Michael Hitzler

Ces enfants qui toussent …

Ponctuelle, chaque année au rendez-vous, la même cause de consultation s'inscrit dans nos agendas, en partie annoncée de manière dramatique, mais souvent avant tout à l'origine d'inquiétudes en raison de la longue durée des symptômes.

Qu'il s'agisse d'un nourrisson ou d'un ado, d'une fille ou d'un garçon, mince ou pas, ils viennent tous nous consulter. Souvent stupéfaits par le nombre considérable, nous avons l'impression d'avoir revu la totalité des patients réguliers en l'espace d'une saison hivernale.

Nos concepts: aussi variés qu'il existe de médecins, afin de soulager nos chers petits. Qu'il s'agisse d'une bonne discussion, d'un traitement basé sur des preuves clairement induit ou de médicaments miracles administrés avec une conscience plus ou moins mauvaise, les troubles doivent disparaître, les parents être rassurés et nous autres déchargés. La plupart du temps, ces troubles s'estompent de toutes manières d'eux-mêmes, sinon ce sont les patients, c'est-à-dire les parents, qui s'en vont et s'adressent à un autre médecin, un guérisseur, un alchimiste. Nous pouvons tout au plus réconforter les derniers touchés vers le mois d'avril, à partir de ce moment, la situation se rétablit

Tableau 1
Types de toux les plus fréquents au cabinet de médecine de famille.

Type de toux	Ecoulement post-nasal	Respiration sifflante	Toux aboyante	Tousse en permanence …
Anamnèse	Bon EG, toux variable, renforcée en position couchée ou au lever. Toux productive, peut durer plusieurs semaines, évolution généralement par vagues (infections se relaient). Enfants en crèche, frères et sœurs plus âgés.	A l'effort, sèche la nuit, en partie quintes de toux, sifflement expiratoire, souvent avec rhume.	Peu de problèmes le jour, rhume, enrouement, stridor inspiratoire accru le soir, peur.	Tousse en permanence, sauf pendant le sommeil, bon EG, brefs accès de toux «toussotements», indépendamment de l'effort, bonne performance. Environnement davantage gêné que le patient. Aucun traitement n'est efficace.
Etat	Signes d'infection des voies respiratoires supérieures, EG bon à légèrement diminué.	Signes d'infection des voies respiratoires supérieures, saturation! sifflement expiratoire, toux à l'effort (par ex. pleurs chez les jeunes enfants), rétractions.	Signes d'infection des voies respiratoires supérieures, stridor inspiratoire et partiellement expiratoire, EG légèrement diminué, enrouement.	Etat discret chez les enfants plus âgés, les adolescents, filles > garçons, comorbidités (TDAH).
Traitement	Bonne information sur le caractère inoffensif, les facteurs de risque (crèche, frères et sœurs, tabagisme). Bonne hydratation. Traitement symptomatique en cas de sommeil perturbé ou de douleurs: bon nettoyage du nez avec un spray nasal de NaCl (0,9% ou 3%), tentative par antihistaminiques, codéine, AINS (efficacité non indiquée selon Cochrane, d'où uniquement de brèves tentatives! Pas de mucolytiques!	Bêtamimétiques par chambre d'inhalation, 1–2 bouffées, selon le besoin 2–8 par heure. En cas d'urgence: enfants <6 ans: 6 bouffées, >6 ans: jusqu'à 12 bouffées. Eventuellement stéroïdes par voie orale (faible dose, par ex. 0,2 mg/kg bêtaméthasone par dose).	Informer. Rassurer (parents, enfants: dédramatiser). AINS (sirop à base d'ibuprofène, acide méfénamique en suppositoires, diclofénac en suppositoires ou gouttes). Stéroïdes par voie orale (0,2 mg/kg bêtaméthasone, souvent une dose unique suffit).	Informer (aucune cause somatique, dédramatiser, souvent autolimitée).
ATTENTION	Pneumonie atypique: +/– fièvre, toux productive, diminution EG. Asthme: toux sèche, la nuit, crises, à l'effort. Aspiration de corps étrangers: jeunes enfants, événements suspects, auscultation asymétrique, symptomatique en constante augmentation. Reflux gastro-œsophagien: jeunes enfants, caries, enfants qui régurgitent, douleurs. Fibrose cystique: retard de croissance supplémentaire, selles anormales. Dyskinésie ciliaire primaire: retard de croissance, infections sévères, situs inversus. Pensez à la Tbc! Perte de poids, origine de l'enfant, antécédents familiaux, toux productive.	Pseudo-croup: toux aboyante, sifflement inspiratoire et expiratoire. Aspiration de corps étrangers: dyspnée aiguë. Pneumonie: tachypnée, dyspnée, fièvre, EG diminué. Coqueluche: toux «chant du coq», crises, ATTENTION: apnée durant les premiers mois de vie.	Sifflement viral: sifflement expiratoire, toux à l'effort, non aboyante. Epiglottite: demander le statut vaccinal! EG fortement diminué, salivation, enfants très calmes.	Asthme (dépendant de l'effort, problèmes nocturnes, Spiromètre pathologique). Reflux gastro-œsophagien (enfants plus âgés, adolescents: caries, mauvaise haleine, aigreurs d'estomac).

