconnue. La protection contre la coqueluche est estimée à 85 % après 3 doses du vaccin acellulaire. Lorsque le vaccin n'empêche pas la maladie, il réduit la sévérité des symptômes et la fréquence des complications. Toutefois, la protection conférée par le vaccin à cellule entière est plus faible que celle conférée par le vaccin acellulaire.

DÉFINITIONS

CAS CONFIRMÉ ¹

Isolement du *Bordetella pertussis*;

OU

réponse à la définition de cas clinique **et** présence d'un lien épidémiologique avec un cas confirmé par culture.

CAS CLINIQUE

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

toux paroxystique (quintes de toux);

OU

sifflement inspiratoire (chant du coq);

OU

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

CAS SUSPECT

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

1. Présentement le test PCR n'est pas valable pour confirmer le diagnostic. Toutefois, la définition nosologique est en révision.

après un contact avec un cas confirmé de coqueluche ou un milieu où des cas ont été signalés (garderie, école), tout symptôme évocateur de coqueluche (toux paroxystique, toux avec vomissements, toux avec apnée).

Cette définition doit être utilisée pour l'intervention seulement. Un cas suspect sera **évalué** deux semaines après le début de la toux pour le valider selon la définition nosologique de la coqueluche.

SUJET-CONTACT

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

INTERVENTION

Comme le médecin traitant est le mieux placé pour intervenir précocement (au moment de la consultation) auprès des cas de coqueluche et de leur famille, il est responsable du traitement des cas et de la prescription de la chimioprophylaxie aux membres de la maison. De plus, il joue un rôle important dans l'identification des autres sujets-contacts afin qu'une intervention rapide soit réalisée. Il est considéré comme l'intervenant privilégié dans le contrôle de la coqueluche.

1. CAS INDEX

1.1 Méthodes diagnostiques

- Examen clinique;
- culture des sécrétions nasopharyngées (technique, annexe B).

À des fins d'intervention, la culture du *Bordetella pertussis* par prélèvement nasopharyngé est un test valable pour confirmer le diagnostic de coqueluche en laboratoire. 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. Le PCR est actuellement utilisé dans quelques laboratoires. Suite à un PCR positif, on peut considérer qu'il s'agit d'un cas de coqueluche. Le test d'immunofluorescence directe sur les sécrétions nasopharyngées n'est pas fiable en raison de nombreux faux positifs et faux négatifs qui en résultent.

Le *Bordetella pertussis* est difficile à cultiver. Les prélèvements doivent être faits correctement. Ils ne sont pas utiles si la toux paroxystique est présente depuis plus de trois semaines ou si le patient reçoit de l'érythromycine depuis trois jours ou plus.

Note : À des fins de surveillance, la culture demeure, pour l'instant, le seul test valable pour confirmer le diagnostic de coqueluche. La définition nosologique est en révision.

1.2 Traitement

Administrer le traitement à l'érythromycine (annexe C) à moins que la toux soit présente depuis plus de trois semaines. Une fois la toux établie, il est possible que les antibiotiques aient peu d'effets sur l'évolution clinique de la maladie, mais qu'ils accélèrent l'élimination du micro-organisme et limitent la propagation de la maladie.

- Pour les enfants, certains experts recommandent d'utiliser l'estolate d'érythromycine. Une étude a démontré l'efficacité de l'estolate lorsqu'elle est administrée à 50 mg/kg/jour fractionnée en deux doses.

- Pour les femmes enceintes, il n'existe pas d'alternative à l'érythromycine. Il n'y a pas, non plus, de transmission connue de la maladie *in utero*. Cependant, la transmission de la coqueluche au nouveau-né serait très dommageable. Si l'enfant naît avant que sa mère, atteinte de coqueluche, n'ait complété cinq jours de traitement, on peut donner une chimioprophylaxie au nouveau-né.
- Contre-indications à l'érythromycine :
 - antécédent connu d'allergie à l'érythromycine;
 - sujets atteints d'une maladie ou d'une dysfonction hépatique;
 - traitement concomitant avec certains médicaments (voir CPS).

