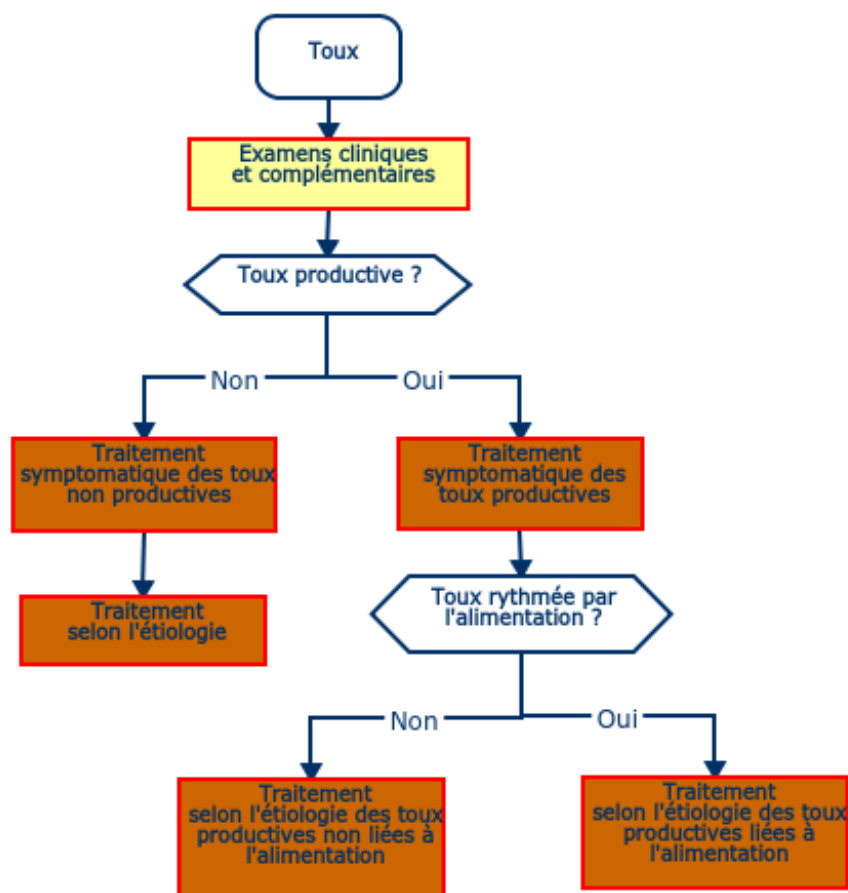


# Toux

Ce référentiel, dont l'utilisation s'effectue sur le fondement des principes déontologiques d'exercice personnel de la médecine, a été élaboré par un groupe de travail pluridisciplinaire de professionnels du réseau régional de cancérologie de Lorraine (ONCOLOR), en tenant compte des recommandations nationales, et conformément aux données acquises de la science au **14 novembre 2015**.

## 1. Généralités



## 2. Diagnostic

- Les examens cliniques et complémentaires sont fonction de l'étiologie suspectée (étiologie rhino-sinusienne, étiologie en rapport avec une atteinte du carrefour aéro-digestif, étiologie broncho-pulmonaire, étiologie gastro-entérologiques, étiologies cardiologiques...).

### Au minimum

- Interrogatoire et examen clinique avec recherche de principe d'un reflux gastro-œsophagien ou d'un jetage postérieur ou d'une pathologie respiratoire chronique obstructive.
- Numération formule sanguine, VS, PCR.
- Radiographie thoracique de face et profil.

### Si pas de cause retrouvée

- TDM thoracique
- Enquête médicamenteuse
- Fibroscopie bronchique

### Autres examens

- Ils sont orientés en fonction de l'étiologie suspectée et du stade évolutif de la maladie cancéreuse.

