

La toux chez l'adulte

étiologie, évaluation et traitements

mise à jour 2010



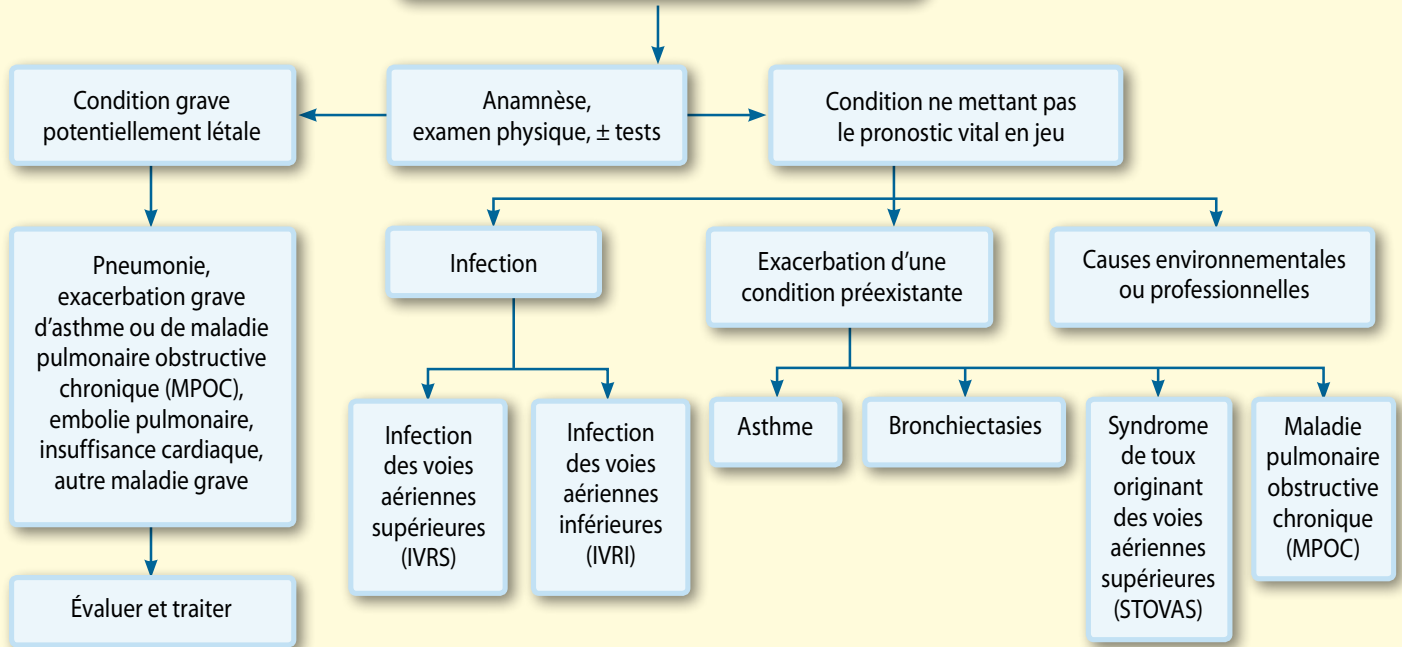
CARACTÉRISTIQUES DE LA TOUX SELON L'ÉTIOLOGIE

