

TOUX CHRONIQUE

Auteurs	Dr Corentin van Ruymbeke, Service de médecine de premier recours (SMPR), HUG Dr Stéphane Talbit, Service de médecine de premier recours (SMPR), HUG
Expertes	
Pneumologie	Dr Caroline Rayroux, service de pneumologie, HUG
Médecine de famille	Dr Isabelle Gérard, Institut universitaire de Médecine de Famille et de l'Enfance (IuMFE), UNIGE
Superviseuse	Dr Chloé Chevallier, Service de médecine de premier recours (SMPR), HUG
Comité éditorial	Dre Mayssam Nehme, Service de médecine de premier recours (SMPR), HUG Pr Dagmar Haller, Service de médecine de premier recours (SMPR), HUG & Institut universitaire de Médecine de Famille et de l'Enfance (IuMFE), UNIGE Pr Idris Guessous, Service de médecine de premier recours (SMPR), HUG & UNIGE

2025

LES POINTS A RETENIR

- La clé de la prise en charge réside dans l'évaluation initiale avec une anamnèse détaillée, un examen clinique, une radiographie de thorax, une formule sanguine complète ainsi qu'une spirométrie.
- Il est maintenant recommandé de chercher une pathologie favorisant la toux et de ne plus débuter de traitement empirique sans argument au moins anamnestique ou d'utiliser des antitussifs non sélectifs en première intention
- Il faut parfois attendre 2 à 3 mois avant d'observer une réponse clinique à un traitement des pathologies associées.
- En cas de non-réponse au traitement ou de l'absence de pathologie associée, il est préférable d'orienter le patient vers un spécialiste.
- Il ne faut pas oublier d'évaluer les conséquences biologiques, mais aussi psychiques et sociales de la toux chronique qui peut avoir un impact non négligeable sur la qualité de vie.

BILAN INITIAL D'UNE TOUX CHRONIQUE

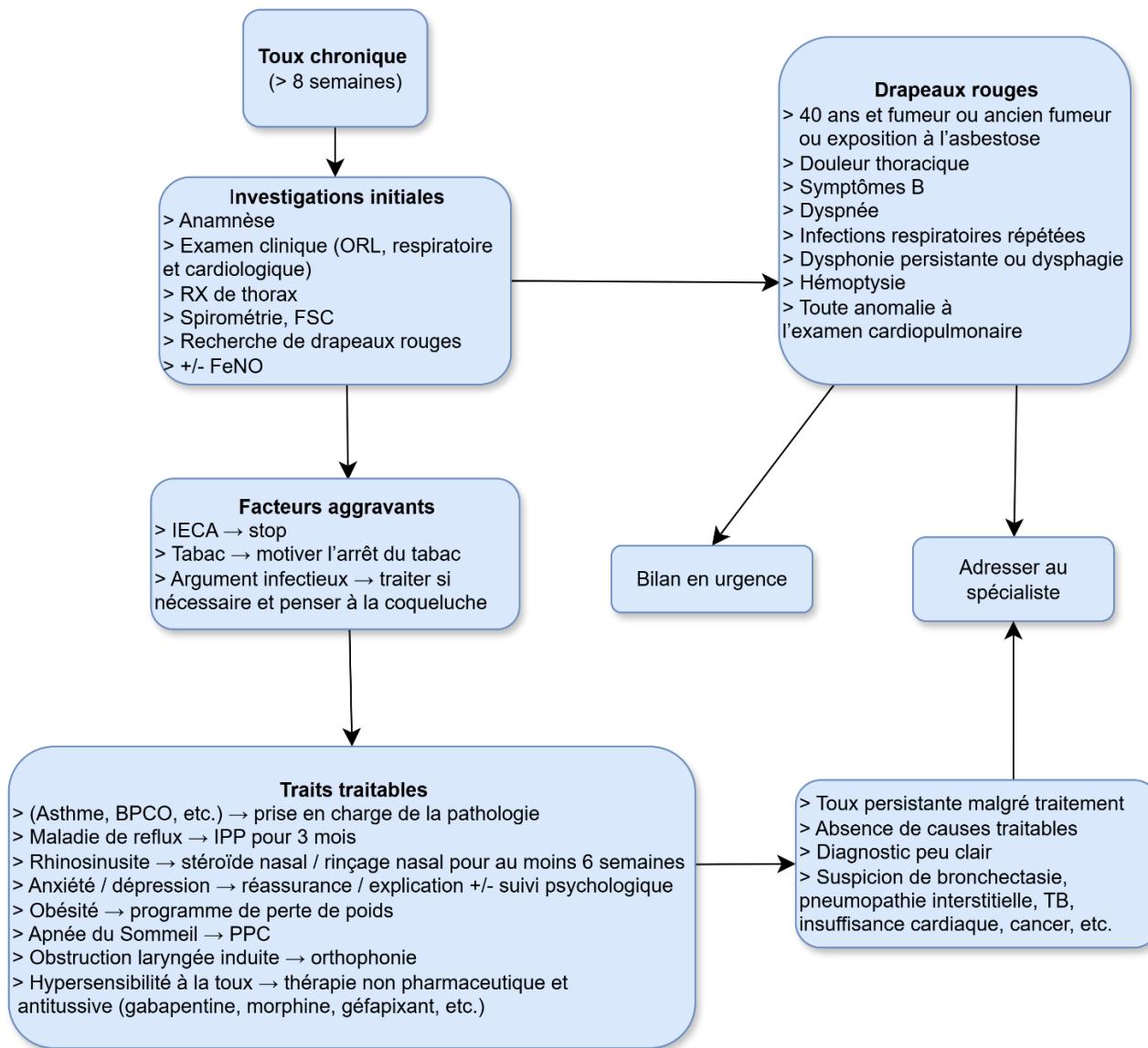


Schéma 1 : Prise en charge de la toux chronique

BPCO : bronchopneumopathie chronique obstructive ; FeNO : fraction exhalée de l'oxyde nitrique ; FSC : formule sanguine complète ; IECA : inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine ; IPP : inhibiteur de la pompe à protons ; ORL : otorhinolaryngologie ; PPC : pression positive continue ; RX : radiographie ; TB : tuberculose.

