



# Recours aux bronchodilatateurs ou aux stéroïdes en inhalation pour une toux postinfectieuse

## QUESTION CLINIQUE

**Les bronchodilatateurs ou les corticostéroïdes en inhalation (CSI) améliorent-ils la toux postinfectieuse chez les adultes non asthmatiques?**

## CONCLUSION

Les données sont très limitées : il n'y a que deux essais contrôlés randomisés (ECR) sur les CSI (163 patients) et un sur les bronchodilatateurs (92 patients). Chez les adultes, les scores de toux postinfectieuse peuvent être améliorés d'environ 50 % avec un placebo et d'environ 5 à 10 % de plus avec un CSI sur une période de 2 semaines. L'association ipratropium/salbutamol peut faire disparaître la toux chez plus de patients qu'un placebo au 10<sup>e</sup> jour (69 % contre 37 %), mais la plupart des patients (> 80 %, peu importe le traitement) ne tousseront plus au 20<sup>e</sup> jour.

## DONNÉES PROBANTES

- Les différences sont statistiquement significatives sauf indication contraire.
- CSI contre placebo :

- Quatre revues systématiques de traitements pour une toux persistante (de 4 à 9 ECR, de 335 à 750 patients : interprétation limitée par l'inclusion d'ECR sur la toux aiguë (< 3 semaines)<sup>1,2</sup> et la toux chronique (> 8 semaines)<sup>2,3</sup> et de multiples classes de médicaments<sup>4</sup>.
  - Revue systématique la plus utile<sup>2</sup> (2 ECR, 163 patients), patients atteints, pour la plupart, de toux subaiguë (de 3 à 8 semaines) :
    - Les CSI étaient meilleurs que le placebo (différence moyenne standard : 0,42). En termes cliniques, le placebo a amélioré les scores de toux d'environ 50 à 56 % à environ 2 semaines, tandis que les CSI ont donné lieu à une amélioration supplémentaire d'environ 2 à 13 %.
    - Le plus grand ECR<sup>5</sup> (133 patients) a aussi communiqué les constatations suivantes :
      - Issues supplémentaires (jours d'arrêt de travail, réveils nocturnes, effets indésirables) : aucune différence.
      - Proportion de non-fumeurs chez qui la toux s'est améliorée de plus de 50 % : 81 % contre 54 % (placebo), nombre de sujets à traiter (NST) = 4.
        - Aucune amélioration chez les fumeurs.
      - Limites : les patients n'étaient pas tous atteints de toux postinfectieuse; étude financée par l'industrie.
- Bronchodilatateurs contre placebo :
  - Un ECR<sup>6</sup> de 92 patients (durée de la toux : de 3 à 4 semaines) : association salbutamol/ ipratropium administrée avec un nébuliseur contre placebo.
    - Proportion de patients avec une toux persistante au 10<sup>e</sup> jour : 37 % contre 69 % avec un placebo, NST = 3.
    - Aucune différence au 20<sup>e</sup> jour (disparition de la toux chez plus de 80 % des patients dans les deux cas).
    - Limites : petites études; scores de toux non validés; issues multiples.

## CONTEXTE

- La toux postinfectieuse est une toux qui persiste de 3 à 8 semaines après une maladie respiratoire aiguë<sup>7</sup>.
- Un ECR<sup>8</sup> a comparé la béclo méthasone avec un placebo chez 72 patients atteints d'une toux aiguë prolongée (de 10 jours à 3 semaines). Il est donc probable qu'il ne s'agissait pas d'une vraie toux postinfectieuse (subaiguë).
  - Les CSI ont amélioré 3 des 6 issues par rapport au placebo lorsque la toux était mesurée par un appareil, mais il n'y avait aucune différence sur le plan des symptômes déclarés par les patients.
- Les directives suggèrent d'envisager un essai d'ipratropium ou, si la toux est réfractaire, un essai de corticostéroïdes en inhalation<sup>9</sup>.
- Les ECR abordés ci-dessus n'incluent pas de patients atteints de la COVID-19.

## RÉFÉRENCES

1. El-Gohary M, Hay AD, Coventry P, et al. Family Practice 2013; 30: 492-500.
2. Lee SE, Lee JH, Kim HJ, et al. Allergy Asthma Immunol Res 2019; 11(6): 856-870.
3. Johnstone KJ, Chang AB, Fong KM, et al. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Mar 28; (3):CD009305.
4. Speich B, Thomer A, Aghlmandi S, et al. Br J Gen Pract. 2018; 68(675):e694-e702.
5. Ponsioen BP, Hop WCJ, Vermue NA, et al. Eur Respir J 2005; 25 (1): 147-152.
6. Zanasi A, Lecchi M, Del Forno M, et al. Pulm Pharmacol Ther 2014; 29: 224-232.
7. Irwin RS, French CL, Chang AB, et al. Chest 2018; 153(10): 196-209.
8. Gillissen A, Richter A, Oster H. J Physiol Pharmacol 2007; 58 (Suppl 5 Pt 1):223-232.
9. Irwin RS, Baumann MH, Bolser DC, et al. Chest 2006; 129(1 Suppl):1S-23S.

## AUTEURS

**Samantha Moe**, Pharm. D.,  
**Emélie Braschi**, M. D., CCMF,  
Ph. D., **G Michael Allan**, M. D.,  
CCMF

*Les auteurs n'ont aucun conflit  
d'intérêts à déclarer.*

## OUTILS DE LA PRATIQUE RENDU POSSIBLE PAR



## EN PARTENARIAT AVEC



Les articles Outils de la pratique sont des articles révisés par les pairs qui résument les données médicales pouvant transformer la pratique de première ligne. Ils sont coordonnés par les Drs **G. Michael Allan** et **Adrienne Lindblad** et rédigés par le groupe PEER (Patients, Experience, Evidence, Research), avec l'appui du Collège des médecins de famille du Canada, et des Collèges des médecins de famille de l'Alberta, de l'Ontario et de la Saskatchewan. Les commentaires sont les bienvenus à l'adresse [toolsforpractice@cfpc.ca](mailto:toolsforpractice@cfpc.ca). Les articles sont archivés à [www.toolsforpractice.ca](http://www.toolsforpractice.ca).

*Cette communication exprime l'opinion des auteurs et ne reflète pas nécessairement le point de vue ni la politique du Collège des médecins de famille du Canada.*