



TOUX AIGÜE

TOUX CHRONIQUE

TOUX BRONCHIQUE

TOUX LARYNGÉE

TOUX INFECTIEUSE

TOUX INFLAMMATOIRE

TOUX FONCTIONNELLE

Quiz et cas cliniques

COMPRENDRE LA TOUX

Formation continue, SVPH
26.02.26

Julie Savary, pharmacienne
Dr Jean-François Savary, médecin ORL

LA TOUX EN OFFICINE : POURQUOI SE FORMER ?

- Plainte très fréquente en pratique quotidienne
- Prévalence élevée dans la population
- Symptôme courant, mais complexe
- Étiologies multiples (bénignes à graves)
- Enjeu clé : repérer ce qui nécessite une orientation

BUT DE LA FORMATION

- Identifier les drapeaux rouges
- Structurer le triage officinal
- S'exercer sur 3 cas cliniques délicats avec questions interactives





Dans votre pratique, comment évaluez-vous en premier lieu une toux ?



Quelle est la fonction principale de la toux dans l'organisme ?

PHYSIOPATHOLOGIE

RÉCEPTEURS

1

Récepteurs principaux:

Sphère ORL (nasopharynx, larynx), la trachée et les grosses bronches.

Autres récepteurs:

œsophage, diaphragme, péricarde, conduit auditif.

STIMULATION

2

Signal afférent vers le bulbe cérébral notamment via le nerf vague.

RÉACTION

3

Signal efférent vers les muscles respiratoires (diaphragme, intercostaux, abdominaux) via les nerfs vague, phrénique et spinaux.

PHYSIOPATHOLOGIE

RÉSULTAT

4



expiration explosive = l'effort de toux.



À partir de quelle durée une toux devient-elle chronique ?

DURÉE DE LA TOUX

Toux aiguë < 3 semaines

Toux subaiguë 3-8 semaines

Toux chronique > 8 semaines

CAS CLINIQUE 1

Monsieur Lunger, architecte de 62 ans, sans antécédent médical connu, se présente à l'officine. Il décrit une toux productive avec sécrétions évoluant depuis 11 jours. Il n'a ni rhinorrhée ni mal de gorge. Il rapporte une fièvre > 38,5 °C pendant les trois premiers jours (mesurée par thermomètre auriculaire). Actuellement, il se plaint de céphalées et de douleurs thoraciques musculaires liées à l'effort de toux. À l'interrogatoire, il mentionne également une légère gêne respiratoire.

Triage ?

**Antitussifs,
mucolytiques, etc. ?**

Antibiothérapie ?



À la lecture de ce cas clinique, quelle est votre première intuition de triage ?

CAS CLINIQUE 1 : DRAPEAUX ROUGES



[Antitussifs – imail-Offizin](#)

n° 22 / 30.11.2021

Encadré 1: Drapeaux rouges³

- Hémoptysie
- Fièvre
- Perte de poids
- Vomissements
- Mauvais état général
- Dyspnée au repos et la nuit
- Troubles de la déglutition en mangeant
- Pneumonies à répétition
- Fumeurs âgés de plus de 45 ans avec nouvelle apparition de toux, modification de la toux ou trouble concomitant des cordes vocales
- Toux chez des fumeurs de longue date dont l'âge se situe entre 55 et 80 ans ou toux chez les anciens fumeurs (ayant arrêté depuis plus de 15 ans)



Infection respiratoire aiguë et/ou syndrome grippal chez l'adulte

Maladie aiguë (présente depuis 21 jours ou moins) qui affecte les voies respiratoires avec des symptômes tels que la toux, le mal de gorge, la fièvre, des expectorations, de la dyspnée, un wheezing ou un inconfort/des douleurs thoraciques, en l'absence d'une autre étiologie.

Critères de sévérité – red flags

Considérer une hospitalisation si

- Mauvaise impression clinique générale
- TA systolique < 90 mmHg
- Tachypnée ($\geq 30/\text{min.}$)
- Saturation en oxygène < 92%
- Hémoptysies
- Stridor
- Maladie pulmonaire sévère
- Immunodéficience sévère

CAS CLINIQUE 1 : DRAPEAUX ROUGES



Absence de drapeaux rouges



DÉCISION PARTAGÉE : ANTIBIOTIQUE ET TOUX AIGÜE

🏠 Studies Research Services Continuing education **Shared decision-making** About us

u^b

b
**UNIVERSITÄT
BERN**

Therapy

Acute infectious cough

Middle ear infection

Sore throat

Simple urinary tract
infection

Acute sinusitis

Prevention

Information

Quality Circles

Acute infectious cough



Documents to download



[Information sheet for physicians - Cough](#) (PDF, 390KB)



[Tool to use in consultation - Cough](#) (PDF, 206KB)



[Fiche informative pour des médecins - Toux](#) (PDF, 393KB)



[Outils de consultation - Toux](#) (PDF, 224KB)



[Scheda informativa per medici - Tosse](#) (PDF, 416KB)



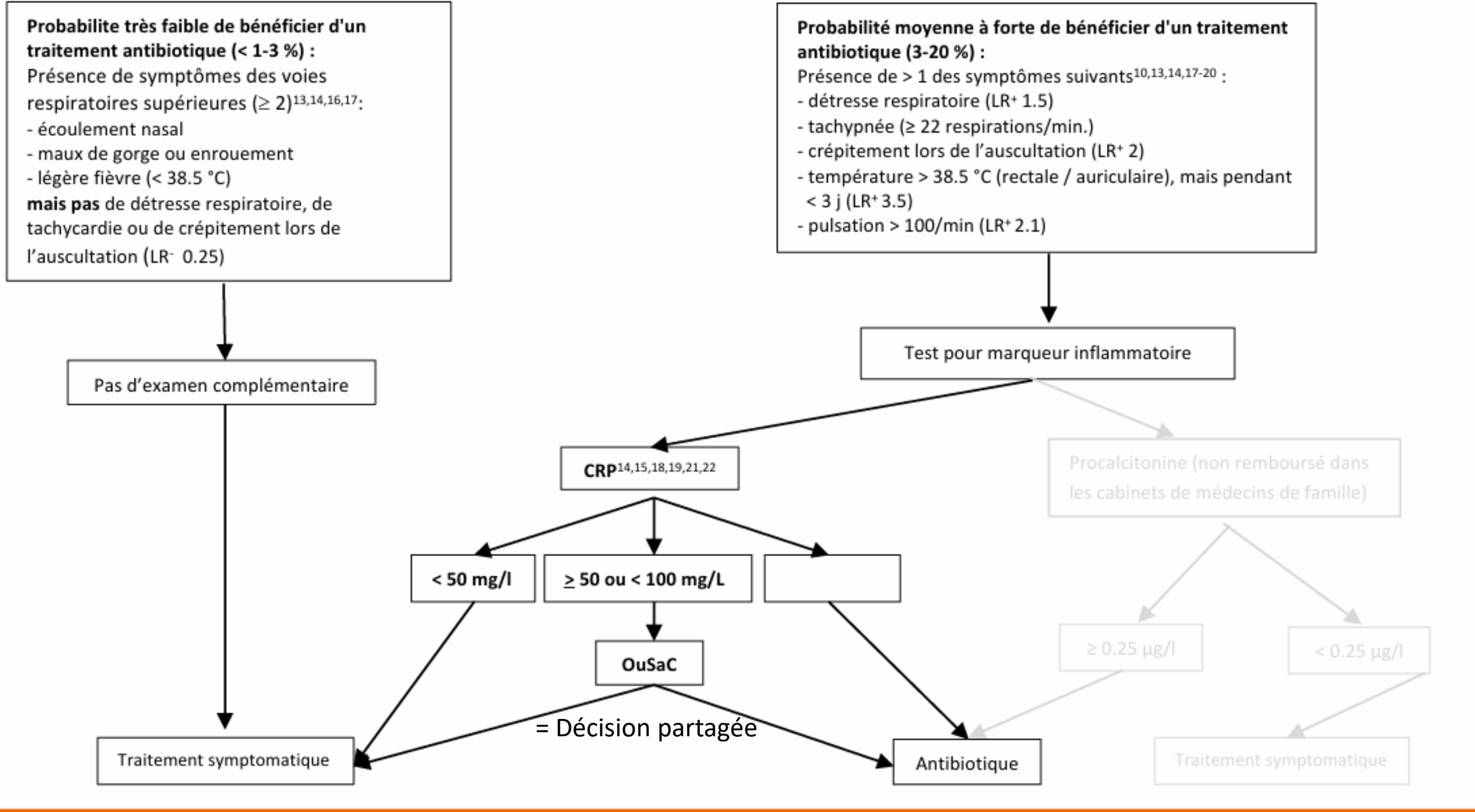
[Strumenti di consultazione - Tosse](#) (PDF, 208KB)

[Tools to facilitate shared decision-making: Acute infectious cough - Institute of Primary Health Care \(BIHAM\)](#)

CAS CLINIQUE 1 : ANTIBIOTHÉRAPIE?

