

« Docteur, j'ai une toux qui traîne »

La toux chronique



Matthieu Touchette, MD, FRCPC

Présenté dans le cadre de la conférence :

Défis cliniques en médecine de famille, Université de Sherbrooke, novembre 2006

Le cas de Gaston

Gaston, âgé de 62 ans et ancien fumeur, vous consulte en clinique externe pour une toux qui persiste depuis trois mois. Celle-ci est non productive mais dérangement. De plus, elle l'empêche de bien dormir et d'accomplir toutes ses activités sociales.

Gaston veut que vous fassiez cesser cette toux rapidement.

Comment le soulagerez-vous?



Qu'est-ce qu'une toux chronique?



La toux est un réflexe complexe qui est modulable consciemment. La toux est primordiale pour libérer les voies aériennes, mais peut aussi générer plusieurs complications, telles que syncope, vomissements, incontinences, fractures de côtes, et peut aussi diminuer la qualité de vie par son interférence avec certaines activités.

Une toux chronique est définie comme une toux qui persiste durant plus de huit semaines. Par comparaison, la toux aiguë, traduisant généralement un problème infectieux, telle une bronchite, dure moins de trois semaines, alors qu'entre trois et huit semaines, on parlera de toux subaiguë. Celle-ci est habituellement le résultat d'une hyper-réactivité bronchique post-infectieuse relativement fréquente (11 à 25 % des malades post-infection).



Le **Dr Touchette** est professeur adjoint à l'Université de Sherbrooke, membre du service de Médecine interne au CHUS et membre de la Clinique de médecine vasculaire et d'hypertension du CHUS.



Est-ce une condition fréquente?



Peu de données existent sur la toux chronique. La toux justifie 3,6 % des visites médicales aux États-Unis, mais il s'agit habituellement de toux aiguë. Les données sont aussi faussées par la

Tableau 1

Les causes de la toux chronique

Communes	Moins communes	Rares
IECA	Bronchiectasies	Aspiration
Asthme	Bronchite éosinophilique	Néoplasie bronchogénique
Bronchite chronique	Toux post-infectieuse	Carcinomatose pulmonaire
Reflux gastro-œsophagien		Larynx irritable
Syndrome de toux des voies respiratoires supérieures		Lymphome
Tabagisme		Pneumonie persistante
Irritants		Psychogénique
		Abcès pulmonaire
		Sarcoïdose
		Tuberculose

population qui consulte : les non fumeurs consultent beaucoup plus souvent que les fumeurs, ces derniers connaissant déjà l'étiologie de leur toux! Le tableau 1 résume les différentes étiologies de la toux chronique.

huit semaines, est pratiquement toujours efficace, au moins partiellement.

Q Que faire devant un patient souffrant de toux chronique?

R A) Obtenir l'histoire tabagique

Le tabac est un puissant irritant de la muqueuse bronchique, en plus d'induire une inflammation chronique. La toux est le plus souvent productive. On estime qu'au moins 16 millions de personnes souffrent de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) aux États-Unis. La bronchite chronique est le diagnostic le plus fréquent, atteignant environ 17 % des fumeurs et 10 % des anciens fumeurs. L'arrêt du tabac, après une période de bronchorrhée de quatre à

B) Obtenir l'histoire médicamenteuse

Les inhibiteurs des récepteurs de l'angiotensine sont les médicaments les plus souvent incriminés dans la toux iatrogène. Entre 5 et 35 % des patients pourraient souffrir d'une toux sèche au cours de leur traitement, et ce, même des années après le début du traitement. L'IECA doit alors être cessé, et souvent il peut être remplacé par un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II, ceux-ci partageant plusieurs indications avec les IECA.

C) Obtenir une radiographie pulmonaire

La radiographie pourra éliminer des causes importantes, quoique plus rares, de toux chronique. On recherchera des bronchiectasies, une tumeur ou des signes de fibrose.

