

Que faire devant une toux chronique ?

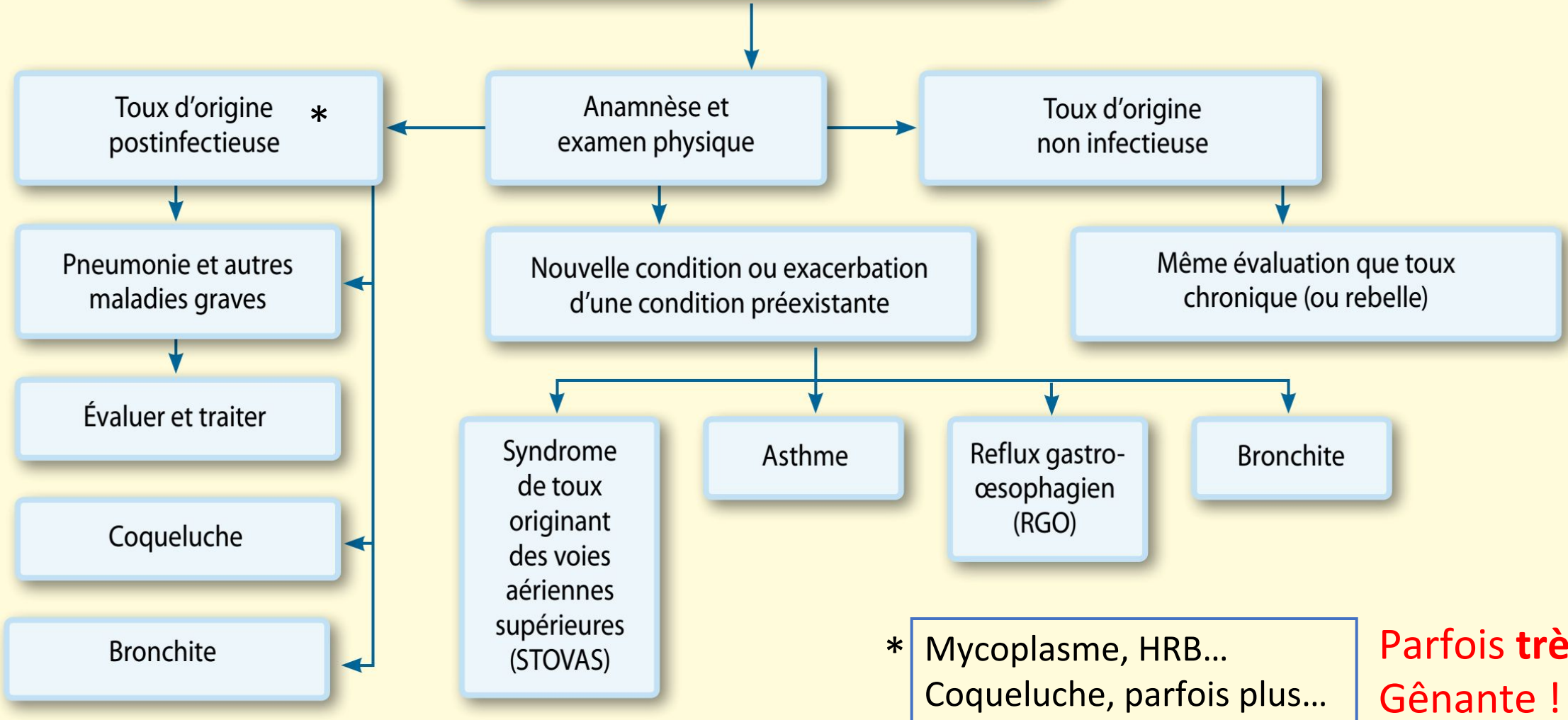
Sergio Salmeron

Pneumologie, Allergologie et Oncologie Thoracique

Groupe Hospitalier Paris Saint Joseph

**Ce n'est pas
une**

TOUX SUBAIGUË (3 À 8 SEMAINES)



Toux chronique = plus de 2 mois (8 semaines)

- Prévalence élevée dans la **population générale 9 à 33%** (questionnaires) en Europe et USA, y compris jeunes enfants.
- Prévalence **plus élevée chez les fumeurs** et exposition au tabac, pollution...
En augmentation.
- Motif fréquent de consultation **en MG (3 à 10%)**
- Motif **très fréquent de consultation en pneumologie 10 à 38%**
- **Prise en charge parfois difficile** (causes multiples 25%, parfois difficile à déterminer...)
- Causes bénignes, maladies graves...
- Souvent négligée par le patient pendant des mois, voire années...