Causes	Indices								
Toux médicamenteuse	<ul style="list-style-type: none"> - En général non productive, elle disparaît le plus souvent dans les 4 semaines suivant l'arrêt de la médication. - Ce problème touche de 5 à 20 % des patients recevant un IECA. Toutefois, il n'a pas été rapporté avec les ARA (antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II). - Les bêtabloquants peuvent être impliqués dans une toux rebelle, souvent en exacerbant un asthme sous-jacent. 								
Syndrome de toux originant des voies aériennes supérieures (STOVAS)	<ul style="list-style-type: none"> - Les problèmes de type rhinosinusite ou pharyngite sont les causes les plus communes de la toux rebelle. - Ce syndrome était appelé autrefois « post nasal drip » ou « écoulement nasal postérieur ». - Les symptômes sont souvent peu évidents (ex. : sensation d'écoulement de sécrétions dans l'arrière-gorge ou impression d'irritation des voies aériennes supérieures). - À l'examen, on peut retrouver des signes de pharyngite. La radiographie ou la tomодensitométrie peuvent démontrer des signes de sinusite. - Dépendamment de la cause, la toux diminuera avec les corticostéroïdes nasaux, un antihistaminique de première ou dernière génération, ou un anticholinergique inhalé nasal. 								
Asthme	<ul style="list-style-type: none"> - La toux peut être son seul mode de présentation. - En présence de symptômes suggestifs, on confirmera le diagnostic par la démonstration d'une obstruction bronchique variable. - On devra documenter le terrain allergique par l'histoire et les tests cutanés. - La toux répondra au traitement antiasthmatique. <div data-bbox="714 829 820 945" style="text-align: center;"> </div> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>Paramètre</th> <th>Degré de changement</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>VEMS : volume expiratoire maximal en une seconde</td> <td>▶ Amélioration ≥ 12 % et au moins 200 ml, 15 min. après administration d'un bronchodilatateur ou après traitement d'entretien</td> </tr> <tr> <td>DEP : débit expiratoire de pointe (Peak Flow) mesuré avec un débit-mètre, tel le Mini-Wright</td> <td>▶ Amélioration ≥ 20 % postbronchodilatateur ou après des évaluations répétées</td> </tr> <tr> <td>Test de la méthacholine : CP₂₀ : Concentration de méthacholine causant une chute du VEMS de 20 %</td> <td>▶ CP₂₀ < 4 mg/ml (méthode de Juniper)* (4-16 mg/ml est limite > 16 mg/ml est normal (test négatif)</td> </tr> </tbody> </table>	Paramètre	Degré de changement	VEMS : volume expiratoire maximal en une seconde	▶ Amélioration ≥ 12 % et au moins 200 ml, 15 min. après administration d'un bronchodilatateur ou après traitement d'entretien	DEP : débit expiratoire de pointe (Peak Flow) mesuré avec un débit-mètre, tel le Mini-Wright	▶ Amélioration ≥ 20 % postbronchodilatateur ou après des évaluations répétées	Test de la méthacholine : CP ₂₀ : Concentration de méthacholine causant une chute du VEMS de 20 %	▶ CP ₂₀ < 4 mg/ml (méthode de Juniper)* (4-16 mg/ml est limite > 16 mg/ml est normal (test négatif)
Paramètre	Degré de changement								
VEMS : volume expiratoire maximal en une seconde	▶ Amélioration ≥ 12 % et au moins 200 ml, 15 min. après administration d'un bronchodilatateur ou après traitement d'entretien								
DEP : débit expiratoire de pointe (Peak Flow) mesuré avec un débit-mètre, tel le Mini-Wright	▶ Amélioration ≥ 20 % postbronchodilatateur ou après des évaluations répétées								
Test de la méthacholine : CP ₂₀ : Concentration de méthacholine causant une chute du VEMS de 20 %	▶ CP ₂₀ < 4 mg/ml (méthode de Juniper)* (4-16 mg/ml est limite > 16 mg/ml est normal (test négatif)								
Reflux gastro-œsophagien	<ul style="list-style-type: none"> - Le reflux peut être la cause de la toux ou sa conséquence. Il peut être symptomatique ou non. - C'est une des trois principales causes de toux chronique rebelle (environ 25 % des cas). - Comme premier test diagnostic, on recommande une évaluation de la réponse au traitement empirique du reflux, par exemple avec un inhibiteur de la pompe à protons. La pH-métrie peut parfois être utile. Toutefois, elle peut être normale lorsque le reflux n'est pas acide (reflux alcalin). 								
Bronchite chronique	<ul style="list-style-type: none"> - La toux secondaire au tabagisme est souvent considérée normale par le fumeur. Sans atteinte significative de la fonction respiratoire, elle disparaîtra habituellement 2 à 3 semaines après l'arrêt du tabac. - Chez le fumeur de longue date, une néoplasie ou une MPOC doivent être éliminées. - La bronchite chronique est définie par une toux et des expectorations d'au moins 3 mois consécutifs pendant au moins 2 ans. 								
Bronchite à éosinophiles non asthmatique (BENA)	C'est un diagnostic difficile à faire par le clinicien de première ligne. Le patient présente une éosinophilie bronchique à l'analyse des expectorations, sans hyperréactivité bronchique. La toux répondra aux corticostéroïdes inhalés, tout comme l'asthme.								
Toux postinfectieuse	<ul style="list-style-type: none"> - Une infection respiratoire amène une toux aiguë ou subaiguë. Toutefois, une toux rebelle peut être d'origine infectieuse dans 15 % des cas. Les autres diagnostics doivent cependant être éliminés. - La toux est en général non productive et disparaît en quelques semaines. La radiographie est habituellement normale. 								
Étiologies moins fréquentes									
<ul style="list-style-type: none"> - Bronchiectasies associées généralement à une bronchorrhée persistante. Elles seront mises en évidence par une tomодensitométrie sans infusion. - Néoplasie pulmonaire : doit être recherchée chez les patients avec une histoire de tabagisme de longue date ou des symptômes suggestifs (hémoptysie, atteinte de l'état général, clubbing, etc.). - Fibrose kystique : de plus en plus fréquente chez l'adulte, mais diagnostic généralement fait en bas âge. - Diverticule de Zenker. - Insuffisance cardiaque. - Pneumopathies. - Toux psychogénique : diagnostic d'exclusion sans caractéristiques particulières. - Toux inexplicée (toux idiopathique) malgré une investigation extensive. 									

