



DISCOURS D'OUVERTURE DU VIII CONGRÈS DE L'AFVP HAIPHONG: 10-12/11/2014

Jean-Paul Homasson
Président de l'AFVP
Chevilly Larue - France

Monsieur le Ministre de la Santé du Vietnam,

Monsieur le Professeur Pham Van Thuc, Recteur de l'Université de Médecine et de Pharmacie de Haiphong,

Monsieur le Docteur Alain Dorie, représentant l'Ambassade de France à Hanoi,

Monsieur le Professeur Philippe Delaval, Président de la Société de Pneumologie de Langue Française,

Monsieur le Professeur Ali Ben Kheder et Monsieur le Docteur Bernard Pigearias, représentant aussi la SPLF,

Chers collègues et amis,

L'Association Franco-Vietnamienne de Pneumologie a été créée en 1992. L'Association a établi des partenariats avec d'importantes structures médicales vietnamiennes à Hanoi, Ho Chi Minh Ville, Dalat et Haiphong depuis 1996. Le Docteur Georges Esculpavit, présent dans la salle et que je remercie, a entretenu et développé ce partenariat pendant plusieurs années.

Haiphong accueille pour la première fois le 8ème congrès de l'AFVP mais avant tout je voudrais rendre hommage au Docteur Duong Quang Trung qui nous a quittés en 2013.

Trung a été l'origine de l'AFVP. Directeur du service de santé de Ho Chi Minh Ville il m'a présenté en 1992, après l'inauguration de l'Institut du Coeur, au Docteur Pham Duy Linh alors médecin directeur de l'hôpital Pham Ngoc Thach. De ces rencontres est née l'AFVP. Trung avait une formation de chirurgien thoracique. Il voulait développer la spécialité à l'Hôpital Pham Ngoc Thach et son vœu a été réalisé quelques années plus tard grâce au dynamisme du Docteur Hayssam Bakdach, alors Vice-président de l'AFVP, lui aussi disparu prématurément.

Les activités actuelles de l'AFVP sont plus ciblées, et les sessions chirurgicales tiennent une part importante. Elles sont maintenant mises en place par le Docteur François Barbotin-Larrieu, Vice-président de

l'AFVP, anesthésiste-réanimateur. Les sessions ont lieu à l'Hôpital Pham Ngoc Thach de Ho Chi Minh Ville et l'Hôpital National des Maladies Respiratoires à Hanoi.

Le Docteur Nguyen Viet Nhung, nouveau directeur de l'hôpital National des Maladies Respiratoires a le souhait de réaliser avec l'aide de l'AFVP la première transplantation pulmonaire à l'horizon 2018-2020. Une mission d'évaluation sur la faisabilité aura lieu au printemps 2015.

Pour 2015 nous allons aussi créer un groupe franco-vietnamien de chirurgie thoracique-anesthésie réanimation qui définira les programmes annuels de coopération. Je demande dès maintenant au chirurgiens et anesthésistes vietnamiens qui le souhaitent de faire acte de candidature pour participer à ce groupe. Les autres activités sont l'immuno-allergologie, les pathologies du sommeil et l'endoscopie interventionnelle.

Concernant l'immuno-allergologie je peux aussi annoncer la tenue d'un premier congrès sous l'égide de l'AFVP en 2015, organisé par le Docteur Michèle Raffard, secrétaire de l'AFVP.

Des sessions sur les pathologies du sommeil ont été développées depuis 4 ou 5 ans à Ho Chi Minh Ville, Hanoi, Haiphong et Dalat avec transfert de compétences, apport de matériels de diagnostic et de traitement.

Le Docteur Francis Martin, Secrétaire Adjoint de l'AFVP annoncera la création d'un « groupe sommeil » franco-vietnamien, défini par une charte lors de la session sur les pathologies du sommeil.

Les sessions d'anesthésie réanimation ont déjà commencé en 2013 à Ho Chi Minh Ville.

Le Docteur Gérard Body va créer un groupe de kinésithérapie respiratoire.

Ce congrès sera aussi l'occasion de remettre les attestations de participation au Diplôme Universitaire de pneumologie mis en place à Haiphong pour les années 2013-2014. La ville a été choisie suite à une concertation entre l'Université de Médecine et de Pharmacie de Haiphong, l'AFVP et l'Ambassade de France à Hanoi.

Pour cela nous devons particulièrement remercier le Docteur Jean-Baptiste Dufourcq, alors médecin à l'Ambassade pour cette proposition. En effet, pour la première fois c'est une association qui a été sollicitée pour trouver les enseignants et l'Université française partenaire.

Plusieurs étaient sur les rangs d'autant que les universitaires ne manquent pas dans l'Association. Le prochain DU, 2014-2015 sera organisé à Ho Chi Minh Ville sous la direction du Professeur A.T. Dinh Xuan, membre de l'AFVP et Chef de service de Physiologie/Exploration fonctionnelle respiratoire à l'Hôpital Cochin et Directeur de l'Institut Universitaire de Santé de Corse.

Nous remercions l'Ambassade de France pour l'aide apportée à la réalisation concrète de ce projet.

L'AFVP a été informée de la création récente de la Société de Pneumologie du Vietnam sous la direction du Professeur Ngo Quy Chau avec laquelle nous espérons créer des liens étroits.

Ce congrès est aussi un préambule au 35^{ème} Anniversaire de l'Université de Médecine de Haiphong. Les cérémonies auront lieu juste après le congrès et si je ne peux pas être présent, l'AFVP sera représenté par les Docteurs François Barbotin-Larrieu, Michèle Raffard et Gérard Body.

Pour finir nous féliciterons le Docteur Duong Quy Sy, Rédacteur en Chef du Journal Franco-Vietnamien de Pneumologie, nommé Professeur associé.

J'ai résumé les actions de l'AFVP et les nouvelles perspectives. Le prochain congrès pourrait avoir lieu dans 2 ans à Hué. Mais la décision en revient à nos amis vietnamiens.

Je termine pour remercier tous ceux qui nous ont soutenus financièrement pour l'organisation de ce congrès, l'industrie pharmaceutique vietnamienne et les prestataires de services français présents dans la salle.

Merci enfin à mon interprète, Mademoiselle Vuong Anh Xuan qui est aussi ma filleule depuis une vingtaine d'années.

CONFÉRENCE INAUGURALE

L'asthme dans tous ses états: Les traitements d'aujourd'hui et de demain

M. Humbert

Hôpital Bicêtre, Le Kremlin-Bicêtre. France

E-mail: marc.humbert@bct.aphp.fr

RÉSUMÉ

L'asthme est une maladie respiratoire très fréquente et la plus courante des affections chroniques de l'enfant. C'est souvent une maladie de diagnostic aisé et facile à contrôler grâce aux médicaments disponibles et à des mesures d'environnement qui sont résumées dans les recommandations d'experts, en particulier de l'OMS (Global Initiative for Asthma, GINA).

Les traitements de la crise sont bien codifiés et reposent sur la prise à la demande de bronchodilatateurs de la famille des bêta2 sympathomimétiques. Dans l'asthme persistant la corticothérapie inhalée (dont la dose est adaptée à la sévérité de la maladie et au contrôle des symptômes) est la pierre angulaire du traitement de fond. Les seuls obstacles à un contrôle optimal semblent être l'accès au traitement qui peut être coûteux, l'observance thérapeutique souvent médiocre, la qualité de prise des médicaments inhalés parfois imparfaite et la sévérité de la maladie. Les recommandations de traitement de l'asthme persistant comportent une prise en charge éducative, des mesures de contrôle environnemental (tabac, allergènes, irritants...) et les corticoïdes inhalés, parfois associés à des bronchodilatateurs de longue durée d'action et d'autres traitements additionnels comme les antileucotriènes, la théophylline et les corticoïdes oraux.

Toutefois environ 5% des patients ont un asthme sévère difficile à contrôler malgré une prise en charge « optimale ». Ces patients peu nombreux concentrent les risques de complications graves liées à l'asthme, de recours inopinés aux soins (urgence, hospitalisation...) et d'altération de la qualité de vie. Ils présentent un handicap fonctionnel important et des coûts directs et indirects majeurs. Les principales innovations thérapeutiques de l'asthme s'adressent à eux.

Nous avons progressé au cours des dernières années dans la connaissance de l'asthme sévère. Tout d'abord, nous avons appris à mieux le diagnostiquer

et à exiger une évaluation diagnostique initiale et un suivi suffisamment long pour éliminer tout problème de diagnostic différentiel, d'inobservance thérapeutique et de problème de co-morbidités non maîtrisées. Cette maladie est très hétérogène. Ainsi l'asthme sévère allergique est plus fréquent chez l'enfant et la rhino-sinusite chronique sévère est présente chez la plupart des asthmatiques sévères de l'adulte, qu'ils soient allergiques ou non. Les asthmatiques sévères peuvent être des patients présentant des exacerbations répétées ou une obstruction bronchique permanente peu ou pas réversible.

Les mécanismes responsables de l'asthme sévère ne sont pas univoques mais la persistance de l'inflammation et des anomalies structurales bronchiques sont les caractéristiques les plus constantes.

Le message à retenir de l'asthme sévère en 2014, est qu'il s'agit d'une affection chronique nécessitant une investigation initiale et un suivi standardisé dans des centres spécialisés, comme cela est encouragé dans le cadre des centres de référence pour les maladies rares.

La prise en charge thérapeutique doit envisager des contrats d'objectifs définis *a priori* et réévalués régulièrement. Enfin, les nouveaux traitements doivent être testés dans des sous-groupes de patients aux caractéristiques comparables et évaluer des paramètres convaincants comme le nombre d'exacerbations sur des périodes de suivi suffisamment longues.

La meilleure connaissance des mécanismes à l'origine de l'asthme a permis d'identifier de nouvelles cibles thérapeutiques, au premier rang desquels les cellules orchestrant l'inflammation bronchique (lymphocytes, mastocytes, polynucléaires éosinophiles, cellules épithéliales...), et les principaux médiateurs produits localement par ces cellules.

Par exemple, les anticorps de l'allergie (immunoglobulines E, IgE) jouent-ils un rôle essentiel dans l'asthme allergique et l'interleukine 5 (IL-5) joue un rôle majeur dans l'asthme éosinophile. Bloquer les IgE ou l'IL-5 est possible et efficace dans des sous-groupes d'asthmatiques mal contrôlés.

Des essais ciblant d'autres médiateurs sont en cours (IL-4, IL-13, récepteur de l'IL-5...). Ces nouveaux traitements permettront peut-être des progrès significatifs dans les années à venir. Néanmoins il est important de souligner que la majorité des asthmatiques disposent dès aujourd'hui de stratégies thérapeutiques efficaces et bien tolérées.

SESSION A1: ASTHME

Croissance verte et la question de santé dans les actions de la ville visant le développement durable

Nguyễn Văn Thành

Membre du Comité Central du PCV, Secrétaire du Comité Municipal du PCV et Présidence du Conseil Municipal de la Ville de Haiphong

RÉSUMÉ

Hai Phong est la troisième grande ville du Vietnam, avec environ 2 millions d'habitants. La formation et le développement de la ville est associés au Port de Hai Phong. Les conditions naturelles dont la position apporte à la ville les rôles importants dans la stratégie de développement régional. L'analyse SWOT (forces, faiblesses, opportunités et menaces) montre que la ville a beaucoup de conditions favorables pour le développement économique (situation géographique, infrastructure technique complète avec 5 modes/voies de communication). Cependant, la prise de conscience de la communauté et du gouvernement local (municipal) sur le développement durable, la croissance «verte», produits ou production à faible teneur en carbone, consommation durable reste restreinte. Les facteurs objectifs ou/et subjectifs pouvant avoir des influences négatives à la santé comprennent le changement climatique, la pollution de l'environnement résultant du processus de production contribuent à l'augmentation de la morbidité et de la mortalité, à réduire l'espérance de vie moyenne, augmentation de la migration conduit à une augmentation des maladies. Dans ce contexte, la ville a établi des stratégies et plans d'action à mettre en œuvre l'objectif de croissance verte pour la période d'ici à 2020, y compris les objectifs d'orientation accentuant la construction de Haiphong visant la perspective d'une ville portuaire verte, un point clé de l'économie maritime vert du pays, le centre régional d'Éducation, de Sciences, de Soins médicaux.

Dans la perspective à l'an 2020, la ville devrait mobiliser ses efforts pour mettre en œuvre ces tâches spécifiques: Réduire l'intensité des émissions de gaz à effet de serre (1); Promouvoir l'utilisation de l'énergie propre, l'énergie renouvelable (2); Rendre la production et les modes de vie «vertes» et promouvoir la consommation durable (3). En un mot, la ville privilège avec forte préférence le développement Économie - Sciences-Santé - Politique synchronisé par la mise en œuvre des mesures aussi synchrones, dont une attention particulière est axée sur les soins et la protection de la santé des gens pour devenir une ville de haute vivabilité après 2020.

L'Application du GINA de 2014 au Vietnam

L. Le Thi Tuyet

Centre des Soins Respiratoires
Université de Médecine et Pharmacie de Ho Chi Minh ville. Vietnam
E-mail: tuyetlanyds@gmail.com

RÉSUMÉ

L'asthme est une maladie fréquente au Vietnam. Le taux du contrôle de l'asthme est encore bas au Vietnam et également dans la région Asie-pacifique.

Le Vietnam a appliqué le GINA à la pratique dès son lancement et développe ce programme dans tout le pays.

Dans le diagnostic de l'asthme, il faut envisager également les tuberculoses pulmonaire et bronchique. La spirométrie avec le test de bronchodilatateur est utilisé en pratique routine pour tester la réversibilité des bronches. Elle sert de diagnostic différentiel avec la BPCO.

Le traitement initial se base sur le GINA de 2000, le guide pratique du GINA 2014 est encore complexe. Les médicaments anti-asthmiques recommandés par le GINA sont disponibles au Vietnam, sauf les anti-IgE.

Les erreurs concernant le traitement de l'asthme au Vietnam sont liées aux indications incorrectes, l'utilisation des antibiotiques ou des corticoïdes par voie orale ou parentérale, l'utilisation de salbutamol par voie orale, l'abus de la nébulisation à domicile...

Dans l'évaluation du contrôle asthmatique, il faut suivre les recommandations du GINA 2014.

La compliance thérapeutique des patients asthmatiques est encore mauvaise (40%).

Sur la base du GINA 2014, nous avons identifié les questions qui doivent être mieux traitées, et établi un plan d'action.

Cependant, le nombre d'hospitalisation à la suite d'une crise d'asthme et la mortalité liée à l'asthme sont en nette diminution grâce à l'application des recommandations du GINA au Vietnam.

Il nous faut établir une coopération au niveau national pour l'étude sur le contrôle de l'asthme afin d'améliorer la situation actuelle.

Mesure du NO expiré dans les études à grandes échelles sur l'asthme

S. Duong-Quy^{1,2}, T. Hua-Huy¹, N.N. Le-Dong¹, Q.N. Doan-Thi², B. Nguyen-Quoc², J.P. Grignet³, J.P. Homasson³, A.T. Dinh-Xuan¹

¹: Service de Physiologie-Explorations Fonctionnelles, Hôpital Cochin. Paris

²: Collège de Médecine de Lam Dong. Vietnam

³: Association Franco-Vietnamienne de Pneumologie, Chevilly Larue. France

E-mail: sy.duong-quy@cch.aphp.fr

RÉSUMÉ

Introduction. La mesure de la fraction de concentration du monoxyde d'azote dans l'air expiré (FENO) est un examen utile pour l'évaluation de l'inflammation des voies aériennes chez les sujets asthmatiques qui ont besoin du traitement par corticostéroïdes inhalés (CSI).

L'objectif. L'objectif de cette étude était de démontrer l'intérêt de la FENO dans la décision - l'adaptation thérapeutiques et le coût - l'efficacité du traitement par CSI.

Méthode. Les patients asthmatiques non contrôlés de plus de 18 ans avec FENO > 25ppb, mesurée par l'appareil NObreath, ont été inclus et classés en 3 groupes selon la décision et l'adaptation thérapeutique: Gr1: suivi GINA, Gr2: suivi GINA+FENO et Gr3: suivi la FENO.

Résultats. 162 patients inclus ont été répartis en 3 groupes : Gr1: 48 patients (FeNO=52±12ppb), Gr2: 64 patients (FeNO=54±18 ppb), Gr3: 50 patients (FeNO=53±16 ppb). Le contrôle total a été obtenu après 3 mois. A 9 mois, le pourcentage des patients sous CSI à forte dose dans le Gr1>Gr3>Gr2 (24%, 17%, 12%, respectivement; p<0,01). A 18 mois: 65% patients du Gr2 sous CSI à faible dose > 54% dans le Gr1>42% dans le Gr3 (p<0,01) ; 56% patients du Gr3 sous CSI à moyenne dose >37% dans le Gr1 >27% (p<0,001).

Après 18 mois, les doses totales des CSI étaient plus faibles dans le Gr2 vs Gr1 et Gr3. Le nombre d'exacerbation dans le Gr2< Gr3< Gr1. Le coût du traitement était plus bas chez les patients du Gr2 par rapport aux Gr1 et Gr3.

Conclusion. La mesure de la FENO permet d'adapter la dose de CSI et de diminuer le coût du traitement des patients asthmatiques. Elle apporte un outil nécessaire dans la prise en charge de l'asthme.

SESSION A2: TUBERCULOSE & INFECTIONS PULMONAIRES

Le double rôle de l'inflammation au cours de la tuberculose

G. Marchal

Tolerys et Institut Pasteur, Paris. France

E-mail: gilles.marchal@pasteur.fr

RÉSUMÉ

L'infection d'un nouveau sujet par *Mycobacterium tuberculosis* est secondaire à l'inhalation d'un seul bacille parmi les bacilles émis lors de la toux par un malade. Il n'y a pas d'autre mode de contamination que ce dépôt dans une alvéole d'un bacille isolé. Ce bacille se multiplie dans un macrophage alvéolaire qui le ou les transporte vers le ganglion drainant l'alvéole. Les bacilles se multiplient dans ce ganglion et y induisent une réponse immunitaire. Réponse immunitaire « classique » faite d'une immobilisation locale dans ce ganglion de lymphocytes T CD4+ spécifiques des antigènes libérés par les bacilles lors de leur multiplication. Après quelques jours de multiplication locale ces lymphocytes T quittent le ganglion et circulent. Se souvenir que ces cellules font le tour de l'organisme en moins de 24h. La persistance de quelques bactéries dans l'alvéole initiale conduit à une réponse inflammatoire locale, complexe primaire. Dans 90 à 95% des cas, l'inflammation locale dans le parenchyme pulmonaire et le ganglion arrêtent la multiplication des bactéries, vraisemblablement en créant des zones locales d'anaérobiose.

Une bactériémie, à partir du ganglion drainant, conduit à des localisations multiples de gravité variable pour le patient. La localisation pulmonaire en particulier dans les sommets conduit à la création de lésions dans des zones de haute pression en oxygène à la fois favorables aux bacilles et défavorables à la réponse immunitaires. La création du tuberculome par la réponse inflammatoire et l'élimination du caséum en créent la caverne et permettent la survie des bacilles en tant qu'espèce.

En fait, quasiment parasite par ces interactions avec son hôte, les bacilles assurent aussi leur survie prolongée dans les lésions par des modifications de leur métabolisme. Ils peuvent survivre plus de 30 ans chez un sujet infecté. Ils assurent aussi leur survie en induisant chez l'hôte la production de lymphocytes T régulateurs qui diminuent l'intensité des réponses inflammatoires.

Cette induction de lymphocytes T régulateurs, Tregs, de description relativement récente, est en rapport directe avec la présence des bactéries vivantes. Leur fréquence, élevée au cours de la tuberculose diminue avec le traitement, anti-biotique ou chirurgical. L'induction de Tregs est une voie pour obtenir de nouveaux anti-inflammatoires.

