

**RECOMMANDATION
POUR LA PRATIQUE CLINIQUE**

“ LA TOUX CHRONIQUE CHEZ L’ADULTE ”



Texte court

GROUPE DE TRAVAIL

Président : Pr Roger JANKOWSKI, ORL, Nancy

Dr Patrick ABITBOL, ORL, Paris ;
Dr Didier BOUCCARA, ORL, Clichy ;
Pr Pascal DEMOLY, Allergologie, Montpellier ;
Pr Philippe DUCROTTÉ,
Hépatogastroentérologie, Rouen ;
Pr Jean-Paul MARIE, ORL, Rouen ;
Dr Gueric MASSÉ, Médecine Générale,
Reims ;

Coordinateur : Pr Sophie PÉRIÉ, ORL, Paris

Pr Charles-Yves MAYAUD, Pneumologie,
Paris ;
Dr Thierry VALLOT, Hépatogastroentérologie,
Paris ;
Dr Alain Patrice VAN AMERONGEN,
Psychiatrie, Saint Germain en Laye ;
Pr Benoît WALLAERT, Pneumologie, Lille ;
Dr Patrick WIERRE, Pharmacien, Jeumont.

GROUPE DE LECTURE

AYACHE D. ORL, Paris ;
AYGALENQ P. Gastroentérologie, Grasse ;
BOBIN S. ORL, Kremlin Bicêtre ;
BORDURE P. ORL, Nantes ;
BOUVARD E. Interniste, Paris ;
BRACCINI F. ORL, Nice ;
BRAUN JJ. ORL, Strasbourg ;
BRULEY DES VARANNES S.
Gastroentérologie, Nantes ;
CAULIN C. Gastroentérologie, Paris ;
CHASSANY O. Méthodologie, Paris ;
CHEVALIER D. ORL, Lille ;
CHOBOUT JC ORL, Besançon ;
CRAMPETTE L. ORL, Montpellier ;
DALSTEIN G. Gastroentérologie, Thionville ;
DEBRY C. ORL, Strasbourg ;
DENOYELLE F. ORL, Paris ;
DESSI P. ORL, Marseille ;
DEVILLIER P. Pharmacologie, Reims ;
DIDIER A. Allergologie, Toulouse ;
DIETERLING P. Gastroentérologie, Nancy ;
DUBREUIL C. Kinésithérapie, Honfleur ;
EBBO D. ORL, Issy les Mx ;
FERRAND PA. Médecine générale, Angers ;
FONTANEL JP. ORL, Poitiers ;
GARBARZ E. Cardiologie, Paris ;
GAUDRIC M. Gastroentérologie, Paris ;

GIOVANNI A. ORL, Marseille ;
GRIGNET JP. Pneumologie, Denain ;
GRIGNON Radiologie, Nancy ;
HEID JM. Médecine générale, Senonnes ;
HENNEQUIN L. Radiologie, Nancy ;
HERVÉ S. Pneumologie, Paris ;
HOUPE JP. Cardiologie, Thionville ;
JULIA B. Pharmacie, Toulouse ;
KLAP P. ORL, Paris ;
KLOSSEK JM. ORL, Poitiers ;
KOSOWSKI A. ORL, La Réunion ;
LABRUDE M. Pharmacie, Nancy ;
LACAU SAINT GUILY J. ORL, Paris ;
LALEGERIE Pharmacie, Maisons Alfort ;
LINDAS P. ORL, Metz ;
LISOVOSKI F. Neurologie, Neuilly ;
MARIANOWSKI R. ORL, Brest ;
MAY T. Infectiologie, Nancy ;
MIGUERES M. Pneumologie, Saint Jean ;
MOHR R. Médecine générale, Sarreguemines ;
MONTINET B. ORL, Metz ;
MOREAU J. Gastroentérologie, Toulouse ;
MORIZOT B. ORL, Dijon ;
NALLET E. ORL, Pointe à Pitre ;
NEUKIRCH C. Pneumo-allergologie, Paris ;
OLLIER S. Interniste, Toulouse ;
ORSEL S. ORL, Limoges ;

PARIENTE A. Gastroentérologie, Pau ;
PETITJEAN F. Psychiatrie, Paris ;
PEYNEGRE R. ORL, Créteil ;
PIGNAT JC. ORL, Lyon ;
POLONOVSKI JM. ORL, Le Chesnay ;
PONCET JL. ORL, Paris ;
REMY P. Neurologie, Paris ;
REYT E. ORL, Grenoble ;
RICHARD-MOLARD B.
Gastroentérologie, Bordeaux ;
ROMANET P. ORL, Dijon ;
SCHEID P. Pneumologie, Vandœuvre les
Nancy ;
SEIGNEUR J. Pneumologie, Metz ;
SERRANO E. ORL, Toulouse ;

SEVIN F. ORL, Bron ;
STERKERS O. ORL, Clichy ;
STOLL D. ORL, Bordeaux ;
STRUNSKI V. ORL, Amiens ;
TARON F. Anesthésie , Nancy ;
TERRIER DE LA CHAISE. Cardiologie,
Nancy ;
TOURNAY F. Pharmacie, Villers les
Nancy ;
TUNON DE LARA M. Pneumologie,
Pessac ;
WITKOWSKI P. Psychiatrie, Dommartin
;
WOISARD V. Phoniatrie, Toulouse ;
ZUCK P. Pneumologie, Metz.

Promoteur : Société Française d'ORL

COMITE D'ORGANISATION

Dr Olivier CHASSANY, Méthodologie,
Paris ;
Pr Dominique CHEVALIER, ORL, Lille ;
Pr Françoise DENOYELLE, ORL, Paris ;
Pr Roger JANKOWSKI, ORL, Nancy ;
Pr Jean-Michel KLOSSEK, ORL, Poitiers

;
Pr Jean LACAU SAINT GUILY, ORL,
Paris ;
Pr Sophie PÉRIÉ, ORL, Paris ;
Pr Élie SERRANO, ORL, Toulouse ;
Pr Olivier STERKERS, ORL, Clichy.

La présente recommandation a été réalisée avec le soutien des partenaires suivants :

Janssen-Cilag
UCB Pharma
Zambon France

Organisation : LOb Conseils

MÉTHODOLOGIE

Les recommandations proposées ont été classées en grade A, B ou C selon un niveau de preuve scientifique décroissant, en accord avec le guide d'analyse de la littérature et de gradation des recommandations, publié par l'ANAES (Janvier 2000) :

Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature	Force des recommandations
Niveau 1 Essais comparatifs randomisés de forte puissance Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés Analyse de décision basée sur des études bien menées	Grade A Preuve scientifique établie
Niveau 2 Essais comparatifs randomisés de faible puissance Etudes comparatives non randomisées bien menées Etudes de cohorte	Grade B Présomption scientifique
Niveau 3 Etudes cas-témoins Essais comparatifs avec série historique	Grade C
Niveau 4 Etudes comparatives comportant des biais importants Etudes rétrospectives Séries de cas Etudes épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale)	Faible niveau de preuve scientifique

Cette classification a pour but d'explicitier les bases des recommandations. En l'absence de précision, les recommandations proposées correspondent à un accord professionnel (dégagé au cours d'échanges entre les membres du Groupe de Travail).

