

TOUX ET OBÉSITÉ

Quelle attitude en pratique ?



Dr Laurent Guilleminault*

INTRODUCTION

■ DÉFINITION

La toux chronique est un motif de consultation fréquent en pneumologie et en médecine générale. La prévalence dans le monde est estimée à 9,6 % de la population. La toux chronique est définie dans la littérature internationale par une toux dont la durée est supérieure ou égale à 8 semaines. Cette durée a été adoptée pour mettre en opposition :

- les toux aiguës post-virales de durée inférieure à 8 semaines
- et les toux chroniques dont le mécanisme est différent.

■ TOUX ET OBÉSITÉ

Il existe une association forte entre l'obésité et de nombreuses maladies respiratoires. Un lien entre l'obésité et la toux chronique a été suggéré dans plusieurs études transversales (1, 2). Dans une étude prospective danoise, les facteurs de risque de toux ont été analysés chez 14 669 adultes parmi lesquels 554 présentaient une toux chronique (3). L'obésité abdominale était associée à une toux chronique avec un OR de 1,4 (1,2-1,7). Cependant, cette association était surtout observée pour les ex-fumeurs ou les fumeurs actifs. Des travaux complémentaires sont nécessaires pour établir le lien entre l'obésité et la toux chronique.

*Pôle des voies respiratoires, CHU de Toulouse, Centre de physiopathologie Toulouse Purpan, Inserm U1043, CNRS UMR 5282, Université de Toulouse III, Toulouse

Cependant, la présence chez un même patient d'une toux chronique et d'une obésité n'est pas rare et **nécessite de suivre un raisonnement rigoureux pour la prise en charge diagnostique et thérapeutique.**

LES ENJEUX DE LA TOUX CHRONIQUE

La toux chronique a un retentissement majeur sur la qualité de vie des patients. Ceux-ci perçoivent leur toux comme sévère selon trois critères :

- la fréquence de la toux,
- son intensité
- et sa répercussion dans leur vie quotidienne (mauvaise qualité de sommeil, impossibilité de réaliser certaines activités) (4).

■ LES COMPLICATIONS PHYSIQUES

Contrairement à une idée reçue, les complications physiques secondaires **aux augmentations de pressions intra-thoraciques et intra-abdominales** sont plutôt rares et ne sont pas les plus handicapantes pour les patients (5). Il faut noter tout de même que **l'incontinence urinaire**, qui peut toucher près de 50 % des patients touseurs chroniques, est vécue comme un vrai handicap au quotidien (6).

■ LE HANDICAP SOCIAL

Le handicap social est, quant à lui, très présent chez les patients touseurs chroniques. Le fait de

vivre avec un symptôme bruyant est à l'origine d'un retentissement majeur sur la qualité de vie. En effet, les patients se voient contraints de limiter certaines activités de la vie quotidienne (lieux de culte, bibliothèque, théâtre, repas de famille).

■ LES COMPLICATIONS PSYCHOLOGIQUES

Les complications psychologiques sont également très présentes et, selon les études, des critères de **dépression** sont observés chez 15,8 à 53 % des patients touseurs chroniques (7, 8).

Le fait de vivre avec un symptôme bruyant est à l'origine d'un retentissement majeur sur la qualité de vie.

PRISE EN CHARGE DE LA TOUX CHRONIQUE CHEZ LE SUJET OBÈSE

La prise en charge de la toux chronique du sujet obèse est très proche de ce qui est fait chez les sujets normo-pondéraux, mais il existe quelques subtilités à bien connaître (9). Les recommandations les plus parlantes sur le plan pratique sont les recommandations américaines publiées en 2018 (10). Le *tableau 1* détaille la prise en charge de la toux chro-

nique en intégrant les subtilités du sujet obèse.

■ ÉLIMINER UNE CAUSE GRAVE

La première étape est d'éliminer les causes orientant vers une cause grave de toux chronique notamment un cancer bronchique (Tab. 2). En cas de critère orientant vers une cause grave, une prise en charge spécifique *via* une tomodensitométrie thoracique doit être mise en place. En l'absence de ces critères, **la réalisation d'une radiographie de thorax est systématique.**

■ ÉVALUER LA SÉVÉRITÉ DE LA TOUX

La seconde étape est d'évaluer objectivement la sévérité de la toux. Des scores validés sont disponibles, mais difficiles à utiliser en pratique et l'échelle visuelle analogique comme dans la douleur chronique est le score le plus souvent utilisé.

