

Chapitre 1

Toux aiguë

Daniel J. G. Thirion, BPharm, MSc, PharmD, FCSHP

Date de révision : 1 mai 2018

Examen par les pairs : 1 avril 2016

Physiopathologie

Symptôme commun à de nombreuses maladies respiratoires, la toux est une réponse physiologique normale visant à protéger les voies respiratoires. C'est un arc réflexe activé volontairement ou involontairement qui peut être déclenché par bon nombre de stimuli chimiques ou mécaniques. Il y a d'abord stimulation de récepteurs dans la tête, le cou et le thorax, puis transmission de cette information au centre nerveux de la toux, situé dans le bulbe rachidien, par la branche afférente du nerf vague, ce qui augmente l'activité neuronale dans la voie efférente de la musculature des voies respiratoires et aériennes^[1]. La toux est présente dans de nombreuses affections respiratoires. Pour faciliter l'évaluation clinique, il peut être utile de classer la toux en trois types selon sa durée : toux aiguë (durant moins de 3 semaines), toux subaiguë (durant de 3–8 semaines) et toux chronique (durant plus de 8 semaines)^[2].

Les infections virales des voies respiratoires supérieures sont la cause la plus fréquente de la toux aiguë et peuvent provoquer une toux «consécutive à l'infection»^[2]. La toux d'origine virale semble résulter d'une stimulation du réflexe de la toux dans les voies respiratoires supérieures déclenchée par un écoulement dans l'arrière-nez (appelé syndrome de la toux des voies respiratoires supérieures, anciennement appelé syndrome de l'écoulement de l'arrière-nez), l'éclaircissement de la gorge ou les deux à la fois^[3]. Parmi d'autres causes fréquentes, notons la sinusite bactérienne aiguë, la bronchite chronique, la rhinite allergique et la rhinite causée par l'exposition à un irritant dans l'environnement (voir Tableau 1). On peut soupçonner une infection par *Bordetella pertussis* ou *B. parapertussis* chez les personnes présentant une toux persistante^[4].

Tableau 1: **Causes de la toux**^[5]

Causes fréquentes de la toux	Causes moins fréquentes de la toux
Asthme	Autres maladies pulmonaires
Bronchite chronique	Bronchiectasie
Embolie pulmonaire	Cancer du poumon
Infection des voies respiratoires supérieures ou inférieures (d'origine virale ou bactérienne)	Diverticule de Zenker (poche œsophagienne)
Insuffisance cardiaque	Fibrose kystique
Irritants environnementaux ou professionnels, comme des polluants atmosphériques, la fumée de cigarette, l'amiante	Pneumopathie interstitielle
Médicaments, p. ex., les inhibiteurs de l'ECA, les bêta-bloquants, l'AAS ou les AINS, chez les personnes sensibles	Toux psychogène
Présence d'un corps étranger	Toux inexplicable (idiopathique)
Reflux gastro-œsophagien	
Syndrome de la toux qui touche les voies aériennes supérieures (sinusite, rhinite allergique ou consécutive à une infection)	

2

Objectifs du traitement

- Soulager les symptômes
- Diagnostiquer et traiter la cause sous-jacente lorsque cela est possible
- Prévenir les complications

Évaluation du patient

La Figure 1 présente un algorithme d'évaluation à suivre dans le cas d'un patient présentant une toux.

Traitement non pharmacologique

Bien que les preuves soient insuffisantes, l'hydratation par la prise de liquides par voie orale et l'humidification de l'air pourraient procurer certains bienfaits. Les humidificateurs utilisés comme mesure de prévention dans une pièce devraient être bien nettoyés afin d'éviter la dispersion de moisissures dans l'air.

Les méthodes mécaniques, comme le drainage postural et les percussions thoraciques, peuvent favoriser le dégagement des voies aériennes dans les cas tels que la production accrue de sécrétions ou un dysfonctionnement de l'élimination des sécrétions^[6].

Il faut éviter l'exposition aux irritants inhalés comme la fumée, la poussière, les polluants et les allergènes.

Pharmacothérapie

Pour une comparaison des principes actifs des produits vendus sans ordonnance, consulter la section du *Compendium des produits pour les affections bénignes*.

