

# Refroidissement, mal de gorge, toux, bronchite, grippe – les infections respiratoires aiguës dans la pratique

Philip Tarr<sup>a</sup>, Sebastian Wirz<sup>a</sup>, Felix Fleisch<sup>b</sup>, Peter Strohmeier<sup>c</sup>, Enos Bernasconi<sup>d</sup>, Laurence Senn<sup>e</sup>

## Quintessence


- Les infections respiratoires aiguës sont fréquentes. Elles sont le plus souvent d'origine virale et guérissent sans antibiotiques.
- La durée des symptômes est souvent plus longue que supposée – il est essentiel de fournir des explications adéquates au patient au sujet de la bénignité de la maladie et de l'inefficacité des antibiotiques et de lui expliquer concrètement comment doit se dérouler le suivi.
- Les patients âgés et ceux présentant des comorbidités doivent faire l'objet d'une évaluation médicale plus stricte, car les pneumonies sont fréquentes chez ces patients.
- Une évaluation minutieuse et un suivi attentif permettent au praticien de ne pas passer à côté des rares complications bactériennes.
- Les refroidissements survenant durant la saison grippale devraient faire l'objet d'une évaluation médicale chez les patients à risque (femmes enceintes, patients souffrant d'une affection pulmonaire et personnes immunodéprimées). Un traitement antigrippal empirique par oseltamivir peut être utile pour prévenir les évolutions graves.
- Depuis 2010, l'OFSP recommande la vaccination antigrippale à toutes les femmes enceintes à partir du 2<sup>e</sup> trimestre de grossesse, ainsi qu'aux femmes en post-partum.

Les infections respiratoires aiguës sont un motif de consultation fréquent dans la pratique. Les médecins de famille peuvent se sentir à juste titre déconcertés dans ces situations: ils doivent satisfaire au souhait du patient de guérir le plus rapidement possible, souvent avec la demande d'une prescription antibiotique, tout en sachant qu'ils sont censés ne pas prescrire d'antibiotiques dans ce contexte. Un concept essentiel consiste à évaluer minutieusement le patient, à l'informer précisément et à le suivre activement – il est ainsi possible de diagnostiquer précocement les complications et d'instaurer de manière ciblée une antibiothérapie. Chez les enfants en bas âge, nous préconisons de consulter les recommandations détaillées du Groupe d'infectiologie pédiatrique suisse ([www.pigs.ch](http://www.pigs.ch)).



Philip Tarr

## Chez les personnes en bonne santé, les refroidissements sont plus fréquents qu'on ne le pense souvent

Les refroidissements sont plus fréquents chez les enfants que chez les adultes (fig. 1 ) et ils sont plus fréquents chez les jeunes enfants que chez les enfants plus âgés: alors qu'un enfant d'âge préscolaire présente en moyenne cinq à huit refroidissements par an, les adultes n'en présentent pas plus de trois par an. Parmi

les enfants par ailleurs en bonne santé, 10–15% présentent >12 refroidissements par an, ce qui ne suggère pas pour autant un déficit immunitaire.

Les enfants qui vont à la crèche présentent env. 50% de refroidissements de plus que les enfants qui restent à la maison. Les personnes en contact avec des enfants en bas âge (par ex. jeunes parents en bonne santé) présentent davantage de refroidissements que les autres. Il est important de retenir que les enfants en bas âge excrètent les virus dans leurs sécrétions sur une durée plus longue et dans des concentrations beaucoup plus élevées par rapport aux adultes. Dans ce contexte, ils sont considérés comme des «nids à virus» – un terme quelque peu choquant, mais pourtant évocateur au vu du rôle épidémiologique prépondérant des jeunes enfants dans la transmission des virus respiratoires.

## Le tableau clinique est variable – dans la pratique, un concept simple a fait ses preuves: rechercher les signes d'alerte et suivre étroitement l'évolution

Que le tableau clinique soit dominé par le rhume (rhinite), le mal de gorge (pharyngite, amygdalite), les douleurs faciales (sinusite), le mal d'oreille (otite moyenne) ou la toux (bronchite), cela n'a que rarement des conséquences thérapeutiques puisque la plupart des infections respiratoires sont d'origine virale et que des surinfections bactériennes (par ex. pneumonie) cliniquement pertinentes s'observent dans moins de 10% des cas.

La distinction clinique entre origine virale et origine bactérienne est difficile. Des preuves scientifiques solides font défaut pour plusieurs des signes considérés comme «classiques» et pour les méthodes souvent utilisées pour identifier les infections respiratoires bactériennes, ce qui vaut par ex. pour les petits points visibles sur les amygdales, les sécrétions nasales purulentes, la sensibilité à la pression des sinus maxillaires ou l'imagerie des sinus maxillaires. Même dans les refroidissements non compliqués, un épaississement des muqueuses est retrouvé dans plus de 80% des cas à la tomographie (TDM) ou l'imagerie par résonance magnétique (IRM) des sinus paranasaux.

