



ANTIBIOTIQUES : VOIR PLUS LOIN POUR MIEUX PRESCRIRE

LA TOUX FEBRILE

Les toux aiguës fébriles sont en rapport avec une infection virale respiratoire haute, dans leur majorité.

L'antibiothérapie n'est pas indiquée devant une toux sans fièvre.

Une étiologie urgente doit être écartée : pneumothorax, coqueluche, corps étranger intra bronchique, asthme...

Toux ne nécessitant pas d'antibiothérapie

Toux associée à des signes d'infection respiratoire haute :

Toux rauque, sèche ou grasse, rhinorrhée, obstruction nasale,odynophagie, dysphonie, dyspnée inspiratoire, évoquant les diagnostics suivants :

- Rhinopharyngite
- Laryngite
- Trachéite

Toux associée à des signes d'infection respiratoire basse :

Toux qu'elle soit sèche ou grasse, dyspnée expiratoire, sibilants, tirage, évoquant les diagnostics suivants :

- Bronchiolite
- Bronchite

Une réévaluation est nécessaire en cas d'aggravation des symptômes.

Une complication peut nécessiter une antibiothérapie en cas de :

- Otite moyenne aiguë
- Foyer pulmonaire radiologiquement documenté

Toux fébrile faisant discuter une antibiothérapie d'emblée :

Quel que soit l'âge, le risque majeur est la pneumonie à pneumocoques.

Un ou plusieurs symptômes suivants évoquent ce diagnostic :

- Symptômes d'apparition brutale
- Altération de l'état général
- Trouble du comportement ou de l'alimentation
- Troubles de la respiration : tachypnée, signes de lutte
- Foyer de crépitants à l'auscultation
- Douleurs thoraciques ou abdominales

Une radiographie thoracique est demandée avant de prescrire une antibiothérapie.



Le traitement d'une pneumonie radiologiquement documentée consiste en une prescription initiale d'amoxicilline (80 à 100 mg/kg/24 h en 3 prises, 10 jours) et/ou une hospitalisation en cas de signes de gravité (nourrisson < 6 mois ou un des signes suivants : alimentation difficile, tachypnée > 60/mn, cyanose, signes de lutte, pleurésie).

L'absence d'amélioration au bout de 48-72 h fera discuter l'éventualité d'une pneumonie à germes atypiques : Mycoplasmes, Chlamydiae, surtout chez l'enfant de plus de 5 ans (macrolides 10 à 14 jours) ou une hospitalisation en cas de signes de gravité.

Quelques informations permettant d'argumenter auprès des parents la non prescription d'antibiotiques :

Il est important d'informer les parents de l'histoire naturelle de la toux pour qu'ils puissent différer une nouvelle consultation :

- Les 3/4 des enfants qui ont une infection respiratoire aiguë toussent,
- Une rhinorrhée ou une toux persiste chez la moitié des enfants après une semaine d'évolution,
- 10 à 20 % des enfants toussent encore après 3 semaines,
- La coloration mucopurulente des sécrétions n'est pas un signe d'infection bactérienne, leur recueil pour prélèvement bactériologique est inutile.
- L'antibiothérapie ne constitue pas un traitement de la toux : les antibiotiques sont sans effet sur ce symptôme, et ils ne préviennent pas la survenue des complications.
- Les antibiotiques favorisent le portage de pneumocoques de sensibilité diminuée à la pénicilline et aux autres antibiotiques ainsi que la résistance des autres germes.

Son traitement est symptomatique :

- **Traitements non médicamenteux** : kinésithérapie, mouchage
- **Traitements médicamenteux** : en prenant garde de bien évaluer le bénéfice par rapport au risque d'effets indésirables : antipyrétiques et antalgiques, fluidifiants (déconseillés dans la bronchiolite), antitussifs (souvent contre-indiqués chez le jeune enfant).

Insister sur les facteurs environnementaux :

Éviction du tabac, lavage des mains, adaptation de la température (entre 18 et 20°) et de l'hygrométrie ambiante, choix du mode de garde.

Une autre étiologie doit être envisagée en cas de persistance ou de récurrence : allergie, asthme, hypertrophie des végétations, reflux gastro-œsophagien, séquelles de pneumopathies aiguës, tuberculose, mucoviscidose, déficit immunitaire...

1 AFSSAPS : Antibiothérapie par voie générale en pratique courante: infections ORL de l'enfant, Janvier 1999. <http://agmed.sante.gouv.fr>

2 AFSSAPS : Antibiothérapie par voie générale en pratique courante: infections respiratoires basses de l'enfant, Juillet 2001. <http://agmed.sante.gouv.fr>

3 Hay *et al.* The natural history of acute cough in children aged 0 to 4 years in primary care: a systematic review. *BJGeneralPractice* 2002;52:401-409.

4 Margolis *et al.* Does this infant have pneumonia? *JAMA* 1998;279:308-313.

5 Gendrel *et al.* Pneumonies communautaires de l'enfant : importance des infections à *Mycoplasma Pneumoniae* et efficacité des antibiotiques. *La Presse Médicale* 1996;25:793-797.

6 Coenen *et al.* Acute Hoest. *Huisart Nu* 2002;31(8).

7 The Alberta Clinical Practice Guidelines Program : www.amda.ab.ca/cpg/index.html

8 Swedish Guidelines : www.strama.org

9 ANAES : Prise en charge de la bronchiolite du nourrisson, Septembre 2000. www.anaes.fr

10 Dilruba Nasrin *et al.* Effect of beta-lactam antibiotic use in children on pneumococcal resistance to penicillin: prospective cohort study. *BMJ* 2002;324:28-30.

11 Dellamonica *et al.* Epidémiologie et sensibilité aux antibiotiques des souches nasopharyngées de *S. Pneumoniae* et de *H. Influenzae* d'enfants fréquentant les crèches de 3 départements français Médecine et Maladies Infectieuses, à paraître en janvier 2003.