Résultats préliminaires sur les résistances aux médicaments des mycobactéries chez des enfants porteurs de tuberculose pulmonaire

V. HoangThanh¹, S. Tran Van²

¹: Hôpital National de Pneumologie. Hanoi

²: Université de Médecine de Hanoi. Hanoi - Vietnam

E-mail: sangtranvan49@yahoo.com

RÉSUMÉ

Parmi 192 des enfants ≤15 ans avec le diagnostic de nouveaux cas de tuberculose pulmonaire au service de Pédiatrie, Hôpital Central de Poumon (1/2006 - 6/2010), il y avait 93 cas avec la culture de TB sur Loewenstein Jensen et ayant les résultats de l'antibiogramme. Le taux de la résistance primitive à n'importe quel médicament était 25,8%. Parmi eux, le taux de la résistance à un médicament était 14,0%, 2 médicaments à 11,8%. Le taux de la résistance à la SM + INH (9,7%), SM + EMB (1,1%), multirésistance (INH + RIF) à 1,1%. La résistance à la SM (19,4%), INH (16,1%), RIF (1,1%), EMB (1,1%). Dans le groupe avec les lésions pulmonaires de 3^e degré, le taux de la résistance (15,7%) était supérieur par rapport avec les groupes dont les lésions pulmonaires de 1^{er} et 2^e degré (5,3%) ($p < 0,05$).

La tuberculose chez les patients infectés par le VIH: la collaboration entre les programmes du VIH et de la tuberculose pour améliorer le diagnostic et le traitement de tuberculose et de VIH à Ho Chi Minh Ville, Vietnam (2006 - 2013)

B.Y. Nguyen-Thi¹, N. Dong-Van², D. Nguyen-Huy¹, L. Nguyen-Huu¹

¹: Hôpital Pham Ngoc Thach, Ho Chi Minh Ville. Vietnam

²: Comité Provincial du SIDA, Ho Chi Minh Ville

E-mail: cdcbd7@yahoo.com

RÉSUMÉ

Contexte. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) recommande de faire un Conseil et Dépistage du VIH à l'Initiative du Soignant (CDIS) à tous les patients de la tuberculose (TB), un dépistage de la TB pour les patients atteints du VIH et de renforcer la collaboration entre les programmes du VIH et de la TB. Le Programme national de lutte contre la tuberculose à Ho Chi Minh-Ville a mis en œuvre ces activités avec le soutien du Centres pour le contrôle et la prévention des maladies des États-Unis (Centers for Disease Control and Prevention - CDC des États-Unis) depuis 2006.

Méthodologie. Les données de CDIS pour les patients tuberculeux, dépistage et diagnostic de la tuberculose pour la population VIH et transfert des patients co-infectés TB/VIH entre les deux programmes de Juillet 2006 à Mars 2014 ont été recueillies et analysées.

Résultats. De 2006 à 2013, parmi le total des 101 150 patients atteints de la tuberculose enregistrés à Ho Chi Minh-Ville, CDIS a été réalisée avec succès sur 92 792 (91,7%) patients. Le nombre de patients séropositifs du VIH était 12 963 (12,8%). Parmi ces personnes, il y avait 9428 patients (72,7%) qui connaissaient déjà leur statut de séropositif du VIH. Le CDIS a contribué à fournir un diagnostic de VIH pour 3534 patients atteints de tuberculose (27,3%). 9761 (75,3%) des patients co-infectés par le VIH et la tuberculose ont été renvoyés avec succès aux cliniques externes (passant de 17,8% en 2006 à 85,6% en 2013). Dépistage de la tuberculose dans la population VIH a été fait depuis 2008 et maintenant il est l'activité de routine dans les centres de consultation externe à Ho Chi Minh-Ville. Le taux des personnes VIH ayant des signes suspectés de la tuberculose transférant avec succès aux cliniques de tuberculose a augmenté de 75% (en 2008) à 99% (en 2013). Le nombre de cas tuberculeux chez les patients VIH est en baisse, à partir de 1250 (32% en 2008) à 232 (6% en 2013) patients. Grâce à la coopération étroite entre les personnels de la santé dans les établissements de soins du VIH et de la TB, le taux de patients co-infectés qui ont été placés sous ARV s'est amélioré d'année en année (9% en 2006 à 71,4% en 2013). Ce qui a contribué à améliorer les résultats du traitement de la tuberculose chez les patients VIH et augmenter le taux de guérison (de 65,3% en 2006 à 71,8% en 2012) et diminuer le taux de mortalité (de 17,5% en 2006 jusqu'à 11,5% en 2012) à Ho Chi Minh ville.

Conclusion. Ces résultats ont démontré la réussite du CDIS chez les patients atteints de tuberculose, dépistage et diagnostic de la tuberculose pour la population VIH à Ho Chi Minh-Ville du Vietnam. La collaboration étroite entre les personnels de la santé

dans les deux programmes du VIH et de la tuberculose a augmenté le taux de patients co-infectés TB/VIH qui reçoivent un traitement ARV tôt au cours de leur temps de traitement de la tuberculose est très important. Plus de patients tuberculeux infectés par le VIH sous traitement antirétroviral et le diagnostic de la tuberculose précoce chez la population VIH peuvent aider à améliorer les résultats du traitement de la tuberculose. Plus d'efforts sont encore nécessaires pour maintenir et accroître l'accès aux ARV pour les patients co-infectés par le VIH et la tuberculose.

SESSION A3: PNEUMO-PÉDIATRIE

Conduite à tenir devant une détresse respiratoire du jeune enfant

J.C. Mercier

Hôpital Robert Debré, Paris. France

E-mail: jean-christophe.mercier@rdb.aphp.fr

RÉSUMÉ

Détresse respiratoire aiguë de l'enfant

La détresse respiratoire aiguë est un motif fréquent de consultation aux Urgences pédiatriques. Le diagnostic de bronchiolite aiguë ou de crise d'asthme était porté chez près de 5% des 80.000 enfants ayant consulté dans notre service d'Urgences à Paris en 2013. Toutefois, moins d'un enfant par jour a nécessité une prise en charge en salle d'accueil des urgences vitales (SAUV).

L'analyse clinique d'une détresse respiratoire est essentielle pour différencier les dyspnées inspiratoires (laryngées), aux deux temps (trachéale - penser au corps étranger) ou expiratoires (bronchiolite, asthme) dont le *wheezing* (audible à distance ou à l'auscultation) signe la nature virale de la pathologie respiratoire et dispense de réaliser une radiographie de thorax. En effet, dans la plupart des pays industrialisés, la généralisation des vaccins conjugués anti-*Hemophilus* et anti-pneumococcique a considérablement réduit l'incidence des pneumonies franches lobaires aiguës ou des pleuropneumopathies bactériennes dont certaines formes graves et évolutives sont liées à Strepto A ou à *Staph. aureus* notamment producteur de la leucocidine de Panton-Valentine et méthi-R.

Les multiples virus respiratoires (rhinovirus, VRS, métapneumovirus, adénovirus, coronavirus, etc.) sont responsables d'un tableau souvent univoque de

bronchiolite aiguë pour lequel il n'y a pas de traitement validé autre que d'attendre patiemment la guérison spontanée qui peut prendre plusieurs jours à quelques semaines (toux durable). La difficulté est de convaincre les parents qu'il faut être patient et les médecins d'éviter de prescrire antitussifs et antibiotiques. La répétition des bronchiolites aiguës chez un même enfant fait discuter « l'asthme du nourrisson » qui doit être traité comme une crise d'asthme aiguë, sans que ceci préjuge d'une évolution vers un asthme de l'enfant ou de l'adulte plus tard. La génétique de l'asthme est complexe et les facteurs épigénétiques (tabagisme familial, pollution atmosphérique) jouent un rôle.

Le traitement de l'asthme aigu repose sur l'association de bronchodilatateurs inhalés et d'une corticothérapie *p. os* courte, tandis qu'un relai est assuré par des corticoïdes inhalés et des leucotriènes *p. os*, selon un principe de « *step-up ou step-down therapy* ».

Autant le traitement de la pneumonie franche lobaire aiguë se réduit à une simple antibiothérapie par amoxicilline *p. os* pendant 7 à 10 jours et celui des pneumopathies à *Mycoplasma pneumoniae* à 3 jours *p. os* d'azithromycine, autant le traitement des pleuropneumopathies est complexe du fait de la faible concentration intrapleurale des antibiotiques qui justifie de fortes posologies et des indications respectives de ponctions évacuatrices avec ou sans fibrinolytiques, de drainage pleural et de thoracoscopie à discuter par une équipe multidisciplinaire.

Etude sur la relation entre le Prick-test, Patch-test et dosage de IgE spécifique dans le diagnostic de l'allergie aux protéines du lait de vache (APLV) chez l'enfant

Q.L. Nguyen-Ngoc¹, M.H. Le-Thi¹, M. Raffard², V.A. Nguyen-Thi¹

¹: Département de l'Immunologie-Allergologie-Rhumatologie de l'Hôpital National de Pédiatrie Hanoi - Vietnam

²: AFVP. Paris - France

E-mail: quynhle_nguyen@yahoo.com

RÉSUMÉ

Généralité. L'allergie aux protéines du lait de vache (APLV) est une des maladies allergiques les plus fréquentes chez les nourrissons (représentant environ 2 à 3% des enfants). Les mécanismes physiopathologiques de l'APLV peuvent être divisés en deux

catégories: les IgE-médiée et non IgE-médiées.

Par conséquent, le tableau clinique de la maladie est varié comme des vomissements, une diarrhée persistante, une anémie, une carence en fer, ou une malnutrition inexplicée. Les antécédents médicaux associés aux tests cutanés et aux tests de provocation au lait de vache sont essentiels pour le diagnostic d'allergie au lait de vache chez les nourrissons.

L'objectif de l'étude. Caractériser le tableau clinique de la maladie et étudier la relation entre le test cutané, le Patch-test et le dosage d'IgE spécifiques chez les enfants avec l'APLV.

Sujets de l'étude. 44 enfants de 0-5 ans avec l'APLV, hospitalisés dans le département de l'Immunologie - Allergie - Rhumatologie de l'Hôpital Central de Juin 2013 à Mars 2014.

Méthodes. Etude descriptive de cas. Le Prick-test, le Patch-test et le dosage des IgE spécifiques sont réalisés. Les données recueillies sont analysées par la méthode de biostatistique.

Résultats. En ce qui concerne les caractéristiques cliniques, l'âge d'apparition des premiers symptômes allergiques était de $3,3 \pm 1,2$ mois, sans différence de sexe, 54% des enfants ont présenté des manifestations allergiques une heure après avoir bu du lait de vache.

86,4% des patients avec l'APLV ont eu des manifestations cutanées, 52,3% avaient des manifestations gastro-intestinales.

72,7% des enfants avaient un test cutané positif: diamètre moyen des papules de 7,3 mm, 22,7% avaient un Patch-test positif. Les résultats d'IgE spécifiques au lait entier étaient de $0,21 \pm 0,04$ IU/ml.

Il y a une corrélation significative ($p < 0,05$) entre les taux d'IgE spécifiques du lait de vache et le prick-test cutané.

Conclusion. l'APLV est un trouble fréquent, survenant tôt dans les premiers mois de vie et ayant diverses manifestations chez les enfants.

Par conséquent, il est nécessaire de combiner les méthodes pour un diagnostic rapide et proposer un régime alimentaire approprié aux enfants.

Une interrogation sur les antécédents médicaux associée aux tests cutanés et tests de provocation avec des protéines de lait de vache est essentielle dans le diagnostic de l'allergie au lait de vache chez les nourrissons.

Déficit immunitaire combiné sévère chez les enfants

V.A. Nguyen-Thi

Service d'Immunologie-Allergologie-Rhumatologie
Hôpital National de Pédiatrie. Hanoi - Vietnam
E-mail: bacsivananh@yahoo.com

RÉSUMÉ

Les Déficits Immunitaires Combinés Sévères (DICS) constituent un ensemble de pathologies rares et extrêmement graves, dont les causes sont génétiques: absence combinée des fonctions lymphocytaires T et B (et dans de nombreux cas également de la fonction lymphocytaire NK, natural killers). L'incidence globale est estimée à 1/75 000 naissances. Il existe une hétérogénéité génétique considérable, plus de 10 tableaux différents de DICS sont répertoriés.

Les infections du nourrisson atteint de DICS commencent quelques mois après la naissance. Elles sont déclenchées par des germes ou des vaccins qui sont normalement sans danger pour les enfants présentant une immunité normale: Pneumocystis jirovecii, virus de la varicelle, infections fongiques...pouvant déclencher pneumonie sévère, diarrhée persistante, septicémie...très difficiles à traiter par les thérapeutiques habituelles (antibiotiques spécifiques, antiviraux, antifongiques). Ces infections vont entraîner une perte de poids et le patient court constamment un risque d'infection fatale avant l'âge de 1 an.

La numération des lymphocytes sanguins périphériques permet le diagnostic: la numération lymphocytaire absolue est très basse. En moyenne, pour tous les types de DICS, elle est inférieure à 2 000 lymphocytes (taux normal avant 1 an: 3 400 lymphocytes/mm³). Le phénotypage lymphocytaire, le taux des immunoglobulines, le test de la fonction lymphocytaire T et les tests génétiques permettent de diagnostiquer précisément le déficit.

Les déficits immunitaires combinés sévères sont généralement considérés comme les plus graves des déficits immunitaires primaires. Le patient doit être mis dans une chambre d'isolement le plus tôt possible, traité par les médicaments adaptés à son infection et avec des immunoglobulines par voie intraveineuse. Mais la thérapeutique, offrant les plus grandes chances de succès, pour le DICS est la reconstitution immunitaire par greffe de moelle osseuse. Les résultats sont meilleurs si le donneur est un frère ou une sœur compatible (taux de réussite de plus de 85%) et si la greffe peut être réalisée peu après la naissance ou à moins de 3 mois et demi (taux de survie de plus de 96%). Donc, il faut déceler cette maladie le plus tôt possible pour sauver le patient et lui permettre de mener une vie normale.

SESSION A4: ASTHME

Syndrome « Overlap, asthme et BPCO »: De la physiopathologie au traitement

T. Nguyen-Van

Service de Pneumologie. Hôpital Général de Cantho
E-mail: nguyenvanthanhsk@gmail.com

RÉSUMÉ

L'asthme et la BPCO, sont des maladies pulmonaires chroniques, et ont une morbi-mortalité élevée. Les deux maladies ont comme caractéristique commune l'inflammation chronique et l'obstruction bronchique. L'inflammation chronique atteint l'ensemble des voies aériennes proximales et périphériques, par infiltration de cellules inflammatoires. Par conséquent, des lésions chroniques apparaissent et leur traitement doit tenir compte des différences physiopathologiques. Dans l'asthme l'obstruction bronchique est réversible et intermittente et il existe une inflammation chronique, des lésions des voies aériennes périphériques [1] et un remodelage [2] qui peuvent créer des aspects lésionnels ressemblant à celles de BPCO, en particulier chez les personnes âgées ou les fumeurs [3]. Du fait de ces mécanismes physio-pathologiques, il existe un syndrome clinique commun à l'asthme et la BPCO avec des caractères assez spécifiques: exacerbations, évolution plus péjorative, mortalité plus importante [4-6]. Ce tableau a été décrit sous plusieurs appellations, mais le terme « overlap » est le plus commun: Syndrome Overlap Asthme - BPCO (ACOS Asthme - COPD).

La caractéristique commune est l'obstruction persistante des voies aériennes [7]. Les caractères discriminants sont: le début des symptômes (dans l'enfance ou après l'âge de 40 ans), la variabilité de la dyspnée d'effort, l'obstruction bronchique persistante ou réversible. Les patients ont souvent initialement un diagnostic d'asthme et une notion d'exposition à des polluants atmosphériques; les symptômes s'améliorent sous traitement; en imagerie, la radiographie thoracique ressemble à celle de la BPCO; les patients peuvent avoir plus d'exacerbations que les BPCO; l'expectoration contient beaucoup de polynucléaires neutrophiles et éosinophiles [7].

Le traitement de l'ACOS doit commencer comme celui de l'asthme non contrôlé avec une place importante pour les corticostéroïdes inhalés (CSI). Les médicaments bronchodilatateurs de longue durée d'action (LABA et/ou LAMA) doivent être utilisés en

traitement de fond et combinés si nécessaire. La stratégie thérapeutique ressemble à celle des BPCO, et comporte: le sevrage tabagique, la kinésithérapie respiratoire, les vaccinations et le traitement des comorbidités.

Références

1. Tashkin DP. The role of small airway inflammation in asthma. *Allergy Asthma Proc.* 2002 Jul-Aug;23(4):233-42.
2. Peter K. Jeffery. Remodeling in Asthma and Chronic Obstructive Lung Disease. *Am J Respir Crit Care Med* Vol 164. pp S28-S38, 2001.
3. Contoli M, Bousquet J, Fabbri LM, Magnussen H, Rabe KF, Siafakas NM, Hamid Q, Kraft M. The small airways and distal lung compartment in asthma and COPD: a time for reappraisal. *Allergy* 2010; 65: 141-151.
4. Kauppi P, Kupiainen H, Lindqvist A, et al. Overlap syndrome of asthma and COPD predicts low quality of life. *J Asthma* 2011;48:279-85.
5. Miravittles M, Soriano JB, Ancochea J, et al. Characterisation of the overlap COPD-asthma phenotype. Focus on physical activity and health status. *Respir Med* 2013;107:1053-60.
6. Andersen H, Lampela P, Nevanlinna A, et al. High hospital burden in overlap syndrome of asthma and COPD. *Clin Respir J* 2013;7:342-6.
7. GINA - The global initiative for asthma. 2014. Available at: <http://ginasthma.org>.

Rôle des cytokines dans le sang périphérique chez l'enfant asthmatique

T.H. Le-Thi¹, S. Duong-Quy², A. Pham-Nhat^{1,3}, D. Do-Khac¹, D.T. Nguyen-Thi¹

¹: Hôpital National de Pédiatrie. Hanoi - Vietnam

²: Hôpital Cochin - Paris. Université Paris Descartes

³: Université de Médecine de Hanoi. Vietnam

E-mail: lehuong199@yahoo.com

RÉSUMÉ

Introductions. L'asthme est une maladie respiratoire avec une inflammation chronique au niveau des voies aériennes avec plusieurs acteurs cellulaires différentes ainsi que diverses substances sécrétées par les cellules inflammatoires. Les cytokines sont des substances sécrétées par les lymphocytes Th2. Les éosinophiles ont également un rôle important pour entretenir le processus inflammatoire dans les voies aériennes, même quand les patients ne présentent pas de signes cliniques. L'identification de la concentration des cytokines dans le sang périphérique pendant et en dehors de la crise d'asthme est capable d'aider à pronostiquer le

processus inflammatoire chez l'enfant asthmatique. **Méthode.** Etude descriptive et prospective sur 55 enfants en crise d'asthme, 15 enfants avec un asthme stable et 15 enfants contrôle. Le dosage de la concentration d'IL-4, IL-5, et IL-13 dans le sang a été réalisé par méthode de flowcytometry-assisted immunoassay.

Résultats. La concentration de l'IL4 sérique dans le groupe asthme était supérieure par rapport au groupe contrôle (0,33 vs 0,2 p=0,0031). Le taux de l'IL5 sérique dans le groupe asthme était supérieur par rapport au groupe d'asthme stable (1,62 vs 0,64. p=0,0193). Il y a pas de différence significative entre la concentration de l'IL-4, IL-5, IL-13 chez l'enfant en dehors ou pendant la crise d'asthme.

Conclusion. La concentration des cytokines IL-4, IL-5 et IL-13 augmente pendant la crise d'asthme. Cela démontre le rôle important du processus inflammatoire des voies aériennes chez l'enfant asthmatique.

Etude du phénotype mixte BPCO - asthme dans une série de patients BPCO en état stable

M.S. Nguyen¹, R. Louis², J.L. Corhay²

¹: Service de Pneumo-Allergologie. Hôpital Huu Nghi, Hanoi - Vietnam

²: Service de Pneumo-Allergologie. CHU de Liège - Belgique

E-mail: sangmedi@gmail.com

RÉSUMÉ

Objectifs. Le but de ce travail était d'évaluer la prévalence et de décrire les caractéristiques du phénotype mixte BPCO-asthme parmi les patients BPCO stables de stade II à IV selon la classification de GOLD.

Matériel et méthodes. Entre mai 2013 et avril 2014, 46 patients consécutifs furent recrutés à partir des consultations de Pneumologie du CHU de Liège. Ils étaient considérés comme présentant un syndrome mixte BPCO-asthme si leur indice de Tiffeneau était < 70% après bronchodilatation et s'accompagnait soit d'un antécédent d'asthme avant l'âge de 40 ans, soit d'au moins deux des trois critères suivants: 1) réversibilité bronchique significative (changement du VEMS après la bronchodilatation ≥ 200 ml et $\geq 12\%$), 2) inflammation éosinophilique: éosinophiles dans les expectorations $\geq 3\%$ ou/et éosinophiles dans le sang $\geq 400/\mu\text{l}$ ou/et FENO ≥ 45 ppb, 3) histoire d'allergie respiratoire, ou IgE sériques totales ≥ 113 KU/l, ou RAST $\geq 0,35$ KU/l à l'égard d'un des

principaux aéroallergènes.