<sup>a</sup> Infektiologie und Spitalhygiene, Medizinische Universitätsklinik, Kantonsspital Bruderholz

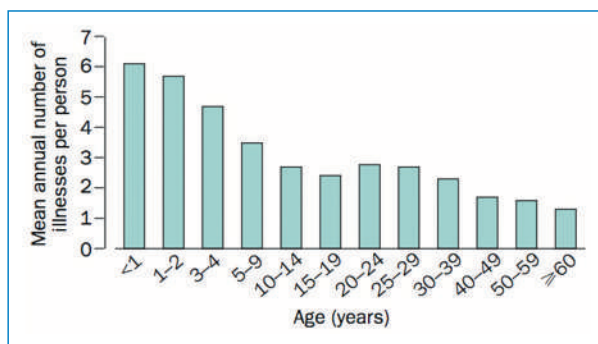
<sup>b</sup> Kantonsspital Graubünden, Chur

<sup>c</sup> FMH Innere Medizin, Therwil

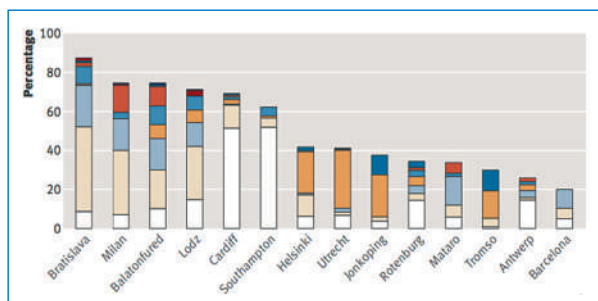
<sup>d</sup> Servizio Malattie Infettive, Ospedale Regionale, Lugano

<sup>e</sup> Service de Médecine Préventive Hospitalière, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), Lausanne

Les auteurs n'ont pas déclaré des obligations financières ou personnelles en rapport avec l'article soumis.



**Figure 1**  
Fréquence annuelle moyenne des refroidissements en fonction de l'âge. Reproduit avec l'aimable autorisation de l'éditeur [1]. (D'après: Heikkinen T, Jarvinen A. The common cold. Lancet. 2003;361:51-9. Reproduction avec l'aimable permission.)

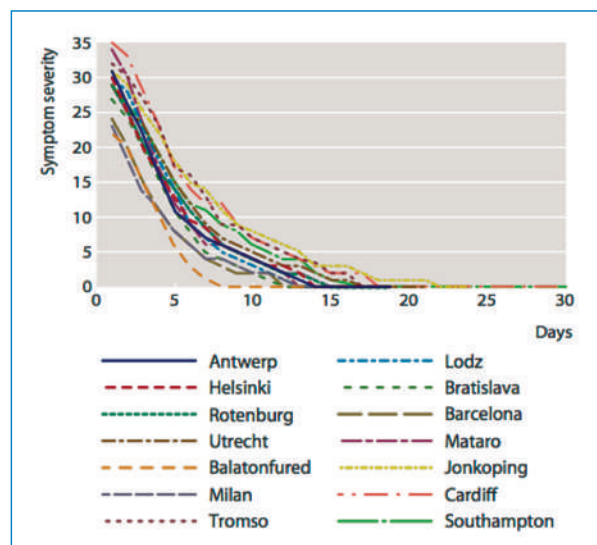


**Figure 2A**  
**Fréquence à l'échelle européenne de la prescription d'antibiotiques chez 3402 patients qui ont consulté le médecin de famille en raison d'une toux aiguë.** Age médian de 45 ans, 37% d'hommes. 80% des patients se sont plaint d'une baisse de l'état général mais avaient peu de comorbidités; seulement 1% des patients ont été hospitalisés. 53% des patients se sont vus prescrire des antibiotiques (durée médiane de prise des antibiotiques: 7 jours). A Bratislava, 88% ont reçu une prescription d'antibiotiques, contre seulement 21% à Barcelone. Les différentes couleurs dans les colonnes du diagramme représentent les différentes classes d'antibiotiques prescrites. Reproduit avec l'aimable autorisation de l'éditeur [2]. (D'après: Butler CC, Hood K, Verheij T, et al. Variation in antibiotic prescribing and its impact on recovery in patients with acute cough in primary care: prospective study in 13 countries. BMJ. 2009;338:b2242. Reproduction avec l'aimable permission.)

En revanche, la détermination précise de la durée et de l'évolution des symptômes a fait ses preuves dans la pratique clinique: les complications bactériennes sont plus fréquentes lorsque le «refroidissement» dure déjà depuis 5-10 jours ou lorsqu'il s'aggrave avec le temps. Il est également essentiel de bien faire attention aux signes d'alerte qui suggèrent un autre diagnostic ou devraient inciter à initier une antibiothérapie empirique ou à adresser le patient aux urgences (tab. 1 ↻). Cette vigilance est particulièrement de mise chez les patients âgés et immunodéprimés ainsi que chez les personnes présentant un mauvais état général ou des comorbidités.