Le traitement des affections sous-jacentes provoquant la toux est essentiel. Par exemple, dans le cas du reflux gastro-œsophagien, le traitement du reflux lui-même peut soulager la toux qui y est associée. Le fumeur qui tousse est le candidat idéal pour une discussion sur les stratégies d'abandon du tabac^[7].

Il n'est pas toujours possible d'avoir recours à un traitement spécifique. Par exemple, il n'existe aucune cure contre l'infection virale causant le rhume banal. Malgré le manque de données probantes étayant leur utilisation, un traitement non spécifique, comme un antitussif ou un protussif (expectorant) vendu sans ordonnance, est souvent utilisé dans ces cas selon la présence ou l'absence de production de mucus (expectoration).

L'efficacité des médicaments contre la toux a fait l'objet de nombreuses études et revues systématiques^{[8][9][10]}. Ces études révèlent le manque de preuves de l'efficacité des produits vendus sans ordonnance servant à réduire la fréquence ou la gravité de la toux et ce, autant chez l'enfant que chez l'adulte. Certaines ont montré que ces produits procurent des bienfaits; mais la pertinence clinique des résultats favorables est souvent douteuse^{[11][12][13]}. Dans l'ensemble, il existe peu de preuves, autant en faveur qu'en défaveur des médicaments contre la toux vendus sans ordonnance. Lorsque vous conseillez les patients sur le choix d'un produit, prenez en considération l'effet placebo qui peut-être d'importance^[14].

Les médicaments vendus sans ordonnance servant dans la prise en charge de la toux sont présentés au Tableau 3.

Antihistaminiques

Les **antihistaminiques de première génération** pourraient avoir un léger effet sur la toux causée par une infection des voies respiratoires supérieures^{[8][9][10][15]}. Leurs propriétés anticholinergiques peuvent aider à réduire l'écoulement dans l'arrière-nez, l'un des mécanismes causals de la toux dans le rhume.

Toutefois, cet effet est modeste et les effets indésirables de ces médicaments, tels que la somnolence, la sécheresse de la bouche et la confusion, pourraient être plus importants que les bienfaits possibles.

Les **antihistaminiques de seconde génération** n'exerçant qu'un faible effet anticholinergique ne sont d'aucune utilité pour supprimer la toux^[15].

Pour connaître la posologie des antihistaminiques, voir le chapitre portant sur la Rhinite allergique, Tableau 5.

Antitussifs

Les **antitussifs** vendus sans ordonnance suppriment la toux en agissant sur le système nerveux central^[15]. On ne connaît pas exactement leur mécanisme d'action, mais on croit qu'ils agissent principalement dans le tronc cérébral où ils inhibent le centre moteur de la toux.

Le **dextrométhorphan** et la **codéine** s'utilisent souvent pour traiter la toux causée par une infection des voies respiratoires supérieures; mais il n'existe que très peu de preuves de leur efficacité^{[8][9][10]}. Certaines études révèlent que ces agents ne sont pas plus efficaces qu'un placebo, alors que d'autres montrent qu'ils ont un bienfait modeste^{[15][16][17]}. Cette divergence de résultats pourrait s'expliquer par le fait que le dextrométhorphan est d'une efficacité limitée pour supprimer la toux et que les études ont dû être menées auprès d'un grand nombre de sujets pour prouver un effet appréciable^[15]. Par conséquent, dans ses lignes directrices de 2006 relatives à la prise en charge de la toux, l'American College of Chest Physicians (ACCP) ne recommande pas la prise d'un antitussif à action centrale lorsque la toux est consécutive à une infection des voies respiratoires supérieures^[18]. Toutefois, la codéine et le dextrométhorphan sont efficaces dans le soulagement de la toux associée à la MPOC; ils suppriment la toux dans une proportion de 40–60 %, et peuvent être utiles pour procurer un soulagement de courte durée^[15].

Les antitussifs ne sont pas recommandés lorsque la toux remplit une fonction utile. S'il est administré à un patient présentant une toux productive, l'antitussif risque d'empêcher l'évacuation du mucus^[19].