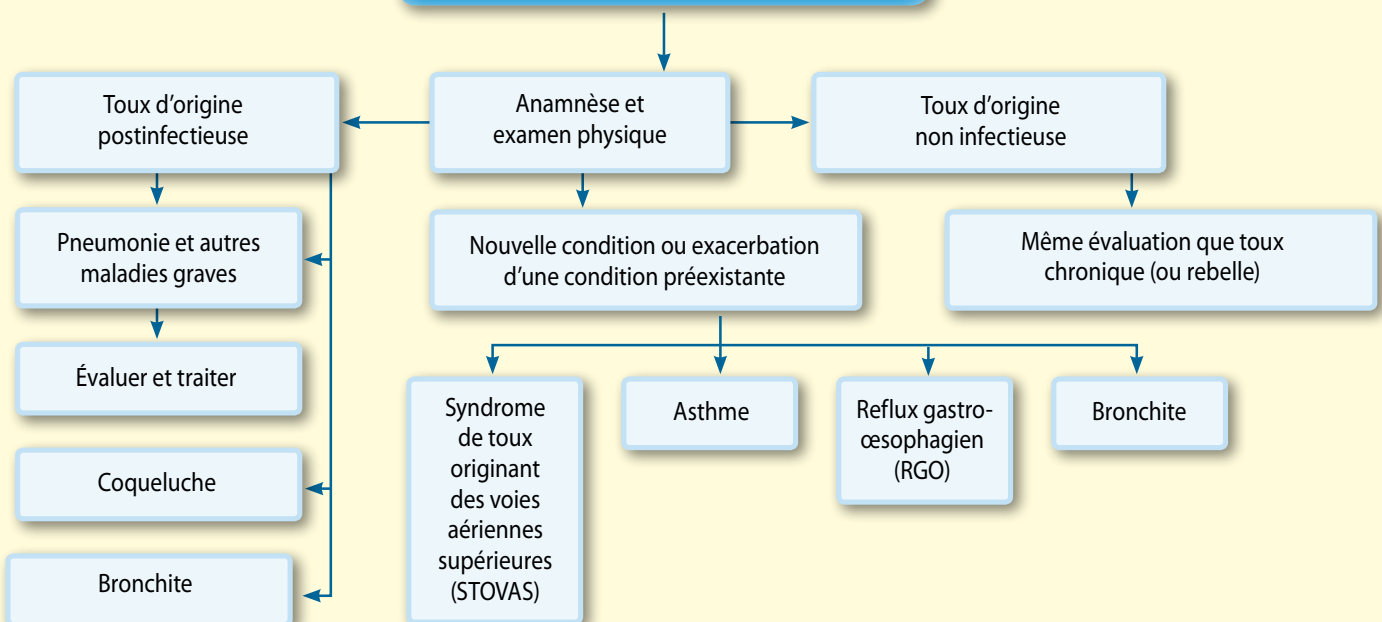
La toux est d'abord un moyen de défense permettant d'éliminer les sécrétions bronchiques et les particules inhalées.

