

L'intérêt limité du tiotropium versus placebo dans le traitement chronique de la BPCO a été récemment souligné dans Minerva¹ à propos de l'étude UPLIFT² : pas de bénéfice statistiquement significatif pour l'évolution du VEMS ni pour le nombre de patients ayant au moins une exacerbation. Les autres traitements inhalés proposés sont-ils plus efficaces ? Une synthèse méthodique³, analysée également dans Minerva⁴, ne montrait pas de différence de bénéfice entre tiotropium, bêta₂-mimétiques à longue durée d'action et corticostéroïdes inhalés, avec un bénéfice prouvé uniquement chez des patients symptomatiques (dyspnée, exacerbations fréquentes) et avec un VEMS généralement en-dessous de 50%.

Une nouvelle méta-analyse vient d'être publiée⁵, basée sur une recherche en réseau, processus précédemment commenté dans Minerva⁶. Sur base de 35 études incluant un total de 26 786 patients, pour le critère nombre de patients avec ≥ 1 exacerbation(s), cette étude ne montre pas de différence d'efficacité entre bêta₂-mimétiques à longue durée d'action (LABA), anticholinergiques à longue durée d'action (LAAC) et corticostéroïdes inhalés (ICS). Les associations ne sont pas plus efficaces qu'un traitement unique : bronchodilatateurs de longue durée + ICS versus LABA d'une part et LABA + ICS versus LAAC d'autre part. Une exception : en cas de VEMS $\leq 40\%$ les LAAC, les ICS et l'association ICS + LABA sont plus efficaces que les LABA utilisés seuls. Vu la technique de méta-analyse (en réseau), avec des médicaments différents et des doses variables, ces dernières observations demandent confirmation.

Rappelons aussi que les autres traitements que l'arrêt du tabac n'apportent pas de preuve d'une modification du déclin respiratoire à long terme.

Cette méta-analyse sur recherche en réseau confirme l'absence de preuve d'une différence, en termes de prévention des exacerbations, des différents traitements inhalés et de leurs associations, sauf, peut-être, en cas de VEMS $\leq 40\%$.

Références

1. Chevalier P. Tiotropium et évolution du VEMS dans la BPCO. MinervaF 2009;8(3):26-7.
2. Tashkin DP, Celli B, Senn S, et al; UPLIFT Study Investigators. A 4-year trial of tiotropium in chronic obstructive pulmonary disease. N Engl J Med 2008;359:1543-54.
3. Wilt TJ, Niewoehner D, MacDonald R, Kane RL. Management of stable chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review for a clinical practice guideline. Ann Intern Med 2007;147:639-53.
4. Chevalier P. Médicaments inhalés pour le traitement de la BPCO stable. MinervaF 2008; 7(3):34-5.
5. Puhan MA, Bachmann LM, Kleijnen J, et al. Inhaled drugs to reduce exacerbations in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a network meta-analysis. BMC Med 2009;7:2.
6. De Cort P. Les diurétiques restent le premier choix pour traiter l'hypertension artérielle non compliquée. MinervaF 2004;3(3):47-9.