Expectorants

Les protussifs sont des agents exerçant une action périphérique. La **guaïfénésine** est censée augmenter l'efficacité de la toux en favorisant l'élimination des sécrétions accumulées dans les voies respiratoires^[15]. L'efficacité et l'innocuité du gáacol et du chlorure d'ammonium n'ont pas été établies. On prétend que les **expectorants** réduisent la viscosité des sécrétions, ce qui favoriserait leur évacuation des voies respiratoires^[2]. Comme dans le cas des antitussifs, les preuves corroborant l'efficacité des expectorants sont insuffisantes. Ils n'éclaircissent pas les sécrétions et n'augmentent pas leur quantité, même à des doses supérieures à celles qui sont recommandées^[19]. Le maintien d'une bonne hydratation par la prise de liquides par voie orale et l'humidification de l'air constituent peut-être le meilleur protussif ou «expectorant».

Autres agents

Des données limitées laissent supposer que le **miel** pourrait être un antitussif efficace chez les enfants^{[20][21]}. La conclusion d'une analyse de la Collaboration de Cochrane indiquait que le miel administré au coucher serait modérément plus efficace que l'absence de traitement ou que la diphenhydramine et aussi efficace que le dextrométhorphan, dans l'atténuation de la gravité de la toux et l'amélioration de la qualité du sommeil^[20]. Le miel a des propriétés adoucissantes, antioxydantes et antibactériennes. Son effet adoucissant aiderait à calmer la toux. En raison du risque de botulisme, il ne faut administrer que du miel pasteurisé aux enfants immunocompétents âgés de plus de 1 an.

On a utilisé des pastilles au **zinc** pour soulager la toux causée par le rhume banal. Les résultats d'études visant à évaluer l'efficacité du zinc pour soulager les symptômes du rhume banal sont

4

contradictoires et selon les conclusions de deux méta-analyses, les preuves sont insuffisantes pour qu'on puisse recommander les préparations à base de zinc^[15]. Par conséquent, dans ses lignes directrices, l'ACCP ne recommande pas les préparations à base de zinc pour traiter une toux aiguë causée par un rhume banal. Par ailleurs, les préparations à base de zinc risquent d'avoir un goût désagréable, d'irriter la bouche et de causer des nausées.

Les anesthésiques comme la **benzocaïne**, le **phénol** et le **menthol** peuvent réduire la sensibilité des nocicepteurs périphériques. Ils ont déjà été utilisés à titre d'antitussifs, mais les preuves de leur efficacité sont minces.

Médicaments d'ordonnance

Les bronchodilatateurs comme le **salbutamol** ou le **formotérol** sont seulement recommandés dans le traitement de la toux causée par une maladie pulmonaire obstructive comme l'asthme et la MPOC^{[18][22][23]}. Les patients présentent parfois une toux consécutive à une infection respiratoire qui pourrait être soulagée par des corticostéroïdes. Des études additionnelles confirmant les bienfaits possibles des corticostéroïdes par inhalation sont nécessaires avant que leur usage systématique soit recommandé.

Toux et populations particulières

Pédiatrie

Pour une comparaison des principes actifs des produits vendus sans ordonnance, consulter la section Produits de soins pour bébés : Toux et rhume du *Compendium des produits pour les affections bénignes*.

Depuis 2008, Santé Canada exige des fabricants qu'ils modifient l'étiquetage des médicaments contre la toux et le rhume vendus sans ordonnance qui renferment certains principes actifs, de façon à préciser que ces médicaments ne doivent pas être administrés aux enfants de moins de 6 ans^[24]. Le **dextrométhorphan**, la **guaifénésine** et les **antihistaminiques de première génération** contenus dans les produits contre le rhume et la toux font partie de la liste des principes actifs visés par l'avis de Santé Canada. Voir le chapitre portant sur la Rhinite virale, grippe, sinusite et pharyngite, Tableau 3.

Bien que les médicaments contre la toux et le rhume soient utilisés chez les enfants depuis de nombreuses années, il existe peu de preuves de leur efficacité chez cette population^{[10][17][25]}. De plus, on a signalé des cas de mauvaise utilisation, de surdosage et d'effets indésirables graves très rares qui ont soulevé des inquiétudes quant à leur utilisation chez les enfants âgés de moins de 6 ans^[26]. Les effets rares, mais graves possibles incluent les convulsions, une accélération de la fréquence cardiaque, une diminution de la conscience, un rythme cardiaque anormal et des hallucinations^{[24][25]}.

