

Connaissances actuelles sur la toux apparue dans d'autres contextes : allergique, cardiaque, médicamenteux, neuropsychiatrique, de maladie de système

315

A.-P. Van Amerongen¹, G. Masse², P. Demoly³,
C. Mayaud⁴ et le groupe de travail

¹ Psychiatrie, Noisy-le-Roi.

² Médecine générale, Reims.

³ Allergologie, Montpellier.

⁴ Pneumologie, Paris.

Correspondance : A.-P. Van Amerongen, 60, rue André-Lebourblanc,
78590 Noisy-le-Roi.
patrice.vanamerongen@free.fr

Résumé

Quelques médicaments sont à l'origine d'une toux chronique avec radiographie thoracique normale. Les inhibiteurs de l'enzyme de conversion sont les plus fréquemment en cause. Les antagonistes de l'angiotensine II, les bêtabloquants, l'interferon alpha-2b ont également été incriminés.

Les toux « allergiques » résultent d'une inflammation bronchique ou nasale et sont exclusivement observées dans le cadre d'un asthme ou d'une rhinite allergique.

La toux est fréquente au cours de l'insuffisance cardiaque congestive mais elle s'associe alors à une dyspnée d'effort et/ou une orthopnée.

Une toux chronique peut être présente au cours de nombreuses maladies auto-immunes, le plus souvent elle résulte alors d'une inflammation bronchique lymphocytaire.

Plus rarement la toux peut s'observer précocement au cours de la maladie des tics de Gilles de la Tourette et de la chorée de Huntington. Enfin, il existe des situations psychiatriques où la toux représente un moyen d'expression, de défense, ou le signe d'un dysfonctionnement de conduite, de comportement ou de personnalité.

Mots-clés : Toux chronique. Allergie. Insuffisance cardiaque. Maladie auto-immune. Toux induite par les médicaments. Maladie neurologique. Maladie psychiatrique.

Contexte allergique

Devant une toux chronique, que signifie l'exploration d'une cause allergique ?

Il n'y a pas à proprement parler de toux « d'origine allergique ». La toux est due soit à une inflammation bronchique (et ceci revient à chercher un asthme), soit à une inflammation nasale avec jetage postérieur (et ceci revient à chercher une rhinosinusite) (Cf. Chapitre : « Connaissances actuelles sur la toux apparue dans un

contexte ORL »). La toux peut également être liée à une inflammation de tout l'arbre respiratoire, haut et bas, compte tenu de la fréquente association rhinite et asthme (Bousquet et coll. 2001 gA).

Contexte cardiaque

La toux est relativement fréquente chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque congestive (ICC). Néanmoins,

dans les séries s'intéressant spécifiquement aux toux chroniques justifiant une consultation spécialisée (Irwin 1990), l'ICC n'est en cause que dans 1 % des cas. Cette incidence s'élève à 3 % quand il s'agit de toux productive (Smyrnios 1995) et/ou survenant chez une personne âgée (Smyrnios 1998) et/ou motivant une consultation de première ligne chez un médecin généraliste ou chez un pneumologue (Carney 1997, McGarvey 1998).

En pratique, si toutes les séries et toutes les recommandations consacrées à la toux chronique mentionnent l'ICC, il semble que ce diagnostic soit discuté dans deux contextes bien différents : 1/ dans la grande majorité des cas, la toux s'accompagne de dyspnée d'effort, d'orthopnée et d'anomalies physiques et/ou radiologiques très évocatrices orientant immédiatement vers l'insuffisance cardiaque (Philp 1997, Breslin 2002) ; de fait, ces toux ne sont pas répertoriées dans les séries spécialisées ; 2/ beaucoup plus rarement, la toux est au premier plan, l'auscultation cardiaque est trompeuse et la radiographie thoracique est jugée normale (ING 1997). C'est pour prendre en compte ces cas particuliers que toutes les recommandations concernant la toux chronique proposent d'inclure la recherche systématique d'une insuffisance cardiaque : en première ligne, par la recherche de dyspnée d'effort, d'orthopnée, et de tachycardie qui ne manquent qu'exceptionnellement ; en seconde ligne par une consultation spécialisée avec ECG et si besoin échographie cardiaque bi dimensionnelle (Philp 1977, Chung 1996 ; Irwin 2000, Irwin 2001, D'Urzo 2002). Le traitement de la toux est alors celui de l'insuffisance cardiaque.