Chung KF, Lancet 2008

Morice AH, Eur Respir J 2004

R. Escamilla, in « Toux chronique » 2015

Problèmes posés par la toux chronique

- **Prise en charge parfois difficile** (cause parfois difficile à déterminer, pb de l'efficacité limitée des antitussifs et effets indésirables...)
- Causes très nombreuses
- Certaines bénignes et rapidement transitoires
- D'autres graves engageant le pronostic vital
- Approche systématique avant tout clinique
- Pas de traitement général, pas d'antitussif global
- Nécessité de rechercher la cause
- Souvent plusieurs causes associées...

Toux chronique – les causes fréquentes

1. Syndrome de toux des voies respiratoires supérieures (anciennement « écoulement nasal postérieur ») (8-58%)
2. Asthme (6-59%)
3. Reflux gastro-œsophagien (5-40%)
4. Bronchite à éosinophiles (11-13%)
5. BPCO
6. Bronchiectasies (4%)
7. Inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IEC)

Ces causes représentent 90 à 95% des toux chroniques

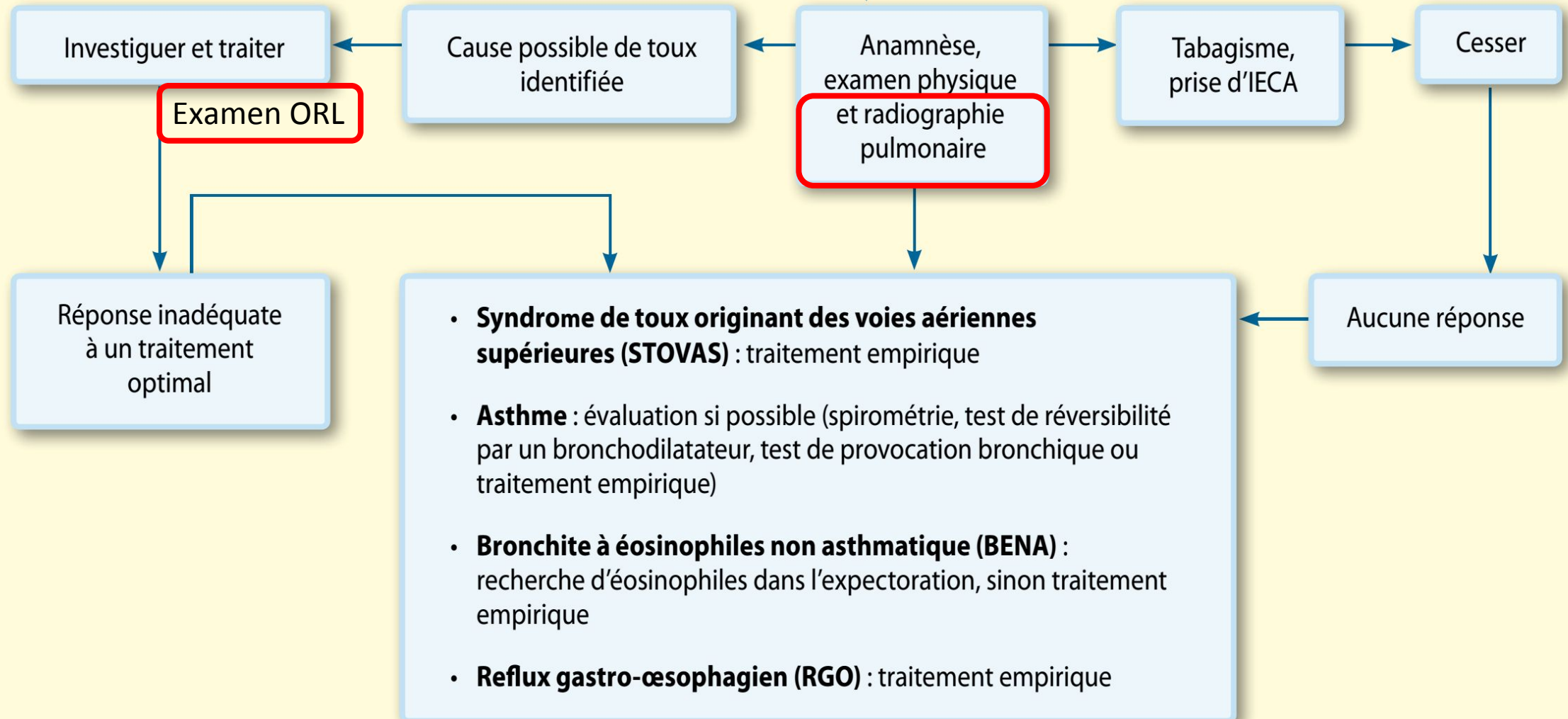
Toux chronique – causes moins fréquentes

