

Toux chronique

H. Stalder, Th. Rochat

Introduction

La toux est souvent considérée comme le symptôme le plus fréquent menant à une consultation de médecine de premier recours. Ainsi, des milliards de médicaments contre la toux sont vendus chaque année. Cette stratégie traite la toux persistant plus de 3 semaines (toux chronique) survenant chez des sujets adultes non immunodéprimés.

Approche clinique

Le réflexe de la toux (fig. 1) a son origine à de multiples localisations, du canal auditif par le pharynx, la trachée, les bronches, jusqu'au diaphragme et l'estomac, qui doivent tous être considérés dans le diagnostic différentiel. Cependant, en clinique, il s'est révélé qu'une ou plusieurs des causes suivantes sont trouvées dans la plupart des études, plus de 9 fois sur 10 (tabl. 1): écoulement postérieur et infection persistante, asthme (et équivalent d'asthme) et bronchite à éosinophiles, et reflux gastro-œsophagien. Il n'est cependant pas étonnant que plusieurs des causes soient impliquées (>40% des cas dans quelques études). L'écoulement postérieur peut avoir une cause allergique, donc être associé à l'asthme et à la bronchite à éosinophiles, l'infection persistante peut causer de l'écoule-

ment postérieur et déclencher un asthme, l'asthme a été associé au reflux, le reflux peut être entretenu par la toux, etc. Enfin, il faut noter que la toux en soi diminue la sensibilité à la stimulation de la toux. Ainsi, la cause déclenchante de la toux (par ex. une infection des voies respiratoires supérieures) n'est pas nécessairement le mécanisme qui l'entretient.

Tableau 1. Les causes les plus fréquentes de la toux.

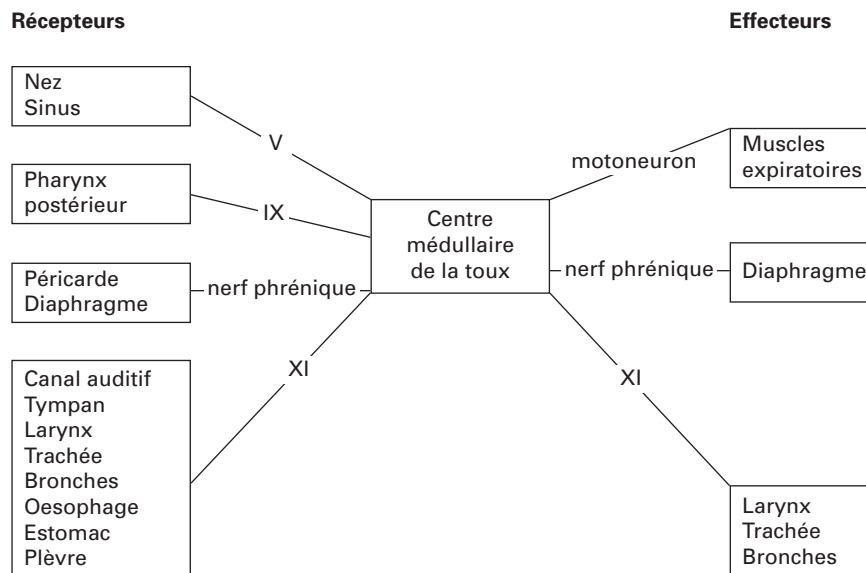
Écoulement postérieur et infection persistante
Asthme (et équivalent d'asthme), bronchite à éosinophiles
Reflux gastro-œsophagien
NB: Souvent plus d'une cause sont impliquées!

Les causes plus rares (<5%) sont résumées dans le tableau 2.

Dans ce texte ne seront traitées que les causes fréquentes, étant donné que plusieurs étiologies des causes rares peuvent être facilement éliminées par une anamnèse et un examen physique soigneux accompagnés d'une radiographie du thorax, ou sont alors, à cause de leur rareté, du domaine des spécialistes.

Il est évident que la cigarette joue un rôle prédominant dans la toux, soit comme cause déclenchante (polluant), soit en altérant la physiologie (clearance du mucus) ou l'anatomie (bronchite chronique, emphysème, etc.) du tractus respiratoire. La toux chez un fu-

Figure 1. Les réflexes de la toux.



meur est un bon départ pour une consultation antitabac!

Tableau 2. Autres causes de toux chronique (cette liste est non exhaustive).

