

*Préambule : Le résumé suivant est rédigé à partir de notes prises au vol. Des erreurs ou fautes de frappe sont possibles.*

Voici le lien pour visualiser les visioconférences HUG-CHUV (nouveau) :

<https://mediaserver.unige.ch>

Une fois sur la page d'accueil, taper dans le champ de recherche « Visio » et choisissez la bonne année académique. Puis entrer les identifiants suivants :

user : visioR, password : 2020

## **Colloque de pédiatrie Lausanne-Genève du mardi 9 mai 2023**

### ***La toux chronique***

Dre Isabelle Ruchonnet-Metrailler, médecin adjointe agrégée, Responsable de l'unité de pneumologie pédiatrique- HUG

Concernant la toux chronique, on trouve sur PubMed 61 publications en 2023. Il s'agit d'un sujet qui reste d'actualité.

En pédiatrie, environ 80 % de la patientèle consulte pour une toux.

55 % pour de la toux prolongée.

La toux représente environ 25 % d'une consultation de pneumologie.

Il s'agit donc d'un motif de consultation fréquent, avec un fort impact sur la qualité de vie.

La toux chronique se définit par plus que huit semaines de toux chez l'adulte, par plus que quatre semaines chez l'enfant. Il y a un rôle du tabagisme passif, ainsi que de la pollution.

Les causes de toux chronique chez l'enfant sont différentes de chez l'adulte.

La toux est un mécanisme de protection. Elle fait intervenir différents nerfs, surtout crâniens.

Parmi les causes à rechercher les plus fréquentes, on retrouve la toux post-infectieuse, l'asthme, la bronchite persistante, et parfois la dyskinésie ciliaire.

La toux post-infectieuse est liée à une hyper-réactivité des récepteurs de la toux ainsi qu'à une modification locale, liée au remodelage.

Par exemple, après un mycoplasme pneumoniae, la toux peut durer 49 jours, après une coqueluche 118 jours.

Concernant l'asthme, 12 % des enfants ont un asthme. La fréquence est souvent surévaluée. Il faut y penser en cas de toux sèche, toux nocturne, ou de terrain atopique. Le diagnostic peut être posé par le dosage du NO exhalé, une spirométrie, un bilan d'atopie. Dans ce cas, un traitement par cortisone topique est utile.

La bronchite bactérienne persistante est un diagnostic d'exclusion. Il s'agit d'une toux grasse avec auscultation de ronchis durant plus de quatre semaines, aucune autre étiologie n'est mise en évidence. Souvent, il y a résolution des symptômes après deux semaines d'antibiotique. La durée du traitement antibiotique s'étend de deux à quatre semaines. La cause de la bronchite persistante est une surinfection par des germes courants. La durée du traitement n'est pas clairement établie dans la littérature, un traitement de quatre semaines entraîne moins de rechutes.

Le traitement se fait soit par macrolides, soit par amoxicilline ou co-amoxicilline. Les doses exactes n'ont pas été déterminées.

Il faut toujours penser à un corps étranger. La radiographie est souvent normale. Un avis O.R.L. ou pneumologique est recommandé.

Le reflux gastro-œsophagien est rarement identifié comme cause de toux chronique chez l'enfant. Par contre, chez l'enfant polyhandicapé, il faut aussi penser aux troubles de la déglutition.

Un déficit immunitaire peut également être évoqué. Un bilan sanguin comprenant formule sanguine complète, dosage des gamma-globulines et des anticorps post-vaccinaux, est utile.

La dyskinésie ciliaire primitive est à évoquer. Il existe plusieurs variantes, avec un panel d'anomalies allant à l'absence de fonction des cils à une fonction partielle. Il est utile de pratiquer un score PICADAR (incluant les différents antécédents, les allergies, les problèmes O.R.L.). La biopsie ciliaire doit être envisagée. Le traitement est de soutien.

La mucoviscidose peut également être évoquée. Avec le dépistage néonatal pratiqué dès l'année 2011, presque tous les cas sont détectés. Néanmoins, la sensibilité du dépistage est d'environ 90 %.

La toux psychogène est un diagnostic d'exclusion; plus fréquente chez le garçon. Un traitement par biofeedback ou hypnose est possible.

L'approche de la toux chronique comprend une anamnèse soigneuse, une radiographie du thorax, et si l'enfant est âgé de plus de sept ans des fonctions pulmonaires. Il faut toujours penser aux choses rares comme la dyskinésie ciliaire ou la mucoviscidose.

Un algorithme complexe est proposé, d'après une publication de MORICE ERJ 2020 ([ERS guidelines on the chronic cough in adults and children](#)).

Une inquiétude pour le pneumologue est la possibilité de bronchiectasie, amenant à des problèmes au long cours.

Beaucoup de traitements contre la toux sont proposés (par exemple Kaloba, Sinupret, Prospanex avec une action centrale, Solmucalm avec une action mucolytique, Toplexil avec action centrale et périphérique).

Le mucolytique fluidifie les sécrétions, et n'a pas d'effet sur la toux. Il peut inhiber les effets d'autres médicaments comme les antibiotiques.

Les antihistaminiques diminuent la toux mais entraînent une somnolence.

Le dextrométhorphan n'a pas d'effet, mais peut entraîner de la somnolence et des effets neurologiques.

La codéine fonctionne par métabolisation en morphine, ce qui n'est pas toujours souhaitable.

Le menthol a un effet limité, mais il y a un risque de convulsion et de décès.

Le glycérol a un effet sur la toux aiguë, sans effets secondaires.

Le miel a un effet de diminution de la toux, mais n'est pas recommandé avant l'âge d'un an à cause du risque de botulisme.

La toux est un symptôme fréquent.

La prise en charge implique des explications claires.

Un traitement adéquat est l'usage des antibiotiques pour éviter les bronchiectasies.

Un bon enseignement thérapeutique est indispensable pour diminuer les effets secondaires des nombreux médicaments peu efficaces

Compte-rendu du Dr Vincent Liberek

[vliberek@bluewin.ch](mailto:vliberek@bluewin.ch)

Transmis par le laboratoire MGD

[colloque@labomgd.ch](mailto:colloque@labomgd.ch)