- Médicaments (autres qu'IEC)
- Pneumopathies interstitielles – grave...
- Cancer bronchique (<2%) - la hantise !
- Corps étranger trachéobronchique
- Insuffisance cardiaque latente
- Irritation conduit auditif externe (bouchon cérumen, corps étranger)
- Trachéobronchomalacie
- Diverticule trachéal
- Toux psychogène – Attention ! Elimination

Toux chronique

TOUX REBELLE (PLUS DE 8 SEMAINES)

Antécédents – asthme enfance
Mode de vie – Tabac
Environnement – animaux – prof
Médicaments - IEC



Recherche des signes associés inquiétants

- Altération de l'état général, amaigrissement
- Fièvre, syndrome infectieux
- Hémoptysie
- Dyspnée à l'effort
- Apparition ou modification de la toux chez un fumeur
- Dysphonie, dysphagie, fausses routes
- Adénopathie cervicale suspecte (sus-claviculaire)
- Anomalies cliniques importantes cardiaques ou respiratoires

→ **Contact bilan hospitalier**

Caractéristiques de la toux – interrogatoire +++

Antécédents mode de vie et environnement

● Antécédents

- Personnels ou familiaux: tuberculose, asthme, maladie allergique (rhinite, conjonctivite ...), bronchite chronique, bronchectasies...
- **Pathologies respiratoires enfance : asthme, « bronchites »**, sinusites,
- État vaccinal, coqueluche.

● Mode de vie

- **Tabagisme actif ou passif**, autres substances inhalées (cannabis...).
- Exposition professionnelle produits irritants ou allergisants (boulangers, coiffeurs, agriculteurs...).

● Environnement domestique

- **Animaux domicile** (chats, chiens, ...). type de chauffage, aération,
- Empoussièrement, literie (plumes ou synthétique),
- Loisirs : équitation, bricolage, peinture (exposition solvants irritants).

● Prises médicamenteuses

- IEC, β -bloquants (collyres...)

Caractéristiques de la toux

Sèche ou productive ?

● Toux sèche

- Asthme, HRB , Hypersensibilité des VA...
- RGO
- IEC

● Toux productive

- BPCO, prédominance matinale
- Asthme notamment sujet âgé
- DDB souvent abondante et purulente

Horaire

- Primo-décubitus (sieste et début de nuit), surtout si associée à un pyrosis : plutôt RGO.
- Exacerbée en D dorsal : souvent infection rhinosinusienne banale évidente à l'examen.
- En 2e partie de nuit : souvent asthme.
- Matinale + expectorations : BPCO ou DDB.

Attention au diagnostic de toux psychogène!

Prédominant le jour et disparaissant la nuit, s'exagérant en présence d'un tiers et résistant à tous les traitements : origine psychogène possible (diagnostic d'exclusion +++).

