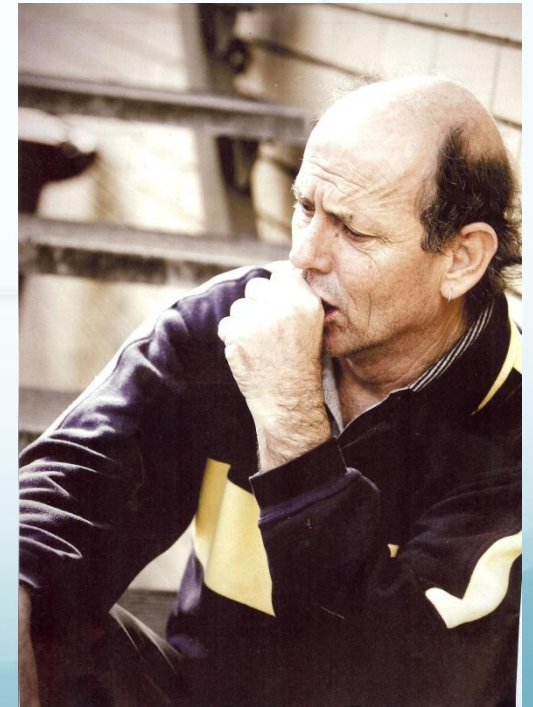


Atelier « Toux chronique de l'adulte »

CFA 2013

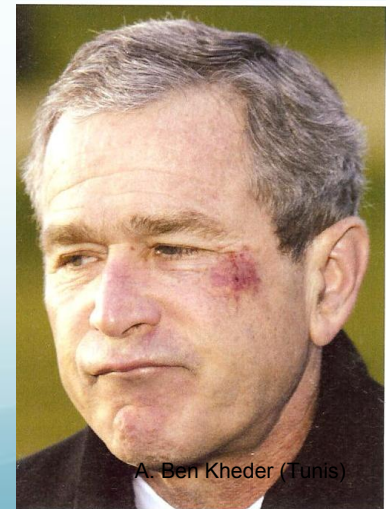


A. Ben Kheder (Tunis)

Atelier « Toux chronique de l'adulte »

8e Congrès Francophone d'Allergologie

- Qui sommes- nous ?
- Qui êtes- vous ?
- Pourquoi êtes- vous venus ?
- Quelle est votre conception globale du sujet
 - Définition
 - Prévalence
 - Impact
 - Principales causes



A. Ben Kheder (Tunis)

Toux chronique de l'adulte : définition(s)

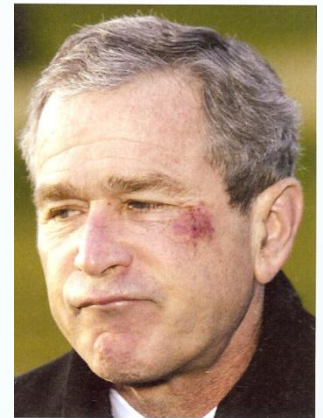
- ERS, BTS, ACCP
> 8 semaines
- Recommandations françaises
> 3 semaines
Sans tendance à l'amélioration
- NB
 - toux post-infectieuse : pfs > 3 semaines
 - 3 semaines- 2 mois : « zone grise »

Prévalence

- 10% en population générale
 - F > H
 - Interfère dans la vie quotidienne dans 1 cas/2
- Motif de consultation fréquent
 - 6% (MG)
 - 10-30% (pneumologues)

Impact(s)

- Idem maladies resp. chroniques (BPCO sévère)
- Syncope
- Incontinence urinaire
- Conséquences socio-professionnelles
- Céphalées. Insomnie. Dépression
- Douleurs thoraciques, hématomes de paroi, fractures de côtes
- Vomissements, « sortie » de hernie..