## 3. Traitement des toux non productives

### 3.1. Traitement symptomatique

#### 3.1.1. Les antitussifs

3.1.1.1. Prescrire en première intention un antitussif non opiacé non antihistaminique, puis un antitussif antihistaminique et en cas d'échec, un antitussif opiacé en raison des risques de sédation.

- **Antitussifs non opiacés non antihistaminiques**, par exemple :
  - héliidine : 2 c à soupe x 3 fois/jour (remboursé).
  - oxoméazine : 2 c à café x 4 fois/jour (surtout pour les toux nocturnes).
- **Antitussifs antihistaminiques H1**, par exemple :
  - pimetixène : 5 à 6 c à café/jour.
- **Antitussifs opiacés** :
  - dextrométhorphanne : forme sirop ou comprimés. Posologie : 60 à 120 mg/jour à utiliser en courte durée.
  - codéine : sirop ou cp. Posologie : 1 cp ou 1 c à soupe/6 h - maxi 4 prises par jour.
  - codéine + erysimun : 1 c à soupe/6 h - maxi 4 prises par jour.

### 3.2. Traitement selon l'étiologie

#### 3.2.1. Etiologies cancéreuses

##### 3.2.1.1. Tumeur endotrachéale ou endobronchique

- Désobstruction tumorale par endoscopique (Cf. le référentiel [Endoscopie bronchique interventionnelle](#))
- Traitement spécifique chimiothérapie/radiothérapie.

##### 3.2.1.2. Lymphangite carcinomateuse

Cf. le référentiel Oncolor [Dyspnée](#).

##### 3.2.1.3. Pleurésie cancéreuse

Cf. le référentiel Oncolor [Pleurésie cancéreuse](#)

- Ponction évacuatrice
- Traitement spécifique en fonction de l'étiologie.

##### 3.2.1.4. Pneumopathie radique

Cf. le référentiel Oncolor [Pneumopathie radique](#).

### 3.2.2. Autres causes

#### 3.2.2.1. Toux d'origine médicamenteuse ou iatrogène

- Béta-bloquant (collyres inclus), inhibiteur de l'enzyme de conversion (5 à 20 % des patients traités présentent une toux indépendamment de la dose), nitrofurantoïne, paroxétine... : nécessite l'arrêt du médicament et/ou son remplacement par une autre molécule.

Voir aussi le site "[Pneumotox](#)".

#### 3.2.2.2. Reflux gastro-œsophagien

- Traitement spécifique médicamenteux et mesures hygiéno-diététiques.

#### 3.2.2.3. Pneumopathie aiguë infectieuse bactérienne

- Traitement spécifique.

#### 3.2.2.4. Autres

### 3.2.3. Toux sèche sine materia

Une aérosolthérapie associant bronchodilatateur et corticoïde peut être proposée car souvent efficace. Par exemple : salbutamol solution pour aérosol<sup>[1]</sup> 0,5 mL ± bromure d'ipratropium solution pour aérosol<sup>[1]</sup> 1 monodose ± (budésonide) solution pour aérosol 0,5 à 1 mg à renouveler trois fois par jour pour une durée initiale de 15 jours.

1. ↑ <sup>1,0</sup> et <sup>1,1</sup> *Prescription hospitalière ou par un médecin habilité (pneumologue, pédiatre).*

## 4. Traitement des toux productives

### 4.1. Traitement symptomatique

***En dehors de l'œdème pulmonaire cardiogénique.***

- Contre-indication des antitussifs.
- Humidification de l'air.
- Hydratation correcte du patient pour favoriser l'expectoration (sauf œdème pulmonaire cardiogénique).
- En cas d'obstruction bronchique : thérapies bronchodilatatrices par inhalations ou aérosolthérapie : salbutamol 0,5 mL par aérosol<sup>[1]</sup> ou terbutaline 1 monodose par aérosol 3 à 6 fois/jour associé ou non en fonction de la sévérité de l'obstruction bronchique au bromure d'ipratropium 1 monodose.

