

Toux aiguë chez l'adulte

Mots clés :

Adulte
Infection
respiratoire
Toux aiguë

Deux généralistes, anglais et hollandais, proposent dans le BMJ¹ une brève synthèse des données actuelles sur cette plainte si banale au quotidien. La persistance de la toux et de quelques symptômes désagréables au décours d'un refroidissement saisonnier fait consulter le patient, souvent moins inquiet qu'agacé, parfois avec une demande, exprimée ou non, d'antibiothérapie. Dans un contexte d'incertitude diagnostique (*Bibliomed* 360) et de recours excessif aux antibiotiques (*Bibliomed* 299, 373), l'approche clinique et thérapeutique en soins primaires repose sur quelques repères décisionnels que diverses recommandations ont rappelés ces dernières années^{2,3}.

La toux : plainte « banale »

La toux, dans la plupart des cas, peut durer jusqu'à un mois au décours d'une infection non compliquée des voies respiratoires, sans que l'on puisse préciser davantage le support anatomique ou l'étiologie, virale ou bactérienne. C'est un motif de consultation fréquent en médecine générale. Selon les données françaises de la SFMG, elle concernait en 2007 près de 2 consultants sur 100, avec une prévalence de 4 à 6% chez l'adulte⁴, ce qui rejoint des données hollandaises et belges un peu plus anciennesⁱⁿ². L'approche décisionnelle est symptomatique (un diagnostic étiologique est peu probable et inutile) et pronostique (gravité potentielle).

Peut-on craindre une urgence grave ?

Les guides de pratique²⁻³ rappellent que le contexte clinique permet le plus souvent d'éliminer rapidement les « causes à risque potentiel grave »² - la toux y est rarement un symptôme isolé - que sont l'insuffisance cardiaque congestive ou les accidents pulmonaires (syndrome d'inhalation, œdème pulmonaire, pneumothorax, embolie). Une étude prospective (1997), validée plus récemment par d'autres étudesⁱⁿ², permet de considérer que le risque est faible (mortalité <0,5%) si les 3 éléments suivants sont présents : moins de 50 ans (l'âge ne peut cependant être en soi un critère de risque); pas d'antécédents (d'insuffisance cardiaque, affections hépatique, rénale, cérébro-vasculaire ou néoplasique); pas de signes cliniques inquiétants (dyspnée, confusion mentale, pouls >125/min, hypo ou hyperthermie, fréquence respiratoire >30/min, hypotension, impression subjective d'un patient très malade).

Cette toux aurait-elle une autre cause ?

Le tabagisme, actif ou passif, une hyperréactivité bronchique à divers toxiques, un écoulement nasal postérieur

Que retenir pour notre pratique ?

- **La toux aiguë de l'adulte** nécessite une approche symptomatique et pronostique. Il s'agit surtout, à propos de ce symptôme banal, de proposer au patient un « filet de sécurité », hospitalisation comprise en cas de critères de gravité, en lui conseillant de reconsulter rapidement en cas d'apparition d'autres symptômes tels qu'hémoptysie, fièvre durable, dyspnée croissante ou autre altération de l'état général¹.
- N'oublions pas le **tabac** : c'est un moment idéal pour envisager un sevrage...
- **Seule une discussion ouverte avec le patient sur ses représentations et préférences**, notamment à propos des antibiotiques, peut permettre d'éviter des dérives thérapeutiques potentiellement délétères^{1,2}.

la prise d'IEC, un reflux gastro-oesophagien (mais le patient a généralement une histoire de pyrosis ou de régurgitations) peuvent être en cause. L'asthme débute rarement par une toux. D'autres pathologies possibles (coqueluche, fièvre Q, tuberculose, cancer...) restent anecdotiques dans ce contexte¹.

Faut-il faire des examens complémentaires ?

La microbiologie et la radiographie n'ont aucune place en routine. Si une infection respiratoire basse est suspectée (*voir Bibliomed* 360), une CRP <20 (mieux que la VS) élimine une pneumonie et argumente une décision de non-prescription d'antibiotiques¹. L'agence américaine AHRQ rappelle (niveau de preuve fort) que le diagnostic de sinusite bactérienne ne doit pas être porté trop tôt sur des arguments d'imagerie (la prescription d'antibiotiques ne peut se faire que sur le jugement clinique)³. La suspicion de coqueluche dans un milieu « à risque » (femme enceinte, nouveau-né) nécessite des examens spécifiques (*voir Bibliomed* 397).

Traiter ?

Le dextromorphanne atténue le réflexe tussigène avec moins d'effets secondaires que la codéine¹. Une hydratation suffisante est recommandée, des remèdes « familiaux » (miel, citron) sont utiles¹, à l'inverse des expectorants, mucolytiques, antihistamines (sauf la bromphéniramine, de première génération³), décongestionnants (sauf peut-être la pseudoéphédrine à libération prolongée³) sans intérêt démontré¹. Le naproxène - sauf contre indication aux AINS - peut aider à diminuer la toux et les symptômes inflammatoires d'accompagnement. L'antibiothérapie n'a d'indication que dans les infections respiratoires basses à évolution compliquée et les pneumonies¹ (et la coqueluche, non pour le symptôme toux, mais pour éviter la contagion)

Références

- 1- Cals JWL, Francis NA. Acute cough in adults. *BMJ*. 2010;340:534-5.
- 2- Coenen S et al. La toux aiguë. Recommandations de Bonne pratique. *SSMG*. 2004.
- 3- Pratter MR et al. Cough and the Common Cold: ACCP Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest*. 2006;129:72S-74S.
- 4- Observatoire de la Médecine Générale. Sur www.SFMG.org