Caractéristiques de la toux - Circonstances de survenue

Facteurs déclenchants

- Infection rhinopharyngée, contexte infectieux,
- Exposition à un agent irritant, produits d'entretien ...
- Exposition pneumallergène (animal, pollens...)
- Conditions climatiques (froid, humidité, vent) : allergies/ HRB asthme
- Fou rire ou effort : HRB, asthme ;
- Changements de position : pleurésie surtout si douleur thoracique associée
- Repas/eau : troubles de la déglutition ou fistule œsotrachéale (cancer)

Facteurs associés:

- Difficultés respiratoires, oppression, sifflements +++ : asthme
- Pyrosis, brûlures rétrosternales, rhinite...

Asthme – symptômes multiples

- Maladie inflammatoire chronique des bronches (éosinophiles ++)
- Obstruction bronchique diffuse, variable, réversible
- Hyperréactivité bronchique
- **Symptômes variables, diversement associés :**
 - Toux
 - Sifflements
 - Gêne respiratoire, oppression thoracique
 - Expectoration
- Volontiers la nuit ou après facteurs déclenchants stéréotypés

→ Corticoïdes Inhalés pour une durée ≥ 3 mois !

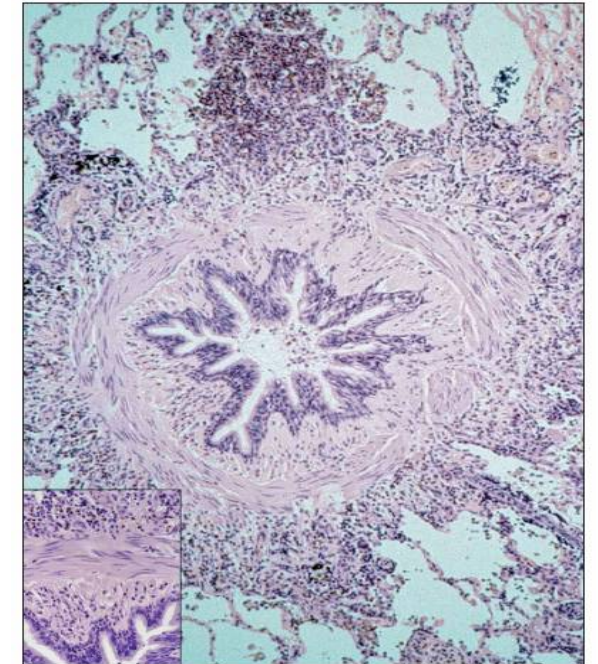


Figure 1: Pathology of asthma
A small airway of a patient with severe asthma showing a combination of inflammation and remodeling.
Inset: submucosal fibrosis and increase in smooth muscle. Courtesy of Dr Marina Saetta.

Radio Normale !

Toux et RGO - IPP en cas de brûlures rétrosternales

● Y penser après avoir écarté:

- Exposition à irritants, tabagisme actif
- IEC
- Radio de Thorax normale ou RAS
- Asthme (TT inefficace, test HRB)
- Bronchite éosino (inefficacité Cinh)
- Cause ORL VAS

● Prédicatif à 90% réponse aux IPP même en l'absence de symptômes

● Prise en charge multifactorielle:

- IPP seuls peu efficaces
- Perte de poids
- Règles hygiéno-diététiques
- Surélévation tête du lit

● En cas de brûlures – pyrosis

→ Traitement ≥ 3 mois!

● En l'absence de brûlures

→ IPP non recommandés

Toux liée aux IEC

- Environ 15% des patients traités – non dose dépendante.
- Débute souvent durant la 1ère semaine de TT, mais peut survenir jusqu'à 6 mois après.
- Traitement = arrêt du médicament. Disparition de la toux 1 à 4 semaines après l'arrêt de l'IEC, voire jusqu'à 3 mois.
- L'IEC peut être remplacé par un ARAlI. ARAlI (mais toux chez environ 3% des patients, similaire médicaments contrôles).
- La toux récidive généralement en cas de réintroduction d'un IEC identique ou différent.

Dicpinigaitis, P.V. Angiotensin-converting enzyme inhibitor-induced cough: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. Chest 129, 169S-173S (2006).

