



L'enfant qui tousse, que faire en pratique ?

AREPEGE – réunion d'Enseignement Post-Universitaire
jeudi 10 octobre 2013

Grégoire BENOIST
Pédiatrie Générale et Urgences Pédiatriques - Hôpital Ambroise-Paré
gregoire.benoist@apr.aphp.fr

Toux... un programme !

- **La toux : une problématique bruyante**
 - parents : écouter leur vécu
 - sociétés savantes : s'entendre sur les définitions
 - médecins traitants : la ou les toux ?
- **Toux aiguë : un diagnostic souvent simple, parfois urgent**
- **Toux chronique : une enquête plus difficile et chronophage**
 - quand s'inquiéter ?
 - un examen systématique : radio de thorax F
 - aide de la vidéo
 - aperçu de causes spécifiques
- **Les traitements**

Toux... un programme !

➤ La toux : une problématique bruyante

- parents : écouter leur vécu
- sociétés savantes : s'entendre sur les définitions
- médecins traitants : la ou les toux ?

➤ Toux aiguë : un diagnostic souvent simple, parfois urgent

➤ Toux chronique : une enquête plus difficile et chronophage

- quand s'inquiéter ?
- un examen systématique : radio de thorax F
- aide de la vidéo
- aperçu de causes spécifiques

➤ Les traitements

Ecouter le vécu des parents

« Docteur, il tousse tout le temps ! »

GABRIELLE24



Posté le 15-02-2005 à 16:54:41



Doctissimo

mon fils tousse depuis 2 mois non stop sauf pendant son sommeil pourtant ses examens et passages hospital ne trouve rien.
il est épuisé et ne peut même plus aller à l'école trop de toux pour les autres élèves. il a 9 ans que se passe-t-il ??

Il est souvent enrhumé, c'est à cause de ça ?

Il a toujours eu du reflux depuis qu'il est petit...

C'est sûrement de l'asthme comme son frère !

Il n'angoisserait pas encore pour son contrôle de maths ?

Ce que les parents redoutent...

Cough and sleep in inner-city children

P. Fuller, A. Picciotto, M. Davies, S.A. McKenzie

Cough and sleep in inner-city children. P. Fuller, A. Picciotto, M. Davies, S.A. McKenzie. ©ERS Journals Ltd 1998.

Queen Elizabeth Hospital for Children, London, UK.

Table 2. – Concerns of subjects' parents

	Subjects fitting entry criteria n=96	Subjects in main study n=36
<u>Lack of sleep</u>	24	17
Asthma	19	11
<u>Life-threatening disease</u>	5	3
<u>Choking</u>	20	10
Permanent chest damage	11	9
Other	58	25

Parent cough-specific quality of life: Development and validation of a short form

J ALLERGY CLIN IMMUNOL
APRIL 2013

Peter A. Newcombe, PhD,^{a,b} Jeanie K. Sheffield, PhD,^b and Anne B. Chang, FRACP^{a,d} Brisbane and Darwin, Australia

TABLE I. Descriptive data for the items of the PC-QOL-8 questionnaire (scale: 1-7, with higher numbers representing fewer worries/concerns) from the PCS dataset (n = 240)

	Mean	SD	Median	IQR
1. Did you feel helpless because of your child's cough?	3.23	2.05	3	1-4
2. Were you worried/concerned about your child not sleeping because of cough?	3.69	2.10	3	2-6
3. Did you feel overprotective because of your child's cough?	4.54	2.12	4	2-6
4. Did you feel upset because of your child's cough?	3.72	2.00	3	2-5
5. Were you worried/concerned about leaving your child with others because of his/her cough?	4.43	2.15	5	3-7
6. Did you feel scared because of your child's cough?	4.50	2.02	4	3-7
7. Were you worried/concerned about your child being able to lead a normal life?	4.47	1.93	4	3-6.5
8. Were you awakened during the night because of your child's cough?	3.38	1.97	3	1.75-5

IQR, Interquartile range.

S'entendre... sur les définitions

Thorax 2008;**63**(Suppl III):iii1–iii15.

BTS guidelines

Recommendations for the assessment and management of cough in children

Acute cough

A recent onset of cough lasting <3 weeks.

Prolonged acute cough

Clearly there is a "grey" area between acute and chronic cough, sometimes called "subacute cough".¹⁸ An example of such a situation would be a child with pertussis or postviral cough whose cough may be slowly resolving over a 3–8-week period

Chronic cough

A cough lasting >8 weeks ≥ 3 semaines (*Ninan, Davis, Meyer*) ↔ adulte
≥ 4 semaines (*ACCP*)

Recurrent cough

A recurrent cough without a cold is taken as repeated (≥2/year) cough episodes, apart from those associated with head colds, that each last more than 7–14 days.^{19 20}

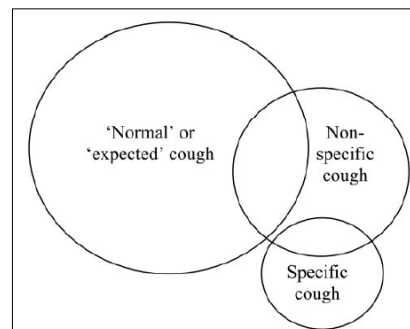
3 groupes de touseurs

Official publication of the American College of Chest Physicians

Guidelines for Evaluating Chronic Cough in Pediatrics : ACCP Evidence-Based Clinical Practice Guidelines

Anne B. Chang and William B. Glomb

Chest 2006;129:260S-283S

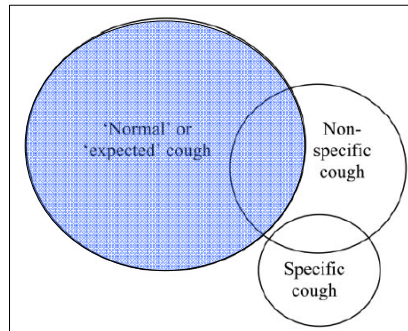


Toux normale

Toux spécifique

Toux isolée non spécifique

3 groupes de tousseurs



Toux normale

Toux spécifique

Toux isolée non spécifique

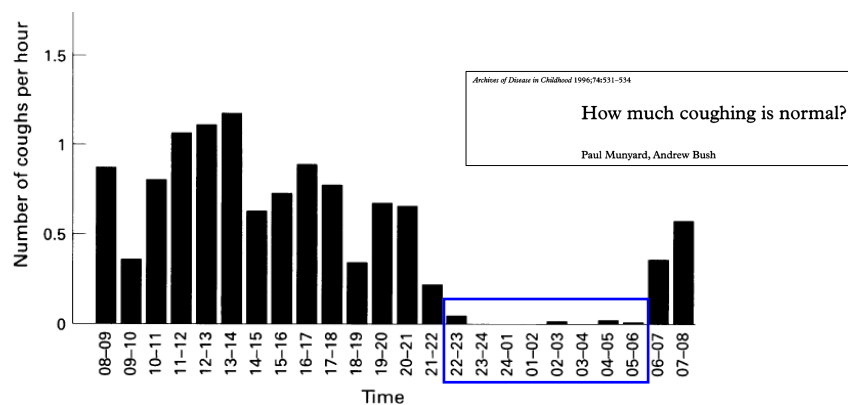
Le tousseur... normal ?