Résultats. Le phénotype mixte BPCO-asthme fut observé chez 37% des patients. L'ex-pression symptomatique était plus marquée dans le groupe de phénotype mixte que dans le groupe de BPCO pure (CAT $24,6 \pm 8,1$ vs $19,4 \pm 8$, $p < 0,05$) en dépit d'un déficit spiro-métrique identique. Le coefficient de transfert alvéolo-capil-laïre (DLCO/VA%) était préservé dans le phénotype mixte ($97 \pm 24\%$) et supérieur à celui mesuré chez les patients BPCO pure ($80 \pm 20\%$) ($p < 0,05$).

Conclusion. La prévalence du phéno-type mixte est voisine d'un tiers chez les patients BPCO et ces sujets ont une expression symptomatique plus marquée, sans signe d'obstruction bronchique plus sévère.

SESSION A5: TUBERCULOSE & INFECTIONS PULMONAIRES

Diagnostic biologique de la tuberculose

E. Leblic-Perrin

Centre de Pneumologie Henri Bazire
E-mail: Elisabeth.LEBLIC@cg74.fr

RÉSUMÉ

Le diagnostic biologique: But: poser un diagnostic de certitude en mettant en évidence le germe responsable. Condition: le diagnostic doit être précoce et fiable. Amplification génique; Indications: ED+ identification fiable et rapide du complexe tuberculosis ; ED- avec signes cliniques et radiologiques très évocateurs de tuberculose , forte VPP de l'amplification. Sujets fortement immunodéprimés ou porteurs de lésions pulmonaires chroniques pour éliminer une tuberculose et orienter vers une mycobactérie non tuberculeuse. Identification précoce d'une culture positive en milieu liquide. Kits commercialisés ; GenExpert: Principe du test Xpert MTB/RF. Amplification en temps réel. GeneXpert MTB/RIF ; Détection de complexe *M. Tuberculosis*.

Conclusion, le diagnostic biologique de la Tuberculose reste d'actualité. Les différents examens sont utilisés de façon variable adaptée aux ressources techniques des laboratoires. Importance du dialogue Clinicien /Bactériologiste.

Étude de la résistance aux antibiotiques des bactéries responsables de pneumopathies acquises à l'hôpital (PAH) et de pneumopathies acquises sous ventilation mécanique (PAVM)

N. Tran-Van

Service de Pneumologie
Hôpital Cho Ray. Ho Chi Minh Ville – Vietnam
E-mail: tranvanngocdhyd@yahoo.com

RÉSUMÉ

Les PAH et PAVM sont des causes importantes de mortalité, malgré les progrès de l'antibiothérapie et des soins intensifs. Le taux de mortalité des PAH est de 33-50%, notamment à cause de *Pseudomonas aeruginosa* ou *Acinetobacter baumannii*, des bactéries à gram négatif qui secrètent des β -lactamases à spectre étendu (BLSE) ou des carbapénémases. Les germes en cause varient selon les hôpitaux, 90% des causes communes sont des bacilles aérobies à gram négatif comme *Klebsiella pneumoniae*, *Enterobacter* sécréteur de BLSE (45 – 62%) ; *P.aeruginosa*, *Acinetobacter baumannii* multi- résistants aux antibiotiques sont responsables de pneumopathies de plus en plus graves et résistent même aux antibiotiques les plus puissants.

Des études dans les hôpitaux du Vietnam montrent que, le pourcentage d'*A. baumannii* résistants au carbapénème groupe 2 (imipénème, méropénem) est très haut, atteignant plus de 80% dans certaines unités de soins intensifs, et plus de 60% dans des départements cliniques, avec une sensibilité limitée à colistine et au sulbactam. Le taux de *Staphylococcus aureus*, notamment *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (SARM) augmente dramatiquement au Vietnam et comme dans les autres pays, il présente une sensibilité moindre à la vancomycine. La décision de traitement initial dépend de l'expérience, du risque de s'infecter a des bactéries multi-résistantes et de la sévérité de la pneumonie. Il faut traiter par un antibiotique ou une combinaison d'antibiotiques efficaces pour éradiquer ces bactéries.

En pratique clinique, face à un patient présentant un tableau de PAH précoce, sans comorbidités, sans critères de gravité, sans risque d'infection à des bactéries multi- résistantes aux antibiotiques, on peut utiliser l'un des médicaments suivants: céphalosporine de 3^{ème} et 4^{ème} génération, quinolones (moxifloxacine, lévofloxacine), carbapénème groupe 1 (ertapénem). Pour les patients présentant

au contraire une PAH tardive, ou des critères de gravité, ou un risque d'infection par des bactéries multi-résistantes aux antibiotiques, il faut choisir l'une des combinaisons d'antibiotiques suivantes:

-Carbapénème du groupe 2 associé à une quinolone (ciprofloxacine, lévofloxacine) ou à un aminoside (amikacine, nétilmicine) si l'on s'oriente vers des bactéries à gram négatif qui secrètent BLSE.

-Bêta-lactamine/inhibiteur de bêta-lactamase (pipéracilline/tazobactam, céfopérazone/sulbactam) avec une quinolone (ciprofloxacine, lévofloxacine) ou un aminoside (amikacine, nétilmicine) si l'on oriente vers *P.aeruginosa*.

-Colistine + carbapénème de groupe 2 ou bêta-lactamine/inhibiteur de bêta-lactamase si l'on oriente vers *A.baumannii*.

-Ajouter Vancomycine, teicoplanine ou linézolide si l'on ne peut pas exclure un SARM.

L'étude sur les caractéristiques cliniques, paracliniques et bactériologiques chez les patients mécaniquement ventilés à l'hôpital général de Thanh Hoa

H. Nguyen Duc¹, P. Tran Quang²

¹: Hôpital Général de Thanh Hoa

²: Université de Médecine et de Pharmacie de Hai Phong

E-mail: drphucdhyhp@yahoo.com

RÉSUMÉ

Objectifs. 1). Décrire des caractéristiques cliniques, paracliniques chez les patients ayant pneumonie sous ventilation mécanique à l'hôpital général de Thanh Hoa-Vietnam de 1/2012-12/2013. 2). Identifier certaines bactéries en cause, la résistance bactérienne aux médicaments chez les sujets de l'étude.

Matérielles et méthodes. Cette étude est une description prospective transversale sur 76 patients diagnostiqués pneumonie associée au ventilateur mécanique selon les critères diagnostiques de l'American Thoracic Society (ATS).

Résultats. Le temps d'apparition moyen de pneumonie associée au ventilateur mécanique était de $5,92 \pm 1,63$ jours, dont 38,2% des cas sont des apparitions précoces. Les principaux signes cliniques étaient fièvre (93,42% des patients), pus bronchique (71,01%). 82,89% des patients ont eu de grande et moyenne quantité de pus bronchique. Des râles représentaient chez 86,85% de patients à l'auscultation pulmonaire, dont 69,74% étaient crépitant. L'augmentation des leucocytes du sang périphérique $>10G/l$ était remarquée chez 97,37% de patients.

Les infiltrations diffuses des deux poumons apparaissaient tôt sur la radiologie. Sur le plan bactériologique, les bactéries en cause principaux étaient des bactéries Gram-négatives (78,75%), *Klebsiella pneumoniae* (32,5%), des cocci Gram-positif (21,25%) et *Staphylococcus aureus* (12,5%). Les bactéries présentaient une résistance importante aux antibiotiques : céphalosporine de troisième génération, aminosides ... mais restaient sensible aux antibiotiques de la famille des Quinolones et Carbapénème.

Conclusion. La fièvre, la sécrétion bronchique purulente, l'augmentation de LSP $> 10G/l$, infiltrations pulmonaires diffuses sont les symptômes cliniques, paracliniques principaux chez les patients atteints de pneumonie sous ventilation mécanique. Les bactéries Gram-négatives sont les bactéries en cause majeures. Il y avait une résistances aux antibiotiques remarquables chez les patients ayant la pneumonie associé à la ventilation mécanique.

ATELIER 1: STATISTIQUES

Les statistiques de base à maîtriser pour les études cliniques

G. Ninot

Laboratoire Epsilon EA 4556, UFR STAPS, UFR Médecine et UFR Sciences du Sujet et de la Société, Universités Montpellier. France

www.lab-epsilon.fr

RÉSUMÉ

Les résultats des essais cliniques prennent une place majeure dans la médecine. Ils répondent de façon fiable aux questions thérapeutiques que se pose tout clinicien au moment de choisir une stratégie thérapeutique pour un patient donné. Ils permettent de valider les soins proposés aux patients, de donner des preuves de leur efficacité, de préciser le niveau de bénéfice/risque encouru et de permettre d'estimer le ratio coûts/bénéfices. L'essai clinique est devenu un moyen mis à la disposition des praticiens pour faire progresser leur pratique. Il est donc utile de connaître leur logique, leur mise en pratique et leur méthode d'analyse. Tirer les conséquences pour la pratique d'un résultat d'essais clinique n'est pas un processus évident. Ce processus fait appel à des concepts de statistique et de méthodologie. Ces dernières connaissent des progrès également.

Cet atelier a pour objectif de présenter les principales analyses statistiques faites dans les essais cliniques. Il détaille leur intérêt et leur limite. Il replacera cela dans le contexte de l'Evidence Based Medicine.

SESSION B1: BPCO

Intérêt de la mesure de la qualité de vie dans les maladies respiratoires chroniques

G. Ninot, E. Guerdoux

Laboratoire Epsilon EA 4556, UFR STAPS, UFR Médecine et UFR Sciences du Sujet et de la Société, Universités Montpellier. France
www.lab-epsylon.fr

RÉSUMÉ

La notion de qualité de vie connaît un intérêt croissant. Par exemple, la Revue des Maladies Respiratoires a publié 150 articles sur le sujet depuis 1984. La notion de qualité de vie liée à la santé est devenue un marqueur global indispensable à la vérification de l'efficacité d'une thérapeutique ou d'un programme d'éducation thérapeutique. Elle a permis d'accorder autant d'importance à la prise en charge des effets systémiques des différents phénotypes de maladies respiratoires chroniques qu'à la réduction des symptômes respiratoires.

La qualité de vie liée à la santé se définit comme un agrégat de représentations relatant de l'état de santé, de l'état physiologique, du bien-être et de la satisfaction de vie. Concrètement, ce regard reflète le vécu et l'adaptation du patient à sa maladie et guide ses conduites de santé. Cette communication vise à présenter les enjeux cliniques et les perspectives de recherches sur la qualité de vie dans le secteur des maladies respiratoires chroniques.

Étude de la classification de la BPCO selon les stades de sévérité des recommandations de GOLD 2011

H. Chu-Thi¹, H. Hoang-Thi²

¹: Centre Respiratoire de l'hôpital Bach Mai

²: Service de Médecine Interne de l'hôpital Dong Da
E-mail: chuuthihan@yahoo.fr

RÉSUMÉ

La broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) est une maladie respiratoire chronique dont le poids pour la santé publique a une grande morbidité, mortalité et induit de fortes dépenses de santé.

Objectifs. 1). Décrire des signes cliniques, paracliniques et l'exploration fonctionnelle respiratoire des patients de BPCO stable. 2). Etude de l'application de classification de la BPCO stable en stade de sévérité par GOLD 2011.

Les objets de recherche. Ce sont des patients avec une BPCO stable qui sont suivis en consultation externe par les pneumologues de l'hôpital Bach Mai entre le 01 janvier et le 30 novembre de l'année 2013.

La méthode de l'étude. Études prospectives, descriptive transversale.

Les résultats. Des signes cliniques: dyspnée à l'effort (87,3%), expectoration chronique (74,7%), râles sibilants (31,1%). Le nombre en moyen par an est de $1,90 \pm 1,37$, la complication de cœur pulmonaire chronique: 31,1%. La radiographie thoracique: poumon avec des images anormales (74,7%). L'ECG: hypertrophie auriculaire droite (17,4%), hypertrophie ventriculaire droite (5,3%), hypertrophie auriculaire droite et hypertrophie ventriculaire droite (1,1%). La valeur moyenne de Gaensler après le test avec bronchodilatateur ($459\% \pm 16,0$). La classification de la BPCO en stade de sévérité selon les recommandations de GOLD 2011: groupe A (8,5%), groupe B (12,6%), groupe C (18,4%), groupe D (60,5%).

Conclusion. À travers cette étude nous avons constaté que l'application de classification de la BPCO en stade de sévérité selon les recommandations de GOLD 2011 en consultation externe est faisable. Avec cette classification les patients avec BPCO peuvent avoir un traitement plus complet.

Mot clés. BPCO, GOLD, sévérité.

Résultat initial de la réduction de volume pulmonaire par la bronchoscopie au cours de traitement de la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO)

H. Dong-Khac, T. Ta-Ba, L. Nguyen-Huy, B. Dao-Ngoc

Hôpital 108. Hanoi - Vietnam
E-mail: tabathang@yahoo.com

RÉSUMÉ

La réduction de volume pulmonaire par la bronchoscopie a amélioré les symptômes, la fonction respiratoire, la capacité d'activité physique et la qualité de vie chez les patients atteints de BPCO.

Objectifs. Évaluer le résultat initial de la réduction de volume pulmonaire par valve endobronchique au cours de traitement de BPCO.

Patients et méthode. 11 patients, avec diagnostic de BPCO hors exacerbation, avec emphysème localisé. Les patients ont eu une TDM thoracique, une exploration de la fonction respiratoire (VEMS, CPT, VR, RAW), gaz du sang avant et après l'intervention. Mise en place d' une valve Ze-phyr dans une bronche lobaire.

Résultat. Le score CAT et le test de marche de six minutes ont augmenté : le score moyen de CAT a augmenté après un mois de traitement ($22,14 \pm 1,21$ contre $20,43 \pm 2,64$). Le résultat de test de marche de six minutes a augmenté après un mois de traitement ($342,82 \pm 69,11m$ contre $309,27 \pm 54,96m$). Après le traitement, les indices Raw, VR ont diminué: moyenne de RAW ($574,1 \pm 321,83$ contre $689,46 \pm 334,51$), moyenne de VR ($231,4 \pm 62,8$ contre $247,27 \pm 61,34\%$). Le taux de complications générales est 27,27%. Parmi lesquelles, l'exacerbation est 18,18%, la fièvre (9,09%) et il n'y a pas de complications graves.

Conclusion. La réduction de volume pulmonaire par la bronchoscopie a initialement amélioré les symptômes, le résultat de test de marche de six minutes et la fonction respiratoire et elle est une technique sans danger.

Mots clés. BPCO, la réduction de volume pulmonaire par bronchoscopie, valve endobronchique.

SESSION B2: PNEUMO-ALERGOLOGIE

Asthme allergique aux acariens et Immuno Thérapie Allergénique (ITA) sublinguale

M. Raffard

Paris - France

E-mail: mr Raffard@free.fr

RÉSUMÉ

L'immunothérapie allergénique, est le seul traitement qui modifie l'histoire naturelle de l'allergie. Cette méthode permet la diminution et/ou la disparition des crises et donc des médicaments et par conséquent des dépenses de santé.

Elle est proposée dans l'allergie aux acariens de la poussière de maison, par voie sublinguale. D'après plusieurs études locales, la sensibilisation aux acariens domestiques dans l'asthme est la plus fréquente, avant la blatte et les poils de chat. L'étude de l'environnement domestique du patient asthmatique, en particulier de sa chambre, oriente le diagnostic qui est confirmé par les prick-tests cutanés aux aéroallergènes ou le dosage des IgE spécifiques. L'éviction est souvent difficile mais toujours hautement recommandée.

L'état clinique des patients est étudié avec soin (histoire clinique détaillée, examen physique complet et spirométrie), la réponse aux thérapeutiques antiasthmatiques ainsi que l'adhésion à ce traitement sont analysés. Cette démarche permet d'anticiper l'adhésion à l'ITA sublinguale dont la marche à suivre est minutieusement expliquée.

L'ITA sublinguale est l'administration répétée d'extraits allergéniques spécifiques et standardisés, afin d'activer des mécanismes immunomodulateurs et induire une rémission prolongée des symptômes lors de l'exposition naturelle à l'allergène. Le produit Staloral® du laboratoire Stallergènes est disponible au Viet Nam pour 3 acariens: *Dermatophagoides pteronyssinus*, *Dermatophagoides farinae* et *Blomia tropicalis*. Deux dosages : 10 et 300 IR (unités spécifiques du laboratoire) sont utilisés consécutivement. Le patient est revu régulièrement tous les 3 mois pour vérifier la tolérance, la compliance et la survenue de nouveaux critères d'exclusion. Ce traitement permet une diminution progressive des médicaments, des symptômes et une rémission de l'asthme après 4 à 6 mois, il doit être poursuivi pendant 3 ans, pour éviter toute rechute. L'état du patient sera réévalué et contrôlé (EFR) chaque année. Les critères d'efficacité sont uniquement cliniques : réduction des symptômes et réduction de la consommation médicamenteuse. La diminution des IgE sanguines et/ou des tests cutanés, ainsi que l'élévation des IgG4 spécifiques ne sont pas démontrées en pratique clinique.

En conclusion, l'efficacité de l'ITA sublinguale, est bien établie par plusieurs études contrôlées. Seules des réactions locales (buccales essentiellement) sont fréquentes et sans risque anaphylactique si les recommandations officielles sont bien suivies. Le succès dépend d'un diagnostic allergologique précis, d'une bonne indication et d'un suivi attentif du patient asthmatique.

Référence

1. White Book on Allergy www.worldallergy.org. Sandra Y Lin JAMA 2013;309:1278-88.

Pneumopathies parasitaires

C. Ngo-Quy

Centre des Maladies Respiratoires
Hôpital Bach Mai. Hanoi - Vietnam
E-mail: ngoquychaubmh@gmail.com

Efficacité de traitement de l'urticaire chronique par Levocertirizine au CHU de Hai Phong

L. Nguyen-Thi

Département de Dermatologie. CHU de Hai Phong

RÉSUMÉ

Introduction. L'urticaire est une maladie allergique commune de la peau. En ce qui concerne le traitement, les antagonistes de l'histamine H1 sont actuellement considérés le traitement de référence de l'urticaire. Les recherches cliniques sur la Levocertirizine ont montré son efficacité dans le traitement de la rhinite allergique. Ce médicament est de plus en plus utilisé dans le traitement de l'urticaire. Cependant, il y a jusqu'à maintenant peu d'études évaluant l'efficacité du traitement de l'urticaire par la Levocertirizine. Nous avons donc fait ce projet de recherche dans le but de 1) Évaluer l'efficacité du traitement de l'urticaire chronique (UC) par levocertirizine. 2) Surveiller des effets indésirables du traitement de l'UC avec la Levocertirizine.

Matériels et méthodes. Essai clinique contrôlé randomisé avec 2 groupes de patients: groupe 1: 31 patients traités par la levocertirizine. Groupe 2: 31 patients traités par la certirizine. L'étude a été réalisée pendant 4 semaines. On a évalué des signes en distribuant des notes sur prurit, nombre de papules et le nombre des poussées/semaine, l'impact de la maladie sur la qualité de vie. Les valeurs moyennes sont calculées et comparées avant et après le traitement.

Résultats. Après 2 semaines de traitement avec la certirizine, les signes cliniques comme prurit, nombre de papules et nombre des poussées / semaine ont été considérablement réduits chez les patients. Chez le groupe traité avec levocertirizine, ces signes cliniques de l'UC étaient significativement réduits par rapport à avant le traitement. Après 2 semaines, la proportion de patients ayants des papules rechute d'une manière identique en 2 groupes, mais la proportion de démangeaisons chez patients du groupe levocertirizin était statistiquement plus faible par rapport au groupe certirizine ($p < 0,05$).

Conclusion. La levocertirizine peut être utilisée dans

le traitement de l'urticaire chronique. La levocertirizine a réduit rapidement des signes cliniques de l'UC comme démangeaisons, éruption cutanée évocatrice et la gravité des patients après 2 semaines de traitement. Après 4 semaines de traitement, le degré de soulagement des symptômes et d'amélioration au niveau de qualité de vie des patients traités par la levocertirizin était meilleur que par certirizin ($p < 0,05$). Après 4 semaines d'utilisation de levocertirizine, on n'a pas remarqué des effets indésirables comme la fatigue ou le sommeil.

