

Tout sur la toux!

Louis-Philippe Boulet, MD, FRCPC, FCCP

La classification de la toux

La toux est une des principales causes de morbidité et un des plus fréquents motifs de consultation médicale. C'est d'abord un moyen de défense permettant d'éliminer les sécrétions bronchiques et les particules inhalées, mais elle peut également avoir des effets néfastes, principalement en disséminant des agents infectieux et en affectant la qualité de vie de ceux qui en souffrent et de leur entourage.

La toux est généralement classifiée selon sa durée ; elle peut être aiguë (moins de trois semaines), subaiguë (entre trois et huit semaines) et chronique-persistante-rebelle (plus de huit semaines). La prévalence de la toux rebelle varie de 3 à 40 % selon la population étudiée et sa définition. Les principales étiologies de la toux et leur évaluation se trouvent aux figures 1 à 3 et au tableau 1.

Les caractéristiques de la toux selon son étiologie

La toux médicamenteuse

La toux peut être causée par la prise de certains médicaments tels, classiquement, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA). Elle est en général non productive et peut disparaître dans les quatre semaines suivant l'arrêt. La fréquence

de la toux persistante avec ce type de médicament est de 5 à 20 % selon les études. Pour ce qui est des antagonistes de l'angiotensine II, le problème de toux persistante n'a pas été rapporté comme pour les IECA. Enfin, les bêta-bloqueurs peuvent être impliqués dans une toux rebelle, souvent en exacerbant un asthme sous-jacent non reconnu.

Le tabagisme

Le tabagisme est une des principales causes de toux de longue durée. Cependant, les fumeurs considèrent souvent « normal » de tousser et consultent peu pour ce symptôme. La toux due au tabagisme disparaît généralement en deux à trois semaines après la cessation du tabac. Chez tout fumeur de longue date, une néoplasie pulmonaire ou MPOC devra être éliminée.

Le syndrome de toux originant des voies aériennes supérieures (STOVAS)

La toux associée à un problème des voies aériennes supérieures de type rhinosinusite ou pharyngite est reconnue comme l'étiologie la plus commune de la toux rebelle. Cette entité, souvent appelée autrefois « écoulement nasal postérieur », est maintenant reconnue sous le vocable *Upper Airway Cough Syndrome* (UACS) que l'on peut librement traduire en français par le terme de syndrome de toux originant des voies aériennes supérieures (STOVAS). Les symptômes, parfois peu évidents, peuvent cependant inclure une sensation d'écoulement de sécrétions à l'arrière-gorge, mais aussi une rhinorrhée antérieure ou une impression d'irritation des voies aériennes supérieures. À l'examen physique, on peut retrouver des signes de pharyngite avec parfois une muqueuse pharyngée d'apparence granuleuse. La radiographie

Le Dr Boulet est pneumologue à l'Hôpital Laval et professeur titulaire de médecine à l'Université Laval.