Entendre tousser... et pouvoir rassurer !

Toux physiologique

réflexe nécessaire à l'épuration et à la protection des VAS

enfant sain : 11 à 30 épisodes / jour (Chang, Munyard)



Toux dite attendue

réactionnel après infection virale

régénération activité mucociliaire $\approx$ 2 sem (*Marais*)

Cough and the Common Cold¹⁻³

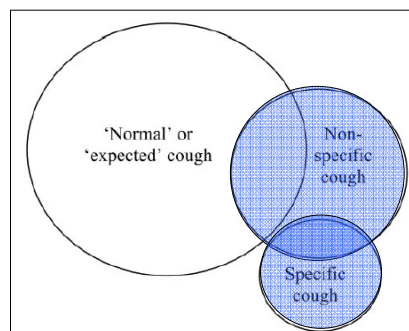
AM REV RESPIR DIS 1988; 138:305-311

FREDERICK J. CURLEY, RICHARD S. IRWIN, MELVIN R. PRATTER, DIANE H. STIVERS,
GARY V. DOERN, PAUL A. VERNAGLIA, ANDREW B. LARKIN, and STEPHEN P. BAKER

TABLE 2
SYMPTOMS IN THE PLACEBO GROUP

Symptom	Prevalence				Mean Rank Data				
	Day 1 (%)	Day Max	Max Value (%)	Day 14 (%)	Day 1	Day Max	Max Value	Day 14	Day of Significant Decrease From Day 1*
Cough	80	2	83	26	1.80	4	2.02	0.51	6
Nasal obstruction	94	1	94	56	2.28	2	2.34	0.42	5
Nasal discharge	89	2	94	34	2.23	2	2.31	0.49	5
Postnasal drip	83	1	83	29	1.88	2	1.94	0.45	4
Throat-clearing	97	1	97	34	2.46	1	2.46	0.54	2
Sneezing	77	2	80	8	1.42	1	1.42	0.26	2
Sore throat	71	1	71	14	1.37	1	1.37	0.34	3

3 groupes de touseurs



Toux normale

Toux spécifique

Toux isolée non spécifique

La ou les toux ?

entendre... les parents

Quand et comment cela a commencé ?

âge de l'enfant, période néonatale
épisode viral inaugural
brutalement après un jeu
contage infectieux
durée

Antécédents familiaux et environnement ?

pathologies respiratoires familiales
atopie
événement stressant
tabagisme passif
mode de garde

Quelle type de toux ?

sèche vs productive
spasmodique
rauque ou "cuivrée", aboyante, "klaxonnante" (honking)

La toux est-elle isolée ?

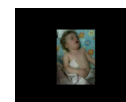
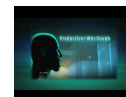
wheezing
fausses-roues
bronchorrhée matinale

Horaire ? facteurs déclenchants / calmants ?

milieu - fin de nuit ↔ HRB, allergie / primo-décubitus ↔ ORL, RGO
sommeil ?
effort, stress, alimentation

Qu'avez-vous fait jusqu'ici ?

consultations antérieures
rx thorax ?
B2, IPP, ATB



Toux... un programme !

➤ La toux : une problématique bruyante

- parents : écouter leur vécu
- sociétés savantes : s'entendre sur les définitions
- médecins traitants : la ou les toux ?

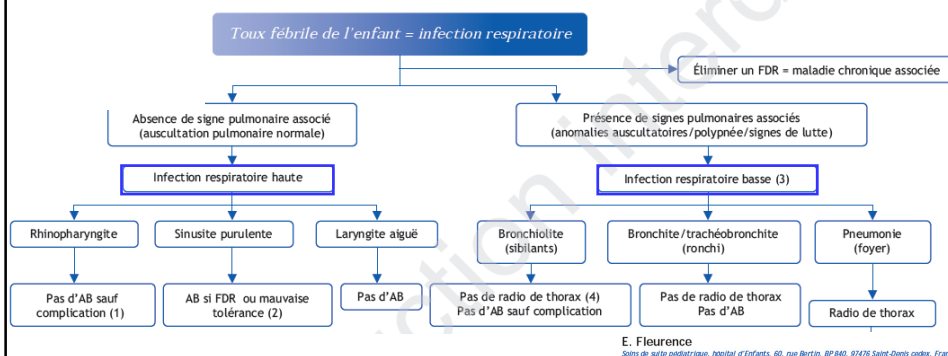
➤ Toux aiguë : un diagnostic souvent simple, parfois urgent

➤ Toux chronique : une enquête plus difficile et chronophage

- quand s'inquiéter ?
- un examen systématique : radio de thorax F
- aide de la vidéo
- aperçu de causes spécifiques

➤ Les traitements

La toux aiguë



1.1.2.3. Bronchite et/ou trachéo-bronchite

La bronchite est liée à un processus inflammatoire de la muqueuse bronchique. Son étiologie est avant tout virale. Elle se définit cliniquement par l'association d'une toux plus ou moins productive, modérément fébrile, accompagnée de signes à l'auscultation : sous-crépitations et/ou ronchi. Ce tableau est souvent associé à des signes d'infection respiratoire haute (rhinite, rhino-pharyngite). Contrairement à l'adulte, il n'existe pas d'expectoration. La maladie évolue en général favorablement en une à deux semaines. Seule une évolution défavorable en terme de sévérité ou de durée pose le problème d'une infection bactérienne secondaire.

Toux aiguë fébrile : pièges

✓ **Une toux fébrile n'est pas synonyme de pneumonie.**

Compter la FR +++

...mais la fièvre rend polypnéique lors des pics.