**Le virus responsable ne peut pas être identifié avec fiabilité sur la base d'éléments cliniques**

Il est impossible de diagnostiquer cliniquement le virus responsable. Son identification serait possible chez env.



**Figure 2B**  
Durée similaire des symptômes chez 3402 patients en relativement bonne santé qui ont consulté leur médecin de famille en raison d'une toux aiguë. Illustration tirée de la même publication [2] que la figure 2A. Les différences à l'échelle européenne au niveau de la durée des symptômes sont minimes et elles ne sont pas en rapport avec la fréquence à laquelle des antibiotiques ont été prescrits. Reproduit avec l'aimable autorisation de l'éditeur [2]. (D'après: Butler CC, Hood K, Verheij T, et al. Variation in antibiotic prescribing and its impact on recovery in patients with acute cough in primary care: prospective study in 13 countries. BMJ. 2009;338:b2242. Reproduction avec l'aimable permission.)

75% des patients par le biais de méthodes modernes de type PCR multiplexe. Cependant, une PCR virale ne devrait être envisagée que chez les patients hospitalisés, immunodéprimés et à risque de complications. Chez les patients par ailleurs en bonne santé avec une évolution non compliquée, ces examens ne sont pas indiqués. Env. 50% des infections respiratoires sont provoquées par des rhinovirus. Il en existe plus de 100 sérotypes différents et l'infection par un sérotype donné confère uniquement une immunité contre le sérotype en question – les personnes ayant un refroidissement ne sont donc pas protégées contre une infection ultérieure par un autre sérotype. Parmi les autres virus respiratoires figurent les coronavirus (7-18% de toutes les infections respiratoires; connus en raison de la pandémie de SRAS en 2003), le virus respiratoire syncytial (RSV; saisonnalité similaire à la grippe), les virus parainfluenza (toute l'année), les métapneumovirus (connus depuis 2001) et les adénovirus (parfois avec conjonctivite contagieuse).

**Infections des voies respiratoires: évolution le plus souvent bénigne sans antibiotiques**

La plupart des antibiotiques prescrits en ambulatoire pour les infections respiratoires aiguës sont inutiles en raison de l'étiologie virale. Les médecins semblent accorder trop peu de poids à l'évolution bénigne bien connue de ces infections ou éprouver des scrupules à ne pas prescrire d'antibiotiques. Ce constat s'explique vraisemblablement par la crainte de complications mé-

**Tableau 1. Signes d'alerte en cas d'infections des voies respiratoires.**



Signes d'alerte	Recommandations Complications redoutées
Mauvais état général, âge supérieur à 65 ans, patient multimorbid (par ex. insuffisance cardiaque, affection rénale, affection pulmonaire, diabète, hospitalisation au cours de la dernière année)	→ Risque accru de complications, risque accru d'infection bactérienne et de grippe compliquée – évaluation minutieuse, antibiothérapie éventuellement indiquée
Patient immunodéprimé, corticoïdes oraux, etc.	→ Risque accru de complications, risque accru d'infection bactérienne, d'infection opportuniste ou de grippe compliquée – évaluation minutieuse, concertation à envisager avec l'infectiologue et/ou le transplanteur
Femme enceinte	→ Risque accru de complications, grippe sévère, information du gynécologue
Patient ayant déjà des maux de gorge, de la fièvre ou des maux d'oreille depuis 72 h	→ Evaluation minutieuse et suivi étroit
Augmentation de la fièvre, augmentation des douleurs, détérioration de l'état général	→ Evaluation minutieuse, antibiothérapie à envisager
Troubles de la conscience, détresse respiratoire, douleurs thoraciques, frissons, température >38 °C, fréquence du pouls >100, fréquence respiratoire >24, signes focaux à l'auscultation pulmonaire ou à la percussion pulmonaire	→ Radiographie thoracique avec recherche d'une pneumonie, hospitalisation à envisager
Toux persistant depuis plus de 2–3 semaines, éventuellement perte de poids, sudation nocturne	→ Coqueluche à envisager Radiographie thoracique pour exclure une néoplasie (avant tout fumeurs) ou une tuberculose (avant tout immigrants, personnes âgées)
Patient ayant déjà reçu des antibiotiques au cours des 2–3 derniers mois	→ Le diagnostic est-il exact? Nouvelle infection virale ou récidive? Germe résistant? Sommes-nous en présence d'une situation où le risque d'infection est accru (par ex. contact avec des jeunes enfants)?
Patient incapable d'avaler ou d'ouvrir la bouche (trismus)	→ Abscès péri-amygdalien? Abscès parapharyngé? → évaluation ORL, éventuellement TDM
Forte douleur au toucher au niveau de la face latérale du cou	→ Abscès parapharyngé? → évaluation ORL, éventuellement TDM
Forte douleur à la pression derrière l'oreille	→ Mastoïdite?
Gonflement autour de l'œil, œil rouge, troubles de la motilité oculaire	→ Phlegmon périorbitaire?
Enfant de moins de 2 ans, otite moyenne bilatérale, audition avec une seule oreille, mauvais état général, otorrhée purulente	→ Antibiothérapie vraisemblablement justifiée*, hospitalisation?
Amygdalite/pharyngite aiguë en hiver/au printemps chez un enfant de 5–15 ans avec présence de ≥3 critères de Centor**	→ Recherche de streptocoque par test rapide, antibiothérapie éventuellement justifiée***