Les adages d'Irwin

- * Chez un non fumeur qui ne prend pas d'IEC et dont la RT est normale, une toux chronique, dans 90% des cas, est liée à : « upper airway cough syndrome », asthme ou RGO
- * Une cause peut en cacher une autre
- * Disparition de la toux dans la majorité des cas grâce à un traitement spécifique

QCM PRE TEST (1)

- La toux au rire est spécifique d'une toux équivalente d'asthme
- Les raclements de gorge sont spécifiques d'une étiologie ORL
- Un pyrosis est fréquent dans les toux liées à un RGO
- En cas de RGO, la toux se majore la nuit

QCM PRE TEST (2)

- Une jetage postérieur est fréquemment observé à l'examen dans les causes ORL
- Lorsque la Phmétric est positive , les anti-acides sont efficaces sur la toux dans la majorité des cas
- Un test à la métacholine négatif rend inutile un traitement d'épreuve par les corticoïdes inhalés

Cas clinique n°1

CRO.. Jean-Noel, 62 ans

- Motif de consultation (25/03/13)
 - Toux depuis 2 mois
 - « syndrome grippal » initial
 - Primo-traitement : : azithromycine, hexomuc
 - Allergie à un hypolipémiant, aux escargots et aux poils de chat
 - Diabète non insulino-dépendant. 180m, 80 kg
 - Radiographie de thorax et bilan sanguin « standard » normaux
 - Inquiet (même si en voie d'amélioration)

Quelles questions poser ?

Anamnèse (1)

- N'a jamais fumé
- Directeur des services municipaux
- Pas de traitement de fond (IEC)
- Un épisode de toux similaire voici un an, étiqueté « RGO » (disparition sous anti-acides)
- Pas d'antécédents d'asthme , ni de rhinite

Anamnèse (2)

- Toux
 - Sèche
 - Diurne (pas de toux nocturne)
 - Principalement gêné en parlant
 - Pas de caractère positionnel
 - Ne se déclenche pas au lever
 - Pas de relation nette avec l'effort ou air froid
 - Pas déclenchée par l'alimentation
 - Pas de déclenchement post prandial

Anamnèse (3)

- Signes associés
 - **Sensation d'écoulement nasal postérieur**
 - Initialement
 - Ecoulement jaunâtre narine gauche
 - Douleur à l'aplomb du sinus maxillaire gauche
- Pas de pyrosis ni de douleurs épigastriques
- Pas de modification de la voix
- Pas de sibilances récentes
- Pas de coqueluche dans l'entourage

Que rechercher à l'examen clinique?

Quels examens para-cliniques pratiquer ?

Examens clinique et para clinique

8e Congrès Francophone d'Allergologie

- Examen clinique
 - Pas d'anomalie broncho-pulmonaire
 - Pas de jetage postérieur à l'examen du pharynx
- Spirométrie
 - Normale
 - Pas de modification des débits après beta 2
- Tests cutanés : chat + ; acariens et pollens neg.
- **Rx sinus** : niveau liquide sinus max gauche

- Quel(s) diagnostic (s) ?
- Quel(s) traitement(s) ?

Diagnostic (s)

- Toux d'origine ORL
 - Post - virale
 - RGO associé ?

Traitement

- Traitement à visée ORL
 - Anti-histaminique de 1^o génération 1 mois
 - Corticoïdes en spray nasal 10 jours
- (+ un mois d'oméprazole à 20 mg 2 fois par jour)

En cas d'échec de ce primo-traitement, qu'auriez vous fait ?

La stratégie dépend des ressources

- 1- Avis ORL
 - clinique, endoscopie nasale, TDM sinus
- 2- Asthme ?
 - Test à l' Acétylcholine
 - Corticothérapie inhalée d'épreuve d'emblée
 - Disparition de la toux en quelques semaines
- 3- RGO ?
 - IPP 3 mois à double dose

Cas clinique n° 2

DAB... Stéphanie, 41 ans,

- Motif de consultation (13/12/2012)
 - Toux depuis le printemps 2012
 - Sèche
 - Prédominance nocturne initiale
 - Actuellement diurne et nocturne
 - Fin novembre : AIROMIR+ OGAST+ GAVISCON
 - Amélioration initiale mais actuellement fléchissement de l'efficacité malgré une majoration des doses d'airomir - plusieurs fois par semaine
 - Arrêt récent du judo (toux et gêne respiratoire)

DAB... Stéphanie, 41 ans

- NFS, VS, CRP normales
- CLA 30 pneumallergenes : négatif
- Radio de thorax : normale
- Rx sinus : normale

ANAMNESE

Anamnèse (1)

