La toux : ce mal qui dérange

Vous l'entendez très bien, trop bien. Depuis une heure, il tousse régulièrement et cela vous agace, car vous êtes incapable de vous concentrer. La toux est un symptôme qui dérange et qui devient socialement inacceptable; on n'a qu'à penser au cinéma, à un concert, au théâtre ou à un spectacle... une personne qui tousse est une personne qui dérange. Dans cet article, l'auteure explique quelles sont les causes les plus fréquentes de la toux et comment la traiter.

Par Candide Tremblay, M.D.

Dre Tremblay est professeure adjointe, Université de Montréal, et pneumologue, service de pneumologie, Hôpital Maisonneuve-Rosemont, Montréal.

La toux compte parmi les symptômes les plus fréquents qui motivent une personne à consulter. De 10 % à 40 % des consultations en pneumologie sont reliées à une toux dont la cause est indéterminée.[1]

De très nombreuses complications peuvent être reliées à la toux, mais la plus fréquente est la diminution de la qualité de vie. La toux est un

En bref :

La toux : ce mal qui dérange

Quelles sont les trois premières causes de la toux?

La rhinorrhée postérieure, l'asthme et le reflux gastro-œsophagien (RGO). La rhinorrhée postérieure peut être secondaire à une rhinite allergique, à une rhinite per-annuelle chronique non allergique, à une rhinite post-infectieuse, à une rhinite reliée à des irritants environnementaux, à une rhinite vasomotrice ou à une sinusite. L'asthme est le deuxième diagnostic le plus fréquent en présence d'une toux chronique. On soupçonne ce diagnostic en présence de sibilances épisodiques, associées à de la dyspnée plus ou moins marquée, en plus de la toux. Le RGO est la troisième cause associée. La toux peut être secondaire au reflux dans l'hypopharynx avec ou sans aspiration, mais il peut aussi s'agir d'une toux réflexe médiée par la stimulation des fibres afférentes du réflexe de la toux dans l'œsophage distal.

Quels sont les traitements efficaces de la toux?

La rhinite peut être traitée avec des corticostéroïdes topiques et des antihistaminiques avec ou sans décongestionnants (s'ils ne sont pas contre-indiqués, car il causent des interactions avec des antihypertenseurs). Si les stéroïdes sont inefficaces pour la rhinite vasomotrice, on peut essayer le bromide d'ipatropium intranasal. Si le patient souffre d'une sinusite bactérienne, on doit le traiter avec des antibiotiques couvrant l'*Hæmophilus influenzæ* et le *Streptococcus pneumoniæ*. Pour l'asthme, une bonne hydratation des muqueuses semble aussi efficace pour diminuer les symptômes. On doit entreprendre un traitement classique basé sur la maîtrise de l'inflammation (stéroïdes par inhalation, antagoniste du récepteurs des leucotriènes) avec les bêta-2-adrénergiques à courte durée d'action (prescrits au besoin). Pour le RGO, on doit donner des conseils au patient pour prévenir le RGO et lui suggérer d'adopter une diète faible en gras. Le patient doit éviter de prendre une collation avant de se coucher, diminuer sa consommation d'aliments épicés et de café (thé ou cola), et maintenir un poids santé. Un inhibiteur de la pompe à protons doit être prescrit. Il doit être donné à plus forte dose que dans le traitement habituel du RGO sans toux associée, soit deux fois par jour et pendant une plus longue période (cinq à six mois).

symptôme qui dérange et qui devient socialement inacceptable; on n'a qu'à penser au cinéma, à un concert, au théâtre ou à un spectacle… une personne qui tousse est une personne qui dérange.

On considère qu'une toux est aiguë lorsqu'elle disparaît en moins de huit semaines. La toux aiguë peut être secondaire à une infection virale ou bactérienne des voies aériennes supérieures, à une rhinite allergique ou à une exposition à des irritants. On doit également vérifier s'il s'agit d'une cause plus grave comme l'asthme, une insuffisance cardiaque, une pneumonie, une embolie pulmonaire ou une néoplasie bronchique.

Le médecin évaluera principalement les patients qui présentent une toux chronique et dont la radiographie pulmonaire est normale.