Anamnèse	Pathologie	Traitement
Traitemennt par IECA	Toux iatrogène d'origine médicamenteuse	Changement de classe de médicaments
Eternuements, congestion nasal, rhinorrhée antérieur/postérieur, démangeaison nasale, atopie, symptômes allergique extranasaux.	Rhinite allergique	Éviction de l'allergène, mométasone spray et rinçage nasal. Éventuellement, antihistaminiques topiques ou per os
Congestion nasale, rhinorrhée antérieure/postérieure, écoulement purulant, douleur des sinus/ du visage, perte de l'odorat	Rhinosinusite	Mométasone spray + rinçage nasal Rôle limité des antibiotiques et seulement si un germe a été isolé Éventuellement, antihistaminiques topiques
Toux nocturne/matinale, respiration sifflante, essoufflement, atopie	Asthme	Traitemennt adapté de l'asthme
Brûlure épigastrique, remontée acide	Reflux gastro-eosophagien	IPP pour 3 mois
Dysphonie, stridor ou/et dyspnée transitoire	Obstruction laryngée induite	Avis ORL
Toux productive, infection à répétition, ancienne tuberculose	Bronchiectasie, bronchite chronique	Investigations et traitement adapté
Toux persistante, dyspnée d'effort progressive	Pneumopathie interstitielle	Investigations et traitement adapté
Cardiopathie, signes de décompensation cardiaque (prise de poids, orthopnée, nycturie) etc.	Décompensation cardiaque	Diurétique
Fumeur, toux péjorée le matin, expectoration	BPCO	Arrêt du tabac et traitement adapté
Fatigue diurne, ronflement, IMC élevé	SAOS	Investigations, puis CPAP si indiquée
Toux sèche déclenchée par des stimuli communs (chaud/froid, parfum, parole), toux qui ne répond pas au traitement des traits traitables.	Hypersensibilité du réflexe de la toux	Avis spécialisé avec +/- traitement pour inhibition du réflexe

Tableau 1 : indice diagnostique des divers pathologies associées et leur prise en charge

IECA : inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine ; IPP : inhibiteur de la pompe à protons ; ORL : otorhinolaryngologie ; BPCO : bronchopneumopathie chronique obstructive ; IMC : indice de masse corporelle ; SAOS : syndrome d'apnées obstructives du sommeil ; CPAP : pression positive continue.

TOUX CHRONIQUE

1. INTRODUCTION

La toux chronique est un motif fréquent de consultation en médecine de premier recours. Ces dernières années, sa prise en charge a connu des évolutions majeures. Désormais considérée comme une entité pathologique à part entière, elle est associée à une hypersensibilité du réflexe de toux, un mécanisme présentant des similitudes avec l'arc de la douleur en raison de la diversité de ses stimulations et de ses mécanismes d'inhibition. Ce réflexe protecteur des voies aériennes peut être déclenché par une grande variété de stimuli, en lien avec la diversité des récepteurs impliqués (mécaniques, chimiques, thermiques, etc.) et de leur localisation variable (voies respiratoires, sphère ORL, tube digestif supérieur, péricarde, etc.).

2. DEFINITION

- **Toux chronique** : se définit par une durée d'au moins 8 semaines, comparativement à une toux aiguë (moins de 3 semaines) et subaiguë (3 à 8 semaines). ¹
- **Toux chronique réfractaire** : il s'agit d'une toux chronique qui ne s'améliore pas malgré le traitement des facteurs favorisants. ¹
- **Toux chronique inexplicable** : Une toux chronique sans facteurs favorisants retrouvés mais avec possible symptômes d'une hypersensibilité à la toux ¹
- **Syndrome de toux d'hypersensibilité** : Trouble caractérisé par la provocation d'une toux par des stimuli habituellement non irritatif (faible variation de température, parfum, ...) ¹
- **Hypersensibilité laryngée** : hypersensibilité neuronale, qui serait à l'origine de divers symptômes laryngés tels que la toux chronique et l'obstruction laryngée provoquée. ¹

3. CONSEQUENCES DE LA TOUX

La toux chronique entraîne rarement des complications mettant en danger le pronostic vital, mais elle a un impact significatif sur la qualité de vie. L'incontinence urinaire et la perturbation du sommeil sont les complications physiques les plus fréquemment rapportées. Des conséquences plus rares, comme les syncopes, des fractures de côtes, un pneumothorax, etc. peuvent également survenir. L'impact sur la qualité de vie est considérable, tant sur le plan social, émotionnel qu'économique, et il s'est probablement aggravé depuis la pandémie de COVID-19. La toux, autrefois anodine, est aujourd'hui une source d'anxiété, non seulement pour ceux qui en souffrent, mais aussi pour leur entourage. Ceux qui toussent peuvent être perçus comme une menace sanitaire, conduisant à un regard méfiant, à une stigmatisation et parfois même à un isolement social. ²

4. MANIFESTATIONS CLINIQUES

4.1 ANAMNÈSE

L'anamnèse est une étape clé dans la prise en charge de la toux chronique. Elle permet d'identifier les principaux redflags nécessitant une consultation spécialisée ou des investigations urgentes. De plus, elle aide à repérer les causes traitables et les facteurs aggravants, qui jouent un rôle central dans la gestion de la toux chronique (tableau 1).

