

La toux prolongée chez l'enfant au cabinet du praticien de première ligne

Prolonged cough in children in primary care office

S. Leconte et J. Degryse

Institut de Recherche Santé et Société, Centre Académique de médecine générale, U.C.L.

RESUME

La toux prolongée affecte un pourcentage important d'enfants en âge scolaire. Nous ignorons toutefois la proportion de ces enfants ou des parents de ces enfants qui s'en plaignent auprès de leur médecin ainsi que l'attitude du médecin face à cette plainte en termes diagnostique et thérapeutique.

Pour évaluer la morbidité de cette plainte en première ligne, tous les enfants âgés de 5 à 17 ans consultant au sein de 34 pratiques ont été inclus de manière prospective entre le 20 février et le 5 mars 2006. Les données de ces contacts ont été analysées de manière rétrospective au travers de leur dossier médical.

10,7 % de ces enfants avaient souffert de toux prolongée dans les 6 mois précédant l'étude. L'asthme était le diagnostic le plus souvent retenu suivi des infections bronchiques ou pulmonaires, des étiologies ORL et du reflux gastro-œsophagien. Les traitements broncho-dilatateurs ou anti-inflammatoires inhalés étaient les traitements les plus souvent prescrits suivis des antitussifs et des antibiotiques.

En conclusion, la plainte de toux prolongée est fréquente en médecine générale. Le médecin évoque donc les principales étiologies reprises dans la recommandation de bonne pratique à l'exception des causes environnementales.

Rev Med Brux 2011 ; 32 : 5-9

ABSTRACT

Prolonged cough, defined as a cough lasting more than three weeks, is frequent in population studies however we don't know if a lot of them are consulting their general practitioner. The aim of this study was to evaluate the frequency of this complaint in general practice and to explore what diagnoses and treatments general practitioners give for it.

Every child between 5 and 17 years consulting their physicians (N = 34) were prospectively recruited over a period of two weeks. The data of this consultation and from their field were analyzed.

10,7 % of the children had suffered from prolonged cough in the six months preceding the consultation. Diagnoses were by order of frequency : asthma, lower respiratory tract infection, ENT causes, gastro-oesophageal reflux. Inhaled medications were the most frequently prescribed treatment followed by antitussive drugs and antibiotics.

In conclusion, prolonged cough was a frequent problem for the general practitioner. They thought about the most importance etiology according to the Belgian guideline expect environmental etiology.

Rev Med Brux 2011 ; 32 : 5-9

Key words : cough, child, adolescent, diagnosis, family practice

INTRODUCTION

La toux prolongée, définie le plus souvent chez l'enfant comme une toux d'une durée de plus de trois semaines, est une problématique fréquente de l'enfance. En effet, des études réalisées en milieu scolaires nous donnent des chiffres importants, à savoir une prévalence dans cette population de 4,8 à 10,4 %¹⁻³. Nous ignorons la proportion de ces enfants

ou des parents de ces enfants qui se plaignent de toux prolongée auprès de leurs médecins généralistes.

Il y a peu de données dans la littérature concernant l'attitude des médecins généralistes face à ce symptôme. Quels sont les diagnostics évoqués lorsqu'un enfant se présente avec une toux prolongée ? Une *guideline* a été développée sur le sujet en collaboration avec la Société Scientifique de

Médecine Générale (SSMG) (tableau)⁴. Selon celle-ci, les étiologies les plus fréquentes sont l'asthme, les infections respiratoires, l'écoulement nasal postérieur, le reflux gastro-œsophagien. Des études documentant la fréquence de ces étiologies en première ligne manquent toutefois et les recommandations se basent sur des études réalisées en milieu spécialisé et des opinions d'experts.

En matière thérapeutique, des antibiotiques, des bronchodilatateurs, des corticostéroïdes inhalés et du cromoglycate sont régulièrement prescrits lors de toux prolongées⁵. Or si les antibiotiques ont un intérêt dans certaines toux grasses prolongées⁶ ou certains écoulements nasaux persistants⁷, peu de preuves existent quant à leur efficacité pour abolir la toux dans les autres cas, en particulier lors d'une infection par germe atypique⁸⁻¹¹. En cas de toux sèche isolée, sans évidence d'asthme, il n'y a pas de preuve de l'efficacité des traitements bronchodilatateurs ou des corticostéroïdes inhalés¹². Or les enfants présentant une toux prolongée aspécifique sont souvent diagnostiqués asthmatiques et traités comme tels^{2,13}. La recommandation belge acte, elle aussi, le peu de preuve de l'efficacité des traitements sur la toux en dehors des cas d'asthme. Qu'en est-il en Belgique et qu'en est-il des autres traitements en particulier des antitussifs qui ne sont *a priori* pas recommandés chez les enfants¹⁴ ?

