

Recrudescence de cas de coqueluche à Mayotte

Point épidémiologique - N° 45 du 05 juin 2018

Océan Indien

Le point épidémiologique

I Contexte I

Durant la première quinzaine de novembre 2017, deux cas de coqueluche ont été détectés à Mayotte par les systèmes de surveillance de Santé publique France océan Indien.

Le premier cas a été détecté au sein du service d'urgence du Centre Hospitalier de Mayotte (CHM), grâce au réseau OSCOUR® et le second a été signalé par l'un des médecins sentinelles de Mayotte.

Dans un contexte de couverture vaccinale défailante chez les enfants de moins de 6 ans, des investigations ont été menées, en lien avec le laboratoire du CHM et la Cellule de Veille, d'Alerte et de Gestion Sanitaire (CVAGS) de l'ARS-OI, afin d'identifier un éventuel phénomène inhabituel et/ou de potentiels cas groupés. Les premiers résultats ont mis en évidence une recrudescence des cas de coqueluche depuis le début de l'année 2017 à Mayotte.

I Rappel sur la maladie I

La coqueluche est une infection respiratoire bactérienne, exclusivement humaine. La transmission se fait surtout en milieu intrafamilial et en collectivités. Elle est responsable d'une toux et d'une dyspnée prolongées pouvant être graves voire létales chez les nourrissons. La coqueluche peut parfois être grave chez les femmes enceintes et les personnes âgées. La vaccination a permis une diminution de la mortalité et de la morbidité liées à cette maladie, sans toutefois stopper la circulation de la bactérie *Bordetella pertussis*, principale responsable de la maladie, en raison de la durée limitée de l'immunité naturelle et vaccinale.

I Situation épidémiologique à Mayotte au 05 juin I

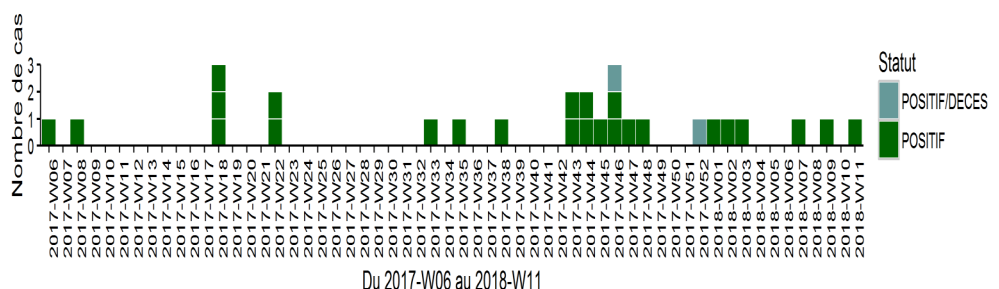
Depuis le début de l'année 2017, **27 cas de coqueluche** ont été confirmés biologiquement sur le territoire de Mayotte par le laboratoire du CHM et le laboratoire privé de Mamoudzou, en lien avec le laboratoire Cerba qui réalise les analyses (Figure 1). Les cas (21 cas) étaient en majorité des nourrissons de moins d'un an, hospitalisés dans le service de pédiatrie du CHM. Parmi les 6 autres cas, on recense 2 enfants de moins de 15 ans et 4 femmes dont une enceinte (10 semaines d'aménorrhée). Plus de 1/3 des cas (10/27) sont survenus entre octobre et novembre 2017 et 6 sont survenus au cours du premier trimestre de l'année 2018.

Parmi les cas confirmés, **2 sont décédés en réanimation** : le premier cas décédé était un nourrisson de **3 mois**, ancien prématuré de 32 SA diagnostiqué en novembre 2017 ; le deuxième cas était un nourrisson de **4 mois** intubé suite à une détresse respiratoire, décédé des suites de cette maladie en janvier 2018. Un cas grave a été évacué à La Réunion sans toutefois que la coqueluche n'ait été le motif principal de son évacuation. Le dernier cas confirmé remonte au 16/03/2018.