Il est également essentiel d'évaluer l'impact de la toux sur la vie quotidienne, notamment en recherchant d'éventuelles pertes urinaires, des syncopes ou des répercussions psychosociales.

Red flags :

- 40 ans et fumeur ou ancien fumeur ou avec un contact prolongé avec de l'asbeste
- Douleur thoracique
- Symptômes B (perte de poids, sudations nocturnes, asthénie)
- Dyspnée
- Infection respiratoire à répétition
- Dysphonie persistante ou dysphagie
- Hémoptysie
- Toute anomalie à l'examen cardio-pulmonaire

4.2 EXAMEN CLINIQUE

L'examen clinique repose principalement sur l'auscultation pulmonaire et cardiaque, ainsi que sur l'examen ORL. Si les compétences et le matériel le permettent, une exploration nasale peut fournir des indications précieuses pour la prise en charge. Par ailleurs, la détection d'anomalies pulmonaires contribue à orienter le diagnostic vers une éventuelle pneumopathie sous-jacente.

4.3 EXAMEN COMPLÉMENTAIRE

La radiographie du thorax doit systématiquement faire partie du bilan initial. En cas de résultat normal, les investigations de base incluent ensuite une formule sanguine complète pour détecter une éosinophilie, ainsi qu'une spirométrie. La mesure de la fraction exhalée du NO peut également être utile dans certaines situations pour évaluer la réponse aux corticoïdes inhalés, notamment en cas d'asthme ou de bronchite à éosinophiles. Les autres examens complémentaires ne doivent pas être réalisés de manière systématique, mais peuvent s'avérer pertinents pour confirmer un diagnostic incertain ou exclure une cause plus grave (Tableau 2).

Examen	Indication en pratique	Niveau de preuve
Radiographie de thorax	Pour tous les patients (recherche de tuberculose, néoplasie, bronchiectasie, emphysème, maladie pulmonaire interstitielle, ...)	Qualité modérée des preuves 3;4
FeNO	Utile pour prédire une réponse au Corticoïde inhalé, pour le diagnostic de bronchite à éosinophile et d'asthme	Qualité modérée des preuves 3;5
Spirométrie	Pour tous les patients	Qualité faible des preuves 3
Formule sanguine complète	Pour tous les patients	Qualité faible des preuves 3
Endoscopie nasale	Symptômes de sinusite chronique ne répondant pas au traitement Suspicion d'anomalie anatomique	Qualité faible des preuves 3
Radiographie des sinus	Aucune	Qualité faible des preuves 3
Scanner des sinus	Symptômes de sinusite chronique ne répondant pas au traitement. Préférer l'endoscopie nasale en première intention	Qualité faible des preuves 3
Laryngoscopie	Symptôme évoquant une dysfonction laryngée (changement de voie, ...) Utile uniquement pendant une crise ou pour exclure une autre cause (Cancer, ...)	Qualité faible des preuves 3
Peak Flow	Alternative à la spirométrie si pas disponible pour le diagnostic d'asthme	Qualité faible des preuves 3
Test de Broncho-provocation à la méthacholine	Peut être considéré chez les patients pour confirmer un asthme en cas de clinique peu claire	Qualité faible des preuves 3
CT thoracique	Examen réservé en cas de suspicion de pathologie pulmonaire ou oncologique	Qualité faible des preuves 3
Mesure du PH de 24h	Peut être considéré chez les patients pour confirmer une maladie de reflux en cas de doute diagnostique	Qualité faible des preuves 3

Tableau 2 : Indication à des examen complémentaires et le niveau d'évidence

FeNO : fraction exhalée de l'oxyde nitrique, CT : tomodensitométrie, PH : potentiel d'hydrogène

5. DIAGNOSTIC

5.1 SYNDROME D'HYPERSENSIBILITÉ À LA TOUX

Les patients porteurs d'une hypersensibilité à la toux, également désignée sous le terme de « toux chronique réfractaire » dans la littérature anglo-saxonne, présentent une augmentation de la fréquence de la toux et une augmentation de la sensibilité au réflexe de toux, suggérant des modifications au sein des deux voies nerveuses fondamentales de la toux.

- Une augmentation de l'activation ou de la sensibilité à l'activation des neurones sensitifs vagaux primaires médiant la toux.
- Une altération du processus neuronal conduisant à la prise en charge au niveau du cerveau et du tronc cérébral de l'influx sensoriel.⁶

Les deux signes caractéristiques sont l'allotussie et l'hypertussie. L'allotussie est le déclenchement de la toux par des stimuli ne provoquant pas normalement la toux (odeur, rire, chant, changement de température...). L'hypertussie est la sensibilité exagérée au stimulus de la toux.⁷

