



## Retombées médias 23<sup>e</sup> CPLF au 28 mars 2019

### Contacts presse



#### LJ Communication

Alexandra Deleuze - Sylvie du Cray-Patouillet - Antoine Bousquet  
Email : a.deleuze@ljcom.net - s.ducraypatouillet@ljcom.net - a.bousquet@ljcom.net  
Tel : 01 45 03 56 58 - 01 45 03 50 34 - 01 45 03 89 96



## Sommaire

### Dépêches

Agence de Presse Médicale A l'agenda du 21 au 25 janvier	21 janvier 2019
Agence de Presse Médicale Dans la presse médicale jeudi	24 janvier 2019
Agence de Presse Médicale BPCO : le repérage précoce des patients requiert une formation des médecins généralistes et une nouvelle organisation	28 janvier 2019
Agence de Presse Médicale BPCO : échec d'une expérience Prado sur le taux de rehospitalisation à 28 jours	28 janvier 2019
Agence de Presse Médicale Environ les deux tiers des patients avec un asthme sévère sont observants	28 janvier 2019
Agence de Presse Médicale Près de la moitié des asthmatiques de France restent mal observants et mal contrôlés	28 janvier 2019
Agence de Presse Médicale Cancer du poumon : les soins agressifs de fin de vie fréquents et coûteux	28 janvier 2019
Agence de Presse Médicale Cancer du poumon : effet positif de la participation à un programme de dépistage sur le sevrage tabagique	29 janvier 2019
Agence de Presse Médicale Le coût moyen d'une réhospitalisation pour exacerbation de BPCO estimé à 5.200 euros	29 janvier 2019
Agence de Presse Médicale Les appareils de ventilation à domicile globalement fiables mais à surveiller	29 janvier 2019
Agence de Presse Médicale Fibrose pulmonaire idiopathique : la pirfénidone plus coût-efficace que le nintédanib dans une étude de Roche	30 janvier 2019
Agence de Presse Médicale Asthme : la consommation de corticoïdes oraux et les passages aux urgences ont augmenté en 10 ans	31 janvier 2019
Agence de Presse Médicale Pneumothorax spontané : résultats similaires des prises en charge ambulatoire et hospitalière	31 janvier 2019

## Presse Écrite

PHARMACEUTIQUES Les sponsors au rendez-vous pour le 3 <sup>e</sup> RespirH@ction	Décembre 2018
REVUE DES MALADIES RESPIRATOIRES 23 <sup>e</sup> ème Congrès de pneumologie de langue française	Janvier 2019
INFO RESPIRATION 23 <sup>e</sup> congrès de Pneumologie de langue française	07 janvier 2019
LA PROVENCE L'Agenda	21 janvier 2019
LE QUOTIDIEN DU MEDECIN Congrès Hebdo – Editorial	24 janvier 2019
LA PROVENCE Marseille : Maladies respiratoires : tabac et pollution pointés du doigt	29 janvier 2019
INFO RESPI Miscellanées du congrès de pneumologie de langue française	Février 2019
INFO RESPI Miscellanées du congrès de pneumologie de langue française. Améliorer le contrôle de l'asthme et faciliter l'observance du traitement avec Revinty Ellipta	Février 2019
LE MONITEUR DES PHARMACIES Pneumologie : Des asthmatiques mal observants et mal contrôlés	02 février 2019
LE FIGARO Sciences : La BPCO, une maladie qui peut démarrer avant la naissance	07 février 2019
LE QUOTIDIEN DU MEDECIN Réduire le tabagisme, dès l'âge de 12 ans ! Une priorité nationale de santé publique	14 février 2019
LE GENERALISTE Maladies respiratoires, quels vaccins pour éviter les complications ?	22 février 2019
LE QUOTIDIEN DU MEDECIN Fibrose pulmonaire idiopathique. Mieux accompagner les patients	25 février 2019
LA REVUE DU PRATICIEN BPCO : Connaissez-vous PRADO ?	Février 2019
EGORA Dossier : Pneumologie	14 au 24 février
LE QUOTIDIEN DU MEDECIN Sommaire : Congrès hebdo : 23 <sup>e</sup> ème édito, du Congrès de Pneumologie de Langue Française	24 février

## Web

GO-MET.COM Gomet' Santé : notre sélection d'évènements de la santé dans le Sud	18 janvier 2019
LEQUOTIDIENDUMEDECIN.FR CPLF : les pneumologues donnent du souffle	24 janvier 2019
E-DIRECT.TV Retransmission en direct du CPLF	27 janvier 2019
OPA Pratique, Axis Tv Retransmission en direct du CPLF : la place des triple thérapies dans la BPCO	27 janvier 2019
PUBLICSANTE.COM BPCO, des risques précoces mieux identifiés	29 janvier 2019
SANTEMAGAZINE.FR Près de la moitié des asthmatiques contrôlent mal leur maladie	29 janvier 2019
LEGENERALISTE.FR Cancer du poumon, l'intérêt du dépistage par scanner relancé par l'étude Nelson	29 janvier 2019

FREQUENCEMEDICALE.COM	29 janvier 2019
CPLF 2019 : un nouveau guide pratique sur la vaccination en pneumologie	
FREQUENCEMEDICALE.COM	30 janvier 2019
CPLF 2019 : les déterminants précoces de la BPCO doivent être mieux pris en compte	
FREQUENCEMEDICALE.COM	31 janvier 2019
Le nouveau guide de la vaccination en pneumologie	
FREQUENCEMEDICALE.COM	01 février 2019
Asthme sévère et nouveaux objectifs thérapeutiques	
SFMU	01 février 2019
Actualités de l'Urgence-APM	
YAHOO.COM	06 février 2019
La BPCO, une maladie qui peut démarrer avant la naissance	
SANTE.LEFIGARO.FR	06 février 2019
LA BPCO, une maladie qui peut démarrer avant la naissance	
FREQUENCEMEDICALE.COM	08 février 2019
Asthme sévère et phénotypage par Chantal Raheison	
FREQUENCEMEDICALE.COM	11 février 2019
Asthme sévère et individualisation du traitement par Patrick Roger	
EGORA.FR	14 février 2019
Congrès de pneumologie de langue française : des avancées thérapeutiques dans le cancer bronchique	
EGORA.FR	15 février 2019
Congrès de pneumologie de langue française – le dupilumab, alternative thérapeutique dans l'asthme sévère	
EGORA.FR	18 février 2019
Congrès de pneumologie de langue française- Une recherche active dans le SAOS	
EGORA.FR	19 février 2019
Congrès de pneumologie de langue française : des taux de contrôle insuffisants dans l'asthme	
EGORA.FR	21 février 2019
Congrès de pneumologie de langue française : la sarcoidose, une granulomatose aux aspects multiples	
MY PHARMA	28 février 2019
Cancer du poumon : Astra Zeneca lance un appel à projets pour améliorer les connaissances et le dépistage	
LEQUOTIDIENDUMEDECIN.FR	11 mars 2019
Pour améliorer l'usage des inhalateurs dans l'asthme et la BPCO. Les multiples déclinaisons du guide Zéphir	