- Infirmière
- A fumé 4-5 cigarettes/jour depuis l'âge de 20 ans. Arrêt du tabac le 6 octobre (**toux majorée**)
- Pas de traitement de fond
- Pas d'antécédents digestifs ou ORL
- Pas de virose ORL précessive
- Pas d'antécédents d'asthme ni d'atopie
- Pas de coqueluche dans l'entourage

Anamnèse (2)

- Toux
 - Sèche
 - Diurne et nocturne
 - Per et post exercice. Au rire.
 - Pas de caractère post-prandial
 - Pas déclenchée par l'alimentation
 - Pas de relation avec la position
 - Ne se déclenche pas au lever

Anamnèse (3)

- Signes associés
 - Pas de sensation d'écoulement nasal postérieur
 - Pas de modification de la voix
 - Pas de raclements de gorge
 - Pas de pyrosis ni de douleurs épigastriques
 - Sibilances

Que rechercher à l'examen clinique?

Quels examens para-cliniques pratiquer ?

Examens clinique et para-clinique

8e Congrès Francophone d'Allergologie

- Examen clinique
 - Discrètes sibilances bilatérales
 - Pas d'écoulement nasal postérieur à l'examen du pharynx
- Spirométrie
 - VEMS 89%, CVF 100%
 - DEM 25-75 : 49%, +16% après beta 2+
- Tests cutanés/ pneumallergènes : négatifs

- **Quel(s) diagnostic (s)**
- **Quel(s) traitement(s)**

Diagnostic et traitement

- Toux équivalent d'asthme
- Arrêt de l'Ogast et du Gaviscon
- Budésonide-formotérol 400ug : 2/jour x1mois

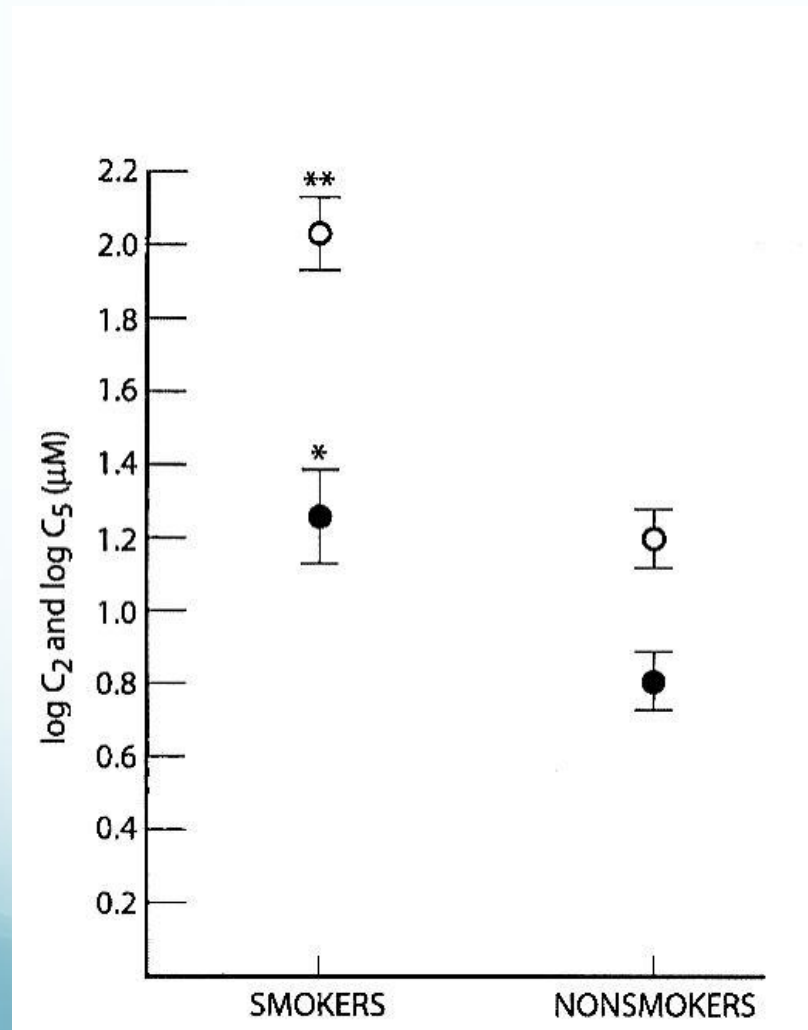
Epilogue

- Revue le 14/01/2013
 - La toux s'est bien améliorée
 - Les sibilances ont disparu
 - La spirométrie est stable
 - Budésonide-formotérol 4 mois de plus et revoir