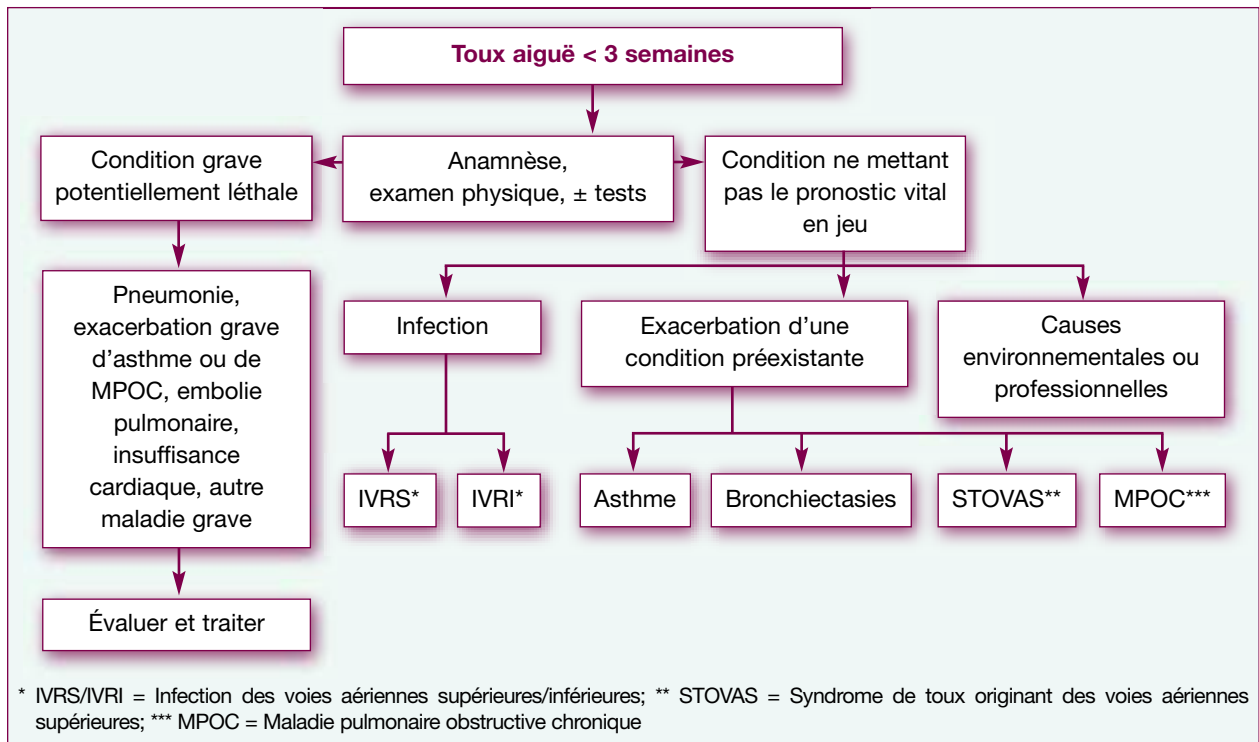


Figure 1. L'algorithme d'évaluation de la toux aiguë (traduit et adapté de Diagnosis and Management of Cough: ACCP Evidence-Based Practice Guidelines. Chest 2006 Jan; 129(Suppl):1S-292S.)

des sinus peut démontrer des signes de sinusite, et ceux-ci peuvent être encore plus apparents à la tomodensitométrie.

L'asthme

L'asthme est également une des causes fréquentes de toux persistante, et la toux peut être son seul mode de présentation, une condition appelée *Cough variant of asthma*. En présence de symptômes suggestifs, on confirmera le diagnostic d'asthme par la démonstration d'une obstruction bronchique variable, soit en démontrant une réponse significative au bronchodilatateur telle que démontrée par une augmentation du volume expiratoire maximal en une seconde (VEMS) de 12 % ou plus ou encore par une variation du VEMS, ou du débit de pointe (DEP) de 20 % ou plus, à long terme, ou par un test de provocation bronchique positif (ex. : à la méthacholine). Tout comme pour la rhinite, un terrain allergique devra être documenté par l'histoire et les tests cutanés.

Le reflux gastro-œsophagien

Le reflux gastro-œsophagien (RGO) fait également partie des trois grandes causes de toux rebelle. Celui-ci peut causer la toux ou en être la conséquence, et il est parfois difficile de distinguer quel problème est la cause de l'autre. Environ 25 % des cas de toux rebelle seraient dus au RGO. On pourra retrouver des symptômes typiques de reflux ou encore aucun symptôme digestif évident, et il ne pourra être mis en évidence que par des mesures telle la pH-métrie de 24 heures. Les guides thérapeutiques recommandent cependant une évaluation de la réponse au traitement empirique du reflux (par exemple, avec un inhibiteur de la pompe à protons) comme première manœuvre diagnostique. La pH-métrie pourra d'ailleurs être normale lorsque le reflux n'est pas acide, un « reflux alcalin » pouvant également causer de la toux.