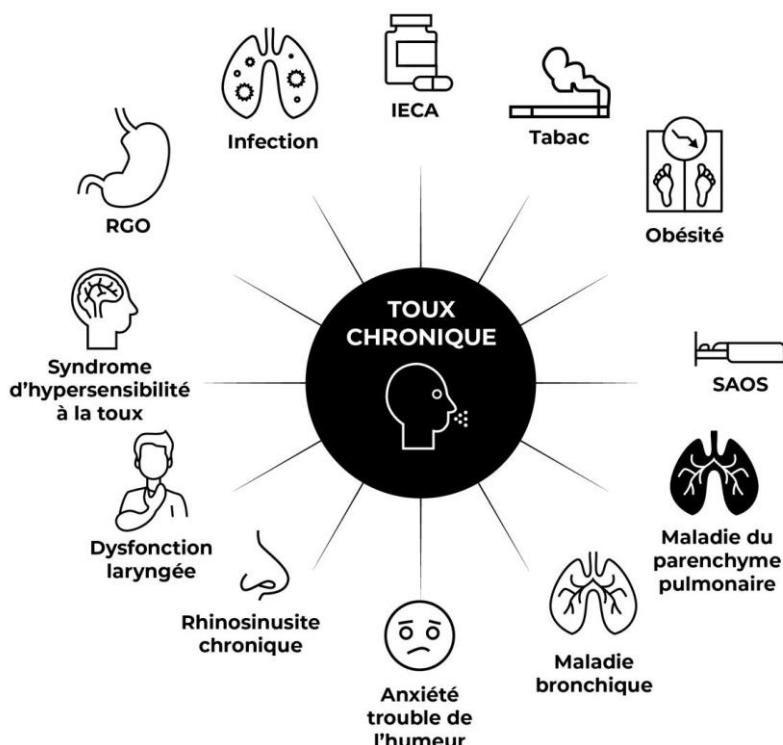


Figure 1 : Causes traitables de la toux chronique

IECA : inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine ; RGO : reflux gastro-œsophagien ; SAOS : syndrome d'apnées obstructives du sommeil.

5.2 SYNDROME DE TOUX D'ORIGINE DES VOIES AÉRIENNES SUPÉRIEURES (STOVAS)

Les principaux symptômes évocateurs sont la rhinorrhée, la congestion nasale, la sensation d'écoulement postérieur, les éternuements, le hemmage (raclements de gorge répétés). L'examen clinique peut objectiver des sécrétions muco-purulentes ou une hypertrophie des cordons lymphoïdes au niveau du naso- et de l'oropharynx (aspect en pavé).

Les causes de ce syndrome sont variables entre les causes allergiques, post-infectieuses, sur anomalie anatomique, irritative, médicamenteuses, etc.... Un bilan ORL avec une nasofibroscopie et un scanner des sinus ne sont pas justifiés de routine, mais peuvent être envisagé en cas de diagnostic peu claire et de non-réponse au traitement (Tableau 3).

5.3 ASTHME

L'asthme peut se manifester par une toux, souvent associée à des épisodes de dyspnée sifflante. Plusieurs éléments orientent le diagnostic, notamment des antécédents familiaux positifs, un terrain atopique, une variation saisonnière des symptômes, ainsi qu'une toux nocturne ou survenant après l'effort. L'appellation « *cough variant asthma* » désigne une forme d'asthme dont la seule manifestation clinique est la toux.

Le diagnostic d'asthme peut être posé, en présence d'une histoire clinique compatible, par une spirométrie avec test de réversibilité, la fraction exhalée du NO, un test à la méthacholine et/ou un suivi des Peak Flow (PF ou débits expiratoires de pointe : DEP).

La recherche d'une inflammation TH2 par la fraction exhalée du NO ainsi qu'une formule sanguine complète est utile dans la démarche diagnostique et permet également de déterminer la réponse aux glucocorticoïdes inhalés (GCI)

Toutefois, dans le « *cough variant asthma* », il n'y a pas toujours de variation journalière du PF ni de syndrome obstructif à la spirométrie. En revanche, le test à la méthacholine est systématiquement positif, par définition. La mesure de la fraction exhalée du NO (monoxyde d'azote) peut également être utile. [5-8](#)