Onze des 27 cas confirmés (41%) étaient joignables et ont pu être enquêtés. Les enquêtes autour des cas restent extrêmement compliquées du fait de la difficulté à tracer les cas. L'objectif de ces enquêtes était de vérifier le statut vaccinal des cas et de leur entourage, de rechercher d'autres tousseurs dans l'entourage pouvant être contaminateurs via une toux persistante et de s'assurer de l'observance de l'antibioprophylaxie prescrite à tous les contacts proches. Seize des 27 cas confirmés (59%) n'étaient pas joignables et leur statut vaccinal n'était pas vérifiable. Parmi les 11 cas investigués, seuls 4 étaient à jour de leur vaccination et 7 **n'avaient aucune couverture vaccinale** (notamment DTCP).

| Figure 1 |

Nombre hebdomadaire de demandes de PCR coqueluche positive, Mayotte, S06-2017 à S11-2018



Depuis le début de l'année 2017, les prélèvements de 185 cas suspects de coqueluche ont été envoyés au laboratoire Cerba pour analyse, par le laboratoire du CHM (95%) et le laboratoire privé de Mamoudzou (5%). Avec 27 cas confirmés, le taux de positivité est de 14,6%. Parmi les 27 cas confirmés depuis le début de l'année 2017, il y a eu 23 PCR positives à *Bordetella Pertussis* (17 en 2017 et 6 en 2018) et 4 PCR positives à *Bordetella Parapertussis* tous en 2017.

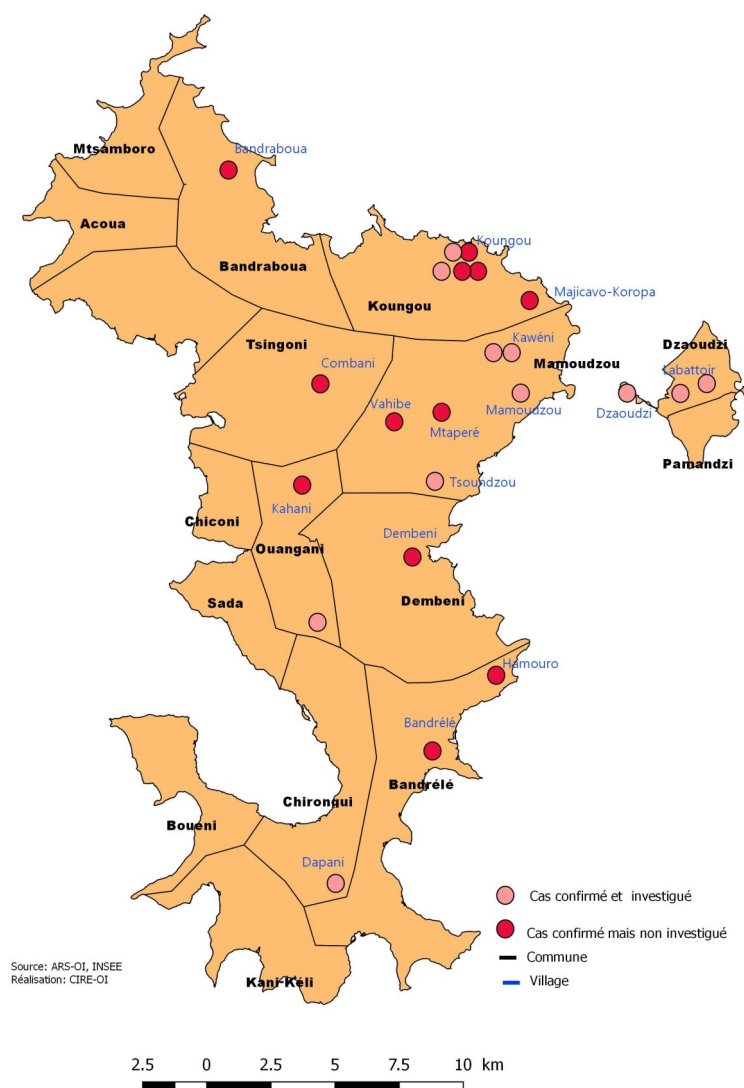
| Répartition géographique des cas |

Les cas de coqueluche confirmés depuis février 2017 sont répartis sur l'ensemble du territoire de Mayotte sans qu'un foyer ne puisse être identifié à ce stade. Cependant, 6 enfants ont été hospitalisés sur la même période au cours du mois de novembre dans le service de pédiatrie du CHM.