1.3 Exclusion

Le cas index devrait s'abstenir de fréquenter un milieu de garde familial, une garderie, une école ou d'autres endroits où se trouvent des individus susceptibles de contracter la maladie. Cette abstention doit persister jusqu'à **cinq jours** après le début d'une antibiothérapie à l'érythromycine **OU** pendant **trois semaines** à partir de l'apparition des quintes de toux **OU** tant que la toux n'est pas disparue, selon ce qui survient en premier.

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

1.4 Déclaration

La coqueluche étant une maladie à déclaration obligatoire, le médecin traitant devra déclarer les cas diagnostiqués à la santé publique.

2. IDENTIFICATION DES SUJETS-CONTACTS

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

- sujets-contacts membres de la maison (vivant sous le même toit que le cas index);
- sujets-contacts en service de garde en milieu familial;²
- sujets-contacts en service de garde en garderie;²
- autres sujets-contacts;

2. Depuis septembre 1997 les services de garde sont principalement ainsi répartis et désignés :

- services sans but lucratif : centre de la petite enfance, volet installation et volet milieu familial
- services à but lucratif : garderies

- femmes enceintes en fin de grossesse;
- enfants de moins de 12 mois.

2.1 Sujets-contacts membres de la maison

2.1.1 *Asymptomatiques*

- Le médecin traitant est responsable d'identifier les membres de la maison (vivant sous le même toit) qui sont asymptomatiques. La chimioprophylaxie (annexe C) est offerte à tous les membres de la maison³, particulièrement s'il y a un enfant de moins de 12 mois ou une femme enceinte en fin de grossesse (dans les 3 semaines qui précèdent l'accouchement), **SI** le cas index est le premier cas dans la maison et que le délai entre le début des symptômes et le moment de l'intervention est de 14 jours ou moins.
- Lorsque le cas index n'est pas le premier cas, la chimioprophylaxie n'est pas recommandée, car il s'est probablement écoulé plus de 14 jours après le début des symptômes du premier cas.
- Pour les enfants, certains experts recommandent d'utiliser l'estolate d'érythromycine. Une étude a démontré l'efficacité de l'estolate lorsqu'elle est administrée à 50 mg/kg/jour fractionnée en deux doses.
- Pour la femme enceinte, il n'y a pas de complications connues suite à une coqueluche, mais on peut penser que les symptômes de la maladie seront particulièrement pénibles à supporter. Il n'y a pas non plus de transmission connue *in utero*. Cependant, s'il y avait transmission de la maladie au nouveau-né, ce serait très dommageable. La chimioprophylaxie est donc particulièrement recommandée chez une femme enceinte en fin de grossesse (dans les 3 semaines qui précèdent l'accouchement) pour éliminer la bactérie et éviter sa transmission au nouveau-né.
- Contre-indications à l'érythromycine :
 - antécédent connu d'allergie à l'érythromycine;
 - sujets atteints d'une maladie ou d'une dysfonction hépatique;
 - traitement concomitant avec certains médicaments (voir CPS).

2.1.2 *Symptomatiques*

- Le médecin traitant est responsable d'identifier les membres de la maison qui présentent des symptômes compatibles avec la coqueluche et de leur prescrire le traitement précoce s'il y a lieu (voir 1.2).

3. La chimioprophylaxie est offerte à la femme enceinte vivant dans la maison comme à tous les autres membres de la maison peu importe l'âge de la grossesse.

- Si un diagnostic de coqueluche est suspecté, vérifier si ces personnes fréquentent un service de garde en milieu familial (voir 2.2), un service de garde en garderie (voir 2.3) ou si elles ont été en contact avec des femmes enceintes en fin de grossesse ou des enfants de moins de 12 mois (voir 2.4).

2.2 Sujets-contacts en service de garde en milieu familial

- Le médecin traitant est responsable :
 - de vérifier si le cas index a été en contact avec des enfants de moins de 12 mois dans un service de garde en milieu familial;
 - d'aviser rapidement par téléphone ou par télécopieur (si dédié) la direction de la santé publique.
- La direction de la santé publique est responsable d'effectuer une intervention dans le service de garde en milieu familial selon les orientations suivantes :
 - le cas index est le premier cas dans ce milieu

ET

- il y a présence d'enfants de moins de 12 mois

ET

- le contact a eu lieu avec le cas index durant la période de contagiosité et le délai entre le début de ce contact et le moment de l'intervention est de 14 jours ou moins.