Tableau 2
Signes de danger et causes d'hospitalisation en cas de toux.

Signes de danger:
Toux d'une durée supérieure à 2 semaines: consultation répétée (rassurer, rechercher d'autres symptômes, si rien n'a été manqué, médicaments correctement administrés?)
La toux s'aggrave constamment: autre étiologie
L'enfant montre d'autres symptômes tels que la perte d'un frère ou d'une sœur, fièvre, baisse de performance, intolérance à l'effort: autres étiologies
L'enfant a moins de 2 mois
Causes d'hospitalisation:
Nourrissons <2 mois avec saturation <92% et/ou fièvre
Sifflement avec mauvaise réponse au traitement en cabinet et saturation d'O_2 <92%
Enfant rejetant les antibiotiques et/ou déshydratation en cas de pneumonie
Enfants présentant le moindre soupçon d'aspiration de corps étrangers
Coqueluche: quintes de toux partiellement accompagnées de cyanose chez les nourrissons <3 mois

de toutes façons, avec la remontée des températures, le soleil, la vitamine D, et la concentration de virus recule, emportant ainsi les nez qui coulent en permanence.
En réalité, nos sermons infatigables, affirmant que la toux est une chose normale qui fait partie de l'organisme, qu'elle est saine et essentielle, ne sont pas d'une grande aide. Les poches déjà pleines de flasques non prises en charge par l'assurance maladie et achetées chez le pharmacien, les familles aimeraient qu'on leur procure désormais un remède. Mais comment?

Pourquoi nos enfants toussent-ils si souvent?

La majorité des enfants qui toussent souffrent de banales infections des voies respiratoires. Le «syndrome descendant» ou «écoulement post-nasal» déclenche la toux, le désencombrement des poumons, et ce avec les meilleures intentions. Il est fait mention d'une toux grasse, le jour ou la nuit, au couché ou durant les premières heures matinales. Elle est sans danger, revient en permanence, et ce d'autant plus fréquemment que l'enfant est jeune, a de nombreux frères et sœurs et va souvent à la crèche. La fréquence est considérable en hiver, car les virus ont plus de facilité à s'accrocher aux muqueuses affaiblies et à les pénétrer.

Que faire?