Arbre décisionnel¹³⁻¹⁷

Affection respiratoire aiguë avec toux



Investiguer la question de la légère gêne respiratoire

Le **rapport de vraisemblance positif (Likelihood Ratio, LR^+)** indique le changement de probabilité du diagnostic d'un patient présentant un examen positif.
Le **rapport de vraisemblance négatif (Likelihood Ratio, LR^-)** indique le changement de probabilité du diagnostic d'un patient présentant un examen négatif.
La procalcitonine n'est actuellement pas remboursée par les caisses-maladie dans les cabinets médicaux (18.8.2023).

CAS CLINIQUE 1 : TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE

1. Traitement symptomatique

- Les **AINS** sont à prescrire **uniquement** aux patients adultes présentant de la fièvre, des maux de tête et/ou des douleurs musculaires.²⁵
- Les **antitussifs / opioïdes** (p. ex. dextrométorphane ou codéine) : le dextrométorphane peut soulager une toux non productive, mais son efficacité est contestée.²⁶ D'après les directives du NICE^{7,27}, la codéine n'est pas plus efficace que le placebo.
- Les **bronchodilatateurs** ne devraient être prescrits que lorsque la toux aiguë est causée par une maladie des voies respiratoires préexistante.²⁸
- **Stéroïdes oraux** : Aucune preuve n'a été trouvée pour soutenir l'usage des corticostéroïdes pour les patients avec asthme cliniquement non confirmé.^{41,42}
- **Stéroïdes locaux** : Les preuves sont insuffisantes pour recommander l'usage de corticoïdes inhalés régulièrement.⁴³
- **Phytothérapie / miel** : l'association du lierre et du thym peut soulager la toux.^{29,30} L'échinacée n'a aucun effet.³¹
Le miel peut calmer la fréquence et la violence des quintes de toux et améliorer la qualité du sommeil.^{32,33}
- Les **antihistaminiques et les solutions décongestionnantes** ne soulagent pas la toux.^{25,26}
- Les **expectorants** : l'acétylcystéine montre un léger effet (toux plus faible après 7 jours), mais les preuves sont insuffisantes.⁴⁰

CAS CLINIQUE 1 : DÉCISION PARTAGÉE

Toux aiguë d'origine infectieuse

A considérer en vue d'une antibiothérapie en cas de toux modérée avec une probabilité intermédiaire que l'origine soit bactérienne.

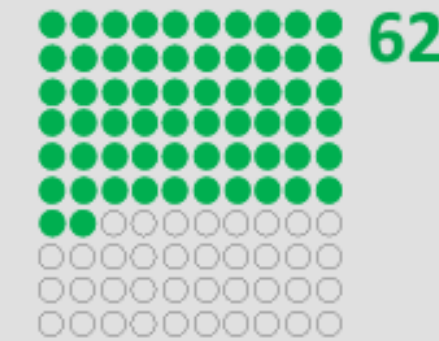
Origine d'une toux aiguë ?

L'origine peut être virale ($\geq 90\%$) ou, rarement, bactérienne ($< 10\%$) partant d'une infection des voies respiratoires supérieures, d'un refroidissement ou d'une bronchite aiguë.

Combien de temps dure une toux aiguë ?

Les symptômes d'une toux aiguë diminuent généralement en ≤ 4 semaines. (18 jours en moyenne).

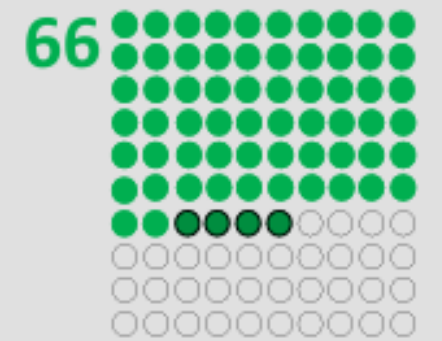
100 personnes ne prenant pas d'antibiotiques



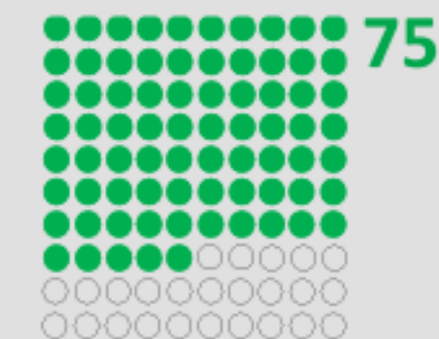
Après 7 jours,

4 personnes supplémentaires sur 100 sous antibiotiques ressentent une amélioration de la toux

100 personnes prenant des antibiotiques



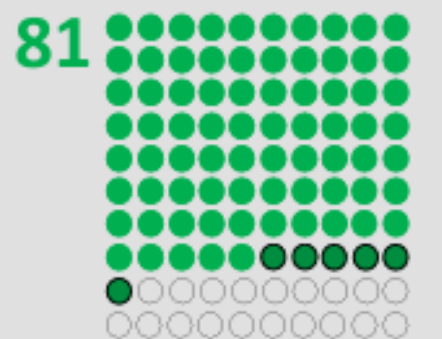
100 personnes ne prenant pas d'antibiotiques



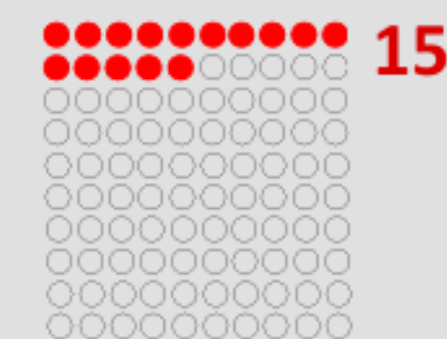
Après 14 jours,

6 personnes supplémentaires sur 100 sous antibiotiques ressentent une amélioration de la toux

100 personnes prenant des antibiotiques



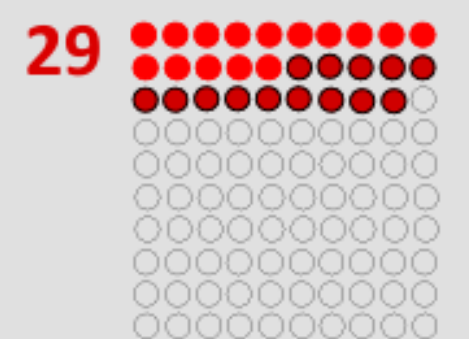
100 personnes ne prenant pas d'antibiotiques



Symptômes associés

Sous antibiotiques, 14 personnes supplémentaires sur 100 souffrent de vomissement, de diarrhée et/ou d'éruptions cutanées

100 personnes prenant des antibiotiques



CAS CLINIQUE 1 : ANTIBIOTHÉRAPIE



Antibiothérapie empirique

Si le patient est considéré comme susceptible de bénéficier d'un traitement antibiotique, se [référer à la guideline pneumonie](#) pour choisir la molécule appropriée:

Choix, dosage et durée du traitement antibiotique²⁴

Secteur ambulatoire (pneumonie sans gravité) : - sans comorbidité : amoxicilline 1 g/8 h per os, dose journalière maximale 3 g
- avec comorbidité : amoxicilline/acide clavulanique 1 g/8 h per os

Alternative : enfants et adultes ≥ 8 ans sans comorbidité : doxycycline 100 mg/12 h per os (sauf pendant la grossesse) ou clarithromycine 500 mg/12 h per os

Durée du traitement : 2 à 3 jours après la disparition de la fièvre ou la stabilisation ; normalement après 5 jours. Un traitement plus court est possible en cas de pneumonie sans gravité ou de gravité moyenne si l'amélioration clinique est rapide.³⁹



Après réflexion, quelle serait votre décision de triage pour ce cas clinique ?

CAS CLINIQUE 1 : PROPOSITION DE RÉOLUTION

Il n'y a pas de bonne réponse!

