

Docteur, je tousse encore... TOUX CHRONIQUE ADULTES, ENFANTS

Dossier documentaire écrit par E.COSSET Groupes qualité janvier 2020

1^{ère} partie : toux chronique chez l'adulte

Contexte

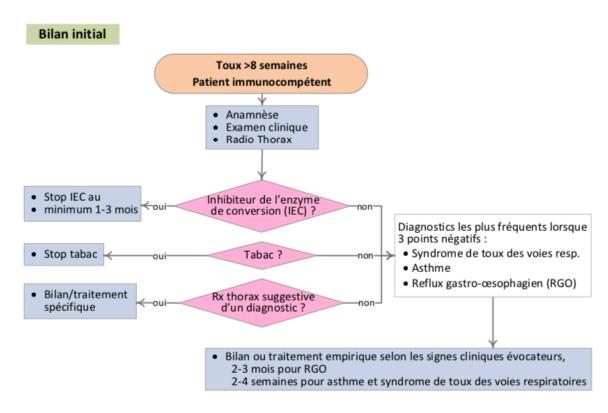
La toux chronique est définie dans la littérature francophone par une durée supérieure à 3 semaines, alors que les nouvelles reco de l'ERS (European Respiratory Society) et la littérature anglophone considèrent comme subaigues les toux entre 3 et 8 semaines et chroniques les toux de plus de 8 semaines.

Les motifs de consultation pour toux représentent un des quatre premiers motifs de consultation en médecine générale, néanmoins le fumeur qui tousse ne consulte généralement pas pour ce motif, le tousseur chronique rapporte plus la sensation de gêne par rapport à son entourage, insomnie, incontinence urinaire...

Toute apparition d'une toux chez un fumeur doit faire écarter un cancer bronchique, chez le non-fumeur qui ne prend pas d'IEC, à RP normale trois diagnostics regroupent 90% des origines de la toux :

- La rhinorrhée chronique avec jetage postérieur
- Le RGO
- L'asthme

Bilan initial d'une toux chronique



L'anamnèse et l'examen clinique s'appuieront_à rechercher les caractéristiques de la toux, facteurs aggravants, les fdr (**tabac**, toxiques, expositions professionnelles, prises médicamenteuses), les antécédents (éliminer les toux post infectieuses) les signes de gravité (AEG, dyspnée d'effort, hémoptysie, syndrome infectieux, modification de la toux, dysphonie, dysphagie, adénopathies suspectes, anomalies à l'ex clinique cardio pulmonaire....)

Les différentes étiologies

> Toux d'origine ORL

Soit syndrome de rhinorrhée postérieure avec écoulement, raclement de gorge, troubles de l'odorat...

Soit obstruction nasale chronique, ronflements, respiration buccale, apathie...

Etiologies	Commentaires
Rhinite allergique (saisonnière ou perannnuelle)	Très fréquente; jusqu'à 20% des patients
Rhinite non allergique perannuelle (rhinite vasomotrice et rhinite non allergique avec éosinophilie, NARES)	Rhinite vasomotrice: sécrétions aqueuses abondantes, souvent en réponse à un stimulus (odeur, changement de température, humidité)
Rhinite postinfectieuse	Fréquente après une infection à Mycoplasma pneumoniae, Chlamydophila pneumoniae et Bordetella pertussis
Sinusite bactérienne	Après infection par staphylocoque doré, staphylocoque coagulase négatif, anaérobes, Haemophilus influenzae, Moraxella catarrhalis
Rhinite sur anomalie anatomique obstructive	Secondaire à une déviation septale ou des polypes; obstruction favorise les sinusites bactériennes secondaires
Rhinite irritative (irritants physiques ou chimiques)	Froid, fumées, agents industriels, etc.

