



# Toux chez l'enfant et chez l'adulte (avec le traitement)



Créé le 15/11/2005

Auteur : B. Melloni  
pour le Collège des Enseignants de Pneumologie

(Mis à jour le 05/09/2008)

Révisé le 05/09/2008

## Q 336 : Orientation diagnostique devant une toux chez l'enfant et chez l'adulte (avec le traitement)

### Objectifs pédagogiques terminaux (n° 336)

1. Devant une toux aiguë ou chronique chez l'enfant ou chez l'adulte, argumenter les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents
2. Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient

### Objectifs pédagogiques (Collège des Enseignants de Pneumologie)

#### **Les objectifs** .....

1. Connaître les principales causes d'une toux chronique ; argumenter l'approche diagnostique à adopter
2. Connaître les arguments cliniques en faveur d'un asthme à l'origine d'une toux chronique ainsi que la conduite à tenir
3. Connaître les arguments cliniques en faveur d'une pathologie ORL à l'origine d'une toux chronique ainsi que la conduite à tenir
4. Connaître les arguments cliniques en faveur d'un reflux gastro-oesophagien à l'origine d'une toux chronique ainsi que la conduite à tenir
5. Argumenter les principes de traitement d'une toux chronique

#### **Les points clés** .....

- 1 L'exploration d'une toux chronique répond à une démarche systématique et validée.
- 2 Le traitement d'une toux est d'abord le traitement de sa cause.
- 3 Les antitussifs sont contre indiqués en cas de toux productive, surtout chez le BPCO, en particulier s'il existe une IRC.

## Points importants

1. La toux est un mécanisme de défense qu'il faut parfois respecter (toux sèche versus toux productive).
2. Les étiologies de la toux sont nombreuses et on classe les toux en toux aiguës (< 3 semaines), toux sub-aiguës (3-8 semaines) et toux chroniques (> 8 semaines).
3. Les toux aiguës sont de diagnostic aisé en règle dans un contexte clinique évocateur.
4. La toux chez un fumeur est un symptôme banal de la bronchite chronique mais peut également révéler un cancer bronchique primitif.
5. Les toux chroniques sont en général de diagnostic plus difficile, surtout si la toux est le seul symptôme. Le bilan demande donc une réflexion clinique pour orienter vers des examens complémentaires adaptés.
6. L'évaluation d'une toux chronique chez l'enfant requiert une approche systématique, du fait des étiologies possibles.

## 1. Aspects cliniques

### 1. L'interrogatoire

Il est capital, permettant de savoir s'il s'agit d'une toux aiguë, sub-aiguë ou chronique.

Il précise le caractère de la toux : sèche, productive, spasmodique, toux laryngée, toux coqueluchoïde, émétisante ; son horaire de survenue : matinale, nocturne ; et ses circonstances déclenchantes : effort, exposition à des pneumallergènes ou irritants, décubitus et changements de position.

Il faut également rechercher d'autres symptômes : douleur, dyspnée, fièvre, atteinte ORL, hémoptysies.

L'interrogatoire permet également de préciser les antécédents, le tabagisme, les expositions domestiques et professionnelles à des allergènes ou des polluants et la prise de médicaments tussigènes, en particulier d'inhibiteur de l'enzyme de conversion.

### 2. L'examen clinique

L'examen clinique doit être complet, centré sur la sphère pulmonaire, ORL et cardiaque.

### 3. Les complications sont possibles

La recherche de complications est pertinente devant une toux opiniâtre. Les principales complications sont les suivantes :

- Fractures costales
- Modification de la voix
- Syncope tussigène
- Incontinence urinaire de la femme
- Hernie abdominale ou inguinale
- Manifestations générales : insomnie, asthénie, gêne pour l'entourage, dépression
- Pneumothorax ou pneumomédiastin

### 4. Les examens complémentaires

Les examens complémentaires ne sont pas toujours nécessaires et doivent être envisagés en fonction du caractère aigu, sub-aigu ou chronique de la toux et du contexte clinique.

La radiographie thoracique (face et profil) doit être **l'examen réalisé en première intention**. Elle permet de guider la démarche diagnostique. Sa normalité élimine un grand nombre d'étiologies.

## 2. Diagnostic d'une toux aiguë (< 3 semaines)

Les causes les plus fréquentes sont les infections respiratoires virales hautes et basses, puis les rhinites allergiques ou non, les sinusites, les exacerbations de broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO). La coqueluche doit être évoquée car on note une recrudescence de cas chez l'adulte.