L'absence de niveau de preuve doit inciter à engager des études complémentaires lorsque cela est possible. Cependant, l'absence de niveau de preuve ne signifie pas que les recommandations élaborées ne sont pas pertinentes et utiles (exemple de l'efficacité de la mastectomie dans le cancer du sein, des antibiotiques dans l'angine,...).

Introduction

La prévalence de la toux chronique a été évaluée à 6 % des consultations de nouveaux patients chez les médecins généralistes, 10 % des consultations dans un centre de santé à orientation respiratoire et 10 à 30 % des consultations de pneumologie.

La toux chronique est définie dans la littérature par une durée supérieure à 3 ou 8 semaines (grade B). Le hémage (raclement de gorge) peut en être une forme clinique. La présente recommandation ne concerne qu'une toux qui dure plus de 3 semaines, sans tendance à l'amélioration (choix du groupe) et survenant en dehors d'un contexte médical connu et susceptible d'être en cause (toux "native").

I. APPROCHE DIAGNOSTIQUE DE LA TOUX NATIVE

I.1. INTERROGATOIRE ET EXAMENS D'ORIENTATION DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE

I.1.1. Établir le diagnostic positif d'une toux chronique native sur trois critères :

Sa durée est supérieure à 3 semaines, en l'absence de tendance à régresser et sans contexte étiologique connu.

I.1.2. Évaluer son caractère invalidant

Le caractère invalidant peut être affirmé lorsqu'il existe un retentissement psychosocial (sur l'entourage familial, professionnel...) et/ou un ou plusieurs des signes cliniques suivants :

- Toux insomniante, émétisante, asthénisante,
- 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 tachyrythmie,...).

I.1.3. Rechercher des signes de gravité

L'enquête étiologique doit être rapide et faire appel au spécialiste concerné (ORL, pneumologue, gastroentérologue, interniste, cardiologue, infectiologue ou le service des urgences) devant un ou plusieurs des signes suivants :

- Altération de l'état général ,
- Syndrome infectieux,
- Dyspnée d'effort,
- Hémoptysie ,
- Apparition ou modification de la toux chez un fumeur,
- Dysphonie, dysphagie, fausses routes,
- Adénopathie(s) cervicale(s) suspecte(s),
- Anomalies majeures de l'examen clinique cardiopulmonaire.

I.1.4. Rechercher les éléments cliniques d'orientation étiologique

Les caractères de la toux (productive ou non productive, horaire, position...) ne sont pas des éléments d'orientation étiologique spécifiques. **Leur regroupement avec d'autres symptômes** peut cependant avoir une valeur d'orientation initiale et guider l'ordre des investigations :

- Asthme : toux spasmodique, nocturne, au froid, à l'exercice, en cas de brouillard,
- Rhinite : antécédents de sinusite, sensation de rhinorrhée postérieure, raclement de gorge, écoulement nasal, obstruction nasale, troubles de l'odorat,
- Reflux gastro-œsophagien : survenue après les repas ou en position penchée en avant ou en décubitus.

La toux peut être multifactorielle. Une histoire évocatrice ne dispense pas d'une approche diagnostique systématique telle qu'elle est décrite ci-dessous (avis du groupe).

Certaines grandes causes doivent être éliminées :

1.4.1. Cause médicamenteuse

Une étiologie médicamenteuse est d'autant plus suspectée que le médicament est connu comme pourvoyeur de toux chronique et que son introduction a coïncidé avec le début de la toux :

- Effet certain et fréquent : Inhibiteurs de l'enzyme de conversion,
- Effet certain : Antagonistes de l'angiotensine II (sartans), bêta-bloquants, interféron alfa 2b, thérapeutiques inhalées,
- Données restreintes de la littérature : Morphine et dérivés, méthotrexate.

1.4.2. Coqueluche

L'interrogatoire oriente vers une coqueluche en cas de contagion, de toux quinteuse et émétisante, de spasmes laryngés et/ou de toux postinfectieuse, initialement banale, mais d'intensité croissante et sans tendance à l'amélioration au 21^e jour.

1.4.3. Tabagisme

La consommation chronique de tabac ou de cannabis est fréquemment à l'origine d'une toux. Chez l'adulte, le rôle du médecin est de discerner le symptôme banal, conséquence de l'inflammation bronchique, de la toux révélatrice d'une bronchopneumopathie obstructive (BPCO) ou plus encore, d'un cancer des voies aériennes. Pour cela, il doit prendre en compte l'âge du patient, l'importance et l'ancienneté de sa consommation tabagique, le caractère récent, ancien ou récemment modifié de sa toux, l'existence de symptômes associés et les données de l'examen clinique.

Les causes suivantes ne sont pas présentées par ordre de fréquence, mais suivent un plan d'examen anatomique permettant une recherche étiologique méthodique.

1.4.4. Cause ORL

1.4.4.i Causes rhinosinusiennes : rhinite ou sinusite avec ou sans rhinorrhée postérieure

- L'interrogatoire recherche les symptômes d'un dysfonctionnement nasal chronique (obstruction nasale, anosmie, rhinorrhée...). La rhinorrhée postérieure isolée mérite cependant une attention particulière car si elle est associée à une toux chronique elle réalise le syndrome "rhinorrhée postérieure – toux chronique" (grade C).
- L'examen recherche une rhinorrhée postérieure, visible sur la paroi postérieure de l'oropharynx.

1.4.4.ii Causes en rapport avec une atteinte du carrefour aérodigestif

- Une dysphonie, des fausses-routes, une dysphagie, des régurgitations d'aliments non digérés, des paresthésies pharyngées, s'ils sont associés à une toux doivent orienter la personne vers une consultation ORL.
- Des épisodes d'asphyxie aiguë fréquemment inaugurés par une toux, sans perte de connaissance, suggèrent une hyperréactivité laryngée, dominée par les spasmes laryngés.
- L'examen clinique recherche des adénopathies cervicales, un goître, une hypertrophie majeure des amygdales, une luette de longueur excessive, ou encore une thyroïde linguale. Bien que n'étant pas nécessairement responsable de la toux, l'existence d'une seule de ces anomalies doit conduire à un bilan ORL (grade C).

1.4.4.iii Causes otologiques

Elles sont dominées par les affections du conduit auditif externe mais sont exceptionnellement en cause (grade C).

1.4.5. Cause bronchopulmonaire

L'interrogatoire recherche une exposition chronique à des aérocontaminants : tabagisme, inhalation de cannabis, exposition à des polluants professionnels ou domestiques.

Certaines caractéristiques sémiologiques peuvent orienter le diagnostic sans pour autant être pathognomoniques :

- Toux rauque et aboyante, quinteuse, parfois émétisante de la coqueluche
- Toux avec hémoptysie dans le cancer bronchique
- Toux associée à la perception par le patient de sifflements épisodiques intrathoraciques dans la toux équivalent d'asthme
- Toux accompagnée d'expectoration muqueuse matinale dans la bronchite chronique tabagique et d'expectoration purulente (verdâtre) dans les dilatations des bronches (DDB).

L'auscultation pulmonaire recherche des signes évocateurs de pathologie bronchique (wheezing, traduisant un obstacle sur les grosses bronches, râles sibilants de l'asthme, râles bulleux et humides de la bronchite chronique) ou parenchymateuse (râles crépitants).