De nombreuses maladies peuvent entraîner une toux chronique, mais plusieurs études ont démontré que ces cinq maladies causent le plus fréquemment la toux : la rhinorrhée postérieure, l'asthme, le reflux gastro-œsophagien (RGO), la bronchite chronique et les bronchiectasies. Les 3 premières maladies sont la cause de la toux dans près de 85 % des cas (tableau 1).[1,2]

Tableau 1

Les causes les plus fréquentes de la toux

La rhinorrhée postérieure
L'asthme
Le reflux gastro-œsophagien
La bronchite chronique et les bronchiectasies

Ces troubles comptent pour 99 % des cas de toux chez un patient immunocompétent, non fumeur, ne prenant pas d'inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine et dont la radiographie est normale.

La rhinorrhée postérieure

La rhinorrhée postérieure est la cause la plus fréquente de la toux chronique. Elle peut être secondaire à une rhinite allergique, à une rhinite per-annuelle chronique non allergique, à une rhinite post-infectieuse, à une rhinite reliée à des irritants environnementaux, à une rhinite vasomotrice ou à une sinusite.

Les patients se plaignent d'écoulement dans la gorge, d'écoulement nasal fréquent ou de se « désenrhumer » constamment. Ils peuvent également se plaindre de dyspnée et de sifflement respiratoire, ce qui peut indiquer la présence d'asthme.

À l'examen physique, on peut retrouver des sécrétions mucoïdes dans l'oropharynx avec un aspect en « pavés » de la muqueuse.

L'asthme

L'asthme est le deuxième diagnostic le plus fréquent en présence d'une toux chronique.

On soupçonne ce diagnostic en présence de sibilances épisodiques, associées à de la dyspnée plus ou moins marquée, en plus de la toux.

Le diagnostic est posé en objectivant une obstruction réversible après bronchodilatation (plus de 12 %) ou par une chute de 20 % du volume respiratoire maximum-seconde (VEMS) lors de la provocation bronchique à la méthacholine (PC_{20} inférieure à 8 mg/ml).

Le reflux gastro-œsophagien

Le RGO est la troisième cause de la toux chronique. La toux peut être secondaire au reflux

Les fumeurs souffrant d'une bronchite chronique consultent rarement en raison de leur toux, sauf lorsqu'ils subissent des pressions de la part de leur entourage qui s'inquiète et qui craint une maladie plus grave, un cancer endobronchique, par exemple.

dans l'hypopharynx avec ou sans aspiration, mais il peut aussi s'agir d'une toux réflexe induite par la stimulation des fibres afférentes du réflexe de la toux dans l'œsophage distal.

Les patients peuvent se plaindre de brûlement, d'un goût amer dans la bouche ou de régurgitation, mais ils sont complètement asymptomatiques dans un grand nombre de cas.

Le diagnostic se fait par la pHmétrie œsophagienne de 24 heures. Ce test est sensible et spécifique dans plus de 90 % des cas, tandis que l'œsophagographie radiologique est moins spécifique et moins sensible.

Lorsque ce diagnostique est soupçonné, certains auteurs recommandent de faire les examens uniquement si le patient est asymptomatique. On peut entreprendre un traitement spécifique si les symptômes cliniques sont classiques.

La bronchite chronique

Les fumeurs souffrant d'une bronchite chronique consultent rarement en raison de leur toux, sauf lorsqu'ils subissent des pressions de la part de leur entourage qui s'inquiète et qui craint une maladie plus grave, un cancer endobronchique, par exemple. La toux est l'un des premiers symptômes à disparaître lorsqu'il y a arrêt du tabagisme.

Les bronchiectasies

Le diagnostic est posé facilement lorsque le patient expectore 20 ml à 30 ml de sécrétions par jour. La radiographie démontre alors des images propres à ce trouble dans près de 90 % des cas. Cependant, certains tableaux diagnostiques sont moins importants et peuvent se présenter surtout avec de la toux et une radiographie moins révélatrice.

La toux causée par des médicaments

Il y a bien sûr d'autres causes de toux chronique lorsque la radiographie pulmonaire est normale.

La toux secondaire aux agents médicamenteux ne peut être passée sous silence. De nombreux médicaments peuvent engendrer une toux.