SESSION B3: ONCOLOGIE-THORACIQUE

La classification TNM

C. Lorut

Hôpital Cochin, Paris. France
E-mail: christine.lorut@cch.aphp.fr

RÉSUMÉ

Le choix et l'ordre des traitements d'un cancer du poumon dépendent notamment de l'étendue du cancer au moment du *diagnostic* et de son évolution potentielle. Pour définir le stade du cancer, on utilise une classification internationale TNM qui prend en compte 3 critères: La lettre T est l'initiale de tumeur et correspond à la taille de la tumeur ; la lettre N est l'initiale de node qui signifie ganglion en anglais et indique si des ganglions lymphatiques ont été ou non envahis ; la lettre M est l'initiale de métastase et signale la présence ou l'absence de métastases. Ces 3 critères permettent de déterminer ce qu'on appelle le *stade* du cancer, c'est-à-dire son degré d'*extension*. Les survies à 5 ans estimées suivant les stades pathologiques étaient respectivement pour les stades IA, IB, IIA, IIB, IIIA, IIIB et IV de 73%, 58%, 46%, 36%, 24%, 7% et 2%.

Tableau V. Classification TNM proposée par l'IASLC.	
T - Tumeur primitive	
ITX : tumeur ne peut être évaluée ou est démontrée par la présence de cellules malignes dans les expectorations ou un lavage bronchique sans visualisation de la tumeur par des examens endoscopiques ou d'imagerie.	
T0 : pas d'évidence de tumeur primitive.	
Tis : carcinome <i>in situ</i> .	
T1 : tumeur de 3 cm ou moins dans sa plus grande dimension, entourée par le poumon ou la plèvre viscérale, sans évidence bronchoscopique d'invasion plus proximale que la bronchique lobaire (c'est-à-dire pas la bronche souche).	
T1a : tumeur de 2 cm ou moins dans sa plus grande dimension.	
T1b : tumeur de plus de 2 cm sans dépasser 3 cm dans sa plus grande dimension.	
T2 : tumeur de plus de 3 cm sans dépasser 7 cm dans sa plus grande dimension ou présentant une des caractéristiques suivantes* :	
• atteinte de la bronche de la bronche souche à 2 cm ou plus de la carène,	
• invasion de la plèvre viscérale,	
• présence d'une atelectasie ou d'une pneumopathie obstructive s'étendant à la région hilare sans atteindre l'ensemble du poumon.	
T2a : tumeur de plus de 3 cm sans dépasser 5 cm dans sa plus grande dimension.	
T2b : tumeur de plus de 5 cm sans dépasser 7 cm dans sa plus grande dimension.	
* Les tumeurs avec ces caractéristiques sont classées T2a si leur dimension est de 5 cm ou moins.	
T3 : tumeur de plus de 7 cm ; ou envahissant directement une des structures suivantes : la paroi thoracique (y compris la tumeur de Pancoast), le diaphragme, le nerf phrénique, la plèvre médiastinale, pleural ou pariétal ou le péricarde ; ou une tumeur dans la bronche souche à moins de 2 cm de la carène sans l'envahir ; ou associée à une atelectasie ou d'une pneumopathie obstructive du poumon entier ; ou présence d'un nodule tumoral distinct dans le même lobe.	
T4 : tumeur de tout taille envahissant directement une des structures suivantes : médiastin, cœur, grands vaisseaux, trachée, nerf laryngé récurrent, œsophage, corps vertébral, carène ; ou présence d'un nodule tumoral distinct dans un autre lobe du poumon atteint.	
N - Ganglions lymphatiques régionaux	
NX : les ganglions ne peuvent pas être évalués.	
N0 : pas de métastase ganglionnaire lymphatique régionale.	
N1 : métastase dans les ganglions lymphatiques intrapulmonaires, péribronchiques et/ou hilaires ipsilatéraux, y compris par envahissement direct.	
N2 : métastase dans les ganglions lymphatiques médiastinaux ipsilatéraux et/ou sous-carinaux.	
N3 : métastase dans les ganglions lymphatiques médiastinaux controlatéraux, hilaires controlatéraux, scalénes ou sous-claviculaires ipsilatéraux ou controlatéraux.	
M - Métastase à distance	
MX : les métastases à distance n'ont pas pu être évaluées.	
M0 : absence de métastase à distance.	
M1 : métastase à distance.	
M1a : nodule(s) tumoral distinct dans un lobe controlatéral ; tumeur avec nodules pleuraux ou épanchement pleural (ou péricardique) malin.	
M1b : métastase à distance.	

Concordance TNM opératoire et postopératoire pour le diagnostic du cancer du poumon dès l'origine par biopsie transthoracique sous TDM

L. Doan-Phuong, C. Ngo-Quy

Centre des Maladies Respiratoires. Hôpital Bach Mai
E-mail: ngoquychaubmh@gmail.com

RÉSUMÉ

Objectif. Évaluer la concordance TNM opératoire et postopératoire pour le diagnostic du cancer du poumon dès l'origine par biopsie transthoracique sous TDM. **Méthode.** Nous avons étudié 65 patients diagnostiqués avec un cancer du poumon non à petites cellules par biopsie transthoracique sous TDM avec l'aiguille Tru-Cut. Les patients ont été évalués pour le bilan d'extension par la classification TNM. Les patients ont été diagnostiqués des stades Ia à IIIa (uniquement pour les patients avec ganglions lymphatiques sous carenares) et candidats à la chirurgie, puis transférés en chirurgie. Les patients de l'étude ont été diagnostiqués TNM en période postopératoire. Comparaison de diagnostic préopératoire et postopératoire des stades TNM (patients de l'étude qui ont été diagnostiqués selon les étapes de classification de l'UICC/AJCC scène (Union Internationale Contre le Cancer/Commission mixte américain sur le cancer) en 2009.

Résultat. L'âge de patients était de 36 ans à 75 ans, 61/65: adénocarcinome (93,8%), carcinome épidermoïde 3/65 (4,6%), 1 cas de tumeurs de sarcome f (1,5%). stade TNM de diagnostic préopératoire Ia, Ib, IIa, IIb, IIIa, IIIb, respectivement, 56,9%, 15,4%, 4,6%, 6,2%, 16,9 %. Cancer confirmé post-opératoire dans 64 cas, dont 60 adénocarcinomes (92,3%), carcinome épidermoïde 1/64 (1,6%), 1 cas de sarcome (1,6%), 1 cas de carcinome adénoépidermoïde (1,6%) et 1 cas de carcinome à grandes cellules (1,6%). Stadification postopératoire de Ia, Ib, IIa, IIb, IIIa, IIIb, IV ont été respectivement 54,7%, 14,1%, 15,6%, 1,6%, 10,9%, 1,6%, 1,6%. La concordance de stadification préopératoire et postopératoire était 23/64 (35,9%).

Diagnostic du cancer du poumon au Vietnam

N. Tran-Van

Service de Pneumologie. Hôpital Cho Ray. HCM Ville

RÉSUMÉ

Le cancer du poumon est actuellement très fréquent au Vietnam et dans le monde entier. Il touche souvent les hommes, en particulier les gens qui fument.

Le taux est de 70 – 80% pour les hommes et 10 – 30% pour les femmes. Les caractéristiques anatomopathologiques sont marquées par la prédominance de l'adénocarcinome (60%). Le diagnostic du cancer pulmonaire est très tardif au VN, la plupart des cas sont diagnostiqués à un stade avancé IIIb-IV (75-80%) tandis que les stades localisés sont très bas (20-25%). La plupart des patients ne peuvent pas bénéficier du traitement chirurgical. Les manifestations cliniques sont marquées par une toux tenace avec des crachats striés de sang, un amaigrissement, des douleurs thoraciques, une pneumonie répétitive au même endroit, des atélectasies pulmonaires. La plupart des patients Vietnamiens traitent eux-mêmes ces symptômes, alors que les médecins pensent souvent aux maladies bénignes comme la tuberculose, la pneumonie et préconisent un traitement à domicile avant de transférer les patients aux centres spécialisés. Parfois, il n'y a pas de moyen diagnostique sur place, en particulier la fibroscopie bronchique. Le diagnostic du cancer pulmonaire est souvent tardif. En plus, les signes respiratoires ne sont pas spécifiques.

Toux: c'est le premier signe le plus fréquent mais les patients pensent simplement la cause du tabac. La modification de la toux quotidienne est un signe d'alarme. **Dyspnée:** souvent dans le cas sévère (épanchement pleural, atélectasie, pneumonie obstructive, obstruction de la voie aérienne haute, pneumothorax). **Douleur thoracique:** l'envahissement direct ou les métastases dans les zones sensibles dans le thorax (la plèvre pariétale, les côtes....) peut provoquer la douleur pleurale. **Hémoptysie:** Hémoptysie ou crachat avec du sang dans le cas d'un patient de plus de 40 ans est le signe d'alarme. **Perte du poids:** les patients vietnamiens ne consultent que les médecins en cas d'amaigrissement sévère ou d'anorexie.

Les moyens pour diagnostiquer les maladies respiratoires comme la radiographie thoracique, la tomographie thoracique est actuellement disponible dans les hôpitaux en villes. Ces moyens sont très utiles dans l'évaluation des opacités tumorales et les lésions pulmonaires. Cependant, à cause de l'imagerie sans spécifique sur la radio pulmonaire même sur le scanner thoracique, la plupart des patients ont été mal diagnostiqués. Pour cette raison, il nous faut penser au cancer du poumon devant tous les lésions douteuses comme nodules, opacité d'allure tumorale, persistance d'un infiltrat pulmonaire, atélectasie jusqu'à la confirmation de diagnostic définitif. Dans les circonstances actuelles, en cas de suspicion du cancer pulmonaire, les patients doivent être transférés tôt aux centres de spécialisés où les moyens de diagnostic sont disponibles comme la fibroscopie bronchique ou la biopsie transpariétale ou la thoracoscopie. La fibroscopie bronchique nous aide à prélever les échantillons par biopsie des lésions douteuses, brossage, lavage et biopsie transbronchique. L'importance dans le diagnostic du cancer pulmonaire est le rôle de l'éducation aux patients et ainsi aux médecins pour détecter tôt cette maladie. Il ne faut pas traiter la tuberculose ou les autres maladies mais il vaut mieux utiliser tous les moyens pour diagnostiquer tôt le cancer du poumon.

SESSION B4: BPCO

Le ciblage thérapeutique de l'inflammation dans la BPCO

A.T. Dinh-Xuan
Hôpital Cochin. Paris

Fréquence de la réversibilité en exploration fonctionnelle respiratoire chez les enfants de 3 à 10 ans dans la région de Hanoi

V.A. Nguyen-Thi¹, G. Body², M.H. Le-Thi¹, B. Nguyen-Duy¹, T.H. Le-Thi¹

¹: Hôpital National de Pédiatrie. Hanoi - Vietnam

²: AFVP. France

E-mail: bacsioananh@yahoo.com

RÉSUMÉ

Introduction. La mesure des résistances des voies aériennes, indépendante de l'effort volontaire est plus souvent réalisable chez les petits.

Objectif. Préciser la fréquence de la réversibilité de l'obstruction bronchique chez les enfants consultant pour asthme.

Méthode. Étude prospective de 145 enfants asthmatiques, diagnostiqués et surveillés périodiquement à l'hôpital National Pédiatrique. Tous les patients ont un examen clinique, une mesure du VEMS et des Résistance des voies aériennes (Rint, Dyn'R®). Les tests de réversibilité sont réalisés avec 400 mcg de salbutamol avec chambre d'inhalation. La réversibilité est jugée pour un seuil de 35% pour les Rint, 12% pour le VEMS.

Résultat. L'âge moyen: 6,94 ± 2,68 ans, 48,97% des enfants de ≤ 6 ans, le ratio M / F = 2,08. La mesure du VEMS est irréalisable ou mauvaise pour 82,35% des enfants moins de 6 ans, et 19,48% chez plus de 6 ans. La réversibilité est observée dans 9,66% des cas avec les Rint (n = 145) et 16,67% avec le VEMS (n = 77). La corrélation est bonne entre le changement de Rint et VEMS après bronchodilatateur (r = -0,5944). Dans le groupe des enfants touseurs non sibilants 6,67% patients ont une réversibilité avec les Rint, 16,67% avec le VEMS. Pour le groupe des enfants bien contrôlés, 7,56% cas ont une réversibilité avec les Rint et 14,29% avec le VEMS.

Conclusion. Les Rint sont moins sensibles que le VEMS pour évaluer la réversibilité mais plus réalisable chez l'enfant moins de 6 ans.

Mots clés. Rint, VEMS, réversibilité, résistance, asthma

Etude sur la concentration du monoxyde d'azote (FENO) chez les patients atteints de BPCO

M.T. Vo-Pham¹, T. Ta-Ba², N. Nguyen-Viet³

¹: Faculté de Médecine - Université de Can Tho

²: Institut de Médecine Militaire 108 - Ha Noi

³: Hôpital National de Pneumologie - Ha Noi, Viet Nam

E-mail: vpminhthu76@yahoo.com

RÉSUMÉ

Introduction. Le monoxyde d'azote (NO) dans l'air expiré est un bon biomarqueur de l'inflammation de la voie aérienne dans l'asthme. Chez les patients atteints de broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO), le rôle de la FENO est peu bien étudiée.

Objectifs. Cette étude a été réalisée pour évaluer la concentration de la fraction du monoxyde d'azote (FENO) dans l'air exhalé chez les patients atteints de BPCO par rapport aux sujets asthmatiques et sujets sains et la corrélation entre la FENO et le degré d'obstruction bronchique.

Méthode. 106 sujets dont 54 patients atteints de BPCO, 38 patients asthmatiques et 14 sujets sains ont été inclus dans cette étude. Ils ont bénéficié d'un examen clinique, une radiographie thoracique, une spirométrie et d'une mesure de la FENO.

Résultats. La FENO moyenne chez les BPCO était 19 (14,7-25) ppb, nettement plus élevée que celle des sujets contrôles et plus basse que chez les patients asthmatiques (19 ppb vs 27,5 ppb; p = 0,001). La FENO moyenne chez les BPCO traités par corticostéroïdes inhalés (CSI) était 15,5 ppb (12,12-18,75 ppb), significativement plus basse que la FENO moyenne des BPCO qui n'ont pas été traités par CSI (15,5 vs 20,5 ppb). Il y a une corrélation négative entre la FENO et le volume expiratoire maximal pendant la première seconde (VEMS): r = -0,46, p = 0,001 et le rapport VEMS/CVF (capacité vitale forcée): r = -0,42, p = 0,002.

Conclusion. La FENO est un marqueur potentiel de l'obstruction et de l'inflammation des voies aériennes dans la BPCO.

Mots clés. BPCO, VEMS, VEMS/CVF, corticostéroïdes inhalés.

SESSION B5: PNEUMO-ALLERGOLOGIE

Images clinique en allergie médicamenteuses

M. Vigan

Besançon. France

E-mail: mvigan@chu-besancon.fr

RÉSUMÉ

Définitions. Effets indésirables à expression cutanée des médicaments administrés par voie systémique ; Ce sont les plus fréquents signalés aux centres de pharmacovigilance (20%) ; En France : Complicent 2 à 3% des traitements hospitaliers, 1% des consultations en Dermatologie et 5% des hospitalisations. Facteurs favorisants: Liés au traitement (Fréquence d'exposition à un médicament, dose) ; Liés au patient (Prédominance féminine et sujets âgés, Prédisposition génétique (HLA...), Maladie associée : urticaire chronique, maladie auto-immune (lupus) ; Liés à l'environnement : Rôle des infections virales : E.B.V, HHV7, CMV, Infection par le V.I.H. Physiopathologie des toxidermies: Toxidermie de mécanisme immunologique démontré. Le diagnostic se fait sur un faisceau d'arguments.

Conclusion. Seule une analyse fine de l'éruption dès le début de son apparition ; Associée à l'analyse des facteurs ; Optimise la prise en charge du patient.

Évaluer le taux d'asthme à l'aspirine par le test de stimulation au Centre d'Allergologie-Immunologie Clinique de l'Hôpital Bach Mai en 2013-2014

K. Bui-Van, N. Nguyen-Nhu, H. Chu-Chi

Centre d'Allergologie - Immunologie Clinique

Hôpital Bach Mai. Hanoi - Vietnam

E-mail: khangbui.bm.vn@gmail.com

RÉSUMÉ

Généralité. L'asthme à l'aspirine (AIA) a été décrit depuis longtemps par Widal (1922), récemment l'asthme à l'aspirine est mieux compris et est classé comme un phénotype de l'asthme distinct avec une stratégie de traitement distincte. Le test stimulé est considéré comme l'étalon or pour diagnostiquer de l'asthme à l'aspirine.

Population de l'étude. Évaluer le taux de l'asthme à l'aspirine chez les patients diagnostiqués de l'asthme par le test de stimulation au Centre d'Allergo-Immunologie Clinique de l'Hôpital Bach Mai.

Méthode d'étude. C'est une étude prospective.

Résultats. Cette étude a porté sur 305 patients asthmatiques au Centre d'allergie - immunologie clinique de l'Hôpital Bach Mai. Le résultat a constaté que le taux des patients asthmatiques sensibles à l'aspirine est de 8,2%. Le taux de l'asthme sensible à l'aspirine chez les femmes (64%) est plus haut que celui chez les hommes (36%). L'âge moyen des patients asthmatiques qui est sensible à l'aspirine est de $42,9 \pm 12,6$, dont le plus jeune est âgé de 13 ans et le plus âgé est de 62 ans. 5/25 des cas ont des antécédents d'allergie aux NSAIDs. L'asthme à l'aspirine est rencontré principalement dans les asthmes sévères (14/25 des cas d'asthmes sévères chez les patients ayant le test positif à l'aspirine, occupe de 56%) et chez les asthmes non contrôlés (17/25 des cas d'asthme non contrôlés chez les patients ayant le test stimulé positif à l'aspirine, occupe de 68%). L'asthme

à l'aspirine est plus fréquent chez les personnes obèses (60%), atteint de rhinite allergique (88%), des sinusite (56%). 60% des cas d'asthme sensible à l'aspirine utilise souvent des corticostéroïdes systémiques et 56% des cas utilisent ICS à haute dose dans les 6 derniers mois. À l'examen para clinique, 96% des patients atteints de l'asthme à l'aspirine ont une concentration d'IgE totales dans le sérum qui est plus élevé que la valeur normale et la concentration d'IgE totales moyenne chez ce groupe est plus élevée que celle du groupe non sensible à l'aspirine ($p < 0,001$); 60% des patients atteints de l'asthme à l'aspirine ont un taux de polynucléaires éosinophiles plus élevé que la valeur normale, ce taux est également plus haut comparé avec le groupe non sensible à l'aspirine ($p < 0,001$). Les autres examens, 96% des patients atteints de l'asthme à l'aspirine ont un prick test positif aux acariens (DP, DF), 88% ont une rhinite allergique diagnostiquée à l'endoscopie, 56% des sinusites ont une image radiologique, 84% ont un reflux gastro-œsophagien, ces taux sont aussi plus élevés que dans le groupe non sensible à l'aspirine ($p < 0,05$).

Conclusion. le taux des asthmes à l'aspirine est de 8.2% sur la totalité des patients atteint d'asthme. L'asthme à l'aspirine est rencontré principalement dans les asthmes sévères, difficiles à contrôler, et utilise souvent les corticostéroïdes systémiques et ICS à haute dose. Le pourcentage de patients asthmatiques ayant d'autres pathologies telles que la rhinite allergique, l'obésité, la sinusite dans le groupe sensible à l'aspirine est plus élevé que chez le groupe non sensible.

Évaluation des facteurs de risque associés à la carbamazépine induite SSJ/NET et DRESS au Vietnam

D. Van Nguyen ^{*1,2,6}, H. Chu Chi^{*1}, D. Nguyen Van^{1,2}, M. Hong Phan³, T. Craig⁴, K. Baumgart⁵, S. van Nunen⁶.

¹: Centre d'Allergologie et d'Immunologie Clinique, Hôpital Bach Mai, Hanoi. Vietnam

²: Département d'Allergologie de Faculté de Médecine de Hanoi, Hanoi. Vietnam

³: Département des Consultations, Hôpital Bach Mai, Hanoi. Vietnam

⁴: Université de Penn State, Pennsylvania. USA

⁵: Institut de Sonic clinique, Macquarie Park, Sydney. Australie

⁶: Département d'Allergologie et d'Immunologie Clinique, Hôpital Royal North Shore de Sydney et Faculté de Médecine - Nord, Sydney. Australie.