✓ **Une pneumonie peut être sournoise.**

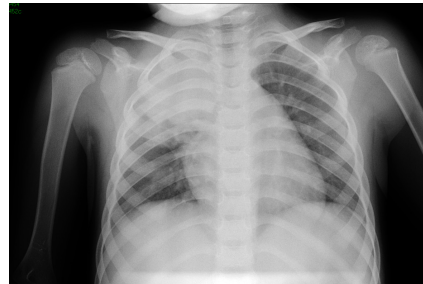
Toux + fièvre prolongée, même si auscultation normale.

Toux + boiterie.

douleur du membre supérieur droit !



.....



Toux... un programme !

➤ **La toux : une problématique bruyante**

- parents : écouter leur vécu
- sociétés savantes : s'entendre sur les définitions
- médecins traitants : la ou les toux ?

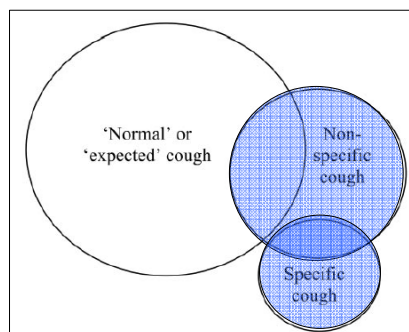
➤ **Toux aiguë : un diagnostic souvent simple, parfois urgent**

➤ **Toux chronique : une enquête plus difficile et chronophage**

- quand s'inquiéter ?
- un examen systématique : radio de thorax F
- aide de la vidéo
- aperçu de causes spécifiques

➤ **Les traitements**

Toux chronique : quelles causes ?



Toux normale

Toux spécifique

Toux isolée non spécifique

Traquer les signes cliniques d'alerte

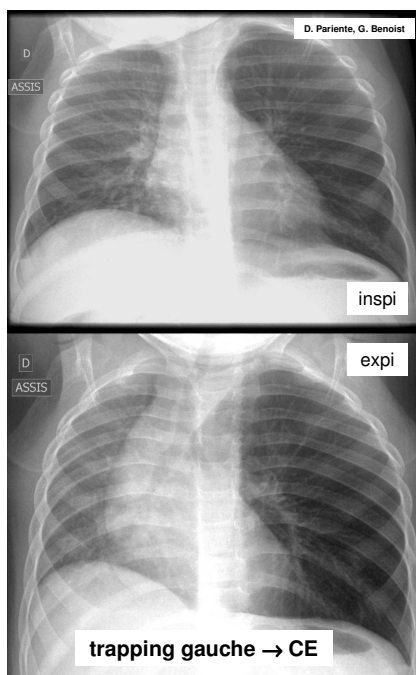
début néonatal, persistance estivale
engorgement bronchique permanent, infections répétées
fausses-routes alimentaires, malaise avec cyanose
wheezing ou stridor intercritiques, dyspnée aux 2 temps, souffle cardiaque
retentissement général (croissance, sommeil, activités), diarrhée chronique
déformation thoracique, hippocratisme digital, hépatosplénomégalie



Toujours prescrire une radiographie de thorax I+/-E



situs inversus
pneumopathies récidivantes
troubles de ventilation (emphysème, atélectasie)
images bronchiques en rails évoquant une DDB
syndrome interstitiel
bouton aortique à droite
effacement des bords de la trachée sur une hauteur variable

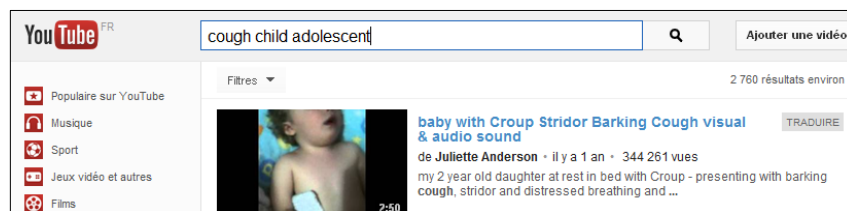
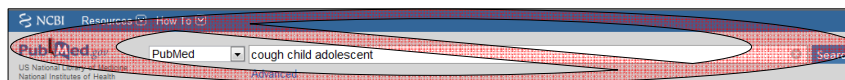


Entendre,... et voir... des vidéos !

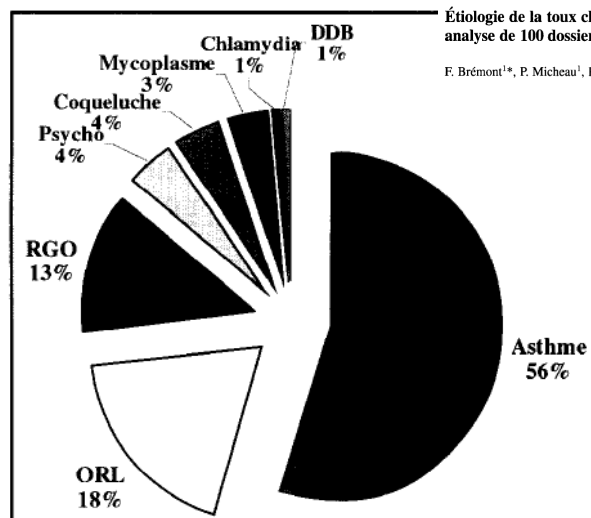
« Je ne comprends pas Docteur,
devant vous il ne tousse pas »



→ bibliographie "atypique"



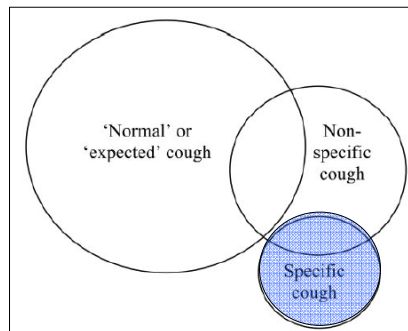
Toux chronique : quelles causes ?



Étiologie de la toux chronique de l'enfant :
analyse de 100 dossiers

F. Brémont^{1*}, P. Micheau¹, P. Le Roux², J. Brouard³, I. Pin⁴, M. Fayon⁵

Toux chronique

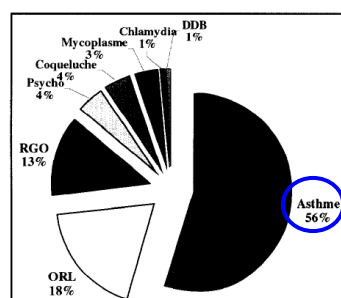
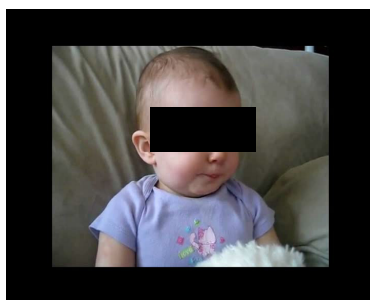


Toux normale

Toux spécifique

Toux isolée non spécifique

Asthme : tousser & siffler ?