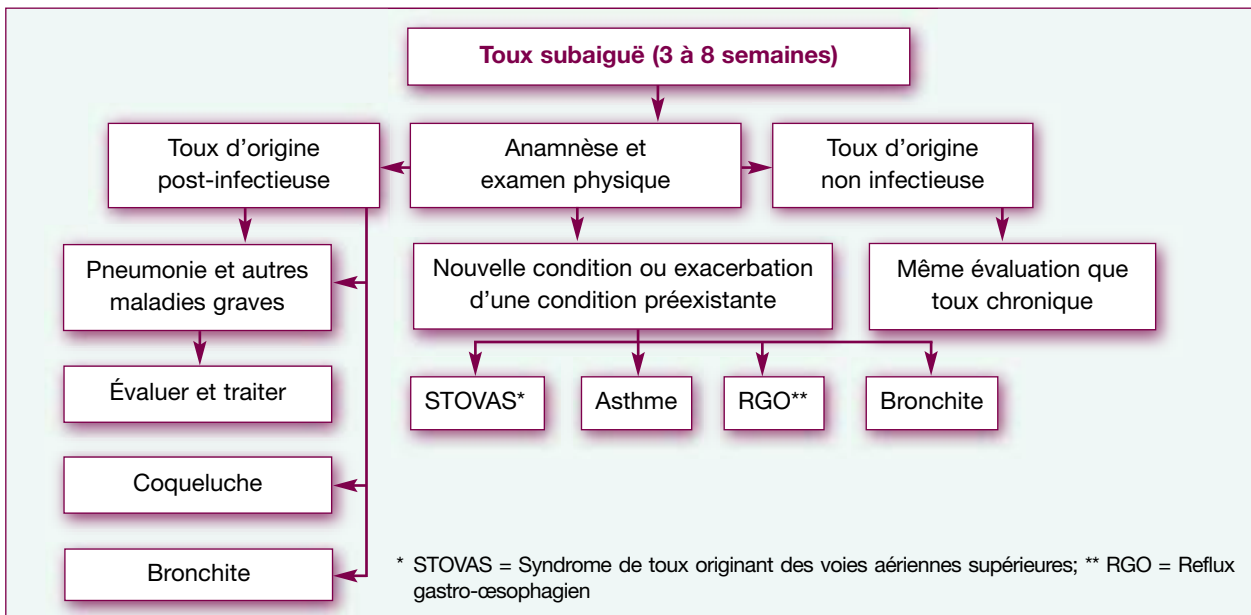


Figure 2. L'algorithme d'évaluation de la toux subaiguë (traduit et adapté de Diagnosis and Management of Cough: ACCP Evidence-Based Practice Guidelines. Chest 2006 Jan; 129(Suppl):1S-292S.)

La bronchite à éosinophiles non asthmatique

La bronchite à éosinophiles non asthmatique (BENA), est caractérisée par la présence d'une éosinophilie bronchique qu'on peut démontrer par l'analyse de l'expectoration induite mais sans hyperréactivité bronchique associée. Cependant, pour la plupart des cliniciens, il est difficile d'identifier cette étiologie de la toux, car les mesures objectives de l'obstruction ou de la réactivité bronchique ne sont pas fréquemment effectuées en soins de première ligne et l'analyse de l'expectoration induite est encore peu disponible. Souvent, le médecin fera un traitement d'essai aux corticostéroïdes inhalés qui pourra faire disparaître la toux, qu'elle soit due à une BENA ou à un asthme.

La toux post-infectieuse

Une infection respiratoire récente sera surtout impliquée comme étiologie de la toux aiguë ou subaiguë, mais une toux rebelle pourrait être d'origine post-infectieuse dans environ 15 % des cas. La toux est en général non productive et disparaît en quelques semaines. La radiographie pulmonaire est toutefois habituellement normale.