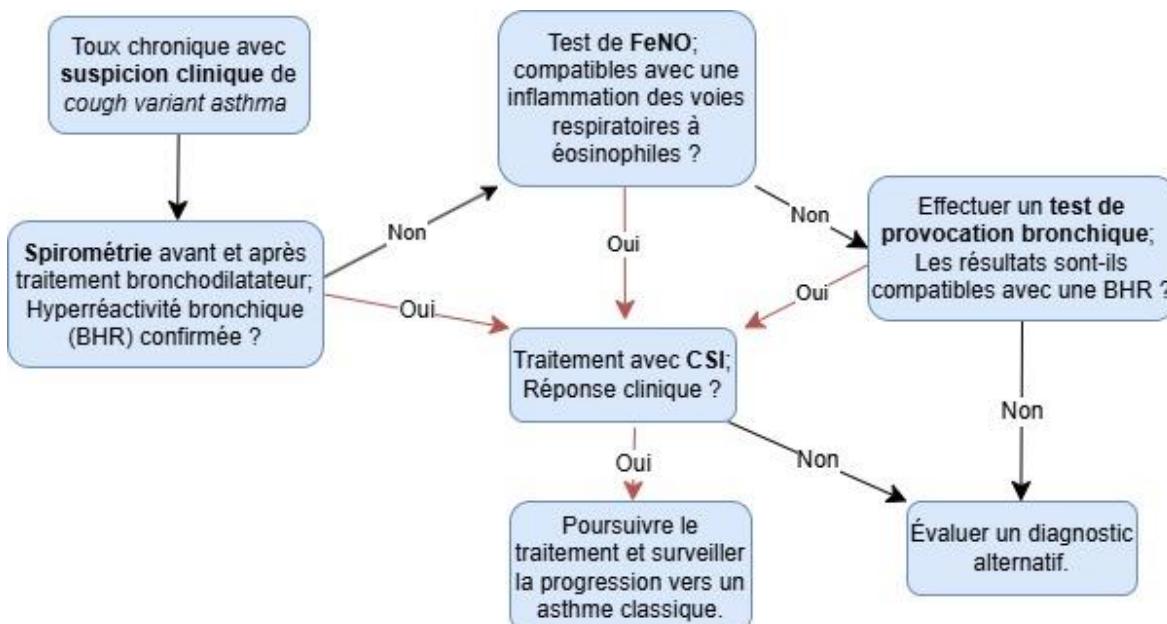


Figure 2 : Investigation d'une suspicion de « *cough variant asthma* »

FeNO : fraction exhalée de l'oxyde nitrique, CSI : corticostéroïdes inhalés, BHR : hyperréactivité bronchique

5.4 BRONCHITES À ÉOSINOPHILES

La bronchite éosinophilique partage avec l'asthme une inflammation bronchique à éosinophile, productrice de NO, mais au contraire de ce dernier, on ne retrouve pas d'hyperréactivité bronchique lors des tests de provocation à la méthacholine ou de variation diurne des PF. Cette pathologie coexiste souvent avec d'autres pathologies respiratoires comme la BPCO, les pneumopathies d'exposition et les bronchiectasies. Il s'agit d'une maladie avec un fort taux de récurrence et une évolution possible vers un asthme. Une augmentation significative des valeurs de NO exhalé associée à un test à la méthacholine négatif permet ainsi d'en poser le diagnostic. [9](#)

5.5 REFLUX GASTRO-ŒSOPHAGIEN

Le reflux gastro-œsophagien se manifeste généralement par un goût aigre dans la bouche, une dyspepsie et/ou un pyrosis qui surviennent plus fréquemment en période post-prandiale ou en position couchée. Il n'est plus recommandé de faire un traitement d'épreuve en l'absence de symptômes évocateur ou de diagnostic établi. En général, le diagnostic est clinique. Il est possible de s'appuyer sur le [Hull Airway Reflux Questionnaire](#), qui comprend 14 questions et permet de diagnostiquer le reflux gastro-œsophagien dans le cadre de toux chronique, avec une sensibilité et une spécificité supérieure à 90 %. En cas de clinique peu claire, il peut être utile d'effectuer une pH-métrie œsophagiennes de 24 heures ou une impédancemétrie œsophagiennes (qui pour ce dernier a l'avantage de mesurer également le reflux non-acide). L'oesogastroduodénoscopie (OGD) n'a pas sa place dans le diagnostic, mais peut être indiquée pour rechercher des complications (cf.. [stratégie dyspepsie](#)).

5.7 BRONCHECTASIES

Le diagnostic de bronchiectasies doit être envisagé en présence d'une toux grasse chronique. La survenue d'infections respiratoires à répétition peut également orienter vers ce diagnostic. Lors du bilan initial, la radiographie thoracique standard permet un premier dépistage. On recherchera des atélectasies linéaires, des voies aériennes dilatées et épaissies (lignes parallèles comme des rails de train, ainsi que des ombres en anneau en coupe transversale), ainsi que des opacités périphériques irrégulières pouvant correspondre à des bouchons muco-purulents. Pour confirmer le diagnostic ou en cas de forte suspicion malgré une radiographie normal, il est recommandé d'effectuer un scanner thoracique en coupe fine, ainsi qu'une culture des expectorations.

5.8 APNÉE DU SOMMEIL

L'apnée du sommeil est associée à la toux chronique par divers mécanismes, notamment le reflux gastro-œsophagien et l'inflammation des voies respiratoires. Étant donné l'amélioration significative de la toux sous traitement spécifique, son dépistage dans cette population est particulièrement pertinent. L'anamnèse joue un rôle central dans cette démarche, et certains scores, comme le [NoSAS](#), peuvent aider à orienter le diagnostic. L'examen de référence reste la polysomnographie nocturne. [10](#);[11](#)

5.9 OBÉSITÉ

L'obésité semble être associée à une prévalence plus élevée et à une sévérité accrue de la toux chronique. Sa prise en charge peut différer légèrement, en raison de la complexité accrue du traitement d'autres facteurs modifiables, comme une réponse parfois moins favorable aux traitements de l'asthme. À ce jour, aucune étude de qualité n'a démontré de lien direct entre la perte de poids et la réduction de la toux chronique, bien que cette relation puisse être envisagée. [12](#)

5.10 BRONCHOPNEUMOPATHIE CHRONIQUE OBSTRUCTIVE (BPCO)

La BPCO fait l'objet d'une stratégie individuelle et n'est pas revue en détail ici, (cf. : [stratégie BPCO](#))

5.11 TABAC

Le tabac est l'un des principaux responsables de la toux chronique. De nombreux fumeurs en souffrent, qu'ils soient déjà atteints de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) ou non. Même avant ce stade, l'irritation constante des voies respiratoires provoque une inflammation des bronches, entraînant une toux persistante.

5.12 LES INHIBITEURS DE L'ENZYME DE CONVERSION

Les inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) peuvent provoquer une toux chez environ 15 % des patients, indépendamment de la dose prescrite. Celle-ci peut s'accompagner d'un prurit au fond de la gorge. Cet effet secondaire survient généralement dans la semaine suivant l'introduction du traitement, mais peut apparaître jusqu'à six mois plus tard. Après l'arrêt de l'IEC, la toux peut persister pendant 1 à 3 mois avant de disparaître. Il est également important de noter que les tests de ré-administration sont généralement positifs, quel que soit l'IEC réutilisé.

