

TOUX POST-INFECTUEUSE

Introduction

La toux faisant suite à des infections respiratoires virales est la cause la plus commune de toux aiguë. Il est admis que l'adulte souffre de 2 à 5 infections des voies aériennes supérieures par année. On estime à 200 le nombre de virus identifiés susceptibles d'engendrer un « rhume simple ». Environ 15% des individus affectés présenteront un syndrome de toux post-infectieuse qui pourra persister de 3 à 8 semaines après l'infection initiale, qu'on appelle communément la toux subaiguë. Une toux aiguë est définie comme celle durant moins de 3 semaines.

1. Pathologie

L'étiologie de la toux post-infectieuse est présumée être une réponse inflammatoire déclenchée par l'infection virale des voies aériennes supérieures. Cette réponse inflammatoire post-virale peut comporter une hyper-réactivité bronchique, une hypersécrétion de mucus et une clairance mucociliaire ralentie. La toux post-infectieuse est une maladie autolimitative qui se résorbe habituellement sans traitement dans une période d'environ 2 mois. Cette toux peut cependant être suffisamment gênante pour nécessiter un traitement.

2. Diagnostic

A. Antécédents médicaux

Une toux post-infectieuse est un diagnostic d'exclusion. Parmi les autres causes de toux à considérer, notons :

- Asthme
- Tabagisme
- Expositions environnementales
- Sinusite
- Rhinite allergique
- Infection virale telle que la mononucléose infectieuse
- Reflux gastro-œsophagien
- Bronchite (aiguë et chronique)

- Toux induite par des médicaments
 - Inhibiteur ACE
 - Bêtabloquants chez l'asthmatique
- Maladie pulmonaire obstructive chronique
- Coqueluche
- Autres causes moins communes : embolie pulmonaire, cardiopathie, néoplasme, fibrose kystique

B. Critères diagnostiques

La toux doit faire suite aux symptômes d'une infection aiguë des voies respiratoires depuis au moins 3 semaines, mais pas plus de 8 semaines.

L'examen clinique effectué a exclu la présence des autres causes possibles de toux mentionnées ci-dessus.

Le bilan radiologique est normal.

Dans les cas d'un syndrome de toux post-infectieuse, les examens diagnostiques pour exclure les autres causes de toux mentionnées ci-dessus se sont révélés négatifs.

3. Pratique thérapeutique de référence

A. Nom de la substance interdite :

Décongestif oral (pseudoéphédrine) (PSE) et combinaison d'antihistaminiques (sédatifs) de première génération (si disponible). La PSE est interdite en compétition SEULEMENT. Une AUT n'est pas requise pour un usage hors compétition.

- Voie d'administration : orale
- Posologie : tel qu'indiqué par le fabricant
- Les antihistaminiques ne figurent pas sur la Liste des interdictions
- Bien que chaque cas doive être évalué individuellement, il serait rare d'accorder une AUT pour des doses supra thérapeutiques de PSE, puisqu'il existe des traitements alternatifs efficaces
- Durée recommandée du traitement : Jusqu'à 8 semaines, jusqu'à la disparition complète des symptômes

- **ATTENTION** : Depuis le 1^{er} janvier 2010, la pseudoéphédrine est interdite en compétition à des concentrations urinaires dépassant le seuil de 150 mcg/mL. Ce niveau de seuil a été défini en fonction de la prise d'une dose thérapeutique de PSE, définie comme la dose quotidienne maximale de 240 mg répartie soit :
 - En quatre (4) administrations quotidiennes (une toutes les 4-6 heures) d'une pilule de 60 mg (ou 2 x 30 mg), ou
 - En deux (2) administrations quotidiennes (une toutes les 12 heures) d'une pilule de 120 mg (à libération prolongée), ou
 - En une (1) administration quotidienne d'une pilule de 240 mg (à libération prolongée). La demande d'AUT devrait contenir la description des conditions requérant la médication, à la lumière des antécédents personnels et de l'examen physique, en plus de la preuve de l'échec de traitements avec des substances non interdites.

Bien que cette situation soit rare, il se peut que le niveau seuil établi soit atteint par certains individus qui prennent des doses thérapeutiques, particulièrement de 6 à 20 heures après la prise de pilules à libération prolongée. **L'AMA conseille donc aux sportifs de cesser la prise de pilules de PSE 24 heures avant la période de compétition.**

B. Nom de la substance interdite :

Préparations orales de glucocorticoïdes (par exemple, 30-40 mg de prédnisone). Des glucocorticoïdes oraux pourront s'avérer nécessaires en cas de symptômes sévères ne répondant pas au traitement par glucocorticoïdes inhalés. Les glucocorticoïdes oraux sont interdits en compétition seulement.

- Voie d'administration : orale
- Posologie : 1 fois par jour
- Durée recommandée du traitement : période courte et définie, par exemple 4 à 5 jours
- Exigences en matière d'AUT : Une AUT est exigée pour l'usage de glucocorticoïdes oraux en compétition. La demande devra expliquer l'échec du traitement par glucocorticoïdes inhalés.

4. Autres traitements alternatifs non interdits

- S'assurer que l'hydratation est adéquate
- Les antibiotiques ne sont pas efficaces dans le traitement du syndrome de toux post-infectieuse à moins qu'une sinusite bactérienne n'accompagne le tableau
- L'ipratropium par inhalation ou un vaporisateur nasal peut être utilisé si la toux est associée à une rhinite
- Les glucocorticoïdes inhalés
- Les résultats d'une étude randomisée contrôlée contre placebo ont démontré que les AINS pouvaient être efficaces.

5. Conséquences pour la santé en cas d'absence de traitement

Même si cette affection est autolimitative et ne met pas en jeu le pronostic vital, le syndrome de toux post-infectieuse peut entraîner une dégradation significative de la qualité de vie, engendrant une souffrance physique et des troubles émotifs, voire des troubles du sommeil. Un traitement est souvent nécessaire pour contrôler les symptômes.

6. Surveillance du traitement

Le traitement sera surveillé par le médecin traitant, pour assurer l'efficacité du régime de traitement.

Si la toux du sportif concerné persiste plus de 8 semaines, il est recommandé de référer ce patient à un spécialiste des voies respiratoires qui cherchera d'autres affections sous-jacentes.

7. Validité de l'AUT et processus de révision recommandé

Le traitement devrait durer jusqu'à la disparition des symptômes. Cela peut s'étendre jusqu'à 2 mois.

8. Précautions

Si la toux persiste plus de 8 semaines, une recherche approfondie sur cette chronicité devrait être menée.

9. Références

Irwin RS, Bauman MH, Bolser DG, Boulet LP, et.al. Diagnosis & Management of Cough Executive Summary: ACCP (American College of Chest Physicians) Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. Chest. 2006; 129:1S-23S.

Boulet LP. Tout sur la toux! Le clinicien. 2008; 81-86

Morice AH, Fontana GA, Belvisi MG, al. ERS Guidelines on the assessment of cough. Eur Respir J 2007; 29: 1256-1276.

Morice AH, Fontana GA, McGarvey L, Pavard. British Thoracic Society Guidelines: Recommendations for the management of cough in adults. Thorax. 2006; 61: i1-i24.

Pratter MR, Cough & the Common Cold: ACCCP (American College of Chest Physicians) Evidence-Based Clinical Practice Guidelines; Chest. 2006; 129; 72S-74S.