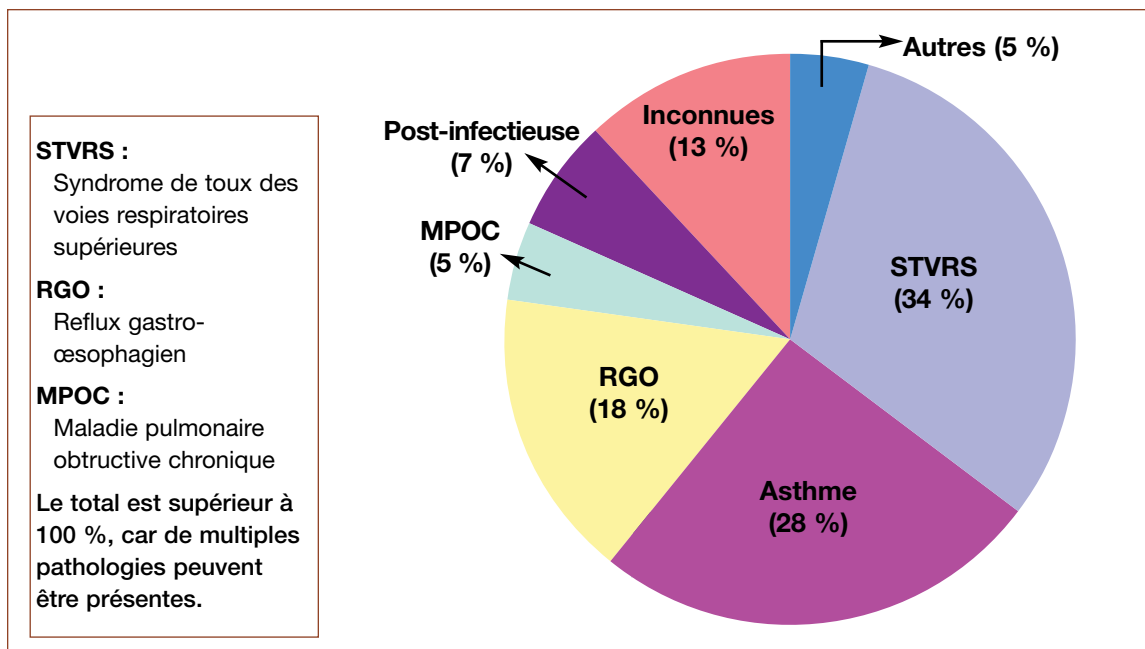


Figure 1. La fréquence des causes les plus communes de toux chronique



Que faire si les premières étapes ne sont pas concluantes?



Chez la plupart des malades en cabinet, on devra pousser plus loin le diagnostic étiologique. La figure 1 résume la prévalence des différents diagnostics de la toux chronique. On notera qu'environ 80 % des malades souffriront d'une des pathologies suivantes :

A) Le syndrome de toux des voies respiratoires supérieures (STVRS)

On croit que la toux pourrait être provoquée par des récepteurs, situés au larynx et à l'hypopharynx, stimulés par des sécrétions en provenance du nez et des sinus paranasaux. Aucun stigmate n'est assez fiable à l'anamnèse et à l'examen physique pour assurer le diagnostic. Celui-ci est donc habituellement suggéré par les

Tableau 2

Les traitements du syndrome de toux des voies respiratoires supérieures et de l'asthme

Syndrome de toux des voies respiratoires supérieures

- Antihistaminiques de première génération
- Décongestionnants

Asthme

- Bronchodilatateurs β -2 agonistes (amélioration en une semaine)
- Corticostéroïdes inhalés (résolution en huit semaines)
- Inhibiteurs des leucotriènes (avec stéroïdes)

symptômes (sensation d'écoulement, râclage de gorge, etc.), mais surtout par la réponse thérapeutique. Plusieurs étiologies sont possibles pour ce syndrome : rhinite allergique, post-infectieuse, sinusite, etc. Il importe de chercher

Tableau 3

Les étapes de l'investigation de la toux chronique

- 1) Définir la durée de la toux.
- 2) Obtenir l'anamnèse, procéder à l'examen, éliminer une cause tabagique et la prise d'IECA, faire une RXP; s'il y a une pathologie évidente, traiter d'emblée.
- 3) Considérer le STVRS, essai de deux semaines d'un antihistaminique et d'un décongestionnant ou un Rx spécifique; considérer une radiographie des sinus.
- 4) Considérer l'asthme et la BENA : faire TFR/métacholine/DEP/expectoration induite; Rx ad hoc.
- 5) Considérer le RGO; essai trois mois IPP/habitudes de vie/prokinétiques; pH-métrie si nécessaire.
- 6) Investiguer plus en détails si toujours pas d'explication; double Rx; diriger en spécialité si besoin.

Lexique :

IECA :	inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine
RXP :	radiographie pulmonaire
STVRS :	syndrome de toux des voies respiratoires supérieures
BENA :	bronchite éosinophilique non allergique
TFR :	tests de fonction respiratoire
DEP :	débit expiratoires de pointe
RGO :	reflux gastro-œsophagien
IPP :	inhibiteurs de la pompe à protons

Avec une approche rationnelle, on peut venir à bout de 85 % des cas de toux chroniques.

cette cause afin de traiter le problème apparent. Sinon, un traitement non spécifique sera de mise.