5.13 LES INFECTIONS

La toux est fréquente dans les infections aiguës, mais elle peut également être le signe d'infections persistantes, telles que la tuberculose ou la coqueluche (*Bordetella pertussis*). Il est essentiel d'interroger le patient sur la chronologie de la toux, la présence d'un syndrome infectieux initial, les symptômes généraux et les éventuels facteurs d'exposition. L'état vaccinal est également pertinent en cas de suspicion de coqueluche, qui peut entraîner une toux durant plus de huit semaines. En cas de suspicion clinique de l'une de ces deux pathologies, une PCR et/ou une culture des expectorations doit être envisagées. Il est à noter qu'une toux sèche peut persister jusqu'à trois mois après une infection aiguë bénigne des voies aériennes supérieures.

5.14 OBSTRUCTION LARYNGÉE INDUIITE

Il s'agit d'un rétrécissement inapproprié, transitoire et réversible du larynx en réponse à des stimuli (exercice, post extubation, reflux, irritants inhalés, stress, ...). Les manifestations cliniques sont une dyspnée aigüe, un stridor, une toux, une oppression dans la gorge ou une dysphonie. Le diagnostic définitif est difficile à poser car il nécessite une laryngoscopie pendant l'un des épisodes, ce qui fait que cette pathologie est souvent confondue avec un asthme. La laryngoscopie entre les épisodes est normale et n'aide donc pas à poser celui-ci, mais peut parfois être utile pour exclure une autre cause en cas de diagnostic peu clair.

5.15 PATHOLOGIES DE L'HUMEUR

À l'instar de la douleur, les troubles psychologiques semblent influencer la sensibilité à la toux. Cette relation fonctionne dans les deux sens : la toux peut avoir un impact plus marqué en présence de symptômes dépressifs, et la toux chronique peut accroître le risque de rechute dépressive. Il est donc important de dépister et de la traiter une dépression sous-jacente. [13](#)

5.16 AUTRES

D'autre étiologies sont également associées à une symptomatologie de toux et doivent être garder en tête lors du diagnostic différentiel, tel que les pneumopathies interstitielles, le carcinome broncho-pulmonaire (<2%), les corps étrangers trachéobronchiques, l'insuffisance cardiaque occulte, l'irritation du conduit auditif externe (bouchon de cérumen, corps étranger), la trachéomalacie, les diverticules trachéaux.

Durant la grossesse, en raison de la tuméfaction des muqueuses, une toux chronique isolée peut apparaître.

6. PRISE EN CHARGE

Le traitement d'épreuve n'est plus recommandé dans les pratiques actuelles. En effet, plus de 40 % des patients ne répondaient pas à cette approche, soit près d'une personne sur deux, avec les risques et conséquences d'un traitement inutile et un retard dans la prise en charge.[14](#) La prise en charge actuelle consiste à identifier et traiter les facteurs modifiables. Si un traitement est partiellement efficace ou inefficace, il est essentiel de vérifier l'adhérence au traitement, les techniques d'inhalation, ainsi que l'optimalité du traitement (posologie et durée).

En cas de non-réponse, d'une anamnèse évocatrice ou en l'absence de facteurs traitables, un syndrome d'hypersensibilité peut être suspecté. Dans ce cas, il est recommandé de référer ces patients à un spécialiste pour confirmer le diagnostic et mettre en place une thérapie spécifique et adaptée.

6.1 SYNDROME D'HYPERSENSIBILITÉ À LA TOUX

La prise en charge de l'hypersensibilité à la toux repose sur des mesures pharmacologiques et non pharmacologiques.

Dans les mesures non pharmacologiques on retrouve l'orthophonie et la physiothérapie qui ont un bon effet sur la réduction des symptômes et l'amélioration de la qualité de vie.

Sur le plan médicamenteux, elle inclut des neuromodulateurs centraux comme la morphine à faible dose, la gabapentine et la prégabaline, qui améliorent la qualité de vie et les symptômes dans des études certes aux effectifs limités, et au prix d'effets indésirables fréquents, notamment avec une dose de morphine à libération prolongée comprise entre 5 à 10 mg par jour pendant une période d'essai de 2 semaines. Le baclofène, agoniste central et périphérique GABA B, pose également le problème de la tolérance. Le Gefapixant, antagoniste purinergique des récepteurs P2X3, des nerfs vagaux afférents, réduit de 75% la fréquence de la toux à une dose de 45 mg 2 fois par jour comparativement aux placebos, à 2 semaines de traitement. L'effet indésirable principal est la dysgueusie.[15](#) En général, ces traitements sont introduits après un bilan réalisé par un spécialiste et en cas d'échec du contrôle des autres facteurs traitables (s'ils sont présents).

Il est important de noter que les études déconseillent l'utilisation des macrolides, car ils n'améliorent ni l'intensité ni la fréquence de la toux en l'absence d'infection.