En l'absence de réponse à une cause retenue

Réponse inadéquate à un traitement optimal

→ **Spécialiste**

INVESTIGATION COMPLÉMENTAIRE OU RÉFÉRENCE EN SPÉCIALITÉ

AUTRES EXAMENS À CONSIDÉRER :

- pH-métrie des 24 heures
- Évaluation endoscopique ou vidéofluoroscopique de la déglutition
- Transit œsophagien
- Imagerie des sinus
- Tomodensitométrie à haute résolution du poumon
- Bronchoscopie
- Électrocardiogramme
- Évaluation de l'environnement
- Considérer la possibilité d'une autre cause rare

Considérer la possibilité de causes multiples

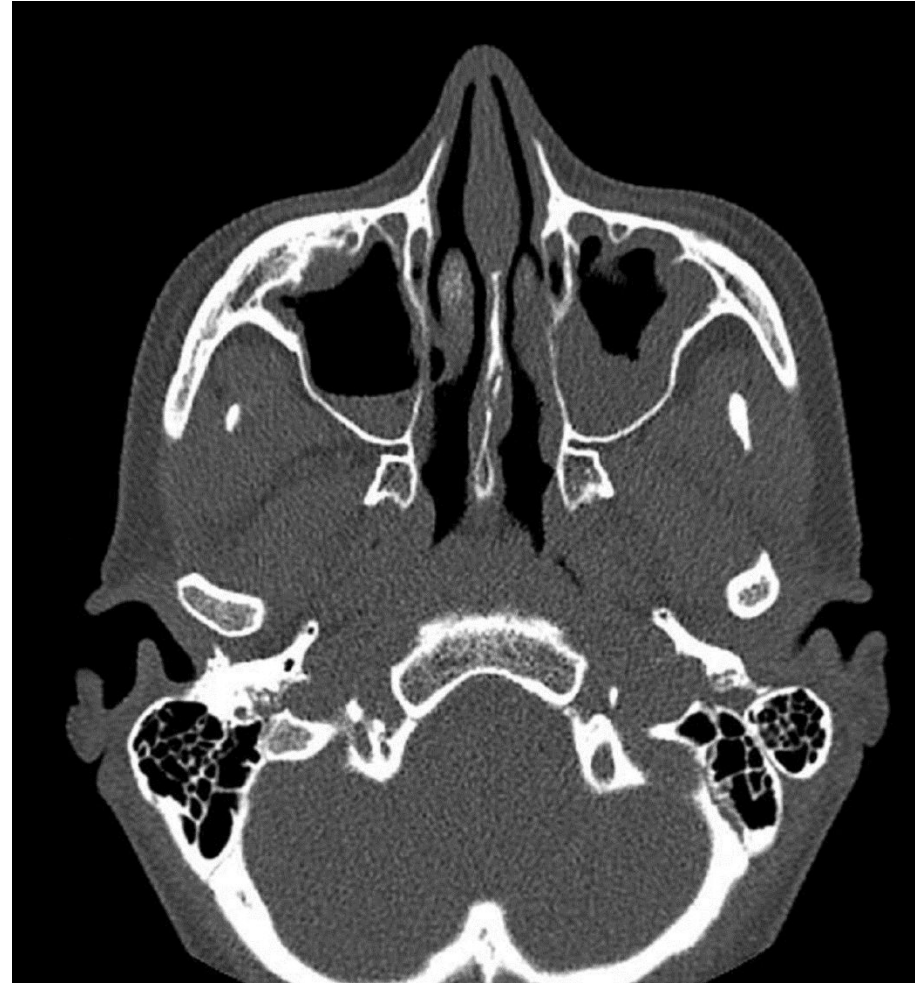
Considérations générales importantes :

- Optimiser le traitement pour chaque diagnostic
- Vérifier l'observance du traitement
- Maintenir tout traitement partiellement efficace, étant donné la possibilité de causes multiples