Dans la rhinite allergique le premier traitement reste préventif avec diminution de l'exposition à l'allergène, et symptomatique avec le sérum physiologique, le cromoglicate de sodium par voie nasale. Pour les corticoïdes en pulvérisation nasale et antiH1 ne pas minimiser les possibles effets secondaires sur le long cours. (sécheresse nasale, insomnie, excitation, cataracte, glaucome pour les premiers, somnolence, fatigue, prise de poids, troubles du comportement, allongement du QT pour les seconds)

Les sinusites maxillaires bactériennes sont une complication rare des rhinopharyngites virales (persistance de la douleur infra sinusienne malgré ttt

symptomatique, douleur unilatérale, pulsatile, acmé fin de nuit, fièvre ,rhinorrhée purulente unilatérale) elles évoluent néanmoins souvent vers une guérison spontanée en une à deux semaines, si une antibiothérapie se justifie préférer l'amoxicilline pendant 7 jours.

http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/formation/ecn-pilly-2018/ecn-2018-ue6-145-nb.pdf

Pour les sinusites ethmoïdales, sphénoïdales et frontales l'antibiothérapie de choix est l'amoxicilline ac clavulanique 7j

https://antibioclic.com/strategie/235/1483

Toux d'origine pulmonaire

Asthme

Devant toute toux persistante il convient de faire une spirométrie à la recherche d'un trouble ventilatoire obstructif. Si ce trouble est réversible après bronchodilatateurs, l'examen signe l'asthme même si la toux en est la seule manifestation. Il s'agit le plus souvent d'une toux spasmodique nocturne ou au froid, à l'exercice...

BPCO

Diagnostiquée à la spiro devant une toux chronique si le trouble ventilatoire obstructif n'est pas réversible après bronchodilatateurs. Chez le fumeur atteint de BPCO la toux peut persister malgré l'arrêt du tabac. ttt : cf dossier documentaire BPCO

➤ Le RGO

Dans 21 à41 % des cas la toux peut être liée à un RGO avec ou sans pyrosis associé. La fibroscopie est recommandée en cas d'AEG ou chez les plus de 50 ans mais sinon un ttt d'épreuve par IPP peut être prescrit à la dose de 40 mg d'oméprazole pendant 3 mois. En cas d'inefficacité un reflux non acide peut être évoqué.

Les prises médicamenteuses

Les IEC sont les principalement en cause, la toux sèche pouvant survenir dans la première semaine et jusqu'à 6 mois du début du traitement.

Les sartans (olmésartan) sont aussi parfois incriminés, de même que certains bétabloquants (y compris en gouttes oculaires)

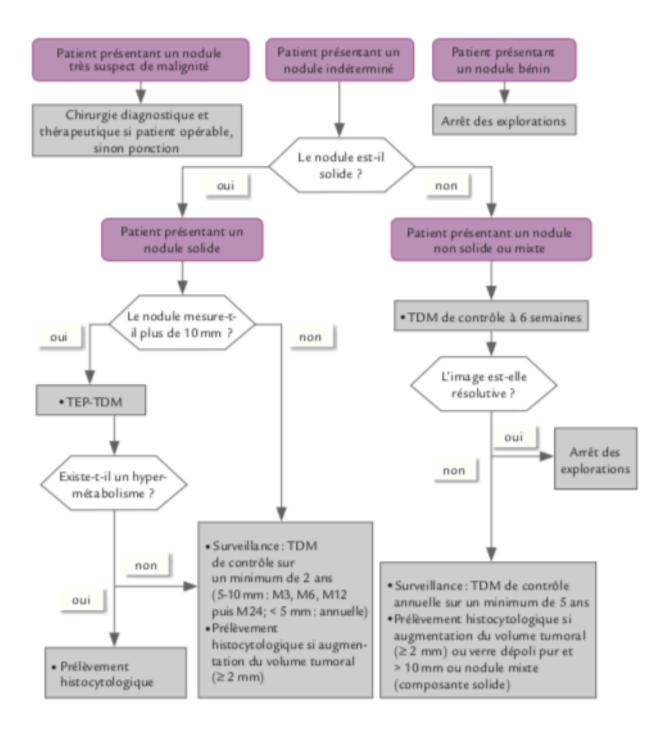
> Les autres causes plus rares

• Cancer bronchique

La toux est révélatrice dans 30 à 80% des cancers bronchiques et peut sur un cancer opéré témoigner une récidive, mais ne représente que 2% des toux.