Concernant les sirops pour la toux, la plupart des études effectuées concernent la toux aiguë plutôt que chronique. Elles montrent un certain effet, mais jusqu'à 85 % de cet effet serait attribuable à l'effet placebo. Il est donc préférable d'opter pour le miel, qui offre une efficacité presque comparable tout en présentant moins d'effets secondaires.[16-19](#)

6.2 SYNDROMES DE TOUX D'ORIGINE DES VOIES RESPIRATOIRES SUPÉRIEURES (STOVAS)

Le traitement dépend de l'étiologie suspectée. En cas de rhinite allergique, il est recommandé d'éviter les allergènes et d'utiliser des rinçages nasaux associés à des stéroïdes nasaux (ex : Mométasone spray, 2 jets par narine, 2 fois par jours, pendant minimum 2-4 semaines). La rhinite non-allergique répond généralement mieux à une bithérapie combinant stéroïdes et antihistaminiques (ex : Azelastin-Fluticasone spray 0.14/0.05mg, 1 jet par narine 2x/ jour pour également 2-4 semaines minimum). Pour les rhinites résistantes au traitement, la recherche d'anomalies structurelles peut parfois justifier une intervention chirurgicale. Il est également important de vérifier les causes médicamenteuses, car le traitement consiste à arrêter les vasoconstricteurs et, dans certains cas, à ajouter un traitement corticoïde topique pendant trois semaines.

6.3 SYNDROME OBSTRUCTIF

Le traitement de l'asthme et le traitement de la BPCO sont abordés dans des stratégies individuelles

- [Asthme](#)
- [BPCO](#)

La variante « *cough variant asthma* » se traite globalement selon les mêmes recommandations que l'asthme classique. L'enseignement et la vérification des techniques d'inhalations sont indispensables.

6.4 BRONCHITE À ÉOSINOPHILES

Pour la bronchite à éosinophiles, le traitement habituel consiste en des stéroïdes inhalés dont la durée et la posologie optimale ne font pas encore l'objet d'un consensus (ex : Pulmicort 100 µg, 1 push 2x/). Une cure de stéroïdes oraux voire des anti-leucotriène peuvent être envisagées si le diagnostic est bien établi et qu'il résiste au traitement topique.⁹

6.5 REFLUX GASTRO-ŒSOPHAGIEN

La prise en charge du RGO devrait comprendre à la fois des mesures hygiéno-diététiques et la diminution de l'acidité gastrique par inhibiteur de la pompe à proton (par ex. : pantoprazole 40 mg 1x par jour, oméprazole 40 mg 1x par jour ou même à des dosages plus élevés pendant 3 mois). Les mesures hygiéno-diététiques à proposer sont les suivantes :

- Arrêt du tabac
- Surélévation de la tête du lit
- Diminution/éviction des aliments favorisant le reflux ou étant acides (graisses, café, alcool, chocolat, fromage, soda, par exemple). A éviter surtout le soir
- La prise prandiale plus de 2-3 heures avant le coucher

(Pour plus d'information vous pouvez suivre le lien suivant sur la dyspepsie : [lien](#))

En cas de résistance au traitement médicamenteux après 3 mois de traitement un bilan plus approfondie peut être proposé (manométrie normale, pH-impédancemétrie diagnostique).

6.6 APNÉE DU SOMMEIL

Le traitement par CPAP c'est montré efficace pour la réduction de la toux chronique pour un traitement de au moins 6 semaines.¹⁰

6.7 TABAC

L'arrêt du tabac est l'un des premiers traitements à promouvoir chez les fumeurs souffrant de toux chronique. Cependant, cette prise en charge reste complexe en raison d'un taux de réussite relativement faible. L'entretien motivationnel et l'enseignement thérapeutique sont essentiels pour assurer une prise en charge efficace. Il est également conseillé de recourir aux divers [moyens de substitution](#) disponibles. Si le patient est motivé, mais que le suivi est difficile en raison du manque de temps ou de l'inconfort du praticien, il est recommandé de le diriger vers un centre spécialisé (ex : [UDMPR](#) à Genève).

Il est essentiel de souligner que l'arrêt du tabac peut induire une exacerbation transitoire de la toux. Ce phénomène s'explique par la levée de l'inhibition du réflexe de la toux précédemment modulé par la nicotine. Il est donc recommandé d'informer le patient en amont afin de prévenir toute inquiétude et d'assurer une meilleure adhésion au sevrage tabagique.²⁰ (cf. : [stratégie tabac](#))

6.8 OBSTRUCTION LARYNGÉE INDUITE

En cas de suspicion clinique, le patient doit être référé à un ORL. Dans les thérapies qui pourront lui être proposées par la suite, on retrouve les thérapies cognitivo-comportementales axées sur le langage et l'orthophonie.