## En marge du congrès

BUSINESSEVENT'	Février – Avril 2019
Radisson Blu Hôtel Marseille Vieux-Port, entre charge provençal et modernité	

## Radio

France Bleu Provence	27 janvier 2019
----------------------	-----------------

# Agences de presse

DÉPÊCHE DU 21/01/2019

## A l'agenda du 21 au 25 janvier

Mots-clés : #agenda

PARIS, 21 janvier 2019 (APMnews) -

### LUNDI 21 JANVIER

- Conférence de presse pour la présentation d'un projet de recherche pour "redéfinir l'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection préservée" porté par Sanofi, Servier et l'Assistance publique-hôpitaux de Paris (AP-HP), à Paris
- Journées Cicatrisations, congrès de la Société française et francophone des plaies et cicatrisation (SFFPC), à Paris jusqu'à mardi

### MARDI 22

- Voeux à la presse d'Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé, et de Christelle Dubos, secrétaire d'Etat auprès de la ministre
- "Journée nationale de la psychiatrie", manifestation organisée par des collectifs de salariés d'hôpitaux psychiatriques, place de la République à Paris
- Audition de Sophie Cluzel, secrétaire d'Etat chargée des personnes handicapées, sur la politique interministérielle du handicap, par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale
- Colloque sur l'hospitalisation à domicile (HAD) dans les structures sociales et médico-sociales organisé par le ministère des solidarités et de la santé à Paris, en présence de Sophie Cluzel
- Journée d'hiver du Syndicat national des pharmaciens des établissements publics de santé (Synprefh)
- Résultats annuels de Johnson & Johnson (J&J)

### MERCREDI 23

- Examen par la commission nationale des affaires sociales de l'Assemblée nationale de la proposition de loi pour des mesures d'urgence contre la désertification médicale
- Examen par la même commission de la proposition de loi, adoptée par le Sénat, portant création d'un fonds d'indemnisation des victimes des produits phytopharmaceutiques
- Audition de Catherine Geindre, présidente de la conférence des directeurs généraux de CHU, sur le rapport "Le CHU de demain", par la commission des affaires sociales du Sénat
- Examen de la proposition de loi tendant à la création d'un fonds d'indemnisation des victimes de la chlordécone et du paraquat en Guadeloupe et en Martinique, devant la même commission
- Conférence de presse de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DÉPÊCHE DU 24/01/2019

## Dans la presse médicale jeudi

**Mots-clés :** #revue de presse médicale

PARIS, 24 janvier 2019 (APMnews) -

### LE QUOTIDIEN DU MEDECIN

- Médecine cardiométabolique: de nouveaux biomarqueurs et des algorithmes en incubation pour personnaliser la prévention au plus près, p2
- Entretien avec le Pr Stéphane Hatem, directeur général de l'IHU-ICAN, Institut de cardiométabolisme et nutrition, p3
- La négociation sur les assistants médicaux, futur casse-tête?, p4
- Livre témoignage d'une infirmière en Ehpad, qui "rend son uniforme" à 25 ans, p4
- Remise à plat de l'organisation des soins: Agnès Buzyn ne veut pas "crisper" les médecins, p4
- A Montréal, succès des visites au musée sur ordonnance, p5
- Médecine nucléaire: la TEP au top au CHU de Brest, p5
- Télésuivi du patient à domicile: Satelia s'implante dans 15 hôpitaux et cliniques, p6
- Le service de réanimation de l'hôpital de Bourg-en-Bresse s'est doté de deux tablettes d'eye-tracking, p6
- 344 projets de télémédecine financés en 2017 par les ARS, p7
- Consulib, plateforme sans abonnement, p7
- Le taux sanguin d'un neurofilament prédit la progression avant les symptômes de maladie d'Alzheimer, p8
- Avec le nouveau TEP-Scan 100% numérique Philips Vereos, le temps d'examen réduit de moitié à l'Institut Curie, p8
- Comprendre le retard de croissance intra-utérin, p8
- Une étude dans 11 établissements psychiatriques d'Occitanie montre que le recours à la contention mécanique laisse un sentiment d'échec, p9
- Débat: la pratique du rugby est-elle devenue dangereuse?, p10-11
- Cahier sur le Congrès de pneumologie de langue française (CPLF): pollution et BPCO, les crises d'asthme, un guide pratique sur la vaccination, les granulomatoses, la tuberculose chez l'enfant, le rôle des généralistes dans la coordination des soins..., p13-18

Id/fbk/APMnews

[LD7PLU2GM]

POLSAN - ETABLISSEMENTS

(Drees) sur "l'insertion professionnelle des infirmiers et l'accessibilité aux paramédicaux et aux sages-femmes"

- Colloque annuel de la Fédération nationale des associations de directeurs d'établissements et services pour personnes âgées (Fnadepa) sur les politiques vieillesse, à Paris
- Congrès national de l'encéphale, à Paris jusqu'à vendredi
- Congrès de la Société de réanimation de langue française (SRLF), à Paris jusqu'à vendredi
- Colloque "Le professionnel de santé au coeur de la sécurité sanitaire", au ministère de la santé
- Conférence de presse de l'association Pharma Système Qualité (PHSQ) pour la présentation des résultats d'une enquête sur les attentes des patients en pharmacie, à Paris
- Résultats annuels d'Abbott

