CONDUITE A TENIR DEVANT UNE TOUX 16/11/2010 Michel PROSPER *AMICALE 13-5 ASTRAZENECA*

Motif de consultation parmi les plus fréquents en MG avec une prévalence chez les non fumeurs de 5-8%
Les motifs de consultation pour une toux sont souvent des complications : fatigue (57%), gêne de l'entourage (55%), insomnie (45%), handicap social (45%), douleur thoracique (44%), incontinence (39%)…
Toux aiguë < 3 semaines
Toux subaiguë : 3-8 semaines
Toux chronique > 8 semaines

L' évaluation repose sur l'interrogatoire, le contexte, le patient : âge, profession, traitements en cours, les antécédents personnels et familiaux, atopie, tabac, entourage
Caractéristiques de la toux : durée, nature de la toux sèche , productive (intérêt plus thérapeutique), facteurs favorisants ; décubitus, écoulement nasal, effort, environnement particulier
Saison environnement : pollution, pollens, hiver/printemps, mode de garde, crèche, institution
Symptômes associés : fièvre, rhinorhée, éternuements ,céphalées, dysphagie, conjonctivite, expectoration, hémoptysie, AEG, dyspnée, pyrosis, dyspepsie, douleurs thoraciques, douleurs abdominales etc..
Répercussions : vomissements, fracture de côte, incontinence urinaire, troubles du sommeil, arrêt de travail, conflits avec l'entourage
Examen clinique général et en particulier ORL et pneumologique

Toux aiguës

l'écoulement nasal postérieur est la principale cause.

Etiologies fréquentes	Etiologies moins fréquentes
Virose saisonnière	Asthme
Sinusite bactérienne	IVG
Coqueluche °	Pneumopathie
Poussée aiguë de BPCO	Inhalation
Rhinite allergique	Embolie pulmonaire
Irritation environnementale	Epanchement pleural

1/ Infection virale saisonnière :
Cause principale des toux aiguës
Rhinorrhée, éternuements, obstruction nasale , écoulement nasal postérieur, larmoiement avec ou sans fièvre
Examen pneumologique normal

2/ Sinusite aiguë bactérienne
Douleur maxillaire sous orbitaire majorée en se penchant en avant, plutôt unilatérale, pulsatile, prédominant le soir, la nuit
Rhinorrhée et jetage postérieur mucopurulent , sécrétions purulentes endonasales
Critères mineurs : fièvre > 3j, gêne pharyngée, éternuement, obstruction nasale > 5 jours

3/ Bronchite aiguë
toux aiguë de 5 à 10 jours
toux 'bactérienne' : toux subaiguë à chronique dite " post infectieuses ". L'antibiothérapie n'est pas justifiée sauf situations particulières ou toux et expectoration au delà de sept jours (AFSSAPS 99)

4/ toux de la coqueluche :
chez l'adulte la clinique n'est pas spécifique
Le traitement immédiat du patient protége les nourrissons contacts d'une coqueluche grave
Diagnostic par deux sérologies par Immuno-empreintes (Ac toxine Pertussique) espacées d'un mois
Toux de durée moyenne d'environ 50 jours, moins longue si vaccination antérieure

PROSPER M. centre Marie-Thérèse Hôpital Saint Joseph 75014 tel : 01/44/12/80/00

Toux chroniques

Les trois principales causes sont (dans presque 100% des cas, non fumeur, sans IEC): écoulement pharyngé postérieur, Toux allergique/ asthme, RGO
Les autres causes majeures :
Toux post-infectieuses
Toux médicamenteuses (IEC surtout)
Bronchite chronique (5% des motifs de C.)
Toux " idiopathiques " et " psychogènes "
Les causes multiples sont fréquentes : 18% à 62%

1/ Toux chronique par écoulement pharyngé postérieur (EPP) ou " Postnasal drip syndrome (PNDS) "
Fréquent et sous estimée +++ , cause la plus fréquente de toux chronique
Pas de critère clinique univoque mais fréquence de la gêne pharyngée, congestion et écoulement nasal
Test thérapeutique crucial pour confirmer ce diagnostic étiologique: anti H1 1°génération + décongestionnant

2/ Toux chronique allergique
Fréquente (15-50% des toux chroniques selon l'âge) - Atopie: 15% de la population
Souvent méconnue si pas d'autres symptômes , radiographie normale
Contexte atopique personnel ou familial, Toux plutôt nocturne ou le matin , EFR
Épreuve thérapeutique par test Corticoïde inhalé

3/ asthme
Oppression thoracique, wheezing, dyspnée, toux
EFR : TVO et/ou hyperréactivité bronchique
Diagnostic par épreuve thérapeutique : CSI

