

Dr Gilles Côté, M.D.

Octobre 2017

# La toux

## Chez l'adulte





Étiologie,  
Évaluation  
et traitement

 [omnipratique.net](http://omnipratique.net)



*Ce document vous est rendu disponible grâce aux revenus provenant des ventes de documents et des abonnements en ligne à [omnipratique.net](http://omnipratique.net), nous vous remercions donc d'en tenir compte en ne le copiant pas sans frais de façon à permettre le maintien de la production d'outils pratiques.*

# Table des matières

	<b>Caractéristiques de la toux selon l'étiologie</b>	4
	<b>Algorithmes d'évaluation</b>	7
	<b>Principaux traitements de la toux selon l'étiologie</b>	10
	<b>Références</b>	12

# 1 Caractéristiques de la toux selon l'étiologie

Causes	Indices
<b>Toux médicamenteuse</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• En général non productive, elle disparaît le plus souvent dans les 4 semaines suivant l'arrêt de la médication.</li><li>• 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).</li><li>• Les bêtabloquants peuvent être impliqués dans une toux rebelle, souvent en exacerbant un asthme sous-jacent.</li></ul>
<b>Syndrome de toux originant des voies aériennes supérieures (STOVAS)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Les problèmes de type rhinosinusite ou pharyngite sont les causes les plus communes de la toux rebelle.</li><li>• Ce syndrome était appelé autrefois « post nasal drip » ou « écoulement nasal postérieur ».</li><li>• Les symptômes sont souvent peu évidents (ex.: sensation d'écoulement de sécrétions dans l'arrière-gorge ou impression d'irritation des voies aériennes supérieures).</li><li>• À l'examen, on peut retrouver des signes de pharyngite. La radiographie ou la tomodensitométrie peuvent démontrer des signes de sinusite.</li><li>• Dépendamment de la cause, la toux diminuera avec les corticostéroïdes nasaux, un antihistaminique de première ou dernière génération, ou un anticholinergique inhalé nasal.</li></ul>
<b>Asthme</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• La toux peut être son seul mode de présentation.</li><li>• En présence de symptômes suggestifs, on confirmera le diagnostic par la démonstration d'une obstruction bronchique variable.</li><li>• On devra documenter le terrain allergique par l'histoire et les tests cutanés.</li><li>• La toux répondra au traitement antiasthmatique.</li></ul>

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

Causes	Indices								
<b>Asthme (suite)</b>									
<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="99 194 521 243">Paramètres</th> <th data-bbox="521 194 994 243">Degré de changement</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="99 243 521 381"><b>VEMS</b> : volume expiratoire maximal en une seconde.</td> <td data-bbox="521 243 994 381">Amélioration <math>\geq 12\%</math> et au moins 200 ml, 15 min. après administration d'un bronchodilatateur ou après traitement d'entretien.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="99 381 521 489"><b>DEP</b> : débit expiratoire de pointe (Peak Flow) mesuré avec un débit-mètre, tel le Mini-Wright.</td> <td data-bbox="521 381 994 489">Amélioration <math>\geq 20\%</math> postbronchodilatateur ou après des évaluations répétées.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="99 489 521 597"><b>Test de la méthacholine (CP<sub>20</sub>)</b> : concentration de méthacholine causant une chute du VEMS de 20%.</td> <td data-bbox="521 489 994 597">CP<sub>20</sub> &lt; 4 mg/ml (méthode de Juniper) (4-16 mg/ml est limite, &gt; 16 mg/ml est normal (test négatif).</td> </tr> </tbody> </table>	Paramètres	Degré de changement	<b>VEMS</b> : volume expiratoire maximal en une seconde.	Amélioration $\geq 12\%$ et au moins 200 ml, 15 min. après administration d'un bronchodilatateur ou après traitement d'entretien.	<b>DEP</b> : débit expiratoire de pointe (Peak Flow) mesuré avec un débit-mètre, tel le Mini-Wright.	Amélioration $\geq 20\%$ postbronchodilatateur ou après des évaluations répétées.	<b>Test de la méthacholine (CP<sub>20</sub>)</b> : concentration de méthacholine causant une chute du VEMS de 20%.	CP <sub>20</sub> < 4 mg/ml (méthode de Juniper) (4-16 mg/ml est limite, > 16 mg/ml est normal (test négatif).	
Paramètres	Degré de changement								
<b>VEMS</b> : volume expiratoire maximal en une seconde.	Amélioration $\geq 12\%$ et au moins 200 ml, 15 min. après administration d'un bronchodilatateur ou après traitement d'entretien.								
<b>DEP</b> : débit expiratoire de pointe (Peak Flow) mesuré avec un débit-mètre, tel le Mini-Wright.	Amélioration $\geq 20\%$ postbronchodilatateur ou après des évaluations répétées.								
<b>Test de la méthacholine (CP<sub>20</sub>)</b> : concentration de méthacholine causant une chute du VEMS de 20%.	CP <sub>20</sub> < 4 mg/ml (méthode de Juniper) (4-16 mg/ml est limite, > 16 mg/ml est normal (test négatif).								
<b>Reflux gastro-œsophagien</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le reflux peut être la cause de la toux ou sa conséquence. Il peut être symptomatique ou non.</li> <li>• C'est une des trois principales causes de toux chronique rebelle (environ 25% des cas).</li> <li>• Comme premier test diagnostique, 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).</li> </ul>								
<b>Bronchite chronique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• Chez le fumeur de longue date, une néoplasie ou une MPOC doivent être éliminées.</li> <li>• La bronchite chronique est définie par une toux et des expectorations de &gt; 3 mois consécutifs pendant &gt; 2 ans.</li> </ul>								
<b>Bronchite à éosinophiles non asthmatique (BENA)</b>	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.								