## JEUDI 24

- Voeux de la Fédération hospitalière de France (FHF) sur le thème "Quelles priorités pour l'hôpital et le secteur médico-social en 2019?"
- Voeux à la presse de la présidente du Conseil national de l'ordre des pharmaciens (Cnop), Carine Wolf-Thal, à Paris
- Présentation du baromètre de l'expérience patient, au ministère de la santé
- Remise du rapport de la commission "bientraitance-maltraitance" commune au Haut conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA) et au Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH), en présence d'Agnès Buzyn et Sophie Cluzel
- Conférence de presse de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), à Saint-Denis (Seine-Saint-Denis)
- Résultats annuels de Bristol Myers-Squibb (BMS) et chiffre d'affaires annuel de Boiron

## VENDREDI 25

- Résultats annuels d'AbbVie
- Congrès de pneumologie de langue française (CPLF), à Marseille jusqu'à dimanche

[NC7PLDG8Y]

POLSAN - ETABLISSEMENTS

*Aucune des informations contenues sur ce site internet ne peut être reproduite ou rediffusée sans le consentement écrit et préalable d'APM International. Les informations et données APM sont la propriété d'APM International.*

©1989-2019 APM International - <https://www.apmnews.com/depeche/60994/330702/a-l-agenda-du-21-au-25-janvier>



DÉPÊCHE DU 28/01/2019

# BPCO: le repérage précoce des patients requiert une formation des médecins généralistes et une nouvelle organisation

**Mots-clés :** #pneumo #soins de ville #congrès #BPCO #dépistage #médecins #formation #paramédicaux #pharmaciens #diagnostic #accès aux soins #qualité-sécurité des soins

(Par Luu-Ly DO-QUANG, au Congrès de pneumologie de langue française)

MARSEILLE, 28 janvier 2019 (APMnews) - Le repérage précoce des patients atteints de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) requiert une meilleure formation des médecins généralistes et une nouvelle organisation des soins, notamment une meilleure coordination avec les paramédicaux, ont estimé plusieurs spécialistes lors d'une session plénière sur les missions complémentaires du généraliste et du pneumologue, vendredi au Congrès de pneumologie de langue française (CPLF) à Marseille.

La BPCO est le thème principal choisi pour ce 23e congrès commun de l'Association de perfectionnement post-universitaire des pneumologues privés (APP), le Collège des pneumologues des hôpitaux généraux (CPHG) et la Société de pneumologie de langue française (SPLF), où plus de 5.000 professionnels se sont inscrits.

"Le repérage précoce de la BPCO reste un sujet d'actualité même si on en parle depuis longtemps. Il y a à présent quelques résultats", a fait observer en introduction le Pr Bruno Housset du centre hospitalier intercommunal de Créteil (Chic).

Dans la première communication, le Dr Alexandre Malmartel du département de médecine générale de l'université Paris-Descartes a rappelé que la BPCO est une maladie fréquente, avec une prévalence qui est estimée en France à environ 7,5% mais est finalement mal connue. Les études montrent que la BPCO est à la fois sous-diagnostiquée dans la population générale mais qu'une part notable de patients ont un diagnostic erroné.

Mais la démarche se heurte ensuite à de nombreux freins: le médecin généraliste doit être sensibilisé à la problématique, formé aux examens, disposer de temps...

Pour le Pr Alain Lorenzo, chef du département de médecine générale à la Sorbonne Université à Paris, il faut mobiliser les généralistes pour tout d'abord une question de "déséquilibre démographique, avec 60.000 généralistes contre environ 3.000 pneumologues".

"Les généralistes doivent se mettre à la spirométrie pour le dépistage mais aussi pour le suivi des patients atteints de BPCO et aussi les asthmatiques. Il faut réfléchir à comment enseigner et expliquer les maladies respiratoires, sensibiliser et former les futurs médecins dès la formation initiale", a-t-il estimé. L'offre en formation continue doit aussi être étoffée car en 2019, il n'en existait qu'une seule sur la spirométrie.

Seulement 1% des généralistes sont formés à la spirométrie, a observé le Dr Malmartel.

Le tabac étant le principal facteur de risque de BPCO, le sevrage tabagique est une piste pour que les généralistes s'impliquent, a proposé le Pr Lorenzo. Une étude, financée dans le cadre du programme hospitalier de recherche clinique (PHRC), va évaluer l'effet de communiquer au patient son âge pulmonaire évalué par spirométrie au cabinet de médecine générale, sur le maintien du sevrage tabagique. Les inclusions doivent débuter mi-2019 et les résultats sont prévus pour 2021.

Autre intervenant de cette session, le Dr Anthony Chapron de l'université de Rennes a appelé à "sortir du prisme de la BPCO" pour se replacer dans une "dimension patientèle" car ce sont des patients qui correspondent à l'activité quotidienne du généraliste.

Les patients atteints de BPCO présentent fréquemment des comorbidités qui sont vues en médecine générale: hypertension artérielle, insuffisance cardiaque, obésité, arthrose, ostéoporose... Face à une de ces comorbidités, il faut penser à la BPCO.

## Réfléchir à la stratégie

Le Dr Malmartel a poursuivi en soulignant l'importance de s'interroger sur la stratégie à suivre. Faut-il dépister toute la population à risque de BPCO, diagnostiquer précocement les patients symptomatiques ou les patients à risque d'avoir des complications?

En prenant l'examen de référence, la spirométrie, le dépistage de tous les fumeurs, soit près d'un tiers des Français, paraît irréalisable. Il faut donc sélectionner les patients à dépister, à l'aide de questionnaires ou d'autres mesures du souffle. Les questionnaires sont nombreux mais ils sont plus ou moins sensibles, plus ou moins spécifiques.

La recherche des symptômes de BPCO n'est pas simple non plus car de nombreux patients ne consultent pas. Ils négligent ces symptômes (toux, essoufflement) et selon des travaux, 40 à 50% des patients avec une BPCO sévère se disent asymptomatiques.

L'étude GLORI-COPD est en cours à Paris-Descartes pour valider un score en deux étapes, une première de suspicion de BPCO puis la seconde de suspicion de comorbidités, afin de réaliser une spirométrie chez les patients ainsi sélectionnés.