* Contribution égale

E-mail: chuchihieu@yahoo.fr

RÉSUMÉ

Introduction. La carbamazépine (CBZ) est un anti-convulsivant souvent utilisé dans le traitement de l'épilepsie ainsi que pour plusieurs autres problèmes de santé au Vietnam. Au centre d'allergologie et d'immunologie clinique, Hôpital Bach Mai, environ 60% des patients hospitalisés pour SSJ/NET/DRESS dû à la CBZ. Le taux de réactions allergiques à CBZ ainsi que les facteurs de risque n'ont pas été évalués et précisés au Vietnam. La recherche est effectuée pour déterminer si la présence de l'antigène HLA B* 1502 est associé à un risque élevé d'apparition de réactions cutanées sévères telles que le SSJ/TEN/DRESS au cours d'un traitement par CBZ au Vietnam.

Méthodes. Il s'agit d'une étude cas-témoins rétrospectives et prospectives menée du 1er janvier 2011 au 31 décembre 2012. Nous avons étudié 38 patients vietnamiens ayant présenté SSJ, NET ou DRESS dû à la CBZ en les comparant à un groupe témoin de 25 patients tolérants c'est à dire prenant la CBZ sans réaction depuis plus de 3 mois. Critères RegiSCAR (European Registry of Severe Cutaneous Adverse drug Reaction) d'inclusion pour le SSJ/NET/DRESS. Une recherche systématique de l'allèle HLA B*1502 doit être réalisée dans ces deux groupes. La saisie des données sera effectuée au Centre à Hanoi. Les statistiques seront effectuées à l'Université de Penn State. Les analyses statistiques entre les groupes pour les caractéristiques cliniques et l'odds ratio (OR) entre les allèles HLA et d'autres allèles et SJS / NET / DRESS seront déterminés.

Résultats. L'analyse finale a donc été réalisée sur les 38 cas de SSJ/NET/DRESS et les 25 témoins.

Parmi ces 38 cas, dont 20 femmes, 20 avaient un SSJ, 8 une forme intermédiaire, 7 un NET et 3 une DRESS.

L'âge moyen des cas et des témoins a été de 40,6 ans ($\pm 18,7$) et 22,4 ans ($\pm 13,1$). La CBZ est indiquée dans l'épilepsie (34,2%), la douleur neuropathique (42,1%), le trouble bipolaire (18,4%), autres conditions (5,3%). Dans le groupe de cas, 3 patients décrivent un antécédent d'allergie à d'autres médicaments (1 phénytoïne, 2 phénobarbital).

Le délai moyen de survenue après la prise CBZ était de $14,2 \pm 8,3$ jours. Les 34/38 SSJ/NET/DRESS étaient tous porteurs de l'allèle HLA B* 1502 contrastant avec les 3 % porteur de l'allèle chez les patients tolérant la CBZ. L'association entre l'allèle HLA-B*1502 et le développement d'un SSJ/NET/DRESS chez ces patients à risque est forte avec OR: 26,92 ($p < 0,0001$; intervalle de confiance à 95%: 6,74 - 107,43).

La sensibilité et la spécificité ont été de 89,5%, et 76,0%. La valeur prédictive négative était de 82,6%. La valeur prédictive positive était de 85%.

Discussion. L'association entre l'allèle HLA-B*1502 et le développement d'un SSJ/NET chez ces populations à risque est forte et correspond globalement à un rapport de cotes de 84,75 (intervalle de confiance à 95%: 42,53-168,91) [1].

Dans le cas où le dépistage de l'allèle est utilisé comme marqueur pour prévenir un SSJ/NET induit par la CBZ, la valeur prédictive négative et la sensibilité du test sont respectivement estimées à 98 % et à 92 % [2].

Conclusion. Nous avons constaté une forte relation entre le HLA-B*1502 et SSJ/NET/DRESS induite par la CBZ à KinH Vietnam. HLA-B * 1502 le dépistage chez les patients nécessitant un traitement par la CBZ est justifiée.

Références

1. Lim, K.S., P. Kwan, and C.T. Tan, Association of HLA-B*1502 allele and carbamazepine - induced severe cutaneous skin drug reaction among Asians, a review. *Neurology Asia*, 2008. 13.
2. Fernando, S.L. and A.J. Broadfoot, Prevention of severe cutaneous adverse drug reactions: the emerging value of pharmacogenetic screening. *CMAJ*, 2010. 182(5): p. 476-80.

SESSION B6: ONCOLOGIE THORACIQUE

Effets de la chimio-radiothérapie dans le traitement du cancer du médiastin dans le centre d'oncologie de Haiphong

H. Nguyen-Lam, H.S. Le-Thi
Centre d'Oncologie de Haiphong, Vietnam
E-mail: pgsphanboichau2012@gmail.com

RÉSUMÉ

Introduction. Le cancer du médiastin (CM) est une maladie complexe et très difficile à traiter. Notre étude a pour objectif d'évaluer le résultat global de la prise en charge des patients atteints d'un CM par la chimio-radiothérapie combinée dans le centre d'Oncologie de Haiphong du 01/01/2007 au 31/01/2013.

Méthodes. Il s'agit d'une étude rétrospective sur 40 patients porteurs d'un CM, traité par la chimio-radiothérapie combinée à Haiphong.

Résultats. 33 hommes et 7 femmes ont été inclus avec un âge moyen de 60,1 ans (36-79 ans). L'étiologie la plus fréquente est des ganglions médiastinaux métastatiques d'un cancer du poumon (71,1%). Tous les patients ont répondu au traitement. La médiane de survie était de 33,4 mois et le taux de survie à 1 an est de 81,6%. Le taux de leucopénie était de 5% et d'autres effets secondaires sont acceptables.

Conclusions. La chimio-radiothérapie combinée est la seule option thérapeutique d'un CM réalisable à Haiphong, donnant les résultats favorables (survie) avec des effets secondaires acceptables.

Apport complémentaire des analyses cytologiques du liquide de lavage broncho alvéolaire dans le diagnostic du cancer broncho-pulmonaires

L. Pham-Van
Hôpital Universitaire de Haiphong
E-mail: linh.phamvan@gmail.com

RÉSUMÉ

Objectif et méthodes. Il s'agit d'une étude rétrospective menée chez des patients ayant eu un tableau clinique suspect d'un cancer bronchopulmonaire (CBP), chez qui une fibroscopie bronchique a été réalisée avec des prélèvements bronchiques pour des analyses cytologiques et histopathologiques.

Cette étude a pour but d'estimer le taux de détection du CBP par l'analyse cytologique du liquide des aspirations bronchiques (AB) et d'explorer l'apport complémentaire de cette technique lorsqu'elle est effectuée simultanément avec l'analyse histopathologique des biopsies pulmonaires.

Résultats et discussion. L'analyse cytologique du AB seule apporte un taux de détection du cancer inférieur à celui de l'examen histopathologique des biopsies.

La combinaison de deux techniques affirme le diagnostic de CBP chez 41 sur 43 des patients ayant un CBP, ce qui rend la fibroscopie bronchique plus efficace, d'autant plus qu'il soit un outil diagnostique peu invasif et onéreux.

La combinaison de routine de l'analyse cytologique du liquide de AB augmente l'efficacité et la rentabilité globale de la bronchoscopie diagnostique dans la détection de CBP (41/43 contre 35/43 pour l'analyse histopathologique des biopsies seule).

Les résultats cytologiques sont bien corrélés avec ceux des examens histologiques, en particulier pour le carcinome à petites cellules.

Mots clés. Fibroscopie bronchique, cancer bronchopulmonaire, examen cytologique, aspirations bronchiques.

Évaluer l'efficacité et la sécurité de paclitaxel polymère régime de micelles chez les patients atteints d'un CPNPC avancé ou métastatique dans le Centre d'Oncologie de Haiphong - Vietnam

H. Nguyen-Lam
Centre d'Oncologie de Hai Phong, Vietnam
E-mail: pgsphanboichau2012@gmail.com

RÉSUMÉ

Contexte. Cremophor EL, utilisé pour améliorer la solubilité des médicaments, peut ajouter aux effets toxiques de paclitaxel tels que des réactions d'hyper sensibilité ou une neuropathie périphérique.

Ce rapport a pour but d'évaluer l'efficacité et la sécurité de Cremophor-gratuit, formulation de paclitaxel avec des polymères micelles (PAXUSPM ou connu aussi comme Genexol-PM), une chimiothérapie combinée avec le carboplatine chez les patients atteints du cancer du poumon localement avancé et métastatique non à petites cellules (NSCLC) réalisée dans le centre d'Oncologie de Hai Phong, Vietnam.

Méthodes. Les patients remplissant les critères d'inclusion/d'exclusion ont subi des tests pour les soins programmés. Après les essais, le paclitaxel et le carboplatine micelles polymériques ont été administrés aux patients. Au total, 4 à 6 cycles toutes les 3 semaines ont été administrés, sauf si la progression de la maladie définitive a été confirmée.

Après chaque cycle de traitement, et avant le cycle suivant, les essais pré-programmés ont été réalisés et la sécurité a été évaluée. L'efficacité et la toxicité ont été évaluées après 2 cycles de traitement.

Résultats. 80 patients de stade IIIB / IV NSCLC qui n'avaient pas été ou ont été précédemment traités avec d'autres chimiothérapies, ont reçu du Paclitaxel Polymères Micelles 230mg/m² en 3 heures en perfusion plus carboplatine AUC 6 au jour 1 de chaque cycle de 3 semaines pour un maximum de six cycles. Un total de 384 cycles ont été donnés (moyenne de 4,8 cycles/patient).

Les réponses cliniques étaient de PR = 40,7%, SD = 48,2 et PD = 11,1%. Les toxicités hématologiques étaient gérables et variées de grade-1 jusqu'à grade-3 chez les 80 patients évaluable. Le grade 3 de la neutropénie a été enregistré chez 22 patients (27,5%).

Conclusion. Le Paclitaxel en Polymères Micelles en combinaison avec le carboplatine a montré une efficacité significative avec des toxicités acceptables et gérables. Il peut être un traitement de première ligne pour les patients atteints de cancer du poumon non à petites cellules localement avancé ou métastatique.

Références

1. Nguyen Lam Hoa (2014), "Lung Cancer - Non-Small Cell Metastatic", 2014 ASCO Annual Meeting. J Clin Oncol 32, 2014 (suppl; abstr e19085).

SESSION B7: EXPLORATIONS FONCTIONNELLES RESPIRATOIRES

Histoire des explorations fonctionnelles respiratoires: de Tiffeneau à l'imagerie fonctionnelle

A.T. Dinh-Xuan

Hôpital Cochin. Paris - France

E-mail: anh-tuan.dinh-xuan@cch.aphp.fr



Effacité de la réhabilitation respiratoire décortication pleurale à l'hôpital national des maladies respiratoires

P.A. Nguyen-Thi¹, M. Pham-Van²

¹: Hôpital National des Maladies Respiratoires. Hanoi - Vietnam

²: Département de la Réhabilitation – Université de Médecine de Hanoi. Vietnam

E-mail: phuonganhbvlp@gmail.com

RÉSUMÉ

Introduction. La réhabilitation respiratoire des patients (BN) ayant subi une décortication pleurale est important mais intéresse encore peu les médecins.

Cette étude vise à évaluer l'efficacité du programme de réhabilitation respiratoire après décortication pleurale.

Patients et méthodes. 60 patients bénéficiant d'une décortication pleurale ont été enrôlés dans l'étude: 30 patients réhabilités (1 semaine avant et 1 semaine après l'intervention) et 30 patients contrôles.

L'évaluation est faite sur la clinique, la fonction respiratoire, le test de marche de 6 min.

Résultats. Le groupe réhabilité a une réduction de la dyspnée, une amélioration de la fonction respiratoire (CVF, VEMS) et une augmentation de la distance parcourue en 6mn (+31m au lieu de +18m pour le groupe contrôle, $p < 0,05$).

On constate également la réduction de la toux productive, la réduction de la durée moyenne d'hospitalisation ($9,75 \pm 2,00$ j au lieu de $13,69 \pm 5,2$ j pour le groupe contrôle).

Conclusion. La réhabilitation respiratoire est efficace pour la décortication pleurale.

Elle réduit la durée moyenne d'hospitalisation, réduit la toux productive, améliore la fonction respiratoire et le test de marche de 6 min.

Mots clés. Réhabilitation, chirurgie, décortication pleurale

Anneau vasculaire avec obstruction bronchique

B.T. Le-Binh¹, T. Tran-Anh¹, N.D. Phan-Huu²

¹: Service de Pneumologie, Hôpital de Pédiatrie N°1. HCM Ville. Vietnam

²: Faculté de Pédiatrie, Université de Médecine et Pharmacie de HCM, Service de Médecine Interne - Pneumologie, Hôpital de Pédiatrie N°1. HCM Ville
E-mail: utngoc99@yahoo.fr

RÉSUMÉ

Introduction. Un anneau vasculaire provoque souvent des signes respiratoires tenaces chez les enfants. Le diagnostic et le traitement sont souvent tardifs. Au Vietnam il y a eu seulement 9 cas publiés. Nous avons réalisé cette étude, à l'Hôpital de Pédiatrie N°1, pour déterminer les caractéristiques cliniques, les données d'imagerie thoraciques et les résultats du traitement de cette maladie entraînant une obstruction bronchique.

Méthode. Etude rétrospective et descriptive de cas cliniques.

Résultats. De Janvier 2006 à Décembre 2013, nous avons répertorié 56 cas. L'âge moyen au moment du diagnostic était de 13 mois et 78,5% étaient des enfants. Les signes respiratoires étaient présents chez 52 patients sur 56: stridor 17,8%, respiration sifflante 19,6% et dyspnée aux deux temps 57,1%. Les symptômes ont commencé à la période néonatale dans 37,5% des cas. La plupart des cas ont été découverts à partir de signes cliniques comme la persistance d'une respiration sifflante (42,8%), un stridor tenace (17,8%) ou une pneumonie persistante (23,2%). Tous les patients ont réalisés un examen TDM thoracique avec reconstruction 3D. L'anomalie à type d'anneau vasculaire a été identifiée par la TDM thoracique. On a retrouvé 39 cas d'anomalie de l'artère pulmonaire gauche (APG), 8 cas de double crosse aortique (CAD), 7 cas d'anomalie d'artère anonyme, 1 cas de crosse aortique droite et d'anomalie de l'artère sous-clavière, 1 cas de crosse aortique contournée.

Parmi les 56 patients, certains ont été traités par chirurgie: 2 cas de CAD et 4 cas avec anomalie d'APG. Dans les deux cas de CAD, les signes respiratoires ont disparu; pour les 2 cas d'anomalie à type d'APG il y a eu une amélioration sur le plan respiratoire; et par ailleurs 2 cas de décès.

Conclusion. Chez les enfants ayant des symptômes respiratoires tenaces ou récidivants comme un

sifflement respiratoire, une dyspnée lors des 2 temps, il faut rechercher un anneau vasculaire congénital. La tomодensitométrie avec injection de produit de contraste permet de faire le diagnostic et d'identifier la nature de l'anneau vasculaire. La chirurgie précoce pour les patients présentant une CAD est plus efficace qu'en cas d'anomalie à type d'APG.

Mots clés. Anneau vasculaire, obstruction des voies aériennes, dyspnée, respiration sifflante.

SESSION B8: HTAP & FIBROSE PULMONAIRE

Maladies vasculaires pulmonaires: Le point de vue du cardiologue

P. Cuvillier

CHU Denain - France

E-mail: patrice.cuvillier@sfr.fr

RÉSUMÉ

Les maladies vasculaires pulmonaires (embolie pulmonaire et hypertension pulmonaire pour l'essentiel) sont au cœur de nos préoccupations quotidiennes de clinicien et exigent une excellente collaboration entre pneumologues et cardiologues.

Aucun signe clinique n'est spécifique d'une maladie vasculaire pulmonaire (MVP).

En effet, si la dyspnée domine souvent le tableau clinique, la MVP peut prendre, dans d'autres cas, un visage très particulier (obstruction bronchique, hémoptysie, lipothymie ou syncope, douleur thoracique) risquant d'égarer le diagnostic.

Le diagnostic d'embolie pulmonaire suit trois étapes essentielles où la stratification du risque symbolique est primordiale, la durée du traitement anticoagulant est maintenant mieux codifiée et dépendra du contexte étiologique.

Depuis les dernières recommandations co-éditées par l'European Society of Cardiology et l'European Respiratory Society (2009) et approuvées par l'International Society of Heart and Lung Transplantation (ISHLT), la prise en charge de l'hypertension pulmonaire fait appel à un algorithme diagnostique précis permettant une démarche rationnelle au sein de laquelle l'évaluation pronostique initiale et lors du suivi thérapeutique est fondamentale. Le développement des centres de référence évaluant régulièrement les patients est incontournable afin que ceux-ci puissent bénéficier des nombreuses possibilités thérapeutiques actuelles et en cours de développement pour une pathologie dont le pronostic reste sombre. Une collaboration multidisciplinaire étroite est donc

indispensable pour une prise en charge optimale de la pathologie vasculaire pulmonaire et une amélioration du pronostic.

Traitement de l'HTAP chez des patients porteurs d'une fibrose pulmonaire due à la ScS

S. Duong-Quy

Hôpital Cochin & Collège de Médecine de LD

E-mail: sy.duong-quy@cch.aphp.fr

RÉSUMÉ

La sclérodémie systémique (ScS) est une pathologie caractérisée par une dysfonction endothéliale, des anomalies de régulation des fibroblastes à l'origine d'un excès de fabrication de collagène et des manifestations d'auto immunité. Ces anomalies sont à l'origine d'une fibrose cutanée et des organes internes, pouvant aboutir à des défaillances viscérales et au décès. Les atteintes viscérales les plus fréquentes sont pulmonaires, rénales, digestives et cardiaques. Les deux composantes majeures des manifestations pulmonaires de la ScS sont l'atteinte vasculaire d'une part, avec la survenue d'une hypertension pulmonaire (HTP), et parenchymateuse d'autre part, liée à la pneumopathie interstitielle fibrosante (PIF). Si l'amélioration des connaissances et l'arrivée de nouvelles thérapeutiques de l'HTP ont permis d'en améliorer la prise en charge, la physiopathologie de la PIF reste incomplètement comprise et les traitements actuels ont une efficacité limitée.

Rôle de la voie RhoA/Rho-kinases dans un modèle murin de sclérodémie systémique induit par injection intradermique de l'acide hypochloreux (HOCl)

Y. Bei, T.A. Dinh-Duong, T. Hua-Huy, S. Duong-Quy, A.T. Dinh-Xuan

UPRES EA 2511 - Paris Descartes

E-mail: dinhduongtunganh@yahoo.fr

RÉSUMÉ

Généralité. La sclérodémie systémique (ScS) est caractérisée par une dysfonction endothéliale, une prolifération et une activation des fibroblastes, ainsi qu'une inflammation impliquant l'autoimmunité. Récemment, un nouveau modèle de sclérodémie induite par les produits chimiques vient d'être développé chez les souris en introduisant des injections quotidiennes intradermiques de l'acide hypochloreux (HOCl).

Ce modèle murin reproduit tout le spectre clinique de la maladie chez l'homme, y compris une sclérose cutanée, des maladies pulmonaires interstitielles, une fibrose rénale et des désordres de l'auto-immunité.

Objectifs. L'acid HOCl est connu pour un principal facteur déclenchant du stress oxydatif, et la voie de signalisation RhoA/Rho-kinase est impliquée dans l'inflammation et l'induction du stress oxydatif, nous visons à étudier le rôle de la voie de signalisation RhoA/Rho-kinase dans un modèle murin de la sclérose systémique induite par HOCl résultant de l'inflammation et le stress oxydatif.

Matériels et méthodes. La ScS a été induite par une injection intradermique quotidienne d'HOCl dans le dos des souris C57BL/6 (souris HOCl). Les souris sont quotidiennement traitées par fasudil par gavage. L'expression cutanée et pulmonaire des ROCKs et leur activité ont été évaluées par des analyses morphologiques, la mesure de collagène dans les extraits tissulaires et l'évaluation de l'activation des fibroblastes via l'expression de α -SMA. L'activité de la RhoA dans des fibroblastes cutanées a été mesurée par le kit G-LISA™ RhoA Activation Assay.