4/ toux chronique et RGO
Évoquer un RGO devant une toux posturale, nocturne souvent avec pyrosis , parfois irritation pharyngée en particulier matinale ; mais dans 75% des cas le RGO est silencieux
Proposer un test thérapeutique: IPP parfois à double dose + hygiène alimentaire et posturale.
Sous traitement, la toux liée au RGO disparaît dans 70%-100% des cas en 5 à 6 mois

5/ Toux médicamenteuses
Diagnostic le plus souvent facile
- IEC: prévalence 5-15% , indépendant de la dose et pas de chronologie, délai 8j à 6 mois
disparition de la toux en 1-3 semaines à l'arrêt du traitement
- SARTANS : prévalence de 1-10%
- Béta-BLOQUANTS : chercher un bronchospasme sous jacent

6/ Toux chronique et maladies cardio-respiratoires
Diagnostic: clinique, radio et bilan approprié
Surtout bronchite chronique post-tabagique, Dilatation des bronches, Cancer bronchique, Insuffisance cardiaque

7/ Toux psychogènes et "nerveuses"
toux diurne, timbre animal
Contexte anxieux, affection psychiatrique associée inconstante
Diagnostic d'élimination
Peu d 'efficacité des antitussifs

PROSPER M. centre Marie-Thérèse Hôpital Saint Joseph 75014 tel : 01/44/12/80/00

TOUX CHRONIQUE CHEZ L'ENFANT

La toux peut être déclenchée par toute agression sur les voies aériennes. Elle est le plus souvent en rapport avec une infection banale mais peut aussi être le signe révélateur d'une pathologie beaucoup plus rare.

1. PRINCIPALES SITUATIONS RADIO-CLINIQUES

1.1. Première situation : toux chronique cliniquement ciblée

Il peut s'agir d'un enfant porteur d'une maladie déjà connue : mucoviscidose, déficit immunitaire dans le cadre d'un traitement antimitotique, asthme, bronchiolite oblitérante séquellaire d'une virose sévère de la petite enfance...

Il peut s'agir ausssi d'un enfant dont le contexte clinique est très évocateur, le plus souvent rhino-trachéo-bronchites.

1.2. Deuxième situation : toux cliniquement isolée mais radiologiquement ciblée

L'analyse du cliché simple oriente le diagnostic : foyer de bronchopneumopathie chronique (avec ou sans DDB) ; compression trachéo-bronchique par une tumeur médiastinale ou une malformation vasculaire ; asymétrie de transparence et/ou de volume pulmonaire pouvant correspondre à des pathologies aussi variées qu'un emphysème obstructif ou qu'un petit poumon congénital ; syndrome interstitiel dont l'étiologie restera à préciser...

La persistance d'un foyer parenchymateux ou sa répétition à chaque poussée de bronchopathie chronique doit systématiquement faire penser à un certain nombre de diagnostics : malformation broncho-pulmonaire ; anomalie des bases évoquant une séquestration, un corps étranger bronchique

1.3. Troisième situation : toux chronique inexpliquée tant sur le plan de la clinique que sur le cliché simple.

2. LES INVESTIGATIONS RADIOLOGIQUES

2.1. La radiographie des sinus de la face

Au dessus de l'âge de deux ans, elle est indispensable si l'on se souvient que la sinusite est une cause très fréquente de toux chronique de l'enfant et que la relation atteinte des voies aériennes supérieures - bronchopathie, oriente sérieusement vers une maladie d'appareil ou vers une maladie générale particulièrement génétique (mucoviscidose, déficit immunitaire, allergie, maladie des cils bronchiques ...)

2.2. La radiographie du thorax en expiration

Elle doit être réalisée systématiquement devant toute bronchopathie chronique inexpliquée, même si la radiographie simple en inspiration ne montre pas de modification de volume ou de transparence pulmonaire. Elle peut mettre en évidence un éventuel trappage passé inaperçu lors du cliché inspiratoire signant ainsi l'origine obstructive bronchique du processus pathologique.

2.3. Le scanner thoracique :

devant une toux apparemment isolée, recherche des processus situés dans les gouttières para vertébrales et en projection rétro-cardiaque ; analyse le médiastin, la trachée objectivant ainsi des anomalies compressives (kyste bronchogénique, arc aortique anormal…).