Le Dr Malmartel a également rappelé que l'assurance maladie menait, avec la communauté pneumologique et les associations de patients, une expérimentation dans trois territoires pour tester le dépistage par spirométrie en médecine générale (cf [dépêche du 01/03/2017 à 10:11](#)).

"Les généralistes ont été formés à la spirométrie pendant trois heures et ont été équipés gratuitement. Les courbes respiratoires sont télétransmises à des pneumologues pour relecture en 24-48 heures et contrôle qualité de la réalisation du test", a-t-il indiqué. Depuis le lancement en mars 2017, 282 généralistes ont accepté de participer et 114 ont effectué un total de 732 spirométries; l'évaluation des données est en cours.

Pour le Pr Housset, la difficulté de cet exercice réside dans le bénévolat des généralistes, qui ont "un engouement relativement faible pour l'exploration respiratoire". En outre, une étude toulousaine suggère que cet intérêt s'émousse avec le temps.

Le Pr Lorenzo a paru plus confiant, faisant une analogie avec l'électrocardiographie. Initialement, les généralistes n'en voulaient pas puis cet examen s'est imposé. "Dans 80% [des cas] il est normal et dans 20% il faut adresser le patient. Avec la spirométrie, ce sera pareil et cela va faciliter le parcours patient."

## Mettre en place des coopérations

Une autre piste pour améliorer le dépistage est la mise en place de protocole de coopération avec les paramédicaux.

Une étude pilote, menée par le Dr Chapron, a été menée auprès 176 patients de plus de 40 ans, sans diagnostic de BPCO, qui ont été inclus un jour de consultation de leur médecin traitant. Ils ont été répartis en 4 groupes et une spirométrie a été prescrite à 29,5% après questionnaire HAS/GOLD administré par le généraliste, 50% lorsqu'une personne assurait le travail de coordination avec le médecin et 72,7% avec l'association des deux stratégies, contre aucun dans le groupe contrôle.

Finalement, 2 BPCO ont été diagnostiquées ainsi que 13 autres maladies respiratoires. Les résultats ont été publiés dans la Revue des maladies respiratoires la semaine dernière, note-t-on.

Une étude de plus grande taille (DISCO) va être réalisée pour valider cette organisation des soins primaires pour détecter précocement des patients atteints de BPCO chez des personnes repérées à risque, avec un objectif de 3.200 patients à inclure.

Dans l'auditoire, un médecin a souligné son expérience positive avec les "infirmières Asalée" en maison de santé pluridisciplinaire (MSP), qui réalisent les spirométries chez les patients qui ont été préalablement ciblés par le médecin. Créé en 2004, le dispositif d'Action de santé libérale en équipe (Asalée) est plébiscité par les professionnels et les patients, selon une étude publiée en 2018 (cf [dépêche du 20/04/2018 à 14:00](#)).

Pour le Pr Housset, les MSP vont "pouvoir changer la situation". Il a notamment estimé qu'elle pourraient être une référence pour les médecins isolés d'autant plus si elles ont un généraliste formé à la spirométrie, répondant au Dr Malmartel qui faisait observer que plus de la moitié des généralistes travaillaient seuls.

Ce dernier a par ailleurs estimé que la création des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et des assistants médicaux offrira de nouvelles opportunités de renforcer le dépistage précoce de la BPCO en médecine générale.

"Il faut adapter les différents moyens de dépistage disponibles en soins primaires et multiplier et coordonner les actions à différents niveaux", a conclu le Dr Malmartel. Les généralistes, les infirmières mais aussi les pharmaciens et les kinésithérapeutes peuvent intervenir pour un premier repérage de patients dont la BPCO est ensuite diagnostiquée formellement par les pneumologues.

(Revue des maladies respiratoires, édition en ligne du 24 janvier)

ld/nc/APMnews

[LD4PLWKY3]

PNEUMO-ALLERGO-DERMATO POLSAN - ETABLISSEMENTS CONGRÈS ENVOYÉ SPÉCIAL

*Aucune des informations contenues sur ce site internet ne peut être reproduite ou rediffusée sans le consentement écrit et préalable d'APM International. Les informations et données APM sont la propriété d'APM International.*

©1989-2019 APM International -

<https://www.apmnews.com/depeche/60994/330989/bpco-le-reperage-precoce-des-patients-requier-t-une-formation-d-es-medecins-generalistes-et-une-nouvelle-organisation>

DÉPÊCHE DU 28/01/2019

# BPCO: échec d'une expérience Prado sur le taux de réhospitalisation à 28 jours

**Mots-clés :** #pneumo #établissements de santé #soins de ville #protection sociale #BPCO #congrès #assurance maladie #hôpital #soins à domicile #paramédicaux

(Par Luu-Ly DO-QUANG, au Congrès de pneumologie de langue française)

MARSEILLE, 28 janvier 2019 (APMnews) - Le programme d'accompagnement du retour à domicile (Prado) n'a pas permis de réduire le taux de réhospitalisation pour exacerbation ou le taux de décès à 28 jours de patients atteints de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) suivis au CHU de Rouen, selon les résultats présentés samedi au Congrès de pneumologie de langue française (CPLF) à Marseille.

Les exacerbations aiguës sont des événements fréquents au cours de la BPCO. Elles sont associées à une altération du pronostic dans les formes les plus sévères. Elles ont en outre un impact économique majeur, essentiellement liées aux hospitalisations, avec un coût de 667 M€ en 2017, a rappelé le Dr Stéphanie Cousse du CHU de Rouen en session orale.

Dans plusieurs pays dans le monde, aux Etats-Unis, au Canada, au Royaume-Uni, en Espagne, des programmes d'accompagnement des patients ont été mis en place à la sortie de l'hôpital avec des effets positifs sur le taux de réadmission mais sans bénéfice sur la mortalité ou la qualité de vie.

En France, l'assurance maladie a initié en 2015 un tel dispositif dans la lignée des précédents Prado qu'elle développe depuis 2010 (maternité, orthopédie et insuffisance cardiaque), avec pour objectif la réduction du taux de ré-hospitalisation au décours d'une hospitalisation pour exacerbation.