Résultats. Fasudil (un inhibiteur de Rho-kinase) a réduit l'épaisseur cutanée, la concentration de collagène et l'expression de α -SMA dans la peau des souris HOCl - ScS qui se sont manifestées un niveau plus faible de l'inflammation, de la fibrose pulmonaire, et de la concentration de collagène que des souris non-traitées. Pourtant, nous n'avons pas trouvé une augmentation de l'activité de RhoA dans le pourmon des souris HOCl par rapport aux contrôles. L'expression des marqueurs de l'inflammation (iNOS, 3-nitrotyrosine) dans la peau et la concentration de l'auto-anticorps anti-topoisomérase I dans le sérum ont été atténuées chez les souris traitées par fasudil par rapport aux souris non-traitées. Par ailleurs, fasudil a inhibé la phosphorylation de Smad2/3 et de Erk1/2 dans la voie de signalisation de TGF- β 1 dans la peau des souris HOCl.

Conclusions. Fasudil, un inhibiteur de Rho-kinase, prévient la fibrose, l'inflammation et la production de l'auto-anticorps dans un modèle ScS-induite par HOCl. Ces résultats fournissent la base pour l'utilisation d'un inhibiteur sélectif de ROCK chez les patients atteints la ScS avec une fibrose diffuse et surtout une atteinte pulmonaire. D'autres études devraient élucider le mécanisme de l'inhibition de la phosphorylation de Smad2/3 et de Erk1/2 dans la voie de signalisation de TGF- β 1 par un inhibiteur de ROCK chez les souris HOCl-ScS.

Mots clés. ScS, HOCl, ROCKS

SESSION B9-10: ONCOLOGIE THORACIQUE

Actualités sur la chirurgie du cancer bronchique

J. Bellamy

Saint-Cloud. France

E-mail: j-bellamy@wanadoo.fr

RÉSUMÉ

Quand elle est possible, l'exérèse chirurgicale est le meilleur traitement du cancer bronchique. Les conditions requises sont l'absence de métastases à distance, une atteinte ganglionnaire N0, N1 ou N2 limitée ; un état général et une fonction respiratoire compatibles avec le geste envisagé.

L'exérèse recommandée est une pneumonectomie ou une lobectomie. Des exérèses élargies aux organes du médiastin (veine cave supérieure, bifurcation trachéale, oreillette gauche), au diaphragme, à la paroi thoracique, au rachis sont réalisables en cas d'envahissement local par la tumeur.

En cas d'atteinte de l'axe bronchique principal on peut parfois éviter la pneumonectomie par une résection de la bronche principale avec réimplantation des lobes restant (sleeve resection) qui donne des résultats équivalents à ceux d'une lobectomie.

Les tumeurs de petite taille (moins de 2 cm) sans atteinte ganglionnaire peuvent être traitées par résection infra-lobaire, « wedge resection » ou segmentectomie, avec des résultats équivalents à ceux d'une lobectomie à condition d'éviter l'usage des pinces automatiques.

Endoscopie interventionnelle et tumeurs trachéales

J.P. Homasson

AFVP- Chevilly-Larue. France

E-mail: jphomasson@wanadoo.fr

RÉSUMÉ

Les tumeurs trachéales sont très rares ; ce sont en général des tumeurs malignes (80 %), classées T4 (TNM). Les formes épidermoïdes, les cylindromes et adénocarcinomes sont les plus fréquentes et l'aspect

endoscopique ne permet pas de préjuger du type histologique. De nombreuses autres tumeurs ont fait l'objet de publications sous forme de cas cliniques le plus souvent. La littérature est donc assez pauvre et les séries limitées.

Les symptômes sont tardifs et le diagnostic d'asthme souvent évoqué à tort. L'endoscopie interventionnelle peut être réalisée à l'aide d'endoscopes souples ou rigides et les techniques de désobstruction peuvent avoir un effet immédiat ou différé. Le choix dépend essentiellement du degré d'urgence, et du matériel disponible, du caractère bénin ou malin, du type d'obstruction (tumeur endotrachéale, compression extrinsèque, mixte). Actuellement la thermocoagulation HF devient la technique de référence, tant pour sa simplicité d'utilisation, que ses « laser like » performances, et son coût.

Le problème majeur étant souvent l'utilisation du bronchoscopie rigide, mais en fait bon nombre de traitements peuvent relever de la bronchoscopie souple.

Caractéristiques cliniques, para-cliniques, valeur des tests génétiques Xpert MTB/RIF pour le diagnostic de tuberculose pulmonaire à AFB (-) chez les personnes vivant avec le VIH

C. Nguyen-Kim¹, N. Nguyen-Viet², S. Dinh-Ngoc²

¹: Département de la Tuberculose et des Maladies Respiratoires - Université de Médecine de Hanoi

²: Hôpital National de Pneumologie. Hanoi-Vietnam

E-mail: ongoc@hmu.edu.vn

RÉSUMÉ

Problématique. La prévalence de la tuberculose au Vietnam aujourd'hui est élevée: de 218/100.000 habitants. Le nombre de personnes vivant avec le VIH de 216 254 cas. Le taux de co-infection tuberculose / VIH est d'environ 10%. La mortalité du VIH due à la tuberculose, est estimée à 2 100 cas. Les symptômes de la tuberculose pulmonaire chez les personnes vivant avec le VIH ne sont pas typiques. Le taux de découverte de Mycobacterium tuberculosis chez les personnes infectées par le VIH est faible, environ 16-40%. Gene Xpert est une des techniques de biologie moléculaire dont l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande l'utilisation précoce pour les personnes VIH+.

Cette étude a été réalisée pour évaluer la sensibilité, la spécificité des caractéristiques cliniques, paracliniques et de l'examen de Gene Xpert dans le diagnostic de la tuberculose pulmonaire chez les personnes VIH+.

Méthodologie. L'étude descriptive transversale de 75 cas de tuberculose BAAR (-) chez les patients VIH+, en compare les caractéristiques cliniques, paracliniques et de l'examen de Gene Xpert pour le diagnostic de tuberculose, la résistance à la rifampicine par rapport à la culture MGIT et l'antibiogramme en milieu solide.

Résultat principal. La sensibilité (Se), de la toux est 85,1%; spécificité (Sp) de 83,3%, la Se de la fièvre est de 88,7%, Sp de 83,3%. La Se de Xpert est de 62,2%, la spécificité de 52% et la valeur prédictive positive est de 70%. La sensibilité de détermination de la résistance à la rifampicine est de 100% et pour la spécificité est de 97,5%.

Conclusion. La sensibilité, la spécificité des symptômes cliniques (de la fièvre, de la toux) suggérant la tuberculose chez les VIH+ est de plus de 80%. La sensibilité, la spécificité de Xpert pour le diagnostic de la tuberculose pulmonaire chez les VIH+ est de 62,2% et 52%, la valeur prédictive positive de 70%, la valeur prédictive négative de 43,3% et la sensibilité de la détermination de la résistance rifampicine est de 100%, la spécificité est de 97,5%.

Thoracoscopie et médiastinoscopie dans le diagnostic et la prise en charge des maladies pleuropulmonaires et médiastinales

L. Pham-Van

Hôpital Universitaire de Haiphong

E-mail: linh.phamvan@gmail.com

RÉSUMÉ

Au Vietnam actuellement, concernant des pathologies du thorax, de nombreuses techniques d'explorations et thérapeutiques non-invasives et invasives sont développées et utilisées dans les hôpitaux telles que la bronchoscopie, l'œsophagoscopie, la ponction-biopsie péricardique, la biopsie transpariétale, l'échoendoscopie bronchique et œsophagienne, le scanner thoracique (TDM), l'imagerie par résonance magnétique (IRM), la tomographie par émission de Positons (PET-CT), la chirurgie thoracique vidéoassistée (VATS) à visées diagnostique et thérapeutique.

Cependant, la thoracoscopie et la médiastinoscopie, largement utilisées dans les pays occidentaux comme la France, demeurant indispensables dans les procédures diagnostiques ou thérapeutiques des maladies bénignes/malignes pleuropulmonaires et médiastinale, en particulier le cancer du poumon et la tuberculose pulmonaire, sont pas encore ou très peu réalisées au Vietnam. Ceci est probablement dû à leur caractère invasif et donc la sécurité des patients, à l'état d'entretien des équipements, la compétence technique du personnel médical, le manque d'information sur leur valeur respective de diagnostic et/ou thérapeutique par rapport à celle des autres techniques, et encore pour leur rapport efficacité/prix.

Appuyant sur la connaissance des compétences techniques et de l'expertise de différentes équipes médicales au sein de l'Association Franco-Vietnamienne de Pneumologie (AFVP), cette présentation tend à encourager les discussions entre collègues afin de transférer des compétences techniques concernant ces deux techniques d'exploration thoracique dans les hôpitaux de Haiphong.

Le but final est de pouvoir les inclure efficacement et sûrement dans les procédures de prise en charge des patients ayant des pathologies thoraciques.

Mots clés. Pathologie thoracique, thoracoscopie, médiastinoscopie,, VATS

Démarche diagnostique et approche étiologique du syndrome cavitair pulmonaire

C. Ngo-Quy, G. Vu-Van

Centre Respiratoire de l'hôpital Bach Mai. Hanoi
E-mail: vuphanvangiap@gmail.com

RÉSUMÉ

Généralités. Le syndrome cavitair pulmonaire est très fréquent en pratique clinique ; il est défini par la présence d'une ou de plusieurs cavités dans le poumon.

Classification par type de cavité. On y inclut Cavités: hyperclartés dans une zone de condensation, une masse ou un nodule; Kystes: hyperclartés circonscrites avec une paroi fine, < à 2mm; Bulles: hyperclartés bien limitées > 1cm, avec une paroi fine < à 1mm, souvent multiples et associées à des lésions emphysemateuses et Pneumatocèles: hyperclartés à paroi fine, transitoires, survenant au cours ou décours d'un épisode aigu.

Diagnostique étiologique. Il y a beaucoup de causes de syndrome cavitair, nous allons voir que l'imagerie (paroi, contenu, nombre, taille, topographie, signes associés et aussi l'évolution de cavité) nous permet d'approcher de façon précise un diagnostic étiologique.

En pratique. Il est très important d'intégrer l'imagerie dans un contexte clinique et de s'aider des résultats biologiques ainsi que des autres examens paracliniques. Pour le cancer en forme cavitair pulmonaire (primitive ou secondaire), il faut faire une biopsie à visée histologique et parfois, un geste chirurgical quand le diagnostic reste incertain.

Conclusion. Pour diagnostiquer un syndrome cavitair pulmonaire, il faut intégrer l'imagerie dans un contexte clinique et s'aider des résultats paracliniques.

Mots clés. Syndrome cavitair pulmonaire, cavité, kyste, bulle.

ATELIER 2: EFR MESURE DU NO ET CO EXHALÉS

Mesure des biomarqueurs dans l'air expiré: Exemple de FENO et FECO

S. Duong-Quy

Hôpital Cochin & Collège de Médecine de LD

For early detection and management of Asthma

HYPAIR FeNO+

MEASUREMENT OF ENDOGENOUS NITRIC OXIDE

FENO+ MEASUREMENTS IN DIFFERENT LEVELS OF THE RESPIRATORY TRACT:
- BRONCHIAL
- ALVEOLAR
- NASAL

medisoft

ATELIER 3: ÉCHOGRAPHIE THORACIQUE

Échographie thoracique

G. Mangiapan

Service de Pneumologie CHIC de Créteil
40 avenue de Verdun 94000 Créteil. France
E-mail: Gilles.Mangiapan@chicreteil.fr

RÉSUMÉ

L'atelier d'échographie thoracique a pour but de pouvoir pratiquer une exploration thoracique normale et de diagnostiquer les principales pathologies. Il se décompose en:

Base physiques de l'échographie: cette partie se focalise sur les bases de la transmission sonore, les propriétés des tissus et la construction des images. Les participants y apprennent les différents types de sondes (linéaire, convexe), les différentes fréquences utilisées (hautes et basses fréquences) et le mode de rendu des images (mode B et mode TM).

Le thorax normal: la description systématique du thorax normal de la superficie à la profondeur est effectuée, permettant de se repérer lors de tous les examens. On apprend aussi comment prendre en main une sonde et comment conduire un examen complet.

Pleurésie et pneumothorax: la sémiologie des pleurésies est décrite. On apprend à conduire un examen systématique et rigoureux par la description de toutes les structures impliquées: pleurésie: aspect, abondance et mesures, poumon sous jacent, retentissement diaphragmatique. La sémiologie échographique du pneumothorax et de l'hydro-pneumothorax est décrite avec les limites et pièges de cet examen.

Au terme de cet atelier, les participant ont compris la construction d'une image échographique. Ils savent conduire un examen échographique thoracique complet chez le sujet normal et décrire la sémiologie des pleurésies et des pneumothorax.

SESSION C1: ASTHME

Les biomarqueurs de l'asthme sévère: Une approche systémique ou individuelle ?

S. Duong-Quy

Service de Physiologie - Explorations Fonctionnelles
Hôpital Cochin. Paris - France
Collège de Médecine de Lam Dong, Dalat - Vietnam
E-mail: sy.duong-quy@cch.aphp.fr

RÉSUMÉ

L'asthme sévère reste un domaine de recherche d'actualité afin d'obtenir une meilleure compréhension de sa physiopathologie et des progrès thérapeutiques. Les facteurs de risque de l'asthme sévère, le phénotypage de la maladie, la réponse aux traitements anti-inflammatoire par les corticostéroïdes inhalés (CSI) sont encore des zones d'ombre dans la pratique clinique courante. Le développement de biomarqueurs pour le diagnostic phénotypique et le suivi clinique apporte une aide essentielle.

L'asthme sévère est défini comme un asthme qui ne répond pas aux traitements conventionnels, en particulier aux corticoïdes, avec une perte permanente du contrôle de l'asthme, un risque accru de survenue des exacerbations et des effets secondaires de la CSI.

Ceci implique l'existence de différents phénotypes de l'asthme qui sont basés actuellement sur l'âge d'apparition de la maladie, le sexe, la fonction respiratoire, l'atopie et les facteurs génétiques. L'analyse du pourcentage d'éosinophiles dans les expectorations constitue un autre outil pour le phénotypage de l'asthme sévère défini par un taux élevé d'éosinophiles malgré la corticothérapie à fortes doses, et le phénotypage de l'asthme non contrôlé défini par un taux d'éosinophiles normal ou bas.

Il n'existe pas actuellement de marqueur biologique qui permet de prédire la sévérité et la réponse aux traitements de ces patients asthmatiques. La recherche de biomarqueurs de l'asthme sévère serait donc une perspective dans l'avenir.

Le rôle des variant génétiques dans la réponse aux glucocorticoïdes chez les patients asthmatiques: Une revue systématique

L.H. Duong-Thi, L. Nguyen-Hoang, T. Hoang Minh, T. Dang-Kim

Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Nationale. Hanoi - Vietnam
E-mail: lyhuong_dhd@yahoo.com.vn

RÉSUMÉ

Généralité. De nombreuses études ont été réalisées pour déterminer l'effet de variant génétiques pour les réponses aux médicaments glucocorticoïdes chez les patients souffrant d'asthme. Cependant, la variabilité dans l'inclusion sélective des différents variant génétiques dans les études est un facteur limitant des variant en cause.

En outre, les différences dans la distribution de fréquence et dans la structure de liaison entre les différents variant génétiques dans les diverses populations contribuent à l'hétérogénéité des résultats rapportés.

Le but de cette étude est de procéder à une évaluation systématique des études publiées pour donner un aperçu du rôle des variant génétiques de la réponse aux glucocorticoïdes chez les patients asthmatiques.

Méthodes. Cette étude a été effectuée conformément aux guides de PSIMA. Trois bases de données électroniques disponibles à savoir Pubmed/Medline, Cochrane Library et Web of Science ont été utilisés pour chercher les documents publiés jusqu'au 1er Octobre 2014 selon les critères d'inclusion et d'exclusion.

Des données extraites, ont été incluses les informations sur le management des études, les plans d'études, l'information génétique et la réponse aux médicaments.

Résultats. 12 études éligibles ont été incluses dans les revues systématiques, qui ont porté sur près de 5000 patients (adultes et enfants).

Les gènes étudiés dans les travaux sélectionnées étaient NR3C1, STIP1, ADCY9, ORMDL3, HDAC1, TBX21, FCER2, CRHR1, DUSP1, VEGF et CLRA.

Certains variant génétiques communs ont été démontré pour avoir des effets significatifs sur les résultats de la corticothérapie (comme FEV1, prédit % FEV1 et réponse aux bronchodilatateurs), tandis que d'autres n'avaient pas d'influences.

En outre, certains variant ont des influences chez les enfants alors que les effets de ces variant ne sont pas clairs.

Conclusion. En résumé, les résultats de notre revue systématique ont souligné indirectement le rôle possible des variant génétiques dans des guidelines de traitement appropriés pour les différents patients asthmatiques.

Une méta-analyse de l'effet des facteurs génétiques avec des mécanismes spécifiques est nécessaire afin de fournir des données complètes.

Mots clés. Gène, corticoïdes, polymorphisme, examen systématique.

Corps étrangers des voies aériennes méconnus chez l'enfant: De la clinique à la valeur diagnostique des méthodes d'exploration

A.T. Tran

Hôpital de Pédiatrie N°1. Ho Chi Minh Ville

E-mail: drtat@hotmail.com

RÉSUMÉ

Les corps étrangers (CE) des voies aériennes (VA) sont un accident domestique courant qui peut mener à la mort ou laisser de graves séquelles. 80% des cas d'inhalation de CE surviennent chez des enfants, de 10 à 24 mois d'âge. 30 à 40% des cas d'inhalation de CE sont diagnostiqués tard, ce qui augmente le risque de complications et des affections broncho-pulmonaires.

Le diagnostic précoce de CE des VA, surtout en l'absence de symptomatologie bruyante, nécessite de bien connaître la sensibilité et la spécificité des différentes méthodes de diagnostic:

1. *L'examen clinique:* l'inhalation de CE se traduit par un syndrome de pénétration qui peut être absent dans 12-25% des cas. Sa sensibilité est de 75-91%, sa spécificité est de 10-92%. L'examen clinique a une sensibilité de 56-86% et une spécificité de 26-72%.

2. *La radiographie thoracique:* 80-96% des CE sont radio-transparents, donc impossibles à détecter sur le film. La radiographie thoracique a une sensibilité de 62-88% et une spécificité de 30-97%. Elle peut aider à localiser les anomalies comme: l'emphysème obstructif localisé, condensation pulmonaire, atelectasie pulmonaire. Les signes indirects d'une obstruction bronchique peuvent être mis en évidence par des clichés en inspiration et expiration forcée.

3. *La tomодensitométrie thoracique* a une sensibilité d'environ de 100% et une spécificité de 66,7%-100%. La tomодensitométrie thoracique avec reconstruction d'image 3D permet de réaliser une endoscopie trachéo-bronchoscopique virtuelle, et aider à améliorer le traitement dans des cas suspects.

4. *L'endoscopie au tube rigide* est une bonne méthode de diagnostic et de traitement chez l'enfant avec un taux de réussite élevé jusqu'à plus de 97 %, mais elle a un taux de complication de 2 à 22% des cas.

5. *La fibro-bronchoscopie*, a une sensibilité et une spécificité très élevées (environ de 100%). Elle joue un rôle majeur dans le diagnostic des CE. La fibro-bronchoscopie diminue aussi le taux de faux négatifs obtenus avec l'endoscopie au tube rigide.

SESSION C2: MALADIES PLEURALES

Traitement du pneumothorax spontané idiopathique

P. Astoul

Hôpital Nord, Marseille, France

E-mail: PhilippeJean.ASTOUL@ap-hm.fr

RÉSUMÉ

Un pneumothorax est défini par la présence d'air dans la cavité pleurale. La physiopathologie exacte du pneumothorax spontané est mal connue. Pour la plupart des médecins, l'apparition d'un pneumothorax serait la conséquence de la rupture d'un blebs ou d'une bulle, anomalies très souvent rencontrées à la surface du poumon dans cette situation, avec irruption d'air dans la cavité pleurale.