1.4.6. Cause gastroentérologique

L'existence d'un reflux gastroœsophagien (RGO) doit être suspectée sur la notion d'antécédent d'œsophagite et sur la présence de symptômes digestifs du reflux : pyrosis et/ou régurgitations acides ou alimentaires. Il faut souligner que 50 à 75% des personnes consultant pour une toux chronique en rapport avec un RGO n'ont aucun symptôme digestif de reflux.

En cas de dysphagie, l'hypothèse d'une obstruction œsophagienne fonctionnelle ou organique ou d'un diverticule pharyngo-oesophagien doit être évoquée.

1.4.7. Cause cardiologique

L'interrogatoire oriente vers l'origine cardiaque d'une toux si celle-ci survient à l'effort ou en décubitus s'accompagnant dans ces deux circonstances de dyspnée.

L'examen confirme le bien fondé de cette orientation s'il retrouve une tachycardie, une arythmie, des signes d'insuffisance ventriculaire gauche voire la cause de celle-ci (angor, hypertension artérielle, valvulopathie).

1.4.8. Cause allergique

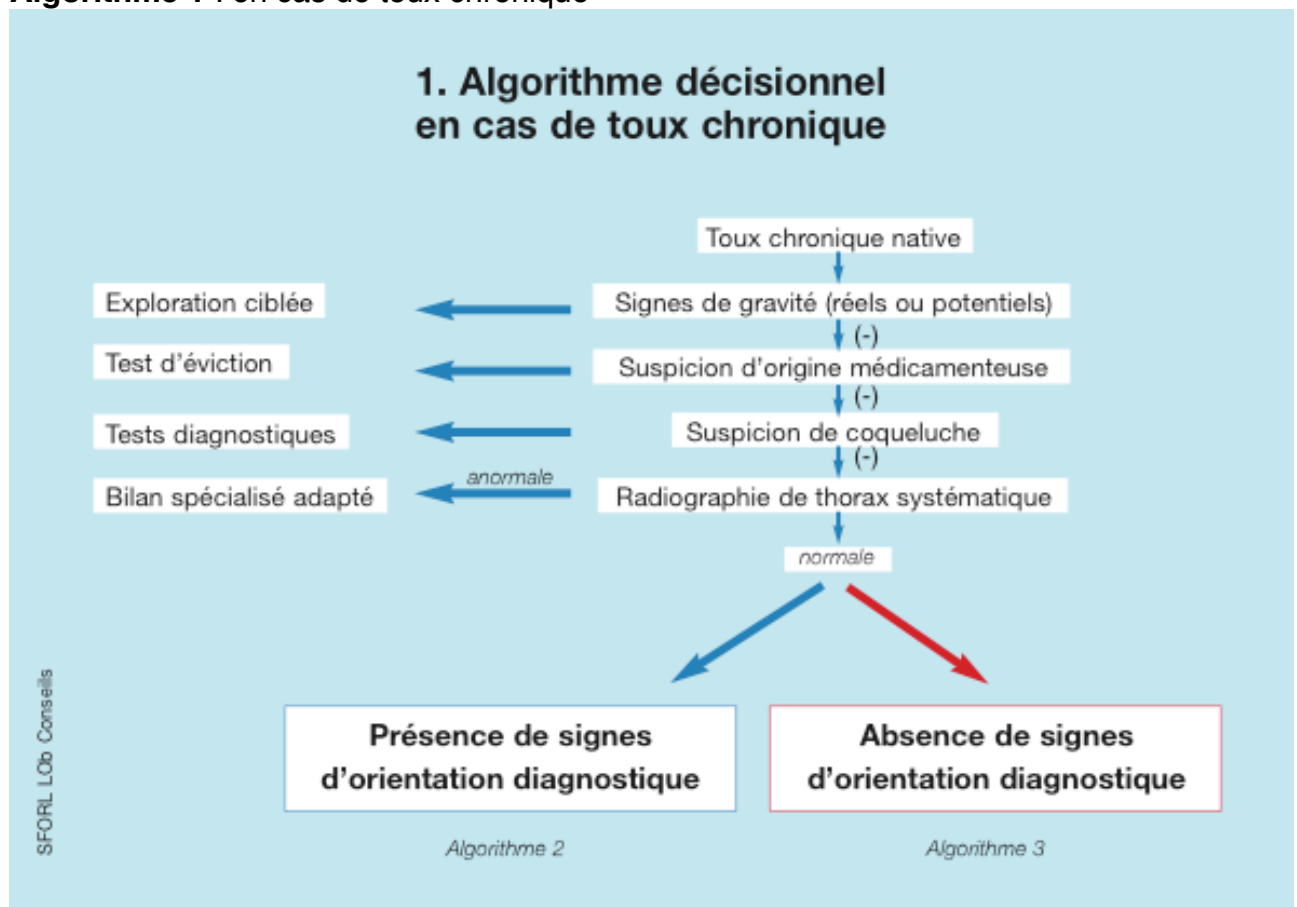
En cas d'allergie, la toux est due soit à une inflammation bronchique, soit à une inflammation nasale avec jetage postérieur, soit aux deux.

1.4.9. Cause comportementale

Les causes comportementales sont à envisager en l'absence des causes médicales décrites ci-dessus et en présence d'un comportement évocateur. Les caractéristiques de la personnalité (phobique, obsessionnelle, complaisante, instable, revendiquant de manière paradoxale, passive ou hostile) les caractéristiques du comportement particulièrement anxieux ou dépressif sont à prendre en compte. Des éléments sémiologiques de la toux (ritualisée, diurne avec une absence totale de modification du sommeil, disparaissant spontanément de manière inexplicable, hyperventilation associée) doivent faire penser à une cause comportementale.

I.1.5. Stratégie de prise en charge initiale par le médecin généraliste

Algorithme 1 : en cas de toux chronique



1.5.1. En cas d'imputabilité forte d'une cause médicamenteuse

Arrêt du médicament suspecté, en coordination avec le médecin prescripteur, pour mettre en place un traitement alternatif. Pour les IEC, la toux doit cesser dans les 4 à 6 semaines après l'arrêt. Le symptôme doit être réévalué au terme de ce délai.

1.5.2. En cas de suspicion de coqueluche

Le diagnostic est sérologique en attendant la mise à disposition de la PCR qui seule pourrait identifier les rares cas de persistance de *Bordetella pertussis*. Dans la situation actuelle, une antibiothérapie par macrolide ne se justifie qu'en cas de nourrisson non vacciné dans l'entourage. Elle n'a aucun effet sur la toux qui résiste le plus souvent à tout traitement symptomatique mais se résout habituellement dans un délai de 1 à 2 mois.

1.5.3. Radiographie thoracique (face et profil)

En dehors des deux circonstances précédentes, elle est systématique. Elle objective les opacités parenchymateuses, pleurales et médiastinales consécutives (infection, tumeur, atelectasie ou infarctus). Elle méconnaît certaines lésions bronchiques (DDB, bronchite chronique), endobronchiques (tumeur de petite taille, corps étranger non radio-opaque) ou vasculaires (embolie pulmonaire).