Cette étude a été réalisée dans le décours de la recommandation et dans la continuité des pistes de

recherche proposées par celle-ci. Elle aborde donc la problématique de la toux prolongée chez l'enfant en première ligne en évaluant la fréquence de la plainte au cabinet du praticien, les diagnostics envisagés par le médecin et les prescriptions réalisées par les généralistes en fonction du diagnostic posé.

METHODOLOGIE

Les médecins généralistes, maîtres de stage affiliés à l'Université catholique de Louvain recevant un étudiant de 4^{ème} Master en médecine en 2006, ont été invités à participer à cette étude. Ces étudiants de 4^{ème} Master ont reçu une information sur l'étude et les explications relatives aux questionnaires.

Tous les enfants âgés de 5 à 17 ans se présentant au cabinet du 20 février au 5 mars 2006 ont été répertoriés de manière prospective. Pour chacun de ces enfants, un questionnaire a été rempli lors de la consultation. Le motif principal de consultation, la présence de toux, la durée de l'épisode de toux, si présente, ont été notés pour chacun des enfants inclus lors de cette consultation. Le dossier médical a ensuite été consulté rétrospectivement. Un antécédent de toux prolongée dans les 6 mois précédant la consultation a été recherché. Pour les enfants ayant souffert de toux prolongée, le nombre d'épisodes de toux prolongée, le diagnostic posé et le traitement prescrit ont été relevés.

RESULTAT

Durant la période d'inclusion, 345 enfants ont été inclus au sein de 36 pratiques. La toux était un symptôme très fréquent ; en effet, 60 % des enfants se plaignaient de toux lors de cette consultation la plupart de celles-ci étant aiguës.

De ces 345 enfants, 2,3 % consultaient au moment du recrutement pour une toux d'une durée de plus de trois semaines et 10,7 % de cette cohorte avaient un antécédent de toux prolongée notifié dans leur dossier médical dans les 6 mois précédant l'inclusion dans l'étude. Les 37 cas de toux prolongée ont été analysés.

Un seul diagnostic était posé dans la plupart des cas. L'asthme (N = 10), les infections bronchiques ou pulmonaires (N = 8) dont des infections à *Mycoplasma pneumoniae* (N = 3), et les étiologies ORL (N = 7) ainsi que le reflux gastro-œsophagien (N = 7) étaient les principaux diagnostics (figure 1). Deux enfants sont dits allergiques, pour 1, la toux est imputée au tabagisme passif et pour 3, l'étiologie n'est pas mentionnée.

Dans 25 % des cas, les épisodes étaient récurrents (3 épisodes ou plus). Dans ces situations, il s'agissait le plus souvent d'asthme (7 cas sur 9).

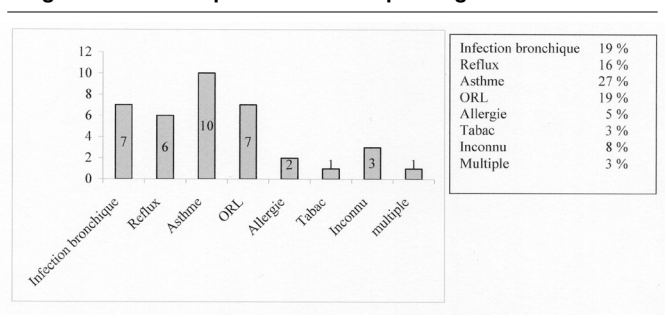
Dans 14 situations, plus d'un traitement médicamenteux était prescrit, et pour tous, excepté 2 pour lesquels il n'y avait pas de traitement précisé, une médication était prescrite.

Tableau : Résumé de la recommandation de bonne pratique "toux prolongée chez l'enfant".

