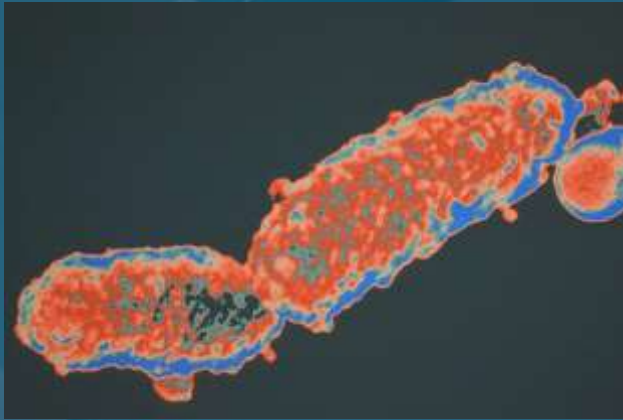


Bienvenue à notre webinaire

Augmentation des cas de coqueluche : Quelle PEC en ville ?



Avec la participation de notre experte invitée :

Dr Carla RODRIGUES, responsable adjointe du Centre National de Référence de la Coqueluche et autres bordetelloses

Et animé par le Dr Samy TAHA du CRAtb Île-de-France

Lundi 1^{er} Juillet 2024

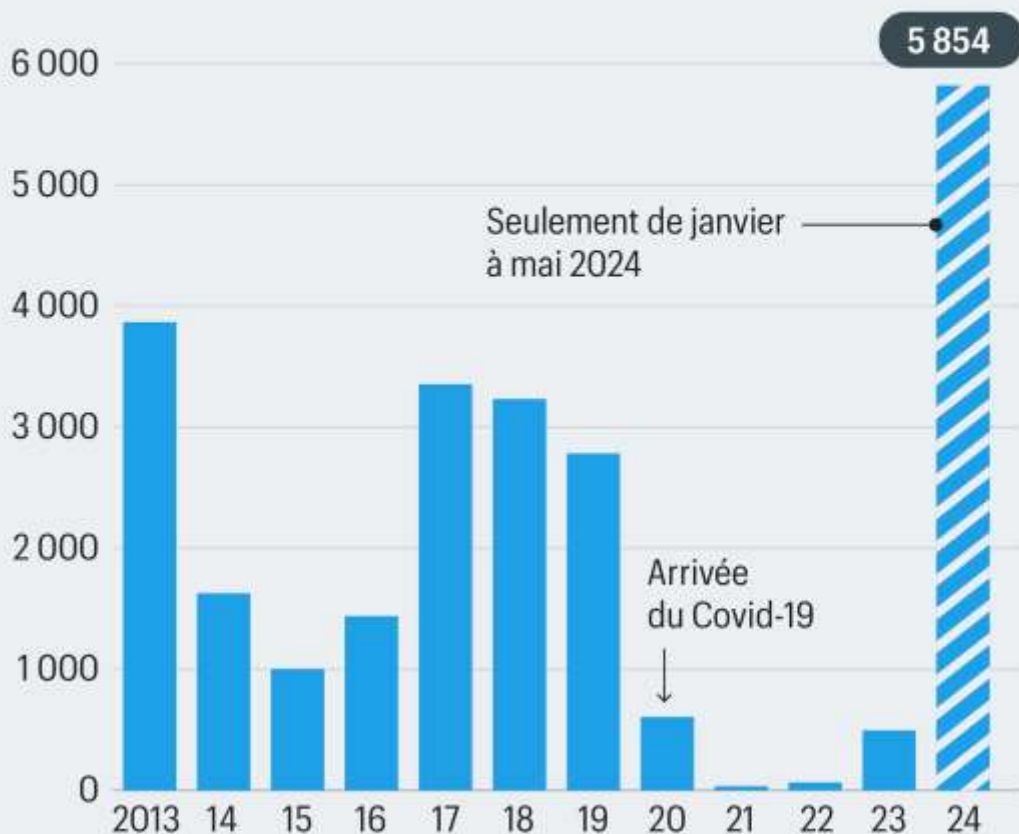


Un sujet d'actualité

Santé

Explosion de la coqueluche cette année

Nombre de cas positifs en laboratoire rapportés chaque année en France



4 juin 2024 • Source : Institut Pasteur.

Le Parisien

LADÉPÊCHE

Coqueluche : mort de deux bébés de trois mois à Montpellier alors qu'un retour de la maladie inquiète les autorités

L'EXPRESS

Coqueluche : recrudescence de la maladie en France

Santé. Les décès sont rares mais peuvent survenir notamment chez les très jeunes nourrissons non vaccinés

20
minutes

Coqueluche : Pourquoi la maladie revient en force en 2024

SANTÉ PUBLIQUE • Le centre national de référence (CNR) de la coqueluche, à l'Institut Pasteur, alerte sur 5.854 cas diagnostiqués sur les cinq premiers mois en 2024, contre 495 cas sur l'ensemble de 2023

Le Monde

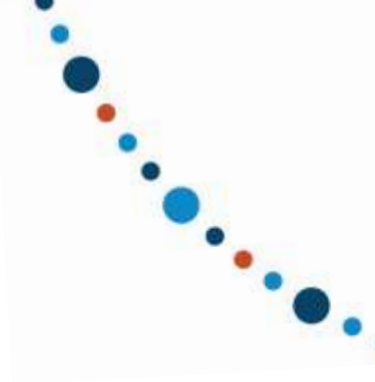
Le nombre de cas de coqueluche en forte augmentation en Europe

Quelque 32 000 cas ont été enregistrés dans trente pays européens pour le seul premier trimestre 2024, contre 25 000 pour l'ensemble de l'année 2023.



B. pertussis et B. parapertussis

- Cocco-bacilles gram négatif
- **L'homme est le seul réservoir connu**
- **Transmission et contagiosité importantes :**
 - **Aérienne gouttelettes**
 - **R0 = 15-17** (nombre moyen de nouveaux cas par infecté)
 - **Excrétion prolongée : jusqu'à 3 semaines après les 1^{ers} symptômes** (voire plus !)
- **Formes graves possibles :**
 - Sécrétion de **toxine pertussique**
 - Facteurs de virulence (ex : **Pertactine**)
 - Susceptibilité de l'hôte (réponse inflammatoire différente en fonction de l'âge ex : n-nés)
 - **1^{ère} cause de mortalité par infection bactérienne communautaire avant 2 mois de vie (60-80% de mortalité)**
- Portage asymptomatique/peu symptomatique (adolescents et adultes)
- Evolution cyclique tous les 3 à 5 ans



1

Epidémiologie récente de la coqueluche

La situation en Europe

Figure 1. Number of pertussis cases reported to ECDC, by month and year, 1 January 2011 to 31 March 2024², EU/EEA³