Dans ce cas, si les circonstances permettent de croire au succès de l'intervention, la chimioprophylaxie (annexe C) sera offerte à tous les enfants asymptomatiques fréquentant le service de garde en milieu familial (temps complet ou temps partiel) et aux personnes asymptomatiques vivant ou travaillant dans ce milieu.

Référer les sujets-contacts symptomatiques à leur médecin traitant pour évaluation médicale.

Une grille de collecte de données est disponible à l'annexe E.

2.3. Sujets-contacts en service de garde en garderie

- Le médecin traitant est responsable :
 - de vérifier si le cas index a été en contact avec des enfants de moins de 12 mois dans un service de garde en garderie;
 - d'aviser rapidement par téléphone ou par télécopieur (si dédié) la direction de la santé publique.
- La direction de la santé publique est responsable d'effectuer une intervention dans le service de garde en garderie selon les orientations suivantes :
 - le cas index est le premier cas dans ce milieu

ET

- il appartient au groupe des enfants de moins de 12 mois (souvent groupe de 18 mois et moins)

ET

- ce groupe est isolé des autres groupes (contact de moins d'une heure par jour entre les groupes)

ET

- le contact a eu lieu avec le cas index durant la période de contagiosité et le délai entre le début de ce contact et le moment de l'intervention est de 14 jours ou moins.

Dans ce cas, si les circonstances permettent de croire au succès de l'intervention, la chimioprophylaxie (annexe C) sera offerte à tous les enfants asymptomatiques (temps complet et temps partiel) ainsi qu'au personnel asymptomatique du groupe des enfants de 12 mois et moins (souvent groupe de 18 mois et moins).

Référer les sujets-contacts symptomatiques à leur médecin traitant pour évaluation médicale.

Une grille de collecte de données est disponible à l'annexe E.

2.4 Autres sujets-contacts

- Le médecin traitant est responsable :
 - de vérifier si le cas index a été en contact, pendant sa période de contagiosité, avec un enfant de moins de 12 mois, ou avec une femme enceinte en fin de grossesse (dans les 3 semaines qui précèdent l'accouchement);

- de demander au cas index ou à ses parents d'aviser chacun de ces sujets-contacts de consulter rapidement un médecin traitant qui évaluera la pertinence de leur offrir une chimioprophylaxie (annexe C).

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

3. IMMUNISATION DES SUJETS-CONTACTS

- Vérifier l'état vaccinal de tous les sujets-contacts âgés de 6 ans et moins.
- S'il y a lieu, mettre la vaccination à jour en respectant les intervalles mentionnés au Protocole d'immunisation du Québec; il n'est pas recommandé d'utiliser les intervalles minimaux de façon systématique.

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 concernant la maladie et son évolution, la mise à jour de la vaccination et la pertinence de consulter un médecin en présence de symptômes compatibles avec la coqueluche.

SURVEILLANCE

Puisque la coqueluche est une maladie dont la morbidité et la mortalité sont importantes, particulièrement chez les enfants de moins de 12 mois, la surveillance de cette maladie est essentielle. Elle l'est d'autant plus depuis l'introduction, en janvier 1998, du vaccin acellulaire dans le calendrier régulier de vaccination. En effet, les données recueillies permettront d'évaluer l'efficacité du vaccin pour réduire le nombre de cas et les complications causées par la maladie.

Pour la majorité des cas de coqueluche déclarés, les directions de la santé publique effectuent une enquête dont le but est de recueillir des données qui sont utilisées à des fins de surveillance. Un questionnaire téléphonique ou postal peut être utilisé selon la préférence de la direction de la santé publique.

Il est important de noter qu'un changement de pratique dans l'intervention tel que proposé dans ce protocole peut influencer grandement la surveillance et par conséquent, les données d'incidence. Les médecins et les laboratoires ont donc un rôle primordial dans la surveillance de la coqueluche par la déclaration de tous les cas, qu'ils soient suspects, cliniques ou confirmés. Les cas suspects déclarés seront évalués afin de les valider selon la définition nosologique.