- ✓ **les parents sont-ils de bon reporters ?**
ce qu'ils entendent par « siffler »
- ✓ **les parents sont-ils de fins sémiologistes ?**
comment décrivent-ils des vidéos d'enfants sifflants ?
- ✓ **les sibilants sont-ils si discriminants ?**
*est-ce possible de conclure à de l'asthme sur une toux isolée ?
leur présence renforce-t-elle le diagnostic ?*

What do parents of wheezy children understand by "wheeze"?

R S Cane, S C Ranganathan, S A McKenzie

Table 3 Responses to closed questions

	Do you know your child is wheezy because ...? (select as many as you like) n = 160 Response = 159	Which is the main way you know your child is wheezy? (select one) n = 160 Response = 155*
What you hear	77% (70-83)	40% (32-48)
What you feel in the chest	43% (35-51)	7% (3-11)
Because you see difficulty in breathing	82% (76-88)	34% (26-42)
Because they are coughing	74% (67-81)	19% (13-26)
Void (n)	1	5
"What you hear" not indicated	23% (16-30)	N/A
Cough not indicated	25% (18-32)	N/A
Neither "what you hear" nor "cough" indicated	9% (4-13)	N/A

N/A, not applicable.

*136 one response; 19 more than one response (N/A).

Table 5 Comparisons of parents' and clinicians' reports of wheeze and asthma

	%
Parents and doctor are in agreement	45 (37-53)
Parents use words other than wheeze/doctor finds wheeze	39 (31-47)
• Cough	19
• Difficulty in breathing	11
• Chesty	1
• Noisy breathing	1
• Cough, difficulty in breathing and/or noisy breathing	5
• Other	1
Parents complain of wheeze or asthma/doctor disagrees	14 (8-20)
• Clinician finds upper airway noise	8
• Clinician finds problems not related to chest	2
• Clinician finds nothing wrong	4
Doctors' response was unclear	4

Parents' interpretations of children's respiratory symptoms on video

R S Cane, S A McKenzie

- 190 parents d'enfants < 8 ans
- catégories : asthmatiques (A), autres problèmes respiratoires (B), témoins (C)

Table 5 Number (percentage, 95% CI) of parents who correctly and wrongly labelled and located both types of sounds at least once by subject group

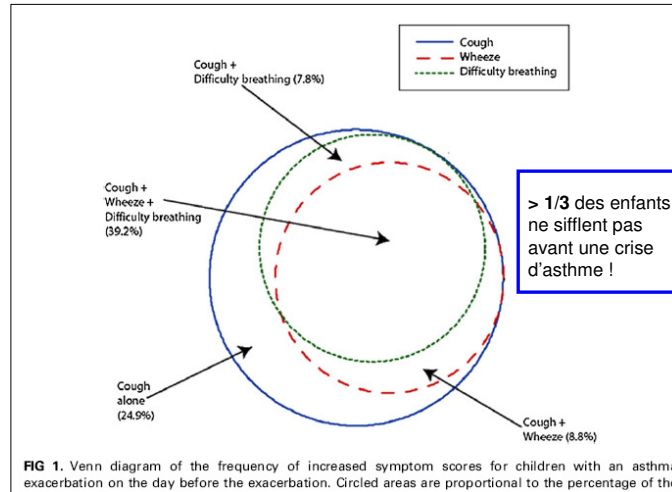
Question	Group A (n = 82)		Group B (n = 56)		Group C (n = 52)	
	Correct	Wrong	Correct	Wrong	Correct	Wrong
Label						
Wheeze	52 (63% 52-74%)	6 (7%, 1-13%)	31 (55%, 42-68%)	7 (13%, 4-22%)	30 (58% 44-72%)	3 (6%, 0-12%)
Other	33 (40%, 29-51%)	21 (26%, 16-36%)	28 (50%, 37-63%)	16 (29%, 17-41%)	29 (56%, 42-70%)	14 (27%, 15-39%)
Locate						
Wheeze	60 (73% 63-83%)	5 (6%, 1-11%)	37 (66%, 53-79%)	10 (18%, 8-28%)	35 (67% 54-80%)	4 (8%, 0-16%)
Other	64 (78%, 69-87%)	23 (28%, 18-38%)	46 (82%, 72-92%)	20 (36%, 23-49%)	44 (85%, 75-95%)	19 (37%, 24-50%)

"To wheeze or not to wheeze": That is not the question

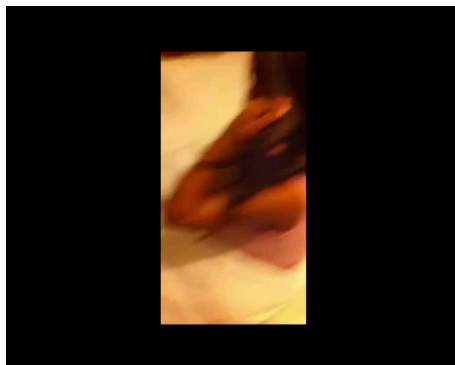
Nanna Skytt, MD, Klaus Bønnelykke, MD, PhD, and Hans Bisgaard, MD, DMSci *Copenhagen and Gentofte, Denmark*

J ALLERGY CLIN IMMUNOL

© 2012 American Academy of Allergy, Asthma & Immunology
doi:10.1016/j.jaci.2012.04.043



2 toux "incessantes"



Coqueluche : pièges

✓ Penser à l'évoquer

Malaise + cyanose chez un nourrisson.
Toux prolongée, avec contagé.
[si toux > 21 j, PCR chez cas 2ndaire]
Toux avec auscultation normale.
Toux inhabituelle chez un asthmatique.