REFERENCES

1. Parker SM, Smith JA, Birring SS, Chamberlain-Mitchell S, Gruffydd-Jones K, Haines J, et al. British Thoracic Society Clinical Statement on chronic cough in adults. *Thorax*. 6 déc 2023;78(Suppl 6):s3-19.
2. Won HK, Song WJ. Impact and disease burden of chronic cough. *Asia Pac Allergy*. avr 2021;11(2):e22.
3. Kanjanawasee D, Poachanukoon O, Sriprasart T, Chirakalwasan N, Saiphoklang N, Athipongarporn A, et al. Chronic cough management: Practical guidelines and PICO-based evidence for screening and investigation. *Asian Pac J Allergy Immunol*. déc 2024;42(4):305-17.
4. Turner RD, Bothamley GH. Chronic cough and a normal chest X-ray - a simple systematic approach to exclude common causes before referral to secondary care: a retrospective cohort study. *NPJ Prim Care Respir Med*. 3 mars 2016;26:15081.
5. Ambrosino P, Accardo M, Mosella M, Papa A, Fuschillo S, Spedicato GA, et al. Performance of fractional exhaled nitric oxide in predicting response to inhaled corticosteroids in chronic cough: a meta-analysis. *Ann Med*. déc 2021;53(1):1659-72.
6. Singh N, Driessen AK, McGovern AE, Moe AAK, Farrell MJ, Mazzone SB. Peripheral and central mechanisms of cough hypersensitivity. *J Thorac Dis*. sept 2020;12(9):5179-93.
7. Keller D. Docteur, donnez-moi quelque chose pour ma toux. *Rev Med Suisse*. 24 janv 2018;591:192-5.
8. Cox JK, Lockey R, Cardet JC. Cough-Variant Asthma: A Review of Clinical Characteristics, Diagnosis, and Pathophysiology. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice* [Internet]. 15 nov 2024 [cité 16 févr 2025];0(0). Disponible sur: [https://www.jaci-inpractice.org/article/S2213-2198\(24\)01170-X/fulltext](https://www.jaci-inpractice.org/article/S2213-2198(24)01170-X/fulltext)
9. Betancor D, Valverde-Monge M, Barroso B, Gomez-Lopez A, Sastre J. Nonasthmatic Eosinophilic Bronchitis: A Systematic Review of Current Treatment Options. *J Investig Allergol Clin Immunol*. 23 oct 2024;34(5):282-92.
10. Sundar KM, Willis AM, Smith S, Hu N, Kitt JP, Birring SS. A Randomized, Controlled, Pilot Study of CPAP for Patients with Chronic Cough and Obstructive Sleep Apnea. *Lung*. juin 2020;198(3):449-57.
11. Sundar KM, Stark AC, Dicpinigaitis P. Chronic Cough and Obstructive Sleep Apnea. *Sleep Med Clin*. juin 2024;19(2):239-51.
12. Guilleminault L. Chronic cough and obesity. *Pulm Pharmacol Ther*. avr 2019;55:84-8.
13. Arinze JT, Hofman A, de Roos EW, de Ridder MAJ, Verhamme KMC, Stricker B, et al. The interrelationship of chronic cough and depression: a prospective population-based study. *ERJ Open Res*. 4 avr 2022;8(2):00069-2022.
14. Parker SM, Smith JA, Birring SS, Chamberlain-Mitchell S, Gruffydd-Jones K, Haines J, et al. British Thoracic Society Clinical Statement on chronic cough in adults. *Thorax*. 6 déc 2023;78(Suppl 6):s3-19.
15. Satia I, Hassan W, McGarvey L, Birring SS. The Clinical Approach to Chronic Cough. *J Allergy Clin Immunol Pract*. mars 2025;13(3):454-66.
16. Eccles R. The Powerful Placebo Effect in Cough: Relevance to Treatment and Clinical Trials. *Lung*. 2020;198(1):13-21.
17. Chamberlain Mitchell SAF, Garrod R, Clark L, Douiri A, Parker SM, Ellis J, et al. Physiotherapy, and speech and language therapy intervention for patients with refractory chronic cough: a multicentre randomised control trial. *Thorax*. févr 2017;72(2):129-36.
18. Gibson PG, Vertigan AE. Gabapentin in chronic cough. *Pulm Pharmacol Ther*. déc 2015;35:145-8.
19. Kum E, Patel M, Diab N, Wahab M, Zeraatkar D, Chu DK, et al. Efficacy and Tolerability of Gefapixant for Treatment of Refractory or Unexplained Chronic Cough: A Systematic Review and Dose-Response Meta-Analysis. *JAMA*. 10 oct 2023;330(14):1359-69.
20. AT Suisse. Tout sur le sevrage tabagique par AT Suisse - AT Schweiz [Internet]. 2022 [cité 23 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.at-schweiz.ch/fr/connaissances/donnees-et-chiffres/arret-du-tabagisme/>
21. Sonoda K, Nayak R. Chronic Cough: Evaluation and Management. *Am Fam Physician*. août 2024;110(2):167-73.
22. Irwin RS, French CL, Chang AB, Altman KW, CHEST Expert Cough Panel*. Classification of Cough as a Symptom in Adults and Management Algorithms: CHEST Guideline and Expert Panel Report. *Chest*. janv 2018;153(1):196-209.

23. McGarvey LP, Birring SS, Morice AH, Dicpinigaitis PV, Pavord ID, Schelfhout J, et al. Efficacy and safety of gefapixant, a P2X3 receptor antagonist, in refractory chronic cough and unexplained chronic cough (COUGH-1 and COUGH-2): results from two double-blind, randomised, parallel-group, placebo-controlled, phase 3 trials. *Lancet.* 5 mars 2022;399(10328):909-23.
24. Turner R, Mazzone S, Birring S. Chronic cough: New guidelines, new approaches and new treatments. *Respirology.* mai 2024;29(5):366-8.
25. Ribeiro VV, Casmerides MCB, da Silva Reis ZMC, de Santana IV, do Carmo RD, Behlau M. Efficacy of Speech-language Pathology Therapy in Chronic Cough: Systematic Review With Meta-analysis. *J Voice.* mai 2024;38(3):674-82.
26. Zhang J, Perret JL, Chang AB, Idrose NS, Bui DS, Lowe AJ, et al. Risk factors for chronic cough in adults: A systematic review and meta-analysis. *Respirology.* janv 2022;27(1):36-47.
27. Morice A, Dicpinigaitis P, McGarvey L, Birring SS. Chronic cough: new insights and future prospects. *Eur Respir Rev.* 31 déc 2021;30(162):210127.