Dans le cadre du programme, un conseiller de l'assurance maladie rencontre le patient à l'hôpital pour lui proposer ce suivi et organise le premier rendez-vous de sortie avec le médecin généraliste dans les 8 jours. Une infirmière libérale formée passe 1 fois par semaine au domicile du patient au cours des 2 premiers mois, puis 2 fois par mois pour notamment assurer l'éducation thérapeutique du patient (ETP). L'intervention d'un kinésithérapeute est possible, a poursuivi le Dr Cousse. Une consultation avec le pneumologue est également organisée entre 1 et 2 mois après la sortie.

Il s'agit d'une étude monocentrique, rétrospective, portant sur tous les patients admis pour exacerbations de BPCO au CHU de Rouen entre novembre 2015 et janvier 2017, avec un suivi prospectif des patients jusqu'en mars 2017. L'évaluation du taux de réadmissions et du taux de décès à 28 jours est utilisé comme critère principal.

Au cours de la période d'étude, 294 admissions pour exacerbations de BPCO ont été identifiées: l'inclusion dans Prado a été proposée à un tiers d'entre eux et, finalement, 62 ont accepté de participer; ils étaient 25 à décliner le protocole.

La comparaison des patients inclus dans Prado et le groupe contrôle de 202 patients montre un profil

globalement similaire (âge, tabagisme, comorbidités). Mais dans Prado, les patients avaient une BPCO plus sévère et des exacerbations elles-mêmes plus sévères (1,8 vs 1,2 dans l'année précédant l'inclusion). La durée d'hospitalisation pour exacerbation était significativement plus courte pour les patients du groupe Prado, de 8,6 jours contre 10,4 dans le groupe contrôle.

Le taux de réadmissions et de décès à 28 jours était similaire entre les deux groupes: de 16,1% dans le groupe Prado contre 14,4% dans le groupe contrôle. Après ajustement sur les facteurs potentiels de confusion, la différence n'était pas statistiquement significative.

Le délai de réadmission était en moyenne de 210 jours pour les patients du groupe Prado, contre 260 jours dans le groupe contrôle, une différence non significative.

Le taux de réadmissions, le taux de décès à 90 jours ainsi que la survie globale étaient similaires dans les deux groupes.

## Des patients globalement satisfaits

Concernant l'accès aux soins dans le cadre de Prado, le délai moyen de première consultation était de 4 jours pour le médecin traitant, de 3 jours pour l'infirmière, de 3 jours pour le kinésithérapeute et de 48 jours pour le pneumologue. Le protocole a été globalement bien respecté et les patients se déclarent plutôt satisfaits, a rapporté le Dr Cousse.

L'échec observé sur le critère principal pourrait s'expliquer notamment par la maladie plus sévère des patients inclus dans Prado. "Le protocole a peut-être permis de rendre les deux populations comparables", a-t-elle commenté. Le délai choisi pour le critère principal était également court.

Dans la salle, une personne de Chambéry rapporte avoir la même impression de ne pas atteindre l'objectif de réduction des réhospitalisations. Le Dr Cousse a estimé qu'il était tout de même permis d'avoir un espoir que le programme fonctionne car des résultats positifs ont été observés dans d'autres pays. Il faut aussi examiner le taux d'adhésion au programme.

Selon les résultats détaillés publiés quelques jours avant le congrès par l'International Journal of COPD, seulement 13% des patients du groupe Prado ont suivi les séances de réhabilitation respiratoire, ce qui n'était pas significativement différent du groupe contrôle (10%), note-t-on. Par ailleurs, près de 40% des patients fumaient encore au moment de leur inclusion et si un soutien à l'arrêt du tabac était assuré, le taux de sevrage n'est pas indiqué.

Dans l'auditoire, un autre intervenant a considéré qu'il fallait "voir davantage le verre à moitié plein plutôt qu'à moitié vide". Il s'est félicité que l'assurance maladie travaille avec le médecin et vienne dans les hôpitaux pour offrir ses services. "C'est imparfait mais c'est une opportunité."

La durée d'hospitalisation plus courte pour les patients du groupe Prado a également suscité des questions. Le Dr Cousse s'est demandée si l'inclusion dans le programme a pu inciter à faire sortir les patients plus tôt. Elle a reconnu qu'il fallait être attentif avec les patients sévères car une sortie précoce peut avoir des effets néfastes. Cependant, l'un des présidents de séance a rappelé que certaines comorbidités notamment contre-indiquent l'inclusion dans Prado.

Il s'agit de la première étude à évaluer le dispositif Prado de l'assurance maladie pour la BPCO, mais elle est monocentrique et rétrospective. Il faut continuer l'évaluation à partir d'études randomisées, avec un volet médico-économique, afin aussi de déterminer s'il existe des patients cibles, a conclu la chercheuse.

Selon le rapport "charges et produits" de la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) pour 2018, 622 patients avaient été inscrits en 2016 dans Prado BPCO. Les données pour 2017 n'étaient pas

disponibles dans le rapport pour 2019, note-t-on. En mai 2018, la Cnam indiquait sur son site internet que 181 établissements de santé, 2.100 médecins traitants, 680 pneumologues, 2.070 infirmiers et 1.700 masseurs-kinésithérapeutes étaient impliqués dans le service, mais elle ne renseignait pas le nombre de patients concernés.

(International Journal of COPD, édition en ligne du 22 janvier)

Id/nc/APMnews

[LD9PLZIAF]

POLSAN - ETABLISSEMENTS PNEUMO-ALLERGO-DERMATO CONGRÈS ENVOYÉ SPÉCIAL

*Aucune des informations contenues sur ce site internet ne peut être reproduite ou rediffusée sans le consentement écrit et préalable d'APM International. Les informations et données APM sont la propriété d'APM International.*

©1989-2019 APM International -

<https://www.apmnews.com/depeche/60994/331002/bpco-echec-d-une-experience-prado-sur-le-taux-de-rehospitalisation-a-28%C2-jours>

Copyright Apmnews.com

DÉPÊCHE DU 28/01/2019

## Environ les deux tiers des patients avec un asthme sévère sont observants

**Mots-clés :** #pneumo #asthme #épidémio #congrès #Novartis #observance

(Par Luu-Ly DO-QUANG, au Congrès de pneumologie de langue française)

MARSEILLE, 28 janvier 2019 (APMnews) - Environ les deux tiers des patients avec un asthme sévère présentent une bonne observance thérapeutique, mais le contrôle de l'asthme reste insuffisant, selon des données recueillies dans une cohorte multicentrique constituée de patients vus en centres hospitaliers et présentées samedi au Congrès de pneumologie de langue française (CPLF) à Marseille.

