

Les drapeaux rouges de la toux



Cas 1

- Patient non fumeur de 68 ans.
- Toux depuis 2-3 mois, attribuée à la poussière dans son lieu de travail.
- Perte de 5kg : un peu moins faim.
- Rx thorax face normale.

Quel examen est le plus indispensable ?

- A. Spirométrie
- B. CT thorax
- C. Cultures d'expectorations
- D. Anamnèse psychiatrique

Red flag 1 : Perte de poids

- En cas de perte de poids non expliquée et de symptôme respiratoire nouveau, un CT thoracique est indiqué, à la recherche de :
 - Tumeur pulmonaire (les tumeurs centrales sont celles qui font le plus de toux et celles qu'il est plus facile de manquer sur une Rx thorax traditionnelle).
 - Infection subaiguë (tuberculose, actinomyose, abcès, aspergillose...)
 - Maladies inflammatoires du poumon : COP, sarcoïdose, Pneumopathie d'hypersensibilité, pneumonie à éosinophiles...
- Remarques :
 - 10-20% des cancers pulmonaires surviennent chez les non fumeurs.
 - La modification récente d'une « toux du fumeur » doit faire penser à une tumeur pulmonaire
 - < 2% des toux chroniques sont dues à une tumeur.

Cas 2

- Patient fumeur de 67 ans.
- Toux grasse depuis 1 semaine, avec rhinorrhée
- Crachats hémoptysiques depuis 3 jours.
- Etat général conservé. Pas de perte de poids.
- Auscultation pulmonaire normale

Quel(s) examen(s) faites-vous ?

- A. CT thorax
- B. Cultures d'expectorations
- C. Rx thorax
- D. Rien
- E. Envoi chez pneumologue en posant la question d'une bronchoscopie

Red flag 2 : Hémoptysies

- L'hémoptysie doit faire rechercher :
 - une tumeur thoracique
 - une tuberculose
 - une pneumonie abcédante
 - Des bronchiectasies, une malformation artério-veineuse, une hémorragie alvéolaire diffuse, etc...

SAUF... en cas de symptomatologie de bronchite aiguë banale, à savoir :

- sans autre facteurs suggérant une tumeur
- sans antécédent d'hémoptysie
- avec contrôle après 7-10 jours pour s'assurer que les hémoptysies ont disparu.

Cas 3

- Patient non fumeur de 70 ans, ancien menuisier, obèse.
- Toux sèche depuis 3 mois, avec douleur latéro-thoraciques D constante depuis 2 mois.
- Écoulement nasal postérieur
- Etat général conservé. Pas de perte de poids.
- Auscultation pulmonaire normale. Rx thorax face normale.

Que faites-vous ?

- A. CT thorax
- B. Traitement d'essai avec Avamys ou Dymista x 1 mois
- C. Traitement d'essai avec Rhinovent 0.03% x 1 mois
- D. Radiographie du gril costal
- E. Envoi chez physio ou ostéopathe pour les douleurs costales

Red flag 3 : douleur thoracique

- Une douleur thoracique pariétale sur efforts de toux est banale si elle diminue en 1 semaine.
- Une douleur pariétale qui ne diminue pas en 2 semaines, sans évidence de fracture de côte, doit être investiguée.
- Le meilleur examen pour investiguer une douleur pleuritique persistante non expliquée est le CT thorax.
- DD :
 - Épanchement pleural : viral, parapneumonique, néoplasique, connective/vasculite...
 - Pneumonie touchant la plèvre viscérale
 - Tumeur (pulmonaire, mésothéliome, carcinose pleurale)
 - Pneumothorax
 - Infarctus pulmonaire sur EP
 - Maladies rares : COP, sarcoidose, nodules rhumatoïdes, actinomycose...

Cas 4

- Patiente saviésanne non fumeuse de 74 ans, BSH.
- Toux grasse depuis 5 semaines, malgré un traitement d'Augmentin, puis de cefuroxime.
- Discret foyer mi-plage pulmonaire D à la radiographie.
- Asthénie importante.
- Pas de fièvre, perte de poids ou sudations nocturnes.

Qu'est-ce qui n'est pas très approprié ?

