

Une toux qui se prolonge...

par le Dr Thomas ORBAN*

* médecin généraliste
1180 Uccle
thomas.orban@ssmg.be

Joanna D., âgée de 43 ans, consulte pour la première fois début janvier. Elle est accompagnée de sa fille et de son mari. Ils présentent tous les trois une toux de sévérité variable.

À l'anamnèse, Joanna raconte que c'est sa fille Alexandra, 10 ans, qui a débuté une toux quinteuse, sèche et subfébrile dès la mi-décembre. Elle-même semble avoir contracté la toux le jour de Noël alors que son mari déclare des symptômes plus récemment. Je connais bien cette famille qui ne consulte qu'à bon escient et je suis étonné de constater leur air excédé : manifestement cette toux leur tape sur les nerfs !

Un agresseur en cache un autre

Puisque c'est Alexandra qui se plaint le plus et qui semble être le motif essentiel de leur consultation, je m'en occupe d'abord. L'examen clinique est banal et je suis tenté de la traiter symptomatiquement. Mais les parents insistent : cette toux est épuisante pour cette jeune fille de 10 ans. Il est vrai qu'elle n'a pas bonne mine. Je parie pour un mycoplasme et la traite avec un macrolide (clarythromycine) non sans avoir au préalable réalisé une prise de sang pour la sérologie. Dans la foulée et partant du principe qu'ils ont tous les trois la même infection, je donne le même traitement aux parents. Quelques jours plus tard, Joanna se représente en consultation. Elle m'apprend que la toux d'Alexandra va mieux et je peux lui annoncer que la sérologie est revenue positive (IgM) pour le mycoplasme. Par contre, Joanna ne va pas mieux du tout. Sa toux est très importante, en quinte avec une dyspnée assez fréquente mais qui apparaît, dit-elle, surtout après l'effort de toux : « c'est comme si j'avais de l'asthme ». Le *peak flow* au cabinet est normal. L'examen clinique reste normal. Cette fatigue intense nécessite un arrêt de travail de quelques jours.

Deux jours après la reprise du travail, son mari l'amène en urgence au cabinet : la toux a failli étouffer son épouse en remontant les escaliers du métro ! Elle ne parvenait plus à reprendre sa respiration, celle-ci semblait totalement bloquée.

Je décide de faire une prise de sang à Joanna. La sérologie mycoplasme est négative. La solution viendra le surlendemain : la sérologie coqueluche demandée revient nettement positive. Il s'agit d'une infection aiguë. Bordetella Pertussis, bacille gram négatif, a encore frappé !

La coqueluche : épidémiologie et clinique

L'incidence annuelle de la coqueluche est variable avec, en Europe, une moyenne de 4,9 cas/100 000 habitants par an. En Belgique, le nombre de cas est plus élevé qu'il y a 20 ans. L'incidence chez les enfants de < 1 an était de 63/100 000 en Belgique en 2012.

ABSTRACT

Story of three members of the same family showing cough that initially led to the erroneous diagnosis of cough on *Mycoplasma pneumoniae*. The clinical record of a patient will lead to the diagnosis of pertussis.

Keywords : Whooping cough, cough, rooster singing.

RÉSUMÉ

Histoire d'une toux présentée par trois membres d'une même famille et ayant conduit initialement au diagnostic erroné de toux sur *mycoplasma pneumoniae*. L'histoire clinique d'un des patients mènera au diagnostic de coqueluche.

Mots-clés : Coqueluche, toux, chant du coq.

Après une **phase d'incubation** de 2 à 3 semaines, le patient développe une **phase catarrhale**. Celle-ci dure une semaine. Elle est suivie d'une *phase de toux quinteuse* qui peut être accompagnée de vomissements ainsi que de reprises respiratoires difficiles. Cette phase dure 3 à 4 semaines. Chez l'enfant non vacciné, on observe une toux banale puis quinteuse (toux répétitive et violente, fréquemment émetisante, cyanosante) qui se termine par une reprise respiratoire sonore et difficile (le chant du coq). Le chant du coq est absent chez le nourrisson. Chez ce dernier, la toux peut évoluer vers une détresse respiratoire et polyviscérale conduisant au décès.