- En présence d'une toux prolongée, il faut rechercher la présence de signes et symptômes qui orientent vers une infection des voies respiratoires, un asthme, une cause d'écoulement nasal postérieur ou un reflux gastro-œsophagien (EBM niveau C).
- Des causes environnementales entretenant la toux doivent également être recherchées, en particulier le tabagisme (EBM niveau B).
- En présence de signaux d'alerte, d'autres pathologies plus graves doivent être recherchées (EBM niveau C).
- L'anamnèse sera affinée en fonction des suspicions diagnostiques.
- De même, la prescription éventuelle d'examen complémentaires sera orientée par la clinique. En cas de suspicion d'infection, une sérologie *Mycoplasma pneumoniae*, une sérologie et/ou un test PCR *Bordetella pertussis* (EBM niveau B).
- Pour un diagnostic d'asthme, des tests fonctionnels respiratoires si l'enfant est âgé de plus de 5 ans sont utiles pour poser le diagnostic de l'asthme. Les tests cutanés et les IgE spécifiques seront surtout utiles lors du bilan étiologique de l'asthme (EBM niveau B).
- Une radiographie des sinus est parfois utile après l'âge de 6 ans pour exclure une sinusite (EBM niveau B).
- Le traitement sera avant tout étiologique. Les traitements antitussifs ne sont pas recommandés chez l'enfant. Par ailleurs, aucun traitement n'a prouvé son efficacité chez l'enfant. En raison des effets indésirables, les antitussifs sont formellement contre-indiqués avant l'âge de 1 an.

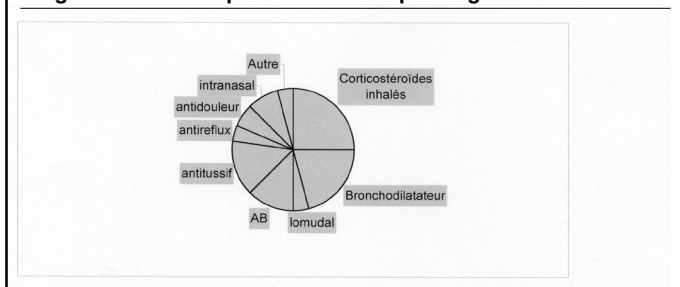
Le plus souvent, les toux prolongées "aspécifiques" sont spontanément résolutive et les complications de la toux sont rares. Il conviendra donc d'évaluer attentivement la nécessité d'un traitement.

Figure 1 : Diagnostics posés par des médecins généralistes Belges face à une plainte de toux prolongée chez l'enfant.



Lorsqu'un diagnostic d'asthme était posé (N = 10), les corticostéroïdes inhalés étaient le plus souvent prescrits (N = 9), souvent accompagnés de bronchodilatateurs (N = 6) ou de cromoglycate sodique (N = 2) ; dans 2 cas, le traitement était accompagné d'un traitement local nasal. Des bronchodilatateurs étaient prescrits dans 4 situations et des corticostéroïdes inhalés dans 3 situations alors que le médecin n'envisageait pas un diagnostic d'asthme. Les antibiotiques étaient prescrits dans 6 situations, essentiellement en cas de suspicion d'infection bronchique ou pulmonaire (N = 4). Des antitussifs étaient également prescrits mais dans moins d'une situation sur 4 (N = 7) (figure 2).

Figure 2 : Traitements prescrits par des médecins généralistes Belges face à une plainte de toux prolongée chez l'enfant.



DISCUSSION

Cette première étude réalisée en médecine générale montre que la toux prolongée est un problème fréquent chez les enfants consultant en première ligne de soin puisque plus de 10 % des enfants inclus ont souffert de toux prolongée dans les 6 mois précédant l'étude. Le médecin généraliste est régulièrement confronté à cette plainte puisqu'elle représente 2,3 % des motifs de consultations dans la tranche d'âge concernée. Face à ces symptômes, les médecins évoquent les diagnostics décrits dans le guide de pratique de la SSMG à savoir l'asthme, les infections des voies respiratoires, les causes ORL et le reflux gastro-œsophagien. Les causes environnementales sont toutefois peu évoquées. Cette étude nous montre également l'importance des consommations médicamenteuses liées à cette plainte en particulier des corticostéroïdes inhalés, des bronchodilatateurs et dans une moindre mesure, des antibiotiques et des antitussifs.

Une faiblesse de l'étude est que, si le

recrutement des patients est prospectif, les dossiers sont ensuite consultés de manière rétrospective. Il pourrait donc y avoir une sous-estimation de la fréquence du fait d'un manque de complétude du dossier. La représentativité de l'échantillon peut également être discutée. Ainsi des enfants, atteints de pathologie chronique tels l'asthme ou le reflux gastro-œsophagien, sont susceptibles de se présenter plus souvent au cabinet. Cette étude ne prétend pas analyser la fréquence de cette plainte dans la population, donnée déjà connue, mais bien l'importance relative de cette plainte pour le médecin généraliste. Cette étude n'est pas non plus une étude diagnostique dans laquelle les médecins doivent suivre une démarche diagnostique standardisée. Les diagnostics mentionnés étant ceux réalisés selon les habitudes des médecins, c'est-à-dire le plus souvent sans examen paraclinique, et ce préalablement à la dissémination du guide de pratique de la SSMG.

