

# Médicaments homéopathiques indiqués dans la bronchopneumopathie chronique obstructive<sup>☆</sup>



## *Homeopathic medicines indicated in chronic obstructive pulmonary disease*

625, avenue de la Mer, 83230 Bormes-les-Mimosas, France

**Bernard Poitevin**  
(médecin allergologue  
homéopathe)

Disponible en ligne sur [ScienceDirect](http://www.sciencedirect.com) le 30 avril 2015

### RÉSUMÉ

La bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) est la principale maladie respiratoire chronique. Les médecins homéopathes sont consultés régulièrement pour un traitement complémentaire de la thérapeutique conventionnelle. Nous décrivons les principaux médicaments homéopathiques et leur mode de prescription en distinguant les médicaments d'action locale, les médicaments indiqués dans les exacerbations et ceux pouvant contribuer à l'arrêt du tabac, ainsi que les médicaments de terrain fréquemment rencontrés chez les patients atteints de BPCO. © 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

### SUMMARY

*Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is the most common chronic respiratory disease. Homeopathic doctors are regularly consulted for a treatment to be taken as a complement to conventional therapy. We describe the main homeopathic drugs and their mode of prescription, distinguishing local action medicines, medicines indicated for exacerbations and those which can help patients to stop smoking, as well as the terrain medicines frequently used by patients with COPD.*

© 2015 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

### INTRODUCTION

La bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), définie par une obstruction permanente et progressive des voies aériennes [1], résulte d'une combinaison variable chez un individu de lésions des voies aériennes et du poumon, responsables d'une limitation chronique, définitive en grande partie, des débits aériens. Elle se caractérise par un trouble ventilatoire obstructif (TVO), fixe ou peu réversible sous traitement. La perte de

fonction respiratoire, progressive, est plus importante chez le fumeur. Le tabagisme, y compris passif, en est la cause principale, mais elle peut être aussi due à l'exposition professionnelle ou domestique à des toxiques (silice, poussières de charbon, poussières végétales) ou des irritants (moisissures). Sa prévalence est estimée à 7,5 % dans une population de plus de 40 ans [1].

Le diagnostic de la BPCO est actuellement insuffisant : selon Bruno Housset, le diagnostic est fait une fois sur quatre [2]. Seulement la

### Mots clés

BPCO  
Homéopathie  
Exacerbations  
*Antimonium tartaricum*  
*Arsenicum album*  
*Hepar sulfuris calcareum*  
*Ipeca*  
*Kalium carbonicum*  
*Silicea*  
*Sulfur*

### Keywords

COPD  
Homeopathy  
Exacerbations  
Homeopathy  
*Antimonium tartaricum*  
*Arsenicum album*  
*Hepar sulfuris calcareum*  
*Ipeca*  
*Kalium carbonicum*  
*Silicea*  
*Sulfur*

<sup>☆</sup> Cours donné à la faculté de médecine de Marseille dans le cadre du diplôme universitaire d'homéopathie.

Adresse e-mail :  
[bernard.poitevin@wanadoo.fr](mailto:bernard.poitevin@wanadoo.fr)

moitié des malades diagnostiqués est traitée. Outre le caractère insidieux du début de la maladie, la banalisation des symptômes et la méconnaissance de la maladie et de ses risques évolutifs considérables contribuent à cette insuffisance de diagnostic et de traitement.

L'apport de l'homéopathie a déjà été envisagé dans un article récent, illustré par des cas cliniques [3]. Nous apporterons ici un complément sur les principaux médicaments homéopathiques utilisés, ceci à partir des données de la littérature et également en fonction de l'expérience clinique. L'intérêt de l'homéopathie dans la BPCO sera discuté : même si elle ne peut avoir qu'un rôle de thérapeutique complémentaire, son apport peut être très utile chez certains patients, en particulier chez ceux souffrant d'effets secondaires dus à la corticothérapie inhalée ou qui présentent une intolérance à ce traitement [2,4].

## CLINIQUE, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT CONVENTIONNEL

### Clinique

Le diagnostic de BPCO peut être évoqué devant une toux chronique, souvent banalisée par le fumeur, une expectoration chronique durant plus de deux à trois mois, des bronchites traînantes. La dyspnée est souvent tardive, mal corrélée à la fonction respiratoire. Il peut y avoir également une distension thoracique, une somnolence. Il faut savoir dépister les sujets à risques, en particulier les fumeurs de plus de 40 ans ayant un tabagisme supérieur à 20 paquets par an chez l'homme et 15 paquets par an chez la femme et chez les patients étant ou ayant été exposés à des risques professionnels. La diminution du débit expiratoire de pointe ou du VEMS devra faire réaliser une spirométrie.

### Diagnostic

La spirométrie permet le diagnostic de la BPCO dont la définition, fonctionnelle, correspond à un rapport VEMS/CVF

< 70 %, ceci après correction par un bronchodilatateur. Le diagnostic différentiel avec un asthme ancien « fixé » avec un TVO devenu irréversible est parfois difficile. La spirométrie permet d'évaluer les stades de sévérité (Tableau I).