ÉLÉMENTS ESSENTIELS POUR PERMETTRE L'INSCRIPTION DES CAS AU FICHER CENTRAL (MADO) OU POUR ASSURER LA SURVEILLANCE DE LA COQUELUCHE AU QUÉBEC

- Date de l'épisode *
- Origine de la déclaration *
 - nom du déclarant
 - type de déclarant
 - moyen de déclaration
- Identification du cas :
 - nom et prénom *
 - date de naissance (âge) *
 - sexe *
 - occupation *
 - adresse complète *
 - no de téléphone

* Ces variables sont essentielles pour effectuer la surveillance.

- Renseignements cliniques :
 - date de début de la maladie *
 - symptômes *
 - durée de la toux
- Consultation médicale.
- Tests de laboratoire *
 - date du prélèvement
 - tests de laboratoire
 - résultats de laboratoire
- Évolution de la maladie : hospitalisation ou décès *
- Histoire vaccinale :
 - statut vaccinal *
 - date de la dernière dose
 - numéro de la dernière dose *
 - type de vaccin * (nom du fabricant)
- Histoire de contact avec un cas connu de coqueluche
- Nom de l'intervenant.

* Ces variables sont essentielles pour effectuer la surveillance.

ANNEXES

ANNEXE A**LISTE DES PARTICIPANTS À LA SESSION
DE TRAVAIL DU 26 NOVEMBRE 1998****Membres du Comité sur l'immunisation du Québec**

D^r Gilles Delage, Président

Mme Nicole Boulianne
Centre de santé publique de Québec

Mme Lucie Bédard
DSP de Montréal-Centre

D^r John Carsley
DSP de Montréal-Centre

D^r Philippe De Wals
Université de Sherbrooke

D^r Pierre Déry
Centre Hospitalier Universitaire de Québec
Membre du Comité de prévention des infections
dans les Centres de la petite enfance du Québec

D^r Réjean Dion
DSP de Montréal-Centre

D^{re} Monique Douville-Fradet
MSSS

D^r Bernard Duval
Centre de santé publique de Québec

D^r Charles Frenette
Hôpital Charles LeMoine

D^{re} Monique Landry
DSP de Laval

D^r Yvon Lemire
Association des pédiatres du Québec

D^r Yves Robert
LSPQ

Mme Louise Thibault-Paquin
MSSS
Membre du Groupe de travail sur la coqueluche
Membre du Comité de prévention des infections
dans les Centres de la petite enfance du Québec

D^{re} Gisèle Trudeau
DSP du Saguenay-Lac St-Jean

D^r Brian J. Ward
Hôpital général de Montréal

Invités

D^{re} Diane Cusson
DSP Chaudière-Appalaches
Membre du Groupe de travail sur la coqueluche

D^r Gaston De Serres
Centre de santé publique de Québec

D^r Michel Frigon
Centre de santé publique de Québec

D^r Marc Lebel
Hôpital Ste-Justine
Membre du Comité de prévention des infections
dans les Centres de la petite enfance du Québec

D^r Lina Perron
DSP de la Montérégie

D^r Julio Soto
DSP Montréal-Centre
Membre du Comité de prévention des infections
dans les Centres de la petite enfance du Québec

D^{re} Manon Toupin
DSP Mauricie et du Centre-du-Québec
Membre du Groupe de travail sur la coqueluche

ANNEXE B

TECHNIQUE DE PRÉLÈVEMENT

- 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) placé au bout d'une seringue de 10 ml.
- 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 pour quelques secondes (ou jusqu'à ce que le patient tousse), puis on la retire lentement.
- Pour assurer la qualité du spécimen, celui-ci doit être prélevé à l'hôpital etensemencé 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 (ce délai peut aller jusqu'à onze jours) suivant l'ensemencement, alors qu'un résultat négatif ne peut être émis avant sept à onze jours. Un résultat négatif à la culture n'élimine pas d'emblée un diagnostic de coqueluche.