Chez l'enfant âgé de 6 ans ou plus, il est possible d'administrer le **dextrométhorphan** dans le traitement d'une toux inefficace; mais il n'existe aucune preuve de son efficacité chez l'enfant. Santé Canada recommande d'éviter la codéine chez les enfants de moins de 12 ans^[27]; cependant, la Food and Drug Administration (FDA) des États-Unis recommande d'éviter la codéine chez les moins de 18 ans.

Grossesse et allaitement

Voir le chapitre portant sur la Grossesse et allaitement : traitement sans ordonnance pour les affections courantes.

Suivi thérapeutique

Le Tableau 2 présente de l'information sur le suivi thérapeutique.

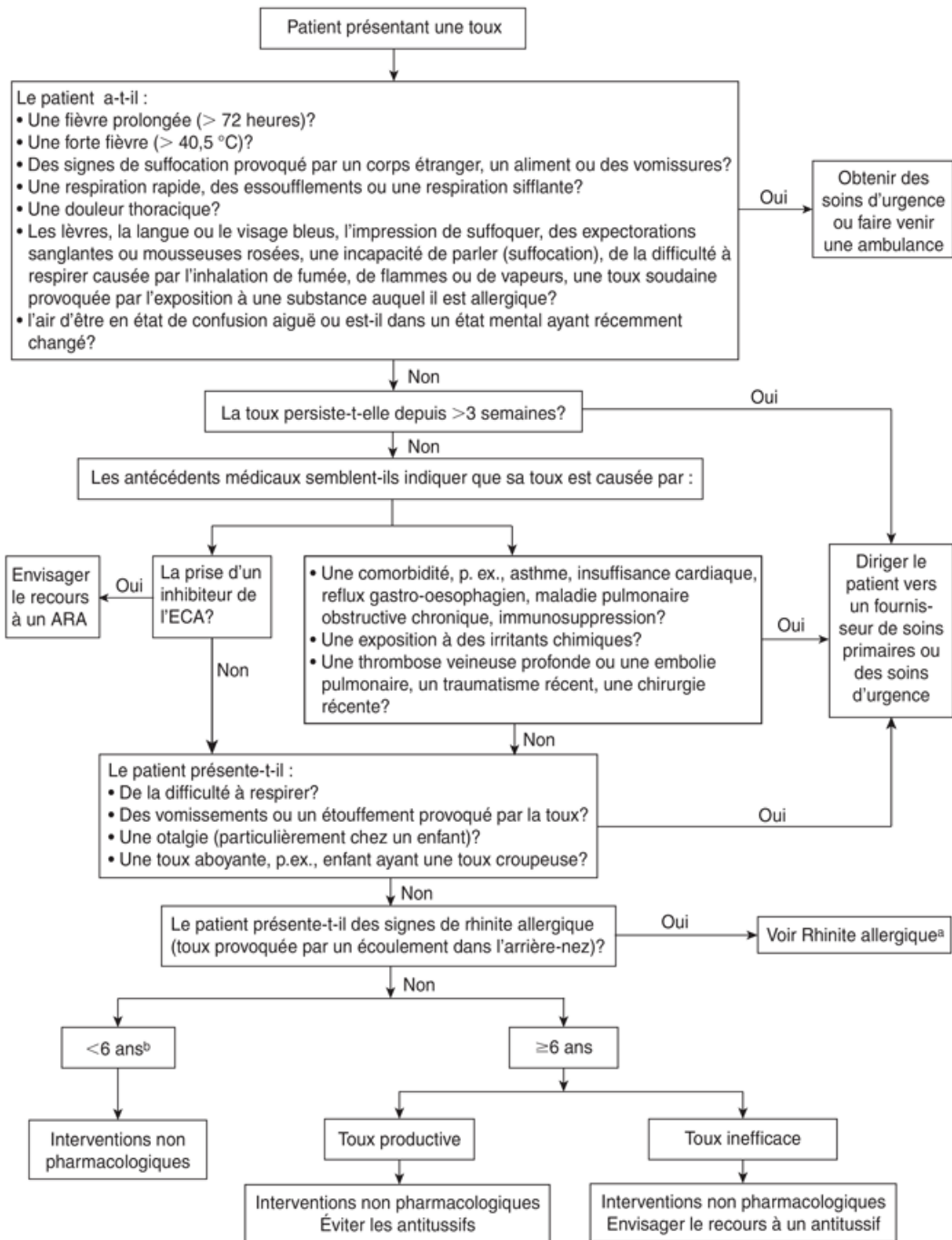
Tableau 2: **Suivi thérapeutique du patient présentant une toux**

