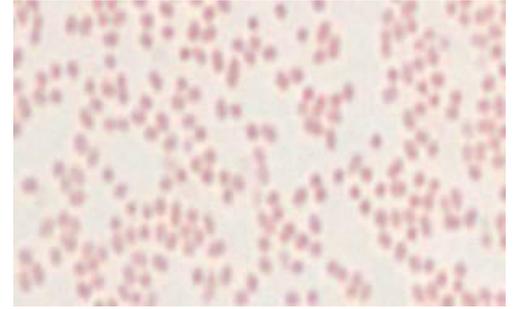
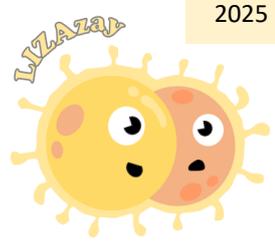


Bordetella pertussis **(Agent de la coqueluche)**



CARTE IDENTITÉ

Bordetella pertussis (ou **Bacille de Bordet et Gengou**) : coccobacille à Gram négatif
Est l'agent responsable de la Coqueluche

Une autre espèce plus rare, *B. parapertussis* peut être responsable d'un syndrome coquelucheux moins sévère

Les autres espèces de *Bordetella* ne sont pas invétérées à l'Homme et ont un pouvoir pathogène moindre ou nul

Bactérie très fragile, difficilement cultivable

Pathogène : **strict**

TRANSMISSION

- Réservoir : **Homme** exclusivement
- Interhumaine directe par gouttelettes oro-pharyngées
- Hautement contagieux +++

EPIDÉMIOLOGIE

200 à 800 cas chez les nourrissons par an en France

Actuellement, l'OMS estime qu'à travers le monde il y aurait environ 50 à 70 millions de cas/an parmi lesquels 300 000 enfants décèdent chaque année, essentiellement dans les pays en voie de développement.

Pas de déclaration obligatoire des cas isolés survenant en communautaire

Réseau national de surveillance Renacoq (Centre National de Référence et Santé publique France)

PRÉVENTION

Prévention vaccinale générale : primo-vaccination obligatoire du nourrisson (2 mois et 4 mois) puis rappels à 11 mois, 6 ans et 11-13 ans et à l'âge adulte (25 ans)

Vaccination plus particulièrement recommandée chez les adultes jeunes, les grands-parents (stratégie du « cocooning »), chez tous les professionnels de santé, y compris les étudiants !

Vaccination de la femme enceinte possible depuis 2022

Prévention de la transmission :

Précautions complémentaires d'hygiène type Gouttelettes, **éviiction** des collectivités pendant les premiers jours de traitement (3 jours Azithromycine ; 5 jours cotrimoxazole ou clarithromycine ; 21 jours sans traitement).

Antibioprophylaxie : Prophylaxie chez les sujets contacts proches (famille +++, crèche), et sujets à risque ou personnels de la petite enfance : macrolides pour les sujets non ou incomplètement vaccinés

Notification obligatoire des cas groupés (≥ 2) survenant dans les collectivités (écoles, internats, crèches ...) à l'Agence Régionale de Santé (ARS)

Notification des cas nosocomiaux en maternité, hôpital, EHPAD : déclaration à l'ARS ainsi qu'aux équipes opérationnelles d'hygiène (EOH) et unités de gestion du risque infectieux (anciennement désignées CLIN [comité de lutte contre les infections nosocomiales]) de l'établissement.

POUVOIR PATHOGÈNE

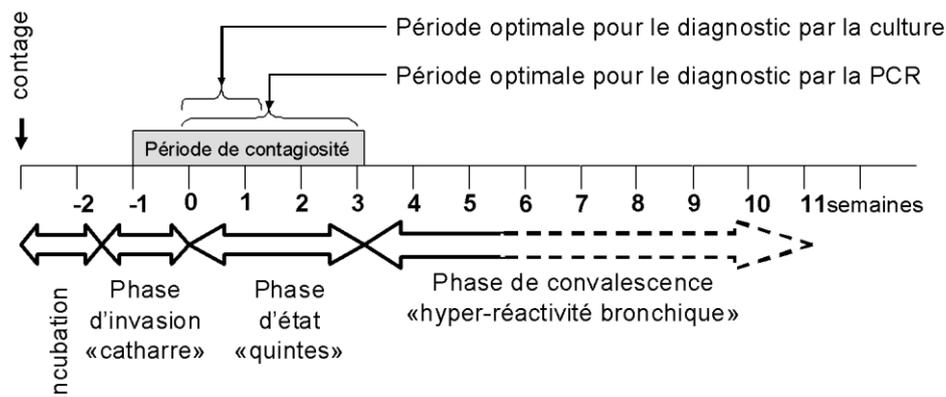
B. pertussis produit de nombreux facteurs de virulence dont les plus importants sont des toxines (**Toxi-Infection**). La principale est la **toxine de pertussis** qui est le seul facteur de virulence exclusivement synthétisé par *B. pertussis* (*B. parapertussis* possède les gènes de la toxine mais ne l'exprime pas) et qui est responsable de la symptomatologie (pouvoir pathogène sur l'épithélium trachéo-bronchique).

SIGNES CLINIQUES

TOUX quinteuse NON fébrile (classique « chant du coq »), prolongée, qui touche le jeune nourrisson non ou incomplètement vacciné et les adultes à distance de leur dernier rappel vaccinal. La vaccination ou la maladie ne protégeant que 5 à 15 ans +++.

Chez l'adulte formes souvent atypiques : toute toux non fébrile prolongée (>1 semaine) chez un individu non vacciné doit faire rechercher une coqueluche.

Le risque vital est engagé chez le nourrisson de moins de 6 mois (coqueluche maligne) et l'hospitalisation est recommandée avant 3 mois.



Clinique : (1) Incubation (10j) – (2) phase d'invasion 7-15 j (catharre) = contagiosité +++ -
(3) phase d'état 4-6 semaines (quintes) = contagiosité +/- (4) convalescence (moyenne 6 mois).

DIAGNOSTIC BACTÉRIOLOGIQUE

Méthode la plus sensible : **PCR** sur **aspiration** ou **écouvillon naso-pharyngé** ; positive jusqu'à 3 semaines après le début des quintes

Recherche de *B. parapertussis* systématiquement associée à celle de *B. pertussis*

La culture, moins sensible, n'est réalisée qu'à visée épidémiologique

Pas de place pour la sérologie

Diagnostic différentiel : Autres étiologies infectieuses de toux subaiguës non fébriles : Toux infectieuse suite à infection virale (grippe, Covid...) ou bactérienne (*Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*, tuberculose ...).

TRAITEMENT

Sensibilité aux antibiotiques : antibiogramme non réalisé en pratique (sauf Centre National de Référence)

Sensibilité naturelle : Macrolides - Cotrimoxazole – Fluoroquinolones

β -lactamines : NON car inactives *in vivo* +++.

Résistance acquise : Résistance aux macrolides possible

Traitement recommandé : 1^{ère} intention Macrolides (Clarithromycine 7 jours ou Azithromycine 3 jours)

Si contre-indication : cotrimoxazole 14 jours

NB : L'antibiothérapie n'a quasiment pas d'influence sur l'évolution de la maladie (sauf si prescrite très précocement), mais elle permet surtout de limiter la transmission du germe à l'entourage du patient

Auteurs André Birgy et Stéphane Bonacorsi

Relectrice Asmaa Tazi

Légende Rang A Rang B Rang C