Cette classification est schématique : si la mesure du VEMS et du rapport VEMS/CV reste centrale dans le diagnostic et dans le pronostic vital, le VEMS est cependant peu corrélé avec les symptômes, la capacité d'effort ou la qualité de vie. Il est également nécessaire d'évaluer la dyspnée, en utilisant l'échelle de dyspnée du Medical Research Council traduite en français et modifiée (MMRC) (Tableau II).

Le handicap socioprofessionnel ou lié à la vie courante (loisir) sera évalué, ainsi que le nombre d'exacerbations annuelles. Une radiographie du thorax sera demandée systématiquement pour éliminer une maladie cardiaque, une autre atteinte bronchopulmonaire (cancer, dilatation des bronches). L'imagerie pourra mettre en évidence une distension thoracique, un aplatissement des coupes et une horizontalisation des côtes, un cœur verticalisé, une raréfaction de la trame pulmonaire ou des bulles d'emphysème.

Des complications seront recherchées : anxiété, dénutrition à un stade évolué, anémie, insuffisance respiratoire chronique (IRC), apnée du sommeil, ou complications cardio-vasculaires (cœur pulmonaire chronique). Leur diagnostic sera fait en relation avec le pneumologue et le cardiologue. Une demande d'affection longue durée sera effectuée avec l'accord du patient [1] dont le suivi thérapeutique sera ainsi facilité.

L'évolution de la BPCO se caractérise par des exacerbations aiguës avec augmentation de la dyspnée, de la toux et/ou de l'expectoration, de début brutal et nécessitant une modification du traitement habituel. Les exacerbations, liées principalement à des infections virales ou bactériennes, peuvent être peu sévères et prises en charge à domicile, modérément sévères et nécessitant une assistance médicale, ou sévères nécessitant l'hospitalisation.

La BPCO est aussi une maladie systémique. Les processus inflammatoires impliqués dans la BPCO peuvent « déborder » du poumon sous l'action des cytokines pro-inflammatoires et cette inflammation systémique peut jouer un rôle dans les

**Tableau I. Stades de sévérité de la BPCO en fonction de la spirométrie (selon la HAS [1]).**

Stade	I Légère	II Modérée	III Sévère	IV Très sévère
VEMS/CV	< 70 %			
VEMS	> 80 % de la valeur théorique	50 % < VEMS < 80 % de la valeur théorique	30 % < VEMS < 50 % de la valeur théorique	< 30 % de la valeur théorique OU < 50 % de la valeur théorique avec insuffisance respiratoire chronique grave

**Tableau II. Échelle de dyspnée du Medical Research Council traduite en français ou modifiée (MMRC).**

Stade	Dyspnée
0	Pour des efforts soutenus (montée de deux étages)
1	Lors de la marche rapide ou en pente
2	À la marche sur terrain plat ou en suivant quelqu'un de son âge
3	Obligé à s'arrêter pour reprendre son souffle après quelques minutes ou une centaine de mètres sur terrain plat
4	Au moindre effort

**Tableau III. Comorbidités chez les patients atteints de BPCO.****Comorbidités***Cardio-vasculaires (30 % des patients ayant une BPCO)*

Arythmie

Cardiopathie ischémique

Insuffisance cardiaque droite (HTAP, cœur pulmonaire chronique) et/ou gauche

Les bêtabloquants cardio-sélectifs peuvent être utilisés.

*Neuropsychiatriques*

Anxiété

Dépression

*Musculo-squelettiques*

Ostéoporose

Faiblesse des muscles périphériques

*Métaboliques*

Surcharge pondérale

Dénutrition ou cachexie à un stade avancé

Anémie ou polyglobulie

Diabète

*Troubles du sommeil, syndrome d'apnée du sommeil**Cancers liés au tabac : poumon, vessie, sphère ORL*

selon la HAS [1], modifié.

complications extrapulmonaires de la BPCO. La BPCO est une maladie globale avec risque de dénutrition, d'atteinte musculaire et d'augmentation du risque d'autres maladies cardiovasculaires. De plus, il y a des comorbidités liées à des facteurs causaux communs (tabagisme), à l'interférence des traitements (corticothérapie et ostéoporose) et à des facteurs inflammatoires communs (*Tableau III*).

**Traitement conventionnel**

Il a pour buts de soulager les symptômes, prévenir les aggravations, améliorer la tolérance à l'exercice et la qualité de vie, prévenir et traiter les complications, diminuer le recours aux soins et réduire la mortalité. Outre l'aide au sevrage tabagique, indispensable dans ce cas, la thérapeutique est globale : elle comprend des traitements pharmacologiques avec bronchodilatateurs (bêta 2 mimétiques, anticholinergiques, méthylxanthines) et corticoïdes inhalés à partir du stade de BPCO sévère, la prise en charge des exacerbations et leur prévention, la kinésithérapie respiratoire, l'oxygénothérapie et l'éducation thérapeutique. La réhabilitation respiratoire est une méthode de prise en charge globale qui comprend l'entraînement à l'exercice, l'éducation thérapeutique, le sevrage tabagique, une prise en charge psychologique, un suivi nutritionnel et une prise en charge sociale [2]. Elle a pour buts d'augmenter la tolérance à l'effort, d'améliorer la qualité de vie, de réduire les exacerbations et de diminuer les conséquences systémiques de la maladie et les coûts de santé dus à la consommation de soins et aux hospitalisations.