\* Des recommandations détaillées pour les enfants en bas âge sont disponibles sur le site Internet du Groupe d'infectiologie pédiatrique suisse ([www.pigs.ch](http://www.pigs.ch)).

\*\* Critères de Centor: 1. Fièvre >38,5 °C, 2. Absence de toux, 3. Amygdalite (amygdales rouges et recouvertes d'un exsudat), 4. Lymphadénopathie cervicale douloureuse.

\*\*\* Chez la plupart de ces patients, la maladie guérira néanmoins aussi sans antibiotiques et la durée des symptômes est à peine raccourcie sous antibiotiques.

dicales et (du moins aux Etats-Unis) juridiques. Il faut toutefois souligner que les patients attendent aussi souvent de leur médecin qu'il leur prescrive des antibiotiques.


Il existe des différences énormes au niveau de la fréquence de prescription d'antibiotiques en cas d'infections respiratoires entre les pays européens. A Bratislava, 88% des patients ayant un refroidissement avec toux aiguë se sont vus prescrire un antibiotique, contre seulement 21% des patients à Barcelone (fig. 2A ). La prescription d'un antibiotique n'a pas eu d'influence sur la durée de la maladie (fig. 2B ). De nombreuses études de bonne qualité ont entre-temps confirmé que les infections respiratoires non compliquées guérissent aussi vite avec ou sans antibiotiques.


En raison du problème de plus en plus préoccupant de la résistance aux antibiotiques, des campagnes de sensibilisation

visant à promouvoir un usage raisonné des antibiotiques ont été menées dans plusieurs pays européens au cours de ces dernières années (voir par ex. <http://ecdc.europa.eu/en/EAAD>). Ces campagnes, comme par ex. l'action de communication française «*Les antibiotiques, c'est pas automatique*», ont connu un grand succès, puisqu'elles ont permis de réduire les prescriptions d'antibiotiques (voir [www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Livre\\_blanco\\_Ministere.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Livre_blanco_Ministere.pdf)).

### Patients satisfaits grâce à des informations détaillées

Plusieurs facteurs sont décisifs pour une prise en charge réussie des patients souffrant d'infections respiratoires aiguës: information du patient au sujet de la nature vi-

rale le plus probable de son affection et de son caractère bénin, instructions concrètes sur le suivi de l'évolution (tab. 2 ) , bonne disponibilité du médecin et suivi étroit

(si nécessaire, toutes les 24 heures, par téléphone ou au cabinet). Il est primordial de fournir au patient des explications réalistes quant à la durée prévisible des symptômes, car elle est typiquement plus longue que présumée (tab. 2, fig. 3 ) . Des études ont montré que la satisfaction des patients était davantage liée à la durée consacrée par le médecin au patient et à la qualité des explications fournies qu'à l'obtention d'une prescription d'antibiotique [3]. Par ailleurs, les antibiotiques éveillent des attentes: lors du prochain refroidissement, le patient réclamera à nouveau un antibiotique (inutile).

Il est également important de souligner que dans de nombreux pays européens, les otites moyennes et les angines streptococciques sans signes d'alerte sont dans un premier temps traitées sans antibiotiques. Dans les pays occidentaux, la fièvre rhumatismale est extrêmement rare depuis 40 ans et en cas de suivi étroit, le praticien ne passera pas à côté d'un abcès amygdalien, même en l'absence de «couverture» antibiotique.

Pour les infections respiratoires, une stratégie de prescription différée d'antibiotiques proposée il y a quelques années a permis de réduire le recours aux antibiotiques [5]: le patient reçoit une ordonnance d'antibiotique mais prend uniquement le médicament si les symptômes ne s'améliorent pas au cours des jours suivants. Cette étude a montré deux principaux résultats: 1. Chez les patients sans signes d'alerte, il est possible d'attendre quelques jours sans prendre d'antibiotique. 2. L'infection respiratoire virale guérit, que le patient ne prenne pas du tout l'antibiotique, qu'il le prenne tout de suite ou qu'il le prenne seulement quelques jours plus tard.