Les causes moins fréquentes

Pour ce qui est des autres causes plus rares, on retrouve les bronchiectasies qui sont généralement associées à une bronchorrhée persistante, et qui seront identifiées par la tomographie pulmonaire sans infusion. Une néoplasie pulmonaire doit toujours être recherchée chez les patients qui ont une histoire de tabagisme de longue date ou d'autres symptômes suggestifs (hémoptysie, atteinte de l'état général, etc.). La bronchite chronique sera généralement évidente chez les fumeurs ou ex-fumeurs, mais les tests de fonction respiratoire sont essentiels pour la documenter. La fibrose kystique est de plus en plus fréquente chez l'adulte, mais le diagnostic est généralement fait en bas âge.

La toux rebelle peut parfois être secondaire à l'inhalation d'un corps étranger, un diverticule de Zenker, une insuffisance cardiaque et diverses pneumopathies. La toux psychogénique, ou toux habituelle, est un diagnostic d'exclusion et n'a pas de caractéristique particulière. Le terme « toux inexplicée » remplace maintenant celui de « toux idiopathique » décrivant une toux qui n'a aucune explication malgré l'évaluation extensive suggérée à la figure 3.

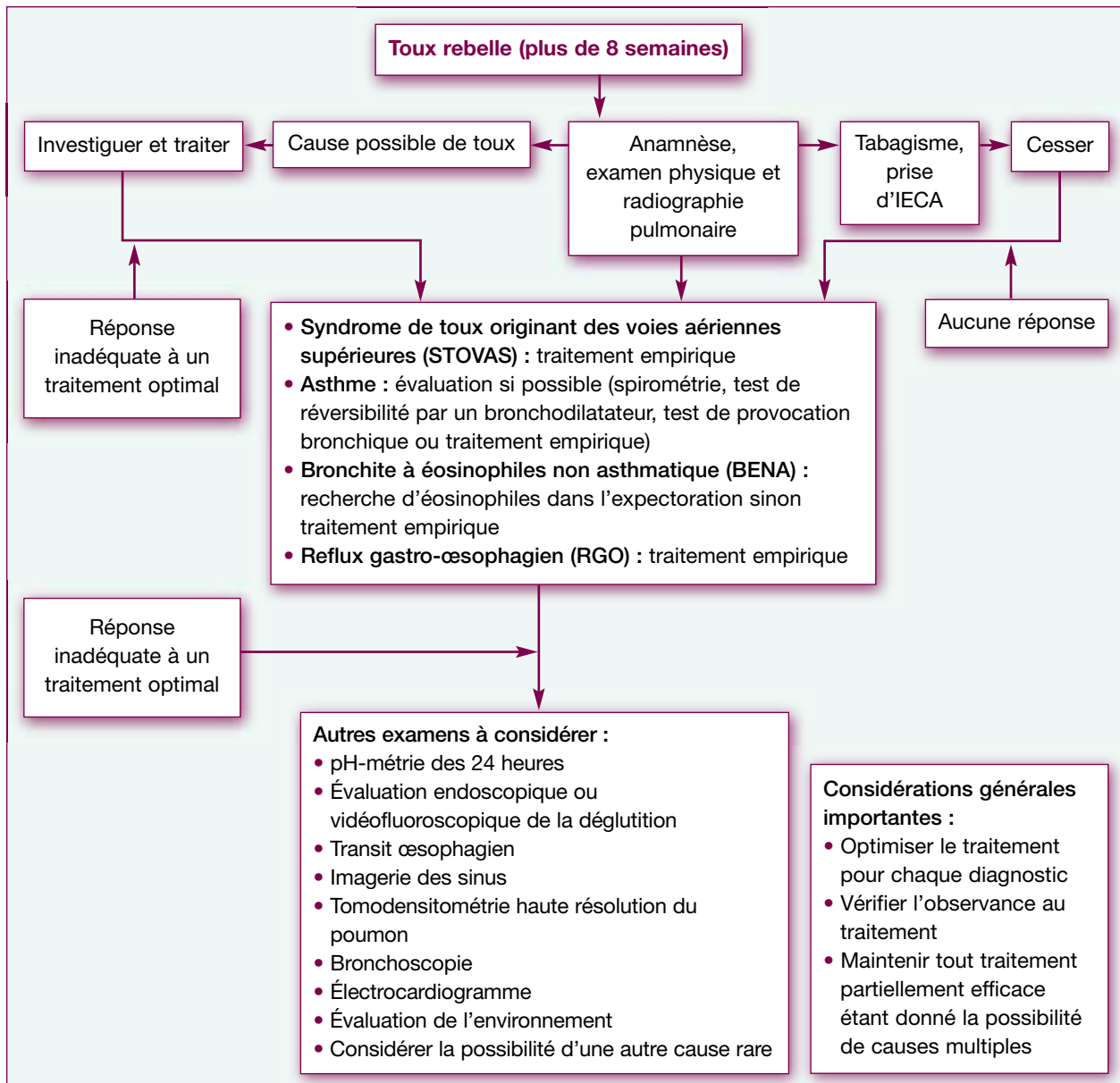


Figure 3. L'algorithme d'évaluation de la toux rebelle (traduit et adapté de Diagnosis and Management of Cough: ACCP Evidence-Based Practice Guidelines. Chest 2006 Jan; 129(Suppl):1S-292S.)

Le traitement de la toux

La toux aiguë

Le traitement spécifique de la cause sera à instaurer rapidement. Pour ce qui est de la toux associée à une infection des voies respiratoires supérieures, on peut offrir un antihistaminique de première génération associé à un décongestionnant telle la pseudoéphédrine (tableau 2).

La toux subaiguë

En général, les traitements proposés pour la toux aiguë peuvent être essayés pour celle subaiguë. Comme pour la toux aiguë, si les traitements échouent et que la toux est grave on peut considérer la possibilité d'utiliser de la prednisone pour une courte période de temps avec un antitussif non spécifique comme la codéine. Le bromure d'ipratropium par inhalation nasale peut être parfois utile. Le traitement des causes non

Tableau 1
Les indices suggérant une étiologie particulière de la toux