D'autres mesures générales seront associées, telles la maîtrise des risques professionnels et les vaccinations

antigrippale et antipneumococcique. Les foyers infectieux, en particulier dentaires, seront éradiqués.

Les thérapeutiques complémentaires, homéopathie, acupuncture, phytothérapie, peuvent jouer un rôle utile dans cette pathologie chronique et de nombreux patients consultent dans ce but. Un autre motif de consultation reste la tolérance aux traitements, en particulier aux corticoïdes inhalés dont les effets restent l'objet d'interrogations [2] relatives à la notion de bons répondeurs et de non-répondeurs aux corticoïdes inhalés, aux pathologies induites (pneumonies) et aux faibles conséquences lors de leur remplacement par un traitement bronchodilatateur « maximal » [4]. Cependant, une corticothérapie inhalée à dose adaptée reste préférable à la répétition trop fréquente de corticothérapie orale.

**THÉRAPEUTIQUE HOMÉOPATHIQUE**

Nous donnerons les grandes lignes du traitement homéopathique en distinguant :

- les médicaments locaux de la bronchite chronique ;
- les médicaments indiqués dans les exacerbations et ceux pouvant contribuer à l'arrêt du tabac ;
- les médicaments de terrain fréquemment rencontrés chez les patients atteints de BPCO.

**Principaux médicaments d'action locale**

Ils sont bien décrits par les auteurs classiques [5,6], le second article différenciant les médicaments actifs préférentiellement sur l'expectoration et la dyspnée.

**Médicaments principalement actifs sur l'expectoration**

Deux médicaments sont fréquemment indiqués : *Antimonium tartaricum* et *Ipeca* [5].

***Antimonium tartaricum*** : le patient est faible, abattu, avec une dyspnée, accompagnée parfois de battements des ailes du nez, d'une cyanose des lèvres, de cernes bleuâtres, d'un abattement avec somnolence. La respiration est difficile et bruyante avec des râles fins, humides, parfois plus épais. La toux est grasse avec une expectoration muqueuse, épaisse, difficile à décoller, avec langue saburrale. Parfois l'expectoration est abondante. Le patient présente des sueurs froides, une pâleur. Il est amélioré assis, par les expectorations, et aggravé allongé, par la chaleur, vers 3 heures à 4 heures du matin. Ce médicament est prescrit en dilutions basses (4 CH, 5 CH) et moyennes (7 CH, 9 CH). *Antimonium sulfuratum aureum* a un tableau similaire avec un coryza épais, une expectoration difficile et épaisse, des râles nombreux, une aggravation hivernale, moins d'asthénie. Ces deux médicaments sont prescrits en basse dilution en cas d'expectoration difficile, en dilution plus élevée en présence de sécrétions abondantes et de signes généraux.

***Ipeca*** : la dyspnée est moins marquée, la toux spasmodique, incessante et suffocante, sans expectoration ; les râles sont fins, avec prédominance de sibilants ; des râles plus épais, sous-crépitant, peuvent apparaître plus tardivement. Il peut y avoir une épistaxis. La langue est propre. *Ipeca* est prescrit en dilutions basses (4 CH, 5 CH) et moyennes (7 CH, 9 CH). Deux autres médicaments sont indiqués en cas d'expectoration difficile, principalement chez le sujet âgé.

**Senega** : il y a une abondance de mucosités bronchiques, mucopurulentes, avec expectoration difficile. Cette hypersécrétion s'accompagne de dyspnée et oppression, d'une toux douloureuse, de nombreux râles épais. Il est particulièrement indiqué chez le sujet âgé et prescrit en dilutions basses (6 DH, 4 CH).

**Causticum** : ce médicament, mis au point par Hahnemann et défini par son mode de fabrication, est indiqué selon Jouanny [6] chez des malades encombrés, avec une expectoration difficile. La toux s'accompagne de sensations de plaies à vif dans la poitrine, parfois d'incontinence sphinctérienne.

La survenue d'une expectoration purulente oriente vers des médicaments différents.

**Mercurius solubilis** : la toux est grasse avec expectoration mucopurulente. Il peut y avoir des signes infectieux d'origine ORL et les signes bucco-pharyngés caractéristiques : langue épaisse, saburrale, gardant l'empreinte des dents, inflammation gingivale, hypersalivation, soif vive. Il y a fréquemment une aggravation nocturne, notamment due à la chaleur du lit. Il est prescrit en dilutions moyennes (7 CH) à hautes (15 CH).

**Hepar sulfuris calcareum** : l'expectoration est purulente souvent malodorante, avec une toux rauque et douloureuse, une transpiration facile, aigrette. Le malade est intolérant au froid. Ce remède est prescrit en dilutions moyennes (7 CH) à hautes (15 CH).

**Hydrastis canadensis** : les expectorations sont adhérentes, purulentes, visqueuses, filantes avec une toux peu productive. Le patient est amaigri, fatigué, avec une impression de faiblesse générale. Il est aggravé par le froid et au grand air. La prescription se fait au long cours en basses dilutions (4 CH, 5 CH).

**Kalium bichromicum** : l'expectoration a des caractéristiques proches de celles d'*Hydrastis canadensis*. Il y a souvent une participation ORL. Ce remède est également prescrit en basses dilutions.