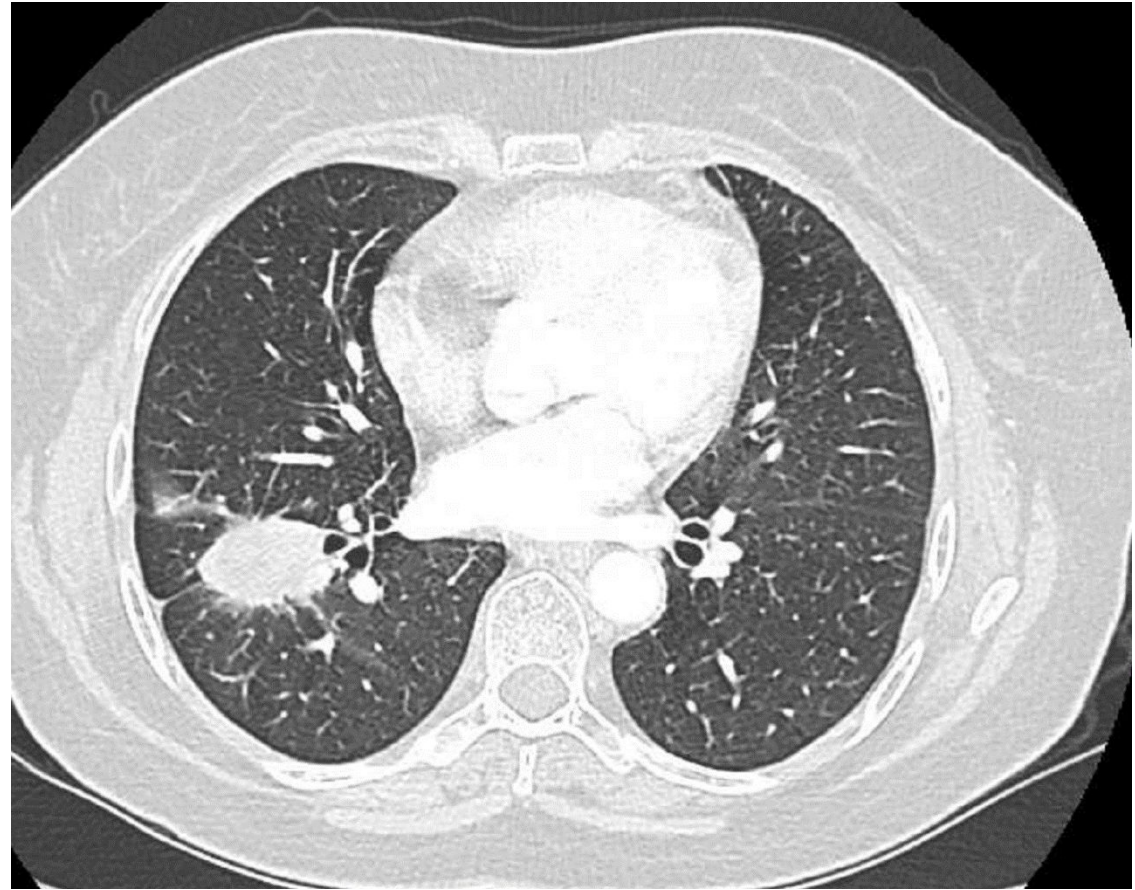
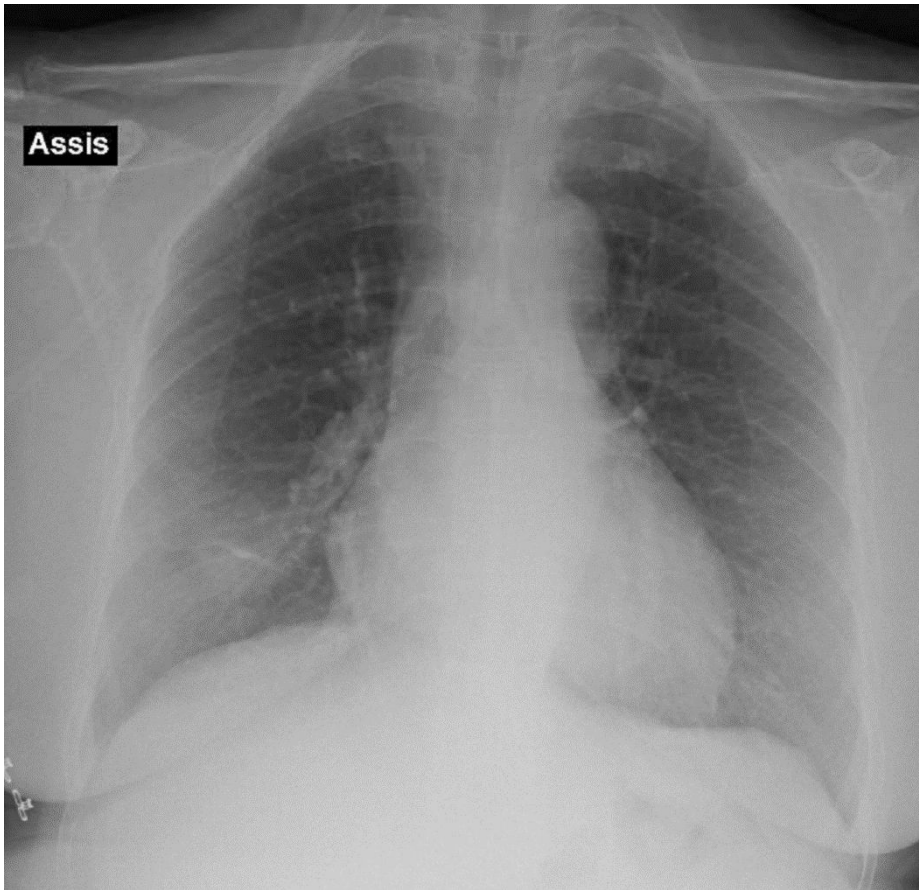
Patiente de 36 ans, tabac 17 à 33 ans, radio thorax Nle

