

Pneumologie Face à une toux chronique, la hiérarchisation des examens complémentaires et des traitements ne va pas toujours de soi. Rappel des principaux repères.

TOUX CHRONIQUE : EXPLORATIONS ET TRAITEMENTS D'ÉPREUVE

Dr Pascale Naudin-Rousselle (rédactrice, fmc@legeneraliste.fr), avec le **Dr Nathalie Glas** (service de Pneumologie, CHU Saint-Étienne, Hôpital Nord, avenue Albert-Raimond - 42270 Saint-Priest-en-Jarez. Courriel : nathalie.glas@chu-st-etienne.fr)

La prise en charge de la toux chronique, définie par une durée supérieure à 8 semaines, nécessite de **savoir orienter le diagnostic étiologique sans multiplier les examens complémentaires et de prescrire un traitement le moins probabiliste possible**. Une étude française menée auprès de patients atteints de toux chronique (1 ; encadré 1) montre d'ailleurs la diversité des approches en ce domaine, en dépit des recommandations publiées en 2006 sous l'égide de la Société Française d'ORL (2).

DANS TOUS LES CAS

→ Après élimination des signes de gravité et recherche de points d'appel clinique évidents, il convient de se poser trois questions (2) : **la toux peut-elle être d'origine iatrogène (inhibiteur de l'enzyme de conversion, sartans, bêta-bloquants...)? Le patient a-t-il présenté récemment une coqueluche? Le patient fume-t-il et sa toux s'est-elle modifiée?**

→ Après quoi il est recommandé de **réaliser systématiquement une radiographie thoracique, face profil**. Si celle-ci est normale, la suite du raisonnement est guidée par la présence ou non de signes cliniques d'orientation diagnostique.

QUAND DEMANDER DES EXAMENS COMPLÉMENTAIRES ?

→ « Trois grands domaines étiologiques doivent être explorés : **la pathologie bronchopulmonaire, au premier rang de laquelle vient l'asthme et la BPCO, la pathologie ORL, avec le syndrome rhinorrhée postérieure, et la pathologie digestive, avec le RGO**, explique le Dr Glas. *La conduite à tenir dépend de l'étiologie qui paraît la plus plausible après interrogatoire et examen clinique du patient. Mais en l'absence de signes d'orientation, il n'est pas toujours simple de hiérarchiser les priorités.* » Les recommandations françaises (2) préconisent dans ce cas précis d'éliminer une rhinorrhée chronique postérieure grâce à un traitement d'épreuve, avant d'envisager la réalisation d'une EFR à la recherche d'un trouble ventilatoire obstructif, puis en cas d'échec de la prise en charge pneumologique, d'évoquer un possible RGO.

→ **L'EFR doit donc être demandée lorsque la toux chronique est associée à des signes cliniques évocateurs d'asthme ou de BPCO**, ou bien en cas de toux chronique isolée non résolue par un traitement d'épreuve de la rhinorrhée postérieure. « Si un asthme est identifié, un bilan allergologique peut être indiqué, mais celui-ci ne doit pas être demandé en 1^{re} intention. En outre, il peut être intéressant pour le généraliste d'ef-

fectuer une mesure du souffle au cabinet, à l'aide d'un débitmètre de pointe ou d'un Piko-6 ».

→ La radiographie des sinus n'a pas sa place dans ce contexte. **On lui préfère le scanner des sinus**, à demander lorsque le patient présente des symptômes rhino-sinusiens non liés à une rhinorrhée postérieure, ou en cas d'échec du traitement d'épreuve de la rhinorrhée postérieure. Le patient doit alors être adressé à l'ORL muni de son scanner (2).

→ **La fibroscopie gastrique n'a de place qu'en cas d'échec du traitement d'épreuve du RGO** (2) ou s'il existe des signes d'alarme (dysphagie, amaigrissement, anémie) ou si les symptômes sont sévères.

QUEL TRAITEMENT D'ÉPREUVE ?

→ **Le traitement d'épreuve de la rhinorrhée postérieure est recommandé** en 1^{re} intention en cas de toux chronique dans deux situations (2) : lorsque la rhinorrhée postérieure est isolée et visible sur la paroi postérieure de l'oropharynx, en l'absence de tout autre signe de dysfonctionnement nasal, et lorsque la toux ne s'accompagne d'aucun signe d'orientation.

Il repose théoriquement sur l'administration d'un traitement associant un décongestionnant (pseudoéphédrine) et un anti-histaminique H1 (bromphéniramine). « Ces deux molécules n'ayant pas l'AMM dans la toux chronique et n'étant pas dénuées d'effets secondaires, on utilise plus volontiers dans ce cadre les corticoïdes locaux. »

→ **Le traitement d'épreuve anti-RGO par un IPP à double dose est recommandé** d'une part en présence d'une toux associée à des signes évocateurs de RGO, et d'autre part en cas de toux isolée, après échec du traitement d'épreuve de la rhinorrhée postérieure et de la prise en charge pneumologique (2). Cependant, la HAS en 2009 (3) s'est prononcée contre l'utilisation des IPP en traitement d'épreuve des manifestations extradiigestives.

→ « Par ailleurs, **il n'est pas indiqué de prescrire un traitement d'épreuve par corticoïdes inhalés avant la réalisation d'une EFR**. Il faut en effet déterminer si l'on est en présence d'une toux équivalente d'asthme ou d'une BPCO. A noter cependant que certains patients ayant une EFR normale répondent bien à la corticothérapie inhalée prescrite durant 6 semaines à titre de test thérapeutique ».

→ **Les antitussifs ont leur place en dernière intention**, lorsque la toux est invalidante, non productive, et après échec des différents traitements proposés (2).

◆ E1.TOUX CHRONIQUE ET SOINS PRIMAIRES

- 34 patients atteints de toux chronique et adressés en pneumologie au CHU de Saint-Étienne ont été sélectionnés pour participer à l'étude MANOTOUX, visant à déterminer l'intérêt de la mesure du NO exhalé comme facteur prédictif d'une réponse aux corticoïdes inhalés. L'échantillon est composé d'une majorité de femmes, non fumeuses, âgées de 53 ans en moyenne. Plus de la moitié a une toux ancienne (> 6 mois).
- La plupart des patients ont reçu un traitement dès la 1^{re} consultation, principalement des antitussifs, des corticoïdes, puis des bronchodilatateurs.
- Une radiographie pulmonaire a été réalisée dans 88 % des cas, les autres examens complémentaires réalisés étant l'EFR (44 %), le scanner thoracique (26,5 %), la gastroscopie (26,5 %), la radiographie des sinus (23,5 %), le scanner des sinus (12 %) et la fibroscopie bronchique (9 %). Les premiers spécialistes consultés étaient les pneumologues (79,5 % des cas) et les ORL (64,5 %).
- La principale attente des généralistes contactés pour exprimer leurs besoins, était de disposer d'un algorithme étiologique simple.

• Bibliographie complète sur legeneraliste.fr