Il n'existe que peu de données portant sur l'asthme sévère en France. Le Collège des pneumologues des hôpitaux généraux (CPHG) a décidé de mettre en place une vaste étude sur le sujet, FASE (France asthme sévère). Il s'agit d'une étude multicentrique, observationnelle, prospective dont l'objectif principal est de décrire les adultes vus en CH avec un asthme sévère entre mai 2016 et juin 2017, a rappelé le Dr Cyril Maurer du groupement hospitalier intercommunal (GHI) Le Raincy-Montfermeil (Seine-Saint-Denis) lors d'une session orale.

Après des premiers résultats présentés au CPLF 2018 (cf [dépêche du 19/04/2018 à 09:00](#)), les données rapportées samedi portaient sur l'observance.

Au total, 104 pneumologues ont inclus 1.502 adultes asthmatiques sévères, selon les critères GINA 2016 dont 1.465 avaient des données analysables. Près des deux tiers étaient des femmes (63%) et ils avaient 54 ans en moyenne (18-92 ans; 19% de 18-40 ans, 40% de 40-60 ans et 41% plus de 60 ans). L'ancienneté de la maladie asthmatique est de 27,4 ans en moyenne.

La moitié (52%) avait des antécédents d'asthme aigu grave et les deux tiers (65%) avaient eu plus de 2 exacerbations au cours de l'année précédant l'inclusion.

Les patients avaient en moyenne 2,5 traitements de fond: en dehors des bronchodilatateurs d'action courte, plus d'un tiers prenait 2 médicaments de fond (36,6%), moins d'un tiers en prenait 3 (30,4%), ils étaient 17,5% à en n'avoir qu'un et 11,1% en avaient 4 (0,5% en prenait 5 et 0,1% en prenait 6).

La grande majorité des patients avait une association fixe de corticoïde inhalé et bronchodilatateur bêta-2 mimétique d'action longue (91%) en traitement de fond inhalé; un tiers (34%) prenait un bronchodilatateur anticholinergique. Parmi les autres traitements de fond, la moitié (52%) avait un antileucotriène, un quart (26,8%) un anticorps anti-IgE et 16,8% des corticoïdes oraux.

Concernant les corticoïdes inhalés, les patients sévères consommaient des doses importantes en moyenne, puisque près de la moitié d'entre eux prenaient entre 1.001 et 2.000  $\mu\text{g}$  d'équivalent béclométasone et 19% plus de 2.000  $\mu\text{g}$ . Ils étaient 29,8% à en consommer entre 500 et 1.000  $\mu\text{g}$  (4,9% moins de 500  $\mu\text{g}$ ).

L'observance globale a été évaluée chez 1.367 patients par autoquestionnaire de Morisky. Près des

deux tiers (64,8%) présentaient une bonne observance avec un score de 4 points (17,6% avec un score de 3, 10,4% avec un score de 2, 5,3% avec un score de 1 et 1,9% avec un score de 0).

Cela concordait avec l'avis des pneumologues traitants puisqu'ils considéraient que l'observance était bonne pour 86,4% des patients avec un score Morisky de 4, et moyenne pour 12,7% (mauvaise pour 1%).

La cause de l'inobservance était le plus souvent un oubli (88,7%) et/ou l'arrêt du traitement lorsque le patient se sentait mieux (93,5%).

Le contrôle de l'asthme selon les critères GINA est meilleur chez les patients observants que chez les non-observants mais la part de patients contrôlés reste globalement faible (respectivement 5,3% vs 1,6%). La part des patients partiellement contrôlés était similaire que les patients soient observants ou non (24,7% vs 27,3%).

L'analyse des données indique que les asthmatiques sévères les moins observants sont plus jeunes (48,1 ans vs 57,2 ans), ont une ancienneté de la maladie plus courte (24,2 ans vs 29,1 ans) et un nombre plus réduit de traitements de fond (2,2 vs 2,6). Les patients les plus observants sont des exacerbateurs fréquents et ont plus souvent un traitement de palier 5 (corticoïdes oraux, anticorps monoclonal).

Dans cette étude, plus de 6 patients sur 10 sont observants avec pour conséquence un asthme plus souvent contrôlé et l'observance globale est meilleure lorsqu'il y a plus de 2 traitements de fond, notamment chez les patients présentant un médicament de palier 5, a conclu le chercheur.

Dans la littérature, l'observance de l'asthme sévère dépasse rarement 50% mais les traitements sont parfois plus complexes. Par ailleurs, de manière générale dans les maladies chroniques, l'observance diminue souvent avec le nombre de prises de médicaments, a-t-il fait observer.

La perception de l'observance à la fois par le patient et le médecin est parfois surévaluée mais dans cette étude, la concordance est bonne. Les résultats seraient plus précis avec le relevé des prises à l'aide de dispositifs d'inhalation connectés par exemple, a-t-il poursuivi. Ces outils semblent intéressants car des études suggèrent que l'observance est meilleure lorsque les patients ont un retour d'information.

Répondant à une question de l'auditoire, le Dr Maurer a reconnu qu'il n'était pas possible notamment de savoir si les patients recevant des anti-IgE ou des corticoïdes oraux continuaient de prendre des corticoïdes inhalés. Il a par ailleurs ajouté, concernant les résultats de mauvais contrôle, que l'étude ne renseignait pas sur technique d'inhalation des patients.

## **Des données en vie réelle sur l'omalizumab**

Dans un poster, le Dr Cécilia Nocent Ejnaini du centre hospitalier de la Côte-Basque à Bayonne (Pyrénées-Atlantiques) et ses collègues ont présenté des données issues de la cohorte FASE sur les patients traités par l'anticorps anti-IgE omalizumab (Xolair\*, Novartis), soit plus d'un quart (26,8 %).