**Phellandrium aquaticum** : ce médicament moins connu est caractérisé par une toux fréquente et suffocante, matinale, avec une expectoration mucopurulente, abondante, fétide. Une douleur thoracique droite peut faire partie du tableau. Il y a une aggravation hivernale et en fin de nuit. Il est prescrit en basses dilutions.

**Stannum metallicum** : la toux est importante, douloureuse avec une expectoration abondante, visqueuse, épaisse, muqueuse ou mucopurulente. La dyspnée survient au moindre effort et est aggravée en parlant. Le patient, souvent âgé, a une sensation de faiblesse dans la poitrine. Ce médicament est indiqué dans des BPCO évoluées avec infection bronchique chronique chez un sujet épuisé. Il correspond à une aggravation chronique de *Phosphorus*. Il est prescrit en dilutions 5 CH à 9 CH.

### Médicaments principalement actifs sur la dyspnée

Quatre médicaments ont une indication fréquente intégrant des signes généraux [6].

**Arsenicum album** : la toux est sèche, peu productrice, avec une dyspnée principalement nocturne, une sensation de brûlure dans la poitrine. L'asthénie, la sensation de faiblesse, l'angoisse, l'agitation, la filiosité et l'aggravation par le froid conduiront à la prescription d'*Arsenicum album* en 7 CH ou 9 CH.

**Kalium carbonicum** : il y a une dyspnée permanente aggravée à l'effort, mais aussi de décubitus, la nuit (vers 3 heures du

matin) obligeant le malade à s'asseoir, les coudes sur les genoux. La toux est violente avec une expectoration difficile de crachats perlés. Il peut y avoir des douleurs thoraciques piquantes, au niveau des bases pulmonaires, surtout à droite. Il s'agit d'un patient fatigué, frileux, avec des sueurs, des œdèmes périphériques, des signes digestifs et cardiaques, une hypersensibilité sensorielle, principalement aux bruits. Ce médicament prescrit quotidiennement en dilution 5 CH à 9 CH est aussi indiqué dans les complications cardiaques de la BPCO.

**Carbo vegetabilis** : la séméiologie de ce médicament est caractérisée par une dyspnée avec suffocation, obligeant le patient à s'asseoir. Il y a une toux, des râles épais, une expectoration difficile. Ces patients, qui présentent souvent des complications cardiaques, ont une cyanose et une hypoxie. Ils « demandent de l'air » et sont dépendants de l'oxygénothérapie. Ce médicament de forme très sévère de BPCO est prescrit en dilutions variables adaptées à la réponse du patient.

**Grindelia robusta** : ce médicament, préparé à partir de la teinture-mère de *Grindelia*, riche en polyphénols ayant une activité anti-inflammatoire, antibiotique et expectorante, est indiqué en cas de dyspnée suffocante avec toux spasmodique, expectoration difficile, sibilants et râles épais. La suffocation survient quand le patient s'endort ou se réveille, le patient devant s'asseoir dans son lit pour respirer mieux. Il est indiqué en basses dilutions au long cours (3 DH à 6 DH). D'autres médicaments ont une action plus ponctuelle.

**Ammonium carbonicum** : outre leur action sur l'obstruction nasale, les dilutions de carbonate d'ammonium officinal sont indiquées devant une dyspnée avec râles bronchiques par accumulation de sécrétions épaisses. Le malade a une sensation d'oppression, il suffoque en s'endormant, son expectoration est difficile, et il ressent de la faiblesse, avec des douleurs thoraciques et des palpitations concomitantes. Une comorbidité cardiaque oriente aussi vers sa prescription, en dilutions 5 CH à 9 CH.

**Lobelia inflata** : ce médicament déjà décrit [3] et dont la teinture-mère contient des alcaloïdes (lobéline) à effet vagotonique, spasmolytique et broncho-dilatateur, est indiqué en cas de dyspnée, avec toux spasmodique et sensation de constriction thoracique. Son intérêt spécifique repose sur l'aggravation des symptômes par le tabac auquel le patient est intolérant. Il peut être utile en dilutions basses (6 DH) dans le sevrage tabagique.

**Quebracho** : ce « petit » médicament, dont la teinture-mère est préparée à partir d'un arbre séché d'Amérique latine, le quebracho blanc, a une action d'appoint fidèle dans la dyspnée survenant au moindre mouvement avec hypoxie et cyanose. Il est indiqué dans les BPCO de forme sévère, le plus souvent en basses dilutions (3 CH à 5 CH).

**Blatta orientalis** : préparé à partir de la blatte orientale, *Blatta orientalis* est indiqué devant une dyspnée et une toux avec expectoration difficile, quand un terrain atopique est intriqué avec la BPCO. Il est prescrit en dilutions variables, de la 4 CH à 15 CH, selon la réaction du patient.

**Sambucus nigra** : la dyspnée est dans ce cas d'origine ORL avec obstruction nasale et toux spasmodique, rauque d'origine laryngée. Ce médicament d'appoint est prescrit en dilutions 4 CH à 9 CH.

Trois médicaments d'indication plus rares sont signalés par Michel Guermonprez [5] : *Myositis arvensis* avec une toux grasse et des sueurs profuses, *Myrtus communis* qui aurait



une affinité pour le sommet gauche, et *Squilla maritima* dont la toux productrice est accompagnée de signes urinaires et/ou cardiaques associés.