Il est rare cependant en pratique clinique de retrouver une fuite aérienne macroscopique au niveau de ces anomalies pleuro-pulmonaires et l'élastofibrose de la plèvre viscérale (zone de la plèvre viscérale où les cellules mésothéliales sont remplacées par une couche fibro-élastique inflammatoire très poreuse) semble être la cause principale. Cette anomalie, liée à plusieurs facteurs, explique les récurrences fréquentes de pneumothorax lorsque le traitement est essentiellement axé sur la résection des bulles ou blebs sans réalisation d'une symphyse pleurale. Si le diagnostic de pneumothorax ne pose le plus souvent pas de problème diagnostique, sa prise en charge thérapeutique peut faire débat. Lors du premier épisode, les sociétés savantes américaines et européennes préconisent: 1) le repos simple et la surveillance en cas de pneumothorax de petit volume et asymptomatique chez un sujet sans antécédents notables, 2) l'évacuation de l'air dans les autres cas.

Des études récentes ont montré le bénéfice clinique et médico-économique d'un traitement mini invasif par exsufflation à l'aiguille (+/- 50% de succès) ou drainage mini invasif ambulatoire par drain de petit calibre. Le recours à l'utilisation de drain de gros calibre est actuellement rare de nos jours et dans tous les cas ne 'rattrape' pas les échecs du drainage par un drain de calibre inférieur. L'idée d'abandonner l'utilisation de drain de gros calibre pour la prise en charge du pneumothorax spontané idiopathique doit faire son chemin. Les techniques de prévention des récurrences font actuellement controverses du fait de l'absence d'études randomisées et de prise en

compte de la physiopathologie du pneumothorax. La question princeps en suspens est de savoir si l'exérèse des lésions visibles à la surface du poumon (hormis une brèche) est nécessaire pour prévenir ces récurrences sachant que la 'porosité' de la plèvre viscérale est un élément déterminant dans la physiopathologie. Aucune étude pertinente ne l'a mis en évidence. Notamment aucune étude comparant la prise en charge chirurgicale avec résection de blebs/bulles et abrasion pleurale versus simple symphyse pleurale par talc pulvérisé par thoracoscopie, les deux techniques les plus efficaces, n'a été réalisée. La prise en charge moderne du pneumothorax spontané idiopathique doit tenir compte des données actuelles concernant les mécanismes d'apparition. Pour le premier épisode, une approche non invasive est souhaitable et possible en toute sécurité. Pour prévenir les récurrences, des études sont nécessaires cliniques mais également médico-économiques pour définir le standard thérapeutique entre résection des lésions et abrasion pleurale ou thoracoscopie avec talcage (talc calibré dédié).

Mésothéliome - Malignant Pleural Mesothelioma (MPM) in 2014

Y. Aelony

Los Angeles, USA

E-mail: y.aelony@cox.net

ABSTRACT

Malignant pleural mesothelioma (MPM), an incurable illness that is related to asbestos exposure in at least 80% of patients, is infrequently diagnosed in Southeast Asia. However, considering the widespread use and importation of asbestos insulating materials in this region, up to 1000 cases per year in Thailand and Vietnam have been predicted by international health agencies. This, together with the known incubation period of 20 to 60 years before asbestos exposure leads to MPM, makes it likely that MPM will become a major public health problem in Vietnam.

Other causes need also be considered, such as accidental or therapeutic irradiation of the chest & some regions have reported asbestos substances in the soil. Current underdiagnosis is believed related to the cost & limited availability of Calretin & other tissue stains required to prove the diagnosis. Pathologists outside of the major metropolitan areas may be unfamiliar with the disease. In addition, many patients present with far-advanced disease, such that biopsy procedures are omitted in favor of

hospice or best-supportive care. These patients go unreported or may be simply reported as lung cancer.

Clinical Presentation. 85% present with dyspnea due to pleural effusion. The 15% without pleural effusion present with diverse complaints such as chest wall pain, weight loss, dysphagia, pleural masses on xray, or metastatic disease. Many patients appear to have local, curable disease. The absence of reported surgical cures suggests that microscopic disease is widespread.

Pathology. There are 3 major pathological forms of MPM: *Epithelioid*, the most common form, with the best prognosis; sarcomatoid with a very short life expectancy, and 'mixed', where both the above forms are discovered and the prognosis is midway between the first 2 forms.

Natural Course Of The Disease. Historically, life expectancy was reported at 6-12 months from diagnosis, but studies have shown that a subgroup of patients may live longer, with 8% living for 5 years without any specific treatment (1). There are dozens of anecdotal studies with wide ranges of survival after selecting the best candidates for medical, radiation, or surgical treatments, but very few of these studies are controlled in any way. Survival rates in these uncontrolled studies, which comprise most of the literature, should be ignored, since good results are determined by the ability to select those with early stage disease rather than the quality of the treatment.

Staging Of Mesothelioma. Staging of mesothelioma has been very controversial. The main staging goal was to determine the likelihood of successful surgical resection with cure or at least cytoreduction such that other modalities of care-- chemotherapy, irradiation, or experimental trials--might prolong life in this disease. At the present time, surgery for cytoreduction or cure is falling out of favor since the publication of randomized prospective controlled studies indicating that surgery shortens life expectancy & does not cure (2), discussed later below. For other purposes, medical staging may be performed, although few studies actually present all this data. Clearly, longer survivals are associated with epithelioid-predominant pathology, limitation of disease to the parietal pleura, & absence of mediastinal lymph nodes or metastatic disease on PET-CT scanning. Age under 60 years, female sex, and normal performance status are positive survival factors, while low pleural fluid pH (< 7.30), high peripheral white count, low hemoglobin, high platelet count, high serum LDH, loss of > 5 kg in weight are all associated with shorter life expectancy (3).

Staging with CT & PET scans & mediastinoscopy in this disease has been found to be very inaccurate compared to thoracotomy & long-term followup.

Treatment Available

1. Thoracoscopic Talc Poudrage: The 85% who present with dyspnea due to pleural effusion had in a consecutive, unselected series to have relief of dyspnea & mean survival of 24 months (median 19) after talc pleurodesis. (4). Other forms of sclerosant pleurodesis are seldom reported & presumably are ineffective.

2. Simple prolonged fluid drainage with an indwelling catheter is being widely performed in malignant pleural effusions (MPE.) A controlled study comparing this with talc slurry injection showed that talc slurry is 'not inferior' to the catheter in eliminating the effusion long-term (5). Thoracoscopic talc poudrage appears to be superior to talc slurry in several studies. Although prospective studies of malignant pleural effusion are underway few of these patients are likely to have MPM.

3. Radiation therapy of mesothelioma outgrowths along the tracts of biopsy needles, VATS, or thoracotomy has been shown to be effective in relieving pain. However, radiation therapy has been disappointing for widespread disease, which is present in nearly all patients.

4. Chemotherapy has now been shown to prolong life by 2 to 3 months in prospective studies, when both platin drugs & anti-folates are used, compared to a platin alone. However the quality of life was degraded for 3-6 months compared to those without chemotherapy, due to nausea, vomiting, anemia, feelings of fatigue & lethargy.(6). O'Brien showed that pleurodesed patients receiving prompt chemotherapy at the time of diagnosis lived 4 months longer than those whose therapy was delayed until progression of disease (7).

5. Surgery has been used (a) to seek cure or (b) for cytoreduction in order to augment other effective therapies. After 50 years, several major centers have advanced their technics to the extent that surgical mortalities reported at 30% have dropped to 6-12%. Cures remain elusive, however, & are probably non-existent. Extrapleural pneumonectomy(EPP) has been done with mediastinal lymphadenectomy, pericardiectomy & replacement of the diaphragm with teflon in patients who were felt to have surgically curative or palliative disease. Despite 30-50% surgical morbidity & frequent prolonged hospitalizations, some groups felt the efforts were worth offering to patients, since it was their best hope. Unfortunately, the only prospective randomized controlled trial

(RCT) of radical surgery (EPP) reported in 2011 that the surgical group died 5 months sooner than the non-surgical group (14 versus 19 months survival) (8).

This has led to many centers switching to more limited resection: decortication of the lung with parietal pleurectomy. Recently parietal pleurectomy by VATS (video assisted thoracic surgery) was prospectively compared with talc pleurodesis in 175 cases, finding no prolongation of life with this limited surgery (9). Performance of the shuttle walk was better by 100 meters in the talc group. The VATS group had more frequent complications with 5 times as many air leaks & they required more than twice as many hospital days as talc pleurodesis. So the only RCT controlled studies of aggressive surgery and minimally invasive surgery both found no benefit compared to medical care.

In conclusion, medical treatment including thoracentesis, talc pleurodesis, catheter drainage, chemotherapy and local radiation of mesothelioma outgrowths to the skin are the only clearly palliative treatments of this disease. Our clinical efforts should be controlled by the 'first, do no harm' principle. Research centers may seek other treatments in *controlled studies*. A major medical challenge is to limit population exposures to asbestos.

Selected bibliography

1. Law MR et al., Thorax 1984; 39 : 255-9.
2. Lee, YGC., Resection of Mesothelioma ; pub.on line June 16, 2014.www.thelancet.com.
3. Aelony et al., Respiration 2006;73;p 338.
4. Aelony Y, Yao J., Prolonged Survival after Talc Poudrage for malignant pleural mesothelioma: case series. Respirology 2005; vol 10:649-655.
5. Rahman et al., JAMA June 2012: TIME2 STUDY, in malignant pleural effusion.
6. Bottomley A et al, Cisplatine in Malignant Pleural Mesothelioma: JCO Mar 20 2006: 1435-1442
7. O'Brien, Ann Oncology 2006;17/270-275.
8. Treasure et al., MARS study, (RCT) The Lancet Oncology 2011; 12/8,763-772.
9. Rintoul et al. MesoVATS trial: partial pleurectomy v. Talc Pleurodesis 2014: Lancet..

SESSION C3: SAOS SYNDROME D'APNÉES DU SOMMEIL

Evolution des concepts sur les rêves en Occident

F. Soyez

Hôpital Privé Antony. France

E-mail: fsoyez001@orange.fr

RÉSUMÉ

Les rêves, quelle que soit la culture environnante, ont de tout temps interpellé l'intelligence humaine. Sont-ils porteurs de savoir? Le cas échéant, que nous disent-ils ? Nous parlent-ils de nous, de comment allons-nous ? Comment le disent-ils ? Nous renseignent-ils sur l'avenir; sont-ils prophétiques ? Et alors, d'où viennent-ils ? Serait-ce des dieux ou d'un inconscient collectif « archétypal », d'un inconscient personnel ?

Déjà les hommes préhistoriques nous ont laissé témoignage de leur interrogation à ce sujet.

Pour les égyptiens « Le dieu a créé les rêves pour indiquer la route au dormeur dont les yeux sont dans l'obscurité ». Le rêve est un signe, il montre la voie et est prémonitoire.

Dans le monde grec antique si pour Pythagore le rêve est le moment de communication avec le ciel, le moment où l'âme s'éveille, pour Démocrite et Aristote ils ne peuvent venir des dieux, mais de soi, avec déjà l'ouverture de l'éternel débat entre l'inné et l'acquis. Pour Socrate et Platon, l'existence du rêve témoigne d'une dualité de l'âme d'une part, et de l'existence d'un autre monde qui inspire notre être et nos comportements (Théorie de la Réminiscence).

Ces théories inspireront certainement Freud, pour qui notre inconscient s'exprime de façon cachée dans le contenu manifeste du rêve (mais un inconscient ou domine le désir, désir sexuel avant tout) mais aussi Jung qui reconnaît dans l'inconscient plusieurs couches dont une contenant les archétypes, archétypes qui conditionnent les comportements de l'es-pèce.

Si dans la Bible le rêve est prémonitoire, messenger de Dieu, dans le Nouveau Testament il est peu utilisé : Dieu se manifeste par son Fils et par le Saint Esprit : le rêve devient inutile. C'est pourquoi tant dans le moyen âge chrétien que musulman (Dieu se manifeste par Mahomet) on admet que les rêves peuvent venir de Dieu mais aussi du Diable: il convient avant tout de s'en méfier.

Les neurosciences mettent bien à mal les théories freudiennes au contraire de celles de Jung : Le sommeil paradoxal, principal vecteur du rêve, pourrait être d'expression génétique ; il participe à la programmation des circuits neuronaux permettant la mise en place les comportements d'espèce d'une part, les processus d'individuation de la personne d'autre part.

EPSASIE: Étude épidémiologique du Syndrome d'Apnées Obstruc-tives au cours du Sommeil (SAOS) au Vietnam

S. Duong-Quy^{1,2}, K. Dang Thi Mai³, N. Tran Van³, H. Nguyen Xuan Bich³, T. Hua-Huy², E. Orvoen-Frija⁴, F. Chalumeau⁵, M.P. d'Ortho⁶, J.P. Homasson⁷, A.T. Dinh-Xuan², F. Soyez⁵, F. Martin⁸

¹: Collège de Médecine de Lam Dong, Dalat

²: Service des EFR, Hôpital Cochin, Paris, France

³: Service de Pneumologie, Hôpital Cho Ray, Ho Chi Minh ville, Vietnam

⁴: Hôpital Pitié Salpêtrière, Paris, France

⁵: Hôpital Privé d'Antony, France

⁶: Hôpital Bichat, Paris, France

⁷: Centre de Pneumologie, Chevilly Larue, France

⁸: Hôpital de Compiègne, France

E-mail: f.martin@ch-compiegne.fr

RÉSUMÉ

Objectifs. Déterminer la prévalence du SAOS dans une population d'adultes au Vietnam, et décrire les caractéristiques des patients malades par rapport aux sujets sains, et selon la gravité de la pathologie.

Méthodes. Dépistage par questionnaires (n = 667) dans un échantillon de la population générale, enregistrements de dépistage par RU-sleeping chez les sujets symptomatiques (n = 221), puis polygraphies ventilatoires ou polysomnographies.

Résultats. 93 enregistrements RU-sleeping se sont révélés positifs, ces sujets ont eu des enregistrements poly(somno)graphiques: 57 ont un index d'apnées et hypopnées obstructives (IAH) >5 (8,5 % de la population dépistée), 25 ont un IAH>15 (3,7 %).

Les évaluations comparatives entre les sujets sains et ceux atteints de SAOS, montrent des différences significatives en matière d'âges, d'indices de masse corporelle (IMC), de périmètres cervical et abdominal, ainsi que pour les échelles d'Epworth (standard et adaptée au Vietnam) de Pichot (fatigue et dépression), il en est de même pour les scores HAD et les désaturations nocturnes de l'oxyhémoglobine.

Les mêmes paramètres sont significativement différents entre les groupes de SAOS selon l'IAH (IAH de 5 à 15, et IAH>15).

Conclusions. Cette première étude épidémiologique du SAOS au Vietnam, confirme la prévalence assez élevée de la pathologie malgré des caractéristiques

anthropométriques peu évocatrices, l'intérêt du dépistage par RU-sleeping, et montre des différences significatives entre les sujets sains, et ceux atteints de SAOS portant sur la morphologie, la somnolence diurne excessive, la fatigue et la qualité de vie.

Sensibilisation du public, des employeurs et du milieu médical aux troubles liés au sommeil et à leurs conséquences

L. Pham-Van

Hôpital Universitaire de Haiphong

E-mail: linh.phamvan@gmail.com

RÉSUMÉ

Rappelons que des structures de soins spécialisés (habituellement au sein des hôpitaux) existent lorsque le sommeil devient pathologique, non seulement des cas d'insomnie mais aussi plusieurs cas de figures comme le SAOS, la somnolence, le dérèglement de l'horloge biologique parmi d'autres, comment favoriser le dépistage et sensibiliser le grand public (et/ou les groupes plus spéciaux comme les ouvriers au travail de nuit et/ou posté, les motards/ automobilistes quotidiens), les employeurs et les professionnels de santé aux informations et conseils pratiques (messages de risque, de conséquences dramatiques et de prévention), aux outils d'évaluation, aux symptômes, procédures de détection et appareillage pour le traitement de l'apnée du sommeil, et à la thématiques spécialisée concernant le sommeil comme la somnolence au volant (ou capacités d'attention et de vigilance au volant) et l'insécurité routière, le sommeil et le stress, le sommeil et les types de travail, les réflexes à adopter lors des premiers signes de fatigue...

Mots clés. Pathologies liées au sommeil, insomnie, somnolence, ronflement, SAOS

SESSION C4: TABACOLOGIE

L'apport de la cigarette électronique dans la réduction de risque en tabacologie

Y. Martinet, N. Wirth

CHU Nancy, France

E-mail: y.martinet@chu-nancy.fr ; n.wirth@chu-nancy.fr

RÉSUMÉ

La cigarette électronique voit son usage se développer progressivement alors que les ventes de tabac à fumer diminuent, celles des substituts nicotiques (SN) stagnent et l'industrie du tabac lance les tabacs chauffés. Tous ces produits contiennent de la nicotine qui est la plus puissante parmi les drogues licites et illicites actuellement sur le marché.

Il est préférable de parler « des cigarettes électroniques » ; en effet de nombreux dispositifs variés sont proposés aux usagers ; il en est de même des produits « vapotés », avec la présence ou non de nicotine à des concentrations variables associée à de nombreux additifs.

Il est vraisemblable que vapoter soit moins dangereux que fumer du fait de l'absence de combustion, mais ce moindre risque vraisemblable reste à confirmer et à quantifier. A côté du vapotage actif, il existe un vapotage passif qui se traduit par la présence de nicotine dans le sang de non-fumeurs non-vapoteurs, et par l'observation de signes discrets d'altération de la fonction respiratoire chez des non-fumeurs non-vapoteurs présents dans la même pièce que des vapoteurs.

Une seule étude scientifique valable a été publiée à partir de séries suffisamment importantes avec randomisation à ce jour ; elle démontre que la cigarette électronique avec une concentration de nicotine de 16 mg/ml est aussi efficace que le patch/timbre dosé à 21 mg de nicotine, sachant que l'association patch + forme orale de nicotine (gommes, pastilles, spray...) est plus efficace que le patch seul.

L'usage des cigarettes électroniques pour diminuer la consommation de cigarettes afin de réduire les risques liés au tabagisme est un leurre sanitaire ; de nombreuses études sur des dizaines de milliers de fumeurs montrent que réduire durablement sa consommation de tabac fumé ne réduit pas significativement les risques pour la santé du fumeur.

De nombreux pays, Etats, villes ont interdit de vapoter là où il est interdit de fumer ; le retour en grâce dans les lieux publics de la dépendance à la nicotine

et de sa consommation par le biais de l'usage des cigarettes électroniques va redonner un côté glamour à cette dépendance.

Il n'existe aucun motif valable justifiant l'autorisation de la vente aux mineurs d'un produit qui entraîne une dépendance aussi puissante, avec la possibilité que l'usage par les jeunes des cigarettes électroniques avec nicotine puisse entraîner l'installation d'une dépendance à la nicotine avec consommation chronique et passage possible au tabac fumé ou chauffé.

Il n'y a aucune raison de laisser faire la publicité, qu'il s'agisse des risques sanitaires moindres allégués ou des arguments faisant état d'une aide au sevrage non scientifiquement démontrée à ce jour.

Le tabagisme des précaires

N. Wirth

Nancy, France

E-mail: n.wirth@chu-nancy.fr

RÉSUMÉ

Généralement, la précarité est associée au tabagisme mais des différences sont observées dans le monde en fonction du développement économique du pays. La vulnérabilité des précaires en fait la cible privilégiée des industriels du tabac y compris dans les pays en voie de développement.

Les fumeurs précaires présentent plus souvent une dépendance au tabac forte, un début du tabagisme plus précoce et une consommation plus importante. Contrairement aux idées reçues, ils sont sensibles à certaines actions de prévention (messages sanitaires et photos à fort potentiel émotif sur les paquets de cigarettes, hausses de prix, interdiction de fumer dans les lieux publics...) et leur motivation pour arrêter leur consommation est souvent importante.

On observe chez ces personnes également des co-consommations et des comorbidités qui rendent la prise en charge du sevrage plus complexe. Il est important de tenir compte de ces difficultés liées à leur mode de vie et d'adapter la prise en charge de façon spécifique en proposant des traitements validés et efficaces de la dépendance à la nicotine.

Réduire la prévalence du tabagisme de cette population est important et il est nécessaire de l'appréhender en utilisant différents leviers d'action efficaces à la fois dans le domaine du contrôle du tabac et de la prise en charge de l'arrêt de la consommation.

Incidence des cancers bronchopulmonaires chez les fumeurs

S. Birolleau

Centre hospitalier Gaston Bourret de Nouméa
Nouvelle Calédonie

E-mail: s.birolleau@cht.nc

RÉSUMÉ

Bien qu'aucune étude n'ait spécifiquement évalué l'incidence du cancer broncho-pulmonaire découvert à l'occasion d'une IRB chez un fumeur ou ex-fumeur de plus de 20 paquets-années (PA), l'infection respiratoire basse (IRB) est considérée comme pouvant être l'occasion de diagnostiquer un cancer sous-jacent.

