

En bref

La BronchoPneumopathie Chronique Obstructive (BPCO) est une maladie inflammatoire chronique des voies respiratoires, lente, progressive et irréversible qui évolue jusqu'à une insuffisance respiratoire chronique. Les données en France de prévalence (3,5 millions de français affectés), d'incidence (40 000 nouveaux cas chaque année), de mortalité (18 000 décès par an) et d'hospitalisation (150 000 hospitalisations en 2015) confirment que la BPCO est une maladie grave, fréquente et très handicapante. La BPCO touche 210 millions de personnes dans le monde.

Le sous-diagnostic est important du fait des symptômes inconstants et peu spécifiques, et de la sous-utilisation des tests d'exploration fonctionnelle respiratoire (spirométrie). Une évaluation de la sévérité doit être réalisée (recommandations GOLD 2007).

La prédisposition génétique serait un facteur de risque intrinsèque. Mais la seule maladie génétique héréditaire identifiée comme facteur de risque de BPCO est le déficit en alpha-1-antitrypsine (environ 1 % des malades).

Les phénomènes observés sont l'hypersécrétion de mucus, l'obstruction et la distension pulmonaire, conséquences de l'inflammation chronique bronchique, du remodelage mais aussi de la destruction du parenchyme pulmonaire. Il en résulte une dyspnée provoquant un handicap respiratoire, responsable d'une diminution des activités physiques. L'inflammation du tissu broncho-pulmonaire peut coexister à un degré variable avec une inflammation systémique.

Outre ses complications, la BPCO peut être associée à différentes comorbidités pulmonaires ou extrapulmonaires.

La prise en charge repose sur trois grands principes.

1. Eviction de l'exposition aux facteurs de risques : tabac.

2. Traitements médicamenteux symptomatiques :

- bronchodilatateurs : bêta 2mimétiques et anticholinergiques, corticoïdes inhalés ;

- associations de LABA et LAMA ;

- méthylxanthines (pas en première intention) ; seule la théophylline LP a l'AMM en France dans la BPCO.

- corticoïdes inhalés, uniquement en association fixe avec des β 2-agonistes de longue durée d'action. Chez les malades présentant des exacerbations malgré une double thérapie, une escalade thérapeutique est depuis peu recommandée (GOLD 2017) avec une triple association : LAMA / LABA / corticoïde inhalé. La SPLF a proposé une alternative à ces recommandations.

- D'autres médicaments peuvent être utilisés : roflumilast (pas commercialisé en France), fluidifiants bronchiques (hors AMM), leucotriènes, antitussifs, antibiotiques (macrolides au long cours), statines.

La voie inhalée est essentielle. Le choix de l'inhalateur (aérosols doseurs, de poudre sèche ou de brumisat) se fera en fonction des capacités d'inhalation, de coordination main/poumon, et du débit pulmonaire.

- Les perspectives de nouveaux médicaments incluent le mépolizumab, et des associations dans une même molécule d'un bronchodilatateur β 2-agoniste et anti-muscarinique.

3. Traitement non médicamenteux avec réhabilitation respiratoire et éducation thérapeutique.

La ventilation non invasive au long cours est le plus souvent recommandée dans les décompensations hypercapniques ou lorsqu'à la suite d'exacerbations répétées, l'hypercapnie à l'état stable persiste.

Mots-clés : antimuscarinique, bêta-2-mimétique, bronchodilatateur, bronchopneumopathie chronique obstructive, corticoïde inhalé, méthylxanthine.

Abstract. Chronic Obstructive Pulmonary Disease: therapeutic strategies

Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) is a chronic, slow, progressive and irreversible inflammatory disease of the respiratory tract that progresses to chronic respiratory failure. According to WHO, it affects 210 million people in the world. It would become the 4th leading cause of death in 2030, after ischemic heart disease, stroke, and respiratory infections.

Undiagnosis is important because of inconsistent, non-specific symptoms, and underutilization of respiratory function tests (spirometry-based respiratory function testing). An assessment of the severity must be made (GOLD 2007 recommendations).

Genetic predisposition is an intrinsic risk factor.

The observed phenomena are hypersecretion of mucus, obstruction and pulmonary distension, consequences of chronic bronchial inflammation, remodeling but also destruction of the pulmonary parenchyma. This results in dyspnea causing a respiratory disability, responsible for a decrease in physical activity.

The management is based on three main principles.

1. Eviction of exposure to risk factors: tobacco essentially.

2. Symptomatic medical treatments:

- β 2-agonist and anticholinergic bronchodilators, inhaled corticosteroids;
- associations of LABA and LAMA;
- methylxanthines (not in first intention);
- inhaled corticosteroids, only in fixed combination with long-acting β 2-agonists. In patients with exacerbations despite dual therapy, therapeutic escalation has recently been recommended (GOLD 2017) with a triple combination: LAMA / LABA / inhaled corticosteroid.
- Other drugs may be used: roflumilast, bronchial thinners, leukotrienes, antitussives, long-course macrolides, statins.

The inhaled route is essential. The choice of the inhaler is based on inhalation capacity, hand / lung coordination.

- Prospects for new drugs include mepolizumab, and combinations in the same molecule of a β 2-agonist and anti-muscarinic bronchodilator.

3. Non-drug treatment with respiratory rehabilitation and therapeutic education.

Keywords: anticholinergic, beta-2-agonist, bronchodilator, chronic obstructive pulmonary disease, inhaled corticosteroid, methylxanthine.