Le profil démographique de ces patients était globalement similaire à l'ensemble de la cohorte; ils avaient également un profil d'exacerbations. Les patients sous anti-IgE avaient plus de rhinosinusite (30% vs 22,3%) ou de polypose nasosinusienne (20,8% vs 17,1%), plus d'ostéoporose (13,4% vs 9,7%), plus d'atopie personnelle et familiale ainsi que plus de sensibilisation allergénique (79,3% vs 66,2%). Ils avaient par ailleurs des niveaux d'anxiété et de dépression inférieurs aux autres patients.

Les patients sous omalizumab présentaient globalement une meilleure observance que les autres, avec 86,9% présentant un score de Morisky de 4 vs 80,5%. Le contrôle de l'asthme est plus souvent obtenu chez les patients recevant l'omalizumab mais reste globalement faible: 5,8% vs 3,3% pour le contrôle



total et 27,9% vs 24,2% pour le contrôle partiel. Toutefois, les patients recevant de l'omalizumab ont moins de passages aux urgences (0,5 vs 0,6 passage en moyenne).

Globalement, ces résultats montrent que seulement 27% des patients avec un asthme sévère pris en charge en centre hospitalier sont traités par omalizumab. Ceux-ci ont un meilleur contrôle de l'asthme mais qui reste "très insuffisant", concluent les chercheurs.

Id/nc/APMnews

[LD7PLVPA7]

POLSAN - ETABLISSEMENTS    CONGRÈS    ENVOYÉ SPÉCIAL

*Aucune des informations contenues sur ce site internet ne peut être reproduite ou rediffusée sans le consentement écrit et préalable d'APM International. Les informations et données APM sont la propriété d'APM International.*

©1989-2019 APM International -

<https://www.apmnews.com/depeche/60994/331004/environ-les-deux-tiers-des-patients-avec-un-asthme-severe-sont-observants>

Copyright Apmnews.com

DÉPÊCHE DU 28/01/2019

## Près de la moitié des asthmatiques de France restent mal observants et mal contrôlés

**Mots-clés :** #pneumo #asthme #congrès #observance #épidémiologie

(Par Luu-Ly DO-QUANG au Congrès de pneumologie de langue française)

MARSEILLE, 28 janvier 2019 (APMnews) - La prévalence de l'asthme en France en 2018 reste autour de 6,5%, mais près de la moitié des adultes atteints d'asthme sont toujours mal observants et mal contrôlés, selon les résultats d'une enquête présentés samedi au Congrès de pneumologie de langue française (CPLF) à Marseille.

Les données épidémiologiques de l'asthme en France sont anciennes, datant de 2006, avec une prévalence de 6,7% de la population et 61% des asthmatiques qui étaient mal contrôlés, partiellement ou pas du tout, a rappelé le Pr Chantal Raheison-Semjen du CHU de Bordeaux, en session orale.

Pour faire le point sur l'asthme en 2018, le Pr Raheison-Semjen et ses collègues ont réalisé une enquête transversale à partir du panel de foyers Kantar-TNS, représentatif de la population française en termes d'âge, de sexe, de régions et de catégories socioprofessionnelles.

Dans cette étude financée par AstraZeneca pour estimer la prévalence de l'asthme et décrire le profil des patients, leur prise en charge et le fardeau de la maladie, un questionnaire de quatre pages a été adressé par voie postale à 19.676 personnes âgées de 18 ans et plus. Les données ont été recueillies entre le 10 janvier et le 21 février 2018.

Selon les réponses de 15.587 questionnaires (79,2%) analysables, la prévalence de l'asthme au cours de la vie a été évaluée à 12,8% et la prévalence de l'asthme actuel (au cours de l'année précédant) à 6,4%.

Les données de prévalence de l'asthme actuel selon le sexe et l'âge indiquent que chez l'adulte, l'asthme reste plus présent chez la femme (7,4% vs 5,3% chez l'homme) et qu'il tend à baisser chez les personnes âgées.

	18-24 ans	25-34 ans	35-49 ans	50-64 ans	+ de 65 ans
Femmes	7,7%	8%	7,7%	7,5%	6,6%
Hommes	7%	6%	4,8%	5,4%	4,2%

Selon la classification internationale GINA, 49,5% des patients asthmatiques étaient en palier 1 (asthme intermittent), 6,4% au palier 2 (asthme persistant léger), 16,5% au palier 3 (asthme persistant modéré), 23,8% au palier 4 (asthme persistant sévère) et 3,8% au palier 5 (asthme persistant très sévère).

Les patients asthmatiques avaient 48,2 ans en moyenne (46,9 ans en médiane) et 60,5% étaient des

femmes. L'indice de masse corporelle (IMC) moyen était de 26,7 kg/m<sup>2</sup> (25,7 kg/m<sup>2</sup> en médiane) et parmi les asthmatiques, un quart (24,4%) étaient obèses et 28,2% en surpoids. Ils étaient 15,5% à fumer (15,2 paquets-années en moyenne, 9 en médian) et 23,1% à être des anciens fumeurs.

## Seulement 13,6% d'ALD

Ils étaient par ailleurs 30,8% à déclarer à être pris en charge par l'assurance maladie dans le cadre d'une affection de longue durée (ALD) avec 13,6% pour asthme (ALD n°14) et 24,4% pour une autre maladie (7,2% en ALD à la fois pour l'asthme et une autre maladie). Ils étaient 10,2% à bénéficier de la couverture maladie universelle (CMU) et 1,2% de l'aide médicale de l'Etat (AME).

L'âge lors de la première crise était de 23,2 ans en moyenne (15,5 ans en médiane) et au diagnostic de 25,3 ans en moyenne (19,2 ans en médiane). Les données indiquent que dans plus de la moitié des cas, la première crise survient après 15 ans (27% entre 15 et 34 ans et 25% à 35 ans et plus) et pour les patients avec un asthme sévère et très sévère, l'âge au diagnostic apparaît plus tardif, à 30 ans en moyenne.

Ces données suggèrent qu'il n'y a pas de problème de sous-diagnostic de l'asthme en 2018 en France, a commenté le Pr Raheison-Semjen, précisant que le diagnostic avait été confirmé par un médecin pour 97% des asthmatiques de l'échantillon.