1. ↑ *Prescription hospitalière ou par spécialiste habilité (pneumologue, pédiatre).*

- Corticothérapie orale et/ou inhalée : budésonide 1 monodose de 0,5 mg à 1 mg par aérosol à renouveler 2 à 3 fois par jour en fonction de la sévérité de l'inflammation et de l'obstruction bronchique.
- Fluidifiants bronchiques (non remboursés) :
  - par voie locale : aérosols de bicarbonate (14 ‰ - 3 mL)
  - par voie orale :
    - bromhénine : cp à 8 mg.  
1 à 2 cp x 3 fois/j.
    - ambroxol : cp à 30 mg, sachet à 60 mg, sirop à 30 mg par c à café.

- 60 à 120 mg/jour en 2 prises.
  - acétylcystéine : sachet à 200 mg.  
3 sachets/jour.
  - carbocystéine : sirop à 5 %.  
3 c à soupe/jour.
  - diacétylcystéine : cp à 200 mg ou sachet à 150 mg.  
3 x 200 mg/jour.
  - erdoxépine : gel ou sachet à 300 mg.  
2 x 300 mg/jour.
  - guaiétholine : cp à 300 mg. 1 à 2 cp 3 fois/jour.
- Kinésithérapie de drainage bronchique quotidienne ou pluriquotidienne en fonction de l'importance de l'encombrement bronchique, de préférence après un aérosol bronchodilatateur.

## 4.2. Traitement selon l'étiologie des toux productives non liées à l'alimentation

### 4.2.1. Infection bronchique

- Antibiothérapie adaptée.

### 4.2.2. Exacerbation d'une BPCO

- Antibiothérapie adaptée en cas de surinfection bactérienne.

### 4.2.3. Insuffisance ventriculaire gauche

- Traitement spécifique.

## 4.3. Traitement selon l'étiologie des toux productives liées à l'alimentation

### 4.3.1. Troubles de la déglutition : fausses routes toussées

#### 4.3.1.1. Maintien d'une alimentation par voie orale

- Maintien des apports par voie orale envisageable après confirmation par un médecin réadaptateur, orthophoniste.
- Aménager les prises alimentaires solides et/ou liquides aux besoins nutritionnels du patient en fonction des possibilités de déglutition.
- Respecter une hiérarchie des *aliments solides* : eau gélifiée, collation, alimentation mixée, alimentation moulinée, alimentation excluant les aliments fragmentés et *des liquides* : glaces et glaçons, liquides épais, liquides fluides, eau gazeuse, eau plate.

#### 4.3.1.2. Contre-indication au maintien d'une alimentation par voie orale

- Discuter une gastrostomie
- Cf. le référentiel Afsos [Nutrition](#).

### 4.3.2. Fistule œsotrachéale ou œsobronchique

- Cf. le référentiel OncoLogiK [Endoscopie bronchique interventionnelle](#)
- Prothèse endo-œsophagienne
- Gastrostomie à discuter.

### 4.3.3. Toux invalidantes chez les patients en phase terminale

- Mêmes thérapeutiques que ci-dessus.
- Autres possibilités :
  - Toux non productive
    - morphine 5 mg ou morphine sous-cutanée 5 à 10 mg toutes les 4 h si besoin. Introduire une dose de fond si prises régulières.
    - si le patient est déjà sous morphiniques, augmenter les doses jusqu'à obtenir le soulagement du patient (majoration de 30 % en général).
  - Toux productive
    - si patient conscient et non épuisé : humidification, fluidifiants, kinésithérapie respiratoire
    - si patient épuisé ou troubles de la conscience :
      - arrêt des traitements ci-dessus
      - anticholinergiques : scopolamine 1 ampoule en sous-cutanée toute les 4 h si besoin (compte tenu de la sécheresse buccale induite : prescription de soins de bouche, risque de globe vésical) ou système transdermique (patch délivrant 1 mg/72h).