1.5.4. En cas de tabagisme

Chez l'adolescent, tabagique récent, la toux est un symptôme banal mais aussi un argument pour proposer un sevrage tabagique dès la première consultation. La toux doit disparaître avec l'arrêt du tabagisme, après une phase brève d'exacerbation. On peut en rapprocher la toux liée à la consommation chronique de cannabis.

Chez l'adulte, tabagique chronique, la toux est un symptôme fréquent mais aussi une circonstance de découverte d'une BPCO ou d'un cancer des voies aériennes. Elle justifie un bilan ORL et pneumologique dès la première consultation et par la suite, en cas de modification en dehors d'un contexte de banale exacerbation (syndrome viral, expectoration verdâtre).

Les stratégies suivantes ne sont pas présentées par ordre de fréquence étiologique, mais suivent un ordre anatomique.

1.5.5. En cas d'orientation diagnostique ORL

1.5.5.i En présence de symptômes rhinosinusiens :

- 1) Devant un syndrome rhinorrhée postérieure – toux chronique, il n'y a actuellement en France aucun consensus professionnel pour sa prise en charge. Au vu de la littérature, le groupe recommande l'utilisation en première intention de bromphéniramine / pseudoéphédrine pendant trois semaines (grade C). En cas d'échec de ce traitement, il est préférable d'adresser le patient à l'ORL sans prescrire de corticoïdes par voie générale car ils peuvent faire disparaître des lésions. Un scanner des sinus doit être réalisé et non une radiographie standard (grade A).
 - 2) Devant un dysfonctionnement nasal chronique autre, il est préférable d'adresser le patient à l'ORL, avant toute corticothérapie par voie générale et muni d'un scanner des sinus, pour la recherche d'une étiologie précise (par exemple : polypose nasosinusienne, sinusite chronique, Wegener...).
- L'interprétation d'un scanner des sinus nécessite une confrontation avec les données de l'interrogatoire et de l'endoscopie nasale.

1.5.5.ii En présence de symptômes d'une atteinte du carrefour aérodigestif :

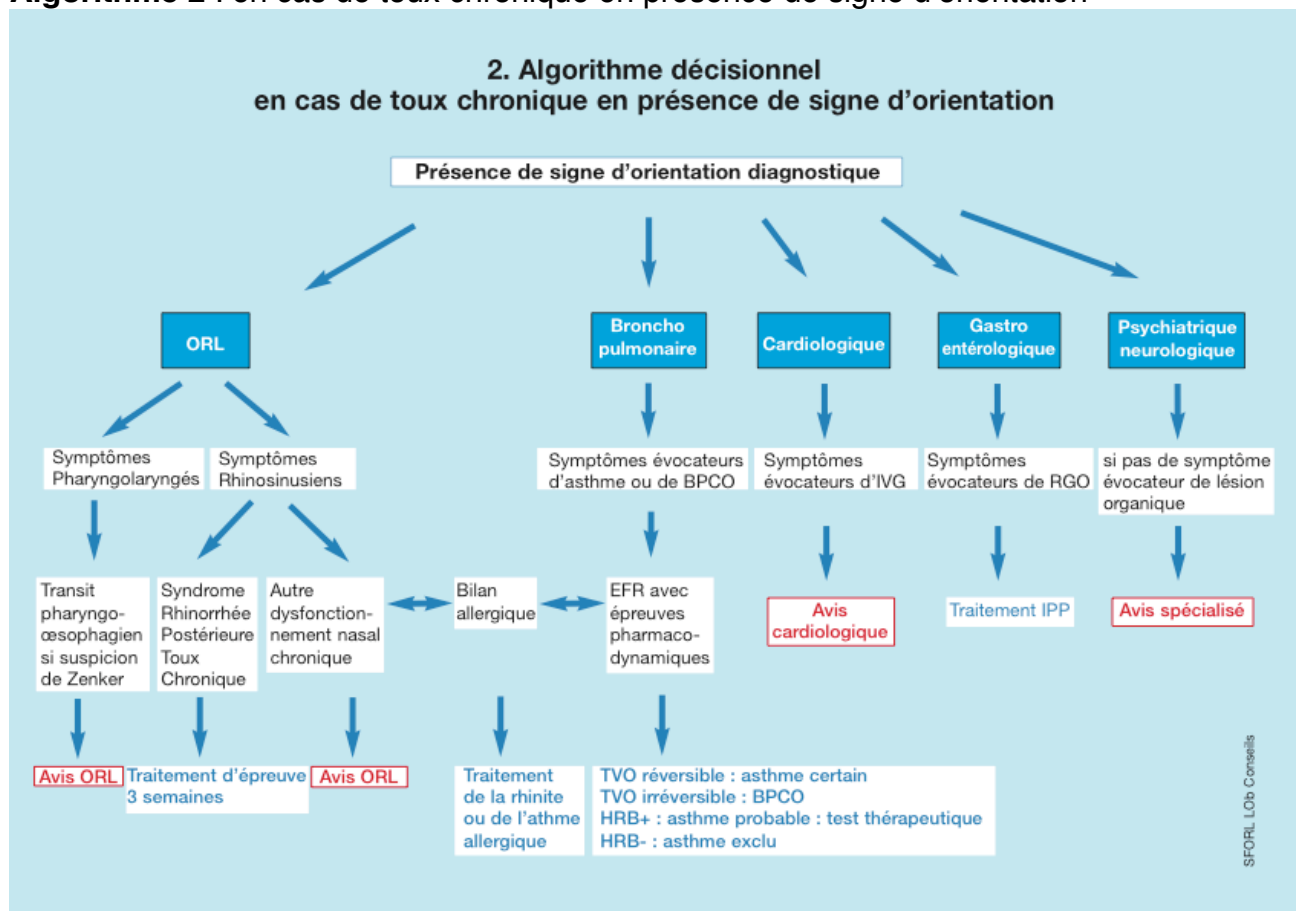
Une tumeur doit dans un premier temps être éliminée par un examen ORL. S'il existe une suspicion de diverticule de Zenker, un transit pharyngo-œsophagien est prescrit par le médecin traitant avant la consultation ORL.

Dans les laryngites chroniques, la dysphonie est le maître symptôme. La toux est typiquement irritative, majorée au cours de la phonation.

Les laryngites peuvent être l'expression d'un reflux pharyngolaryngé sur un reflux gastro-œsophagien ; elles se caractérisent typiquement par la présence de lésions inflammatoires en regard de la partie postérieure du larynx (hyperhémie, granulomes, ulcérations) ou plus fréquemment d'un œdème (Grade C). La voix peut être enrouée et fatigable, associée fréquemment à un hémorragie, à une sensation de globus ("boule" dans la gorge).

Les infections laryngées spécifiques responsables d'une toux chronique sont d'origine tuberculeuse ou mycotique (candidose, histoplasmosse....).

Algorithme 2 : en cas de toux chronique en présence de signe d'orientation



TVO : trouble ventilatoire obstructif, HRB : hyper-réactivité bronchique, IVG : insuffisance ventriculaire gauche, RGO : reflux gastroœsophagien, BPCO : bronchopneumopathie obstructive .