On connaît bien la toux secondaire aux inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine. Cette toux, habituellement non productive, est associée à une sensation d'irritation et de chatouillement dans la gorge. Sa fréquence varie beaucoup dans la littérature médicale, oscillant entre 2 % et 33 % des cas. La toux se manifeste 15 à 20 jours après le début de la prise du médicament, et celle-ci cesse 25 à 30 jours suivant l'arrêt du médicament.

La toux semble moins fréquente avec les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine. Elle serait présente dans 1 % à 8 % des cas.[3] De nombreux autres médicaments peuvent engendrer une toux (tableau 2).

Tableau 2

Les médicaments pouvant causer la toux (liste non exhaustive)

Inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine
Antagonistes de l'angiotensine II
Hydrochlorothiazide
Alpha-méthyldopa
Nifédipine
Vérapamil
Isoflurane
Desflurane
Cromoglycate de sodium
Beclométhasone
Triamcinolone
Bromide d'ipratropium
Formotérol
Pirbutérol
Antihistaminiques
Capsaïcine
Interféron bêta-1
Phénothiazines
Flunitrazépam
Pentamidine en aérosols
Inhibiteurs de l'ECA

Adapté de : *Meyler's side effects of drugs.*

La toux post-infectieuse

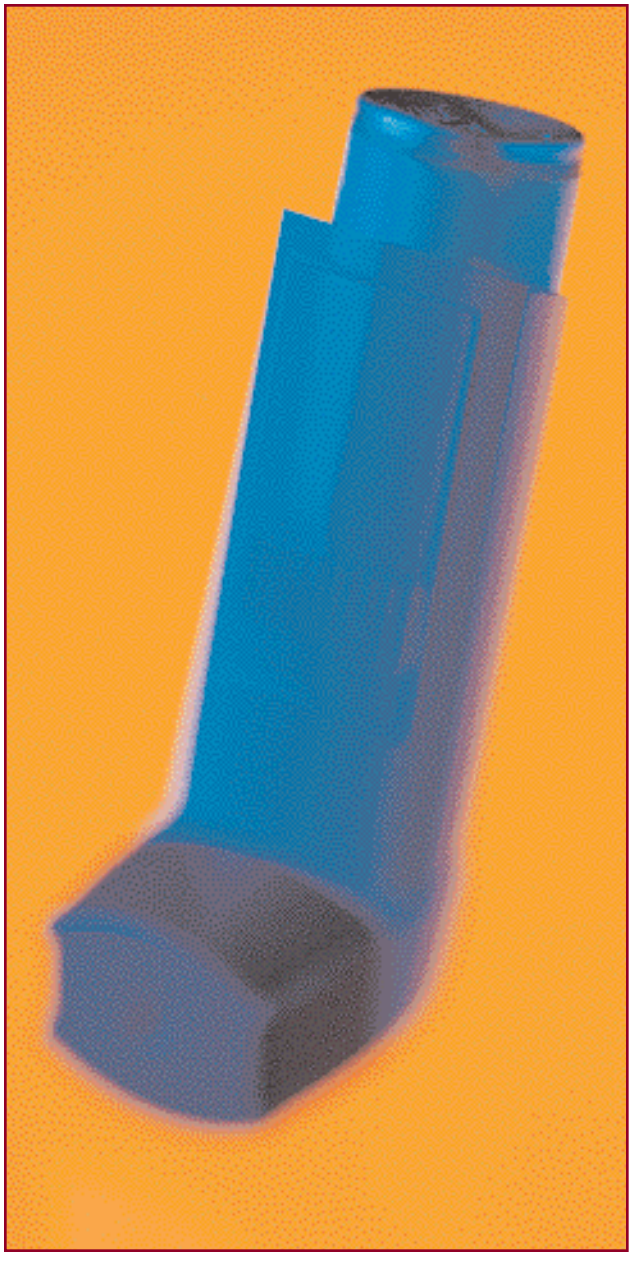
Plusieurs patients se plaignent d'une toux persistante après une infection des voies aériennes supérieures. Cette toux peut survenir dans 10 % à 25 % des cas et disparaît habituellement sans traitement.

L'évaluation

Si on connaît les diagnostics les plus fréquents de la toux chronique, il devient plus facile de faire une évaluation. Cet algorithme est valable chez un patient immunocompétent ayant une radiographie pulmonaire normale.