### Médicaments des épisodes de bronchite aiguë et des exacerbations

Selon les dernières définitions (Gold 2014) [7], l'exacerbation de BPCO est « un événement aigu caractérisé par une aggravation des symptômes respiratoires, au-delà des variations quotidiennes et conduisant à une modification thérapeutique ». Sa gravité peut être légère (ne nécessitant pas de nouveau traitement), modérée (nécessitant une antibiothérapie et/ou une corticothérapie) ou nécessiter une hospitalisation. L'homéopathie peut être indiquée dans les formes légères à modérée.

Le patient est fébrile avec aggravation de la toux et de la dyspnée ; il y a des risques de complications chez le sujet âgé. Sur la radio pulmonaire est constatée une absence de foyer pulmonaire, mais un tableau de bronchite diffuse par atteinte alvéolaire. La demande d'une numération et formule sanguine et de la C Reactive Protein (CRP) est souvent utile. L'antibiothérapie, non systématique, est indiquée en cas de dyspnée et d'expectoration purulente verdâtre [8]. Au stade de BPCO très sévère, l'antibiothérapie est systématique.

### Médicaments prescrits sur les caractéristiques de l'inflammation

Les médicaments classiques d'inflammation sont indiqués au début de la phase d'exacerbation ou à la phase d'état [9,10].

**Aconitum napellus** : le début est brutal avec hyperthermie, peau sèche, soif vive, ceci chez un patient vigoureux et agité. La toux est sèche et douloureuse et peut être consécutive à l'exposition au froid sec. Les signes sont aggravés après minuit et dans une chambre chaude. La période de prescription de ce médicament est courte. La prescription se fait en doses, 9 CH à 15 CH, ou en granules fréquemment répétés de 7 CH à 9 CH.

**Apis mellifica** est indiqué par Michel Guernonprez [9] sur une obstruction bronchique et une dyspnée intense de début brutal avec absence de soif, intolérance à la chaleur ambiante. La prescription se fait en doses, 9 CH à 15 CH, ou en granules fréquemment répétés de 7 CH à 9 CH.

**Belladonna** : l'hyperthermie de début également brutal s'accompagne de congestion céphalique, d'hyperesthésie aux bruits et à la lumière, de sueurs abondantes. La toux est sèche, spasmodique, douloureuse. La transpiration est abondante, le visage rouge. La prescription se fait en doses, de 9 CH à 15 CH, ou en granules fréquemment répétés de 7 CH à 9 CH.

**Bryonia alba** : ce médicament est prescrit sur un état fébrile d'apparition progressive, qui peut se maintenir en plateau. Il peut aussi succéder à *Aconitum napellus*. La toux est sèche, douloureuse, avec sécheresse de la gorge et est aggravée en parlant et au mouvement, comme la douleur rétrosternale ou thoracique qui est calmée par la compression du thorax. Le patient est immobile. Il est prescrit des dilutions 5 CH à 9 CH.

**Drosera rotundifolia** : ce médicament actif au niveau du larynx et de la trachée peut aussi toucher les grosses bronches avec une toux sèche, spasmodique, d'allure quinteuse. Il peut y avoir une cyanose de la face et une respiration sifflante. Le patient expectore des mucosités filandreuses, jaunâtres, parfois sanguinolentes. Les symptômes sont aggravés la nuit, par

la chaleur du lit, et améliorés par la pression des mains. Il est prescrit aux dilutions 5 CH à 15 CH, et il est aussi utile à la phase d'état et lorsqu'une toux quinteuse d'irritation persiste.

**Ferrum phosphoricum** : la température est moins élevée, avec une alternance de pâleur et de rougeur des joues ; la toux est sèche, douloureuse avec une sensation de brûlure ; une épistaxis peut survenir. La prescription se fait en basses dilutions.

### Médicaments d'action générale

Parmi les médicaments d'action générale [9,10], *Arsenicum album*, *Hepar sulfuris calcareum*, *Kalium carbonicum*, *Mercurius solubilis*, déjà traités, peuvent être prescrits lors des exacerbations. Quatre autres médicaments de terrain seront également fréquemment indiqués.

**Phosphorus** : ce médicament de terrain ou d'action générale est indiqué dans les exacerbations. La toux est sèche et rauque, aggravée en parlant avec une douleur rétrosternale à type de brûlure. La température est élevée avec des oscillations majorées en fin de journée. La survenue d'hémoptysies oriente fortement vers *Phosphorus*. La présence de signes de gravité (fièvre persistante, dyspnée avec battements des ailes du nez) oriente vers la présence d'un foyer pulmonaire, qui nécessite une antibiothérapie adaptée. *Phosphorus* est prescrit de la 5 CH à la 15 CH, parfois en doses. *Sanguinaria canadensis* est un médicament d'action complémentaire avec congestion du visage, douleur brûlante rétrosternale, et expectoration teintée de sang.