Causes rares (<5%) de toux chronique (sans symptômes évidents)
Bronchite chronique
Bronchiectasies
Pneumopathies interstitielles
Médicaments: inhibiteur d'enzyme de conversion, autres
Tumeur bronchique
Environnement
Psychogène
Enfants: maladie congénitale des grands vaisseaux
aspiration de corps étrangers
environnement (fumée passive)

Écoulement postérieur et infections persistantes

Chez les non fumeurs, l'écoulement postérieur est considéré comme la cause la plus fréquente de la toux, surtout si on trouve une infection des voies respiratoires supérieures dans l'anamnèse. Les causes de l'écoulement postérieur sont résumées dans le tableau 3. Les signes cliniques («chat» dans la gorge, congestion nasale, rhinorrhée) n'ont une valeur prédictive positive que d'environ 50%. Ainsi, ce diagnostic ne peut souvent être fait que par un essai de traitement (voir ci-dessous). Des examens complémentaires tels que examen ORL par le spécialiste ou CT des sinus sont à considérer une fois que les autres causes de la toux chronique ont été rendues moins probables.

Tableau 3. Les causes de l'écoulement postérieur.

Infections des voies respiratoires supérieures, y compris sinusite
Rhinite allergique
Rhinite aspécifique

Si, par convention, la toux chronique a été définie comme une toux durant plus de 3 semaines, c'est parce qu'en médecine de premier recours les causes les plus fréquentes de la toux sont les infections des voies respiratoires supérieures à durée limitée. Certaines infections peuvent persister plus longtemps, telles que celles dues à *Mycoplasma pneumoniae* et *Chlamydia trachomatis*. C'est cependant la coqueluche (*Bordetella pertussis*) qui a été impliquée le plus souvent comme cause de toux

chronique (jusqu'à 8 semaines). Chez l'adulte, la toux peut se présenter sans aucune autre caractéristique, sauf qu'elle est souvent violente et quelquefois associée à des vomissements. Une vaccination dans l'enfance n'est pas nécessairement protectrice.

Le diagnostic par culture et la PCR ne sont pas très sensibles, surtout après une évolution de quelques semaines. Un diagnostic par sérologie (en particulier IgA) peut être tenté si nécessaire.

Asthme (équivalent d'asthme), bronchite à éosinophiles

L'asthme, défini par un syndrome obstructif respiratoire réversible et l'équivalent d'asthme, défini par une toux persistante où l'obstruction ne peut se démontrer que par un test de stimulation (métacholine, histamine) ont été impliqués dans 15–40% des causes de toux chronique. Dernièrement, une nouvelle entité, la bronchite à éosinophiles a été décrite, qui se caractérise par une inflammation de l'arbre bronchique avec des éosinophiles mais sans signes d'obstruction, même pas au test de stimulation. La bronchite à éosinophiles a été impliquée comme cause de toux chronique et est considérée par certains auteurs comme un stade préclinique de l'asthme. Les corticoïdes par voie d'inhalation sont le traitement de choix comme dans l'asthme.

Ces trois entités ont donc en commun une inflammation à éosinophiles des bronches et il a été proposé de faire un examen des crachats (induits si nécessaire) pour la recherche des éosinophiles. Cette trouvaille serait alors une indication à un traitement aux stéroïdes. La sensibilité et la spécificité de ce test ne sont cependant pas connues.

L'anamnèse (atopie chez le patient ou dans sa famille, toux nocturne, précipitation de la toux par le froid, wheezing) a une valeur prédictive positive en dessous de 60%. Souvent, le clinicien sera devant le dilemme soit d'effectuer des fonctions pulmonaires, soit de demander un test de provocation, soit de faire un traitement à l'épreuve sans certitude de diagnostic. Peut-être que la recherche d'éosinophiles dans les crachats résoudra ce problème.

Reflux gastro-œsophagien

Le reflux gastro-œsophagien peut provoquer de multiples complications respiratoires

telles que toux chronique, pneumonie d'aspiration, pneumonie interstitielle, bronchite à éosinophiles. Le reflux a été impliqué dans 10–40% des cas comme cause de la toux chronique. La symptomatologie clinique (dyspepsie, pyrosis, accentuation de la toux après du repos ou en position couchée) n'a qu'une valeur prédictive de 40%. Ainsi, pour le diagnostic, il reste deux possibilités: soit faire un traitement d'épreuve, soit faire une pH-métrie de 24 heures. Ce dernier examen a une valeur prédictive positive d'environ 70%.

Il faut noter que la caractéristique de la toux (toux sèche, toux avec expectorations, toux nocturne, etc.) n'est pas considérée comme élément sensible ou spécifique pour aucune des étiologies citées.