Toux productive depuis 3 mois,
Raclements de gorge,
Après AB toux plus sèche,
Recrudescence matinale

→ sinusite

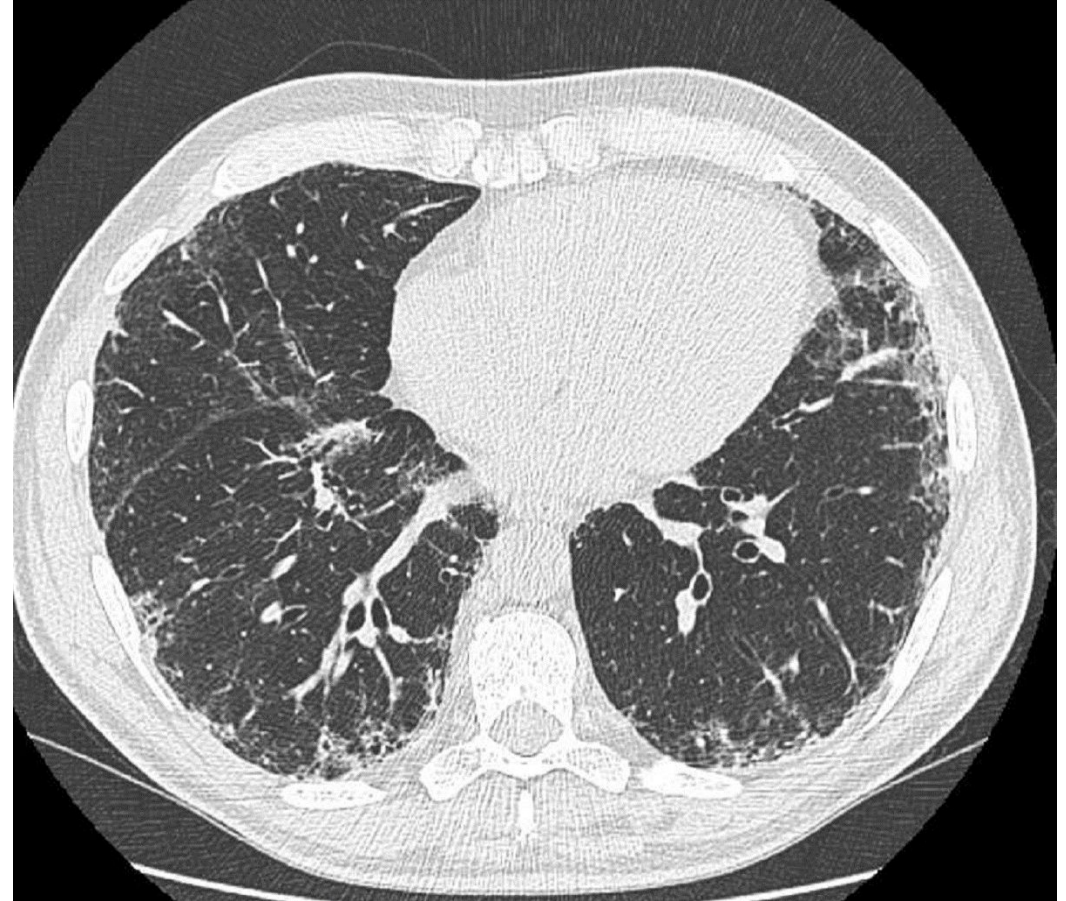


Patiente de 61 ans, non fumeuse



Carcinome épidermoïde, Muté EGFR
Métastase après chimio, TKI

Mr B 62 ans, toux sèche



Quelques râles crépitants aux bases
Fibrose pulmonaire primitive

Quand adresser au Pneumologue ?

- Signes cliniques de gravité (hémoptysie, AEG...)
- Difficultés respiratoires (DE, intermittente)
→ EFR
- Suspicion de BPCO → EFR
- Anomalie Radiologique
- Doute diagnostique, symptômes pas clairs
→ test métacholine ?
- Après échec d'un traitement bien conduit

Réponse inadéquate à un traitement optimal

INVESTIGATION COMPLÉMENTAIRE OU RÉFÉRENCE EN SPÉCIALITÉ

AUTRES EXAMENS À CONSIDÉRER :

- pH-métrie des 24 heures
- Évaluation endoscopique ou vidéofluoroscopique de la déglutition
- Transit œsophagien
- Imagerie des sinus
- Tomodensitométrie à haute résolution du poumon
- Bronchoscopie
- Électrocardiogramme
- Évaluation de l'environnement
- Considérer la possibilité d'une autre cause rare

Considérer la possibilité de causes multiples

En l'absence de réponse à une cause retenue

Réponse inadéquate à un traitement optimal

→ **Spécialiste**

INVESTIGATION COMPLÉMENTAIRE OU RÉFÉRENCE EN SPÉCIALITÉ

AUTRES EXAMENS À CONSIDÉRER :