- Absence de drapeaux rouges
- Pas de détresse respiratoire présente mais légère gêne
- Absence d'écoulement nasal, de maux de gorge et de fièvre
- Durée de la toux inférieure à 3 semaines
- Pas de CRP mesurée

Proposition d'un traitement symptomatique :

- Paracétamol pour les douleurs. AINS?
- L'utilisation du miel peut apporter un soulagement modeste, mais n'est pas supérieure à la dextrométhorphan chez l'adulte*.
- Les médicaments contre la toux en vente libre, notamment ceux contenant des anticholinergiques ou des opioïdes, exposent à des effets indésirables et des interactions, surtout chez les personnes âgées.
- Mesures non pharmacologiques : hydratation, humidification de l'air, repos, et éviter les irritants (tabac, pollution).
- Evaluation par un médecin si pas d'amélioration de la toux d'ici 1 semaine ou si apparition de drapeaux rouges

* [Pharmacologic and Nonpharmacologic Treatment for Acute Cough Associated With the Common Cold, CHEST Expert Panel Report, 2017](#)

SIROPS « NATURELS » CONTRE LA TOUX

Intérêt

- Soulagement symptomatique
- Effet émollient / film protecteur
- Diminution possible de l'irritation et de la gêne
- Bonne acceptabilité chez de nombreux patients
- Réponse utile à une demande fréquente en officine

Limites

- Ne traitent pas la cause de la toux
- Effet principalement local et symptomatique (protection / apaisement)
- Beaucoup de sirops sont des dispositifs médicaux : leur évaluation repose souvent davantage sur le mécanisme d'action et la tolérance que sur des essais cliniques robustes

SIROPS « NATURELS »

Sirops à dominante émolliente (miel / guimauve / glycérol)

Neocitran® Natural (1 an)

Stiltuss® Junior (1 an) / Adulte (10 ans)

Pranabb® Sirop Toux Bio (1 an)

Arkotoux® (2 ans)

Sirops avec plantes “respiratoires”

Bisolvon® Phyto Complete (thym + plantain + miel) – 1 an

Otosan® Fortuss (plantain + miel + HE) – 1 an

Azéol® Sirop (plantain + miel + guimauve) – 6 ans

Heybee® Propolis Sirop (thym + propolis + guimauve) – 2 ans

Sirops à base de lierre / profils spécifiques

Prospan® (lierre) – 2 ans

Pulmex® Lierre (lierre) – 2 ans

Puressentiel® Respiratoire (propolis + miel + HE) – 7 ans

Triofan® Complete (thym + plantain + miel + guimauve) – 3 ans



Quelle est la cause la plus fréquente de toux aiguë chez l'adulte en ambulatoire?

ÉTIOLOGIE DE LA TOUX AIGÜE

Étiologie principale	Prévalence estimée (%)	Commentaire clinique succinct
Infection respiratoire virale	70–90	Toux autolimitée, souvent associée à rhinorrhée, fièvre
Infection respiratoire basse	5–10	Toux productive, fièvre, dyspnée, parfois douleur thoracique
Exacerbation d’asthme/BPCO	1–5	Toux avec sifflements, dyspnée, antécédents respiratoires
Allergie ou exposition irritants	<5	Toux sèche, contexte d’exposition, résolution rapide

CAS CLINIQUE 2

- Femme de 38 ans (pas de grossesse ni d'allaitement en cours)
- Profession : maîtresse d'école
- Plainte : toux depuis 2-3 mois avec une sensation de boule dans la gorge et de «ça coule par derrière».

Quelles questions avez-vous envie de lui poser ?



Audience Q&A

CAS CLINIQUE 2 : RÉCOLTE D'INFO

Informations sur la patiente

- Non fumeuse
- Pas d'allergie
- Globalement en bonne santé (pas d'asthme ni BPCO)
- Pas de reflux gastro-œsophagien symptomatique
- Pas de nez bouché, pas d'infection virale ORL en cours ni récente

CAS CLINIQUE 2 : RÉCOLTE D'INFO

Description de la plainte

- Toux plutôt sèche depuis 2- 3mois sans souvenir précis de comment ça a commencé
- Lorsqu'elle se râcle la gorge, sensation d'avoir des glaires mais pas d'expectoration quand elle tousse.
- La voix n'a pas changé mais elle disparaît souvent en fin de journée (fatigue vocale)
- Horaire : le soir à l'endormissement ou lorsqu'elle parle beaucoup

CAS CLINIQUE 2 : RÉCOLTE D'INFO

Traitements déjà entrepris

- Inhalations de Nasobol° et rinçage de nez au sérum physiologique sans amélioration

Recherche de drapeaux rouges

- Pas de problème à la déglutition (la toux n'est pas liée à la prise de nourriture)
- Pas d'essoufflement à l'effort mais sensation de gorge serrée (boule dans la gorge)
- Absence de fièvre, hémoptysie, vomissement, perte de poids, non fumeuse

CAS CLINIQUE 2 : RÉCOLTE D'INFO

Observation lorsqu'elle parle avec vous

- Elle se râcle assez souvent la gorge, débit de parole rapide, voix plutôt bonne (pas d'enrouement)



À la lecture de ce cas clinique, quelle est votre première intuition de triage ?



S'agit-il d'une toux aiguë ou d'une toux chronique dans ce cas clinique ?



Quel type de toux la patiente présente-t-elle le plus probablement dans ce cas clinique ?



Quel est le mécanisme physiopathologique le plus probablement à l'origine de la toux chez cette patiente?

EXERCICE PRATIQUE



1. Chez vous, faites ce geste.
2. Mettez une pression faible avec vos doigts sur votre gorge au niveau des cornes de l'os hyoïde.
3. Essayer d'avaler votre salive.
4. Râclez-vous la gorge.
5. Dites quelques mots à voix haute.

Que ressentez-vous ?



Glaire : avez-vous eu envie de vous râcler la gorge pour évacuer des glaires?



Respiration : avez-vous eu des difficultés à respirer? Sensation de boule dans la gorge ou gorge serrée?

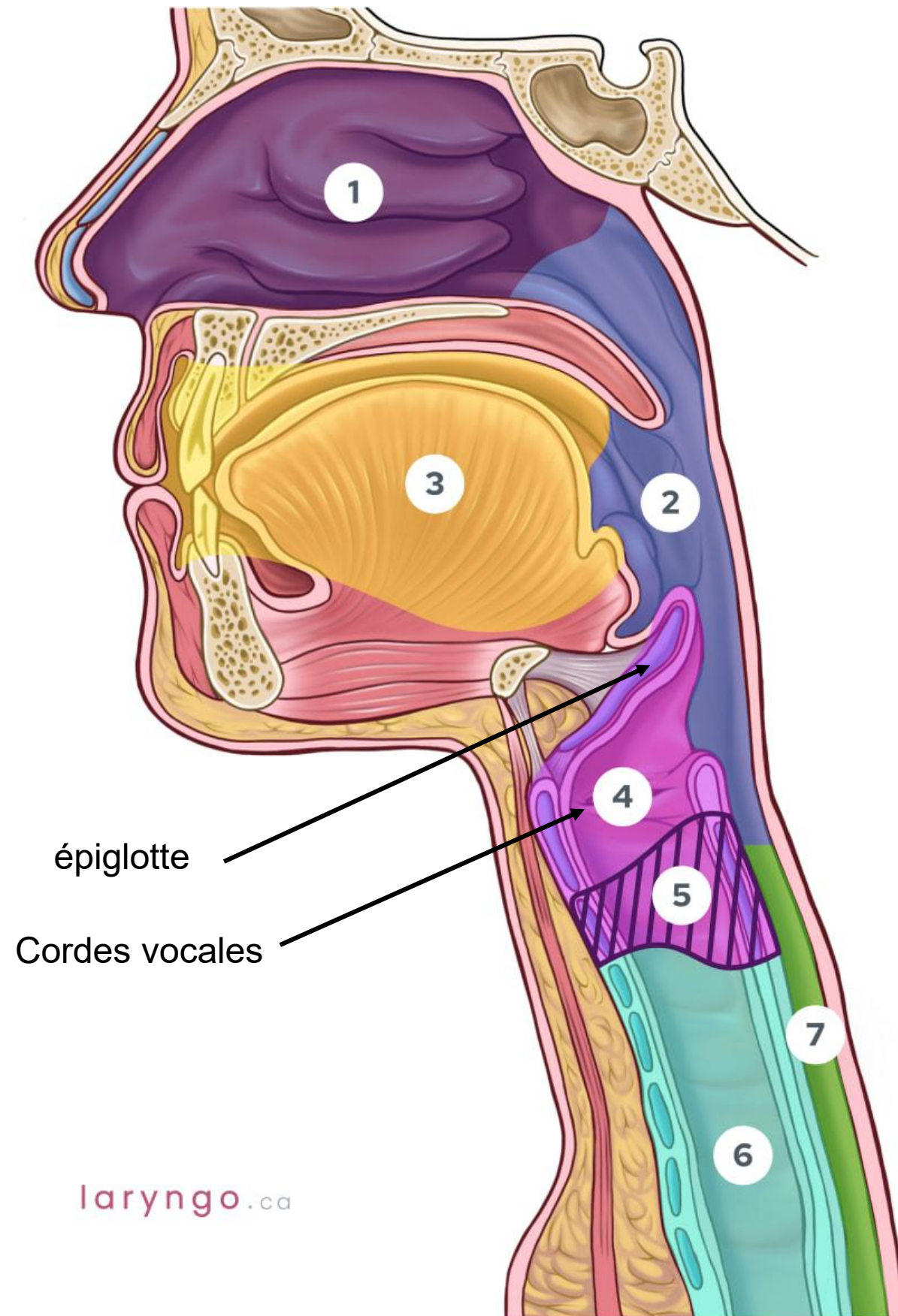


Toux : avez-vous eu envie de tousser pendant l'exercice ou après?