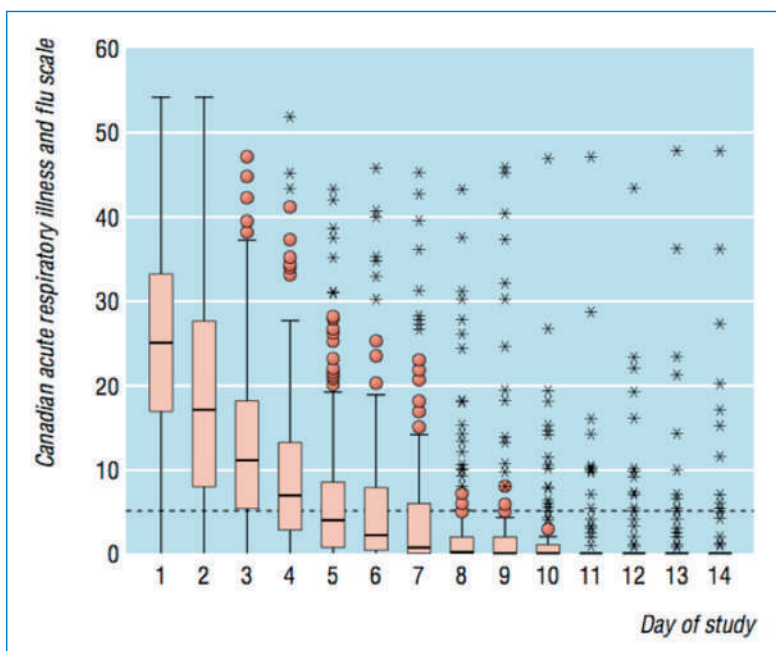
### Infections respiratoires aiguës: les malades veulent être soulagés de leurs symptômes

Il est incontestable que les patients ayant de la fièvre ou des douleurs articulaires vivront mieux la maladie s'ils ont recours à un fébrifuge et analgésique comme le paracétamol. L'utilisation sur une courte durée d'un décongestionnant nasal topique sous forme de spray (pas plus longtemps que 2–3 jours en raison du risque de rhinite médicamenteuse) apportera également un soulagement des symptômes.

Les infections respiratoires sont un terrain propice à l'utilisation d'innombrables thérapies dont l'efficacité en termes de réduction de la durée de la maladie est incertaine. Les malades apprécient ces thérapies car elles peuvent soulager les symptômes et améliorer le bien-être. En font partie les produits délivrés sans ordonnance avec lesquels les malades quittent souvent la pharmacie ainsi que les médicaments ayant une certaine «logique» physiopathologique: ipratropium par voie intranasale, corticoïdes par voie intranasale ou orale, antihistaminiques, mucolytiques, antitussifs, anesthésiques locaux (pharyngés), pastilles de zinc, etc. Ces produits ne sont pas toujours bon marché et il existe également des remèdes naturels qui sont actuellement à la mode (jogging, ginseng, vitamine C) ou qui étaient déjà utilisés par nos grand-mères (thé avec du miel et du citron, inhalations de vapeur d'eau trois fois par jour, compresses au vinaigre, compresses au fro-

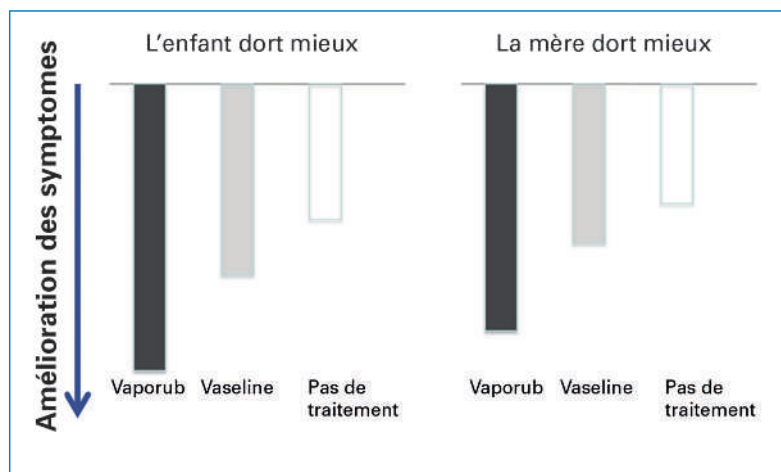
**Tableau 2. Informations destinées aux patients avec infections des voies respiratoires.**