- pH-métrie des 24 heures
- Évaluation endoscopique ou vidéofluoroscopique de la déglutition
- Transit œsophagien
- Imagerie des sinus
- Tomodensitométrie à haute résolution du poumon
- Bronchoscopie
- Électrocardiogramme
- Évaluation de l'environnement
- Considérer la possibilité d'une autre cause rare

Considérer la possibilité de causes multiples

Considérations générales importantes :

- Optimiser le traitement pour chaque diagnostic
- Vérifier l'observance du traitement
- Maintenir tout traitement partiellement efficace, étant donné la possibilité de causes multiples

Toux chronique – messages clés

- Arrêt du tabagisme, facteurs irritants retrait des IEC
- **RX thorax systématique !**
- Avis ORL
- Non fumeur, sans IEC avec RX thorax Nle: 4 diagnostics $\geq 90\%$ cas :
- STOVAS, asthme, bronchite à éosino et RGO.
- Toux chronique isolée possible
- 2 à 3 mois pour espérer une réponse clinique au traitement.

Evaluer le caractère invalidant

- Retentissement psychosocial (entourage familial, professionnel...)
- Toux insomniente, émétisante, asthéniente,
- Fractures de côte, douleur musculaire aiguë,
- révélation ou majoration de hernie ou de prolapsus,
- Perte d'urines, céphalées, perte de connaissance,
- Autres conséquences plus rares (hémorragies sous-conjonctivales, bradycardie
- ou tachyarythmie,...).