Causes	Indices
Toux d'origine médicamenteuse	<ul style="list-style-type: none"> • Résolution suite à leur arrêt (IECA...)
STOVAS (syndrome de toux originant des voies aériennes supérieures)	<ul style="list-style-type: none"> • Symptômes de rhinorrhée postérieure/antérieure ou autres symptômes nasals • Écoulement nasal postérieur, rhinite allergique ou non allergique... • Aspect « en pavé » du pharynx (pharyngite granuleuse) • Réponse aux CSI nasals/antihistaminiques
Asthme	<ul style="list-style-type: none"> • Symptômes compatibles • Présence d'une obstruction bronchique variable ou hyperréactivité bronchique • Bonne réponse aux anti-asthmatiques
Reflux gastro-œsophagien	<ul style="list-style-type: none"> • Symptômes de reflux (peuvent être absents) • Évidences d'œsophagite, pH métrie + ...
Bronchite chronique	<ul style="list-style-type: none"> • Tabagisme > 20 paquets de cigarettes par année • Toux et expectorations au moins trois mois consécutifs pendant au moins deux ans
Bronchite à éosinophiles non asthmatique (BENA)	<ul style="list-style-type: none"> • Hyperéosinophilie de l'expectoration induite en présence de réactivité bronchique normale • Bonne réponse aux CSI
Bronchiectasies	<ul style="list-style-type: none"> • Bronchorrhée • Infections respiratoires fréquentes
Toux post-infectieuse	<ul style="list-style-type: none"> • Histoire d'IVRS au début • Autres diagnostics éliminés
Toux psychogénique ou habituelle	<ul style="list-style-type: none"> • Contexte psychosocial favorable • Autres diagnostics éliminés

infectieuses est similaire à celui de la toux rebelle (figure 2, tableau 2).

La toux rebelle

Le traitement de la toux rebelle sera établi selon les facteurs étiologiques, tels qu'indiqués au tableau 2. Certains antitussifs non spécifiques, tels la codéine ou autres dérivés opiacés peuvent être utilisés pour une courte période au début d'un traitement si la toux est fortement incommodante, mais on ne doit pas empêcher l'élimination des sécrétions le cas échéant. Les expectorants et agents mucolytiques sont généralement peu ou pas utiles. On verra à optimiser le traitement de chaque condition et vérifier la compliance au traitement, en plus de considérer la possibilité qu'il y ait plus d'une cause de toux.