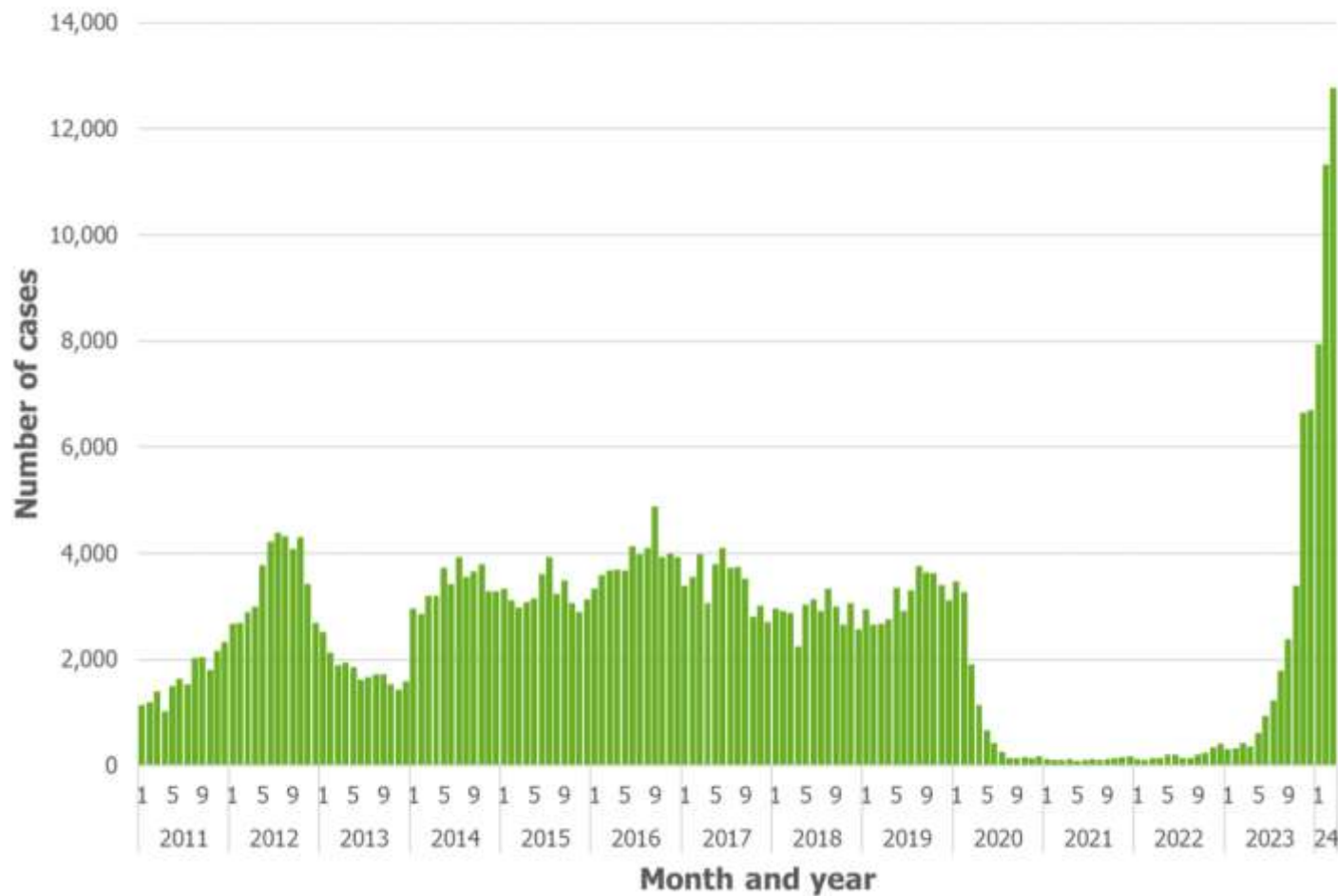
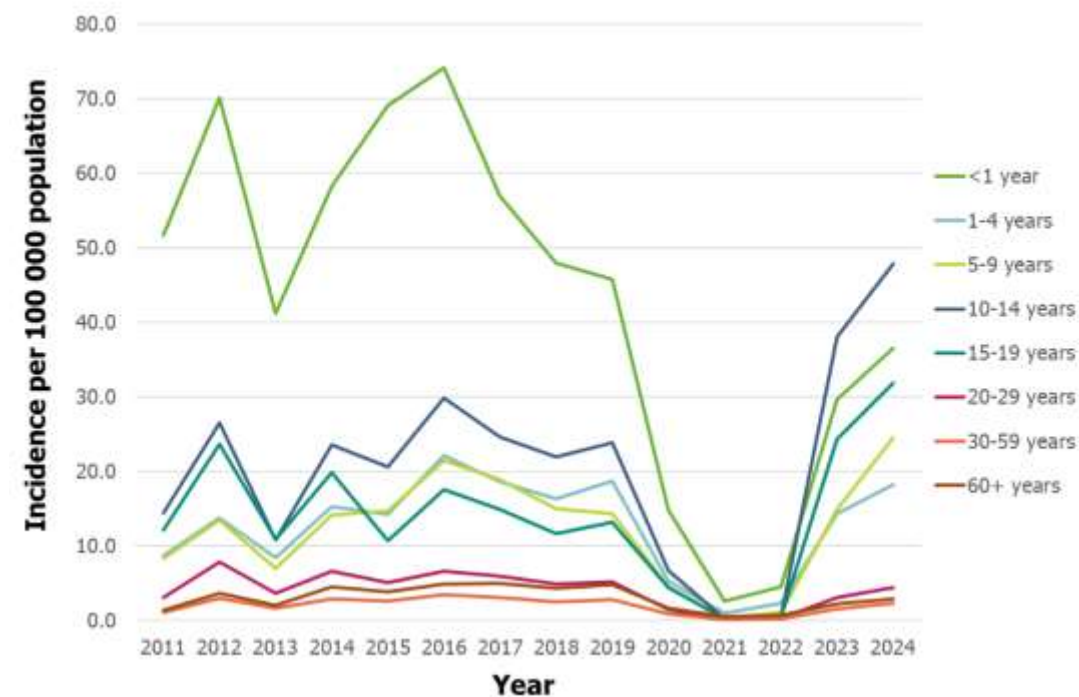


Figure 2. Incidence of pertussis cases reported to ECDC per 100 000 population⁵, by age group and year, 2011–2024⁶, EU/EEA⁷



●● La situation en Europe : quelques bonnes nouvelles

Pertussis epidemic in Denmark, August 2023 to February 2024

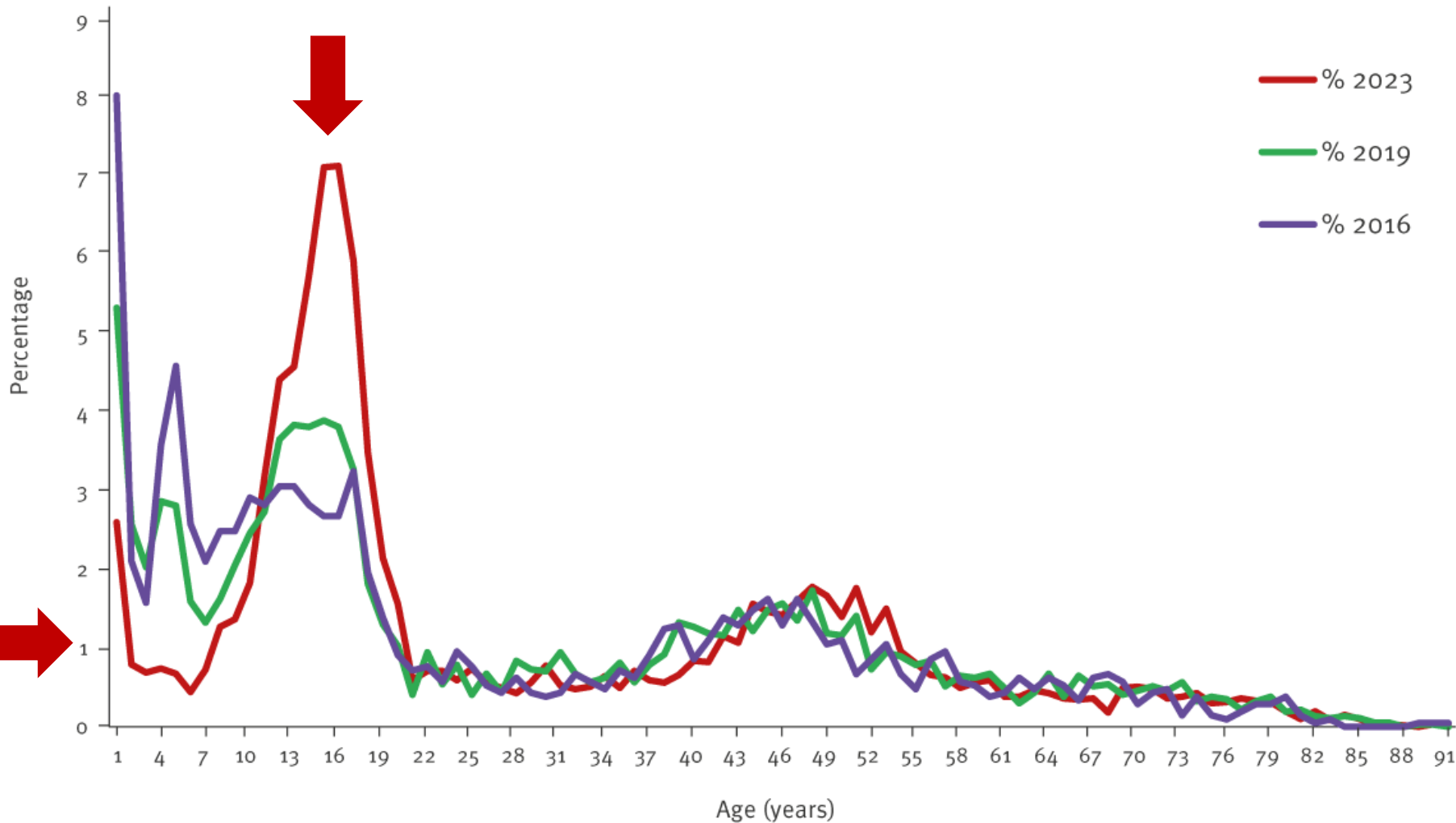
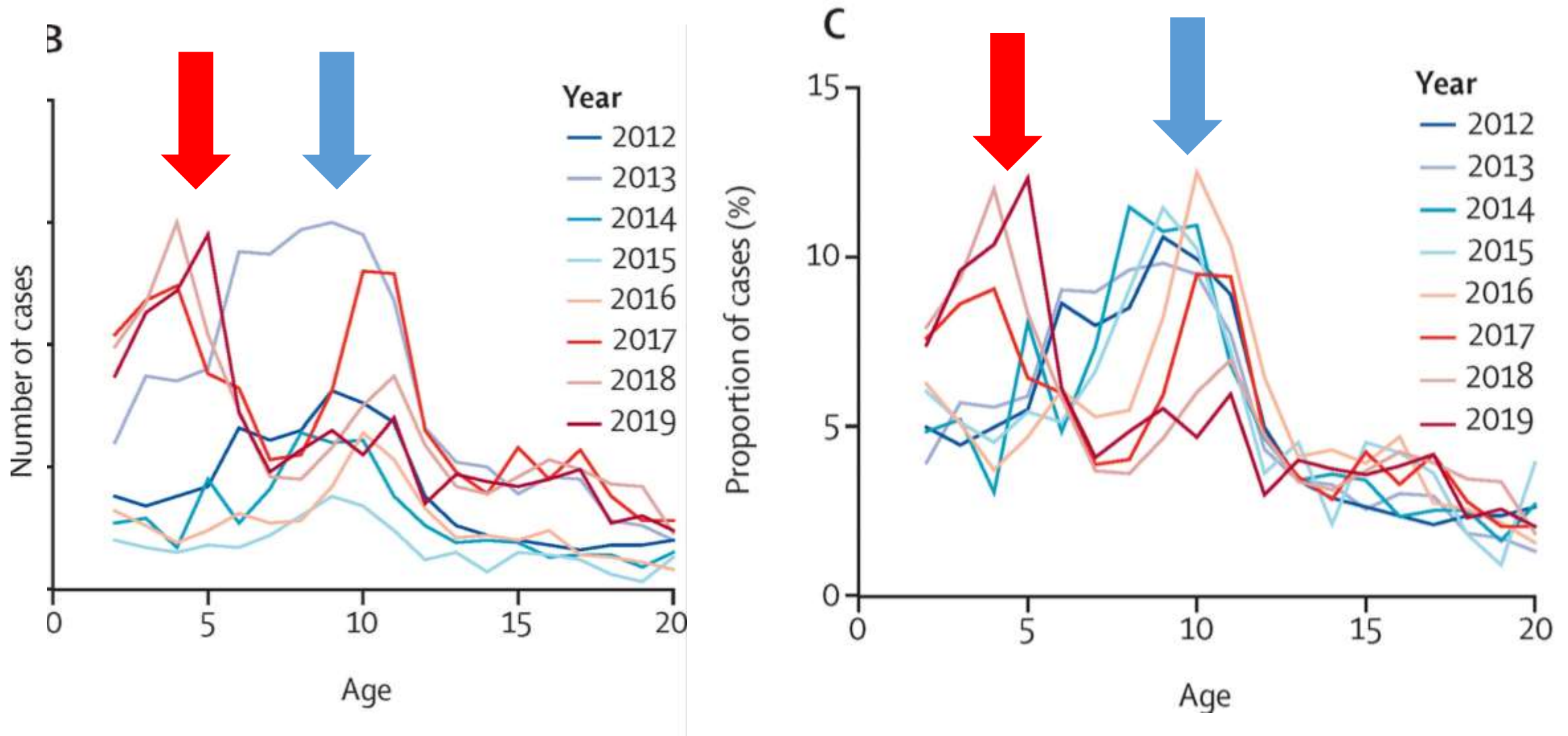


