

Mots clés :

BPCO,
Symptôme
Tabac,
Bronchodilatateur
Corticoïde
Médicament
inhalé

BPCO : traitements des formes symptomatiques

La broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) est longtemps asymptomatique. La seule mesure efficace pour ralentir l'évolution de la maladie est l'arrêt du tabac, aucun médicament n'ayant montré de bénéfice sur le devenir des patients¹. L'apparition de symptômes (toux, expectoration, dyspnée) justifie toujours l'arrêt du tabac qui, là encore, a prouvé son efficacité, mais implique également des moyens pharmacologiques et non pharmacologiques. Leur efficacité devra être appréciée sur l'amélioration des symptômes, de la fonction respiratoire, de la qualité de vie, la diminution de fréquence des exacerbations et des hospitalisations, et au total la réduction de la mortalité. De quels moyens disposons nous, quelle est leur efficacité, leur rapport avantages/inconvénients, selon les stades de gravité, léger, modéré, ou sévère ? Quatre synthèses nous apportent des réponses²⁻⁵.

Entraînement physique : toujours utile

Il s'agit d'un entraînement à l'effort plus que d'une vraie kinésithérapie, visant à améliorer l'activité physique, l'état psychologique, l'amyotrophie souvent présente. Elle concerne toutes les formes de BPCO jusqu'aux plus sévères avec dyspnée gênant les activités quotidiennes. Elle améliore la dyspnée, l'état de santé global, mais ni le taux d'hospitalisations ni la mortalité.

Bronchodilatateurs : traiter la dyspnée

Leur effet est modeste sur la spirométrie, mais ils améliorent souvent les capacités d'effort, justifiant leur prescription dès qu'il existe une dyspnée, souvent méconnue par le patient. Ils améliorent la qualité de vie et réduisent la fréquence des exacerbations, sans effet sur l'évolution de la fonction respiratoire, ni sur la mortalité²⁻⁴.

Il s'agit surtout de produits inhalés : ***B2 stimulants d'action brève*** (salbutamol, terbutaline), ***d'action prolongée*** (salmétérol, formotérol), ***anticholinergiques*** (ipratropium, oxitropium). La théophylline n'est plus guère utilisée en raison notamment de ses effets secondaires. L'association de deux classes peut avoir un effet supérieur à une monothérapie²⁻⁴.

Dans les formes légères avec symptômes intermittents les produits d'action brève ont leur meilleure indication. Dans les formes avec dyspnée plus marquée, les produits d'action prolongée seront préférés, en choisissant le produit selon la réponse. En cas d'effet insuffisant, on peut associer anticholinergique et B2 stimulant²⁻⁴.

Que conclure pour notre pratique ?

Les objectifs des traitements de la BPCO visent les symptômes, la qualité de vie, la réduction de fréquence des exacerbations. La plupart n'influent pas sur la fonction respiratoire et l'espérance de vie.

L'arrêt du tabac reste la base, d'efficacité prouvée par toutes les études.

L'entraînement physique est toujours bénéfique sur la qualité de vie.

Les vaccinations antigrippale et anti-pneumococcique sont conseillées, malgré l'absence d'études spécifiques

Les broncho-dilatateurs inhalés sont indiqués dès qu'il y a des symptômes, le choix dépendant de l'efficacité observée sur ces symptômes.

Les corticoïdes inhalés ne sont indiqués que dans les formes sévères, seuls ou associés à un broncho-dilatateur. Les corticoïdes oraux sont réservés aux exacerbations.

Le tout doit s'inscrire dans une démarche d'éducation du patient.

Corticoïdes : seulement dans les formes sévères

Plusieurs synthèses et méta-analyses ont montré que l'usage des ***corticoïdes inhalés*** réduisait de 30% la fréquence des exacerbations, mais essentiellement dans les formes sévères (dyspnée et épisodes d'exacerbations répétés, VEMS <70%). Ils n'ont pas d'effet sur le déclin du VEMS, ni sur la mortalité. Les effets secondaires sont surtout des candidoses buccales et des hématomes cutanés. Il peut y avoir une diminution de la densité osseuse, mais sans augmentation du risque fracturaire²⁻⁴ et une augmentation du risque de pneumonie⁶.

L'association corticoïdes inhalés+B2 stimulants dans les BPCO sévères (VEMS<60%) ne réduit pas non plus la mortalité, mais améliore l'état de santé global, réduit la fréquence des exacerbations, et protège contre un déclin de la fonction respiratoire^{6,7}.

Les ***corticoïdes oraux*** ne sont utiles que lors des exacerbations, sans dépasser 20 jours.

Autres moyens pharmacologiques

Les mucolytiques réduisent légèrement la fréquence et l'intensité des exacerbations. Les antitussifs et sédatifs sont contre-indiqués. **Les antibiotiques** ne sont utiles qu'en cas d'exacerbation⁴. **Les vaccinations sont largement recommandées** : vaccination antigrippale annuelle, vaccination antipneumococcique, malgré l'absence d'étude spécifique.

Références :

- 1- Collectif. BPCO, de plus en plus fréquente, mais sous-diagnostiquée / Histoire naturelle de la BPCO / Dépister la BPCO. *Bibliomed*. 2007; 466; 467; 469.
- 2- Rennard SI. Treatment of stable chronic obstructive pulmonary disease. *Lancet*. 2004; 364: 791-802.
- 3- Sin DD et al. Contemporary management of chronic obstructive pulmonary disease. *JAMA*. 2003; 290: 2301-12.
- 4- Prescrire rédaction. Bronchopneumopathie chronique obstructive. *Rev Prescrire*. 2004; 247: 118-28.
- 5- Reyn C. La place des stéroïdes dans le traitement de la BPCO. *Rev Med Suisse*. 2007; 3: 457-61.
- 6- Rabe KF. Treating COPD. The TORCH trial, p values, and the dodo. *N Engl J Med*. 2007; 356: 851.
- 7- Criner GJ. Optimal treatment of COPD: the search for the magic combination of inhaled bronchodilators and corticosteroids *Ann Int Med*. 2007; 146: 606-8.