Devant une suspicion de cancer pulmonaire il convient de faire une radio pulmonaire (F+P) et un scanner thoracique avec injection en cas de radio suspecte à compléter si besoin d'une bronchoscopie.

EXAMEN	CRITÈRES DE MALIGNITÉ	CRITÈRES DE BÉNIGNITÉ
Examen clinique	 Âge Tabac, exposition à un agent cancérigène Antécédent de cancer 	-
TDM en coupes fines	Diamètre élevé Contours irréguliers Bronchogramme aérien ou bronche dilatée dans l'environnement du nodule Cavitation avec paroi épaisse Image persistante en verre dépoli de plus de 10 mm ou avec composante solide	• Foyer de densité graisseuse (-40 à -80 UH, déviation standard comprise) • Calcifications diffuses, lamellaires ou centrales ou en «pop corn» • Aspect compatible avec un ganglion intrapulmonaire: nodule < 10 mm, distant de moins de 10 mm de la plèvre, au-dessous du niveau de la carène, forme angulaire
TEP-TDM	-	• Absence d'hypermé- tabolisme (si nodule solide) et diamètre ≥ 10 mm



Dilatation des bronches

Il s'agit d'un élargissement du diamètre des bronches consécutif à une destruction des parois bronchiques (le plus souvent secondaires à des infections respiratoires sévères coqueluche, tuberculose, vrs sévère...) entrainant une stagnation des secrétions bronchiques, une toux produtive abondante et quotidienne +/- purulente.

La confirmation du diagnostic se fait par le scanner alors que la rx est généralement normale. La prise en charge repose sur la kinésithérapie de drainage, éviction du tabac, vaccinations antigrippales et antipneumo et bronchodilatateurs. L'azithromycine donnée au long cours semble diminuer la fréquence des exacerbations et améliorer la qualité de vie mais pourrait induire une augmentation de la résistance microbienne. (Revue Cochrane)

2^{ème} partie : Toux chronique chez l'enfant

La toux représente 85 % des motifs de consultation chez les 1-5 ans, 15 % des enfants âgés de 3 ans toussent, 15 % des enfants âgés de 7 ans présentent une toux nocturne avec sifflement.

La toux chronique est définie par une durée supérieure à 8 semaines. Chez le jeune enfants les infections des voies aériennes répétées et rapprochées peuvent donner l'impression de signes continus.

Après avoir éliminé l'éventualité chez l'enfant d'un corps étranger, deux questions se posent

Si c'est une toux sèche et si c'était de l'asthme?

Si c'est une toux grasse et si c'était une bronchite bactérienne persistante ?

Anamnèse:

Antécédents, durée d'évolution, horaires de la toux, facteurs déclenchants, environnement (tabagisme, animaux, mode de garde) atopie familiale... Il est possible de s'aider d'un enregistrement de la toux par les parents. Appréciation du retentissement de la toux chez l'enfant et son entourage.

Examen:

Auscult pulmonaire, ex orl, examen de la peau à la recherche d'atopie, déformation thoracique, hippocratisme digital, souffle cardiaque, courbe de croissance, signes généraux...

Ne pas négliger les signes d'alerte :

Troubles de l'alimentation : malaise, cyanose, fausses routes ; Diarrhées graisseuses ; Stagnation/cassure staturo-pondéral ; Bronchorrhée, expectorations ; Détresse respiratoire à la toux ; Auscultation anormales (selon contexte) ; Plusieurs

hospitalisations pour infection bactérienne

Le seul examen qui reste indispensable est la RP, peuvent s'y ajouter les EFR et tests allergologiques.

la rx des sinus ne présente pas d'intérêt.