Le but de cette étude épidémiologique rétrospective est de comparer le pourcentage de cancers bronchiques diagnostiqués dans la population générale des fumeurs (environ 11%) à celui des cancers dépistés au décours d'une IRB chez des patients fumeurs, de plus de 40 PA.

Pour ce faire, nous avons inclus 100 fumeurs de plus de 50 ans ayant présenté une IRB en Nouvelle-Calédonie entre 1993 et 2010. Toutes les données ont été saisies sur un document « Classeur » du logiciel Open Office version 3.3. Les données ont été analysées à l'aide du logiciel Stata (version 2011 software: StataCorp, College Station, TX, USA). L'intervalle de confiance à 95% (IC95) de la proportion de KBP diagnostiqués au décours de l'IRB a été calculé selon la méthode Mid-P Exact, à l'aide du logiciel Open Epi.

Notre étude, constituée d'un échantillon initial de 100 patients, a permis d'identifier 4 KBP parmi 66 patients suivis. Ceci correspond à une incidence de 6% (IC95% [1,95% - 13,97%]).

En comparant cette proportion à celle connue de KBP diagnostiqués dans la population des fumeurs en général (estimée à 11%), il n'y a pas de différence significative.

Les résultats ne permettent pas de dégager une tendance à plus de diagnostics de KBP, même en sélectionnant une sous-population réputée comme à risque.

Néanmoins, la taille de l'échantillon ne permet pas d'être affirmatif et de répondre sans ambiguïté à la question posée, qui reste donc encore à débattre.

SESSION C5: MALADIES PLEURALES

Place de l'échographie thoracique dans l'imagerie des maladies pleurales

G. Mangiapan

Service de pneumologie, CHIC Créteil. France

E-mail: gilles.mangiapan@chicreteil.fr

RÉSUMÉ

L'échographie a longtemps été considérée comme inutile dans l'exploration du thorax du fait de la barrière aux ultrasons que représentent l'os des côtes et l'air du poumon.

Cependant l'existence d'un épanchement pleural liquidien donne une fenêtre acoustique permettant une exploration de qualité. De même la description des caractéristiques de l'interface pulmonaire normale a permis de décrire la sémiologie du pneumothorax et des pathologies pulmonaires périphériques (pneumonies, nodules et syndromes interstitiels).

Les pleurésies sont facilement repérées à l'échographie par un aspect anéchogène. L'échographie permet de décrire la position, le caractère cloisonné ou hétérogène de l'épanchement. Elle est plus sensible que la radio pour détecter les pleurésies para-pneumoniques ou pour identifier une pleurésie devant un héli thorax opaque. Elle est la technique la plus efficace et la plus sûre pour le guidage des gestes pleuraux augmentant leur performance diagnostique et diminuant les complications de ces gestes. Elle permet aussi d'apprécier le retentissement de la pleurésie sur le poumon sous-jacent (atélectasie) et sur le diaphragme (inversion et mouvement paradoxal par compression). Enfin, elle peut détecter les épaississements pleuraux diffus ou nodulaires lors des pleurésies néoplasiques, guidant les biopsies et augmentant leur rentabilité.

L'abondance de la littérature scientifique sur l'intérêt de l'échographie a amené la British Thoracic Society à recommander l'utilisation systématique de l'échographie pour toutes les procédures pleurales sur les pleurésies.

L'échographie détecte aussi facilement les pneumothorax et a une sensibilité et une spécificité nettement supérieures à la radiographie thoracique dans cette indication. Elle permet de détecter les pneumothorax iatrogènes après procédures

pleurales pulmonaires ou vasculaire ainsi que les pneumothorax résiduels après drainage de pneumothorax spontanée et évite la réalisation de radiographie thoracique dans ces indications.

L'échographie thoracique est un outil indispensable dans les mains du pneumologue, prolongeant l'examen clinique, facilitant les gestes invasifs pleuraux en apportant confort et sécurité. Elle permet aussi d'éviter un certain nombre de radiographies thoraciques devenues inutiles grâce à cette technique.

La plèvre infectée: Prise en charge diagnostique et traitement médical

P. Astoul

Hôpital Nord, Marseille, France

E-mail: PhilippeJean.ASTOUL@ap-hm.fr

RÉSUMÉ

Les infections de la cavité pleurale sont fréquentes et ont une présentation clinique variable qui dépend le plus souvent du terrain sous-jacent. Elles ont en commun cependant une potentielle gravité avec un risque élevé de mortalité et morbidité sans parler du coût de leur prise en charge du fait de l'hospitalisation prolongée. Il n'est pas inutile de rappeler la physiopathologie des pleurésies infectieuses le plus souvent en rapport avec une infection pulmonaire (pleurésie « para pneumonique »). Dans la majorité des cas, le liquide pleural reste stérile et l'épisode va se résoudre par antibiothérapie (pleurésie « parapneumonique » non compliquée) mais une minorité de patients va développer une infection de la cavité pleurale (pleurésie « parapneumonique » compliquée). En l'absence de traitement cet état va évoluer en trois phases, sans réelle démarcation, d'abord exsudative (passage de liquide à travers la plèvre viscérale et les vaisseaux du fait de l'augmentation de la perméabilité en rapport avec l'atteinte infectieuse pulmonaire), fibrino-purulente (dépôts de fibrine recouvrant les plèvres, formations de cloisons, pus), organisée (matériel fibreux épais, oblitération de l'espace pleural).

Si les ponctions-lavage pleuraux itératifs sont une alternative possible et récemment remise au goût du jour, l'évacuation du liquide pleural par drainage thoracique (+/- lavage) représente la pierre angulaire de la prise en charge des pleurésies parapneumoniques compliquées.

Plusieurs questions se posent pour lesquelles les réponses fondées sur les niveaux de preuve sont

pauvres. L'intérêt de la mesure du pH pleural pour guider la prise en charge et notamment la mise en place d'un drain thoracique a été récemment remis en question du fait de la grande variabilité des résultats de sa mesure dans diverses conditions et qui nécessiteraient une standardisation et des études montrant sa pertinence. Le calibre du drain thoracique lorsque l'indication de drainage est retenue est également sujet à controverse mais il semble que l'utilisation de drain de petit calibre soit aussi efficace que les drains 'conventionnels' de gros calibre qui en outre pour ces derniers génèrent des complications fréquentes. Les cathéters de petit calibre dit 'en queue de cochon' ont montré leur efficacité et innocuité dans ce contexte. Le rôle des fibrinolytiques en cas de pleurésies purulentes cloisonnées n'est pas clairement défini et il semble qu'outre une action sur la fibrine, l'utilisation de drogues modifiant la viscosité du liquide pleural soit nécessaire.

Pour finir la place de la chirurgie ou des manœuvres endoscopiques pleurales médicales ou chirurgicales nécessite des études complémentaires mais il est clair que le délai de prise en charge, notamment pour l'indication de ces techniques plus invasives et donc du drainage thoracique qui en découle sont des éléments importants à prendre en compte car ils augmentent la durée d'hospitalisation, le recours à des manœuvres invasives et augmente la morbi-mortalité. Par conséquent chaque patient suspect de présenter une infection pleurale doit bénéficier d'une évaluation initiale afin de dépister un épanchement pleural, de déterminer si le liquide est infecté et de réunir d'éventuels critères de drainage pleural.

La plèvre infectée: Traitement chirurgical

J. Bellamy

Saint-Cloud - France

E-mail: j-bellamy@wanadoo.fr

RÉSUMÉ

Le chirurgien thoracique peut prendre en charge une pleurésie infectieuse par différents gestes techniques: un drainage pleural ; une thoracoscopie; une décortication pleurale ; une pleurostomie également appelée thoracostomie.

Un drainage permet de guérir la plupart des pleurésies purulentes. Il est capital que le drain soit placé au bon endroit qui est le centre de la collection liquidienne pleurale. Des enzymes fibrinolytiques peuvent aider.

La thoroscopie pour débridement et évacuation permet d'accélérer la guérison et de réduire la durée du drainage. Elle nécessite une anesthésie générale.

La décortication pleurale est un geste lourd. Elle est le plus souvent inutile et devrait presque toujours être évitée grâce au drainage ou à la thoroscopie.

La pleurostomie s'adresse aux collections résiduelles de petite taille et aux pleurésies post chirurgicales. Réalisée selon une technique simplifiée, elle n'est pas mutilante, ne demande pas de soins complexes et rend de grands services.

Des soins attentifs permettront de guérir tous les patients sans séquelles.

SESSION C6-7: SAOS SYNDROME D'APNÉES DU SOMMEIL

SAOS et cancer

F. Soyez

Hôpital d'Antony - France

E-mail: fsoyez001@orange.fr

RÉSUMÉ

Des études récentes portant sur des modèles murins de mélanomes ou de tumeurs épithéliales pulmonaires avaient pour but d'apprécier l'évolution tumorale, le profil métastatique et la mortalité selon que ces souris étaient soumises ou non à des hypoxémies intermittentes mimant le SAOS. Ces travaux ont mis en évidence un lien puissant entre l'hypoxémie intermittente et l'agressivité tumorale, tant par l'évolution locale (taille de la tumeur) que le profil métastatique (nombre et volume des métastases) avec un impact direct sur la durée de vie. Sont incriminées pour expliquer cette agressivité tumorale une surexpression de molécules pro angiogéniques (VEGF) ou pro inflammatoires (Tam, TLR4), la production de radicaux libres de l'oxygène.

En 2012 deux études de cohorte, américaine et espagnole, mettaient en évidence pour la première (suivi de 22 années) une augmentation du risque de survenue de cancer (RR: 4,8 si IAH > 30) et surtout une surmortalité d'origine néoplasique (3,5 pour un IAH > 15 et < 30 et 7 pour un IAH > 30). Le lien était d'autant plus fort que l'hypoxémie nocturne était importante, laissant présager du rôle du stress oxydant. L'étude espagnole de Rodriguez et Martinez (suivi plus court de 4,5 ans) après analyse

multivariée objectivait un lien SAOS et risque de survenue de cancer uniquement pour les hommes de moins de 65 ans, et si plus de 12% de la nuit se passait au-dessous d'une saturation de 90% (RR de 2,95). De même semble se confirmer un risque de surmortalité par cancer de 2,5, en relation essentiellement avec la saturation nocturne.

Un travail plus récent de Martinez (2014) portant sur la prévalence du SAOS chez des patients présentant un mélanome confirmait une incidence impressionnante (60,7%) et une agressivité tumorale liée à l'IAH.

Ces études pour le moins troublantes sont controversées: Pas de lien entre les symptômes de SAS et survenue de cancer selon un travail danois de 2013 (mais on connaît les mauvaises sensibilités et spécificité des questionnaires pour porter le diagnostic de SAS); risque de survenue de cancer multiplié par 2 seulement si IAH > 30 et disparaissant après analyse des facteurs confondant selon une importante étude canadienne (ATS 2014).

Le débat reste ouvert: des études observationnelles complémentaires sont indispensables, ce d'autant que la durée de sommeil (< 6h) est maintenant reconnue comme facteur de risque indépendant de survenue de cancer, et notamment de cancer hormonodépendant.

Caractéristiques du syndrome d'apnées obstructives du sommeil chez les enfants vietnamiens

B.H. Nguyen-Xuan, T. Dang-Vu, H.H. Hoang Dinh

Centre des Soins des Maladies Respiratoires

Ho Chi Minh Ville. Vietnam

E-mail: nxbichhuyen@gmail.com

RÉSUMÉ

Le ronflement, symptôme fréquent chez l'enfant, est souvent considéré comme bénin mais il peut être le signe d'une pathologie ayant des conséquences graves: le syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS). Le syndrome d'apnées obstructives du sommeil chez l'enfant a été étudié depuis longtemps dans les pays occidentaux mais peu dans les pays asiatiques, en particulier le Vietnam.

Objectif. Déterminer les caractéristiques ainsi que les facteurs de risques du SAOS chez les enfants vietnamiens.

Méthode. Etude prospective, descriptive, d'une série

d'enfants venant consulter pour ronflement au Community Health Care Center (CHAC), Ho Chi Minh ville, Vietnam.

Un examen clinique (poids, taille, examen oto-rhino-laryngologique..) est effectué pour chaque patient ainsi qu'une polysomnographie à la recherche d'un SAOS.

Résultats. 44 cas ont été répertoriés sur une période d'un an (Avril 2013-Avril 2014), parmi lesquels il y a plus de garçons que de filles (73,3% vs 22,7%), l'âge moyen est de 8 ± 3 ans et la plupart des patients sont obèses. Il y a 10 cas de ronflements simples, (22,7%) et 34 cas atteints de SAOS (73,3%) parmi lesquels 25% de formes légères, 13,6% de modérées et 38,6% de sévères. Les symptômes comme le ronflement, les difficultés à respirer, l'hypertrophie des végétations adénoïdes et des amygdales ne sont pas significativement différents entre les groupes de patients avec ou sans SAOS. Par contre les signes d'hyperactivité et de diminution de l'attention sont plus fréquents, de façon significative, chez les patients avec SAOS. Les antécédents de rhinite allergique et d'asthme ne sont pas significativement différents dans les deux groupes. L'adénoïdectomie et l'amygdalectomie sont les traitements retenus le plus souvent dans les deux groupes avec une haute efficacité. Le traitement médical (corticoïdes nasaux et le montelukast) n'est efficace que chez les patients sans SAOS et ceux avec SAOS léger.

Conclusion. Le syndrome d'apnées obstructives du sommeil est présent dans 73,3% des enfants ronfleurs venant consulter au Community Health Care Center; il atteint plus souvent les garçons que les filles, il prédomine entre 3 et 7 ans et il est grave dans plus de 50% des cas. Les facteurs de risque sont le sexe masculin, l'obésité, l'hypertrophie des végétations adénoïdes et des amygdales. Le traitement le plus efficace est l'ablation des végétations adénoïdes et des amygdales. Dans notre étude le SAOS a comme conséquences cliniques principales l'hyperactivité et la diminution de l'attention.

Traitement du ronflement par orthèse d'avancée mandibulaire (OAM)

H. Nguyen-Hieu

Université de Médecine et de Pharmacie
Ho Chi Minh Ville. Vietnam
E-mail: nhh0206@yahoo.com

RÉSUMÉ

Le ronflement n'est pas une maladie mais il est corrélié au syndrome d'apnées du sommeil. Ce syndrome entraîne des complications comme l'hypertension artérielle, une perte de mémoire, une somnolence diurne pouvant être responsable d'accident de la circulation. Une des complications la plus dangereuse est la mort subite pendant le sommeil.

Il y a beaucoup de méthodes pour traiter le ronflement et le syndrome d'apnées du sommeil, comprenant le traitement médical, chirurgical et les appareils de ventilation. Dans l'odonto-stomatologie, il existe 3 instruments pour traiter les ronflements : un matériel pour maintenir la langue, un pour élever le voile du palais et l'orthèse d'avancée mandibulaire. Cette dernière est utilisée le plus souvent par sa simplicité et la facilité d'adaptation par les patients.

Il y a 2 sortes d'OAM: I: un bloc ; II: deux blocs.

L'OAM fonctionne grâce à la langue qui se colle à la partie inférieure de la mandibule. Quand la mandibule avance, la langue va avancer et l'arrière de la langue va être décollé, libérant le passage de l'air au niveau des voies aériennes supérieures.

L'OAM a également le rôle de fixer l'avancement de la mandibule par rapport avec la location de l'occlusion centrale. L'OAM est capable d'avancer environ 70% la capacité maximale du patient. Donc l'avancement de la mandibule peut avoir l'influence sur l'articulation temporo-mandibulaire.

Dans le service d'odonto-stomatologie de l'Université de Médecine et Pharmacie de HCM city, nous avons étudié le traitement du ronflement par l'OAM II, afin d'évaluer l'adaptation des patients au matériel, l'efficacité des traitements et son effet sur l'articulation temporo-mandibulaire. Nous rapportons une étude de série de cas.

Effets de l'amaigrissement sur l'évolution d'un syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil

L. Portel

CH Robert Boulin, Libourne. France
E-mail: laurent.portel@ch-bergerac.fr

L'apparition d'un syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil (SAHOS) est le plus souvent liée à un excès pondéral. Il est généralement admis qu'un gain de poids de 10% augmente l'index

apnées hypopnées de 32% et qu'une perte de poids de 10% diminue cet index de 26% (Peppard PE BMJ 2009).

Le traitement par ventilation en pression positive continue donne d'excellents résultats, mais il peut être jugé gênant, contraignant voire inacceptable par certains patients, ce qui conduit à des arrêts de traitement prématurés, préjudiciables au maintien d'un bon état de santé.

On peut donc envisager des traitements alternatifs pour tenter de guérir le SAHOS via une réduction pondérale.

Prise en charge diététique et interventions comportementales donnent des résultats généralement modérément efficaces et peu durables.

Plus radicale, la chirurgie bariatrique offre des résultats spectaculaires en terme de perte de poids, de réduction des symptômes, mais la réduction de l'IAH ne permet une guérison du SAHOS que dans 25% des cas (Méta-analyse de Greenburg 2009). Dans cette méta-analyse, on note un IAH encore élevé à 16/h en moyenne après chirurgie, ce qui correspond à la persistance d'un SAHOS modéré. L'excès de risque cardio-vasculaire n'est donc pas corrigé après amaigrissement et il est donc nécessaire de poursuivre la ventilation en pression positive continue pour la majorité de ces patients qui présentent généralement d'autres facteurs de risque cardio-vasculaires.

Bien qu'une perte pondérale soit toujours souhaitable et bénéfique en terme de réduction des symptômes dans le SAHOS, la guérison reste rare après amaigrissement, même après une chirurgie bariatrique. Dans la majorité des cas, la ventilation en PPC doit être poursuivie afin d'améliorer le pronostic cardio-vasculaire de ces patients.

Alternatives au traitement du Syndrome d'Apnées Obstructives au cours du Sommeil (SAOS), par aide ventilatoire en Pression Positive Continue (PPC)

F. Martin¹, F. Chalumeau²

Unité des pathologies du sommeil, Centre Hospitalier, Compiègne, France

Hôpital privé d'Antony, ANTONY, France

E-mail: f.martin@ch-compiegneoyon.fr

RÉSUMÉ

La PPC est le traitement de première intention du SAOS sévère avec des effets prouvés sur la somnolence et la mortalité cardiovasculaire si l'observance est suffisante.

La PPC a une efficacité démontrée mais les effets secondaires sont fréquents, il existe des refus initiaux, et environ 20% d'abandons secondaires.

La PPC supprime le SAOS lorsqu'elle est utilisée mais il s'agit d'un « traitement palliatif » qui ne guérit pas la maladie syndrome d'apnées du sommeil.

De nombreux patients sont demandeurs d'un traitement plus esthétique, plus confortable et/ou curatif.

De plus, le traitement par PPC est couteux, et demande une prise en charge et un suivi médical et technique, nécessitant des ressources et des organisations de soins, d'où sa difficulté de mise en place dans des pays en cours de développement socio-économique.

Les alternatives à la pression positive continue, seront décrites:

Perte de poids médicale ou chirurgicale et activité physique.

Place de la chirurgie.

Quels types d'interventions, pour quels sous-groupes de patients?

Stimulation de l'hypoglosse.

Orthèses d'avancée mandibulaire.

Traitement positionnel.

Rôle des mouvements de fluides, intérêt de la contention veineuse.

Traitements combinés pour réduire le risque cardio-métabolique associé au SAOS: activité physique, réduction pondérale, rééducation oro-pharyngée, dans le but d'offrir des modalités thérapeutiques complémentaires

ATELIER 4: ENDOSCOPIE INTERVENTIONNELLE

J.P. Homasson

AFVP. Chevilly Larue - France

ATELIER 5-7: PLEVRE

L. Pham-Van, H. Nguyen-Thanh, S. Le-Minh

Université de Médecine et de Pharmacie de Haiphong – Vietnam

REMERCIEMENTS:

Le Comité de Rédaction du JFVP remercie vivement tous les traducteurs et traductrices, les collaborateurs et collaboratrices qui ont contribué leur travail dans la rédaction du numéro spécial de JFVP pour le VIII^e Congrès de l'AFVP en Novembre 2014 à Haiphong.