Une force de l'étude est le nombre relativement important d'enfants pris en compte, à savoir 345 enfants issus de 36 pratiques. Une autre force est le recrutement réalisé de manière systématique pendant une même période dans toutes les pratiques ; tous les patients présentant les critères d'inclusion ont été recrutés. Il faut également noter que les pratiques participantes se répartissent dans des zones rurales, semi-rurales et urbaines.

Dans cette série, l'asthme est le premier diagnostic posé, ceci concorde avec une série réalisée en pédiatrie qui le retrouve comme étant le diagnostic le plus fréquent¹⁵. Il existe toutefois des controverses dans la littérature sur un éventuel sur-diagnostic d'asthme dans des toux isolées¹⁶ ; nous ne disposons pas dans cette étude des données cliniques ni paracliniques étayant le diagnostic posé si ce n'est dans le cas de l'asthme qu'il y avait souvent récurrence des épisodes.

Une étude récente montre une fréquence importante de coqueluche, soit 37,2 % des enfants avec une toux de plus de deux semaines se présentant en médecine générale¹⁷. Si quelques cas de suspicion d'infection par *Mycoplasma pneumoniae* sont relevés par les généralistes participants, aucun cas de coqueluche n'est relevé dans notre étude. Nous pouvons nous poser la question d'un sous-diagnostic lié à la difficulté du diagnostic. En effet, la présentation clinique est hétérogène lorsqu'il s'agit d'enfants immunisés¹⁸ et les analyses que ce soit la sérologie ou la PCR sur lavage nasal doivent être adressées à un laboratoire de référence.

L'étude révèle une relative fréquence du diagnostic de reflux gastro-œsophagien dans une tranche d'âge, ceci concorde avec la littérature adulte au sein de laquelle on retrouverait dans environ 20 % des cas de toux prolongée¹⁹. Aucune toux d'origine psychogène n'est retrouvée. Le tabagisme n'est mentionné que dans 1 cas comme étant à l'origine de la toux ; d'autres causes environnementales connues

dans la littérature comme favorisant les toux prolongées comme la présence de moisissure ou d'un poêle, ne sont pas évoquées. Aucun cas de diagnostics plus rares comme une immunodéficience, l'inhalation d'un corps étranger, la mucoviscidose et autres causes de bronchectasies n'ont été suspectés dans cette série.

Selon certains auteurs, les médicaments antiasthmatiques, les antibiotiques et traitements anti-reflux seraient souvent prescrits et parfois de manière abusive lors de toux prolongées provoquant parfois des effets secondaires^{5,12,20}. Cette étude nous montre qu'effectivement les corticostéroïdes inhalés sont fréquemment prescrits, le plus souvent, dans le cadre d'un diagnostic d'asthme. Les antibiotiques sont relativement peu prescrits par cette cohorte de médecins. Les prescriptions étaient surtout motivées par une suspicion d'infection à *Mycoplasma pneumoniae*.

Lors des présentations du guide de pratique dans les Dodécagroupes ou Glems, la faisabilité de la recommandation de ne pas utiliser d'antitussifs chez l'enfant faisait l'objet de débat. Notre étude nous montre une prescription d'antitussif dans moins d'un cas sur quatre ; il paraît donc possible dans de nombreux cas de limiter leur usage chez l'enfant. L'expectative armée est également recommandée par une *guideline* spécialisée²¹ en l'absence d'étiologie retrouvée. Il conviendrait d'analyser plus en détail les freins à cette attitude sans prescription médicamenteuse.

Des études diagnostiques proposant aux participants une attitude standardisée pourrait être menées pour mieux étayer la réalité de ces diagnostics en première ligne. Toutefois, l'évolution spontanément résolutive rend difficile en première ligne de soin une étude avec de nombreux tests réalisés chez tous les enfants. D'autres études devraient s'attacher à évaluer l'attitude proposée par la recommandation de bonne pratique belge prenant en compte l'évolution au cours du temps et les éléments d'orientation sur le devenir de ces enfants touseurs.

CONCLUSION

Le diagnostic différentiel du médecin généraliste recouvre les étiologies principales énoncées dans la recommandation de bonne pratique de la SSMG à savoir, l'asthme, les infections, le reflux gastro-œsophagien, les étiologies ORL à l'exception des causes environnementales qui ne sont que peu citées. Bronchodilatateurs, corticostéroïdes inhalés, antibiotiques et antitussifs sont les médicaments le plus souvent prescrits par le médecin généraliste belge. La nécessité de ces médicaments doit être soigneusement analysée par le médecin prescripteur.