Figure 3. Percentage of pertussis cases by age, Denmark, epidemic years 2016, 2019 and 2023 (n = 11,841cases)

●● La situation en France : avant 2024

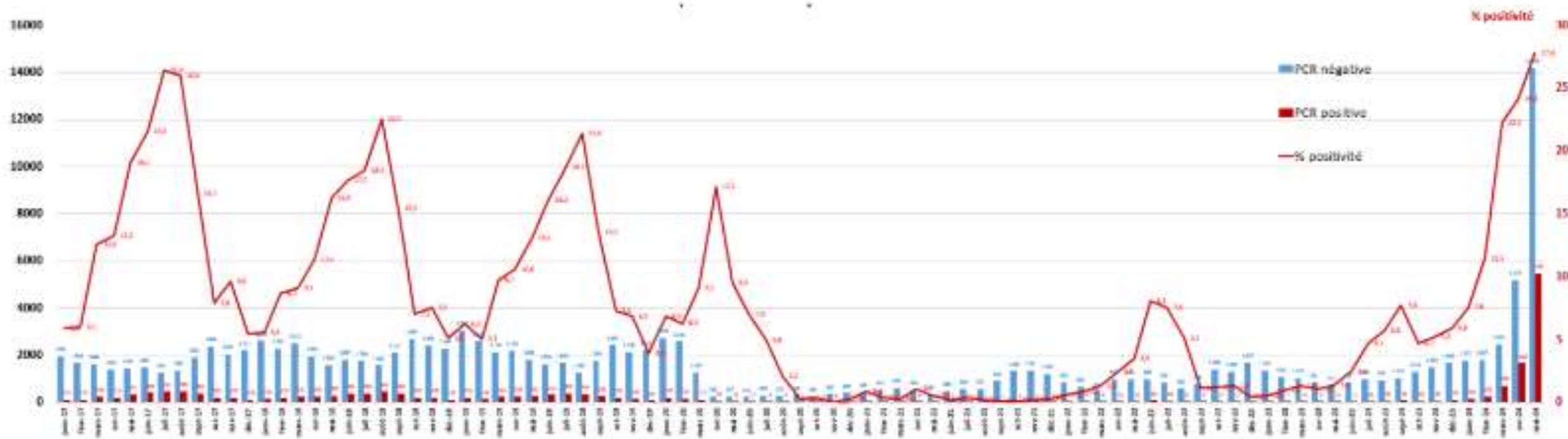




La situation actuelle en France



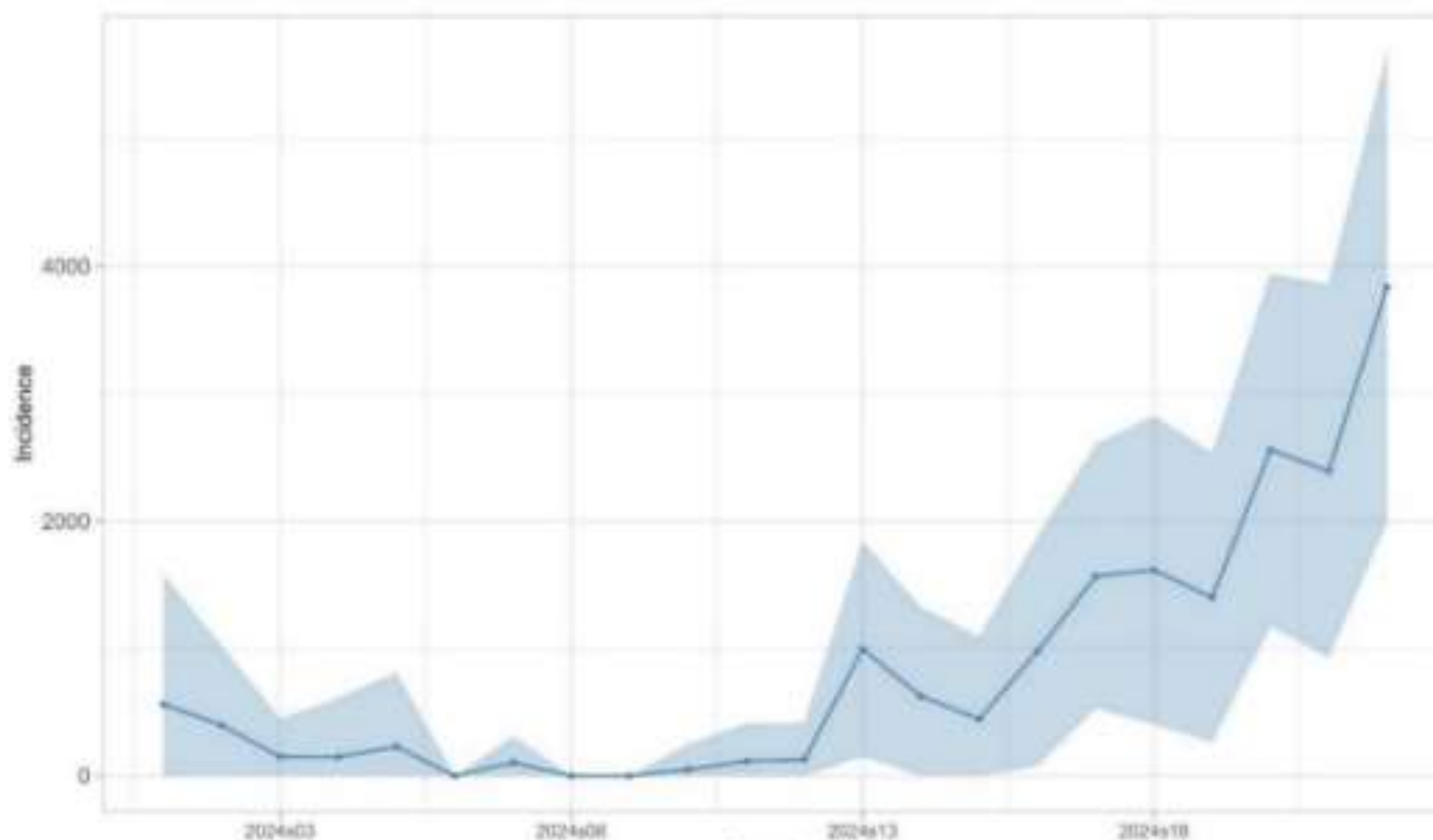
Figure 9. Taux de positivité et nombre de PCR positives et négatives pour coqueluche par mois de prélèvement, du 1er janvier 2017 au 26 juin 2024, France



Source : Réseau 3Labos, Santé publique France, données mises à jour au 26/06/2024