<p><b>1. Durée attendue des symptômes</b> – souvent plus longue que prévue:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Refroidissement: 10 jours</li> <li>– Amygdalite/pharyngite aiguë: 7 jours</li> <li>– Otite moyenne aiguë: 4 jours</li> <li>– Sinusite aiguë: 2 semaines et demie</li> <li>– Bronchite aiguë: jusqu'à 3 semaines</li> </ul>
<p><b>2. Que faire pour soulager les symptômes et faire baisser la fièvre?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Le paracétamol (adultes: jusqu'à 3–4 g/jour) est le médicament de choix</li> <li>– Éviter la déshydratation, boire suffisamment</li> </ul>
<p><b>3. L'infection est probablement d'origine virale</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Certifier au patient que les antibiotiques n'aident pas à soulager les symptômes et à raccourcir la durée des symptômes</li> <li>– Il n'est pas rare que les antibiotiques provoquent des effets indésirables, qui peuvent être bénins mais pénibles (par ex. diarrhée, éruption cutanée, nausées), mais également plus graves (par ex. colite à <i>Clostridium difficile</i>)</li> <li>– La prise inutile d'antibiotique contribue largement à la propagation de bactéries résistantes – de nombreux patients ont entendu parler de ces bactéries dans la presse ou à la télévision</li> </ul>
<p><b>4. Appelez-moi demain (et/ou après-demain)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Même si vous vous sentez mieux – il est important que je le sache</li> <li>– Revenez me voir si la situation s'aggrave (notamment état général, fièvre, douleurs locales, nouveaux symptômes)</li> </ul>



**Figure 3**  
**Sévérité et durée des symptômes chez des enfants ayant un refroidissement.** Etude observationnelle conduite chez 290 enfants au Pays de Galles, 47% de garçons, âge moyen de 5,2 ans. Au moment de l'évaluation médicale (figure), les symptômes étaient déjà présents depuis 3,3 jours en moyenne. Axe Y: sévérité des symptômes. Axe X: durée (jours) après la première évaluation. Les boîtes représentent la sévérité des symptômes de la population de l'étude, et notamment des percentiles 25–75 (limite supérieure et limite inférieure) et du percentile 50 (médiane, ligne dans la boîte). Les cercles et les étoiles représentent des enfants individuels présentant des symptômes particulièrement sévères. Les enfants représentés sous la ligne pointillée (score de 5 sur l'échelle choisie) sont asymptomatiques. Exemple de lecture: Au Jour 3 de l'étude, c.-à-d. après une durée des symptômes de 6,3 jours en moyenne, seuls 25% des enfants étaient devenus asymptomatiques. Au Jour 7 de l'étude (durée moyenne des symptômes de 10,3 jours), plus de 25% des enfants présentaient encore des symptômes. (D'après: Butler CC, Kinnersley P, Hood K, et al. Clinical course of acute infection of the upper respiratory tract in children: cohort study. *BMJ* 2003;327:1088–9. Reproduction avec l'aimable permission.)





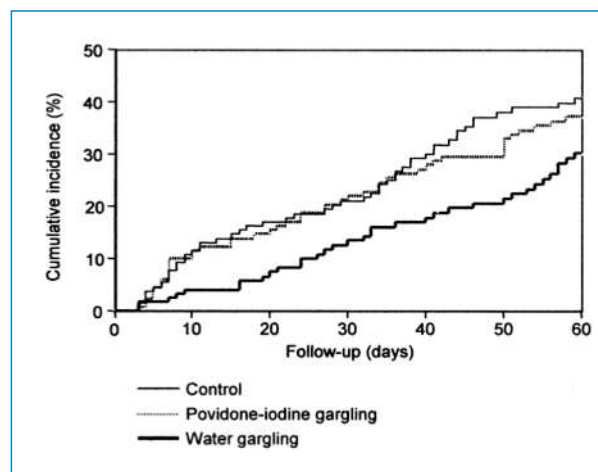
**Figure 4**  
**Amélioration du sommeil après l'application d'huiles essentielles sur le torse de l'enfant par rapport à l'application de vaseline ou à l'absence de traitement.** Etude randomisée conduite avec 138 binômes enfant-parent durant 1 nuit. Il a été tenté de mettre en aveugle la substance appliquée (Vicks VapoRub® à l'odeur marquée ou vaseline à l'odeur neutre) en appliquant au préalable VapoRub® sur le nez de la mère, mais l'aveugle n'était sans doute que partiel. De toute évidence, la qualité du sommeil était non seulement améliorée chez l'enfant traité mais également chez la mère. Parmi les effets indésirables de VapoRub® figuraient les sensations de brûlure au niveau de la peau, du nez ou des yeux chez respectivement 28%, 14% et 16% des enfants (D'après: Paul IM, Beiler JS, King TS, Clapp ER, Vallati J, Berlin CM, Jr. Vapor rub, petrolatum, and no treatment for children with nocturnal cough and cold symptoms. *Pediatrics*. 2010;126:1092–9. Reproduction avec l'aimable permission.)

mage blanc). Une étude en double aveugle, randomisée, récemment publiée, a montré que l'échinacée entraînait une réduction marginale de la durée des symptômes (de 6,47 à 6,04 jours;  $p = 0,07$ ) [6]. Ainsi, les praticiens disposent également d'options thérapeutiques autres que les antibiotiques dans le cas où le patient veut repartir avec une ordonnance.