**Pulsatilla** : la toux est grasse, sèche la nuit, avec une expectoration très abondante, jaune, épaisse, sans douleur ; la dyspnée est absente ou modérée. Le patient a besoin d'air et est aggravé dans des lieux chauds et confinés. Selon M. Guernonprez, « la bronchite à ce stade n'est encore qu'un avertissement sérieux au jeune ou à la jeune fumeuse » [9]. Il s'agit de BPCO débutantes, parfois vers l'âge de 40-45 ans, que l'on rencontre chez des adultes fumeurs encore jeunes. La présence d'un asthme dû aux acariens ou aux spores de moisissures, souvent méconnu par les patients qui repoussent la consultation et les recommandations d'arrêt du tabagisme auxquelles ils vont devoir être confrontés, aggrave le tableau respiratoire. Il faut savoir dépister et traiter tôt ces sujets chez lesquels le tabagisme devra tôt ou tard être arrêté, les essais suivis d'échecs étant ici fréquemment rencontrés. Il sera prescrit des dilutions 7 CH à 15 CH.

**Silicea** : il peut être indiqué en complément d'*Hepar sulfuris calcareum*, ou à sa suite lorsque l'asthénie persiste chez un patient frileux, hyperesthésique. La prescription en échelle, de 7 CH à 15 CH, est alors bien indiquée.

**Sulfur iodatum** : ce médicament peut-être indiqué dans des exacerbations survenant chez les adultes d'âge moyen. La toux sèche et douloureuse est aggravée en parlant, avec une sensation de congestion de la poitrine, de larynx à vif. Ces sujets peu frileux de façon générale peuvent cependant avoir des exacerbations au froid. Une prescription en échelle de 7 CH à 15 CH est souvent utile à la fin d'une exacerbation dans le cadre de BPCO de forme légère à modérée.

### Médicaments prescrits en fonction des signes concomitants

À côté des médicaments d'action locale, qui peuvent aussi être prescrits en phase d'exacerbation sur les caractéristiques de la dyspnée ou de l'expectoration, d'autres médicaments sont

prescrits en fonction de signes concomitants touchant le plus souvent la sphère ORL.

**Eupatorium perfoliatum** est indiqué en cas de syndrome grippal. Il est prescrit de la 5 CH à la 15 CH.

**Allium cepa** peut être indiqué en cas de rhinopharyngite, comme *Sticta pulmonaria* ; ce dernier médicament, indiqué sur la sécheresse nasale et la sensation de striction de la racine du nez, est souvent décevant. Ils sont prescrits de la 5 CH à la 15 CH

**Rumex crispus** peut être indiqué en cas de laryngotrachéite avec aggravation par l'air inspiré froid. Il est prescrit en basses dilutions. *Drosera rotundifolia*, *Ipeca*, et *Antimonium tartaricum* peuvent également être indiqués.

En cas de suppuration, *Mercurius solubilis*, *Hepar sulfuris calcareum* pourront être prescrits. Selon les cas, *Pyrogenium*, aux dilutions 5 CH à 15 CH et *Echinacea angustifolia* en teinture-mère (TM) ou en basses dilutions seront prescrits. Ce dernier médicament, de prescription phyto-homéothérapeutique, permet l'épargne de nombreuses antibiothérapies.

En l'absence d'amélioration de l'exacerbation ou en cas de survenue de complications, il faudra revoir le traitement, remettre en question l'indication de l'homéopathie et hospitaliser si nécessaire.

### Arrêt du tabac et homéopathie

Ce sujet délicat mériterait d'être développé plus longuement car il est décisif dans l'évolution de la BPCO. De façon très schématique, la motivation du patient est le critère déterminant, et le choix de la méthode de soutien à l'arrêt du tabagisme dépend largement de son tempérament. Outre les substituts nicotiques qui sont un soutien à l'arrêt, les thérapies cognitivo-comportementales permettent la prévention des rechutes.

Parmi les thérapeutiques alternatives, l'homéopathie est en pratique souvent demandée par les patients. *Tabacum* ne semble pas être d'une efficacité redoutable et *Lobelia inflata* est souvent mieux indiqué [3]. Les médicaments adaptés aux modifications du comportement (irritabilité de *Nux vomica*, frustration de *Staphysagria*, asthénie et « déprime » de *Sepia*) nous semblent mieux adaptés, tout comme les médicaments correspondant au tempérament du patient.

### Traitement de terrain

Les principaux médicaments rencontrés sont ceux de la lignée psorique (*Sulfur*, *Nux vomica*, *Calcarea carbonica*, *Kalium carbonicum*, *Arsenicum album*, *Psorinum*) et sycotique (*Thuja*, *Natrum sulfuricum*, *Medorrhinum*, *Dulcamara*, *Causiticum*) fréquemment complétés par les deux grands médicaments de suppuration chronique, *Silicea* et *Hepar sulfuris calcareum*. Les médicaments de mode réactionnel tuberculitique (*Pulsatilla*, *Sulfur iodatum*, *Phosphorus*, *Tuberculinum*) sont plus souvent indiqués chez les adultes d'âge moyen, dans les BPCO débutantes.