1.5.6. En cas d'orientation diagnostique bronchopulmonaire

En cas de suspicion d'asthme, il faut assurer le diagnostic qui implique un traitement de longue durée : épreuves fonctionnelles respiratoires (EFR) à la recherche d'un trouble ventilatoire obstructif (TVO) réversible sous bronchodilatateurs. En absence de TVO, une hyperréactivité bronchique est systématiquement recherchée. Son absence élimine le diagnostic d'asthme. Sa présence renforce la suspicion de toux équivalent d'asthme mais ne l'affirme pas (grade A). Elle légitime néanmoins un traitement d'épreuve de la

toux par un traitement spécifique de l'asthme (corticoïde et/ou bronchodilatateur inhalés) (grade C).

En cas de suspicion de BPCO, deux mesures s'imposent : pratiquer des EFR qui permettent de déterminer le stade d'obstruction bronchique (classification GOLD) qui conditionne la prise en charge (grade C) et convaincre le patient de l'intérêt d'un sevrage tabagique, seule mesure réellement efficace contre la toux (grade A).

En cas de suspicion de cancer bronchique (toux de modification récente et inexplicquée chez un fumeur) ou d'une autre affection bronchopulmonaire, le patient doit être adressé en consultation spécialisée (grade C).

1.5.7. En cas d'orientation diagnostique gastroentérologique

Devant des symptômes digestifs de RGO (pyrosis, régurgitations), les indications de l'endoscopie, avant d'instituer un traitement, dépendent de l'existence ou non de signe d'alarme (dysphagie, amaigrissement, anémie) ou de facteur de risque (âge > 50 ans) et de la sévérité des symptômes (grade C).

Chez les malades qui présentent des symptômes digestifs de RGO non sévères ou des antécédents d'œsophagite modérée sans endobrachyœsophage, la majorité des auteurs recommandent d'entreprendre d'emblée un traitement médical du RGO selon les modalités décrites au paragraphe traitement (grade C).

1.5.8. En cas d'orientation diagnostique cardiologique

Une suspicion d'insuffisance ventriculaire gauche en présence d'une toux d'effort associée à une dyspnée d'effort, une orthopnée, une tachychardie et d'éventuelles anomalies auscultatoires justifient une consultation spécialisée (grade C).

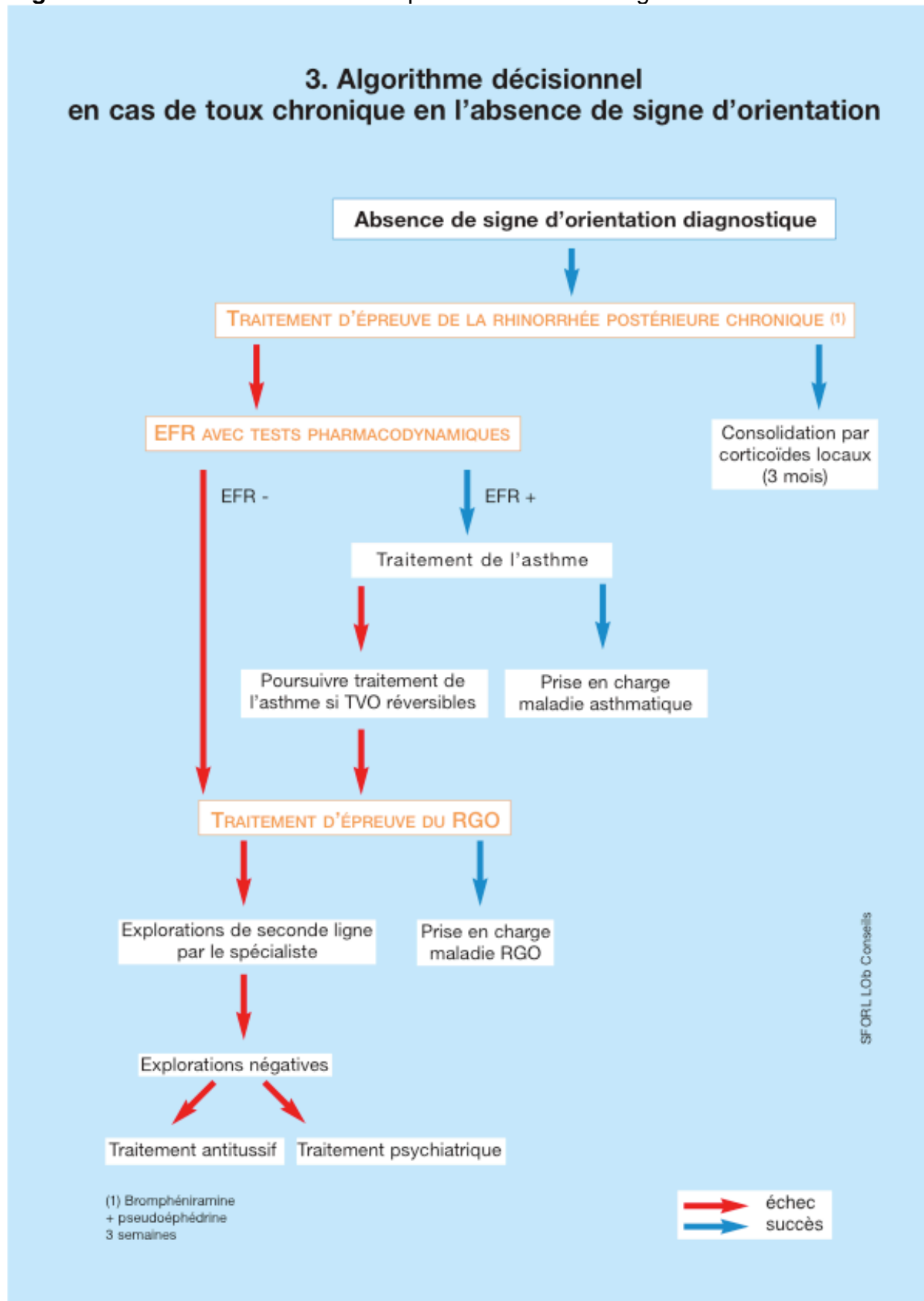
1.5.9. En cas d'orientation diagnostique allergique

Devant un contexte anamnestique évocateur, les tests multi-allergéniques représentent l'approche diagnostique initiale. S'ils sont positifs, une consultation spécialisée allergologique est alors recommandée, afin d'effectuer un bilan avec des tests cutanés aux pneumallergènes communs (acariens, pollens, phanères d'animaux, moisissures). Le dosage d'IgE spécifiques au hasard n'est pas recommandé. Les tests unitaires vis-à-vis d'allergènes multiples dans un même réactif ou sur un même support (CLA) ne sont pas des tests de dépistage. Ils ne sont pas cumulables avec les autres tests biologiques. (grade A)

1.5.10. En cas d'orientation diagnostique comportementale

Il faut tenter d'évaluer avec la personne le retentissement émotionnel de la toux chronique, tout en replaçant le symptôme dans le cadre du fonctionnement de sa personnalité, le plus souvent bien connue par le généraliste. Il ne faut pas hésiter à proposer précocément une consultation psychiatrique dans le but d'éviter une cascade d'exams complémentaires. L'annonce de l'hypothèse diagnostique doit être expliquée au patient, en soulignant le bénéfice thérapeutique qu'il peut en attendre et en évitant de faire penser au patient qu'il ne présente plus d'intérêt clinique et que son symptôme est « inventé ».