BIBLIOGRAPHIE

1. Ninan TK, Macdonald L, Russell G : Persistent nocturnal cough in childhood : a population based study. Arch Dis Child 1995 ; 73 : 403-7
2. Faniran AO, Peat JK, Woolcock AJ : Persistent cough : is it asthma ? Arch Dis Child 1998 ; 79 : 411-4
3. Austin JB, Russell G : Wheeze, cough, atopy, and indoor environment in the Scottish Highlands. Arch Dis Child 1997 ; 76 : 22-6
4. Leconte S, Paulus D, Degryse J : Prolonged cough in children : a summary of the Belgian primary care clinical guideline. Prim Care Respir J 2008 ; 17 : 206-11
5. Picciotto A, Hubbard M, Sturdy P, Naish J, McKenzie SA : Prescribing for persistent cough in children. Respir Med 1998 ; 92 : 638-41
6. Marchant JM, Morris P, Gaffney JT, Chang AB : Antibiotics for prolonged moist cough in children. Cochrane Database Syst Rev 2005 : CD004822
7. Morris P, Leach A : Antibiotics for persistent nasal discharge in children. Cochrane Database 2004
8. Gavranich JB, Chang AB : Antibiotics for community acquired lower respiratory tract infections (LRTI) secondary to Mycoplasma pneumoniae in children. Cochrane Database Syst Rev 2005 : CD004875
9. Kraft M, Cassell GH, Pak J, Martin RJ : Mycoplasma pneumoniae and Chlamydia pneumoniae in asthma : effect of clarithromycin. Chest 2002 ; 121 : 1782-8
10. Esposito S, Bosis S, Faelli N *et al.* : Role of atypical bacteria and azithromycin therapy for children with recurrent respiratory tract infections. Pediatr Infect Dis J 2005 ; 24 : 438-44
11. Altunajji S, Kukuruzovic R, Curtis N, Massie J : Antibiotics for whooping cough (pertussis). Cochrane Database Syst Rev 2005 : CD004404
12. Chang AB, Marchant JM, Mckean M, Morris P : Inhaled cromones for non specific cough in children. Cochrane Database 2003
13. Fitch PS, Brown V, Schock BC, Taylor R, Ennis M, Shields MD : Chronic cough in children : bronchoalveolar lavage findings. Eur Respir J 2000 ; 16 : 1109-14
14. Leconte S, Paulus D, Degryse J : Recommandations de Bonne Pratique. Société Scientifique de Médecine Générale, 2007
15. Bremont F, Micheau P, Le Roux P, Brouard J, Pin I, Fayon M : [Etiology of chronic cough in children : analysis of 100 cases]. Arch Pediatr 2001 ; 8 (Suppl 3) : 645-9
16. Wright AL, Holberg CJ, Morgan WJ, Taussig LM, Halonen M, Martinez FD : Recurrent cough in childhood and its relation to asthma. Am J Respir Crit Care Med 1996 ; 153 : 1259-65
17. Harnden A, Grant C, Harrison T *et al.* : Whooping cough in school age children with persistent cough : prospective cohort study in primary care. BMJ 2006 ; 333 : 174-7
18. Tozzi AE, Rava L, Ciofi degli Atti ML, Salmaso S : Clinical presentation of pertussis in unvaccinated and vaccinated children in the first six years of life. Pediatrics 2003 ; 112 : 1069-75
19. Irwin RS, Curley FJ, French CL : Chronic cough. The spectrum and frequency of causes, key components of the diagnostic evaluation, and outcome of specific therapy. Am Rev Respir Dis 1990 ; 141 : 640-7

20. Thomson F, Masters IB, Chang AB : Persistent cough in children and the overuse of medications.
J Paediatr Child Health 2002 ; 38 : 578-81
21. Chang AB, Glomb WB : Guidelines for evaluating chronic cough in pediatrics : ACCP evidence-based clinical practice guidelines.
Chest 2006 ; 129 (1 Suppl) : 260S-83S

Correspondance et tirés à part :

S. LECONTE
Université catholique de Louvain, IRSS, CAMG
Avenue Mounier 53, Tour Pasteur 5360
1200 Bruxelles
E-mail : sophie.leconte@uclouvain.be

Travail reçu le 12 avril 2010 ; accepté dans sa version définitive le 25 novembre 2010.