**Sulfur** est le principal médicament rencontré chez les sujets vigoureux, aggravés par la chaleur. Il s'agit de patients longtemps en équilibre – même s'ils sont fumeurs – ou tout au moins qui se persuadent d'être en bon état de santé et consultent assez tardivement. L'apparition d'une dyspnée d'effort commence à les inquiéter. Il y a de nombreux intervalles libres chez ces patients actifs, intolérants à la chaleur, niant souvent le rôle du tabac, réalité qui les dérange. Lorsque le patient présente également des signes comportementaux de *Nux*

*vomica*, il peut cependant prendre rapidement la décision d'arrêter le tabagisme, et ce médicament lui sera alors très utile pendant la phase de sevrage, pour éviter l'irritabilité excessive. *Lycopodium clavatum* est plus rarement indiqué dans la BPCO, mais plutôt lors de pneumonies. *Calcarea carbonica* sera prescrit sur le type sensible, et sera plus fréquemment rencontré lors de BPCO dues à des facteurs d'exposition professionnelle, chez des patients consciencieux et attachés à leur travail. *Kalium carbonicum* sera le médicament d'aggravation de la BPCO, associant frilosité, fatigue liée aux aggravations nocturnes, œdèmes discrets, dyspnée au moindre effort et comorbidités cardiaques. *Hepar sulfuris calcareum* pourra être prescrit chez tous ces patients

**Arsenicum album** se situe à l'opposé de *Sulfur* : le sujet, frileux, amaigri, anxieux, parfois agité, présente une BPCO d'aggravation progressive avec un état général altéré et une dyspnée d'effort qui l'inquiète. Il est aggravé par les exacerbations dont il se remet mal. Contrairement à *Sulfur* qui tend à arrêter le traitement dès qu'il va mieux, le comportement méticuleux d'*Arsenicum album* favorise l'observance. Le biothérapeutique *Psorinum*, avec son aggravation hivernale, la frilosité extrême, la chronicité désespérante des récives, sera un complément utile surtout lors de l'évolution vers l'amaigrissement. Il complétera également *Silicea*.

**Thuja occidentalis** est le principal médicament des BPCO évoluées, avec l'apparition d'emphysème et de sclérose ainsi que de signes iatrogènes et de comorbidités psychiatriques et rhumatologiques. Le thorax est globuleux et les surinfections mycosiques fréquentes, avec survenue possible d'aspergillomes. L'évolution vers la chronicité est longue, progressive, chez un patient aux tendances dépressives, fréquemment aggravé par les traitements conventionnels et réagissant souvent insuffisamment à l'homéopathie même bien indiquée. Il faudra savoir reconnaître et traiter ces patients assez tôt à un stade où *Natrum sulfuricum*, avec lequel il partage l'aggravation par le froid humide et les comorbidités neuropsychiatriques et rhumatologiques, est encore indiqué sur un état général resté satisfaisant. *Dulcamara* sera prescrit chez ces patients lors de l'aggravation par le froid humide.

**Causiticum**, déjà décrit, est selon M. Guermontprez un médicament de fibrose et de sclérose pulmonaire, avec des comorbidités neuropsychiatriques (dépression, déficit sensitivomoteur, incontinence) et musculo-squelettiques (raideur). Les sensations locales d'écorchure, de plaie à vif, de brûlures localisées, associées à une faiblesse générale et à une hypersensibilité excessive pouvant s'accroître avec l'âge, orienteront vers la prescription de ce médicament.

**Phosphorus** est le principal médicament du mode réactionnel tuberculitique pouvant être prescrit à tous les stades de la BPCO. Il le sera sur les signes locaux avec sensation de brûlure, sur l'alternance d'aggravations brutales et de récupérations rapides, sur l'aggravation vespérale et par le temps orageux, ainsi que sur les comorbidités cardiovasculaires et musculo-squelettiques. Les autres médicaments tuberculitiques, *Pulsatilla* et *Sulfur iodatum*, déjà traités, seront indiqués dans les BPCO des sujets jeunes. Ces patients peuvent également être victimes d'atteintes bronchiques d'origine allergique, et il faudra, lors des consultations, dépister tôt une BPCO débutante pour que l'arrêt du tabac soit programmé par le patient. La prescription de tuberculines sera prudente si elle est nécessaire.

**Silicea**, complémentaire chronique d'*Hepar sulfuris calcareum*, mais aussi médicament d'aggravation de *Pulsatilla*, sera

certes prescrit sur la notion de suppuration chronique ou d'antécédents de suppuration, mais il sera nécessaire de le prescrire de façon précoce chez des patients encore sthéniques, devenant frileux, transpirant facilement, réagissant mal aux traitements conventionnels particulièrement aux vaccinations, souvent observateurs intelligents et travailleurs scrupuleux et obstinés, anxieux et hypersensibles et donc sujets à des décompensations organiques et psychologiques. Ce médicament est également rencontré dans les BPCO d'origine professionnelle, ces patients étant peu enclins à la consommation du tabac qu'ils supportent très mal. Ils sont par ailleurs prédisposés à l'ostéopénie, et la prescription, trop fréquemment rencontrée, de posologies élevées de corticostéroïdes oraux ou inhalés devrait être impérativement évitée chez ces sujets. Deux autres médicaments de suppuration, moins connus, peuvent lui être comparés [11] : *Calcarea sulfurica*, moins frileux que *Silicea* et amélioré au grand air, et *Calcarea silicata*, amaigri et très frileux. *Silicea* sera prescrit chez le type sensible naturellement, mais aussi souvent pour la prévention des infections hivernales en complément des biothérapies *Influenzinum*, *Sérum de Yersin*, *Thymuline*. *Penicillinum* pourra aussi être prescrit après antibiothérapie et en cas de fièvre traînante [9].