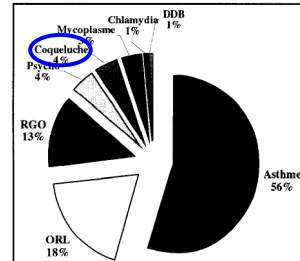
✓ Diagnostic paraclinique

▪ PCR (Polymerase Chain Reaction)

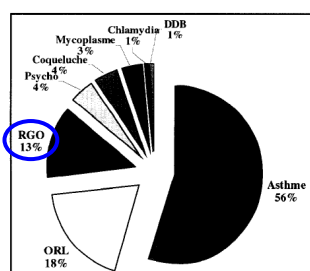
- ✓ Prélèvement : aspiration nasopharyngée
- ✓ Jusqu'à trois semaines après le début de la toux
- ✓ Sensibilité (Bordetella) ≥ 95%
- ✓ Spécificité ≥ 95% (rares faux positifs chez les nourrissons)
- ✓ Remboursée depuis le 15 mars 2011

▪ Sérologie

- ✓ AC anti toxine pertussique seuls spécifiques détectés par ELISA
- ✓ Tardif (> 3 semaines)
- ✓ Seulement en l'absence de vaccination dans les 3 dernières années
- ✓ Aucun kit commercial validé et non remboursée



Toux et RGO : une controverse éternelle ?..



✓ Le RGO peut faire tousser

bronchoconstriction vagale (récepteurs à l'acidité du bas œsophage)
irritation pharyngolaryngée
micro-inhalation de liquide gastrique

✓ L'asthme est susceptible d'aggraver le RGO

hyperinflation de l'asthmatique → hernie hiatale
thérapeutiques utilisées (effet relaxant du bas œsophage)

Gastro-oesophageal reflux treatment for prolonged non-specific cough in children and adults (Review)

Copyright © 2011 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.

Chang AB, Lasserson TJ, Gaffney J, Connor FL, Garske LA



Main results

We included 19 studies (six paediatric, 13 adults). None of the paediatric studies could be combined for meta-analysis. A single RCT in infants found that PPI (compared to placebo) was not efficacious for cough outcomes (favouring placebo OR 1.61; 95% CI 0.57 to 4.55) but those on PPI had significantly increased adverse events (OR 5.56; 95% CI 1.18 to 26.25) (number needed to treat for harm).

Authors' conclusions

PPI is not efficacious for cough associated with GORD symptoms in very young children (including infants) and should not be used for cough outcomes. There is insufficient data in older children to draw any valid conclusions. In adults, there is insufficient evidence.

En pratique (d'après P. Tounian, Pédiatrie Pratique 2013)

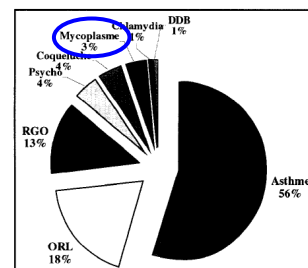
- ① traquer une autre cause
 - ② pHmétrie œsophagienne
 - ③ traitement d'épreuve ?
- MHD, IPP
- mais interprétation difficile (Yoshida, 2009)
mais lequel ?
efficacité ? (Espghan 2009, Cochrane 2011)
si IPP : 2 semaines max

quid du mycoplasme ?

Antibiotics for community-acquired lower respiratory tract infections secondary to *Mycoplasma pneumoniae* in children (Review)

Copyright © 2012 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.

Mulholland S, Gavranich JB, Gillies MB, Chang AB



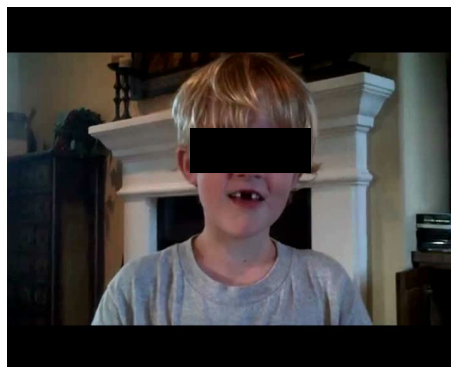
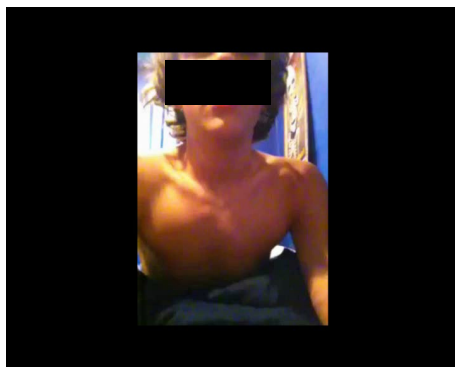
method used. Not all methods are specific for IgM and an elevated IgM may persist for months after the acute infection (Murray 2003). Immuno-fluorescent antibody (IFA) assay is more sensitive and specific than the complement fixation (CF) test (Murray 2003; Principi 2001). Identification of *M. pneumoniae* in nasopharyngeal secretions by culture or polymerase chain reaction (PCR) may also cause difficulties with interpretation as this organism can persist for variable periods following the acute infection (Murray 2003). The 'gold standard' for diagnosis of *M. pneumoniae* infection is a four-fold increase in total antibody titre as measured in paired sera (Katz 1998; Murray 2003).

→ IgM (+) peut persister plusieurs mois

→ PCR (+) peut persister parfois longtemps

There is insufficient evidence to draw any specific conclusions about the efficacy of antibiotics for this condition in children (although one trial suggests macrolides may be efficacious in some children with LRTI secondary to *Mycoplasma*). The use of antibiotics has to be balanced with possible adverse events. There is still a need for high quality, double-blinded RCTs to assess the efficacy and safety of antibiotics for LRTI secondary to *M. pneumoniae* in children.

2 toux "matinales"



The respiratory effects of cannabis dependence in young adults

Addiction (2000) 95(11), 1669-1677

D. ROBIN TAYLOR, RICHIE POULTON¹ TERRIE E. MOFFITT²
PADMAJA RAMANKUTTY¹ & MALCOLM R. SEARS³

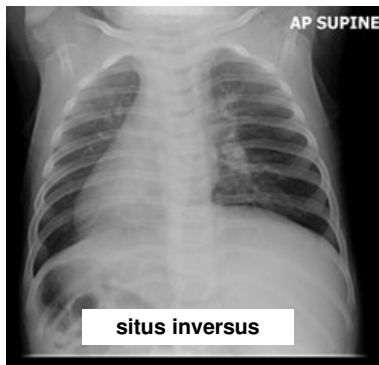
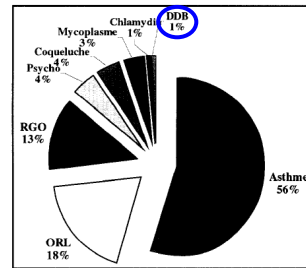
Table 1. Adjusted odds ratios and 95% confidence intervals (CI) for self-reported respiratory symptoms in subjects who regularly smoked tobacco (controlled for cannabis dependence), cannabis dependence (controlled for tobacco smoking) and both, compared to non-smokers. Further data are given for cannabis dependence alone