Contexte de maladie de système

Dans l'hypothyroïdie, il semble que la toux résulte d'un désordre auto-immun avec des conséquences marquées par une inflammation chronique des bronches (Birring et coll. 2003^c, Birring et coll. 2003^b gC). La toux est fréquemment productive, diurne.

Une inflammation péribronchique serait aussi à l'origine de la toux chronique rencontrée au cours de la maladie de Horton, comme au cours des localisations bronchiques de la maladie de Wegener (Joomaye 1997 gC, Auliac et coll. 2002 gC).

D'autres maladies de système localisées au niveau laryngo-trachéobronchique sont à l'origine d'une toux chronique (granulomatoses, angéites, collagénoses, amylose trachéobronchique, Goujerot-Sjögren, polychondrite atrophique, rectocolite hémorragique, maladie de Crohn, maladie de Wegener, trachéobronchopathie ostéoplastique) (Auliac et coll. 2002 gC).

Contexte médicamenteux

Plus de 350 médicaments peuvent être à l'origine de toux (Foucher 1997, Camus 2004). Le plus souvent cette toux n'est qu'un épiphénomène, la radiographie de thorax révélant soit une pneumopathie (Foucher 1997, Camus 2001), soit une pleurésie (Benard 1996) induite par le médicament. Quelques médicaments cependant sont à l'origine de toux chronique avec radiographie thoracique normale résultant de leur seule action sur les voies aériennes (Cottin 1996, Babu 2004).

Inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC)

Les trois quart des toux médicamenteuses concernent les IEC. Ceux-ci induisent une toux chez 5 à 20 % des patients traités, indépendamment de la dose utilisée (Martindale). Tous les IEC peuvent être en cause (*tableau I*) mais la toux est plus fréquemment observée avec le Captopril ou l'Enalapril. La toux est également plus fréquente chez les femmes, les non-fumeurs, et dans l'indication d'insuffisance cardiaque gauche congestive (Cottin 1996, Babu 2004). Son incidence ne semble pas influencée par le génotype de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (McGarvey et coll. 2000).

La toux liée aux IEC proviendrait d'une accumulation locale de bradykinine et de substance P, toutes deux médiateurs de l'inflammation inactivée par l'enzyme de conversion de l'angiotensine (Morice 1987, Berkin 1989, Nuss 1990). Ceci rendrait également compte de l'hyper-réactivité bronchique fréquemment retrouvée chez les patients souffrant de toux attribuable aux IEC (Wongtim 1995).

La toux survient une semaine à 6 mois après le début du traitement. Elle est sèche, à la fois diurne et nocturne, s'exagérant d'intensité avec le temps pouvant devenir, coqueluchoïde. Elle peut s'accompagner d'irritation de la gorge et de modifications du timbre de la voix. Il n'y a ni dyspnée, ni expectoration associée. L'examen clinique est normal. Il n'y a pas de symptôme ou de signe d'insuffisance cardiaque gauche congestive. La radiographie thoracique, si elle est pratiquée, est normale.

À l'arrêt du médicament, la toux disparaît dans tous les cas. Cette disparition s'opère habituellement en 1 à 7 jours. Dans les cas extrêmes, elle a pu demander 2, voire exceptionnellement 4 semaines. En cas de réintroduction, la toux réapparaît quasi systématiquement (Breslin 2002, Holmes 2004).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3420259>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3420259>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)