La figure 2 présente la répartition géographique des 23 cas de coqueluche confirmés dont une information sur le lieu de résidence était disponible. Onze cas étaient joignables et ont pu être investigués. Pour les 12 autres cas, le lieu de résidence n'était pas confirmé et ces cas n'ont pu être contactés. Parmi les 23 cas de coqueluche enregistrés avec une information sur le lieu de résidence, plus de la moitié (52%) viennent des communes de Mamoudzou et de Koungou. Les autres cas sont repartis sur 8 communes du nord et du sud de l'île : 2 cas pour chacune des communes de Bandréle, Ouangani et Pamandzi et 1 cas pour les communes de Tsingoni, Bandraboua, Dembeni, Chirongui et Pamandzi.

| Figure 2 |

Répartition géographique* des 23 cas de coqueluche dont l'origine est connue, investigués** et non investigués***, Mayotte, S06-2017 à S08-2018



* Donnée indisponible pour 4 cas confirmés, ** cas investigués : le lieu de résidence est confirmé, *** cas non investigués : le lieu de résidence n'est pas confirmé

| Analyse de la situation épidémiologique |

La recrudescence des cas de coqueluche à Mayotte depuis le début de l'année 2017, coïncide avec une période où un défaut de vaccination des enfants de 0 à 6 ans est observé. En effet, plus de 80% des cas diagnostiqués depuis le début de l'épidémie n'avaient aucune couverture vaccinale ou leur statut vaccinal n'était pas vérifiable. **Une campagne de rattrapage vaccinal auprès de 40 000 enfants de 0 à 6 ans est en cours sur le département afin d'augmenter le taux de couverture vaccinale dans cette population.**

Au cours du premier trimestre 2018, l'épidémie de coqueluche était concomitante à celle de la bronchiolite observée par le réseau de médecins sentinelles de Mayotte, rendant les diagnostics différentiels difficiles au vu de la proximité des tableaux cliniques.

Pour mieux lutter contre cette épidémie, le centre national de référence de la coqueluche (Institut Pasteur Paris) et les microbiologistes du laboratoire du CHM ont travaillé ensemble pour développer la technique de PCR au sein du laboratoire du CHM. **Cette technique, qui vient d'être mise en place au CHM,** va permettre d'améliorer la réactivité du diagnostic des cas et ainsi les mesures prises autour de ceux-ci.

Un renforcement de la surveillance épidémiologique (avec sensibilisation des médecins du réseau sentinelles et du CHM) a été mis en place afin d'identifier tout nouveau cas et permettre une meilleure description du phénomène. Les familles des cas sont contactées par la CVAGS, dans la mesure du possible, afin d'assurer un suivi de prise en charge des cas et de leurs contacts.

| Conduite à tenir devant un cas de coqueluche |

Devant une suspicion clinique de coqueluche, une confirmation est nécessaire. Elle doit être, dans toute la mesure du possible, biologique via PCR, lorsque les délais le permettent, ou épidémiologique (contact avec un cas confirmé biologiquement).

Elle est indispensable lorsque des personnes à risque ont été exposées et que des mesures de contrôle conséquentes sont à mettre en place autour du cas ou des cas groupés.