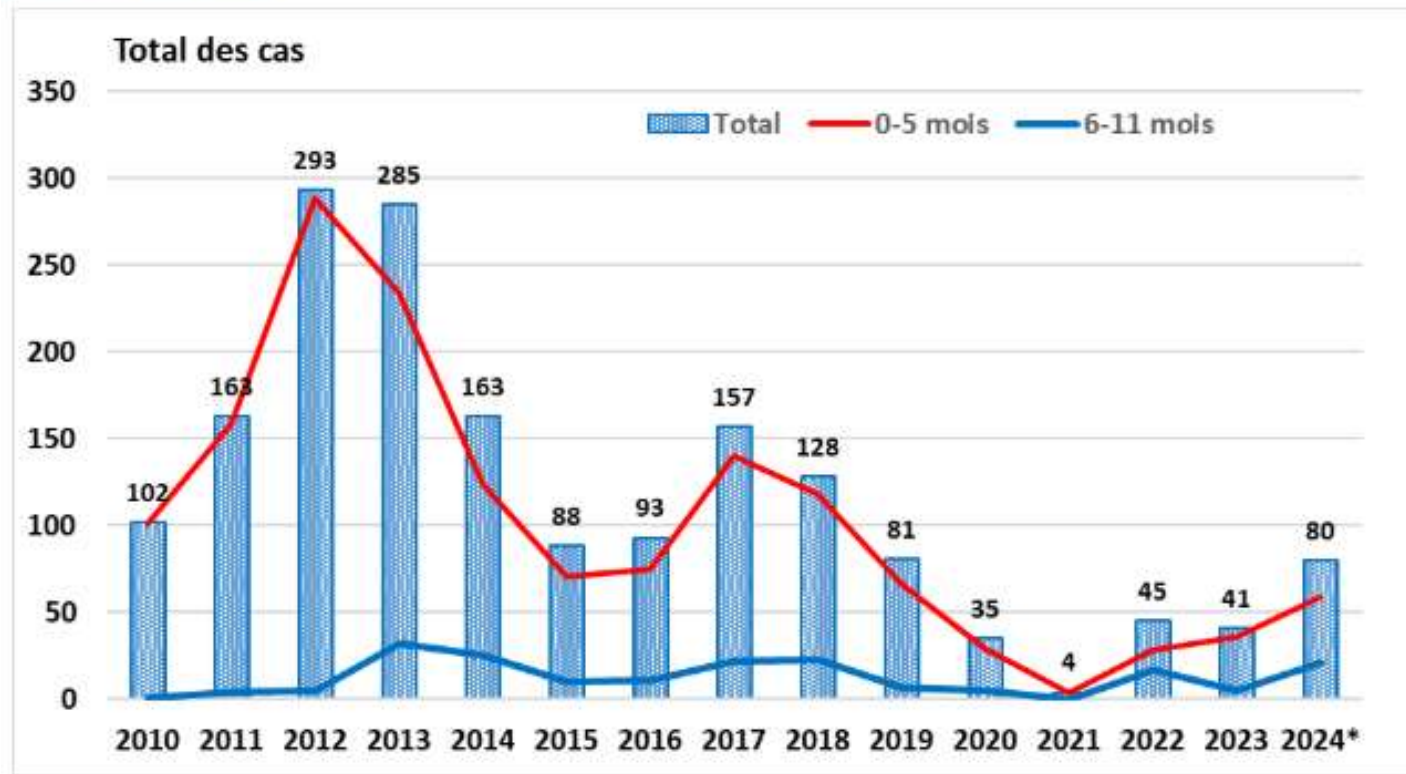
●● La situation actuelle en France : En ville

Figure 2. Incidences hebdomadaires des cas de coqueluche vus en consultation de médecine générale en France métropolitaine en 2024 (semaines 01 à 22), et intervalles de confiance à 95 %



●● La situation actuelle en France : Les hospitalisations

Figure 6. Nombre total de cas de coqueluche chez les nourrissons hospitalisés de moins de 12 mois, rapportés à Santé publique France, par année, de 2010 à juin 2024* (* données provisoires), en France métropolitaine

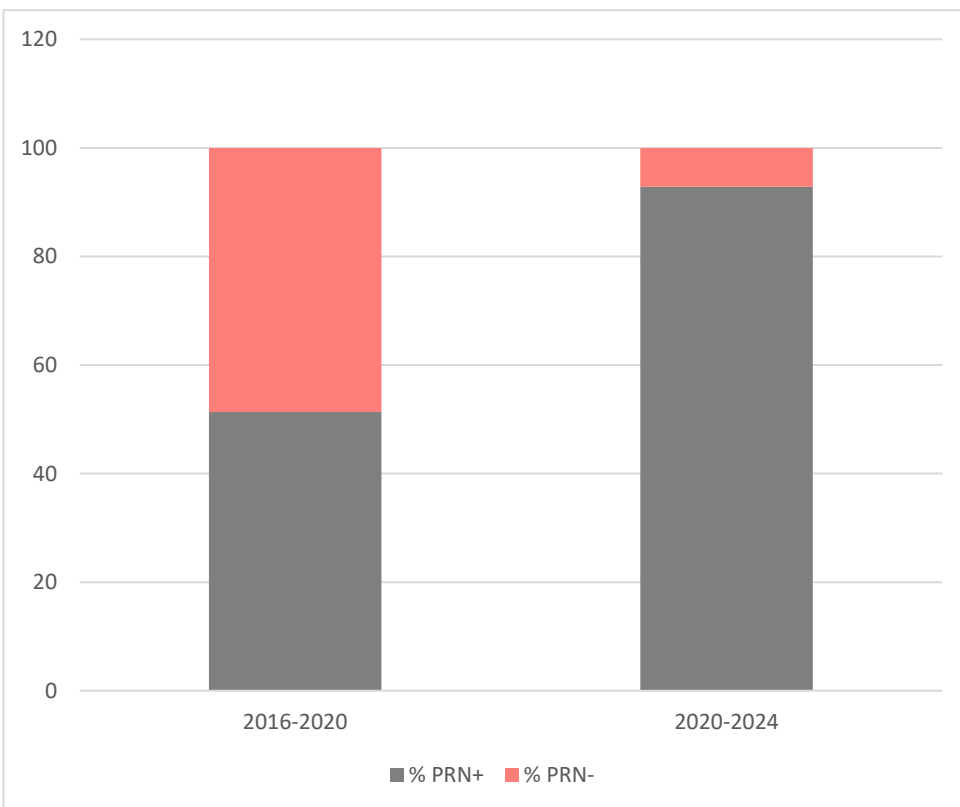


Source : données RENACOQ

17 décès depuis Janvier 2024 dont **12 nourrissons de moins de 2 mois**.

Ré-émergence d'une souche ancienne ?

Données récentes de *B. pertussis* en 2024 - **70 isolats** de *B. pertussis* fin avril*



Vaccins anticoquelucheux acellulaires disponibles en France.

	Infanrix Tetra [®] Infanrix Quinta [®] Infanrix Hexa [®]	Tetravac acellulaire [®] Pentavac [®] Hexyon [®]	Vaxelis [®]	Repevax [®]	Boostrixtetra [®]
Toxine pertussique	25 µg	25 µg	20 µg	2,5 µg	8 µg
Hémagglutinine filamenteuse (FHA)	25 µg	25 µg	20 µg	5 µg	8 µg
Protéine de membrane externe 69 kd ou Pertactine (PRN)	8 µg		5 µg	3 µg	2,5 µg
FIM (agglutinogènes)			10 µg	5 µg	

- Les données génomiques **révèlent le gène *prn* intact** – **expriment l'antigène vaccinal pertactine !** (vs . PRN neg => 50% avant Covid)
- Etude récente CNR et les pédiatres du Groupe de Pathologie Infectieuse Pédiatrique / réseau Renacoq: **Association entre la production de PRN des isolats et formes malignes!**

Sources :

- Données du CNR Coqueluche et autres bordetelloses
- Vaccination info service

Three decorative circles of varying shades of blue and grey are positioned in the upper left area of the slide, above the main title circle.

2

Le diagnostic de coqueluche en ville



- Quelles sont les propositions vraies concernant le diagnostic et le traitement de la coqueluche ?

A/ La PCR est indiquée chez un patient suspect de coqueluche et contact d'un cas confirmé

B/ La sérologie peut permettre de savoir si un patient est protégé contre la coqueluche

C/ Le traitement de première intention est la Clarithromycine et non l'Azithromycine

D/ L'alternative en cas de contre-indication est le Cotrimoxazole

E/ L'antibioprophylaxie est indiquée pour un nourrisson contact même si la mère a été vaccinée pendant la grossesse

La présentation clinique

- Incubation : 7 à 14 jours
- Phase catarrhale de 7 à 14 jours
- **Phase paroxystique typique :**
 - **Toux quinteuse paroxystique avec chant du coq**
 - **Émétsante**
 - **Peu/pas fébrile**
 - **Bon EG entre les quintes**
- Chez le nourrisson < 2 mois :
 - Toux cyanosante sans chant du coq
 - Apnée
 - Bradycardies profondes
 - Co-infection avec le VRS (8 à 15%)
- **Forme maligne :** détresse respiratoire et défaillance multiviscérale



Source : immunize.org public image library



Source : CDC

Tableau 2.
Facteurs prédictifs positifs et négatifs de coqueluche

Facteurs prédictifs positifs	Facteurs prédictifs négatifs
Contact avec personne ayant une toux	Fièvre
Vaccination incomplète (< 4 doses)	Diarrhée
> 7 ans depuis le dernier vaccin	Eruption cutanée
Toux prédominante ou isolée	Tachypnée
Toux paroxystique	Wheezing
Etat général conservé entre quintes de toux	Râles à l'auscultation
«Chant du coq»	Adénopathies
Toux émétsante	Nombre de neutrophiles anormaux
Apnée, bradycardie (nourrisson)	Lymphocytose avec cellules atypiques
Pétéchies sur les clavicules ou le cou	
Lymphocytose sans cellules normales	

Sources :

- Frassanito A, Nenna R, Nicolai A, et al. Infants hospitalized for Bordetella pertussis infection commonly have respiratory viral coinfections. *BMC Infect Dis.* 2017;17(1):492. doi: 10.1186/s12879-017-2567-6.
- Posfay-Barbe, K. M. (2006). La coqueluche : une maladie à ne pas oublier. *Revue Médicale Suisse*, 2(54), 503-511. <https://doi.org/10.53738/revmed.2006.2.54.0503>



●● Indication d'un diagnostic de coqueluche

Dans la situation actuelle de forte tension des laboratoires (impossibilité d'obtenir l'examen ou retard à l'obtention des résultats) il est nécessaire de rappeler que **les PCR ne sont pas indiquées** :

- chez un malade toussant depuis plus de 3 semaines ; dans ce cas, le diagnostic de cas plus récents dans l'entourage peut aider au diagnostic du cas index ;
- chez tout malade avec symptômes évoquant la coqueluche ET contact même occasionnel d'un cas confirmé biologiquement, le traitement pouvant être prescrit sans test ;
- de même, chez tous les patients « contacts proches ou occasionnels asymptomatiques » tels qu'ils sont définis par le [Haut Conseil de Santé publique](#).