Causes	Indices
<b>Toux postinfectieuse</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• La toux est en général non productive et disparaît en quelques semaines. La radiographie est habituellement normale.</li> </ul>

### Étiologies moins fréquentes

- 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.

**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 semaine).

### Toux aiguë (moins de 3 semaines)

**Anamnèse, examen physique ± tests**

**Condition grave potentiellement létale**

- Pneumonie
- Exacerbation grave d'asthme ou de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC),
- Embolie pulmonaire,
- Insuffisance cardiaque,
- Autre maladie grave

Évalue et traiter

**Condition ne mettant pas le pronostic vital en jeu**

**Infection :**

- Infection des voies aériennes supérieures (IVRS)
- Infection des voies aériennes inférieures (IVRI)

**Exacerbation d'une condition préexistante :**

- Asthme
- Bronchiectasies

**Causes environnementales ou professionnelles :**

- Syndrome de toux originant des voies aériennes supérieures (STOVAS)
- Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)

## Toux subaiguë (3 à 8 semaines)

### Anamnèse et examen physique

#### Toux d'origine postinfectieuse

- **Pneumonie et autres maladies graves \***
- Coqueluche
- Bronchite

\* Évaluer et traiter

#### Toux d'origine non infectieuse

Même évaluation que toux chronique (ou rebelle)

#### Nouvelle condition ou exacerbation d'une condition préexistante

- Syndrome de toux originant des voies aériennes supérieures (STOVAS)
- Asthme
- Reflux gastro-oesophagien (RGO)
- Bronchite

### 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 rebelle (plus de 8 semaines)

### Anamnèse, examen physique et radiographie pulmonaire

Cause possible de tout identifiée

Investiguer et traiter

Tabagisme, prise d'IECA

Cesser

Réponse inadéquate à un traitement optimal ou aucune réponse

- **Syndrome de toux originant des voies aériennes supérieures (STOVAS)**: traitement empirique.
- **Asthme**: évaluation si possible (spirométrie, test de réversibilité par un bronchodilatateur, test de provocation bronchique ou traitement empirique).
- **Bronchite à éosinophiles non asthmatique (BENA)**: recherche d'éosinophiles dans l'expectoration, sinon traitement empirique.
- **Reflux gastro-oesophagien (RGO)**: traitement empirique.

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.

Causes possibles	Traitements
<b>Toux aiguë ou subaiguë (0 à 8 semaines)</b>	
<b>Infection des voies aériennes supérieures</b> (généralement virale)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antihistaminiques de 1<sup>re</sup> génération avec ou sans décongestionnants oraux;</li> <li>• Si subaiguë : parmi les options thérapeutiques, on retrouve également l'ipratropium nasal ou les corticostéroïdes à court terme.</li> </ul>
<b>Sinusite aiguë</b>	Antihistaminiques de 1 <sup>re</sup> génération avec ou sans décongestionnants oraux + antibiotiques au besoin.
<b>Exacerbation d'un asthme</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Introduire ou augmenter les corticostéroïdes inhalés, <math>\beta_2</math>-agoniste inhalé;</li> <li>• Corticostéroïdes oraux si sévère.</li> </ul>
<b>Exacerbation de MPOC</b>	Bronchodilatateurs, corticostéroïdes oraux, antibiotiques.
<b>Coqueluche</b>	Antibiotique (macrolide). Isoler pour 5 jours.
<b>Toux rebelle (&gt; 8 semaines)</b>	
<b>Asthme</b>	Assainissement de l'environnement et éducation, anti-inflammatoires bronchiques, bronchodilatateurs, suivi régulier, plan d'action.
<b>Bronchiectasies</b>	Toilette bronchique, bronchodilatateurs*, traitement des surinfections, chirurgie* si localisées et infections fréquentes.
<b>Bronchite chronique</b>	Cessation du tabagisme, éviter les irritants respiratoires, bronchodilatateurs, corticostéroïdes*.
<b>Bronchite à éosinophiles non asthmatique</b>	Corticostéroïdes inhalés.
<b>STOVAS</b>	Antihistaminiques de 1 <sup>re</sup> génération avec ou sans décongestionnants oraux ou ipratropium nasal.
<b>Rhinite allergique</b>	Corticostéroïdes topiques nasaux, antihistaminiques de dernière génération (non sédatifs).

<b>Toux rebelle (&gt; 8 semaines) (suite)</b>	
<b>Rhinite non allergique</b>	Corticostéroïdes inhalés nasaux, ipratropium nasal.
<b>Rhinosinusite chronique/ polypose nasale</b>	Corticostéroïdes inhalés nasaux (oraux*), évaluation en ORL (chirurgie*).
<b>Reflux gastro-œsophagien</b>	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 prokinétiques.
<b>Toux et néoplasie pulmonaire</b>	Traitement de la cause; arrêt du tabagisme; antitussifs non spécifiques si trop inconfortable.
<b>Toux d'origine médicamenteuse</b>	Arrêt du médicament responsable.
<b>Toux post-infectieuse</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peut disparaître seule;</li> <li>• Antihistaminiques de 1<sup>re</sup> génération + décongestionnants oraux. Les corticostéroïdes en inhalation ou l'ipratropium nasal peuvent aider.</li> </ul>
<b>Toux psychogénique ou habituelle</b>	Psychothérapie, traitement antitussif non spécifique pour une courte période*.

\* Indique une option thérapeutique possiblement utile chez certains patients.

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

# 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.

## **Auteurs :**

Gilles Côté, M.D., omnipraticien, CSSS de Rimouski-Neigette, 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.