Chez le fumeur, le réflexe de toux est diminué

8e Congrès Francophonie d'Allergologie

PV Dicpinigaitis, *Chest* 2003;123:685-8



Cas clinique n°3

MOR.. Joël, 45 ans

- **Motif de consultation (12/11/2012)**
 - Toux récurrente depuis plusieurs années. Recrudescence en fin d'année
 - Intermittent du spectacle (stress en fin d'année)
 - La toux se déclenche quand il chante. Et au primo-décubitus
 - RT et Rx sinus normaux

ANAMNESE

Anamnèse

Tabagisme modéré (3-5 cigarettes/jour)

Pas de traitement de fond

1998 : ulcère (fibro digestive + mopral)

Pas d'antécédents ORL, respiratoire ou allergique

Pas d'atopie familiale

Pas de symptomatologie thoracique ou rhino-sinusienne

Pas de modification de la voix

En 2010 : inefficacité de la beclométhasone

Pyrosis épisodique

Que rechercher à l'examen clinique?

Quels examens para-cliniques pratiquer ?

Examens clinique et para-clinique

8e Congrès Francophone d'Allergologie

- Examen clinique
 - Broncho-pulmonaire : normal
 - Pharynx : normal
- Spirométrie : normale
- Tests cutanés/pneumallergènes ; négatifs
 - acariens, cyprès, graminées, chat, chien, blattes

- **Quel(s) diagnostic (s)**
- **Quel(s) traitement(s)**

Diagnostic et traitement

- Toux liée à un RGO
- Règles hygiéno-diététiques
- Omeprazole
 - 20 mg deux fois par jour x 3 mois

Cas clinique n°3 bis

GAR.. Julia, 81 ans

- Motif de consultation (12/04/2010)
 - Toux depuis 4 mois
 - Essentiellement diurne
 - HTA. Pas d'IEC
 - Chirurgie de hernie hiatale (1998)
 - Pyrosis (malgré 20 mg/jour d'inexium depuis plusieurs années)
 - Nébulisations de budesonide + ipratropium : échec

Reprise du dossier depuis 2001

- **Juillet 2001** : Toux incoercible nuit et jour depuis un mois ; Pas de contexte infectieux; Echec de : oxeol, silomat, beclojet, virlix. RT normale. Pas de TVO. Fibroscopie : **dyskinésie trachéale**
- **Mai 2004** : toux productive depuis un mois. Apparition d'un pyrosis. Inexium depuis 15 jours. TVO modéré (tech diff.) Bronchodual, Q var, prepulsid un mois
- **Janvier 2005** : Toux incoercible, plutôt diurne. RT normale. Post infectieuse ? Q var, Netux, Néb. de budésonide
- **Janvier 2007** : Toux sèche depuis un mois. RT et spiro normales. Post infectieuse ? Néb. de budésonide

GAR.. Julia, 81 ans

- N'a jamais fumé
- Pas d'antécédents cardiaques
- Pas d'antécédents d'asthme , ni de rhinite
- Traitement de fond : Amlodipine. Omeprazole 20 mg le matin
- Toux sèche
- Examen BP, RT, Rx sinus, spirométrie : normaux
- Evaluation cardiaque récente : RAS

GAR.. Julia, 81 ans

- CAT initiale (12/04/2010)
 - Omeprazole 40 mg/jour + Motilium 3cp/jour pendant 3 mois.

- Revue le 31/01/2011
 - Toux ++ depuis Octobre 2010
 - quelques râles crépitants bilatéraux
 - syndrome interstitiel modéré des bases

**Quels examens para-cliniques
pratiquer ?**

Quel traitement ?

GAR.. Julia, 81 ans

- Reprise omeprazole+ motilium
- **TOGD** : incontinence cardiale. Reflux ++ en scopie télévisée. Signes indirects d'oesophagite peptique
- TDM thorax : discret syndrome interstitiel des bases
- TDM sinus normal
- Appel téléphonique (21/2/2011) :
tousse beaucoup moins...