La sérologie n'a plus sa place dans la stratégie diagnostique de coqueluche et n'est plus remboursée

Aucune corrélation entre le résultat et le taux de protection



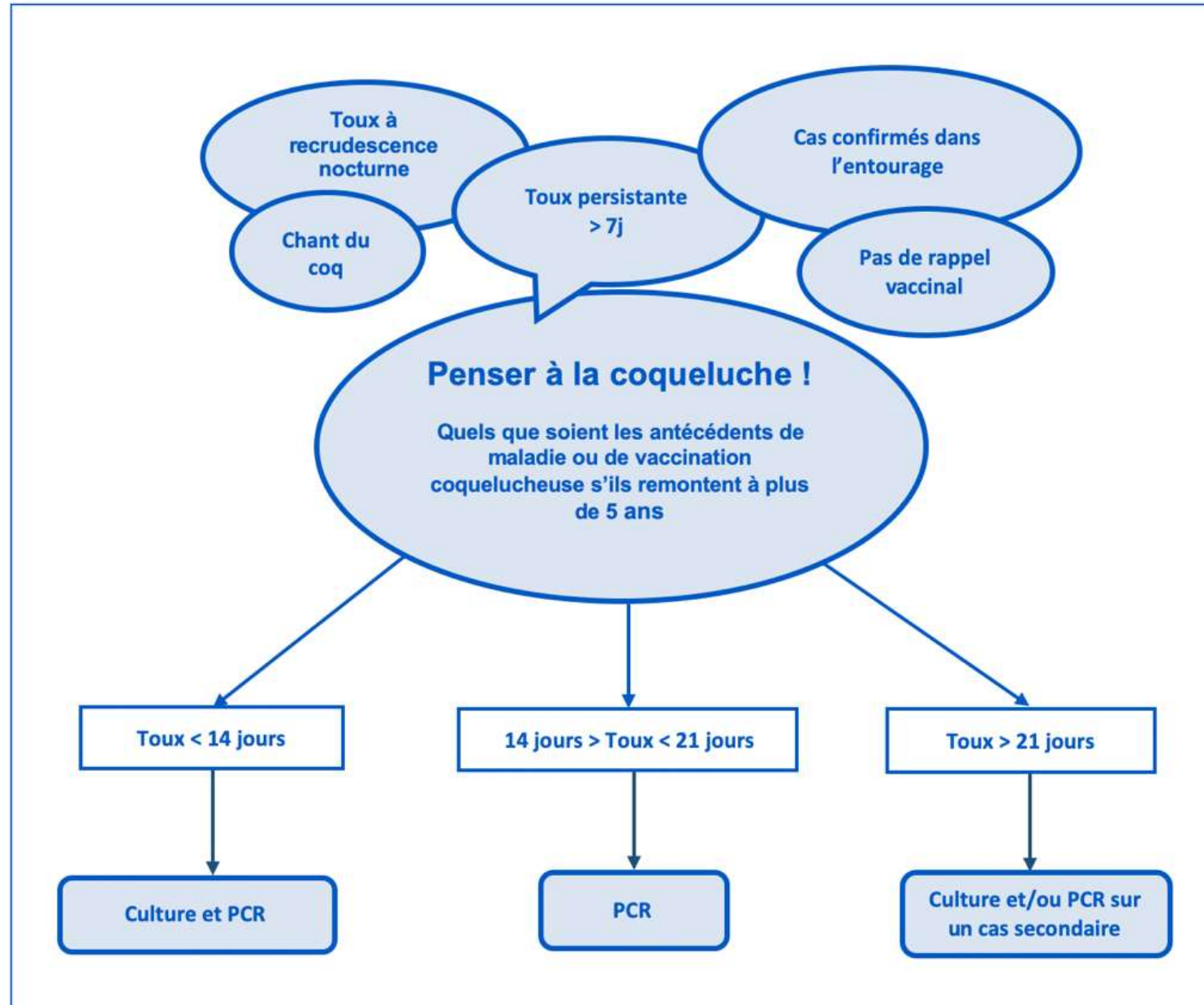
Indication d'un diagnostic de coqueluche

Les PCR sont indiquées chez :

1. Les nouveau-nés et les jeunes enfants non ou incomplètement vaccinés avec épisode de toux quinteuses évocatrices ou associées à des apnées ;
2. Les enfants vaccinés, les adolescents et les adultes, avec une toux de plus de 7 jours sans autre cause, lorsque la dernière vaccination date de plus de 3 ans ;
3. Les enfants, adolescents, adultes vaccinés depuis moins de 3 ans, avec une toux de plus de 7 jours sans autre cause évidente, ET en contact avec un cas confirmé de coqueluche;
4. Les enfants, adolescents, adultes vaccinés de plus de 3 ans, présentant des symptômes compatibles ET dans l'entourage proche d'un nourrisson de moins de 5 mois ;
5. Les patients immunodéprimés et présentant des symptômes compatibles.

Si la pénurie se confirme et/ou s'amplifie, il n'est pas exclu qu'il faille limiter les indications de la PCR aux formes graves ainsi qu'au premiers cas de cluster.

Diagnostic biologique en pratique



La culture : un intérêt épidémiologique majeur

- La réalisation de la culture permet de caractériser les souches circulantes et de suivre l'évolution de la population bactérienne → **confirmation de l'identification + typage + ANTIBIOGRAMME**
- **100% spécifique**
- **Sensibilité** liée à la charge bactérienne et dépendant du stade de la maladie : la probabilité d'isolement décline rapidement **après la première semaine**
- Inutile si le patient est sous **antibiothérapie adaptée depuis 3 j ou +**
- Durée et conditions de transport des échantillons **CRITIQUES**
- Diagnostic remboursé en France

Résistance aux Macrolides

Très diffusé en **Chine** – mutation chromosomique **A2047G** dans le gène d'ARNr 23S

En France :

Détection de **trois isolats résistants aux macrolides (3%, 3/105)** - le premier ayant été détecté en France aussi en 2011 – différents âges (83ans, nourrisson < 1M en REA, 23 ans) dans différents départements (Ile-de-France, Vendée)



- Quelles sont les propositions vraies concernant le diagnostic et le traitement de la coqueluche ?

A/ La PCR est indiquée chez un patient suspect de coqueluche et contact d'un cas confirmé

B/ La sérologie peut permettre de savoir si un patient est protégé contre la coqueluche

C/ Le traitement de première intention est la Clarithromycine et non l'Azithromycine

D/ L'alternative en cas de contre-indication est le Cotrimoxazole

E/ L'antibioprophylaxie est indiquée pour un nourrisson contact même si la mère a été vaccinée pendant la grossesse

3

**Quel antibiothérapie en période de rupture
d'approvisionnement ?**

Principes du traitement antibiotique

L'antibiothérapie est recommandée pour réduire le portage et la contagiosité mais n'a pas d'effet sur l'évolution de la maladie d'autant plus que le diagnostic est tardif.

Chez le nourrisson suspect de coqueluche cependant, un traitement précoce permettrait de diminuer le risque de forme grave.

Dans les 21 jours qui suivent les premiers symptômes si :

- Coqueluche prouvée biologiquement,
- Ou, en l'absence de diagnostic biologique
 1. Chez un patient symptomatique qui a été en contact avec un cas prouvé (cas épidémiologique)
 2. Dans le cas d'une forte suspicion clinique chez le nourrisson dans l'attente de confirmation biologique



L'antibiothérapie curative

Nourrisson et enfants	Adultes
En 1ère intention³ : Clarithromycine 1 dose poidsX2/j pdt 7j (soit 15 mg/kg/jour), sans dépasser la posologie adulte (500 mgX2/j)	En 1ère intention : Clarithromycine : 500 mgX2/j pdt 7j
En 2ème intention : Azithromycine 1 dose poids/j pdt 3j (soit 20 mg/kg/jour), sans dépasser la posologie adulte (500 mg/j)	En 2ème intention : Azithromycine : 500 mg/j pdt 3j
En cas de contre-indication aux macrolides : Cotrimoxazole ⁴ (sulfamethoxazole-trimethoprine) : 6 mg/kg/jour en 2 prises pdt 7j, sans dépasser la posologie adulte (800/160 mgX2/j)	En cas de contre-indication aux macrolides : Cotrimoxazole (sulfamethoxazole-trimethoprine) 800/160 mg : 1cpX2/j pdt 7j
En cas de rupture de stock : chez l'enfant à partir de 25 kg⁵ : Erythromycine : 40 mg/kg/jour en 2 à 3 prises pdt 14j sans dépasser la posologie adulte (1gX3/j)	En cas de rupture de stock : Erythromycine : 1gX2/j pdt 14j

³ Les macrolides augmentent le risque de sténose hypertrophique du pylore chez le nouveau-né ; le risque est plus marqué avec l'érythromycine qu'avec les autres macrolides.