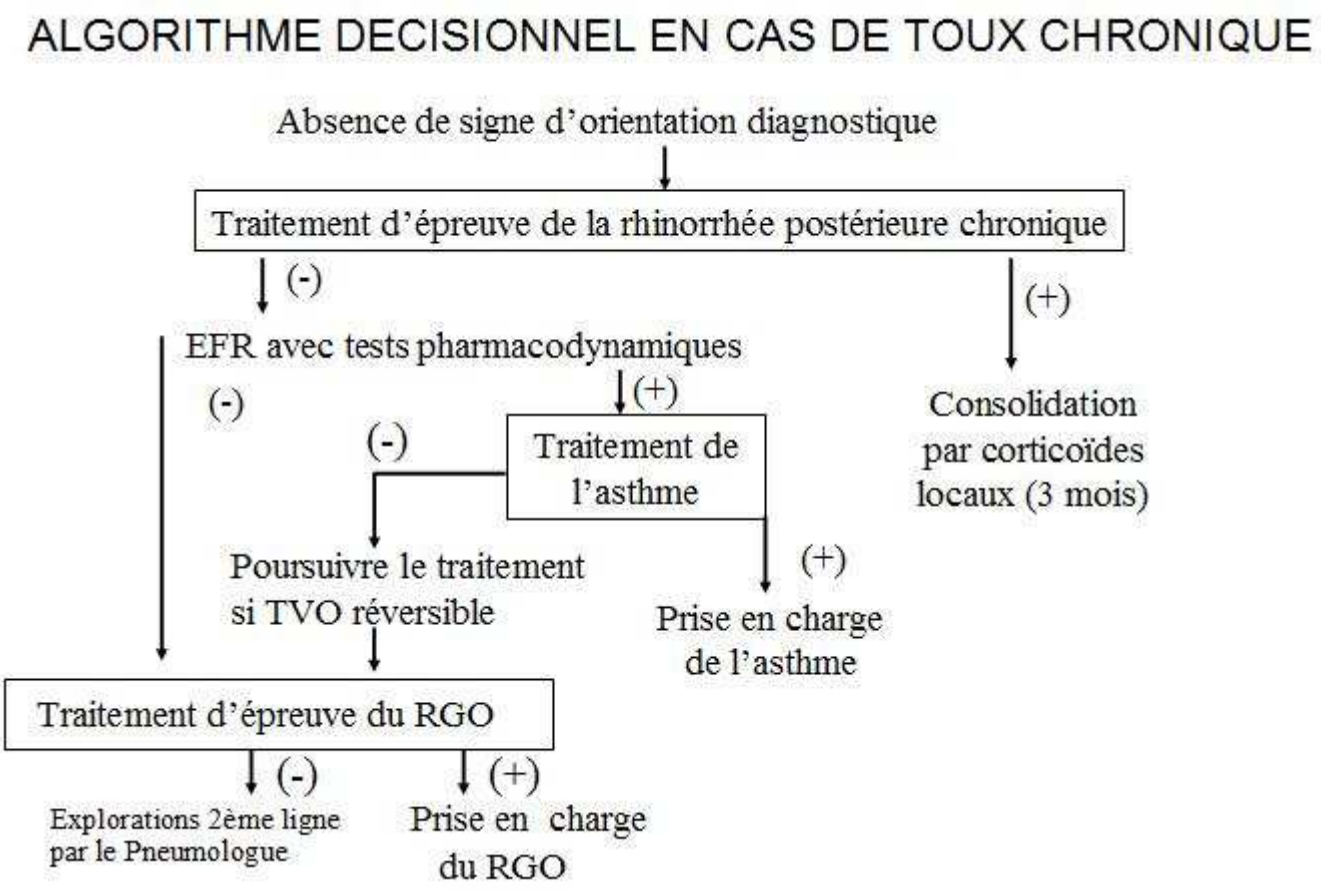
2.4. Le transit oeso-gastrique

Il met en évidence des anomalies quelquefois passées inaperçues : un reflux gastro oesophagien avec ou sans malposition cardio tubérositaire ; compression extrinsèque par une lésion médiastinale ; fistule oeso trachéale minime ; trouble de la déglutition ; méga-oesophage.

3. LES EXAMENS BIOLOGIQUES

- NFS-VS
- électrophorèse des protides : déficits en albumine, alpha 1 globulines et gamma globulines prédisposant aux bronchopathies.
- dosage des immuno globulines sériques A, M, G, identifie les déficits globaux ou sélectifs en anticorps
- déficit en alpha 1 antitrypsine
- dosage des IGE sériques cherche à apprécier le facteur allergologique éventuel
- test de la sueur

PROSPER M. centre Marie-Thérèse Hôpital Saint Joseph 75014 tel : 01/44/12/80/00



	Enfant	Adulte	Vieillard
Fréquentes	infection virale	fumée	fumée
	asthme	bronchite chronique	bronchite chronique
	psychogène	postnasal drip syndrom	st. après infection virale
		reflux gastro-œsophagien	
Rares	aspiration d'un corps étranger	cancer bronchique	cancer bronchique
	mucoviscidose	tuberculose	insuffisance cardiaque
		bronchiectasies	asthme
		pneumonie	broncho-aspiration
		pneumopathies interstitielles	tuberculose
		psychogènes	pneumonie
Iatrogènes		inhibiteurs de l'ECA	
		stéroïdes en aérosols	