Substance and level of use	Attack of shortness of breath	Wheezing/whistling chest with a cold	Wheezing/whistling chest apart from a cold	Attack of exercise-related shortness of breath	Shortness of breath hurrying up a hill	Nocturnal waking with chest tightness	Attack of shortness of breath at night	Nocturnal waking due to cough	Cough on waking first thing in the morning	Sputum production first thing in the morning
1-10 cigarettes/day (n = 159)	1.08 0.63-1.82	1.62** 1.13-2.32	2.00** 1.38-2.89	1.34 0.93-1.94	1.86** 1.25-2.78	1.34 0.87-2.08	1.20 0.63-2.67	1.84** 1.28-2.66	2.67** 1.57-4.54	2.53** 1.53-4.17
11-20 cigarettes/day (n = 146)	13.2 1.41	57.9 1.91**	42.8 1.97**	38.4 1.65*	33.3 2.03**	22.6 2.00**	8.8 1.67	47.8 1.44	17.0 5.65**	19.5 3.81**
21+ cigarettes/day (n = 22)	0.83-2.39 18.0 0.42	1.31-2.80 60.3 4.27**	1.34-2.90 42.5 8.73**	1.12-2.41 43.2 2.00	1.33-3.10 32.9 5.28**	1.30-3.07 30.1 1.88	0.90-2.12 11.0 3.41*	0.97-2.12 39.7 2.63*	3.47-9.20 30.8 11.44**	2.36-6.15 28.8 4.42**
Cannabis dependence† (n = 91)	0.06-3.23 4.5 0.58	1.53-11.93 77.3 1.27	3.12-24.43 72.7 1.61*	0.83-4.87 50.0 1.65*	2.11-13.19 54.5 1.78*	0.70-5.05 27.3 1.72*	1.08-10.80 22.7 0.83	1.08-6.44 54.5 1.39	4.53-28.91 45.5 1.68	1.66-11.79 36.4 2.44**
Cigarettes and cannabis dependence (n = 63)	0.25-1.32 7.7 0.68	0.79-2.02 57.1 2.39**	1.00-2.58 47.3 3.55**	1.04-2.63 46.2 2.54**	1.06-2.97 34.1 3.77**	1.02-2.88 30.8 2.93**	0.35-1.95 7.7 1.33	0.87-2.24 41.8 2.34	0.96-2.95 27.5 1.73	1.45-4.12 34.1 8.00
Cannabis dependence without tobacco use (n = 28)	0.14-2.65 7.1	0.60-2.80 46.4	0.94-4.55 39.3	0.65-3.23 35.7	0.82-4.98 25.0	0.45-3.34 17.9	0.51-6.26 10.7	0.38-2.23 25.0	0.25-4.75 7.1	0.38-4.50 10.7

The first and second lines of each cell are the odds ratios and 95% confidence intervals, respectively. The third line is the number of study members (%) in each category of substance use who reported that symptom. †DSM-III-R defined cannabis dependence. *p < 0.05; **p < 0.01.

La toux grasse de DDB

- mucoviscidose
- dyskinésie ciliaire primitive
- séquelles d'infection (bronchiolites oblitérantes)
- complications des déficits immunitaires



Dyskinésie ciliaire primitive

- anomalie fonctionnelle des cils
- sd Kartagener (50%) = DDB + sinusites + SI
- encombrement bronchique chronique, toux grasse
- OSM et sinusites chroniques, otorrhée sur ATT
- encombrement nasal, polypose nasosinusienne
- mesure NO nasal (> 5 a) : patho si < 50
- biopsie nasale / bronchique

La bronchite bactérienne chronique

Protracted bacterial bronchitis: reinventing an old disease

Vanessa Craven, Mark L. Everard

2012

ORIGINAL ARTICLE

Thorax 2012;67:689–693. doi:10.1136/thoraxjnl-2011-201506

Randomised controlled trial of amoxicillin clavulanate in children with chronic wet cough

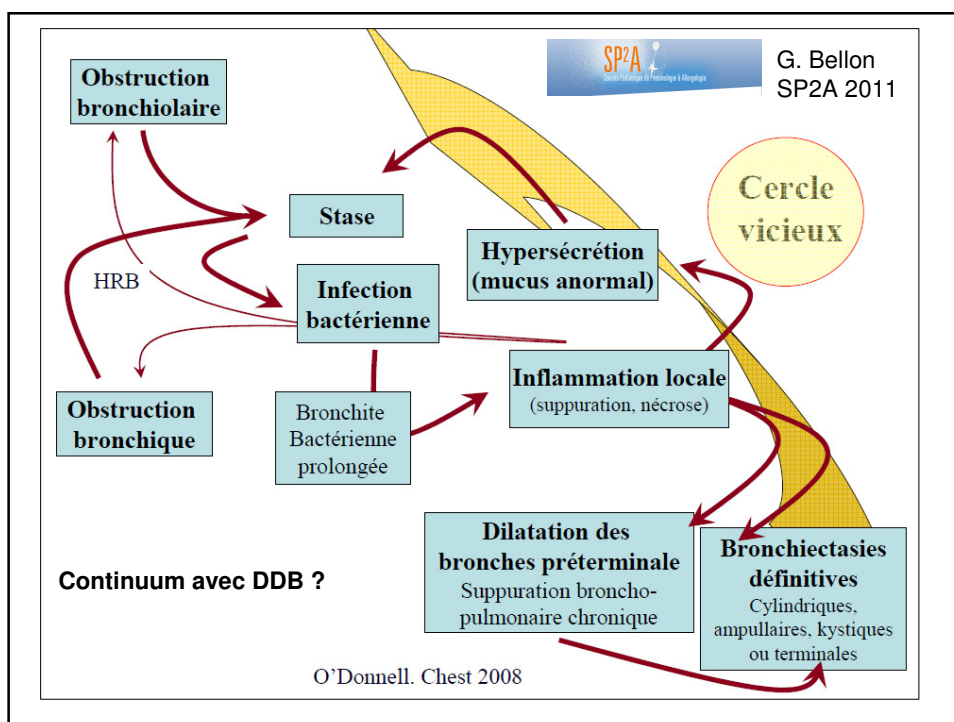
Julie Marchant,^{1,2} Ian Brent Masters,¹ Anita Champion,³ Helen Petsky,¹ Anne B. Chang^{1,4}