⁴ Ne doit pas être utilisé chez les nourrissons âgés de moins de 6 semaines

⁵ Arrêt de commercialisation des formes galéniques adaptées aux nourrissons et aux enfants de moins de 25 kg.

●● Pourquoi privilégier la Clarithromycine ?

Macrolides systémiques

DCI	Prescription	Dispensation
Azithromycine (Azadose* 600mg Zithromax* 250mg) ATB « critique » à fort impact écologique	IDE (250mg) + Tout médecin + Pharmacien (250mg)	Officine / Déconditionnable Tension sur Zithromax* 40mg/mL suspension buvable. Retour prévu à la normale en juillet 2024.
Clarithromycine (Zeclar*) oral	IDE + Tout médecin + Pharmacien	Officine
Clarithromycine (Zeclar*) injectable	Médecin hospitalier	Hôpital / Non rétrocédable
Erythromycine (Ery* Erythrocline*) oral	Tout médecin + Sage-femme	Officine

Sulfamides et/ou trimétoprime systémiques

DCI	Prescription	Dispensation
Sulfadiazine (Adiazine*)	Tout médecin	Officine / Déconditionnable
Cotrimoxazole (Bactrim* Bactrim-Forte*) oral	Tout médecin	Officine Remise à disposition en janvier 2024.

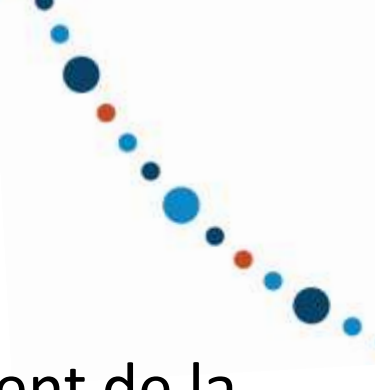


La prévention secondaire

- Antibioprophylaxie des sujets **contacts proches** si **mal ou non vaccinés** ou **vaccination > 5 ans**.

Selon le même schéma que pour l'antibiothérapie curative.

- **Pourquoi ? Car cela réduit la contagiosité en 3 à 5 jours et donc casse la transmission.**
- **Eviction des cas scolaire :**
 - Tant que le diagnostic n'aura pas été infirmé (heureusement, c'est les vacances scolaires !) ;
 - Si le diagnostic est confirmé :
 - ✓ Pas de scolarisation avant 3 ou 5 jours de traitement antibiotique adapté (3 jours si azithromycine) ;
 - ✓ Eviction jusqu'à 3 semaines après le début de la toux en absence de traitement antibiotique.
- **Eviter le contact avec des nourrissons**, en particulier âgés de moins de 6 mois.
- Mise en place de **mesures barrières** autour du ou des cas : lavage des mains, port du **masque**.



- Quelles sont les propositions vraies concernant le diagnostic et le traitement de la coqueluche ?

A/ La PCR est indiquée chez un patient suspect de coqueluche et contact d'un cas confirmé

B/ La sérologie peut permettre de savoir si un patient est protégé contre la coqueluche

C/ Le traitement de première intention est la Clarithromycine et non l'Azithromycine

D/ L'alternative en cas de contre-indication est le Cotrimoxazole

E/ L'antibioprophylaxie est indiquée pour un nourrisson contact même si la mère a été vaccinée pendant la grossesse

In the top left area of the slide, there are four decorative circles of varying sizes and shades of blue and grey. The largest circle is white and contains the number 4.

4

La stratégie de prévention vaccinale



QCM



- Quelles sont les propositions vraies concernant la vaccination contre la coqueluche ?
- A/ La vaccination pendant la grossesse est plus efficace que la vaccination après la naissance
- B/ Il faut vacciner l'entourage d'un nouveau-né né à terme dont la mère a été vaccinée à 32SA
- C/ Il est possible de faire un rappel de dTCaP pour un patient de 26 ans contact avéré il y a 7 jours
- D/ La protection conférée après la première vaccination du 2eme mois est seulement de 50%
- E/ Un patient dont le rappel ne date que d'il y a 6 ans ne peut pas être suspect de coqueluche



●● Pourquoi changer la stratégie vaccinale ?

- Résurgence de la coqueluche dans le monde (en France dans les années 90)
- Vaccins acellulaires depuis 2006 en France
 - Efficacité **individuelle, mais limitée en durée (5 ans)**
 - Impact sur la **transmission variable et limité en durée**
- ➡ **Stratégie d'éradication impossible. Plutôt protéger les plus à risque : Nourrissons**
- Mais **plusieurs problèmes** :
 - Qui vacciner ? Parents, fratrie, grands-parents, nounou, baby-sitter, amis, etc...
 - Obtenir une bonne couverture dans toutes ces populations
 - Quelle fréquence de rappel ? « Waning effect » accentué par la simplification du calendrier vaccinal 3+1 -> 2+1
 - Rapport coût-efficacité défavorable : NTT pour 1 hospit = 10k, pour 1 DC = 1M.

● Le « waning effect » : Le déclin de réponse vaccinale

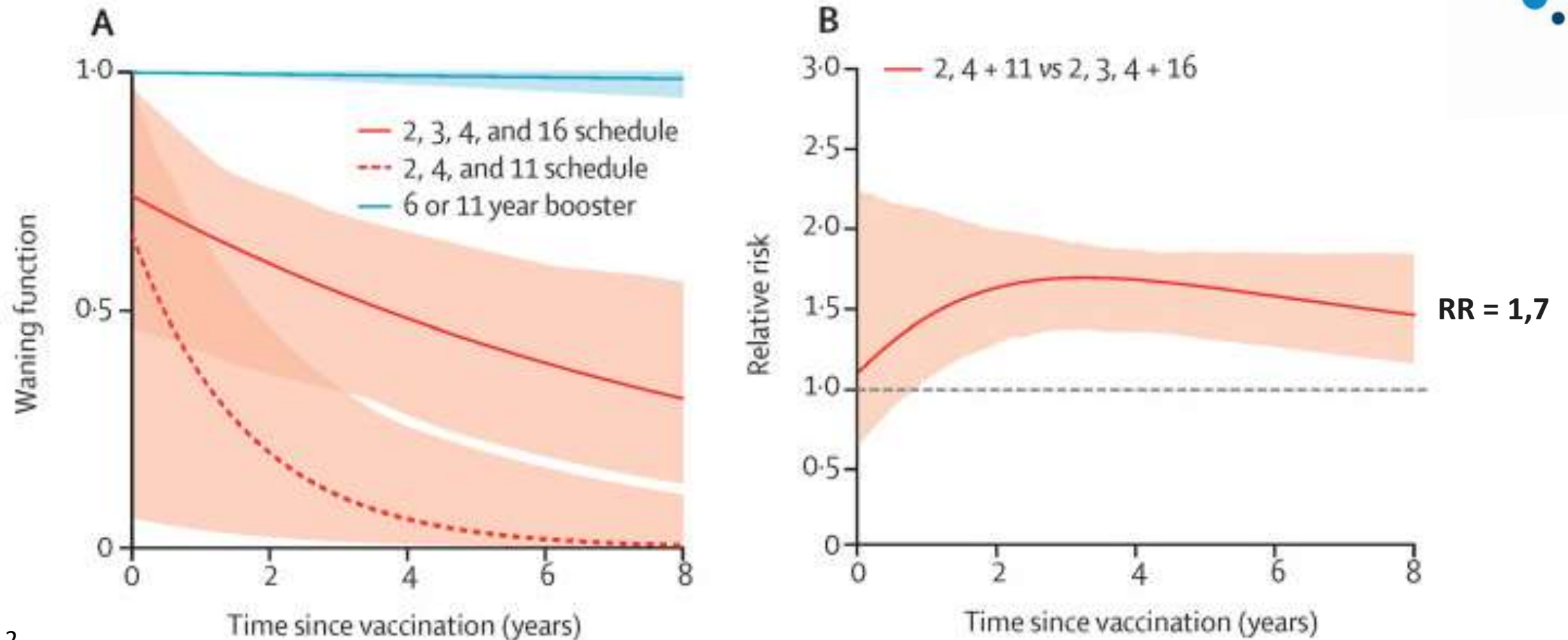


Fig 2.

(A) Waning function after vaccination by the former vaccine schedule (2, 3, 4 + 16), by the new vaccine schedule (2, 4 + 11), and by the childhood (6 years) or adolescent (11 years) booster. Lines represent the means, and shaded areas represent 95% CIs.

(B) Relative risk of pertussis after vaccination by the new vaccine schedule compared with the former schedule. The line represents relative risk, and the shaded area represents 95% CIs.