Pratiquer l'information, en particulier concernant le caractère inoffensif, il n'y pas lieu d'avoir peur de la toux chronique (chez les enfants, une pathologie n'en est que très rarement à l'origine). D'une part, une infection des voies respiratoires supérieures peut provoquer une toux d'une durée allant jusqu'à 28 jours, d'autre part, les virus se relaient bien sagement, ce qui explique l'évolution par vagues des troubles.
Point trop n'en faut …
Si tant est qu'ils soient utiles (la collaboration Cochrane dit non à tous les médicaments antitussifs), les sirops antitussifs apportent une aide par leurs effets secondaires, en premier lieu par un certain effet sédatif. En cas de douleurs causées par l'irritation/inflammation des voies respiratoires, ainsi que pour apaiser la fièvre, il convient impérativement d'essayer un AINS de manière ponctuelle, par exemple pour la nuit (ibuprofène, acide méfénamique, diclofénac). Une bonne hydratation est également judicieuse, tout comme un nettoyage consciencieux du nez au moyen d'un spray à base de NaCl. L'utilisation d'une solution de NaCl hypertonique (3%) est autorisée.

Quand convient-il d'envisager d'autres causes?

Justement en ce qui concerne les épisodes de toux dont la durée est supérieure à deux semaines (ce qui devrait être le cas pour la majorité de nos patients), l'anamnèse indique, une fois encore, une autre direction. La toux au milieu de la nuit, par quintes et jusqu'au vomissement, sèche et également durant l'effort, en pleurant ou en riant, est signe d'une *hyperréactivité* des bronches, et ce même en l'absence d'un sifflement à la respiration. Si elle est déclenchée uniquement par une infection des voies respiratoires, il est question du phénotype «*episodic viral wheeze*» (sifflement viral épisodique).
En dehors des crises, ces enfants sont complètement exempts de troubles. Mais cette toux tenace débute dès qu'ils sont enrhumés. Tandis qu'un sifflement classique pose peu de problème sur le plan diagnostique, la variante de toux pure ne peut parfois être «mise en évidence» que par une tentative thérapeutique. Les bêtamimétiques, préférablement administrés au moyen d'une chambre d'inhalation adaptée en raison des effets indésirables, ou encore une tentative de traitement à base de montélukast pendant deux semaines, devraient entraîner l'atténuation des troubles en quelques jours. Remarque: l'écoulement post-nasal dans le cadre d'une infection persiste!
Mais le montélukast n'agit pas chez tous les enfants, il est généralement inférieur à un traitement par stéroïdes topiques et représente plutôt un médicament adapté aux jeunes enfants (autorisé à partir de 6 mois) présentant des troubles légers. Le traitement est onéreux et doit donc faire l'objet d'une évaluation attentive après deux semaines. S'il n'est pas efficace, il s'agit alors d'un autre problème ou du mauvais médicament. Dans le dernier cas, il convient de mener une tentative à base de stéroïdes topiques à faible dose.
Nous tirons la sonnette d'alarme chez les nouveau-nés en raison de la possibilité d'une bronchiolite à VRS accompagnée d'un risque d'apnée durant les premiers mois de vie (état général, consommation de boissons, saturation en O_2). Ici, la seule option consiste en la surveillance rapprochée en stationnaire.
Et puis il y a également les enfants non vaccinés présentant une toux dite «chant du coq»: la coqueluche est régulièrement au rendez-vous (le prélèvement PCR doit être réalisé en profondeur au niveau du nez).
Ne jamais oublier (poser la question surtout chez les jeunes enfants!): l'aspiration de corps étrangers.
Selon l'origine et le contact de l'enfant, il convient de penser à la tuberculose (perte de poids?).

Et ensuite?

En règle générale, une toux inoffensive se déroule par vagues et présente, la plupart du temps, une nette diminution des troubles au bout de deux semaines.
Les épisodes de toux qui augmente en intensité au-delà de cette période, nécessitent un examen plus précis. Dans tous les cas, les patients doivent être contrôlés toutes les deux semaines et, en cas de persistance de la symptomatique malgré toutes les tentatives au cabinet, adressés à un spécialiste au bout de 4 à 6 semaines.
Vous trouverez des adresses de pneumologues pédiatriques sur www.kinderlunge.ch.

Correspondance:
Dr. med. Michael Hitzler
Kinderpneumologie- und Allergologiesprechstunde
Kinderspital
6000 Luzern 16
michael.hitzler[at]luks.ch