### 1. Infections virales saisonnières ou «refroidissement»

Elles se présentent sous forme d'une atteinte ORL : angine, rhinopharyngite ou une bronchite liée à une infection virale (*rhinovirus*, *paramyxovirus*, *adénovirus*). Le diagnostic est évoqué devant un rhume, une obstruction nasale, un écoulement postérieur, avec ou sans fièvre. L'auscultation pulmonaire est normale. Le traitement est symptomatique associant un décongestionnant par voie nasale avec si nécessaire un anti-inflammatoire non stéroïdien (naproxène). Le bromure d'ipratropium intranasal permet de soulager les symptômes locaux. La durée du traitement est de 4 à 6 jours.

### 2. Rhinites allergiques ou non allergiques

Les rhinites allergiques sont une réponse anormale à des allergènes. Leur diagnostic repose sur les antécédents, l'interrogatoire et les tests cutanés (prick tests). Leur traitement repose sur l'éviction si possible et les antihistaminiques anti-H1. Un traitement local par cromones ou corticoïdes peut être proposé.

Les rhinites non allergiques sont dues à l'exposition à des irritants non spécifiques. Leur traitement repose sur un antihistaminique anti-H1 et un vasoconstricteur local.

### 3. Sinusites aiguës

Les sinusites aiguës sont fréquentes, d'étiologie virale ou bactérienne. Le diagnostic est clinique devant des douleurs sous-orbitaires ou maxillaires unilatérales et se majorant par la position penché en avant. Le traitement d'une sinusite virale est symptomatique : décongestionnant, antihistaminique anti-H1. Les antibiotiques ne sont proposés que si les sécrétions nasales sont purulentes, si les sinus sont sensibles à la percussion, et si les symptômes persistent malgré le traitement symptomatique. Pour couvrir *H. influenzae* et *S. Pneumoniae*, l'association amoxicilline-acide clavulanique, les céphalosporines de 2<sup>ème</sup> génération (C2G), certaines céphalosporines de 3<sup>ème</sup> génération (C3G), ainsi que la pristina mycine sont proposés en première intention.

### 4. Exacerbations de BPCO

La BPCO est une affection caractérisée par des exacerbations fréquentes d'origine infectieuse (virale ou bactérienne) ou non infectieuse. Des antibiotiques couvrant les germes les plus fréquents : *H. influenzae*, *S. Pneumoniae*, *Branhamella catarrhalis* doivent être prescrits en cas de franche purulence de l'expectoration et/ou chez un patient avec co-morbidités ou présentant des signes de gravité. En l'absence de facteurs de risque, la télithromycine, l'amoxicilline et les macrolides sont préconisés. En présence de facteurs de risque, l'amoxicilline-acide clavulanique, les fluoroquinolones respiratoires, le céfuroxime-axétil (C2G), le cefpodoxime-proxétil (C3G) et le céfotiam-héxétil (C3G) sont recommandés. Le traitement propre de la BPCO doit être poursuivi avec kinésithérapie si nécessaire.

### 5. Coqueluche

La clinique est peu spécifique chez l'adulte. Le traitement du tousseur et des sujets contacts protège les nourrissons d'une coqueluche grave. Les macrolides ou les tétracyclines sont indiqués pour une durée de 14 jours.

### 3. Diagnostic d'une toux sub-aiguë (3-8 semaines)

Ces toux sont le plus souvent des toux post-infectieuses. Le traitement repose sur l'inhalation de bromure d'ipratropium, voire de corticoïdes inhalés si nécessaire. Chez l'adulte, le contexte clinique et l'existence de paroxysmes de toux doivent faire évoquer la possibilité d'une coqueluche. Une recherche d'anticorps anti-IgG ou IgA de *bordetella pertussis* peut confirmer l'hypothèse diagnostique. Un traitement par macrolide commencé tôt permet de réduire l'intensité de la toux. La persistance de la toux au delà de 8 semaines doit faire évoquer une autre étiologie (cf Toux chronique).

### 4. Diagnostic d'une toux chronique (> 8 semaines)

La démarche repose sur l'interrogatoire, l'examen clinique et la pratique d'une radiographie thoracique. Les autres examens complémentaires dépendent de l'orientation étiologique. Les étiologies peuvent être multiples avec des facteurs aggravants associés.

Schématiquement, deux situations sont alors possibles :

- radiographie thoracique anormale (anomalies localisées ou diffuses),
- radiographie thoracique normale.

#### 1. Toux chronique et anomalies radiologiques localisées

- **Le cancer bronchique primitif** doit être évoqué de principe chez un fumeur et conduire à la réalisation d'une fibroscopie bronchique. La toux est souvent associée à une expectoration, voire des hémoptysies. A noter que la radiographie peut paraître normale au début dans les cancers de la trachée et des bronches principales.
- **La tuberculose pulmonaire** peut être découverte devant une toux associée à une altération de l'état général et des signes d'imprégnation tuberculeuse. Le bilan est celui de toute suspicion de tuberculose.
- **La pathologie médiastinale** (adénopathies ou tumeurs) peut être révélée par une toux.