Algorithme 3 : en cas de toux chronique en l'absence de signe d'orientation



1.5.11. Aucune orientation étiologique

Si aucune cause n'est identifiée, la stratégie comprendra successivement et indépendamment :

- 1) Traitement* d'épreuve d'une rhinorrhée postérieure occulte (grade C).
- 2) En cas d'échec, réalisation d'épreuves fonctionnelles respiratoires.
En cas de TVO réversible, mise en route d'un traitement* de fond de la maladie asthmatique.
En cas d'hyper-réactivité bronchique sans TVO, traitement d'épreuve par corticoïdes et/ou bronchodilatateurs inhalés pendant un mois.
- 3) En cas d'échec ou d'EFR normales, suspicion de RGO et mise en route d'un traitement* d'épreuve antireflux. En cas de réponse au traitement, l'imputabilité du RGO dans la toux peut être retenue.
L'utilité de l'endoscopie et de la pHmétrie œsophagienne est controversée. Ces deux examens ne constituent pas un préalable indispensable au diagnostic et à la mise en route du traitement antireflux. En tout état de cause, si l'endoscopie est envisagée, elle doit être réalisée en dehors d'un traitement par les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) qui masque les lésions d'oesophagite peptique.
- 4) Si aucun de ces traitements (à condition qu'ils aient été bien conduits et bien suivis) ne montre d'efficacité, le groupe recommande un avis pneumologique dans un premier temps, avant d'adresser à l'ORL et éventuellement au gastroentérologue, en vue de réaliser des explorations de seconde ligne.

Si finalement aucune étiologie n'est identifiée et qu'une cause comportementale est exclue, un traitement symptomatique antitussif peut être discuté si la toux est invalidante et non productive.

1.5.12. Plusieurs causes identifiées

Certaines toux chroniques pouvant résulter de facteurs étiologiques multiples, des associations thérapeutiques peuvent être entreprises dans un deuxième temps (grade C).

I.2. EXAMEN ET BILAN DU MÉDECIN SPÉCIALISTE

I.2.1. Dans le cas où les éléments orientent vers une cause ORL

2.1.1. Causes rhinologiques

- Le diagnostic de la pathologie rhinosinusienne repose actuellement sur le trépied : interrogatoire – scanner – endoscopie endonasale. L'objectif premier est d'éliminer une pathologie tumorale.
- Le patient présente un dysfonctionnement nasal chronique polysymptomatique. Ceci témoigne très souvent d'une pathologie diffuse de la muqueuse nasosinusienne qui peut être classée en trois groupes : pathologies œdémateuse, suppurante ou croûteuse-sanieuse.

* traitement : se reporter au chapitre II.

Ces pathologies s'associent fréquemment à des maladies bronchopulmonaires. Un bilan spécifique pour chacune de ces situations doit être entrepris en collaboration avec les spécialistes concernés :

- recherche d'un asthme ou d'une hyper-réactivité bronchique et d'une allergie dans la pathologie œdémateuse ;
- recherche de bronchectasies, d'un déficit immunitaire, d'une mucoviscidose, d'un syndrome de dyskinésie ciliaire primitive dans la pathologie suppurante, d'une panbronchiolite diffuse ;
- recherche d'une maladie de Wegener, d'une sarcoïdose, d'une maladie de Churg-Strauss, dans la pathologie croûteuse-sanieuse.

Si la toux ne s'intègre pas dans ces pathologies associées, une pathologie rhinosinusienne isolée peut être retenue : sinusite d'origine dentaire, mycoses, rhinosinusites œdémateuses ou purulentes chroniques, ozène et autres rhinosinusites inclassables.

- Le patient présente le syndrome rhinorrhée postérieure- toux chronique après échec du traitement d'épreuve proposé par le médecin traitant ; deux situations peuvent être rencontrées :
 - le bilan ORL retrouve malgré cette séméiologie atypique un des trois cadres pathologiques décrits dans le dysfonctionnement nasal chronique polysymptomatique (voir ci-dessus)
 - l'endoscopie nasale et le scanner des sinus sont normaux : on oriente l'enquête étiologique vers les autres causes.
- Le patient présente un dysfonctionnement nasal chronique monosymptomatique autre : parmi ceux-ci, seule une obstruction nasale chronique avec respiration buccale mérite d'être considérée comme facteur d'entretien possible d'une toux chronique et mérite d'être traitée.

2.1.2. Causes en rapport avec les voies aérodigestives supérieures

2.1.2.i L'examen standard

L'examen à l'abaisse langue et la laryngoscopie indirecte, au miroir puis en nasofibroskopie, le toucher pharyngien et la palpation cervicale, sont les principales explorations à réaliser. Ils recherchent en premier lieu une anomalie pariétale, en particulier tumorale, et une atteinte des nerfs crâniens, en étudiant la mobilité des structures musculaires.

Ils permettent d'objectiver des signes de laryngite chronique, éventuellement à rattacher à un reflux pharyngolaryngé (œdème, erythème, granulomes localisés à la margelle laryngée postérieure) à partir d'un reflux gastro-œsophagien (grade C).

Lorsqu'une lésion tumorale est suspectée, une panendoscopie avec biopsies doit être réalisée, précédée par un scanner cervical ou cervicothoracique.

2.1.2.ii Fibroscopie de la déglutition

La fibroscopie de la déglutition est le second examen à réaliser en fonction du contexte clinique (grade C).

Le bilan sera éventuellement complété par une endoscopie au tube rigide, des explorations radiologiques morphologiques ou dynamiques (scanner cervical et/ou thoracique, radiocinéma pharyngo-œsophagien, transit pharyngo-œsophagien, manométrie), une manométrie, des biopsies musculaires, une électromyographie du larynx, un test aux anticholinestérasiques ou par un bilan neurologique.

2.1.2.iii Autres explorations

En cas de suspicion de fistule œsotrachéale, avec la fibroscopie

pharyngolaryngotrachéale, l'endoscopie des voies aérodigestives supérieures est l'examen clé du diagnostic, avec un éventuel test au bleu de méthylène et un transit pharyngoœsophagien.

La toux chronique peut être un symptôme associé à un dysfonctionnement des cordes vocales, qui regroupe certaines pathologies comme les spasmes laryngés, les dyskinésies laryngées, les pseudo-asthmes ou les larynx irritables. L'abaissement du seuil de réflectivité laryngé ou trachéal est évoqué (grade C).

