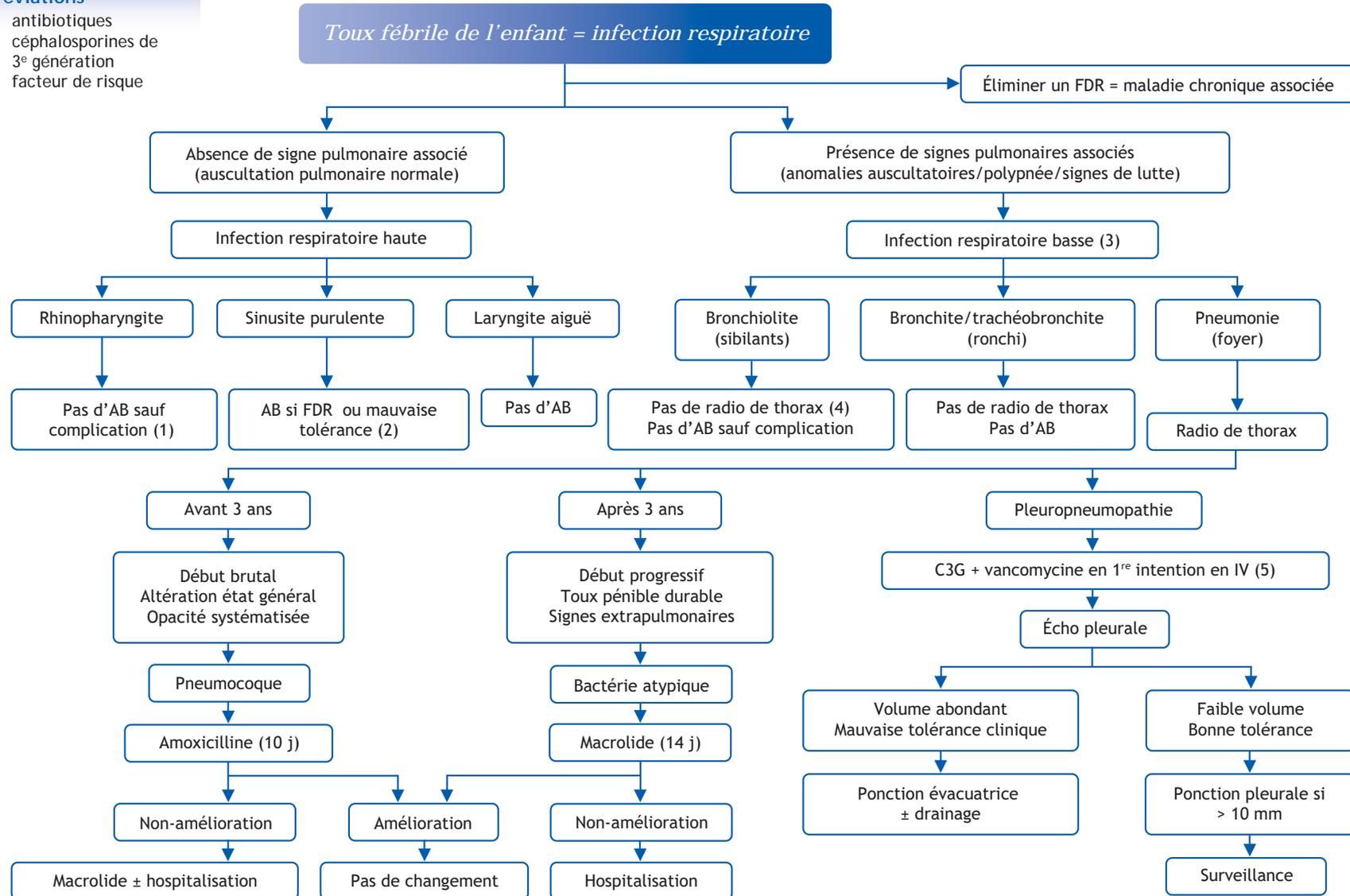


E. Fleurence

Soins de suite pédiatrique, hôpital d'Enfants, 60, rue Bertin, BP 840, 97476 Saint-Denis cedex, France

■ Abréviations

AB : antibiotiques
 C3G : céphalosporines de 3^e génération
 FDR : facteur de risque



■ Arbre diagnostique - Commentaires

La toux fébrile chez l'enfant est fréquente et signe une infection des voies respiratoires, le plus souvent d'origine virale. Il est indispensable de s'assurer que l'enfant n'a pas de facteur de risque particulier nécessitant une prise en charge diagnostique et thérapeutique spécifique. L'enjeu de la prise en charge de cette symptomatologie est de poser un diagnostic étiologique et de proposer un traitement en accord avec les recommandations des autorités de santé.