■ FAIRE ARRÊTER LES TRAITEMENTS TUSSIGÈNES ET LE TABAC

La troisième étape a pour objectif de faire arrêter les traitements tussigènes (IEC, gliptines) pendant 4 semaines et le tabac également pendant 4 semaines avant d'initier des explorations. **Le sevrage tabagique est souvent complexe à obtenir**, mais est une étape majeure pour mener à bien la prise en charge.

■ RECHERCHER UNE CAUSE FRÉQUENTE

La quatrième étape est centrée sur la recherche d'une cause fréquente de toux. À ce stade, l'interrogatoire est une pièce maîtresse afin de mettre en évidence, comme chez le sujet non obèse, un reflux gastro-œsophagien (RGO), un asthme, une rhinosinusite chronique. **La**

TABLEAU 1 - GESTION DE LA TOUX CHRONIQUE CHEZ LES SUJETS OBÈSES.

<p>Étape 1 Recherche des signes de gravité (cf. tab. 2)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si présence, tomodensitométrie thoracique • Si absence, radiographie de thorax
<p>Étape 2 : Évaluation de la toux avec l'EVA</p>
<p>Étape 3 : Arrêt pendant 4 semaines des traitements tussigènes (IEC, gliptines) et/ou du tabac</p>
<p>Étape 4 : Recherche des causes fréquentes de toux</p> <ul style="list-style-type: none"> • RGO : interrogatoire +++. Si signes de RGO, introduction IPP et règles hygiéno-diététiques du RGO • Asthme : interrogatoire et spirométrie avec réversibilité. Mise en route d'une corticothérapie inhalée pour 4 semaines au moindre doute • Rhinosinusite chronique : interrogatoire. Mise en route d'une corticothérapie nasale si signe de rhinosinusite chronique • SAS : interrogatoire et polygraphie ventilatoire si suspicion clinique de SAS • Diabète : glycémie veineuse
<p>Étape 5 : Investigations complémentaires en fonction du tableau clinique</p> <ul style="list-style-type: none"> • pHmétrie des 24 h, manométrie œsophagienne • Tomodensitométrie thoracique et/ou des sinus • Bilan de déglutition • Endoscopie bronchique
<p>Étape 6 : Si pas de cause retrouvée ou inefficacité des traitements mis en place : toux chronique réfractaire ou inexpliquée. Référer le patient à un centre expert dans le domaine de la toux chronique</p>
<p><small>EVA : échelle visuelle analogique, IPP : inhibiteur de la pompe à proton, RGO : reflux gastro-œsophagien, SAS : syndrome d'apnée du sommeil.</small></p>

TABLEAU 2 - SIGNES DE GRAVITÉ À RECHERCHER EN CAS DE TOUX CHRONIQUE.

• Altération de l'état général
• Syndrome infectieux
• Dyspnée d'effort
• Hémoptysie
• Apparition ou modification de la toux chez un fumeur
• Dysphonie, dysphagie, fausses routes
• Adénopathie(s) cervicale(s) suspecte(s)
• Anomalies majeures de l'examen clinique cardiopulmonaire

réalisation d'une spirométrie est primordiale et peut orienter vers une pathologie bronchique. Notre équipe a réalisé une étude rétrospective chez 467 adultes touseurs chroniques parmi lesquels 112 étaient obèses (11).

> Le reflux gastro-œsophagien

Le RGO était significativement plus fréquent chez les sujets obèses comparativement aux sujets non obèses (47,3 *versus* 34,6 %, $p = 0,0188$). De manière intéressante, l'efficacité d'un traitement par inhibiteur de la pompe à proton (IPP) sur l'amélioration de la toux chronique était significativement plus élevée chez les sujets obèses comparativement aux sujets non obèses (32,5 *versus* 17,0 %, $p < 0,05$). Ceci signifie qu'il est impératif d'avoir un interrogatoire minutieux sur le RGO et, en cas de RGO, de mettre en route un traitement par IPP.

> L'asthme et la rhinosinusite chronique

L'asthme et la rhinosinusite chronique qui sont les autres causes fréquentes observées chez les touseurs chroniques ont la même prévalence chez les sujets obèses et non obèses (11). Le traitement est fondé pour l'asthme sur une corticothérapie inhalée d'au moins 4 semaines et sur la corticothérapie nasale pour la rhinosinusite chronique. En cas de succès du traitement initié, celui-ci doit être poursuivi sans que nous ayons de durée optimale de traitement.

> Le syndrome d'apnée du sommeil

Dans notre étude, la prévalence du syndrome d'apnée du sommeil (SAS) est significativement plus élevée chez les sujets obèses touseurs chroniques comparati-

vement aux touseurs chroniques normo-pondéraux (9,8 *versus* 3,1 %, $p = 0,0080$). Une association entre le SAS et la toux chronique a été décrite dans la littérature (12, 13). La pression positive continue semble efficace pour diminuer la toux dans ces études. La recherche à l'interrogatoire de symptômes en faveur d'un SAS est donc nécessaire avec la réalisation d'une polygraphie ventilatoire au moindre doute chez les sujets obèses touseurs chroniques.