- Recueillez une bonne anamnèse de la sphère oto-rhino-laryngologique et des symptômes digestifs et respiratoires.
- Établissez une liste complète des médicaments que prend le patient.

Le médecin évaluera principalement les patients qui présentent une toux chronique et dont la radiographie pulmonaire est normale.



- Faites une bonne évaluation de l'environnement du patient, tant à la maison qu'au travail; informez-vous de la présence d'animaux, de tapis ou d'autres allergènes, comme les acariens.
- Retardez l'évaluation jusqu'à quatre semaines après l'arrêt tabagique ou l'arrêt de la prise d'IECA. Si les symptômes persistent, continuez l'évaluation.
- Faites une évaluation plus spécifique : une radiographie des sinus, des tests d'allergie, une spirométrie avant et après la prise de bronchodilatateurs, un test de provocation bronchique, une pHmétrie des 24 heures.

Les traitements spécifiques

La rhinorrhée postérieure

La rhinite peut être traitée avec des corticostéroïdes topiques, des antihistaminiques avec ou sans décongestionnants s'ils ne sont pas contre-indiqués (par exemple, dans les cas d'hypertension artérielle).

Si les stéroïdes sont inefficaces pour la rhinite vasomotrice, on peut essayer le bromide d'ipatropium intranasal.

Si le patient souffre d'une sinusite bactérienne, on doit le traiter avec des antibiotiques couvrant l'*Hæmophilus influenzæ* et le *Streptococcus pneumoniæ*.

Une bonne hydratation des muqueuses semble aussi efficace pour diminuer les symptômes (solutions salines intra-nasales).

L'asthme

On doit entreprendre un traitement classique basé sur la maîtrise de l'inflammation (stéroïdes par inhalation, antagoniste du récepteur des leucotriènes) avec les bêta-2-adrénergiques à courte durée d'action (prescrits au besoin [PRN]).

Le reflux gastro-œsophagien

On doit donner des conseils au patient pour prévenir le RGO et lui suggérer d'adopter une diète faible en gras. Le patient doit éviter de prendre une collation avant de se coucher, diminuer sa consommation d'aliments épicés et de café (thé ou cola), et maintenir un poids santé.

Un inhibiteur de la pompe à protons doit être prescrit. Il peut être donné à plus forte dose que dans le traitement habituel du RGO sans toux associée, soit deux fois par jour et pendant une plus longue période (cinq à six mois).

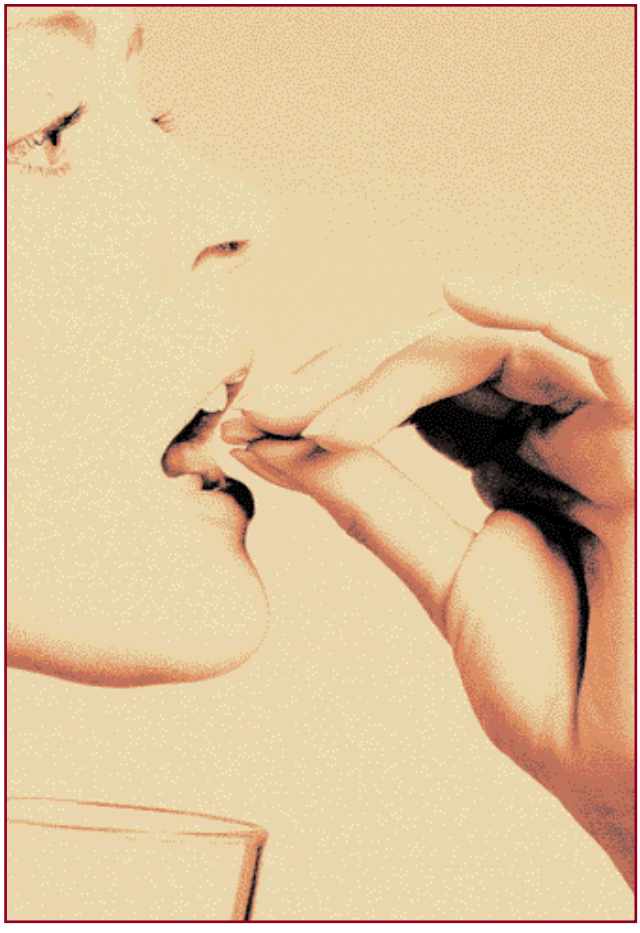
Si la toux persiste après 6 mois de traitement, une pHmétrie de 24 heures peut être répétée tandis que le patient est sous médication pour juger la réaction au traitement médical. Dans les cas graves de reflux persistant, on peut songer au traitement chirurgical.