(1) Le traitement de la rhinopharyngite est avant tout symptomatique. Il associe un lavage des fosses nasales et des antipyrétiques selon les recommandations spécifiques. Les vasoconstricteurs locaux peuvent être utilisés après 12 ans. Il n'y a pas d'indication pour les vasoconstricteurs généraux, les anti-inflammatoires non stéroïdiens et les corticoïdes *per os*. L'antibiothérapie orale n'est pas recommandée (grade B), sauf en cas de complication avérée, otite moyenne aiguë purulente ou sinusite purulente (grade A). Chez le nourrisson, il n'est pas nécessaire de traiter la toux par un traitement médical antitussif. Les mucolytiques, les fluidifiants et l'hélicidine sont contre-indiqués chez l'enfant de moins de 2 ans depuis le 29 avril 2010, les antitussifs antihistaminiques H1 et le fenspiride depuis le 15 mars 2011.

(2) Dans ce contexte de toux fébrile, il s'agit essentiellement de sinusite maxillaire. En cas de forme aiguë sévère, avec fièvre élevée, céphalées, rhinorrhée purulente plus ou moins œdème périorbitaire, un traitement antibiotique est indiqué d'emblée (grade C). L'association amoxicilline + acide clavulanique à 80 mg/kg/j d'amoxicilline en 3 prises est recommandée en première intention pour une durée de 8 à 10 jours (accord professionnel).

(3) Dans les infections respiratoires basses, il est indispensable d'évaluer le retentissement des symptômes sur l'enfant. Au-

delà du diagnostic étiologique et de la prescription d'un traitement adapté, l'enjeu de la prise en charge de ces infections est de proposer l'hospitalisation lorsque celle-ci est nécessaire. Chez l'enfant, les critères d'hospitalisation reposent le plus souvent sur un avis d'expert (*tableau I*).

(4) La radio de thorax n'est pas indiquée en cas de premier épisode de bronchiolite (grade D), sauf en cas de signes de gravité faisant suspecter une complication (trouble de ventilation, pneumonie). En cas de bronchite, la radio de thorax n'est pas

Tableau I Critères d'hospitalisation.

Hospitalisation d'emblée :

Pneumonie survenant chez un nourrisson de moins de 6 mois

Critères cliniques de gravité :

Aspect général de l'enfant (aspect toxique)
Tolérance respiratoire (fréquence respiratoire élevée, signes de lutte)
Hypoxie (mesure de la saturation en oxygène)
Difficulté à s'alimenter (dyspnée à la prise des biberons chez le nourrisson)
Aggravation rapide
Conditions socio-économiques précaires

Critères radiologiques de gravité :

Existence d'un épanchement pleural (en dehors du comblement d'un cul-de-sac pleural)
Présence d'une pneumonie très étendue, à plus de 2 lobes
Image d'abcès

indiquée, même en présence de fièvre et de toux. Elle peut être réalisée en cas de doute diagnostique avec une pneumonie. En effet, la radio de thorax doit être réalisée pour le diagnostic d'une pneumonie communautaire de l'enfant.

(5) Il n'y a pas de consensus pour la prise en charge des pleuropneumopathies de l'enfant, aussi bien en termes d'antibiothérapie que de la nécessité éventuelle d'un drainage. La documentation microbiologique n'est possible que dans 20 à 60 % des cas (hémocultures ± culture du liquide pleural). Le pneumocoque est la bactérie le plus souvent responsable, suivi par le streptocoque de groupe A et le staphylocoque doré. L'antibiothérapie de première intention associe une céphalosporine de 3^e génération (cefotaxime à 100-200 mg/kg/j en 4 injections ou ceftriaxone 50-100 mg/kg/j en une injection) et de la vancomycine ou de la rifampicine. Une adaptation secondaire est souvent nécessaire : fortes doses de céphalosporine 3^e génération en cas de pneumocoque résistant à la pénicilline, clindamycine + céphalosporine de 3^e génération contre un streptocoque de type A, vancomycine + rifampicine contre un staphylocoque résistant à la pénicilline.

Conflit d'intérêt

Aucun.

■ Références

Antibiothérapie par voie générale en pratique courante dans les infections respiratoires basses de l'adulte et de l'enfant. Recommandations de l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, octobre 2005, 89p. www.afssaps.fr/var/afssaps_site/storage/original/application/e183cb9ee74726319784f8c3a8cd347b.pdf.

Antibiothérapie par voie générale en pratique courante dans les infections respiratoires hautes de l'adulte et de l'enfant. Recommandations de l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, octobre 2005, 22p. www.afssaps.fr/var/afssaps_site/storage/original/application/e7545c16eaf2690369c724cf863f9c65.pdf.

Blanc P, Dubus J-C, Bosdure E et al. Pleurésies purulentes communautaires de l'enfant. Où en sommes-nous ? Arch Pediatr 2007;14:64-72.

Gaudelus J, Dubos F, Dommergues M-A et al. Antibiothérapie des pleuropneumopathies de l'enfant : quelles leçons tirer des études cliniques publiées et propositions thérapeutiques. Arch Pediatr 2008; 15:S84-92.

Principales indications et non-indications de la radiographie du thorax. Rapport d'évaluation technologique, février 2009, 169 p. www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-03/rapport_rx_thorax.pdf.

Prise en charge de la toux aiguë chez le nourrisson de moins de 2 ans, mise au point de l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, octobre 2010, 8p. www.afssaps.fr/content/download/29004/.../1/.../map-touxNourrisson.pdf.