Symptômes	Suivi thérapeutique	Objectifs	Mesures recommandées si l'objectif n'est pas atteint
Toux	Patient : quotidiennement Professionnel de la santé : à la prochaine visite ou par téléphone 2-3 jours plus tard	Le patient peut mener ses activités quotidiennes. Le patient arrive à dormir.	Optimiser des mesures non pharmacologiques. Changer le traitement.
Somnolence (antitussif)	Patient : quotidiennement Professionnel de la santé : à la prochaine visite ou par téléphone lorsqu'il s'informe de l'efficacité du médicament	Absence de somnolence.	Modifier le schéma posologique du médicament (au coucher seulement) ou changer de traitement.

Conseils au patient

Donner au patient des conseils sur :

- le traitement non pharmacologique
- le bon usage des médicaments
- les résultats escomptés et la prise en charge des effets indésirables
- les cas où il faut consulter un médecin



Figure 1: **Évaluation du patient présentant une toux**

^a Voir le chapitre portant sur la Rhinite allergique.

^b Les médicaments contre la toux et le rhume ne sont pas recommandés chez l'enfant de moins de 6 ans (voir section Toux et populations particulières, Voir Pédiatrie).

Abbreviations : ARA = antagoniste des récepteurs de l'angiotensine; ECA = enzyme de conversion de l'angiotensine

Tableau 3: **Médicaments vendus sans ordonnance contre la toux**

Classe	Médicament	Posologie ^[a]	Effets indésirables	Interactions médicamenteuses	Commentaires	Coût ^[b]
Antitussifs	<i>codéine</i>  Produits en association : Robitussin AC, génériques	Adulte et enfant ≥12 ans : 10–20 mg Q4–6H PO. Dose maximale : 120 mg/jour Santé Canada ne recommande pas l'usage de la codéine chez les enfants de <12 ans ^[27] alors que la Food and Drug Administration (FDA) des États-Unis recommande d'éviter la codéine chez les moins de 18 ans. Pour les produits en association, consulter l'étiquette pour connaître les autres ingrédients. Suivre les directives indiquées sur l'étiquette.	Somnolence, sédation, nausées, vomissements, constipation.	Les dépresseurs du SNC incluant l'alcool intensifient les effets indésirables sur le SNC. IMAO : risque de syndrome sérotoninergique. Les inhibiteurs du CYP2D6 (p. ex., fluoxétine, paroxétine) peuvent entraver la transformation de la codéine en son métabolite actif et réduire l'effet clinique.	Cause moins de sédation que l'hydrocodone. Se métabolise en morphine. Les enfants sont plus prédisposés aux effets indésirables de la codéine. Risque de dépendance. Les produits vendus sans ordonnance à base de codéine renferment toujours d'autres ingrédients.	\$
	<i>dextrométhorphan</i>  Balminil DM, Benylin DM; Produits en association : Robitussin DM, autres	Adulte et enfant ≥12 ans : 10–20 mg Q4H PO <i>ou</i> 30 mg Q6–8H PO. Dose maximale : 120 mg/jour Enfant 6–11 ans : 5–10 mg Q4H PO <i>ou</i> 15 mg Q6–8H PO. Dose maximale : 60 mg/jour Pour les produits en association, consulter l'étiquette pour connaître les autres ingrédients. Suivre les directives indiquées sur l'étiquette.	Généralement bien toléré. À l'occasion, étourdissements, somnolence et nausées.	Modulateurs de la sérotonine : risque de syndrome sérotoninergique, p. ex., ISRS, linézolide, IMAO (y compris le moclobémide), sibutramine. Les inhibiteurs du CYP2D6 (p. ex., fluoxétine, paroxétine) peuvent entraver le métabolisme du DM et ainsi en augmenter la concentration et le risque d'effets indésirables.	Cause moins de sédation que la codéine et d'autres opioïdes. En raison de ses effets euphorisants, le DM a été utilisé abusivement.	\$


(suite)

Tableau 3 : **Médicaments vendus sans ordonnance contre la toux** (suite)