Algorithmes d'évaluation

TOUX AIGÜE (MOINS DE 3 SEMAINES)



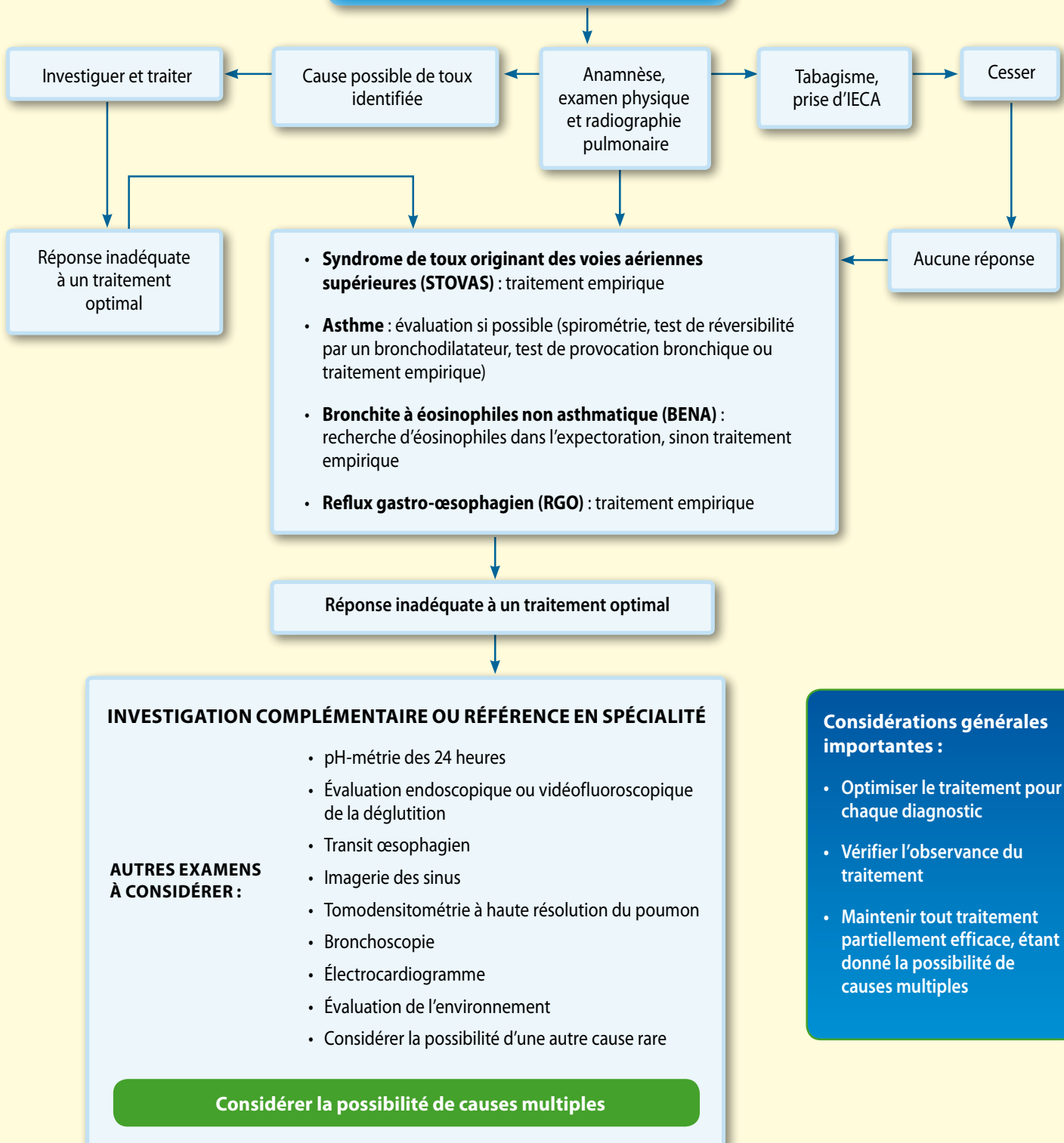
TOUX SUBAIGÜE (3 À 8 SEMAINES)