Une solution : La vaccination per-partum

- Protège la future mère et donc **indirectement** le nouveau-né par cocooning
- Protège **directement** la vraie cible : le nouveau-né et le jeune nourrisson par les anticorps maternels transmis
- Protège **contre n'importe quel contaminateur** en réduisant la cible
- Protège dans la **période cruciale entre la naissance et la protection vaccinale directe** à 2 mois (essentiel des formes graves et des décès...)
- Données en vie réelle :
 - Réduction de l'incidence de la coqueluche chez < 3 mois :
 - 78% (OR = 0,22 [IC 95 %: 0,14-0,33])
 - Réduction des hospitalisations pour coqueluche chez < 2 mois :
 - entre 58,3 % [IC 95 %: 14,9 -79,6] et 84,3 % [IC 95 % 26,1-96,7]
 - Réduction de la mortalité par coqueluche chez < 3 mois:
 - 95 % [IC 95 %: 79 ; 100]

Exemple : Le pic de Coqueluche aux R.U. en 2011

- Pic épidémique en 2011
- Augmentation en 2012 des cas chez le jeune nourrisson et plusieurs décès (<3 mois)
- Septembre 2012 : programme de vaccination des femmes enceintes mis en place (temporaire) : dTcaP ; 28-33 SA
- Couverture vaccinale élevée rapidement obtenue (70% début 2013)

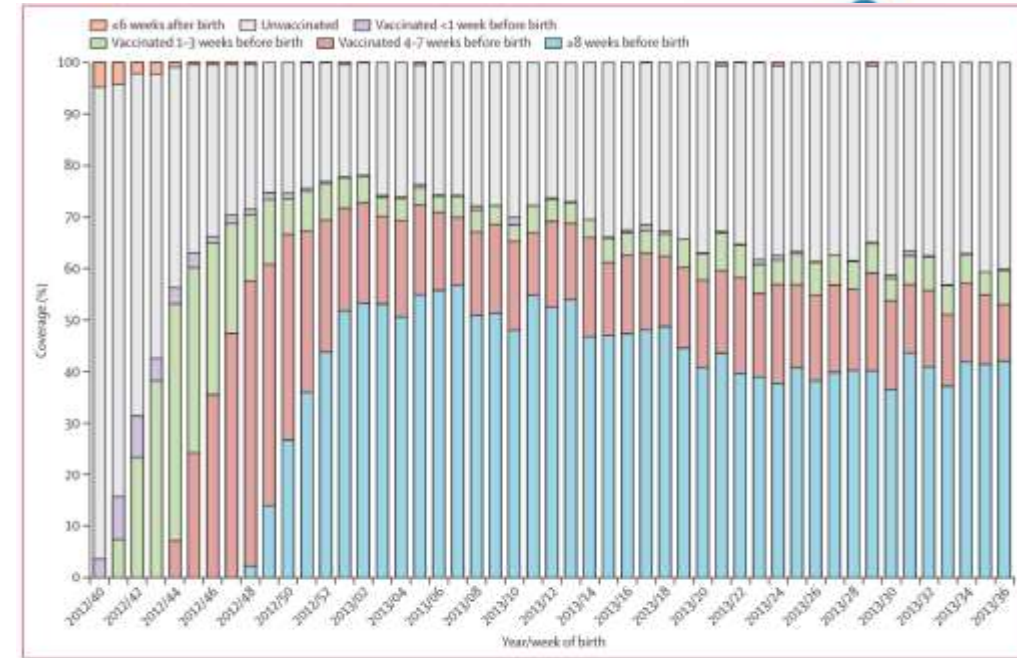


Figure 1: Estimated maternal vaccine coverage by week of birth
Figure shows coverage from week 40, 2012, to week 36, 2013. Figure based on data provided by the Clinical Practice Research DataLink.



Exemple : Le pic de Coqueluches aux R.U. en 2011

	Percentage of cases vaccinated	Average matched coverage*†	Vaccine effectiveness‡
Infants <3 months of age			
Vaccination at least 7 days before birth	15% (12/82)§	62%	91% (84 to 95)
Vaccination at least 7 days before birth with coverage reduced by a relative 20%	15% (12/82)§	49%	84% (71 to 93)
Infants <3 months of age by timing of maternal immunisation			
Vaccination at least 28 days before birth	14% (10/69)¶	63%	91% (83 to 95)
Vaccination 7-27 days before birth	3% (2/72)	19%	91% (70 to 96)
Vaccination 0-6 days before or 1-13 days after birth	3% (2/68)**	5%	38% (-95 to 80)
Infants <2 months of age			
Vaccination at least 7 days before birth	15% (11/71)	61%	90% (82 to 95)
Vaccination at least 7 days before birth with coverage reduced by a relative 20%	15% (11/71)	49%	82% (67 to 90)

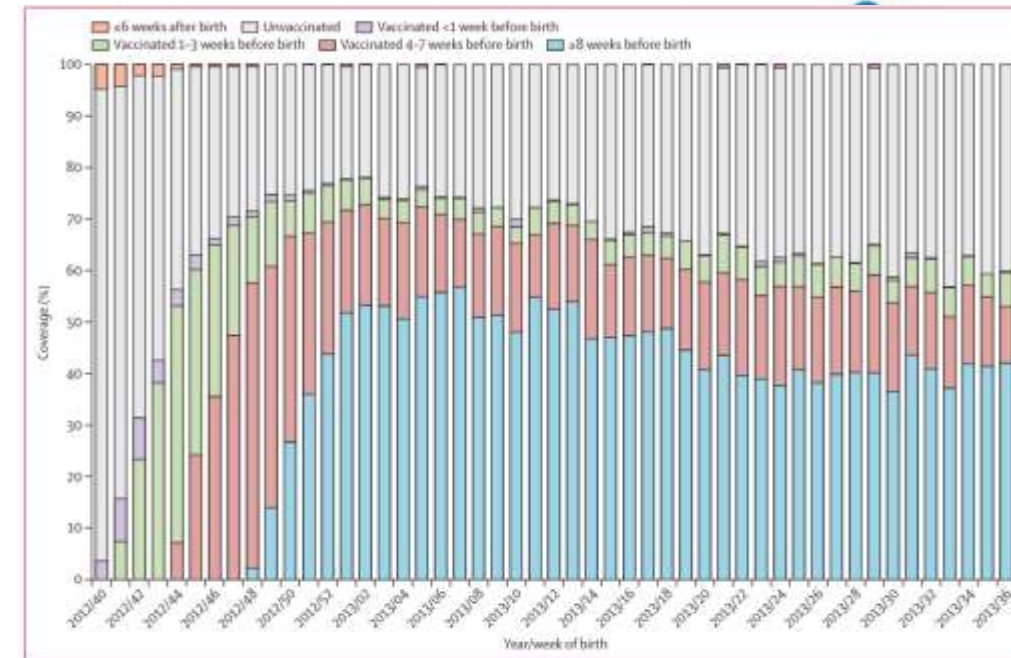


Figure 1: Estimated maternal vaccine coverage by week of birth. Figure shows coverage from week 40, 2012, to week 36, 2013. Figure based on data provided by the Clinical Practice Research DataLink.



La tolérance maternelle

Table 1| Results of matched cohort analyses of safety of pertussis vaccination in pregnant women. Overall risk of predefined potential adverse events in vaccinated women and all women eligible for vaccination versus historical unvaccinated controls

Event*	Vaccinated v historical unvaccinated controls			All eligible women v unvaccinated controls		
	No (%) events		Incidence rate ratio (95% CI)	No (%) events		Incidence rate ratio (95% CI)
	Vaccinated women (n=6185)	Matched unvaccinated women (n=18 523)		Potentially vaccinated women (n=9735)	Matched unvaccinated women (n=29 165)	
Stillbirth	12 (0.19)	42 (0.23)	0.85 (0.45 to 1.61)	25 (0.26)	61 (0.21)	1.21 (0.76 to 1.92)
Neonatal death (within 7 days)	2 (0.03)	6 (0.03)	1.00 (0.20 to 4.95)	2 (0.02)	6 (0.02)	1.00 (0.20 to 4.95)
Pre-eclampsia/eclampsia	22 (0.36)	54 (0.29)	1.22 (0.74 to 2.01)	34 (0.34)	196 (0.67)	0.52 (0.36 to 0.79)
Placenta praevia	2 (0.03)	15 (0.08)	0.40 (0.09 to 1.75)	4 (0.04)	23 (0.08)	0.52 (0.18 to 1.51)
Intrauterine growth retardation/low birth weight/weight <2500 g	126 (2.04)	311 (1.68)	1.20 (0.98 to 1.48)	217 (2.23)	563 (1.93)	1.15 (0.98 to 1.40)
Caesarean section	1238 (20.02)	3748 (20.22)	0.99 (0.93 to 1.06)	1879 (19.30)	5797 (19.88)	0.97 (0.92 to 1.02)
Premature labour (without delivery)	5 (0.08)	21 (0.11)	0.71 (0.27 to 1.89)	10 (0.10)	16 (0.05)	1.88 (0.85 to 4.13)
Postpartum haemorrhage	59 (0.95)	181 (0.98)	0.98 (0.73 to 1.31)	83 (0.85)	312 (1.07)	0.80 (0.63 to 1.01)

