

QUID DU HOQUET

Le hoquet consiste en une succession de contractions involontaires du diaphragme suivies d'une fermeture brutale de la glotte, qui module l'arrivée d'air et produit le son caractéristique. Les épisodes transitoires sont très fréquents. Les hoquets persistants (> 2 jours) et rebelles (> 1 mois) sont rares, mais très pénibles.

Étiologie du hoquet

Le hoquet fait suite à une irritation des nerfs diaphragmatiques afférents ou efférents, ou des centres médullaires qui contrôlent les muscles respiratoires, particulièrement le diaphragme. Le hoquet est plus fréquent chez l'homme.

La cause du hoquet est généralement inconnue, mais les hoquets transitoires sont souvent observés dans les situations suivantes:

- Distension gastrique
- Consommation d'alcool
- Ingestion de substances chaudes ou irritantes

Les hoquets persistants et rebelles peuvent relever de causes multiples ([Certaines causes de hoquet rebelle](#)).

TABLEAU

Certaines causes de hoquet rebelle



Évaluation d'un hoquet

Anamnèse

L'**anamnèse de la maladie actuelle** doit noter la durée de hoquet, les médicaments essayés et le début des troubles par rapport à une maladie récente ou une intervention chirurgicale.

La **revue des systèmes** recherche des symptômes associés tels qu'un reflux gastro-œsophagien et des difficultés à la déglutition; des signes d'appel thoraciques tels qu'une toux, de la fièvre ou une douleur thoracique; et tout symptôme neurologique.

La **recherche des antécédents médicaux** doit porter sur des troubles digestifs et neurologiques connus. L'anamnèse médicamenteuse doit rechercher une consommation d'alcool et ses modalités.

Examen clinique

L'examen est habituellement non contributif mais doit rechercher des arguments pour une maladie chronique (p. ex., cachexie). Un examen neurologique complet est important.

Signes d'alarme

Ce qui suit est particulièrement préoccupant:

- Symptomatologie neurologique

Interprétation des signes

Peu de signes sont spécifiques. Un hoquet après la consommation d'alcool ou une chirurgie peut être secondaire à ces situations. D'autres étiologies ([Certaines causes de hoquet rebelle](#)) sont à la fois nombreuses et rarement une cause de hoquet.

Examens complémentaires

Aucun bilan spécifique n'est nécessaire en cas de hoquet aigu si l'anamnèse et l'examen clinique de routine sont sans particularité; la détection d'anomalies indique des examens appropriés.

En cas de hoquet de plus longue durée sans cause évidente, le patient doit faire l'objet d'explorations complémentaires comportant un ionogramme sanguin avec dosage de l'urée et de la créatinine sériques, une rx thorax et un ECG. Une endoscopie digestive haute et peut-être une pH-métrie œsophagienne doivent être envisagées. Si ces explorations sont normales, une IRM cérébrale et une TDM du thorax sont licites.

Traitement du hoquet

Les pathologies identifiées sont traitées (p. ex., inhibiteurs de la pompe à proton pour un reflux gastro-œsophagien, dilatation d'une sténose œsophagienne).

Pour soulager les symptômes, de nombreuses mesures simples peuvent être essayées, sans différence d'efficacité: une série d'apnées prolongées ou de respirations profondes dans un sac en papier peuvent augmenter la PaCO₂ et inhiber l'activité contractile diaphragmatique. (ATTENTION: les sacs en plastique peuvent obstruer les narines et ne doivent pas être utilisés.) Une stimulation vagale secondaire à une irritation pharyngée (p. ex., avaler un morceau de pain sec, du sucre granulé ou de la glace pilée; traction sur la langue; provocation d'un bâillement) peut être utile. De nombreuses autres pratiques populaires existent. Le hoquet persistant est souvent rebelle à tout traitement. Plusieurs médicaments ont été utilisés dans des observations anecdotiques. Le baclofène, un agoniste de l'acide gamma-aminobutyrique (5 mg par voie orale toutes les 6 heures, augmenté progressivement à 20 mg/dose), peut être efficace. Les autres médicaments comprennent la chlorpromazine 10 à 50 mg par voie orale 3 fois/jour selon les besoins, le métoclopramide 10 mg, 2 à 4 fois/jour, et plusieurs anticonvulsivants (p. ex., gabapentine). En outre, un traitement empirique par inhibiteurs de la pompe à proton peut être administré. En cas de symptômes sévères, la chlorpromazine 25 à 50 mg IM ou IV peut être administrée.

Dans les cas réfractaires, un blocage du nerf phrénique par de faibles quantités d'une solution de procaine à 0,5%, peut être tenté avec prudence, afin d'éviter une dépression respiratoire et un pneumothorax. Même la section bilatérale des nerfs phréniques ne résout pas tous les cas.

Points clés

- **La cause en est habituellement inconnue.**
- **Une pathologie grave est rarement identifiée.**
- **Le bilan d'évaluation est habituellement non contributif mais doit être poursuivi en cas de hoquet de longue durée.**
- **De nombreux médicaments existent, sans réelle supériorité les uns par rapport aux autres (ou peut-être même efficacité).**