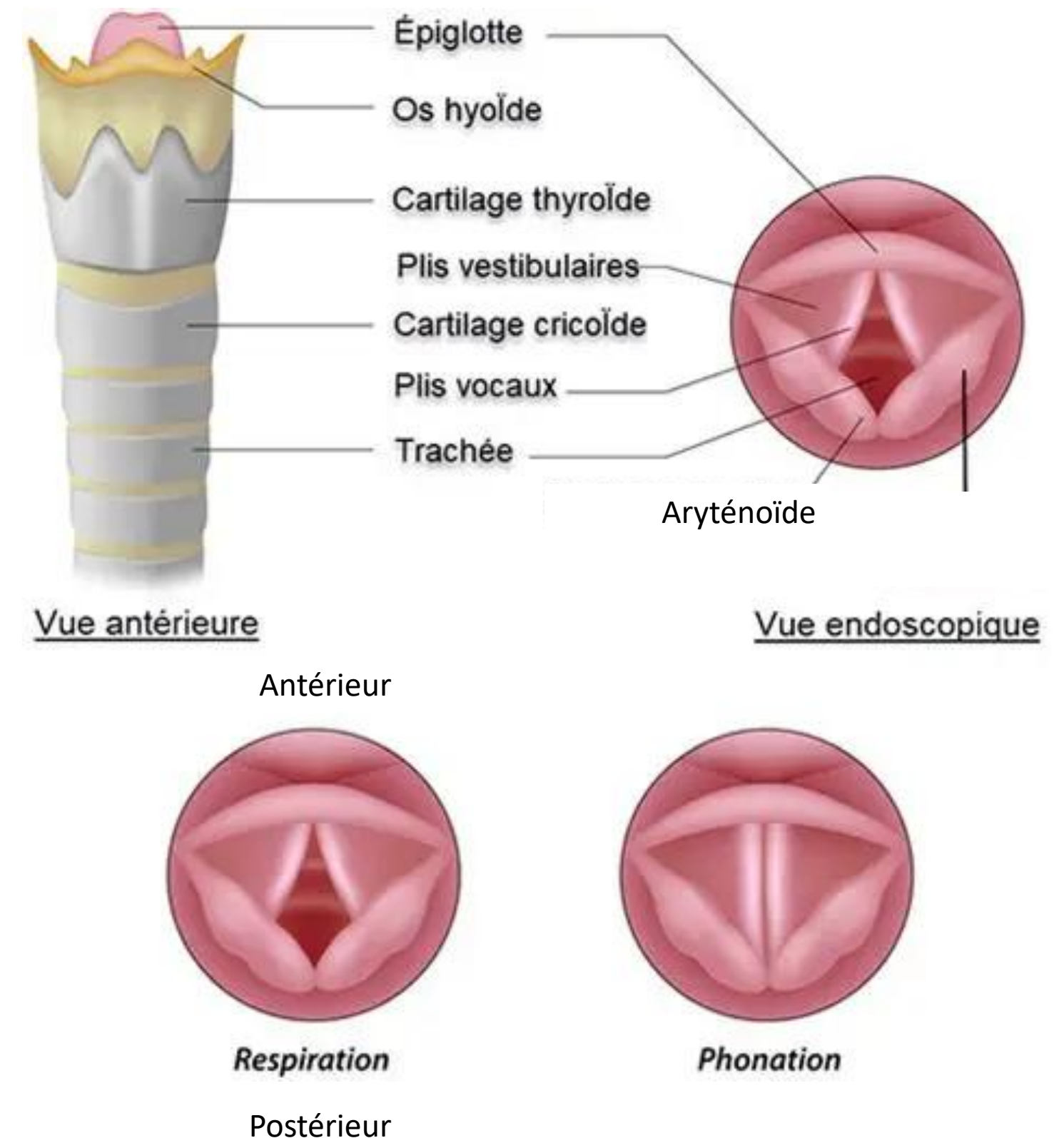
Voix : est-ce que votre voix a été modifiée durant l'exercice?

ANATOMIE DU LARYNX



laryngo.ca

- 1. Cavité nasale (nez)
- 2. Pharynx
- 3. Cavité orale (bouche)
- 4. Larynx
- 5. Sous-glote
- 6. Trachée
- 7. Oesophage



LA TOUX LARYNGÉE FONCTIONNELLE 1/2

- Toux chronique/persistante liée à une dysfonction du larynx, sans cause organique identifiable
- Hypersensibilité laryngée et activation inappropriée des réflexes laryngés → hypertonie musculaire
- Toux déclenchée par des stimuli banals : parler, rire, odeurs, changement de température, surcharge vocale

Souvent associée à :

- picotement / gêne laryngée
- sensation de constriction
- parfois dysphonie

LA TOUX LARYNGÉE FONCTIONNELLE 2/2

Souvent peu sensible / réfractaire aux traitements antitussifs ou respiratoires usuels

Peut être associée à :

- mouvements paradoxaux des cordes vocales
- tension musculaire laryngée

Diagnostic d'exclusion + mise en évidence d'une dysfonction laryngée (clinique / laryngoscopie)

MÉCANISME DE CHRONICISATION

Comment une toux laryngée fonctionnelle peut s'installer (tableau fréquent) :

1. Infection ORL, surcharge vocale ou période de stress
2. Toux répétée → irritation/inflammation laryngée → tension musculaire et hypersensibilité du larynx
3. Chronicisation de la toux (toux laryngée fonctionnelle)

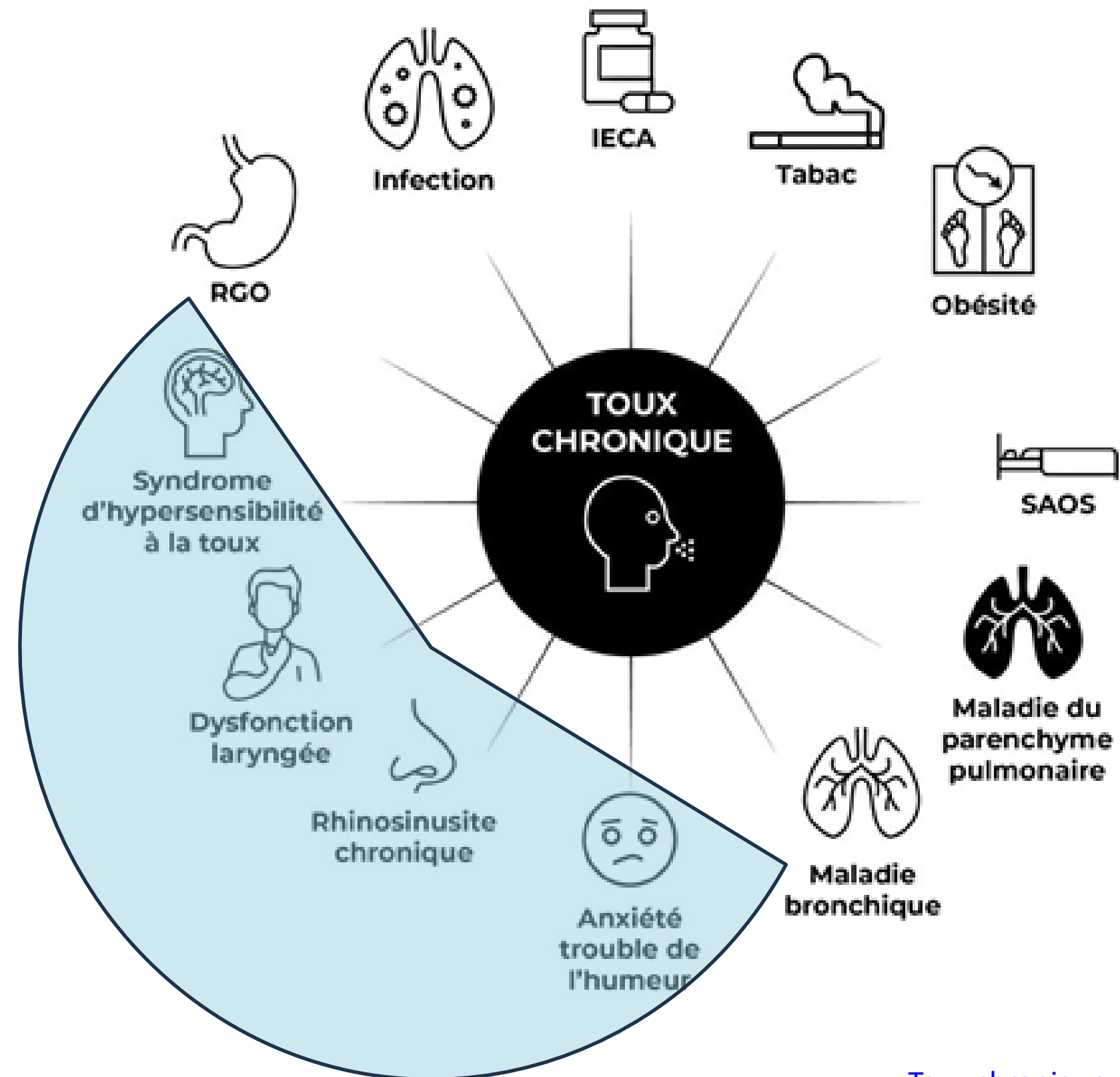
Point de vigilance sur tous les types de toux chroniques :

