

# **TOUX CHRONIQUE CHEZ L'ADULTE**

**A. PRADALIER**

Service de Médecine Interne – Centre d'Allergie de l'Ouest Parisien  
Hôpital Louis Mourier  
178 rue des Renouillers – Colombes 92700

La toux chronique est un motif très fréquent de consultation, plus de 6 % des consultations chez le pédiatre et 38 % des consultations chez le pneumologue aux USA.

Elle conduit à une auto-prescription importante avec son risque d'effets indésirables et son caractère chronique récidivant qui peut retentir sur la qualité de vie notamment sur le plan psycho-social. Il est par ailleurs utile de distinguer les toux chroniques des toux aiguës récidivantes. Ainsi, la classification américaine propose de définir comme toux aiguë une toux de durée de moins de trois semaines, une toux subaiguë d'une durée de 3 à 8 semaines et une toux chronique si sa durée est supérieure à 8 semaines.

Dans la majorité des cas, le diagnostic peut être fait après un interrogatoire et un examen clinique en s'aidant en première intention de certains examens complémentaires simples tels qu'une radiographie du thorax, une imagerie des sinus de la face, un examen ORL avec une rhinoscopie, une biologie standard simple et, si nécessaire, dans un second temps, volontiers d'une Phmétrie des 24 heures ou des épreuves fonctionnelles respiratoires.

L'interrogatoire, déjà très orienteur, précisera les circonstances d'apparition, les caractères de la toux associée ou non à une expectoration, les signes d'accompagnement, la prise ou non de médicaments, les conditions de vie (profession, utilisation de toxiques, utilisation de tabac) et les antécédents. Ainsi, d'une manière générale, dans les pays développés, 5 étiologies dominent le tableau étiologique : la rhinorrhée postérieure, l'asthme, le reflux gastro-oesophagien, certains médicaments, le tabac. Ainsi, PALOMBINI a proposé, dans Chest en 1999, la triade pathogénique de la toux chronique (rhinorrhée postérieure, asthme et reflux gastro-oesophagien) qui représenterait plus de 90 % des étiologies ; l'écoulement rhinopharyngé postérieur représentant environ à lui seul la moitié des toux chroniques. Quant à l'asthme, il faut savoir que la toux peut être la seule manifestation d'un asthme dont le diagnostic sera généralement porté par les épreuves fonctionnelles respiratoires,

éventuellement aidé par les tests allergologiques. De même, la toux peut être la seule manifestation d'un reflux gastro-oesophagien. 2 à 3 mois de traitement anti-reflux seront utiles pour juger de l'efficacité et apporter des arguments pour le rôle du R.G.O. démontré par la PH-métrie. Quant aux agents toxiques et irritants, notamment le tabac, rappelons que toute modification de la toux chez un fumeur doit faire pratiquer un bilan étiologique. La BPCO représente environ 5 % des causes de toux surtout chronique et matinale.

De très nombreux médicaments peuvent être responsables de toux chroniques (environ 3 à 5 % des étiologies), avant tout les inhibiteurs de l'enzyme de conversion, de manière beaucoup moindre les sartans et les bêtabloquants. On n'oubliera pas non plus dans le cadre des pathologies infectieuses que la toux peut durer plusieurs semaines, qu'elle soit post virale ou liée à une coqueluche puisque l'immunité naturelle ou vaccinale chez l'enfant va diminuer avec le temps. Il est à noter une résurgence de la coqueluche chez l'adulte depuis une dizaine d'années. Ce diagnostic devra donc être évoqué devant toute toux inexplicite prolongée. Le diagnostic biologique de coqueluche en est difficile. Il repose sur l'isolement de Bordetella Pertussis (BP) sur milieux spéciaux à partir de l'aspiration naso-pharyngée. Il peut également s'aider de la technique PCR et de la sérologie B.P. bien que l'interprétation de cette dernière soit difficile.

Dans la recherche étiologique, il ne faut pas non plus oublier l'examen ORL dans la mesure où les pathologies ORL notamment les tumeurs du pharynx peuvent se présenter accompagnées d'une toux chronique outre la classique dysphonie. Les causes pulmonaires sont également fréquentes notamment les pneumopathies dues aux germes atypiques (mycoplasma, chlamydiae, légionnelle) ou les maladies à précipitines. Dans les pays tropicaux, on songera aux mycoses et dans les pays sous-développés à la tuberculose. Les causes cardiaques sont rares telles l'insuffisance cardiaque avec la toux de l'œdème subaigu pulmonaire par exemple. Très rarement des causes d'ordre digestives, notamment des diverticules oesophagiens sont retrouvées. Quant aux causes psychogènes, elles sont un diagnostic d'élimination. Citons le syndrome du larynx irritable ou la dysfonction des cordes vocales ; cette dernière est diagnostiquée sur la vidéo endoscopie. La toux psychogène ne sera considérée que lorsque certains éléments sont présents tels que l'aggravation par le stress, la disparition nocturne et lorsque l'élimination des autres diagnostics aura été faite.

Au total, une toux chronique doit toujours être considérée comme anormale et ne doit pas être négligée. Seule la recherche étiologique permettra une thérapeutique spécifique.

Dans la littérature, les examens initiaux recommandés en fonction de l'interrogatoire et de la clinique sont simples : radiographie du thorax, sinus de la face, EFR, Phmétrie, examens ORL avec rhinoscopie. Si ces examens n'ont pas apporté de solution, des investigations particulières seront conduites dans un second temps, tout particulièrement chez le fumeur.

Enfin, bien sûr la fréquence relative des étiologies dépend beaucoup du milieu et de l'environnement.

## **REFERENCES**

### **IRWIN R et al :**

Chronic cough. The spectrum and frequency of the causes.

Am Rev Respir Dis 1990 ; 141 : 640-647

### **PALOMBINI B et al :**

A pathogenic triad in chronic cough : asthma post nasal drip syndrome and gastroesophageal reflux disease.

Chest 1999 ; 116 : 279-284.

### **SHILLER L :**

Upper gastrointestinal motility disorders and respiratory symptoms.

Am J Health Syst Pharm 1996 ; 15 : S13-S16.

### **KARDOS P :**

Chronic persistent cough in general practice : diagnosis and therapy in 329 patients.

Pneumologie 1996 ; 50 : 437-441.

### **IRWIN R et al :**

The diagnosis and treatment of cough.

N Engl J Med 2000 ; 343 : 1715-1721.