Une maladie (re) d'actualité

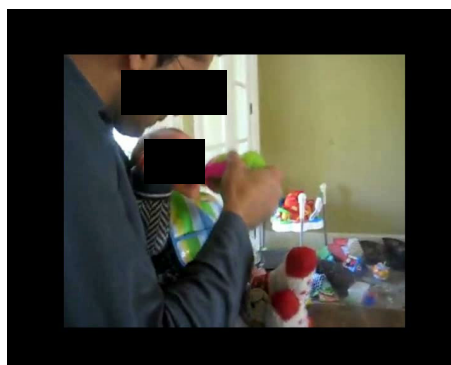
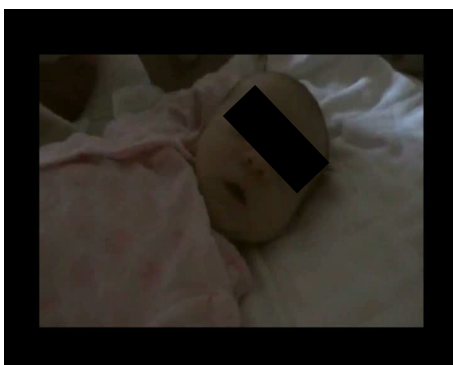
- maladie des bronches (hors alvéoles / bronchioles)
- bronchite traînante (durée, sévérité) ↔ infection bactérienne 2ndaire
- germes : HI non typable, pneumocoque, *M. catarrhalis*

Un diagnostic à (re)considérer avec prudence

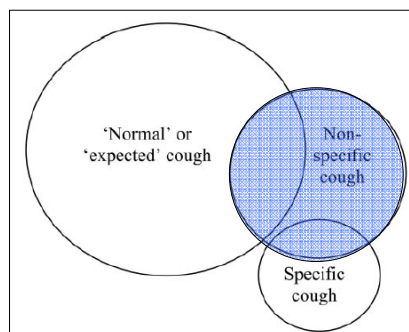
- toux productive isolée sans signe d'alerte (≠ toux sèche post-virale)
- savoir évoquer un autre diagnostic
- réponse à une antibiothérapie probabiliste de 2 semaines
 - amoxicilline + acide clavulanique
 - 50 mg/kg/j en 2 prises per os (?)
- réévaluation



2 toux "gênant pour boire"



Toux chronique : quelles causes ?



Toux normale

Toux spécifique

Toux isolée non spécifique

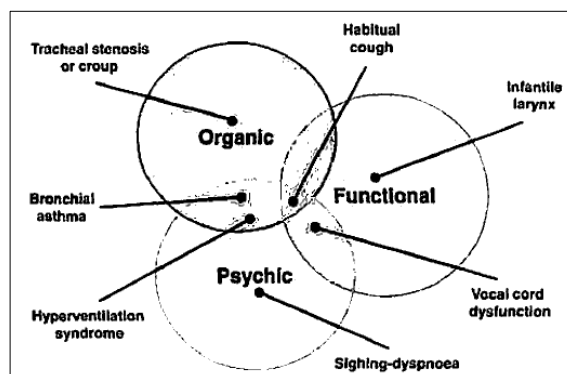
Les toux isolées non spécifiques = troubles respiratoires somatoformes

Définition DSM-IV-TR

Troubles somatoformes indifférenciés

= signes récurrents / chroniques inexpliqués par des anomalies organiques

Niggemann B. How to diagnose psychogenic and functional breathing disorders in children and adolescents.
Pediatr Allergy Immunol 2010; 21: 892-899.
© 2010 John Wiley & Sons A/S



toux dites "non spécifiques" et si on entendait (ou pas) des spécificités ?

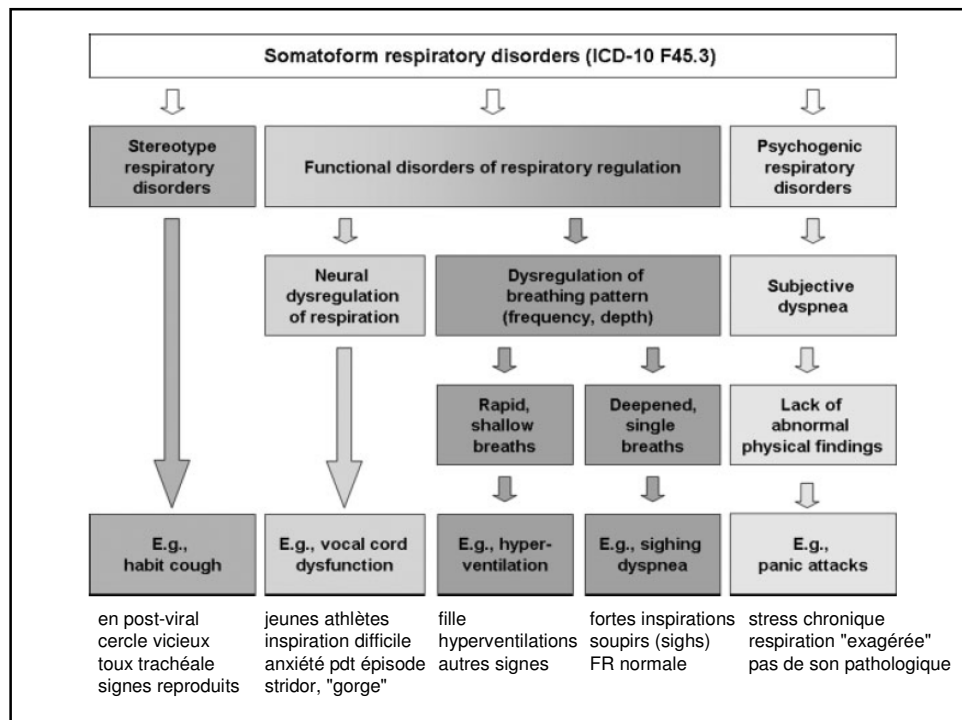
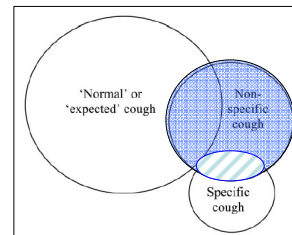
- ✓ stéréotypie sémiologique individuelle
- ✓ diminution de la toux durant le sommeil ou la distraction
- ✓ gêne pour l'entourage >> pour l'enfant (belle indifférence)

→ diagnostic d'élimination ?

surmédicalisation ↔ coût, aggravation des symptômes

→ réévaluations fréquentes

formes atypiques de toux spécifiques ↔



toux à couper le souffle !



Eur Respir J 2011; 37: 194-200
 DOI: 10.1183/09031936.00192809
 Copyright©ERS 2011

REVIEW

Vocal cord dysfunction: what do we know?