#### 2. Toux chronique et anomalies radiologiques diffuses

- **Les dilatations de bronches** sont évoquées devant une toux productive avec expectorations purulentes. Le diagnostic repose sur la réalisation d'un scanner thoracique en haute résolution. Devant la découverte d'une dilatation des bronches, le diagnostic de mucoviscidose doit être évoqué.
- **Les pneumopathies interstitielles diffuses** sont évoquées devant une dyspnée d'effort associée à une toux, des râles crépitants et des images radiologiques bilatérales. Les étiologies sont diverses et la tomodensitométrie thoracique est un examen complémentaire indispensable.
- **L'insuffisance cardiaque gauche** peut être révélée par une toux nocturne en position couchée. La toux est en général associée à une dyspnée d'effort et une orthopnée. La radiographie thoracique retrouve une cardiomégalie associée à des signes de stase pulmonaire (lignes de Kerley).
- **Les pneumopathies de déglutition.** L'existence de troubles de déglutition doit faire rechercher en cas de pathologie ORL, de pathologie neurologique ou de situation de grand âge, la possibilité d'une pneumopathie de déglutition.
- **Une infection à *Pneumocystis carinii*** peut être révélée par une toux dans un contexte d'infection VIH ou d'immunodépression. D'autres agents infectieux opportunistes sont également à rechercher dans ce contexte d'immunodépression.

#### 3. Toux chronique et radiologie normale

Quatre étiologies dominent et doivent être recherchées en premier chez les patients non fumeurs et ne prenant pas d'IEC :

- Le syndrome de toux des voies aériennes supérieures
- La maladie asthmatique ou asthme
- La bronchite à éosinophiles du sujet non-asthmatique
- Le reflux gastro-oesophagien

**a. Le syndrome de toux chronique des voies aériennes supérieures.** La présentation clinique associe une toux à une irritation du pharynx, une congestion ou une obstruction nasale. Cette symptomatologie fait suite à un épisode d'infection virale à rhinovirus des voies aériennes supérieures. Le diagnostic différentiel est celui d'une rhinite allergique ou non allergique, voire une sinusite. Le traitement repose sur les premières générations d'antihistaminiques anti-H1 ; en cas de non réponse, une imagerie des sinus est proposée.

**b. L'asthme :** la toux peut être le seul symptôme avec une toux sèche, déclenchée à l'effort, par l'exposition au froid ou à des irritants non spécifiques (tabac, polluants) ou à des allergènes. La fréquence de l'allergie justifie la pratique de tests cutanés. La spirométrie permet de détecter un trouble ventilatoire obstructif réversible ou une hyperréactivité bronchique (test à la méthacholine). La prise en charge repose sur le contrôle de l'environnement et un traitement initial par les  $\beta$ 2-agonistes en spray et les corticoïdes inhalés.

**c. La bronchite à éosinophiles du sujet non-asthmatique :** il s'agit d'un tableau associant une toux chronique à une radiographie thoracique normale et une exploration fonctionnelle respiratoire strictement normale avec une inflammation des voies aériennes à éosinophiles comme dans l'asthme. Après exclusion d'autres étiologies, la présence d'éosinophiles dans l'expectoration peut confirmer le diagnostic. Le traitement par corticoïdes inhalés est en règle favorable.

**d. Le reflux gastro-oesophagien :** il est évoqué devant une toux accentuée par la position penché en avant et le décubitus, un pyrosis et des douleurs de la gorge. Le reflux peut se présenter comme une toux chronique isolée chez 75 % des patients. Pour certains, un traitement d'épreuve par inhibiteur de la pompe à protons (IPP) pendant 2 à 3 mois permet de confirmer l'hypothèse diagnostique. Pour d'autres, une pH-métrie des 24 heures permet de confirmer le diagnostic. L'endoscopie digestive haute permet de s'assurer de l'absence d'oesophagite associée. Le traitement repose sur les mesures hygiéno-diététiques, l'utilisation de prokinétiques et surtout sur les IPP. Dans certains cas, un traitement chirurgical peut être proposé en cas de non réponse à un traitement médical bien conduit.