- Rarement grave sur le plan vital, mais souvent très invalidante au quotidien (sommeil, fatigue, incontinence).
- Elle peut entraîner des complications plus rares, comme syncope, fracture de côte ou pneumothorax.
- Son impact social et émotionnel est important, avec un risque accru de stigmatisation depuis le COVID-19.
- Une toux chronique ne doit pas être banalisée : elle nécessite une évaluation médicale.



Concernant les causes de toux chronique (> 8 semaines), quelle proposition est correcte ?

CAUSES TRAITABLES DE LA TOUX CHRONIQUE



TOUX CHRONIQUE : INDICE DIAGNOSTIQUE DES DIVERS PATHOLOGIES ASSOCIÉES ET LEUR PRISE EN CHARGE

Indice à l'anamnèse	Cause/pathologie à évoquer	Orientation / prise en charge (idée générale)
Prise d'un IECA	Toux iatrogène médicamenteuse	Changer de classe (après avis médical)
Éternuements, congestion nasale, rhinorrhée, atopie	Rhinite allergique	Éviction allergène + rinçage nasal + corticoïde nasal (± antihistaminique)
Rhinorrhée, écoulement postérieur/purulent, douleur sinus/face, anosmie	Rhinosinusite	Rinçage nasal + traitement local ; antibiotiques si indication documentée
Toux nocturne/matinale, sifflements, dyspnée, atopie	Asthme	Bilan respiratoire + traitement de l'asthme
Brûlure épigastrique, remontées acides	RGO	Mesures + IPP si tableau compatible
Dysphonie, stridor, dyspnée transitoire	Obstruction laryngée induite / dysfonction laryngée	Avis ORL
Toux productive, infections respiratoires répétées, ATCD TB	Bronchectasies / bronchite chronique	Investigations ciblées + prise en charge spécifique
Toux persistante + dyspnée d'effort progressive	Pneumopathie interstitielle	Investigations spécialisées
Signes d'insuffisance cardiaque (orthopnée, nycturie, prise de poids...)	Décompensation cardiaque	Évaluation médicale / traitement adapté
Fumeur, toux matinale, expectoration	BPCO / tabac	Sevrage tabagique + bilan/traitement respiratoire
Somnolence diurne, ronflement, IMC élevé	SAOS	Dépistage, puis CPAP si indiqué
Toux sèche déclenchée par parfum, froid/chaud, parole ; non réponse aux traitements	Hypersensibilité du réflexe de la toux	Avis spécialisé (± traitement inhibiteur du réflexe)



Quels professionnels de santé spécialisés peuvent intervenir dans la prise la charge d'une toux chronique?

SPÉCIALISTES DE LA TOUX

1. Médecin généraliste (triage)
2. Médecin pneumologue (toux bronchique)
3. Médecin ORL et/ou médecin ORL phoniatre (toux laryngée)
4. Logopédiste (apprendre à utiliser sa voix, coordination pneumophonique)
5. Physiothérapeute (relaxation respiratoire, etc.)
6. Médecin allergologue (toux d'origine allergique)
7. Médecin gastro-entérologue (toux RGO, trouble de la déglutition)
8. Neurologue (trouble de la déglutition d'origine neurologique, par ex. Maladie de Parkinson)

TOUX FONCTIONNELLE : PRISE EN CHARGE

Prise en charge de la toux laryngée fonctionnelle :

- Orthophonie multimodale (1^{re} intention) : éducation, *cough control therapy* (suppression/contrôle de la toux), exercices respiratoires, soutien psychoéducatif → ↓ fréquence/sévérité, ↑ qualité de vie.
- Traiter les facteurs associés : irritants, reflux, asthme, anxiété/dépression (ils modulent les symptômes et la réponse au traitement).

Options pharmacologiques

- Neuromodulateurs (si échec/± en association) : gabapentine, prégabaline, amitriptyline, (parfois) morphine à faible dose → action sur la sensibilisation du réflexe de toux ; attention aux EI (somnolence, vertiges, troubles cognitifs) et réévaluer le rapport bénéfice/risque.
- Thérapies émergentes : antagonistes P2X3 (ex. gefapixant / Lyfnua°)
- Parfois, corticoïdes à inhaler pour diminuer l'inflammation du larynx





Après réflexion, quelle serait votre décision de triage pour ce cas clinique ?

CAS CLINIQUE 2 : PROPOSITION DE RÉOLUTION

Femme 38 ans, enseignante : toux sèche 2–3 mois + boule dans la gorge + sensation de « ça coule par derrière » (sans obstruction nasale ni infection)

Profil rassurant : non-fumeuse, pas d'asthme/BPCO, pas d'allergie, pas de RGO symptomatique, pas de drapeaux rouges (fièvre, hémoptysie, perte de poids...)

Indices orientant : toux surtout à l'endormissement et lors de parole prolongée + raclement fréquent + fatigue vocale en fin de journée → évoque dysfonction laryngée / surcharge musculaire laryngée (toux laryngée fonctionnelle / hypersensibilité)

Prise en charge officinale et orientation :

- **Ne pas renforcer les habitudes** : arrêter inhalations/fumigations/lavages répétés si inefficaces (irritation possible)
- **Mesures de confort** : bonbons/ pastilles (mentholées si bien tolérées), hydratation, antitussif le soir si besoin pour favoriser l'endormissement
- **Recalibrage respiratoire** : respiration lente (inspiration par le nez) / cohérence cardiaque, pauses, ralentir le débit de parole, ménager la voix
- **Triage** : avis médecin traitant ; spécialiste de référence ORL ($\pm$ logopédiste selon évaluation)
- **Message clé** : plus la prise en charge est précoce, plus on limite l'installation des automatismes (raclement/toux) et plus l'amélioration est rapide.

CAS CLINIQUE 2 : PROPOSITION DE RÉOLUTION

Explication du possible phénomène d'hypertonie musculaire à la patiente:

- Après une irritation (toux, stress, surmenage vocal), les muscles du larynx peuvent rester trop contractés.
- Cette tension donne une sensation de serrement / boule ou de «glaires coincées», sans vrai obstacle.
- Le raclement et la toux entretiennent le cercle : plus on racle → plus ça irrite → plus ça se contracte.
- Objectif : relâcher (ménager la voix, respirations lentes, hydratation, éviter de se racler).

CAS CLINIQUE 3

- Mademoiselle Stridor, 22 ans, étudiante en droit, se présente à l'officine. Elle demande un renouvellement de Ventolin® (salbutamol), prescrit par son médecin généraliste il y a 2 ans. Son ordonnance n'est plus valable. Elle utilise ce traitement de manière ponctuelle et souhaite des conseils, car elle se dit « épuisée par ses symptômes ».
- Elle explique que ce traitement lui avait été prescrit à l'époque dans l'hypothèse d'un asthme d'effort, malgré une spirométrie normale réalisée au cabinet. Elle rapporte avoir déjà utilisé le salbutamol par le passé, mais elle a l'impression qu'il ne la soulage pas toujours de façon satisfaisante.