> Le diabète

Dans la littérature, le diabète semble associé à une augmentation de la prévalence de la toux et une glycémie veineuse pourrait être proposée chez les sujets obèses touseurs chroniques.

■ FAIRE DES INVESTIGATIONS COMPLÉMENTAIRES

En l'absence de cause ou en cas de persistance de la toux malgré le traitement, un complément d'investigation est nécessaire, **mais aucun consensus n'est établi pour savoir quels examens doivent être réalisés.**

■ LA TOUX RÉFRACTAIRE

Si aucune cause n'est retrouvée, ou si les traitements mis en place n'améliorent pas la toux, on parle alors de toux réfractaire dont le mécanisme principal est un excès de sensibilité des récepteurs bronchiques. Dans notre étude, la proportion de patients présentant une toux réfractaire à 12 mois était significativement moindre chez les sujets obèses (22,3 *versus* 34,1 %, $p < 0,05$). Aucune explication n'est avancée à ce jour. L'obésité serait-elle protectrice contre le risque d'excès de sensibilité des récepteurs bronchiques ? Cela reste à démontrer.

CONCLUSION

La toux chronique est une entité fréquente tout comme l'obésité. La prise en charge de la toux chronique chez le sujet obèse doit suivre un processus précis avec quelques nuances par rapport aux sujets non obèses. Des travaux spécifiques sont nécessaires pour mieux comprendre les liens entre ces deux pathologies. ■

✱ *L'auteur déclare avoir effectué des travaux de conseils pour AstraZeneca, Bayer, GSK, MSD, Novartis et Sanofi, avoir participé à des études cliniques sur l'asthme et la toux chronique dont les promoteurs étaient AstraZeneca, GSK, Novartis et MSD et avoir bénéficié d'une subvention de recherche par AstraZeneca.*

MOTS-CLÉS

Obésité, Toux chronique, Toux réfractaire, Prise en charge

Bibliographie

1. Ford AC, Forman D, Moayyedi, Morice AH. Cough in the community: a cross sectional survey and the relationship to gastrointestinal symptoms. *Thorax* 2006 ; 61 : 975-9.
2. Morales-Estrella JL, Ciftci FD, Trick WE, Hinami K. Physical symptoms screening for cardiopulmonary complications of obesity using audio computer-assisted self-interviews. *Qual Life Res* 2017 ; 26 : 2085-92.
3. Çolak Y, Nordestgaard BG, Laursen LC et al. Risk factors for chronic cough among 14,669 individuals from the general population. *Chest* 2017 ; 152 : 563-73.
4. Vernon M, Leidy NK, Nacson A, Nelsen L. Measuring cough severity: perspectives from the literature and from patients with chronic cough. *Cough* 2009 ; 5 : 5.
5. Man WD, Kyroussis D, Fleming TA et al. Cough gastric pressure and maximum expiratory mouth pressure in humans. *Am J Respir Crit Care Med* 2003 ; 168 : 714-7.
6. Young EC, Smith JA. Quality of life in patients with chronic cough. *Thorax* 2010 ; 4 : 49-55.
7. Dicipinigitis PV, Tso R, Banauch G. Prevalence of depressive symptoms among patients with chronic cough. *Chest* 2006 ; 130 : 1839-43.
8. McGarvey LP, Carton C, Gamble LA et al. Prevalence of psychomorbidity among patients with chronic cough. *Cough* 2006 ; 2 : 4.
9. Guilleminault L. Chronic cough and obesity. *Pulm Pharmacol Ther* 2019 ; 55 : 84-8.
10. Irwin RS, French CL, Chang AB et al. Classification of Cough as a symptom in adults and management algorithms: CHEST guideline and expert panel report. *Chest* 2018 ; 153 : 196-209.
11. Descazeaux M, Brouquières D, Didier A et al. Obesity predicts treatment response to proton pump inhibitor therapy in patients with chronic cough. *Lung* 2020 ; 198 : 441-8.
12. Chan K, Ing A, Laks L et al. Chronic cough in patients with sleep-disordered breathing. *Eur Respir J* 2010 ; 35 : 368-72.
13. Wang TY, Lo YL, Liu WT et al. Chronic cough and obstructive sleep apnoea in a sleep laboratory-based pulmonary practice. *Cough* 2013 ; 9 : 24.