La bronchite chronique

La bronchite chronique du fumeur peut disparaître ou du moins diminuer chez 94 % des individus qui cessent de fumer. L'amélioration de la toux est habituellement rapide et survient dans les trois ou quatre premières semaines après l'arrêt tabagique. On ne saurait trop encourager nos patients à cesser de fumer, avec ou sans aide pharmacologique.

Les bronchiectasies

Le traitement des bronchiectasies est le drainage postural et la toilette bronchique associés à la prise de bronchodilatateurs et d'une antibiothérapie contre l'*Hæmophilus influenzæ* et le *Streptoccoccus pneumoniæ* lorsqu'il y a une surinfection clinique. Parfois, des bactéries plus spécifiques sont retrouvées, telles le *Staphylococcus aureus* ou le *Pseudomonas aeruginosa*.



La toux causée par des médicaments

L'arrêt du médicament causant la toux est le traitement de choix.

La toux post-infectieuse

Habituellement, cette toux se résout sans traitement médical spécifique. Dans certains cas plus graves, on peut tenter des stéroïdes par inhalation

ou des stéroïdes oraux pour quelques jours ou du bromide d'ipatropium.

L'utilisation de décongestionnants antihistaminiques permettrait de réduire la gravité et la durée de la toux secondaire à un rhume. Les nouvelles classes d'antihistaminiques non sédatifs n'ont cependant pas le même effet.[4]

Les résultats

- Une approche systématique de la toux permet d'établir un diagnostic dans 90 % à 98 % des cas, avec un traitement efficace 85 % à 95 % du temps.
- La toux chronique peut avoir 2 causes différentes dans 20 % à 60 % des cas et avoir 3 causes différentes jusqu'à 40 % du temps.
- Si les causes de la toux sont multiples, on doit combiner les divers traitements spécifiques.
- Le RGO peut parfois être mis en évidence par une œsophagographie radiologique malgré une pHmétrie normale.
- Si la toux persiste malgré un traitement spécifique en relation avec le diagnostic soupçonné, on doit étendre l'évaluation à une tomodensitométrie thoracique (recherche de bronchiectasies), à une bronchoscopie pour éliminer une lésion endo-bronchique ou à une évaluation cardiaque.

Conclusion

La toux est un mécanisme de défense vital qui sert à protéger les voies aériennes inférieures. Cependant, elle est très incommodante lorsqu'elle devient chronique et elle entraîne beaucoup de désagréments pour celui qui en est atteint; il vit beaucoup de pressions de la part de son entourage et peut même vivre du rejet, car la toux est mal acceptée en société.

La toux mérite donc notre attention, même si les causes de la toux chronique chez les patients qui présentent une radiographie pulmonaire normale sont rarement dangereuses. *Clin*

Références

1. Irwin, RS, Curley, FJ, French, CL : Chronic cough. Am Rev Respir Dis 141:640, 1990.
2. Pratter, MR, Bartter, T, et coll. : An algorithmic approach to chronic cough. Ann Inter Med 119:977, 1993.
3. Silvestri, RC, Weinberger, JE : CD ROM *Evaluation of chronic cough*, 9.2.
4. Irwin, RS, Boulet, Lp et coll. : Managing cough as defence mechanism and as a symptom. Chest 114(suppl.):1335, 1998.

Lectures suggérées

1. Murray, JF, Nadel, JA : *Textbook of Respiratory Medicine*, 2000.
2. Irwin, RS : Postnasal drip causes cough. Chest 85:346, 1994.
3. Irwin, RS : Chronic cough due to gastro-œsophageal reflux. Chest 104:1511, 1993.
4. Boulet, LP : Conférence canadienne de consensus sur l'asthme. Can Med Assoc J 161:(suppl.), 1999.

Formation médicale continue...
Vous trouverez à la page 132
le Médi-test, un test de formation médicale continue fait en collaboration avec l'Université Laval.
En remplissant correctement ce test, vous pouvez obtenir
1 heure de crédit de catégorie 2.