●● La tolérance maternelle

Etude (année)	RR ajusté (IC95%)
Hémorragies du post-partum	
Donegan (2014)	0,98 (IC 95% = 0,73-1,31)
Layton (2017)	1,23 (IC 95% = 1,18-1,28)
Griffin (2018)	1,05 (IC 95% = 0,96-1,15)
Chorioamniotites	
Kharbanda (2014)	1,19 (IC 95% = 1,13-1,26)
Berenson (2016)	1,53 (IC 95% = 0,80-2,90)
Layton (2017)	1,11 (IC 95% = 1,07-1,15)
Griffin (2018)	1,10 (IC 95% = 0,70-1,75)

Infant outcomes after exposure to Tdap vaccine in pregnancy: an observational study

[Tony Walls](#),¹ [Patricia Graham](#),^{1,2} [Helen Petousis-Harris](#),³ [Linda Hill](#),⁴ and [Nicola Austin](#)^{1,2}

Conclusions

[Go to:](#) ►

Administering Tdap vaccine during pregnancy has previously been demonstrated to provide protection for infants from pertussis during epidemics. We have shown no difference in infant outcomes in those who have been exposed to the vaccine in pregnancy when compared with the overall population. This provides further evidence to back up recommendations for vaccinating



Vaccine

Volume 38, Issue 8, 18 February 2020, Pages 1982-1988



Safety of tetanus, diphtheria, and acellular pertussis vaccination among pregnant active duty U.S. military women

[Clinton Hall](#)^{a b}  , [Lisa M. Abramovitz](#)^{a b}, [Anna T. Bukowinski](#)^{a b}, [Ashley A. Ricker](#)^{b c},
[Zeina G. Khodr](#)^{a b}, [Gia R. Gumbs](#)^{a b}, [Natalie Y. Wells](#)^b, [Ava Marie S. Conlin](#)^b

- No increased risks for adverse maternal, fetal, or infant outcomes were detected.



QCM



- Quelles sont les propositions vraies concernant la vaccination contre la coqueluche ?
 - A/ La vaccination pendant la grossesse est plus efficace que la vaccination après la naissance
 - B/ Il faut vacciner l'entourage d'un nouveau-né né à terme dont la mère a été vaccinée à 32SA
 - C/ Il est possible de faire un rappel de dTCaP pour un patient de 26 ans contact avéré il y a 7 jours
 - D/ La protection conférée après la première vaccination du 2eme mois est seulement de 50%
 - E/ Un patient dont le rappel ne date que d'il y a 6 ans ne peut pas être suspect de coqueluche



Messages clés

- **Augmentation attendue du nombre de cas mais particulièrement importante** en Europe et en France.
- Cas grave chez des nourrissons avec **plusieurs décès** (hypothèses d'une souche historique plus virulente ?).
- Tension sur les réactifs pour les qPCR : importance de **respecter les indications de prélèvement** (durée des symptômes, cas épidémiologiques, clusters...)
- Risque majeur de **tension d'approvisionnement sur les macrolides**
- **Importance cruciale de la vaccination de la femme enceinte à partir du deuxième trimestre** (privilégier entre **20 et 36 SA**)

Suivez-nous ! <https://cratb-ile-de-france.fr>

Présentations de la première journée francilienne des référents en infectiologie du 12 octobre 2023 :

Organisée par le CRAtb Île-de-France



en partenariat avec le



Bienvenue à notre Webinaire VRS, grippe et Méningo font leur rentrée : quelles nouveautés pour les vaccins ?

Avec la participation de notre experte invitée :
Pr Anne-Claude CREMIEUX, Commission Technique des Vaccinations, Haute Autorité de Santé (HAS)

Et animé par l'équipe du CRAtb Île-de-France :
Dr Louise Nutte, Dr Samy Taha, Dr Bastien Mollo et Dr Florence Stordeur

5 octobre 2023

Epidémies virales & Bon Usage Antibiotique en EHPAD

Avec la participation de notre experte invitée :
Dr Sophie CHAMPOLLION, gériatre, médecin coordinateur EHPAD, Meudon (92)

Et animé par l'équipe du CRAtb Île-de-France :
Dr Cécilia FARAUT-PIZZOCULO & Dr Samy TAHA

Lundi 15 janvier 2024

Bienvenue à notre webinaire

Augmentation des pneumopathies à mycoplasme en ville : Questions-Réponses pour le premier recours



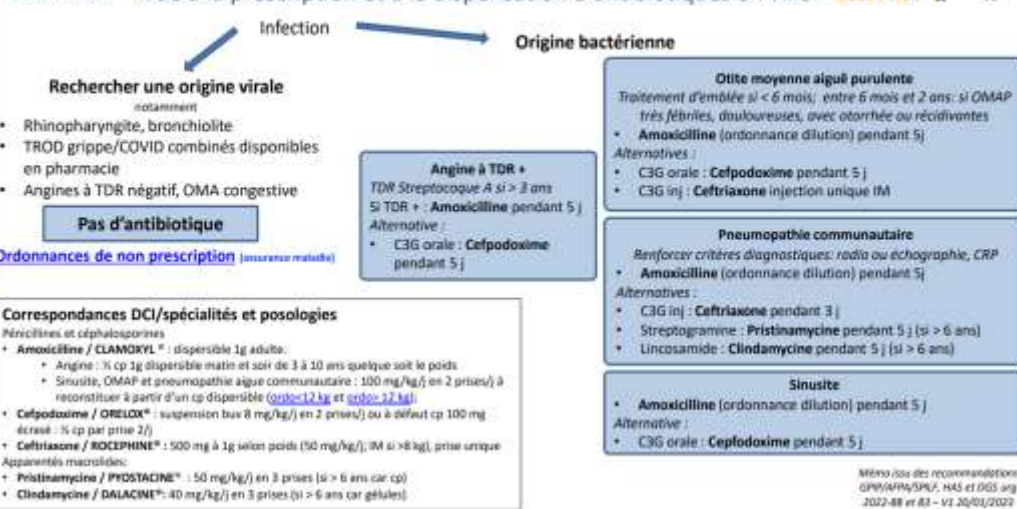
Avec la participation de nos experts infectiologues invités :
Pr Mathie Lorrot et Dr Marion Ashman, pédiatres à l'Hôpital Trousseau, Paris
& Dr Romain Palich, référent REB (Risque émergent biologique) à la Pitié Salpêtrière

Et animé par l'équipe du CRAtb Île-de-France :
Dr Louise Nutte & Dr Marie-Anne Boudjourey

Jeudi 14 décembre 2023 - de 13h à 13h45 -



Tensions d'approvisionnement en amoxicilline Aide à la prescription et à la dispensation d'antibiotiques en ville – ENFANT



TRAITEMENT DES PNEUMOPATHIES À MYCOPLASMA PNEUMONIAE



ENFANTS	ADULTES
1- CLARITHROMYCINE : 15 MG/KG/J EN 2 PRISES, 9 J - Suspension buvable 50 mg/ml : pipette graduée selon le poids = 1 dose poids matin et soir - comprimés à 250 mg et 500 mg - dose max 1000 mg/j (soit une dose poids 66kg MAX)	1- AZITHROMYCINE 500 mg/jour en une prise, 3 à 5 jours
2- AZITHROMYCINE : 20 MG/KG/J EN UNE SEULE PRISE, 3 J - Suspension buvable 40 mg/ml : pipette graduée selon le poids = 1 dose poids une fois par jour - comprimés à 250 mg - dose max 500 mg/j (soit une dose poids 25kg)	2- SPIRAMYCINE (ROVAMYCINE®) - comprimés à 3 MUI 1 comprimé 3 fois par jour, 7 jours
3- ROKITHROMYCINE : 5 à 8 MG/KG/J EN 2 PRISES/J, 10 J - Ruvid® 50 mg : comprimés sécables et dispersibles 6-11 kg : 1/2 cp soit 25 mg matin et soir 12-23 kg : 1 cp soit 50 mg matin et soir 24-40 kg : 2 cp soit 100 mg matin et soir	3- CLARITHROMYCINE 500 mg matin et soir, 7 jours
4- ERYTHROMYCINE : 50 MG/KG/J EN 2 PRISES/J, 10 J Sachet buvable 125 mg ou 250 mg	4- DOXYCYCLINE 100 mg matin et soir, 7 jours

Lettre d'information n°2 - mai 2023

L'ordonnance de non prescription

L'assurance maladie met à disposition des médecins prescripteurs un outil pour les aider à justifier auprès du patient leur non prescription d'antibiotique pour les infections ORL virales ou la grippe. Cette **ordonnance de non prescription** synthétise les symptômes et leur durée attendue, et présente quelques conseils simples pour soulager ces symptômes. Elle renforce ainsi les explications fournies lors de la consultation, et contribue à **éduquer le patient aux risques liés à l'antibiorésistance** à distance de la consultation.

L'ordonnance est disponible [ici](#).

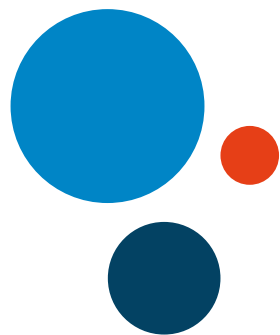


Ruptures et tensions d'approvisionnement



Lettre d'information n°5 Novembre 2023

Semaine mondiale d'information
sur la résistance aux antimicrobiens
du 18 au 24 novembre 2023



Merci & A vos questions !



<https://cratb-ile-de-france.fr>

@ cratb.idf@aphp.fr



@CRAtb_IdF



27 rue Juliette Dodu, 75010 Paris