Les trois principales causes sont :

- L'asthme
- > Les pathologies ORL infectieuses
- ➤ Le RGO
- Viennent ensuite :

Infections (coqueluche, mycoplasme, tuberculose)

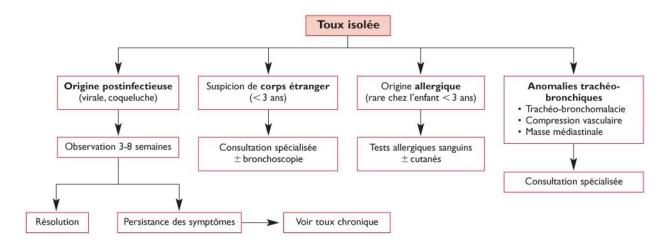
Les bronchites bactériennes persistantes

Les toux psychogènes

DDB (Mucoviscidose)

Les corps étrangers (entre 9 mois et 3 ans principalement)

Pathologies laryngées (obstacle, malacie)...



La toux évocatrice d'asthme

La toux asthmatique est sèche non productive, déclenchée par l'effort, l'air froid, les rires, pleurs, infections des VAS, à prédominance nocturne... Elle peut être l'unique expression sans sifflement d'un asthme. Un traitement par bronchodilatateurs peut être instauré, réévalué aprés deux à six semaines et poursuivi en cas de réponse positive. Les chambres d'inhalation avec masque

jusque vers 3-4 ans puis embout buccal doivent y être associer (penser démonstration, vérification, entretien).

Il n'y a pas lieu par contre de traiter par corticoides inhalés les enfants présentant les bronchites virales à répétition.

Les pathologies ORL

Rappel sur la formation des sinus : dès les premiers mois de vie pour les sinus ethmoïdaux, vers 3-4 ans pour les sinus maxillaires et 6-12 ans pour les sinus frontaux. Rhinorrhée postérieure

Rechercher des facteurs favorisants (carence martiale, allergie, asthme, rgo, mucoviscidose, déficits immunitaires...)

Antibiotiques inefficaces,

Ttt

Irrigation nasale au sérum physiologique ou sérum salés hypertoniques plusieurs fois par jour, corticoïdes nasaux si rhinosinusite chronique allergique ou polypes nasaux. Antihistaminiques si rhinite allergique

Sinusites

En cas de poussée avec fièvre et exacerbation des symptômes l'antibiothérapie recommandée est :

Amoxiciline 80 mgr/kg pendant 7 jours en cas de sinusite maxillaire Amoxicilline – ac clavulanique 80 mg/kg 7 jours en cas de sinusite ethmoïdale ou frontale

(https://antibioclic.com/strategie/246/1470)

➤ Le RGO

Souvent évoqué il est difficile de faire le lien de causalité avec la toux, il peut toutes fois en être une conséquence. Une Phmétrie permettant d'authentifier le reflux est recommandée, si un test aux ipp est néanmoins réalisé penser à l'effet placebo possible et à l'évolution naturelle de la toux afin d'envisager d'arrêter le traitement et le reprendre si nécessaire.

Les bronchites bactériennes persistantes

Il s'agit d'une toux chronique productive évoluant depuis plus de 4 semaines. âge médian entre 10mois et 5ans mais peut se voir aussi chez l'adolescent. Principaux germes : Haemophilus influenzae, pneumocoque et moraxella. Toux productive isolée Examen clinique normal ou subnormal

Rx normale ou subnormale EFR et ECBC si possible chez les plus grands ; Traitement par antibiothérapie probabiliste 2 à 4 semaines par : Augmentin ou macrolide ou bactrim Kiné non évalué, non recommandé

Coqueluche

La PCR n'a d'intérêt que dans les trois premières semaines, ensuite nombreux faux négatifs.

La sérologie n'est pas recommandée.

ttt Clarithomycine 7 jours ou azithromycine 3 jours (dans les 3premières semaines après lesymptomes, diminue rapidement la contagiosité)

> Toux Psychogène

Pré ado et adolescents, examen clinique normal, radiographie normale Dans 25 à50 % des cas en post infctieux Gène peu l'enfant mais beaucoup l'entourage ;