De façon arbitraire, la toux est classée en :

- Toux aiguë (moins de 3 semaines)
- Toux subaiguë (3 à 8 semaines)
- Toux chronique ou persistante, aussi appelée toux rebelle (+ de 8 semaines)

TOUX REBELLE (PLUS DE 8 SEMAINES)



LES PRINCIPAUX TRAITEMENTS DE LA TOUX SELON SON ÉTIOLOGIE

Causes possibles	Traitements
Toux aiguë ou subaiguë (0-8 semaines)	
Infection des voies aériennes supérieures (généralement virale)	- Antihistaminiques de 1 ^{re} génération avec ou sans décongestionnants oraux. - Si subaiguë : parmi les options thérapeutiques, on retrouve également l'ipratropium nasal ou les corticostéroïdes à court terme.
Sinusite aiguë	Antihistaminiques de 1 ^{re} génération avec ou sans décongestionnants oraux + antibiotiques au besoin.
Exacerbation d'un asthme	- Introduire ou augmenter les corticostéroïdes inhalés, β_2 -agoniste inhalé - 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 avec ou sans décongestionnants oraux ou ipratropium nasal.
Rhinite allergique	Corticostéroïdes topiques nasaux, antihistaminiques de dernière génération (non sédatifs).
Rhinite non allergique	Corticostéroïdes inhalés nasaux, ipratropium nasal.
Rhinosinusite chronique/polypose nasale	Corticostéroïdes inhalés nasaux (oraux*), évaluation en ORL (chirurgie*).
Reflux gastro-œsophagien	Régime alimentaire; s'abstenir de boire ou manger 2 heures avant le coucher; éviter alcool, caféine, tabac, théophylline, anticholinergiques, et anti-inflammatoires non stéroïdiens; élever la tête du lit de 10 à 15 cm; perdre du poids si obésité. Médications possibles : inhibiteurs de la pompe à protons, antiacides, 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 postinfectieuse	- Peut disparaître seule. - Antihistaminiques de 1 ^{re} génération + décongestionnants oraux. Les corticostéroïdes en inhalation ou l'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.

Note : Les antitussifs non spécifiques peuvent parfois être utilisés pour une très courte période si la toux est très invalidante et nuit au sommeil.

Auteurs : **Gilles Côté**, médecin-conseil, Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent.
Louis-Philippe Boulet, M.D. F.R.C.P.C., pneumologue, Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec,
Chaire de transfert de connaissances, éducation et prévention en santé respiratoire et cardiovasculaire de l'Université Laval.

Références : IRWIN, BAUMANN, BOLSER, BOULET et AL. *Diagnosis and Management of Cough: ACCP Evidence-Based Practice Guidelines*, Chest 2006 ; 129 (1 Suppl):1S-23S.
BOULET, Louis-Philippe, M.D. F.R.C.P.C., FCCP. « Tout sur la toux », *Le Clinicien*, avril 2008, p. 77-82.

Pour commander des copies :
agencesssbsl.gouv.qc.ca
ou 418 724-5231