Attitudes et traitement

Si une anamnèse et un status soigneux n'ont pas permis de poser un des diagnostics cités dans les tableaux 1 ou 2, l'étiologie la plus probable est l'écoulement postérieur. Une radiographie du thorax s'impose à ce stade chez des fumeurs avec nouvelle apparition de la toux. Autrement, un traitement d'épreuve d'environ 10 jours a été proposé par la combinaison d'antihistaminiques/vasoconstricteurs *per os*. Il faut noter que les anciens antihistaminiques sont, par leur effet anticholinergique, plus efficaces que les nouveaux anti-H1 plus spécifiques. A cause de l'effet sédatif, il est préférable de les commencer le soir avant une application bijournalière. Le vasoconstricteur peut causer des tachycardies et augmenter la tension artérielle. L'application de longue durée a été associée à un risque augmenté d'apoplexie. Il est donc prudent de ne pas les donner chez des patients à risque cardiovasculaire. Dans ces cas, la combinaison antihistaminique/sympathomimétique peut être remplacée par l'ipratropium (spray nasal). Si une rhinite allergique est fortement suspectée, un antihistaminique spécifique et éventuellement un spray nasal aux corticoïdes sont indiqués.

Avec ce traitement, les chances de guérison sont d'environ 50%. En cas de non réponse, les diagnostics suivants sont les plus probables: sinusite chronique, asthme ou équivalent d'asthme, reflux gastro-œsophagien ou des causes rares (tabl. 2). Chacune de ces étiologies peut être diagnostiquée avec des tests relativement invasifs, voire coûteux:

la sinusite par un CT, l'asthme et l'équivalent par un test à la métacholine (la présence d'éosinophiles dans les expectorations en serait un indice), le reflux par une pH-métrie de 24 heures. Etant donné le désagrément et le coût de ces tests, une approche pragmatique a été proposée, soit inhalation de corticostéroïdes (pour 15 j) et, en cas de non réponse, un traitement d'épreuve avec des inhibiteurs de la pompe H⁺ (plusieurs semaines). Pour le moment, il n'y a pas de preuve que l'une ou l'autre de ces approches soit plus efficace à long terme. Il nous semble cependant important que, si on choisit le traitement d'épreuve, on assure un suivi en cas de non réponse ou rechute.

Les antitussifs habituels, en partie vendus sans ordonnance, n'ont probablement pas plus d'effet que les placebo dont l'efficacité est cependant considérable! Même la codéïne n'est pas meilleure que le placebo en cas de toux post-infectieuse. Les antitussifs devraient être réservés aux cas de toux chronique due à des étiologies qui ne peuvent être traitées causalement (tumeur bronchique, atteinte chronique de la plèvre, pneumopathie interstitielle, etc.).

Attitudes de prévention

La meilleure prévention est la suppression de stimulants extérieurs, tels que la fumée active et passive.

Les 3 points plus importants à retenir

Chez les non fumeurs, les causes de toux chronique sont, par ordre de fréquence: l'écoulement postérieur, l'asthme ou équivalent d'asthme, le reflux gastro-œsophagien. Dans ces cas, une première approche pragmatique par antihistaminique/vasoconstricteur est indiquée après avoir soigneusement exclu un autre diagnostic évident par l'anamnèse et le status.

Une approche systématique peut éviter les dépenses insensées d'antitussifs, qui ne sont indiqués que dans les problèmes de toux qui ne peuvent être traités causalement.

Date de la première édition: 15 mars 1998 par J. Voegeli, Th. Rochat et H. Stalder

Date de la mise à jour: 2 août 2002 par H. Stalder et Th. Rochat

Pour tout renseignement, commentaire ou question: Hans.Stalder@hcuge.ch

Cette stratégie est également disponible sur le web:
<http://www.hcuge.ch/dmc/fr-strateg.htm>

Références

- 1 Irwin RS, Madison JM. The diagnosis and treatment of cough. *N Engl J Med* 2000;343:1715–21.
- 2 Irwin RS, Boulet LP, Cloutier MM, Gold PM, et al. Managing cough as a defense mechanism and as a symptom. A consensus panel report of the American College of chest physicians. *Chest* 1998;114:133–81.
- 3 Mello CJ, Irwin RS, Curley FJ. Predictive values of the character, timing, and complications of chronic cough in diagnosing its cause. *Arch Intern Med* 1996;156:997–1003.
- 4 Pratter MR, Bartter T, Akers S, DuBois J. An algorithmic approach to chronic cough. *Ann Intern Med* 1993;119:977–83.
- 5 Jones HC, Chang S. What is the best approach to the evaluation and treatment of chronic cough? *J Fam Pract* 2001;50:748–9.
- 6 Gibson PG, Fujimura M, Niimi A. Eosinophilic bronchitis: clinical manifestations and implications for treatment. *Thorax* 2002;57:178–82.
- 7 Senzilet LD, Halperin SA, Spika JS, Alagaratnam M, Morris A, Smith B. Pertussis is a frequent cause of prolonged cough illness in adults and adolescents. *Clin Infect Dis* 2001;32:1691–7.