CAS CLINIQUE 3

Depuis environ 6 mois, elle décrit des épisodes récurrents, survenant surtout :

- en période de stress (notamment lors des examens)
- ou après un effort physique intense (p. ex. natation)

Symptômes rapportés pendant les épisodes :

- Quintes de toux sèche, parfois violentes, sans expectoration
- Sensation d'étouffement avec difficulté à reprendre son souffle
- Sensation de « mort imminente », avec angoisse intense
- Serrement au niveau de la gorge
- Épisodes durant 5 à 20 minutes, avec résolution progressive au repos
- Pas de réveil nocturne par la toux ou la dyspnée
- Bruit aigu à l'inspiration



À la lecture de ce cas clinique, quelle est votre première intuition de triage ?

BRONCHOSPASME : DÉFINITION

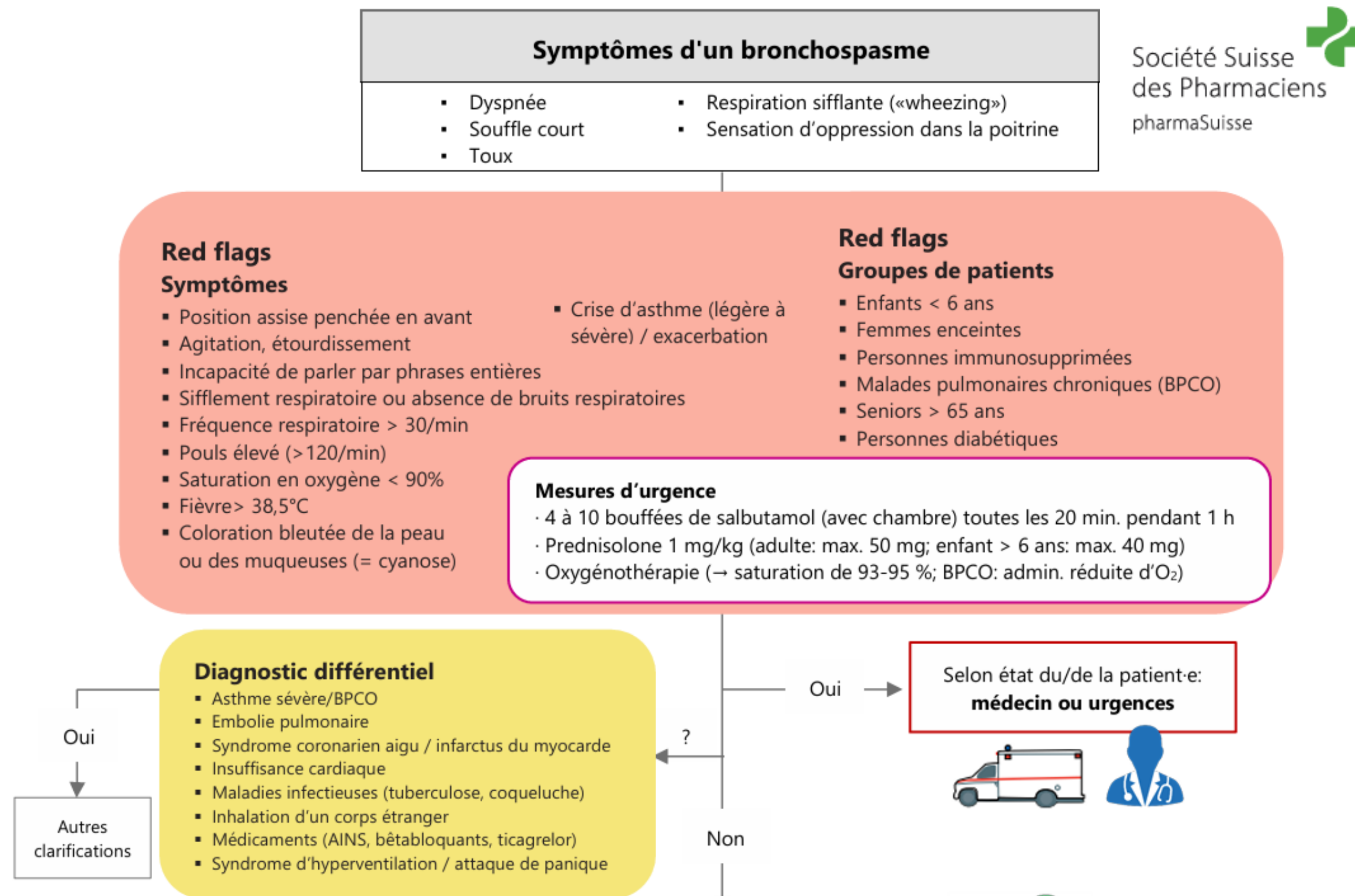
- Liste B+ : bronchospasme (Ventolin°, Symbicort°, Vannair°, Bricanyl°)
- Contraction aiguë des bronches (musculature lisse) → obstruction pouvant être grave dans certains cas.
- Déclencheurs fréquents : allergènes/irritants, infections, effort, contexte d'asthme ou de BPCO.
- Mécanisme : ↑ résistance des voies aériennes → air piégé (expiration incomplète) → hyperinflation et ventilation limitée.
- Signes typiques : dyspnée aiguë, sibilances/wheezing, toux, oppression thoracique ; formes sévères : cyanose, tachypnée.

BRONCHOSPASME : B+

Imail-Offizin, Bronchospasmes :
remise simplifiée sans ordonnance
médicale (liste B+), n° 8 / 30.04.2025

short cut « bronchospasmes » - résumé pour les pharmaciens·ne·s

short cuts « Consultation en pharmacie »



Encadré 1 : Conditions à la remise sans ordonnance en pharmacie

- Remise par le ou la pharmacien·ne en personne
- Présence physique du ou de la patient·e
- Documentation de la remise, y c. information permettant de comprendre la décision prise
- Pas de remise aux femmes enceintes ou qui allaitent

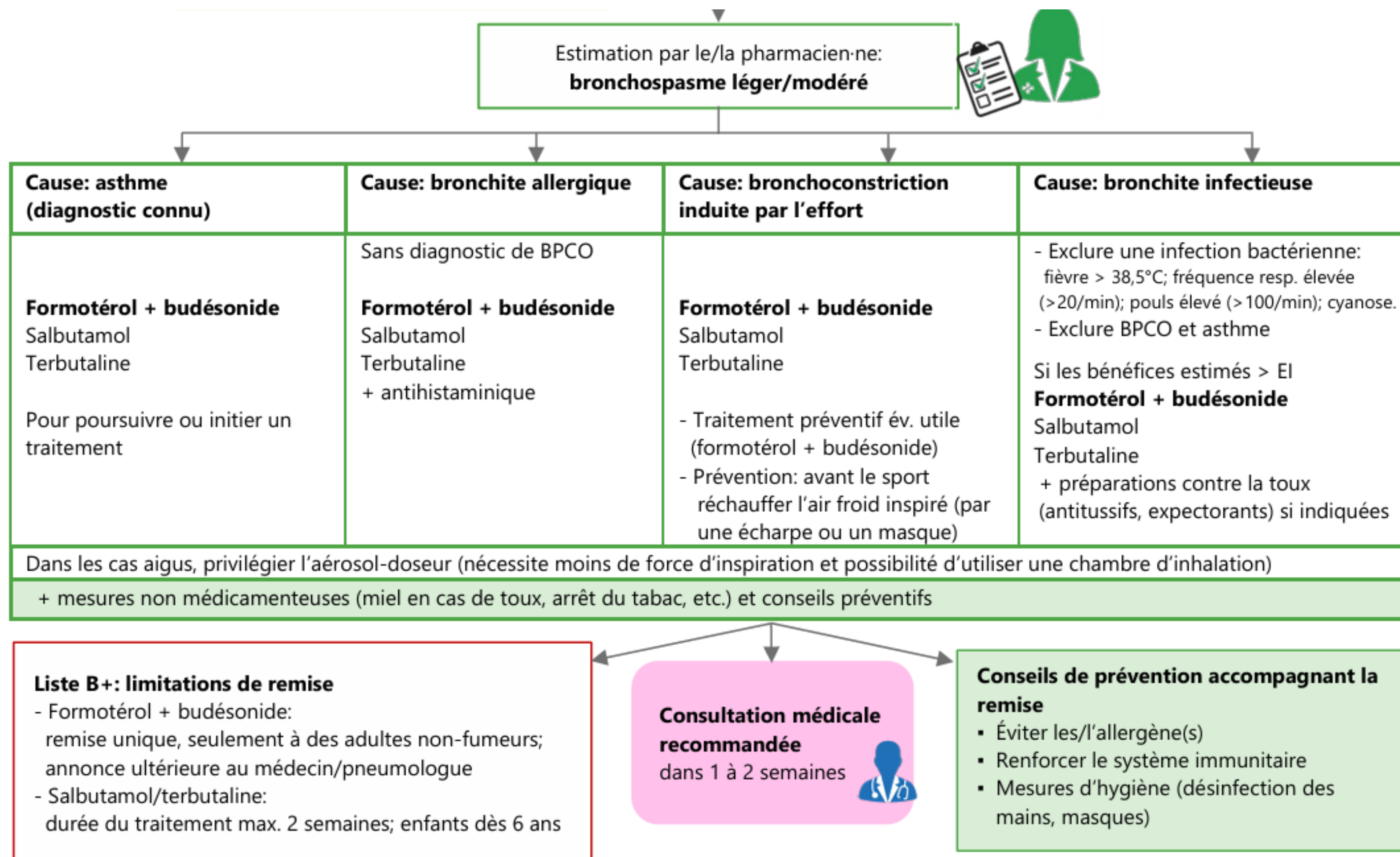
Association budésonide-formotérol

- Adultes uniquement
- Personnes non fumeuses uniquement
- Remise unique
- Annonce ultérieure obligatoire de la remise auprès du ou de la médecin de famille et du ou de la pneumologue