L'apport de ce traitement de terrain est essentiel. Joint à un traitement symptomatique et à un traitement des lésions, il permet dans certains cas une stabilisation de la BPCO et parfois une amélioration objectivable à la spirométrie et par l'échelle de dyspnée (MMRC), amélioration qui peut se traduire par le passage d'un stade III à un stade II ou d'un stade IV à un stade III. L'hygiène de vie est naturellement déterminante.

## CONCLUSION

Les médicaments homéopathiques ont en pratique, et pour certains patients, un réel intérêt, en traitement complémentaire de la BPCO. L'homéopathie, seule ou conjointe à l'acupuncture et à la phytothérapie, peut permettre de soulager les symptômes, de prévenir les aggravations, d'améliorer l'état général du patient, sa qualité de vie et sa tolérance à l'effort, de traiter certaines exacerbations, et de diminuer dans certains cas le recours à la corticothérapie inhalée, avec un contrôle spirométrique régulier. Lorsque le patient a une bonne hygiène de vie et suit régulièrement son traitement, en particulier le traitement de terrain, on peut assister à une stabilisation, et parfois à une amélioration de la BPCO. Le plus souvent, le traitement permet d'améliorer l'état général du sujet et de retarder l'évolution de la BPCO vers l'IRC. Le médecin homéopathe, par son approche sémiologique fine et individualisée, peut également jouer un rôle positif dans le diagnostic précoce de la BPCO et son suivi qui se fera en collaboration avec le pneumologue.

### Déclaration d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de conflit d'intérêts en relation avec cet article.

## RÉFÉRENCES

- [1] Haute autorité de santé. Bronchopneumopathie chronique obstructive. Guide du parcours de soins [Internet]; Juin 2014 [consulté le 05/04/2015]. Disponible sur le site : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/guide\\_parcours\\_de\\_soins\\_bpco\\_finale.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/guide_parcours_de_soins_bpco_finale.pdf).
- [2] Housset B. Prise en charge de la BPCO [Internet]. [consulté le 05/04/2015]. Disponible sur le site : [http://www.acadpharm.org/dos\\_public/Prise\\_en\\_charge\\_de\\_la\\_BPCO\\_Acad\\_Pharm\\_2014\\_HOUSSET.pdf](http://www.acadpharm.org/dos_public/Prise_en_charge_de_la_BPCO_Acad_Pharm_2014_HOUSSET.pdf).
- [3] Sarembaud A. La broncho-pneumopathie chronique obstructive, environnement et possibilités de l'homéopathie. *La Revue d'homéopathie* 2010;12-8.
- [4] Similowski T. Sevrage des corticoïdes inhalés au cours de la BPCO [Internet]; 15 novembre 2014 [consulté le 05/04/2015]. Disponible sur le site : <http://www.laspif.org/wmedias/141115/6%20Thomas%20Similowski.pdf>.
- [5] Guernonprez M. Bronchite chronique, toux et expectoration. In: *Homéopathie, principes, clinique, techniques*. Paris: CEDH; 2006;269-74.
- [6] Jouanny J, Crapanne JB, Dancer H, Masson JL. Bronchites chroniques. In: *Thérapeutique homéopathique. Tome I Possibilités en pathologie chronique* 3e éd. Sainte-Foy-lès-Lyon: Boiron; 2000;163-8.
- [7] Bailly C. BPCO : des recommandations sur les exacerbations. *Egora* 16 févr. 2015;46:21-2.
- [8] Ader F. Antibiothérapie des exacerbations de BPCO [consulté le 05/04/2015]. Disponible sur le site : [http://www.infectiologie.com/site/medias/enseignement/du-lyon/2014-DUCIV-Lyon-Ader\\_atb\\_ebpc.pdf](http://www.infectiologie.com/site/medias/enseignement/du-lyon/2014-DUCIV-Lyon-Ader_atb_ebpc.pdf).
- [9] Guernonprez M. Infections respiratoires basses. In: *Homéopathie, principes, clinique, techniques*. Paris: CEDH; 2006;269-74.
- [10] Jouanny J, Crapanne JB, Dancer H, Masson JL. Bronchites aiguës. In: *Thérapeutique homéopathique. Tome I. Possibilités en pathologie aiguë* 2e éd. Sainte-Foy-lès-Lyon: Boiron; 1989;229-35.
- [11] Levrat M. In: Horvilleur A, Pigeot CA, Rérolle F, editors. *Broncho-pneumopathie chronique obstructive*. Paris: Elsevier Masson; 2012;429-31.

## POUR EN SAVOIR PLUS

- Guernonprez M, Pinkas M, Torck M. Matière médicale homéopathique. Sainte-Foy-lès-Lyon: Boiron; 1997.
- Demarque D, Jouanny J, Poitevin B, Saint-Jean Y. Pharmacologie et matière médicale homéopathique. Paris: CEDH; 2003.
- Tétou M. Thérapeutique homéopathique en pathologie respiratoire. *Homéopathie*. In: *Encycl.med.Nat*. Paris: Frison-Roche; 1995. Chap. XV.1.
- Rabbat A, Guetta A, Lorut C, Lefebvre A, Roche N, Huchon G. Prise en charge des exacerbations aiguës de BPCO. *Revue des maladies respiratoires*. 2010; 27:933-53. doi:10.1016/j.rmr.2010.08.003