ANNEXE C

**TRAITEMENT OU CHIMIOPROPHYLAXIE
DE LA COQUELUCHE**

Antibiotique	Présentation	Posologie	
		Enfant	Adulte
Érythromycine¹ - Novo-Rythro Estolate - Novo-Rythro Éthylsuccinate - EES - Éryc - Érybid	- Suspension d'Estolate 125 et 250 mg/5 ml - Suspension d'Éthylsuccinate 200 et 400 mg/5 ml - Capsules de 250 et 333 mg Comprimés de 500 mg	40 à 50 mg/kg/jour en 3 doses (max. : 1 g/jour) Durée : 7 à 10 jours ²	1g/jour en 2 à 4 doses Durée : 7 à 10 jours ²
Clarythromycine³ - Biaxin	- Suspension de 125 mg/ 5 ml - Comprimés de 250 et 500 mg	15 mg/kg/jour en 2 doses (max. : 1 g/jour) Durée : 7 à 10 jours	500 à 1000 mg/jour en 2 doses Durée : 7 à 10 jours
Triméthoprim-Sulfaméthoxazole⁴ - Bactrim, Septra, Novo-Trimel, Roubac, Apo-Sulfatrim	- Suspension de 40 mg de TMP et 200 mg de SMX/5ml - Comprimés de 80 mg de TMP et 400 mg de SMX - Comprimés de 160 mg de TMP et 800 mg de SMX	8 mg/kg/jour de TMP et 40 mg/kg/jour de SMX en 2 doses Durée : 10 jours	320 mg/jour de TMP et 1600 mg/jour de SMX en 2 doses Durée : 10 jours

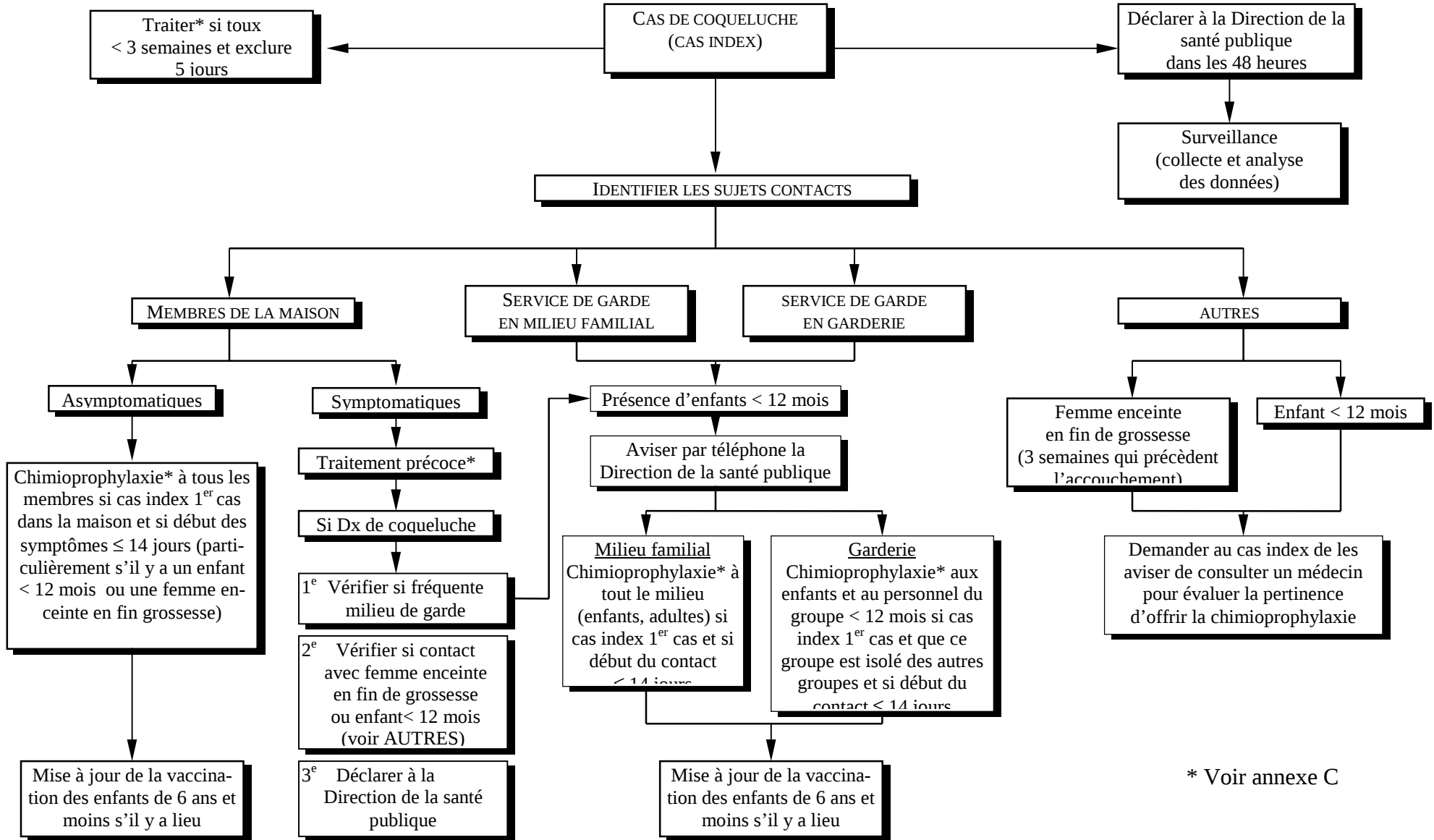
¹ Premier choix. Il n'existe pas d'alternative à l'érythromycine chez la femme enceinte.