I.2.2. Dans le cas où les éléments orientent vers une cause bronchopulmonaire

2.2.1. Deux investigations peuvent être demandées indifféremment par le médecin généraliste ou le pneumologue :

- La radiographie thoracique (face et profil) est indispensable dans la prise en charge d'une toux chronique (grade C). La présence d'une anomalie radiologique dicte le bilan spécialisé à entreprendre (grade A).
- Les explorations fonctionnelles respiratoires comportent une spirométrie avec étude de la réversibilité en cas de TVO. L'obstruction bronchique est considérée comme réversible si le VEMS est amélioré d'au moins 12 % et de 200 mL par rapport à sa valeur initiale. En l'absence de TVO, la recherche d'hyperrréactivité bronchique non spécifique fait appel à diverses substances (métacholine, carbachol ou histamine). (grade A)

2.2.2. Deux investigations relèvent davantage d'une demande par le pneumologue :

- Le scanner thoracique est justifié, en première intention, en cas de suppuration bronchique chronique, et, en seconde intention, si le bilan étiologique a été négatif. Il recherche des bronchectasies, mais peut également révéler des anomalies de l'architecture trachéobronchique, du médiastin ou de l'interstitium pulmonaire. (grade A)
- La fibroscopie bronchique est justifiée, en première intention, si les données cliniques orientent vers une anomalie endobronchique, cancer notamment, (hémoptysie associée, toux récente chez un grand tabagique). En seconde intention, si le bilan étiologique a été négatif, elle pourrait apporter un diagnostic dans 25 % des cas (trachéobronchopathie, broncholithiase) (grade C). Elle permet également la réalisation de biopsies bronchiques et/ou de lavage bronchoalvéolaire, à la recherche de granulome, d'alvéolite lymphocytaire ou éosinophilique (grade A).

2.2.3. Expectoration induite

L'expectoration induite est une technique non agressive d'évaluation de l'inflammation bronchique qui est encore réservée à certains centres spécialisés. Elle permet la recherche d'une éosinophilie bronchique.

I.2.3. Dans le cas où les éléments orientent vers une cause cardiologique

L'examen clinique, la radiographie thoracique et l'ECG suffisent bien souvent au diagnostic. En cas de doute, l'échographie cardiaque complète le bilan (grade C).

I.2.4. Dans le cas où les éléments orientent vers une cause gastroentérologique

L'hépatogastroentérologue va discuter la réalisation de deux examens : l'endoscopie et la pHmétrie œsophagienne.

L'endoscopie est indispensable en cas de signe d'alarme. En dehors de ce contexte, elle est rarement contributive, du fait de la faible prévalence de l'œsophagite (grade C). Elle est également incapable d'établir un lien de cause à effet entre toux et reflux (grade A).

La pHmétrie œsophagienne permet de démontrer une exposition acide anormale de l'œsophage et tente de mettre en évidence une relation chronologique étroite entre épisodes de reflux et épisodes de toux. L'examen a peu de chance d'être contributif pour démontrer cette relation chronologique quand la fréquence journalière des épisodes de toux est faible ou au contraire très élevée. Chez les malades vus en dehors de tout traitement par IPP, l'intérêt essentiel de la pHmétrie est de leur éviter ce traitement lorsque l'exposition acide est normale. Chez les malades continuant à tousser sous traitement IPP bien conduit, la pHmétrie sous traitement vise à démontrer la persistance d'un reflux acide justifiant l'augmentation des doses.

Le rôle des reflux non acides ou faiblement acides dans la survenue d'une toux est controversé. La pHmétrie n'est pas capable de les mettre en évidence (grade B).

L'impédancemétrie intraluminaire œsophagienne, seule technique permettant leur identification est encore réservée à des centres spécialisés.

I.2.5. Dans le cas où les éléments orientent vers une cause allergique

Lorsque l'interrogatoire permet d'évoquer l'origine allergique d'un asthme ou d'une rhinite, les tests peuvent être utiles pour identifier un ou plusieurs pneumallergènes.

2.5.1. Les tests cutanés d'allergie

Les tests cutanés sont très précis et fiables, si on les réalise de façon standardisée. L'appréciation de leur positivité immédiate doit se faire par rapport à un témoin positif et à un témoin négatif. Toute positivité du témoin négatif signe un dermographisme et empêche l'interprétation des prick tests. Les antihistaminiques doivent être arrêtés quelques jours avant la réalisation des tests. L'équation tests cutanés positifs = allergie n'est pas exacte car plus de 25 % des sujets (d'une population générale) ont des tests cutanés positifs sans aucune symptomatologie clinique.

2.5.2. Dosage des IgE spécifiques sériques

Le dosage des IgE totales n'a aucune valeur dans le diagnostic de la composante allergique d'une toux. Ce n'est pas un test de dépistage.

Le dosage des IgE spécifiques ne saurait être réalisé en première intention ou même systématiquement. Leur recherche est surtout intéressante lorsqu'il existe une discordance entre l'allergène cliniquement suspecté et les résultats des tests cutanés, lorsque l'on veut rechercher une sensibilisation à un allergène rare, non disponible en test cutané ou lorsque les tests cutanés sont irréalisables (dermatose étendue) ou ininterprétables (traitement anti-histaminique impossible à arrêter).

I.2.6. Dans le cas où les éléments orientent vers une cause comportementale

Il n'existe pas de « test » d'orientation, seul l'entretien (qui parfois a lieu avec la présence du médecin traitant) permet de progresser.

II. PLACE ET EFFICACITE DES DIFFERENTS TRAITEMENTS DE LA TOUX

II.1. LES ANTITUSSIFS

Les antitussifs* ne sont indiqués que dans les toux invalidantes, non productives, d'étiologie non aisément accessible à un traitement curatif ou sans étiologie déterminée. Les antitussifs ont un service médical rendu modéré, souvent faible ou insuffisant. Leur prescription suppose d'en avoir pesé le rapport bénéfice-risque, compte tenu d'effets secondaires non négligeables.

II.2. TRAITEMENTS SPÉCIFIQUES

II.2.1. TRAITEMENT DES DYSFONCTIONNEMENTS NASOSINUSIENS CHRONIQUES

Actuellement en France, il n'y a aucune étude permettant de valider l'efficacité d'un traitement dans la rhinorrhée postérieure chronique. En pratique, on retrouve parmi les traitements prescrits les lavages des fosses nasales au sérum physiologique, les corticoïdes locaux, les antihistaminiques (locaux ou systémiques). Des études anglo-saxonnes proposent l'association anti-H1 de première génération (bromphéniramine 6 mg x 2/j) - décongestionnant (pseudoéphédrine 60 mg x 3/j) (grade C). La pharmacopée française référence ces principes actifs dans d'autres AMM. Ils ne sont pas dénués d'effets secondaires. Leur utilisation hors AMM impose le respect strict de leurs contre-indications.

En dehors de certaines sinusites chroniques bactériologiquement documentées pouvant se révéler par une rhinorrhée postérieure isolée, la prescription d'un traitement antibiotique n'est pas recommandée.

La place et l'efficacité du traitement des autres causes de dysfonctionnement nasosinusal chronique dans la prise en charge de la toux n'a fait l'objet d'aucune publication spécifique, mais mériterait d'être évaluée.

II.2.2. TRAITEMENT DES TROUBLES DU CARREFOUR AERODIGESTIF

Les traitements des troubles du carrefour sont rarement médicamenteux, en dehors des myosites et polymyosites où la corticothérapie et les immunoglobulines sont indiqués, et de la myasthénie. La fréquence et le retentissement pulmonaire des fausses routes déterminent les modalités thérapeutiques.

Les mesures de rééducation de la déglutition et de la phonation (manœuvres posturales, travail sur les temps réflexes, adaptation des textures) doivent souvent s'accompagner d'une kinésithérapie respiratoire.

* La liste des antitussifs disponibles en France est donnée dans le texte long (référence à venir).

II.2.3. TRAITEMENT DES LARYNGITES

Le but essentiel du traitement des laryngites est d'agir sur les causes et les facteurs favorisants.