Bref...

Il faut se souvenir que la conduite à tenir devant une toux doit être systématique. Elle doit prendre en compte la fréquence des principales étiologies possibles et les résultats du bilan initial. Le traitement sera celui de la cause (ou des causes) identifiée(s). Le traitement antitussif non spécifique n'a qu'un rôle transitoire limité.

Pour en savoir davantage sur la toux, consultez la publication suivante :

Irwin RS, Baumann MH, Bolser DC, Boulet LP, et coll: Diagnosis and Management of Cough Executive Summary: ACCP Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. Chest. 2006; 129:1S-23S.

Tableau 2, à la page suivante →



Tableau 2

Les principaux traitements de la toux selon son étiologie

Les causes possibles de la toux	Traitements
Toux aiguë ou subaiguë (0-8 semaines)	
Infection des voies aériennes supérieures (généralement virale)	Antihistaminiques de 1 ^{re} génération / décongestionnants oraux. Si subaiguë : parmi les options thérapeutiques, on retrouve également l'ipratropium ou les corticostéroïdes à court terme.
Sinusite aiguë	Antihistaminiques de 1 ^{re} génération / décongestionnants (oraux) + antibiotiques.
Exacerbation d'un asthme	Introduire ou augmenter les corticostéroïdes inhalés, β 2-agoniste inhalé PRN, corticostéroïdes oraux si sévère.
Exacerbation de MPOC	Bronchodilatateurs, corticostéroïdes oraux, antibiotiques.
Coqueluche	Antibiotique (macrolide) – Isoler pour 5 jours.
Toux rebelle (> 8 semaines)	
Asthme	Assainissement de l'environnement et éducation, anti-inflammatoires bronchiques, bronchodilatateurs, suivi régulier, plan d'action.
Bronchiectasies	Toilette bronchique, bronchodilatateurs (?)*, traitement des surinfections, chirurgie (?) si localisées et infections fréquentes.
Bronchite chronique	Cessation du tabagisme, éviter les irritants respiratoires, bronchodilatateurs, corticostéroïdes (?).
Bronchite à éosinophiles non asthmatique	Corticostéroïdes inhalés
STOVAS	Antihistaminiques de 1 ^{re} génération / décongestionnants oraux.
Rhinite allergique	Corticostéroïdes topiques nasaux, antihistaminique de dernière génération.
Rhinite non allergique	Décongestionnants / antihistaminiques de 1 ^{re} génération, ipratropium nasal.
Rhinosinusite chronique/polypose nasale	Corticostéroïdes oraux nasaux (oraux ?), évaluation en ORL (chirurgie ?).
Reflux gastro-œsophagien	Régime alimentaire, s'abstenir de boire ou manger deux heures avant le coucher. Éviter alcool, caféine, tabac, théophylline, inhibiteurs des canaux calciques, anticholinergiques, et anti-inflammatoires non stéroïdiens. Élever la tête du lit de 10 à 15 cm. Réduction du poids si obésité. Médications possibles : inhibiteurs de la pompe à protons, antiacide, antagoniste des récepteurs H2, sucralfate, agents procinétiques.
Toux et néoplasie pulmonaire	Traitement de la cause – arrêt du tabagisme – antitussifs non spécifiques si trop inconfortable.
Toux d'origine médicamenteuse	Arrêt du médicament responsable
Toux post-infectieuse	Elle peut disparaître seule. Antihistaminiques de 1 ^{re} génération / décongestionnants oraux, corticostéroïdes en inhalation ou ipratropium nasal peuvent aider.
Toux psychogénique ou habituelle	Psychothérapie, traitement antitussif non spécifique pour une courte période (?).
* ? = Indique une option thérapeutique possiblement utile chez certains patients	

Des références sont disponibles – contactez *Le Clinicien* à : clinicien@sta.ca 