² Halperin, S.A., Bortolussi, R., Langley, J.M., Miller, B., Eastwood, B.J., Seven Days of Erythromycin Estolate is as effective as fourteen days for the treatment of Bordetella pertussis infections. Pediatrics, 1997, Jul. 100 (1) p. 65-71.

³ Probablement efficace (données *in vitro*), mais cette efficacité n'a pas été établie. Alternative valable. Meilleure tolérance qu'à l'érythromycine. Médicament non recommandé chez la femme enceinte.

⁴ Si contre-indication à l'érythromycine. Médicament non recommandé chez la femme enceinte.

ANNEXE D **COQUELUCHE** **ALGORITHME DÉCISIONNEL**



* Voir annexe C

DOSSIER _____

ANNEXE E
COQUELUCHE
LISTE DES SUJETS-CONTACTS
EXEMPLE

CAS INDEX : _____
nom et prénom

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

									INTERVENTION		
Nom et prénom Lieu de résidence	No de téléphone	Grossesse (Nbre semaines)	Enfant < 12 mois	Âge ou DDN	Poids enfant (kg)	Doses Coquelu- che reçues (nbre)	Date du 1 ^{er} contact	Consultation médicale (si toux) oui/non	Prophylaxie recommandée oui/non	Vaccin administré et date	Commentaires et suivi

À retourner à la DRSP

Signature : _____

Date : ____/____/____

BIBLIOGRAPHIE

American Academy of Pediatrics, Red Book : *Report of the Committee on Infectious Diseases*. 24th ed., Peter Georges, ed., 1997, p. 394 à 407.

Bass, JW. «Erythromycin for treatment and prevention of pertussis», *The Pediatric Infectious Disease Journal*, 1986, 5 : 154-157.

Bergquist, S., Bernander, S., Dahnsjö, H., Sundelöf, B. « Erythromycin in the treatment of pertussis : a study of bacteriologic and clinical effects ». *The Pediatric Infectious Disease Journal*, 1987,6 : 458-461

Comité provincial des maladies infectieuses en service de garde. *Prévention et contrôle des infections dans les Centres de la petite enfance*. Gouvernement du Québec, p. 77-78.