- A. CT thorax
- B. Traitement d'Avalox 10 jours
- C. Traitement de Prednisone 20mg x 7 jours
- D. Cultures d'expectorations à la recherche de BAAR
- E. Envoi chez pneumologue pour bronchoscopie

Red flag 4 : possible tuberculose

- La tuberculose n'a pas disparu !
- En valais, 15 cas par année (ne diminue pas).
- Au vu de l'enjeu de santé publique, un haut degré de suspicion doit être appliqué.
- **Situations qui doivent faire suspecter une TB**
 - Toux qui ne diminue pas en 3 semaines, a fortiori si malgré antibiotique.
 - Originaire d'une zone d'endémie
 - Symptômes B (Cave : absent dans 1/3 des cas !)
 - Immunosuppression (y compris âge)
 - Antécédent de TB
 - Infiltrats plages pulmonaires supérieures et moyennes, a fortiori si cavitaires.
 - Hémoptysies

Red flag 4 : possible tuberculose

- Analyse de 252 cas de tuberculose à Genève entre 1999 et 2003 :
 - Origine étrangère : 84% (OFSP : 64%)
 - Age médian des cas suisses : 61 ans
 - Age médian des cas étrangers : 34 ans
 - Lésion cavitaire : 23%
 - Antécédent de TB : 4%
 - HIV : 11% (OFSP : 4%)
 - Sans aucun symptôme général : 35%
 - Temps moyen jusqu'au diagnostic : 2.1 mois

Que faire en cas de suspicion de tuberculose ?

- Le plus sûr : adresser à l'hôpital
 - Soit aux urgences (avertir l'accueil pour isoler le patient),
 - Soit directement dans un lit isolé en électif le lendemain, en appelant le bip de consultation pneumo hospitalière (027 603 40 14) ou un cadre de pneumologie.
 - Donner si possible au patient un masque coque à mettre à son arrivée à l'hôpital.
- Eventuellement : recherche de mycobactéries dans les expectorations (BAAR, culture et PCR) :
 - Si positif : consultation urgente chez pneumologue pour traitement et contrôle d'entourage
 - Si négatif : envoi chez pneumologue pour poursuivre les investigations :
Selon l'OFSP : **70% des tuberculoses pulm. sont négatives à l'examen direct des expectorations.**

Pneumonie non résolutive

INFECTIEUX

Germe non couvert

TTT pas pris ou mal pris

Germe résistant
MRSA, pseudo...

Germe spécial
TB, actinomyces,
champi, nocardia,...

Bact. atypiques

Virus

Complication Infectieuse

Abcès

Empyème

Obstruction bronchique

Déficit immunitaire

HIV

Hypogamma

NON INFECTIEUX

Néoplasie

Obstruction bronchique

AdenoCa in situ

Lymphome

Inflammatoire

COP

Pneumonie à éosinophiles

Vasculite
Connectivite

Sarcoïdose

Autre : AIP,
Protéïnose
alvéolaire,...

Médicamenteux

Amiodarone

Méthotrexate

...

Autre

EP

Hémorragie
alvéolaire

Cas 5

- Patiente fumeuse de 63 ans, BSH.
- Toux grasse x 2 sem., avec expectorations jaunâtres et légère dyspnée.
- A déjà eu 3 épisodes similaires en 7 mois avec résolution totale des symptômes sous antibiotiques.
- Rx thorax normale.
- Etat général conservé. Pas de perte de poids.

Qu'est-ce qui est le plus indispensable selon vous ?

- A. CT thorax
- B. Cultures d'expectorations (standard + mycobactéries)
- C. Envoi chez pneumologue
- D. Bilan d'immunité
- E. Spirométrie

Red flag 5 : infections resp. récidivantes

- En cas de « bronchites » récidivantes, toujours chercher le diagnostic de BPCO, qui ne peut se poser qu'avec une spirométrie (syndrome obstructif ne disparaissant jamais).
- **La BPCO est massivement sous-diagnostiquée en Suisse**
 - Les patients sous-estime leurs symptômes quand ils sont fumeurs
 - La plainte de dyspnée est souvent absente dans les stades I et II de BPCO, et parfois même dans les stades III.→ y penser et obtenir une **spirométrie**.
- **La BPCO est aussi sur-diagnostiquée en Suisse**
 - 44% des patients suisses inclus par des généralistes suisses dans une étude sur la BPCO n'avaient pas de BPCO.*→ quand on y pense, demander une **spirométrie** pour confirmer le Dg.

Cas 5 (suite)

- Patiente ancienne fumeuse de 59 ans, BSH.
- Toux grasse x 2 sem., avec expectorations jaunâtres et légère dyspnée.
- A déjà eu 3 épisodes similaires en 7 mois avec résolution totale des symptômes sous antibiotiques.
- Rx thorax normale. **Spirométrie normale.**
- Etat général conservé. Pas de perte de poids.