En cas de lésions laryngées évocatrices de reflux, un traitement antireflux peut être proposé en première intention. Le bénéfice apporté par ce traitement est inconstant et reste à évaluer.

II.2.4. TRAITEMENT DE L'ASTHME ET DE L'HYPER-REACTIVITE BRONCHIQUE NON SPÉCIFIQUE

2.4.1. Le traitement de la toux chronique associée à un TVO réversible, correspondant habituellement à un asthme persistant léger à modéré, comporte 3 mesures :

- Les corticoïdes inhalés qui visent à contrôler l'inflammation bronchique, représentent le principal traitement de fond de l'asthme persistant, les doses quotidiennes (200 à 1000 µg) variant avec la sévérité de l'asthme.
- L'éviction ou l'évitement d'un allergène, identifié comme facteur déclenchant ou aggravant par l'analyse clinique, les tests cutanés, parfois aidés des tests biologiques, est possible pour la plupart des allergènes domestiques, plus difficile voir impossible à obtenir pour les autres. En cas d'échec de cette mesure, l'immunothérapie ou désensibilisation spécifique, réservée aux seuls asthmes stables, intermittents ou persistants légers, peut être discutée au cas par cas et en absence de polysensibilisation antigénique.
- Les bronchodilatateurs qui visent à lever le bronchospasme comprennent 2 familles : les *bêta-2 stimulants inhalés d'action brève* (fénotérol, pirbutérol, salbutamol, terbutaline) ne sont indiqués que ponctuellement en cas de symptômes aigus ; les *bêta-2 stimulants inhalés d'action prolongée* (salmétérol, formotérol) ne sont indiqués qu'en traitement de fond d'appoint des corticoïdes inhalés ; corticoïdes et bêta-2 stimulants d'action prolongée peuvent d'ailleurs être associés dans une même préparation inhalée (salmétérol + fluticasone ; formotérol + budésonide).
- Les autres thérapeutiques, qu'il s'agisse de la *théophylline à libération prolongée* ou des *anti-leucotriènes*, constituent une alternative en cas d'asthme persistant léger : les anti-leucotriènes doivent être associés aux corticoïdes en cas d'asthme persistant modéré.
- La prise en charge repose également sur l'éducation du patient et son suivi médical régulier visant à apprécier le contrôle de l'asthme. Ce contrôle est jugé satisfaisant lorsque, les symptômes diurnes et nocturnes ont disparu, le débit de pointe est normalisé et stable, le patient ne ressent plus le besoin de prendre des bêta-2 stimulants d'action brève, le patient a la sensation de mener une vie normale.

2.4.2. Le traitement de la toux chronique associée à une hyperréactivité bronchique non spécifique repose sur les corticoïdes et/ou les bronchodilatateurs inhalés.

S'il s'agit d'une toux équivalente d'asthme, ce traitement doit être efficace en moins d'un mois.

II.2.5. TRAITEMENT DE L'ALLERGIE

Selon l'expression clinique dominante, le traitement médicamenteux est celui d'un asthme allergique ou d'une rhinite allergique.

Lorsqu'un allergène est identifié et un traitement spécifique prescrit (mesures d'éviction) il est d'usage d'évaluer déjà son efficacité à 4 semaines (grade A). Cependant l'efficacité des mesures d'éviction et de l'immunothérapie ne peuvent réellement s'apprécier qu'après 6 mois voire au moins 2 saisons allergéniques.

II.2.6. TRAITEMENT DU RGO

L'effet des recommandations hygiéno-diététiques n'est pas établi. Les mesures posturales sont proposées dans les reflux nocturnes. Les IPP constituent le traitement de première intention en commençant d'emblée avec une dose double de celle recommandée dans le traitement des oesophagites, répartie en deux prises, matin et soir. La coprescription d'un prokinétique est logique d'un point de vue pharmacologique mais le bénéfice n'est pas établi. La durée initiale du traitement est de 2 mois. Il n'y a aucun argument qui démontre que la poursuite du traitement au delà de 2 mois permet d'augmenter les taux de réponse. Si la toux est bien contrôlée sous traitement, il est raisonnable de proposer une « fenêtre thérapeutique » pour évaluer le risque de rechute, la rapidité de la récurrence et la dépendance au traitement anti-reflux. En cas de rechute le maintien d'un traitement continu est indiqué en recherchant la dose d'IPP minimale efficace.

La persistance de la toux au-delà du 2ème mois de traitement est parfois liée à un contrôle insuffisant de l'acidification oesophagienne. En cas de persistance d'une exposition acide et *a fortiori* s'il existe une relation temporelle de la toux et des reflux acides (pHmétrie sous traitement), certains recommandent d'augmenter la dose d'IPP. D'autres facteurs doivent être recherchés et pris en compte, en particulier le syndrome d'apnée obstructive du sommeil qui aggrave le RGO nocturne (grade C).

Un traitement chirurgical antireflux peut être envisagé si les symptômes respiratoires sont invalidants et récidivants à chaque tentative d'arrêt du traitement médical anti-reflux. Ce traitement ne peut être préconisé que chez les malades à faible risque opératoire ayant un RGO prouvé et dont la responsabilité sur les symptômes est fortement suspectée sinon prouvée.

II.2.7. TRAITEMENT DES TROUBLES DU COMPORTEMENT ET DE LA PERSONNALITE

Il faut tenter de comprendre le sens et le but du maintien du symptôme « toux », évoquer l'absence prouvée de maladie organique et avec l'accord de la personne et en fonction des nécessités contacter l'entourage en tenant compte des antécédents. L'explication des possibilités thérapeutiques (médicaments et psychothérapie) est indispensable.

Un traitement médicamenteux, par anxiolytiques ou antidépresseurs, peut être initié durant une courte période. A long terme, le résultat dépend de l'acceptation et de la qualité de la relation thérapeutique à propos du symptôme « toux ».

CONCLUSION / Perspectives

La toux chronique est un motif fréquent de consultation. C'est un symptôme banal qui peut révéler des pathologies nombreuses et variées. L'objectif primordial doit être la recherche de la pathologie causale. Ce document propose une démarche méthodique basée sur la recherche de signes d'appel. Il découle de chaque situation clinique une stratégie de prise en charge qui débute chez le médecin généraliste, et si nécessaire conduit à un bilan spécialisé. La hiérarchisation et la chronologie des investigations complémentaires et des tests thérapeutiques sont essentielles pour une prise en charge optimale en termes de rapports bénéfice/risque et coût/efficacité.

La prise en charge d'une toux chronique repose le plus souvent sur une évaluation clinique, sans recours systématique à des examens complémentaires. Elle permet d'introduire la notion de tests thérapeutiques, tests qui semblent en effet supérieurs à des batteries d'examens complémentaires. Le médicament peut donc être considéré comme un outil diagnostique. Mais pour ce faire il est impératif de développer et de disposer rapidement d'outils d'évaluation du symptôme toux chronique (méthode d'enregistrement sur 24 heures, autoquestionnaire...). Ce n'est qu'à cette condition que les tests thérapeutiques pourront être validés comme outils diagnostiques et que les schémas thérapeutiques proposés dans cette recommandation pourront reposer sur des études contrôlées.