La **phase de convalescence** peut durer plusieurs semaines et s'accompagner d'une toux irritative séquelle.

La **contagiosité** débute en fin de phase d'incubation, est maximale au cours de la phase catarrhale et devient faible 3 semaines après le début des symptômes. La maladie se transmet au travers des gouttelettes expectorées au cours de la toux. Le risque de transmission décroît avec la distance entre le sujet malade et le sujet potentiel. Il n'y a plus de contagiosité après 5 jours d'antibiothérapie adéquate.

Diagnostic paraclinique

Au cours des trois premières semaines de toux, le diagnostic se fait par détection de l'ADN de Bordetella Pertussis spécifique dans un échantillon clinique (PCR), comme un écouvillon nasal par exemple. Cette technique présente une sensibilité de 80 % et une spécificité de 99 % mais elle est limitée par l'antibiothérapie surtout si celle-ci est supérieure à 5 jours déjà. Au-delà de 3 semaines de toux, c'est la sérologie qui sera préférée. Elle convient également si les patients sont sous antibiothérapie. Elle nécessite deux prélèvements, pour mesurer l'augmentation des IgG, chez les patients vaccinés contre la coqueluche l'année précédente.

La coqueluche est une maladie à déclaration obligatoire.

Traitement

Le traitement de choix est l'antibiothérapie :

- par azithromycine : enfant 10 mg/kg par jour en une prise pendant 3 jours, adulte 500 mg par jour en une prise pendant 3 jours ;
- par clarithromycine : enfant 20 mg/kg par jour en deux prises pendant 7 jours, adulte 500-1000 mg/jour en deux prises pendant 7 jours ;
- les néomacrolides sont autorisés pendant la grossesse, toutefois l'érythromycine est une alternative possible : 500 mg 4 X par jour pendant 7 jours.

Les enfants de moins de 3 mois doivent être hospitalisés pour surveillance, il est bon de se rappeler que Bordetella Pertussis est encore dans certains pays la cause première de décès par infection bactérienne chez le nourrisson de moins de 3 mois.

L'antibiothérapie est utile pour éviter la dissémination de la maladie, l'histoire clinique de cette patiente illustre cependant bien que la symptomatologie peut persister après antibiothérapie adéquate.

Isolement ?

De manière générale, pendant les 5 premiers jours de traitement, il faut éviter que le patient ne rentre en contact avec des personnes fragiles qui pourraient développer une infection grave. Le patient sera évincé de l'école pendant les 5 premiers jours de traitement antibiotique. En cas de refus de traitement, cette période passera à 3 semaines.

L'immunité de l'enfant vacciné est de l'ordre de 5 à 10 ans, alors qu'il n'y a pas de données disponibles chez l'adulte vacciné. L'immunité naturelle conférée par la maladie est de l'ordre de 5 à 15 ans.

Prophylaxie de l'entourage

Il est recommandé de donner une antibioprophylaxie (azithromycine 500 mg 1X/j pendant 3 jours, chez les enfants 10 mg/kg par jour pendant 3 jours avec un maximum de 500 mg par jour) aux personnes qui pourraient développer une forme grave de la maladie :

- femme enceinte non vaccinée ;
- nourrisson < 16 mois n'ayant pas reçu les 3 doses de vaccin ;
- nourrisson > 16 mois n'ayant pas reçu les 4 doses de vaccins ;
- patient atteint de pathologie cardiaque ou respiratoire chronique ;
- patient susceptible d'être en contact avec une des catégories ci-dessus.

Bibliographie

1. Institut scientifique de la santé publique. Coqueluche. Septembre 2013.
<https://www.wiv-isp.be/matra/fiches/coqueluche.pdf>
2. Rédaction Prescrire. La coqueluche chez l'adulte. Rev Prescrire 2004 ; 24 (248) : 220.
3. Trefois P. Pourquoi insister sur les vaccinations contre le tétanos, diphtérie et coqueluche ? RMG 2005 ; 220 : 70-3.
4. Trefois P. Coqueluche, la vaccination cocoon. RMG 2009 ; 266 : 321-3.