- **Hospitalisation** : hospitalisation systématique pour les cas âgés de moins de 3 mois et selon la tolérance clinique à partir de l'âge de 3 mois.
En cas d'hospitalisation du malade : chambre seule pendant les 5 premiers jours de traitement par un antibiotique adapté (ou 3 jours si le malade est traité par azithromycine);
- **Antibiothérapie** : traitement antibiotique dans les 3 premières semaines d'évolution par macrolides (*azithromycine, clarithromycine*). **Dans le contexte exceptionnel de Mayotte, une antibioprophylaxie doit être proposée à l'entourage proche des cas devant un tableau clinique évocateur sans attendre une confirmation biologique;**
- **Isolement** : en collectivité d'enfants et milieu professionnel : éviction du malade jusqu'à la fin de la période de contagiosité soit après 3 semaines de toux ou 5 jours d'antibiothérapie adaptée (ou 3 jours si le malade est traité par *azithromycine*) ;
- **Mise à jour de la vaccination** des contacts proches selon les recommandations vaccinales;
- **Surveillance active de 3 semaines** après la fin de contagiosité du dernier cas
- **Information** de la population exposée.

| Préconisations aux professionnels de santé |

Vu la contagiosité de la coqueluche et dans un contexte de couverture vaccinale insuffisante chez les moins de 6 ans à Mayotte, **il est fortement recommandé de signaler sans délais tous les cas suspects ou confirmés de coqueluche par mail ou par téléphone à la plateforme de veille et d'urgences sanitaires de l'ARS Océan Indien, pour permettre la mise en œuvre précoce des mesures de gestion et de prévention adaptées**

► Tel : 02 69 61 83 20 - Fax : 02 62 31 69 76—ars-oi-cvags-mayotte@ars.sante.fr

NOUVEAU !

La HAS recommande la vaccination des femmes enceintes contre la coqueluche à Mayotte par un vaccin dTcaP (BoostrixTetra® ou Repevax®).

Cette vaccination sera réalisée à partir du **deuxième trimestre de la grossesse** (à partir de la 18e SA) et idéalement avant la 39e SA. Cependant, si la vaccination n'a pas pu être réalisée avant la fin de cette période, elle peut l'être **jusqu'à la date de l'accouchement**. Elle sera répétée à chaque grossesse tant que la situation épidémique perdurera. Dans tous les cas, un délai minimal de 1 mois devra être respecté par rapport au dernier vaccin dTP.

La HAS souligne que **la vaccination des femmes enceintes contre la coqueluche ne modifie pas le calendrier des vaccinations chez les nourrissons.**

Le point épidémiologique Coqueluche à Mayotte

Points clés

- Cas de coqueluche à Mayotte dans un contexte de couverture vaccinale insuffisante
- 27 cas de coqueluche depuis février 2017 dont 10 survenus entre octobre et novembre 2017
- 2 nourrissons décédés

Liens utiles

Santé publique France

- <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Coqueluche>

Campagne de rattrapage vaccinal Mayotte

- <http://santepubliquefrance.fr/Accueil-Presse/Tous-les-communiqués/Campagne-de-vaccination-a-Mayotte-du-22-mai-au-30-juin>

Remerciements

Nous remercions les partenaires de la CIRE-OI qui ont contribué à ce travail :

- La Cellule de Veille, d'Alerte et de Gestion Sanitaire de l'ARS-OI
- Le Centre Hospitalier de Mayotte
- Le CNR coqueluche
- La Direction des Maladies Infectieuses de Santé publique France

Liste de diffusion

Si vous souhaitez faire partie de la liste de diffusion des points épidémiologiques, envoyez un mail à oceanindien@santepubliquefrance.fr

Directeur de la publication :
François Bourdillon, Directeur Général de Santé publique France
Comité de rédaction :
Luce Menudier, responsable de la Cire océan Indien
Equipe Cire océan Indien
Elsa Balleydier
Samy Boutouaba
Jamel Daoudi
Aurélien Etienne
Sitti Oumari
Marc Ruella
Jean-Louis Solet
Marion Subiros
Florian Verrier
Pascal Vilain
Muriel Vincent
Hassani Youssouf

Diffusion
Cire océan Indien
2 bis, av. G. Brassens
CS 61002
97743 Saint Denis Cedex 09
Tel : +262 (0)2 62 93 94 24
Fax : +262 (0)2 62 93 94 57