Une revue spécialisée de renom a récemment publié une étude ayant évalué un traitement sans antibiotique qui pourrait être utile pour les praticiens [7]: lorsque la mère applique sur le torse de son enfant malade une pommade à base d'huiles essentielles (Vicks VapoRub®) avant le coucher, l'enfant et la mère dorment mieux (fig. 4 [6]).

### Prévention des infections respiratoires – la désinfection des mains est une priorité

La transmission des virus respiratoires se fait le plus souvent par contact direct, c.-à-d. via les mains, et dans une moindre mesure par aérosols. Comme l'OFSP nous l'a expliqué lors de la pandémie de grippe H1N1/2009, une prévention à bas coûts des refroidissements est également possible grâce à des règles élémentaires d'hygiène et de comportement: tousser/éternuer dans le creux du coude et lavage ou désinfection systématique des mains après contact avec des sécrétions nasales. Les mesures de distanciation sociale durant l'hiver (pas de baisers, pas de poignées de main) manquent peut-être de sympathie, mais il semblerait qu'elles soient aussi efficaces que la désinfection des mains. Par ailleurs, les Japonais connaissent depuis longtemps une méthode quasiment gratuite et visiblement efficace



**Figure 5**  
**Réduction de la fréquence des infections respiratoires par des gargarismes quotidiens.** Etude randomisée conduite chez 387 Japonais en bonne santé âgés de 18 à 65 ans. Il a été demandé aux participants de l'étude soit de ne pas faire de gargarismes (groupe contrôle), soit de faire des gargarismes avec 20 ml de povidone iodée diluée (Betadine® ou produit similaire) ou avec de l'eau courante durant 15 secondes au moins trois fois tous les jours. Durant la période d'observation de 60 jours au cours de l'hiver 2002–2003, significativement moins de refroidissements sont survenus chez les participants ayant fait les gargarismes avec de l'eau courante par rapport au groupe contrôle. Les gargarismes avec la povidone iodée n'ont pas eu d'effet bénéfique; d'après les auteurs, cette substance pourrait avoir exercé un effet irritant sur la muqueuse oropharyngée ou avoir réduit la flore bactérienne normale et donc avoir favorisé la pénétration de virus. En revanche, l'eau pourrait avoir «chassé» les virus respiratoires de la muqueuse. La fréquence des gargarismes (au moins trois fois par jour) a été choisie sur la base de la durée d'incubation de 8–12 heures des rhinovirus. (D'après: Satomura K, Kitamura T, Kawamura T, et al. Prevention of upper respiratory tract infections by gargling: a randomized trial. *Am J Prev Med*. 2000;29:302–7. Reproduction avec l'aimable permission.)

pour prévenir les infections respiratoires: faire chaque jour des gargarismes avec de l'eau (fig. 5 [6]) [8].

### Considérations particulières durant la saison grippale

Souvent, la grippe saisonnière et la grippe pandémique s'apparentent initialement à un refroidissement non spécifique. L'absence de caractéristiques «classiques» de grippe, telles que fièvre élevée, début soudain ou douleurs articulaires intenses, ne doit donc pas empêcher le praticien attentif d'envisager un diagnostic de grippe durant la saison grippale. En effet, la grippe peut avoir une évolution grave chez les personnes à risque (femmes enceintes, patients asthmatiques, patients souffrant de BPCO, sujets immunodéprimés, etc.). Chez ces personnes, un refroidissement avec fièvre ou sensation fébrile durant la saison grippale devrait être considéré comme une grippe; dans ce cas, il convient de réaliser une évaluation microbiologique (PCR sur écouvillon nasopharyngé ou aspiration nasopharyngée) et d'envisager un traitement antigrippal empirique par oseltamivir. Pour être efficace, le traitement antigrippal devrait être initié le plus rapidement possible (au plus tard 24–48 h après le début des symptômes!).

La pandémie de grippe H1N1/2009 a par ailleurs montré que la grippe pouvait provoquer des symptômes gastro-intestinaux (douleurs abdominales, diarrhées et vomissements), qui n'avaient jusqu'alors guère été mis en relation avec la grippe. Ainsi, chez les personnes à risque de complications, un diagnostic de «gastro-entérite virale» devrait aussi faire évoquer une étiologie grippale.

Enfin, nous souhaitons insister sur une nouvelle recommandation très importante, mais peu appliquée jusqu'à présent: l'OFSP propose depuis 2010 (alors que cette mesure est déjà appliquée depuis de nombreuses années aux Etats-Unis) la vaccination antigrippale des femmes enceintes à partir du 2<sup>e</sup> trimestre de grossesse et des femmes en post-partum – groupe de la population ayant le risque de complications le plus élevé!

