

## Toux aiguë banale chez le petit enfant : quel traitement en 2013 ?

**Mots clés :**

Enfant;  
Toux  
[Child;Cough]

La toux est le plus souvent secondaire chez le petit enfant à une infection virale des voies aériennes supérieures (*Bibliomed* 338), favorisées par le contact avec d'autres enfants (7 à 10 fois par an à l'âge scolaire)<sup>1</sup>. Les accès de toux diminuent progressivement et disparaissent généralement en 10 à 14 jours, mais 24% des enfants atteints de rhinopharyngite toussent encore après 2 semaines sans que cela signe l'existence de complications, ce qui inquiète et fatigue les parents, motivant souvent plusieurs consultations successives<sup>2</sup>. Depuis avril 2010, le nombre de médicaments utilisables dans cette indication a diminué. De quels moyens thérapeutiques disposons-nous en 2013 ? Quelques données de qualité variable peuvent aider à la décision.

### Règles hygiéno-diététiques

**La désobstruction rhino-pharyngée** libère les voies aériennes supérieures. Elle doit être pluriquotidienne chez le petit enfant, surtout avant les repas et les couchages. A partir de 3 ans, l'enfant commence à être capable de se moucher. Plusieurs méthodes de désobstruction sont possibles : mouchage, instillations, méthodes d'aspiration, mais toujours avec du sérum physiologique, en fonction de l'état clinique de l'enfant et de l'aisance des parents à la pratiquer (preuves de faible qualité)<sup>3</sup>. Une démonstration par le médecin lui-même aide des parents mal à l'aise avec la méthode ou reconsultant pour une toux répétée liée à une rhinite. Des parents ont montré un intérêt à la diffusion d'un film pédagogique sur la méthode de mouchage des nourrissons en salle d'attente des urgences pédiatriques<sup>4</sup>.

**D'autres mesures** augmentent le confort de l'enfant : l'hydrater correctement et régulièrement, limiter la température de la chambre à 19-20°C, éliminer les pneumotoxiques (notamment le tabac) en évitant de fumer au domicile, même dans une autre pièce que la chambre de l'enfant (preuves de qualité modérée).

### Médicaments

**Les antitussifs** ne sont que symptomatiques et n'ont pas de supériorité démontrée par rapport au placebo. Certains exposent à des effets indésirables disproportionnés, surtout chez l'enfant : 123 décès d'enfants de moins de 6 ans ont été imputés à des médicaments de la toux et du rhume aux Etats-Unis entre 1969 à 2006<sup>5</sup>.

**Les fluidifiants bronchiques** (mucolytiques, héliidine, fenspiride) sont interdits en France depuis avril 2010

chez les enfants de moins de 2 ans, une étude de pharmacovigilance ayant montré le risque de majoration de l'encombrement bronchique<sup>1</sup>.

**Les dérivés terpéniques** (toutes présentations) sont associés à un risque accru de convulsions et d'effets indésirables neuropsychiques. C'est le cas, chez les jeunes enfants, des médicaments conçus pour l'inhalation, la pulvérisation ou l'application nasale de mélange contenant du camphre, du menthol<sup>6</sup>.

**Les anti-histaminiques** de 1<sup>ère</sup> génération peuvent provoquer des complications neuro-psychiatriques ou des dépressions respiratoires et devraient prochainement être contre-indiqués chez tous les enfants de moins de 30 mois et ceux ayant des antécédents de convulsions fébriles, quel que soit leur âge<sup>1</sup>.

**Les dérivés opiacés** sont contre-indiqués avant 2 ans. La FDA recommande qu'en cas de prescription entre 2 et 11 ans, les parents ou les médecins vérifient la posologie et la composition des produits<sup>6</sup>.

**Les bronchodilatateurs inhalés** ne sont pas recommandés chez un nourrisson non asthmatique, ni les **corticoïdes par voie générale ou inhalée** en cas de toux en rapport avec une rhinopharyngite, une pharyngite, une laryngite non dyspnéisante, une trachéite, une bronchite, et au cours du premier et du deuxième épisode de bronchiolite du nourrisson<sup>1</sup>.

**Le miel** pourrait être une alternative (preuves de faible qualité) mais peut contenir du *clostridium botulinum*, ce qui interdit son usage avant l'âge de 1 an<sup>7</sup>.

**Les antipyrétiques** (paracétamol) peuvent être utilisés si nécessaire<sup>1</sup>.

### Que conclure pour notre pratique ?

**Rassurer les parents** en leur expliquant le caractère bénin et fréquent d'une toux aiguë chez un enfant, l'évolution « naturelle » d'une toux banale post-virale, diminue leur anxiété et limite la reconsultation dans un délai trop rapide. Une nouvelle consultation est inutile en absence de complication si la toux persiste moins de quinze jours.

Insister sur les **effets indésirables des médicaments de la toux** mis en évidence par les récentes études pourrait limiter le principal risque de ces antitussifs vendus en « libre-service », celui du surdosage par mésusage, et éviter les accidents toujours possibles.

**Insister sur les règles hygiéno-diététiques** reste la seule décision réellement factuelle, accompagnée si nécessaire de prescription antipyrétique : désobstruction rhinopharyngée ou mouchage (montrer si besoin comment faire), arrêt du tabagisme passif, bonne hydratation et température de la chambre entre 19° et 20°.

#### Références

- 1- Afsaps. Prise en charge de la toux aiguë chez le nourrisson de moins de 2 ans. Octobre 2010.
- 2- Brodly M et al. Children Cough. *BMJ*. 2012;344:40-5.
- 3- Postiaux G. Quelles sont les techniques de désencombrement bronchique et des voies aériennes supérieures adaptées chez le nourrisson ? *Arch Pédi*. 2001;117-25.
- 4- David C. Intérêt de la diffusion d'un film pédagogique à l'intention des parents en salle d'attente des urgences pédiatriques de Debrousse [Thèse médecine]. Lyon; Université Claude Bernard Lyon 1; 2007.
- 5- Rédaction. Médicaments de la toux et du rhume : des effets indésirables trop graves face à des troubles bénins. *Prescrire*. 2009 ;312:751-3.
- 6- Rédaction. Rhinite allergique saisonnière. Des traitements d'efficacité modeste. *Prescrire*. 2007 ;288:752-7.
- 7- Oduwole O et al. Honey for acute cough in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 3.