Salbutamol/terbutaline

- Durée du traitement de max. 2 semaines
- Respect des lignes directrices en vigueur concernant le traitement de l'asthme et de la BPCO
- À partir de 6 ans

BRONCHOSPASME : B+

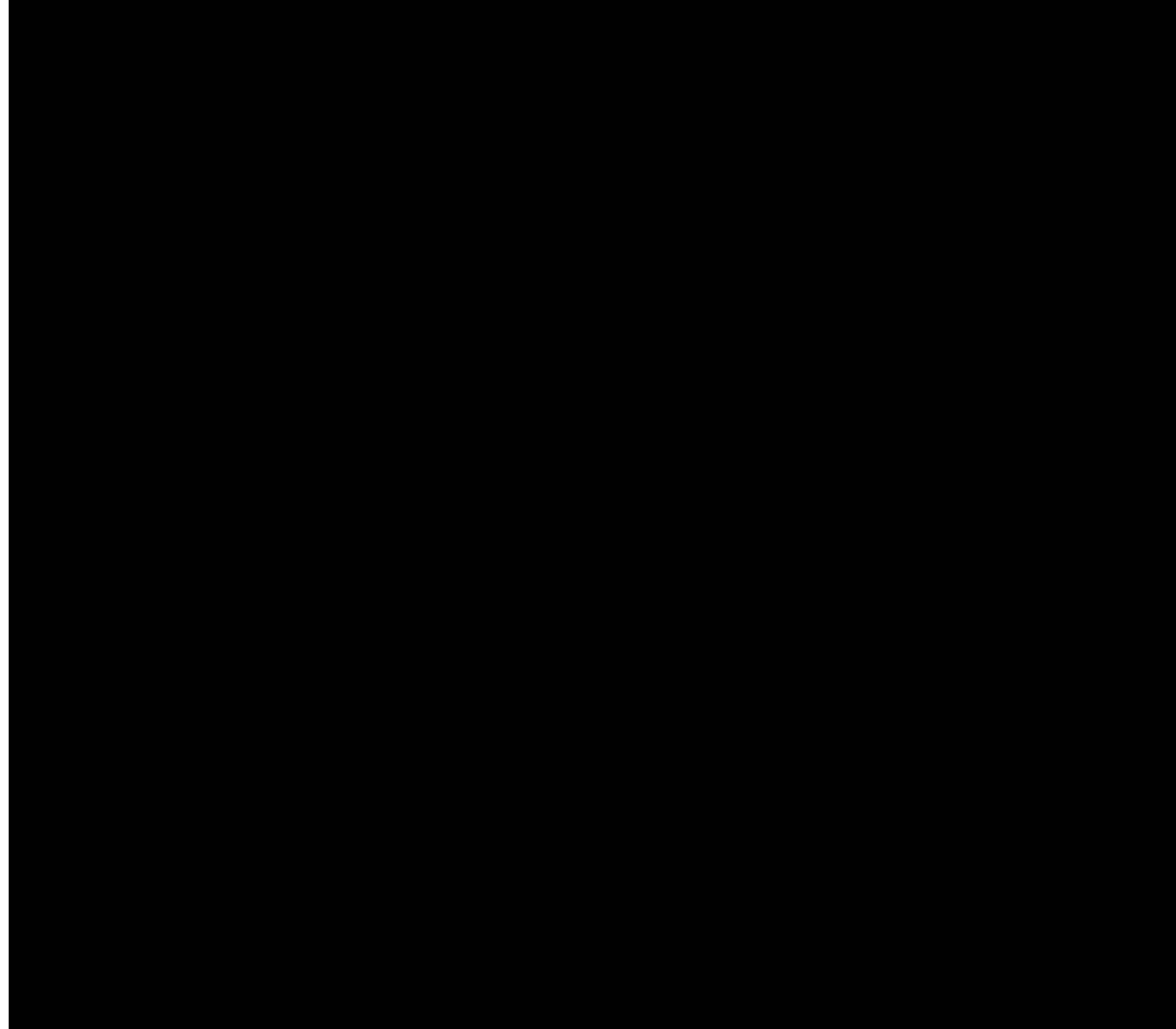




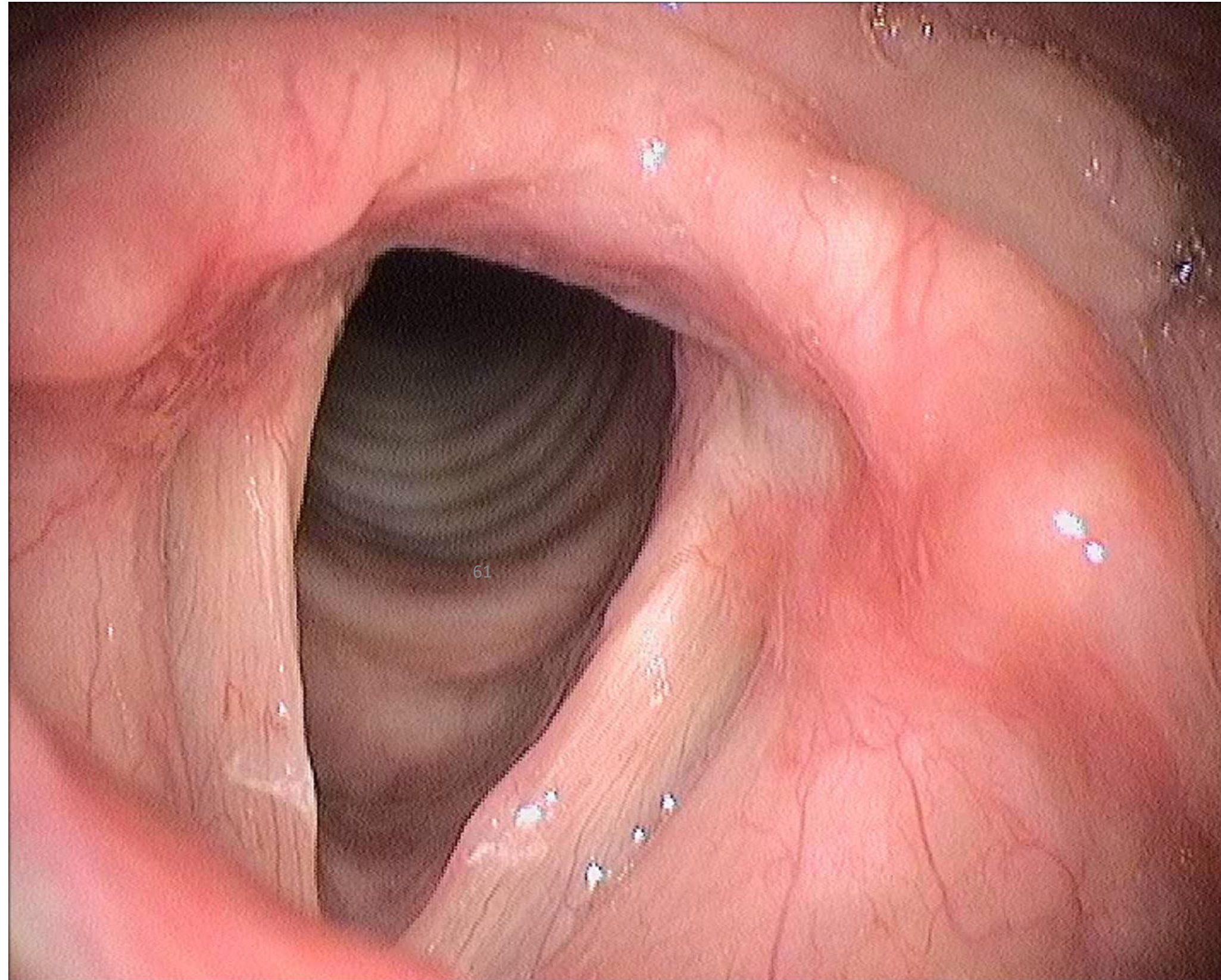
Dans ce cas clinique, s'agit-il d'un bronchospasme ?