**e. La bronchite chronique** est la cause la plus fréquente de toux chronique avec expectorations matinales. La bronchite chronique est liée au tabagisme essentiellement et/ou à une exposition à des gaz irritants. La recherche par l'exploration fonctionnelle respiratoire d'un trouble ventilatoire obstructif (caractéristique de l'évolution vers la BPCO) doit être systématique. Les patients atteints de bronchite chronique sont également à haut risque de cancer bronchique primitif. Les principes de prise en charge reposent essentiellement sur l'arrêt du tabac qui permet de stopper la toux chez 90 % des patients. Les broncho-dilatateurs sont justifiés en cas de syndrome obstructif : béta-mimétiques et/ou anti-cholinergiques qui permettent également de réduire la toux.

Chez le fumeur, une toux peut être révélatrice d'une laryngite chronique, d'un polype de la corde vocale, voire d'un cancer.

#### **f. Les autres étiologies**

- **Les toux d'origine iatrogène :** elles doivent être recherchées d'emblée pour éviter des investigations inutiles. Les inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC), les  $\beta$ -bloquants (dont les collyres) sont le plus souvent impliqués. L'arrêt du médicament permet en 3 à 4 semaines de stopper la toux.
- Les tumeurs bénignes et métastatique thoraciques (justification d'une endoscopie bronchique)
- Le corps étranger méconnu (justification d'une endoscopie bronchique)
- Les pneumopathies d'inhalation
- Les pneumopathies interstitielles chroniques, dont la sarcoïdose et les pneumopathies d'hypersensibilité et les maladies de système
- Les toux liés à une exposition professionnelle ou environnementale
- La toux induite par la dialyse péritonéale, souvent multifactorielle
- La toux par tics ou affection psychogène survenant dans un contexte particulier.

- Les toux de diagnostic inconnu (autrefois appelées idiopathiques). On en rapproche le syndrome de dysfonction des cordes vocales évoqué devant une spirométrie normale et une adduction anormale des cordes vocales à l'examen ORL. Une prise en charge psychologique ou par un orthophoniste peut être nécessaire.

### Face à une toux chronique

- Eliminer une cause médicamenteuse
- Nécessité absolue d'une radiographie thoracique
- Méfiance chez le fumeur (cancer ORL ou bronchique)
- Fréquence des formes cliniques avec plusieurs étiologies (asthme et reflux gastro-oesophagien par exemple)

## 5. Particularités de la toux chez l'enfant

- Un enfant présentant une toux chronique doit bénéficier d'une radiographie thoracique et d'une spirométrie si l'âge le permet.
- Si le diagnostic d'asthme est éliminé, l'enfant doit bénéficier d'autres investigations.
- Une exposition passive à la fumée de tabac doit être recherchée.
- Chez l'enfant présentant une expectoration chronique purulente associée, une recherche de dilatations de bronches est impérative ainsi qu'une recherche biologique de mucoviscidose ou de déficit immunitaire.
- Les principales étiologies sont l'asthme et les dilatations des bronches, les pneumopathies récidivantes, le reflux gastro-oesophagien et les pneumopathies des fausses-routes, les pneumopathies interstitielles diffuses, les anomalies de calibre des voies aériennes, certaines affections cardiaques, les tumeurs primitives ou secondaires, puis les toux psychogènes.
- Le traitement de la toux doit toujours être celui de l'étiologie.
- Une exposition passive à la fumée de tabac doit être recherchée.
- Si l'étiologie n'est pas démontrée dans un premier temps, l'enfant doit être systématiquement revu et suivi.

## 6. Traitement de la toux

Le traitement doit toujours privilégier le **traitement étiologique**. Des traitements non spécifiques sont parfois nécessaires, comme devant une toux sèche avec retentissement.

### 1. Les moyens thérapeutiques

**a. Patient sous inhibiteur de l'enzyme de conversion.** Le traitement doit être stoppé et le médicament remplacé par une autre classe thérapeutique.

**b. Patient fumeur.** Une prise en charge est indispensable pour stopper le tabagisme.

#### c. Les antitussifs

- Soit antitussifs opiacés, efficaces, avec effet dépresseur respiratoire (codéine, codéthyline, pholcodine) ou non dépresseur (dextrométhorphan, noscapine)
- Soit antitussifs antihistaminiques non-opiacés (prométhazine)
- Soit autres antitussifs (clobutinol)

**d. La kinésithérapie** est essentielle en cas de toux productive pour mobiliser et drainer les sécrétions bronchiques.

### 2. Les indications

**a. Le traitement est d'abord celui de la cause**

**b.** Devant une toux productive, il faut faciliter le drainage. **Les antitussifs sont donc contre-indiqués en cas de BPCO et chez le vieillard.**

**c.** Devant une toux sèche, on peut proposer des antitussifs si le traitement étiologique ne supprime pas les symptômes.