#### Remerciements

Les auteurs remercient le Dr Gabriela Lémou, FMH médecine interne, Allschwil, le Dr Martin Egger, médecin-chef suppléant du service de médecine interne, Regionalspital Burgdorf, et le Dr Peter Graber, médecin-chef du service d'infectiologie et d'hygiène hospitalière, Kantonsspital Liestal, pour leur revue critique du manuscrit.

#### Correspondance:

PD Dr Philip Tarr  
Leitender Arzt  
Infektiologie und Spitalhygiene  
Medizinische Universitätsklinik  
Kantonsspital Bruderholz  
CH-4101 Bruderholz  
[philip.tarr\[at\]unibas.ch](mailto:philip.tarr[at]unibas.ch)

#### Références

- 1 Heikkinen T, Jarvinen A. The common cold. *Lancet*. 2003;361:51–9.
- 2 Butler CC, Hood K, Verheij T, et al. Variation in antibiotic prescribing and its impact on recovery in patients with acute cough in primary care: prospective study in 13 countries. *BMJ*. 2009;338:b2242.
- 3 Gonzales R. A 65-year-old woman with acute cough illness and an important engagement. *JAMA*. 2003;289:2701–8.
- 4 Butler CC, Kinnersley P, Hood K, et al. Clinical course of acute infection of the upper respiratory tract in children: cohort study. *BMJ*. 2003;327:1088–9.
- 5 Little P, Rumsby K, Kelly J, et al. Information leaflet and antibiotic prescribing strategies for acute lower respiratory tract infection: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2005;293:3029–35.
- 6 Barrett B, Brown R, Rakel D, et al. Echinacea for treating the common cold: a randomized trial. *Ann Intern Med*. 2010;153:769–77.
- 7 Paul IM, Beiler JS, King TS, Clapp ER, Vallati J, Berlin CM, Jr. Vapor rub, petrolatum, and no treatment for children with nocturnal cough and cold symptoms. *Pediatrics*. 2010;126:1092–9.
- 8 Satomura K, Kitamura T, Kawamura T, et al. Prevention of upper respiratory tract infections by gargling: a randomized trial. *Am J Prev Med*. 2005;29:302–7.

#### CME [www.smf-cme.ch](http://www.smf-cme.ch)

1. Un directeur de banque de 38 ans, par ailleurs en bonne santé, vient en consultation à votre cabinet car il a le nez bouché, touse et a de la fièvre depuis 48 h. Il vous explique qu'il doit impérativement assister à plusieurs réunions capitales demain et vous demande une ordonnance d'antibiotiques. Vous réalisez une anamnèse détaillée et un examen clinique et parvenez à la conclusion qu'il s'agit d'une infection respiratoire aiguë non compliquée. Que faites-vous à présent?

- A Je prescris un traitement à base de spray nasal décongestionnant, d'oseltamivir et de paracétamol.
- B Je prescris Co-Amoxicilline, car si je ne lui prescris pas d'antibiotique, le patient ira chez un autre médecin.
- C Je prescris de la clarithromycine, car ce jeune patient pourrait souffrir d'une pneumonie atypique.
- D J'informe le patient que sa maladie est probablement d'origine virale, je lui explique que les antibiotiques sont inefficaces dans ce cas, je lui précise combien de temps devraient durer les symptômes et je lui prescris un traitement symptomatique.
- E Je réalise une PCR multiplexe sur prélèvement nasopharyngé car je lui prescrirais de l'oseltamivir s'il s'agit d'une grippe.

2. Les recommandations de vaccination antigrippale ont récemment été modifiées par l'OFSP. A quel groupe

à risque devrions-nous dorénavant systématiquement recommander la vaccination antigrippale?

- A Enfants de moins de 2 ans qui vont à la crèche.
- B Enfants de moins de 4 ans qui vont à la crèche.
- C Femmes enceintes à partir du 1<sup>er</sup> trimestre de grossesse.
- D Femmes enceintes à partir du 2<sup>e</sup> trimestre de grossesse.
- E Femmes enceintes à partir du 2<sup>e</sup> trimestre de grossesse et femmes en post-partum.

3. Laquelle des affirmations suivantes concernant les infections des voies respiratoires est correcte?

- A Dans près de 4 cas de refroidissement sur 5, le virus responsable pourrait être identifié grâce à des méthodes de laboratoire modernes.
- B Si un enfant a plus de cinq refroidissements par an, une mise au point devrait être réalisée afin de ne pas passer à côté d'une déficience immunitaire.
- C Si un enfant tousse durant plus de 5 jours, une radiographie devrait être réalisée afin de ne pas passer à côté d'une pneumonie.
- D Si une sinusite dure plus de 5 jours, il y a une surinfection bactérienne et une antibiothérapie est indiquée.
- E Bien qu'une bronchite guérisse aussi le plus souvent sans antibiotiques, l'antibiothérapie peut permettre de réduire la durée des symptômes de 5 jours.