Que faites-vous ?

- A. CT thorax
- B. Cultures d'expectorations (standard + mycobactéries)
- C. Envoi chez un pneumologue
- D. Bilan d'immunité
- E. Envoi chez l'infectiologue

Red flag 5 : infections resp. récidivantes : DD

- **Fausses routes**

- Les patients ne s'en plaignent que rarement spontanément.
- Attention aux fausses routes silencieuses !
- L'évaluation spécialisée est difficile (ORL+logo+vidéofluoroscopie)
- FR : tr. neuro, OH/drogues/psychotropes, cachexie/maladies terminales, RGO et autres anomalies G-I hautes, épilepsie...

- **Bronchiectasies**

- Y penser si expectorations abondantes
- Le bilan étiologique systématique peut trouver des causes traitables
- Une surveillance bactériologique pro-active est nécessaire
- Des traitements préventifs des infections existent (azithromycine, aérosols de collisine...)

- **BPCO / Asthme**

Red flag 5 : infections resp. récidivantes : DD

- **Pneumonie organisante cryptogénique (COP – anciennement BOOP)**
 - Symptomatologie, biologie et radiologie de pneumonie classique
 - Caractère fluctuant, souvent avec résolution spontanée (attribuée à antibiotiques), puis récidives.
 - Le CT thorax est assez caractéristique.
 - La bronchoscopie aide au diagnostic.
 - TTT : Prednisone x 6 mois, récidives fréquentes
- **Déficit immunitaire**
 - Bilan d'immunité :
 - Leucocytes, HIV, taux d'IgG et sous-classes IgG,
 - Typisation lymphocytaire (CD4, CD8, CD4/CD8),
 - AC anti-pneumocoques (3 sérotypes) et Haemophilus influenzae : si négatif → réponse vaccinale
 - Discuter substitution IgG si infections récidiv. documentées et taux bas.

Cas 6

- Enfant de 6 ans.
- Toux importante depuis 3 semaines, sans aucun symptôme infectieux.
- Légère dyspnée sibilante.
- Auscultation : sibilances uniquement à D

Que faites-vous ?

- A. Axotide et Ventolin avec consultation dans 2 semaines.
- B. Rx thorax, si normale → ttt d'essai anti-asthmatique
- C. Rx thorax, si normale → CT thorax
- D. Reprise de l'anamnèse
- E. Prise de contact avec les pédiatres hospitaliers

Red flag 6 : possible corps étranger

- Facteurs de risque pour broncho-aspiration de corps étranger :
 - Enfant 1-6 ans
 - Dépendance à l'alcool/drogues/psychotropes
 - Troubles cognitifs
 - Fausses routes
- Rechercher une anamnèse de syndrome d'aspiration :
 - Toux à départ brutal +/- dyspnée, +/- cyanose pendant qq minutes, puis amélioration initiale.
- Radiographie du thorax :
 - La majorité des corps étrangers sont radiotransparents, non visibles à la Rx.
 - Rechercher des signes indirects : atelectases, hyperinflation segmentaire, pneumonie d'aval
 - En cas de possible corps étranger, ne pas s'arrêter à la Rx thorax et demander chez l'adulte un CT thorax.

Red flag 7 : dyspnée

- Si la toux est associée à une dyspnée, rechercher :
 - Asthme (y compris asthme occupationnel/professionnel)
 - BPCO
 - Pneumopathie interstitielle (fibrose, sarcoïdose, pneumopathie d'hypersensibilité, médicamenteuse, etc.)
 - Insuffisance cardiaque occulte

Red flags de la toux

- 1) Perte de poids ou symptômes B
- 2) Hémoptysies
- 3) Douleurs pariétales ne diminuant pas
- 4) Possible tuberculose
- 5) « Infections » resp. récidivantes
- 6) Possible corps étranger
- 7) Dyspnée



Red flags de la toux

- | | |
|---|--|
| 1) Perte de poids ou symptômes B | Tumeur, infection, mal. inflam. du poumon |
| 2) Hémoptysies | Tumeur, tuberculose, pneumonie abcédante |
| 3) Douleurs pariétales ne diminuant pas | Tumeur, lésion touchant la plèvre |
| 4) Possible tuberculose | |
| 5) « Infections » resp. récidivantes | BPCO/asthme, bronchiectasies, COP, Fausses routes, déficit immunitaire |
| 6) Possible corps étranger | |
| 7) Dyspnée | Asthme/BPCO, pneumopathie interstitielle, Insuffisance cardiaque occulte |