K. Kenn* and R. Balkissoon#

TABLE 2 Differences and similarities of asthma and vocal cord dysfunction (VCD)

	Asthma	VCD
Time of onset	Quick (within minutes)	Sudden onset (within seconds)
Duration	Minutes to hours	Seconds to a few minutes
Dyspnoea during	Expiration	Inspiration
Area of limitation	Thorax - lower airways	Throat
Inhaled drug therapy	Highly effective	Often ineffective, aggravating
Induced by	Irritants, allergens, exercise	Irritants, stress, exercise

1 toux ennuyante ?..



Hyperventilation syndrome in children

Archives de pédiatrie 12 (2005) 1742–1747

T. Baranes, B. Rossignol, C. Stheneur, É. Bidat *

Service de pédiatrie, hôpital Ambroise-Paré, Assistance-publique-Hôpitaux-de-Paris, 92104 Boulogne cedex, France

Une affection méconnue

- 5 à 20 % (?), F > G
- respiratoire thoracique (inspiration en rentrant le ventre)
 - hyperventilation (→ anxiété... cercle vicieux)
 - alcalose respiratoire, hypocapnie → vasoconstriction
- fréquent chez asthmatique (30% ?), aide VEMS (SHV = N, asthme = ↓)

Un diagnostic difficile

- variété des signes somatiques
- reproductibilité par hyperventilation volontaire inappropriée
- questionnaires standardisés : Nijmegen (adultes), SHAPE (enfants)
- examen physique N, anxiété, raclements de gorge,...

Annexe 1. Questionnaire Syndrome hyperventilation Ambroise-Paré enfants (SHAPE).

	I. « Jamais ou presque jamais »	II. « Quelque fois »	III. « Souvent ou très souvent »
<i>Signes respiratoires majeurs</i>			
Raclerement de gorge	0	3	6
Toux le jour	0	3	6
Toux au coucher	0	3	6
Boule dans la gorge	0	3	6
Blocage de la respiration	0	3	6
<i>Signes respiratoires mineurs</i>			
Difficulté à prendre une inspiration	0	1	2
Soupir	0	1	2
<i>Signes extraréspiratoires majeurs</i>			
Anxiété	0	3	6
Difficulté d'endormissement	0	3	6
Maux de tête	0	3	6
Crampes	0	3	6
Gonflement du ventre	0	3	6
<i>Signes extraréspiratoires mineurs</i>			
Douleurs articulaires	0	1	2
Maux de ventre	0	1	2
Douleurs changeantes	0	1	2
Réveils nocturnes	0	1	2
Peau qui gratte	0	1	2

SHV si score > 25
(se = 82,2%, spe = 90,0%)

Toux... un programme !

- **La toux : une problématique bruyante**
 - parents : écouter leur vécu
 - sociétés savantes : s'entendre sur les définitions
 - médecins traitants : la ou les toux ?
- **Toux aiguë : un diagnostic souvent simple, parfois urgent**
- **Toux chronique : une enquête plus difficile et chronophage**
 - quand s'inquiéter ?
 - un examen systématique : radio de thorax F
 - aide de la vidéo
 - aperçu de causes spécifiques
- **Les traitements**

Toux : les traitements

Antitussifs



« Aucune spécialité prescrite n'a démontré son efficacité dans la diminution de la durée et de l'intensité des épisodes de toux ».

Mucolytiques : acétylcystéine, carbocistéine (Mucomyst®, Fluimucil®, Bronkokod®)

Mucofluidifiants : benzoate de méglumine (Fluisedal®)

Hélicidine (Hélicidine®)

→ contre-indiqués chez NRS car risque d'encombrement bronchique (04/2010)

AntiH1 : oxomémazine (Toplexil®), maléate de chlorphénamine, chlorhydrate de prométhazine (Rhinathiol®), alimémazine (Théralène®), pimétixène, fenspiride (Pneumorel®)

→ contre-indiqués chez NRS car risque de potentialisation de l'effet sédatif (03/2011)

Suppositoires de dérivés terpéniques (Coquelusédal®, Bronchorectine®, Trophirès®)

→ contre-indiqués chez < 30 mois ou ATCD de CF / épilepsie car risque convulsif (11/2011)

Lutte contre l'encombrement

Encombrement nasal : DRP

Encombrement bronchique : kinésithérapie respiratoire, hydratation

Contrôle des facteurs d'environnement

Allergènes

Exposition au tabac et/ou à la pollution atmosphérique, humidité

Stress

Miel ?

Honey for acute cough in children (Review)
Copyright © 2012 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.



Main results

We included two RCTs of high risk of bias involving 265 children. The studies compared the effect of honey with dextromethorphan, diphenhydramine and 'no treatment' on symptomatic relief of cough using the 7-point Likert scale. (Actifed®)

Honey was better than 'no treatment' in reducing frequency of cough (mean difference (MD) -1.07; 95% confidence interval (CI) -1.53 to -0.60; two studies; 154 participants). Moderate quality evidence suggests honey did not differ significantly from dextromethorphan in reducing cough frequency (MD -0.07; 95% CI -1.07 to 0.94; two studies; 149 participants). Low quality evidence suggests honey may be slightly better than diphenhydramine in reducing cough frequency (MD -0.57; 95% CI -0.90 to -0.24; one study; 80 participants).

Et pour être très à la page...

BMJ

Efficacy of anti-inflammatory or antibiotic treatment in patients with non-complicated acute bronchitis and discoloured sputum: randomised placebo controlled trial

BMJ 2013;347:f5762 doi: 10.1136/bmj.f5762 (Published 4 October 2013)

Interventions Patients were randomised to receive either ibuprofen 600 mg three times daily, amoxicillin-clavulanic acid 500 mg/125 mg three times daily, or placebo three times daily for 10 days. The duration of symptoms was measured with a diary card.

Main outcome measure Number of days with frequent cough after the randomisation visit.

Conclusion No significant differences were observed in the number of days with cough between patients with uncomplicated acute bronchitis and discoloured sputum treated with ibuprofen, amoxicillin-clavulanic acid, or placebo.

En conclusion

Symptôme fréquent et anxiogène pour les parents... et le médecin !

Toux aiguë :

- ❖ repérer des signes de sévérité symptomatique
- ❖ prescrire parfois des examens orientés

Toux chronique :

- ❖ repérer des signes d'alerte diagnostique
- ❖ prescrire toujours une rx du thorax F I +/- E
- ❖ aide de la vidéo

Traitement avant tout étiologique, pas d'antitussifs chez le NRS.