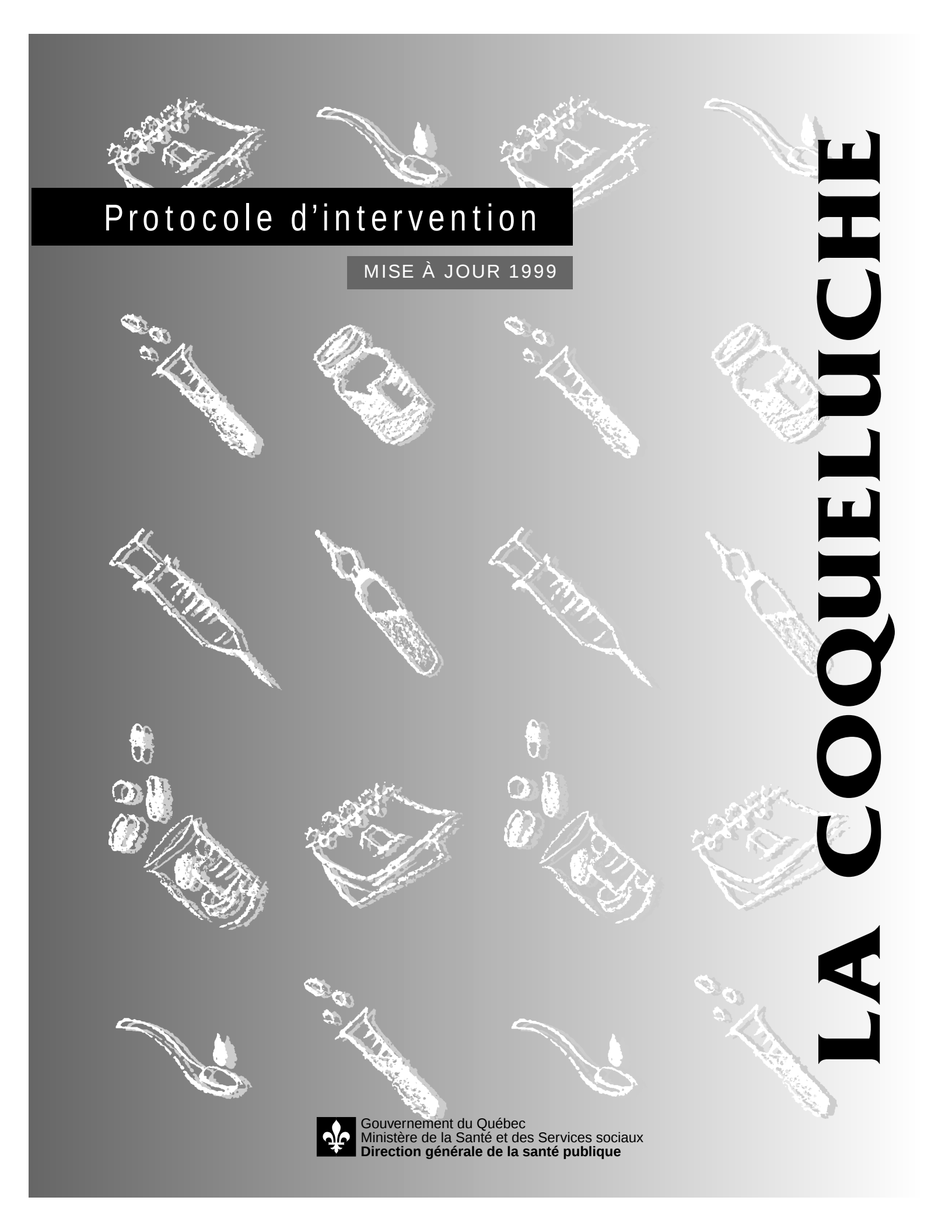
Edelman, K., Nikkari, S., Rouskanen, O., He, Q., Viljanen, M., Mertsola, J. « Detection of *Bordetella pertussis* by polymerase chain reaction and culture in the nasopharynx of erythromycin treatment infants with pertussis ». *The Pediatric Infectious Disease Journal*, 1996, 15 : 54-57.

Halperin, S.A., Bortolussi, R., Langley, J.M., Miller, B., Eastwood, B.J., « Seven Days of Erythromycin Estolate is as effective as fourteen days for the treatment of *Bordetella pertussis* infections ». *Pediatrics*, 1997 Jul. 100 (1) p. 65-71.

Halperin, S.A., Bortolussi, R., Langley, J.M., Eastwood, B.J., DeSerres, G. A., Randomized, Placebo-controlled Trial of erythromycin estolate chemoprophylaxis for Household contacts of children with culture-positive *Bordetella pertussis* infection. 5 avril 1998, 29 pages (non encore publiée).

Hoppe, Jorg E. «Comparison of erythromycin estolate and erythromycin ethylsuccinate for treatment of pertussis», *The Pediatric Infectious Disease Journal*, 1992, 11 : 189-193.

Islur, J., Anglin, C.S., Middleton, P.J. « The Whooping cough syndrome : A continuing Pediatric problem ». *Clinical Pediatrics*, 1975, 14 : 171-176.



Protocole d'intervention

MISE À JOUR 1999

LA COOQUELUCHE



Gouvernement du Québec
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Direction générale de la santé publique