Classe	Médicament	Posologie ^[a]	Effets indésirables	Interactions médicamenteuses	Commentaires	Coût ^[b]
Expectorants	<i>guaifénésine</i> Robitussin Mucus et flegme, génériques	Adulte et enfant ≥12 ans : 200–400 mg Q4H PO. Dose maximale : 2,4 g/jour Enfant ≥6 ans : 12 mg/kg/jour en doses fractionnées Q4H PO. Dose maximale : 1,2 g/jour Pour les produits en association, consulter l'étiquette pour connaître les autres ingrédients. Suivre les directives indiquées sur l'étiquette.	Étourdissements sommolence, céphalées et vomissements ont été signalés aux doses élevées.	Aucune interaction médicamenteuse connue.		\$

^a Les médicaments contre la toux et le rhume ne sont pas recommandés chez l'enfant de moins de 6 ans (voir section Toux et populations particulières, Voir Pédiatrie).

^b Coût pour un approvisionnement de 100 mL, à moins d'indication contraire; comprend le coût du médicament seulement.

 Un ajustement posologique peut s'avérer nécessaire en cas d'atteinte rénale; voir Appendix I.

Abréviations : DM = dextrométophane; IMAO = inhibiteur de la monoamine oxydase; ISRS = inhibiteur sélectif du recaptage de la sérotonine; SNC = système nerveux central

Légende : \$ <5 \$

Lectures suggérées

Bolser DC. Cough suppressant and pharmacologic protussive therapy: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. *Chest* 2006;129:238S-49S.

Morice AH, McGarvey L, Pavord I et al. Recommendations for the management of cough in adults. *Thorax* 2006;61:i1-24.

Smith SM, Schroeder K, Fahey T. Over-the-counter (OTC) medications for acute cough in children and adults in ambulatory settings. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;11:CD001831.

Références

1. Canning BJ, Chang AB, Bolser DC et al. Anatomy and neurophysiology of cough: CHEST Guideline and Expert Panel report. *Chest* 2014;146:1633-48.
2. Dicipingaitis PV. Cough: an unmet clinical need. *Br J Pharmacol* 2011;163:116-24.
3. Pratter MR. Cough and the common cold: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. *Chest* 2006;129:72S-84S.
4. Braman SS. Postinfectious cough: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. *Chest* 2006;129:138S-46S.
5. Pratter MR, Brightling CE, Loulet LP et al. An empiric integrative approach to the management of cough: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. *Chest* 2006;129:222S-31S.
6. Strickland SL. Year in review 2014: airway clearance. *Respir Care* 2015;60:603-5.
7. Morice AH, McGarvey L, Pavord I et al. Recommendations for the management of cough in adults. *Thorax* 2006;61:i1-24.
8. Irwin RS, Madison JM. The diagnosis and treatment of cough. *N Engl J Med* 2000;343:1715-21.
9. Schroeder K, Fahey T. Systematic review of randomised controlled trials of over the counter cough medicines for acute cough in adults. *BMJ* 2002;324:329-31.
10. Smith SM, Schroeder K, Fahey T. Over-the-counter (OTC) medications for acute cough in children and adults in ambulatory settings. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;11:CD001831.
11. Parvez L, Vaidya M, Sakhardande A et al. Evaluation of antitussive agents in man. *Pulm Pharmacol* 1996;9:299-308.
12. Curley FJ, Irwin RS, Pratter MR et al. Cough and the common cold. *Am Rev Respir Dis* 1988;138:305-11.
13. Thackray P. A double-blind, crossover controlled evaluation of a syrup for the night-time relief of the symptoms of the common cold, containing paracetamol, dextromethorphan hydrobromide, doxylamine succinate and ephedrine sulphate. *J Int Med Res* 1978;6:161-5.
14. Paul IM, Beiler JS, Vallati JR et al. Placebo effect in the treatment of acute cough in infants and toddlers: a randomized clinical trial. *JAMA Pediatr* 2014;168:1107-13.
15. Bolser DC. Cough suppressant and pharmacologic protussive therapy: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. *Chest* 2006;129:238S-49S.
16. Freestone C, Eccles R. Assessment of the antitussive efficacy of codeine in cough associated with common cold. *J Pharm Pharmacol* 1997;49:1045-9.
17. Taylor JA, Norvack AH, Almquist JR et al. Efficacy of cough suppressants in children. *J Pediatr* 1993;122:799-802.
18. Irwin RS, Baumann MH, Bolser DC et al. Diagnosis and management of cough executive summary: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. *Chest* 2006;129:1S-23S.
19. Irwin RS, Curley FJ, Bennett FM. Appropriate use of antitussives and protussives. A practical review. *Drugs* 1993;46:80-91.
20. Oduwole O, Meremikwu MM, Oyo-Ita A et al. Honey for acute cough in children. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;12:CD007094.
21. Cohen HA, Rozen J, Kristal H et al. Effect of honey on nocturnal cough and sleep quality: a double-blind, randomized, placebo-controlled study. *Pediatrics* 2012;130:465-71.
22. El-Gohary M, Hay AD, Coventry P et al. Corticosteroids for acute and subacute cough following respiratory tract infection: a systematic review. *Fam Pract* 2013;30:492-500.
23. Becker LA, Hom J, Villasis-Keever M et al. Beta2-agonists for acute cough or a clinical diagnosis of acute bronchitis. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;9:CD001726.
24. Santé Canada. *Santé Canada annonce sa décision concernant l'étiquetage des produits contre la toux et le rhume pour les enfants*. [En ligne. Page consultée le 15 mai 2018.] canadiensensante.gc.ca/recall-alert-rappel-avis/hc-sc/2008/13267a-fra.php.
25. Use of codeine- and dextromethorphan-containing cough remedies in children. American Academy of Pediatrics. Committee on Drugs. *Pediatrics* 1997;99:918-20.
26. Peterson RG, Cran B, Knoppert D et al. *Scientific Advisory Panel on nonprescription pediatric cough and cold medications (SAP-NPCCM)*. Ottawa: Health Canada; March 20, 2008.
27. Santé Canada. *Après examen, Santé Canada recommande que la codéine soit administrée seulement chez les patients âgés de 12 ans et plus*. [En ligne. Page consultée le 15 septembre 2018.] canadiensensante.gc.ca/recall-alert-rappel-avis/hc-sc/2013/33915a-fra.php.
28. U.S. Food and Drug Administration. *FDA requires labeling changes for prescription opioid cough and cold medicines to limit their use to adults 18 years and older* [En ligne. Page consultée le 15 septembre 2018.] www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm590435.htm.