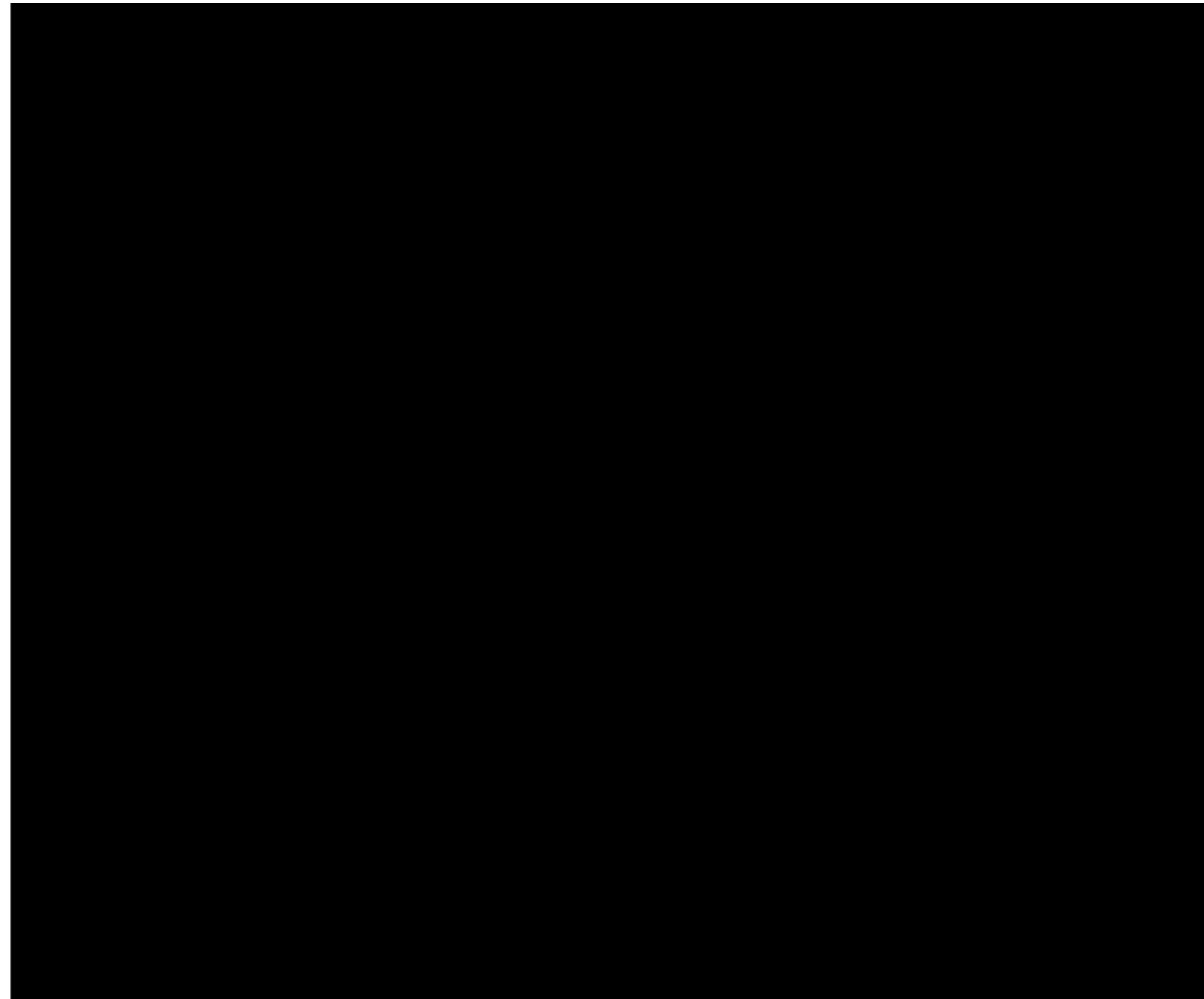
Anatomie du larynx - Phonation (optique 70°)



Anatomie du larynx - Phonation (épipharyngoscope)



Dyspnée laryngée paradoxale



DYSPNÉE LARYNGÉE PARADOXALE : DÉFINITION

- Mécanisme : fermeture inappropriée des cordes vocales à l'inspiration → obstruction variable des voies aériennes supérieures
- Clinique : dyspnée + stridor inspiratoire, sensation de constriction laryngée, parfois toux et dysphonie avec arrivée brutale
- Origine : souvent multifactorielle (irritative, psychogène/stress, parfois neurologique)
- Déclencheurs typiques : effort, stress, irritants (odeurs, fumées, air froid...)
- Piège fréquent : peut mimer un asthme (mais tableau souvent "haut" et inspiratoire)
- Diagnostic : laryngoscopie montrant la fermeture paradoxale à l'inspiration (expiration généralement normale)

DYSPNÉE LARYNGÉE PARADOXALE : DÉFINITION

- Représentent ~2,5 à 22 % des dyspnées aiguës arrivant aux urgences → important de reconnaître le tableau pour éviter des gestes inutiles (intubation / trachéotomie).
- Survient surtout chez l'adulte (≈ 71 %) ; femmes plus touchées (ratio F/H $\approx 2-3:1$).
- Âge moyen du premier épisode : 14,5 ans chez l'enfant, 33 ans chez l'adulte ; fréquence accrue chez les jeunes femmes et les athlètes.



Le Ventolin® (salbutamol) peut-il être efficace en cas de dyspnée laryngée paradoxale ?

DYSPNÉE LARYNGÉE PARADOXALE : TRAITEMENT

Rééducation orthophonique

- Base du traitement : approche comportementale + contrôle laryngé (éducation, déclencheurs, compréhension du trouble).
- En crise : techniques de *rescue breathing* (respiration abdominale, lèvres pincées avec inspiration nasale) + relaxation/postures d'ouverture laryngée
 - Importance de limiter le stress transmis par l'entourage
- Approche globale : traiter comorbidités (asthme, reflux, anxiété), éviter irritants, hygiène vocale.
- Pratique (logopédie) : souvent 6 à 8 séances (30–60 min) espacées de 2–3 semaines ; efficacité = moins d'épisodes + meilleure qualité de vie.

DYSPNÉE LARYNGÉE PARADOXALE : TRAITEMENT

Traitements	Améliore les PVFM	Améliore l'asthme
• Bronchodilatateurs	Non	Oui
• Corticostéroïdes	Non	Oui
• Prise en charge du reflux gastro-œsophagien	Oui	Non
• Rééducation orthophonique	Oui	Non



Après réflexion, quelle serait votre décision de triage pour ce cas clinique ?

CONCLUSION

- Au comptoir, l'enjeu n'est pas de "trouver le diagnostic parfait", mais de faire la bonne trajectoire pour le patient : sécuriser, orienter, et soulager intelligemment.
- Un réflexe simple : durée + contexte + signes associés.
- Quelques questions pour distinguer une toux aiguë le plus souvent auto-limitée (où le but est le confort et le sommeil) d'une toux qui mérite une évaluation médicale (chronique, atypique, ou avec drapeaux rouges).
- On garde en tête que derrière une toux persistante, il n'y a pas que "bronches et infection" : les tableaux laryngés existent ! Gorge serrée, raclement, fatigue vocale, déclenchement à la parole/stress. Orientation ORL/logopédiste plutôt qu'une escalade de traitements classiques.
- **Message final** : même quand ce n'est pas une urgence vitale, une toux chronique se chronicise avec le temps : plus on attend, plus les réflexes et les habitudes s'installent et plus la prise en charge devient longue. Notre valeur ajoutée, c'est une explication claire, un plan de suivi (quoi essayer, combien de temps, quand reconsulter) et une orientation précoce quand il faut.

Merci pour votre attention... vous avez été toux simplement formidables ;-)

Cette présentation n'aurait pas été possible sans :

- **Un soutien clinique précieux**
Un médecin ORL expérimenté dans la prise en charge des dysfonctions laryngées
- **Des sources (liste non exhaustive)**
Revue Médicale Suisse · Université de Bern · HUG · iMail Offizin · PharmaNews · SSI Guidelines
- **Des outils d'intelligence artificielle**
ChatGPT · Perplexity · OpenEvidence