

BIBLIOMED

Les analyses du Centre de Documentation et de Recherche en Médecine Générale

Toux aiguë chez l'enfant de moins de 4 ans : que craindre, que faire ?

Mots clés : Les infections aiguës respiratoires et ORL représentent en France 80 % des motifs de consultation chez l'enfant de 0 à 6 ans, selon les données récentes de l'assurance maladie¹. La « toux aiguë » des anglosaxons semble correspondre à notre rhinopharyngite. Dans ses études sur les résultats de consultation, la SFMG relève entre 0 et 2 ans 11,6% de rhinopharyngites et 2,2% de toux². Dans la pratique, l'apparition et surtout la persistance de la toux inquiète les parents, motive les re-consultations, et explique en partie la « pression antibiotiques » : en 10 ans, la consommation d'antibiotiques a plus que doublé chez les enfants (+ 115 % contre + 86 % chez les adultes)¹. Pas seulement en France : cette sur-prescription est largement retrouvée dans les autres pays d'Europe³. Une revue systématique anglaise³ ainsi que deux articles analysant le suivi prospectif d'une cohorte en médecine générale^{4,5} ont tenté de répondre à des questions que se posent médecins et parents : Quelle est l'évolution spontanée de ces toux banales (et des symptômes qui les accompagnent) ? Comment rassurer les parents et éviter toute antibiothérapie inutile ?

De quelle « toux » parle t-on ?

Il s'agit de la toux « ordinaire » des infections respiratoires aiguës « indifférenciées » (rhinopharyngites et bronchites) vues en médecine de premier recours. Les auteurs anglais² ont cherché les études permettant de préciser l'histoire naturelle de ces tableaux cliniques. A partir d'une étude exhaustive de la littérature, seulement 8 essais randomisés avec groupe de contrôle et 2 études de cohortes répondaient à leur critère. Etaient exclues les études se référant à des tableaux cliniques « spécifiques » (pneumonie, bronchiolite, asthme, coqueluche...), et les études « familiales » (auto-médication seule) dont l'évolution est différente.

Quelle est son évolution habituelle ?

Dans les 10 études, deux jours après la consultation, 2 enfants sur 3 vont déjà mieux. La toux et l'encombrement nasal persistent à J7 chez la moitié, et sont encore présents à J21 chez 10 à 20%. La fièvre dure habituellement 1 ou 2 jours, parfois plus chez certains³.

Une étude anglaise plus récente a effectué un suivi prospectif de 256 enfants vus en médecine générale⁴, pour la plupart de moins de 2 ans. 18% ont eu un antibiotique, 13% un bronchodilatateur. La toux était le dernier symptôme à disparaître : la moitié toussait encore à J10, un quart à J16, 1 sur 10 à J25. La fièvre durait en moyenne 15 jours, le « mal-être » 18, les troubles du sommeil 19, la toux 21. En comparant avec la réalité de la guérison, le point de vue des parents et celui des médecins, ceux-ci surestimaient sa fréquence et les parents la sous-estimaient pour les guérisons tardives (au-delà de 2

semaines). Les facteurs associés à une toux persistante étaient sa durée avant la consultation (sans qu'il y ait d'explication satisfaisante) et le recours antérieur à des crèches ou garderies (sans que l'on puisse affirmer qu'il y avait transmission de germes plus agressifs).

Quand craindre une complication ?

Sur 6 études², il était fait état de 12% de complications, pour la plupart dans les 2 premières semaines. Otites et otalgies entre 5 et 18% ; rash cutané, diarrhée et vomissements autour de 10%, bronchite (quand elle n'était pas présente initialement) et pneumonie entre 5 et 10%. L'étude anglaise déjà citée⁵ semble la première à s'être intéressée plus précisément à ce problème en soins primaires (aucune autre référence sur *Medline*). Les complications nécessitant une nouvelle consultation sont rencontrées dans 10% des cas. Parmi les facteurs associés aux complications, la fièvre, les signes auscultatoires et la polypnée étaient les principaux. En analyse multivariée étaient significatifs la fièvre (RR 5,56 ; IC 95 : 1,75-17,6) et les anomalies auscultatoires (RR 2,88 ; 1,02-8,05). Ainsi le risque de complications était de 6% chez un enfant qui tousse sans fièvre ni signes d'auscultation, 18% s'il avait en plus de sa toux des anomalies d'auscultation, 28% si la fièvre s'ajoutait à la toux, 40% si les 2 étaient présents. C'est probablement dans ce dernier groupe à « haut risque » qu'une antibiothérapie « probabiliste » est la plus justifiée.

La toux est partie intégrante des infections respiratoires « banales » chez le petit enfant. Même au delà des 2 premières semaines, elle n'est pas symptomatique de la gravité de la maladie. La durée moyenne chez ces enfants de moins de 4 ans est d'ailleurs identique à celle observée chez des adultes⁴.

La présence simultanée et durable de fièvre et de signes auscultatoires définit en revanche 1 fois sur 2 une « situation à risque ». C'est une indication précieuse, à la fois pour rester particulièrement attentif au suivi de ces enfants et pour négocier avec les parents la prescription d'antibiotiques, à un moment ou un autre, et les rassurer. En dehors de cette situation à risque, il est encore plus licite de temporiser. A ces conditions, les parents pourront prendre en charge efficacement les petits soucis de santé de leurs bambins.

La plupart des infections des voies respiratoires responsables de toux chez le petit enfant ont une origine virale. L'antibiothérapie n'y est pas justifiée. Selon la recommandation de l'AFSSaPS⁶, « la rareté des échecs apparents de l'antibiothérapie conforte à tort les malades, leur famille et les médecins dans l'idée que l'antibiotique 'marche' et est indispensable », ce que confirment les 3 documents analysés ci-dessus. **Donner aux parents une indication réaliste de cette évolution très habituelle** permet d'éviter une inquiétude injustifiée et des prescriptions d'antibiotiques inutiles...

Références

- 1 - Guillemot D. et al. Les antibiotiques, c'est pas automatique. Rapport de la CNAM-TS. Disponible sur www.ameli.fr
- 2 - SFMG. Annuaire statistique 94-95 de l'Observatoire de la Médecine Générale. La Lettre de la Médecine Générale 1998 : 52.
- 3 - Hay AD, Wilson AD. The natural history of acute cough in children aged 0 to 4 years in primary care : a systematic review. *Br J Gen Pract* 2002 ; 52 : 401-9.
- 4 - Hay AD et al. The duration of acute cough in pre-school children presenting to primary care. *Fam Pract* 2003 ; 6 : 696-705.
- 5 - Hay AD et al. Predicting complications from acute cough in pre-school children in primary care. *Br J Med Pract* 2004 ; 54 : 9-14.
- 6 - AFFSaPS. Mise au point sur l'antibiothérapie par voie générale en pratique courante. Disponible sur www.affsaps.fr

Cette revue hebdomadaire ne bénéficie d'aucun financement public ou privé et ne dépend que de ses lecteurs.

Abonnez-vous sur notre site www.Unaformec.org/php/abo.htm

Ecrivez-nous pour toute demande d'information à unadoc@wanadoo.fr