Si l'étiologie du syndrome semble être une sinusite chronique (démontrée radiologiquement), on pourra ajouter au traitement une antibiothérapie appropriée, pour une durée mini-male de trois semaines, avec corticothérapie locale.

B) L'asthme

L'asthme peut se présenter comme symptôme principal d'une toux chronique. Une évaluation appropriée comprenant des tests de fonction respiratoire (VEMS pré- et post-bronchodilatateurs) et d'un test de provocation à la métacholine pourra étayer le diagnostic. Une autre pathologie partage des liens communs avec l'asthme et peut causer une toux chronique : la bronchite éosinophilique non asthmatique. Celle-ci peut être confirmée par l'examen des expectorations induites, alors que l'on retrouve sur celles-ci plus de 3 % d'éosinophiles. Le traitement sera alors composé de corticostéroïdes inhalés. Le tableau 2 résume la prise en charge du STVRS et de la toux asthmatique.

C) Le reflux gastro-œsophagien

L'histoire n'est pas sensible, les patients étant souvent asymptomatiques au niveau digestif. Le meilleur examen paraclinique consiste en une pH-métrie de 24 heures; par contre, cet examen n'a pas une très bonne sensibilité et spécificité. Un essai thérapeutique avec un inhibiteur de la pompe à protons demeure le meilleur test : celui-ci doit être prolongé (trois mois) avant d'être considéré comme un échec.

Retour sur le cas de Gaston

Vous vous assurez que Gaston n'est pas en contact avec des irritants.

Ensuite, après un questionnaire et un examen minutieux, vous n'avez pu trouver aucune cause évidente de toux. De plus, la radiographie pulmonaire est normale.

Vous donc débutez un traitement pour le syndrome de toux des voies respiratoires supérieures, et vous expliquez au malade que de trouver le bon traitement pour lui peut être long, et qu'il devra être patient. Vous prévoyez une visite de contrôle avec lui dans quatre semaines.

À retenir...

- La toux chronique est fréquente et peut être très inconfortable chez les malades atteints : elle mérite toujours une investigation soignée.
- L'anamnèse et l'examen clinique sont souvent peu fiables lors de l'évaluation d'une toux chronique : des essais thérapeutiques empiriques peuvent alors être tentés.
- Chez les malades non fumeurs, ne prenant pas d'IECA et ayant une radiographie pulmonaire normale, 80 % des toux chroniques sont secondaires à un syndrome de toux des voies respiratoires supérieures, à un asthme ou à un reflux gastro-œsophagien.
- Avec une approche rationnelle, on peut venir à bout de 85 % des cas de toux chroniques.



Et si le patient demeure symptomatique?



À ce stade, plusieurs pathologies plus rares sont à considérer, telles la bronchiolite et les maladies pulmonaires interstitielles. Selon la suspicion clinique, on pourra alors procéder à une investigation spécialisée : tomodensitométrie axiale à haute résolution, bronchoscopie, cinédégglutition, etc. Si aucune pathologie n'est découverte, certains traitements non spécifiques pourront être tentés, dont les antihistaminiques, l'ipratropium et le dextrométhorphan. Le tableau 3 donne un résumé des démarches diagnostiques. *Clin*

Bibliographie

1. Holmes RL, Fadden CT: Evaluation of the patient with chronic cough. *Am Fam Physician* 2004; 69:2159-66.
2. Morice AH, Kastelik JA: Chronic cough in adults. *Thorax* 2003; 58:901-7.
3. Morice AH, Fontana GA, Sovijarvi AR, et coll: The diagnosis and management of chronic cough. *Eur Respir J* 2004; 24:481-92.
4. Lawler WR: An office approach to the diagnosis of chronic cough. *American Family Physician* 1998; 58(9):2015-25.
5. Irwin RS, Baumann MH, Bolser DC, et coll: Diagnosis and Management of Cough Executive Summary: ACCP Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest* 2006 Jan; 129:1S-23S.
6. Pratter MR: Overview of Common Causes of Chronic Cough: ACCP Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest* 2006; 129:59S-62S.
7. Pratter MR: Chronic Upper Airway Cough Syndrome Secondary to Rhinosinus Diseases (Previously Referred to as Postnasal Drip Syndrome): ACCP Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest* 2006; 129:63S-71S.
8. Dicpinigaitis PV: Chronic Cough Due to Asthma: ACCP Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest* 2006; 129:75S-79S.
9. Irwin RS: Chronic Cough Due to Gastroesophageal Reflux Disease: ACCP Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest* 2006; 129:80S-94S.
10. Pratter MR, Brightling CE, Boulet LP, et coll: An Empiric Integrative Approach to the Management of Cough: ACCP Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest* 2006; 129:222S-231S.