Toux—Ce que vous devez savoir

Qu'est-ce qui cause la toux?

Bon nombre de causes sont à l'origine de la toux, mais la plus fréquente est l'infection virale, comme le rhume banal ou la grippe. Dans ce cas, elle disparaîtra d'elle-même après deux semaines. Les autres causes comprennent les suivantes :

- Aggravation de l'asthme
- Allergies
- Irritants environnementaux (pollution de l'air, fumée de cigarette)
- Effet indésirable de certains médicaments
- Autres infections comme la bronchite ou la pneumonie

Quand consulter un professionnel de la santé :

- Vous tousez depuis plus de 3 semaines;
- Vous avez de la difficulté à respirer ou vous présentez une douleur à la poitrine;
- Votre toux produit des expectorations sanguinolentes ou colorées;
- Vous présentez une fièvre $>40,5$ °C ou une fièvre qui dure depuis plus de 3 semaines;
- Votre enfant est âgé de moins de 3 mois et tousse;
- Votre enfant est âgé de 3 à 6 mois, tousse et présente une fièvre $>38,5$ °C;
- Vous souffrez d'une affection comme l'asthme, une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) ou une insuffisance cardiaque.

Traitement de la toux

Il n'existe pas beaucoup de données prouvant que les médicaments contre la toux sont efficaces. Certains médicaments pourraient aider à maîtriser la toux (antitussifs) alors que d'autres aident à expulser les mucosités des poumons (expectorants). Les antitussifs ne doivent pas être utilisés si votre toux s'accompagne d'expectorations. Parlez à votre pharmacien du médicament qui conviendrait à votre situation.

Toux chez l'enfant

- Les médicaments contre la toux ne sont pas recommandés chez l'enfant âgé de moins de 6 mois.
- Vous pouvez essayer d'administrer une cuillère à thé de miel pasteurisé avant le coucher.
- *Ne donnez pas* de miel à un enfant âgé de moins de 1 an ou à un enfant présentant une maladie immunitaire en raison du risque de botulisme.
- Brossez les dents après l'administration ou la prise de miel.