

Préambule : Le résumé suivant est rédigé à partir de notes prises au vol. Des erreurs ou fautes de frappe sont possibles.

Voici le lien pour visualiser les visioconférences HUG-CHUV :

<http://dea.hug-ge.ch/enseignement/formcontinue.html>

Nom d'utilisateur : formationcontinue

Mot de passe : pediatrie (pas de majuscule ni d'accent)

Colloque de Pédiatrie Lausanne-Genève du mardi 11 octobre 2016

Première heure :

Flash sur la coqueluche

Orateur : Dr PA Crisinel, CHUV

On ne pourra jamais éradiquer la coqueluche.

L'efficacité du vaccin n'est pas à 100%.

La prophylaxie post expositionnelle est utile même si on a été vacciné.

Les patients à risque sont les nouveau-nés.

Il est utile de vacciner les mères enceintes au 2^e trimestre.

Le traitement n'a pas d'impact sur les symptômes, mais est utile pour protéger l'entourage et lutter contre la propagation.

La coqueluche évolue en trois phases : 1) une phase catarrhale, d'allure banale et ressemblant à n'importe quelle virose 2) une phase de toux paroxystique, souvent typique et 3) une phase de convalescence.

La symptomatologie peut être atypique, par exemple en dessous de trois mois il n'y a pas de phase catarrhale mais directement passage à la phase 2. En phase de convalescence, n'importe quelle virose intercurrente peut entraîner une rechute de toux paroxystique. Chez l'adulte, les phases peuvent être moins claires. Chez la personne vaccinée, les phases sont souvent plus courtes.

Vaccinations : tout d'abord un vaccin à germe entier très réactogène avait été employé, avec une meilleure efficacité mais trop d'effets secondaires, jusqu'en 1993. Un nouveau vaccin mieux supporté mais moins efficace ensuite été employé, avec une nettement meilleure couverture vaccinale, entraînant une baisse des cas de coqueluche. Actuellement, on observe une augmentation des cas chez les adolescents et jeunes adultes.

En Suisse, 50 à 70 nourrissons sont hospitalisés chaque année pour la coqueluche. Il y a eu cinq décès ces 15 dernières années.

En 2013, une 6^e dose a été rajoutée au calendrier vaccinal, même si les adolescents ont moins de contacts avec des petits enfants. Maintenant, la vaccination est recommandée aux femmes enceintes dans le deuxième trimestre.

Les cas cliniques suspects sont : toux > 15 jours, une toux avec chant du coq, ou une toux avec bradycardie. La confirmation du diagnostic se fait par PCR ou notion de contact avec un cas confirmé.

Les personnes à risque sont les nourrissons de moins de six mois, les personnes s'occupant de nourrissons de moins de six mois, ou les personnes non vaccinées.

Les mesures sont :

Isoler les cas suspects

Confirmer le diagnostic

Identifier les contacts et les personnes à risques de contact avec des nourrissons

Traiter les cas suspects

Informers tous les contacts

Isolement 5 jours si le patient est traité, 21 jours s'il n'est pas traité.

Éventuellement vaccination

La déclaration de la maladie n'est pas obligatoire sauf s'il y a des épidémies.

Le traitement consiste en Azithromycine sur 5 jours ou Clarithromycine, possible dès l'âge de deux mois. Le Cotrimoxazole est utile s'il y a une allergie aux macrolides.

La sérologie est rarement utile.

Dans la discussion, est abordée l'utilité de vacciner les femmes enceintes. Aux États-Unis, il est discuté de vacciner les femmes enceintes chaque année, en Suisse, il est recommandé de vacciner une femme enceinte n'ayant pas eu le rappel depuis cinq ans.

Compte rendu du Dr V. Liberek

vliberek@bluewin.ch

Transmis par le laboratoire MGD

colloque@labomgd.ch