Près des trois quarts (74,1%) des patients ont bénéficié d'une exploration fonctionnelle respiratoire (EFR), ce qui est "une bonne nouvelle". En revanche, l'utilisation d'un *peak-flow* reste "anecdotique" puisqu'ils ne sont que 2% à déclarer un usage régulier et 6,5%, un usage occasionnel.

Concernant les comorbidités, les patients asthmatiques en ont déclaré 2,4 en moyenne (1,5 en médiane) à partir d'une liste prédéfinie: 31,8% rapportent une rhinite allergique, 19,2% une hypertension artérielle, 14,1% une bronchite chronique, une bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) et/ou un emphysème, 12,7% un reflux gastro-oesophagien (RGO), 12,1% une anxiété et/ou une dépression et 11% une sinusite.

Viennent ensuite un diabète (8,7%), une hypercholestérolémie (7,8%), une pathologie cardiaque (7,3%), des allergies alimentaires (7,3%), une apnée obstructive du sommeil (6,1%), une ostéoporose (4,4%), un glaucome (3,5%), une cataracte (3,3%) et une polypose nasale (2,1%).

La majorité des patients ont déclaré recevoir un traitement pour l'asthme (95,3% des asthmatiques, 6,1% sur l'échantillon général) dont 42,6% un traitement quotidien comprenant un corticoïde inhalé.

Selon le score ACQ-6 de contrôle de l'asthme, 52,3% étaient bien contrôlés (score inférieur ou égal à 0,75 point), 24,6% étaient insuffisamment contrôlés (score entre 0,75 et 1,5 point) et 23,1% non contrôlés (score supérieur à 1,5 point).

Le taux de contrôle de l'asthme diminue au fur et à mesure que le palier GINA augmente et pour les patients non traités, environ 20% sont insuffisamment contrôlés et 10% non contrôlés; pour les patients en palier 1, ils sont respectivement 20% et 15% environ; en palier 2, 28% et 23% environ; en palier 3, 30% et 20% environ; en palier 4, 27% et 40% environ et en palier 5, 37% et 40% environ.

Concernant l'observance, elle apparaît bonne chez 46% des patients avec un score de Morisky (ou MMAS) de 4 points (24% avec un score de 3, 16% un score de 2, 11% un score de 1 et 3% un score de 0).

Pour 501 patients prenant un traitement de fond, l'observance semble augmenter avec le palier GINA avec un taux de 22,4% pour le palier 1, 42,1% pour le palier 2, 43,1% pour le palier 3, 52,9% pour le palier 4 et 54,6% pour le palier 5.

Globalement, le niveau d'observance et le taux de contrôle sont relativement faibles, même chez les patients avec un asthme sévère, a commenté la chercheuse.

## Près de 15% sont allés au moins une fois aux urgences

En termes d'impact clinique de la maladie et de consommation de soins, il apparaît que près de la moitié des patients (47,6%) ont déclaré au moins une exacerbation au cours de l'année passée et parmi ces patients, 26,1% en avaient eu une seule mais 21,5% en ont déclaré deux, 28,4% entre trois et six et 19,2% au moins sept.

Sur l'ensemble des asthmatiques, 14,3% ont déclaré être allés au moins une fois aux urgences et 3,1% avoir été hospitalisé au moins une fois. Ils étaient 14,5% à rapporter des cures de corticoïdes par voie orale.

Ces chiffres sont plus élevés chez les patients atteints d'asthme sévère et très sévère, avec respectivement 61,6% et 65,4% qui rapportent au moins une exacerbation, 25,5% et 39% au moins un passage aux urgences, 4,4% et 12,4% au moins une hospitalisation et 21,9% et 20,3% des cures de corticoïdes oraux.

Enfin, les données recueillies renseignent sur le statut vaccinal des asthmatiques, dont 56,4% déclarent être vaccinés contre la grippe et 24,2% contre le pneumocoque (32% ne savent pas ou n'ont pas répondu). La fréquence de vaccination augmente avec la sévérité de l'asthme.

Globalement, ces données, même incomplètes (notamment pour les valeurs de spirométrie), suggèrent que la prévalence de l'asthme en France en 2018 est de 6,4% dans la population adulte, avec notamment une proportion de patients ayant un traitement équivalent au palier 5 GINA en ligne avec les précédentes estimations.

L'asthme reste non contrôlé pour une part importante de patients et ils sont nombreux à présenter des exacerbations, même en palier 1 GINA. En 2018 en France, il reste nécessaire d'optimiser la prise en charge de l'asthme, a conclu le Pr Raherison-Semjen. Les données de cette enquête ne permettent pas de déterminer en particulier si des patients sont sous-traités, a-t-elle fait observer.

Id/fbk/APMnews

[LD7PLVP5K]

PNEUMO-ALLERGO-DERMATO CONGRÈS ENVOYÉ SPÉCIAL

*Aucune des informations contenues sur ce site internet ne peut être reproduite ou rediffusée sans le consentement écrit et préalable d'APM International. Les informations et données APM sont la propriété d'APM International.*

©1989-2019 APM International -

<https://www.apmnews.com/depeche/60994/331017/pres-de-la-moitie-des-asthmatiques-de-france-restent-mal-observants-et-mal-controles>

DÉPÊCHE DU 28/01/2019

# Cancer du poumon: les soins agressifs de fin de vie fréquents et coûteux

**Mots-clés :** #pneumo #établissements de santé #médico-éco #cancer #cancer-pneumo #congrès #informatique #données de santé #fin de vie-soins palliatifs #qualité-sécurité des soins

(Par Luu-Ly DO-QUANG, au Congrès de pneumologie de langue française)

MARSEILLE, 28 janvier 2019 (APMnews) - Plus de la moitié des patients décédés d'un cancer du poumon en France continuent de recevoir des soins de fin de vie agressifs, qui n'ont aucun bénéfice mais génèrent aussi des coûts supplémentaires, montrent plusieurs études présentées samedi au Congrès de pneumologie de langue française (CPLF), à Marseille.

Le Dr Olivier Bylicki de l'hôpital d'instruction des armées (HIA) Percy à Clamart (Hauts-de-Seine) et ses collègues ont présenté trois communications sur la fin de vie des patients atteints de cancer du poumon et en particulier l'agressivité des soins.

Dans le premier poster, sélectionné pour présentation en session discussion, ils ont d'abord évalué l'agressivité des soins en fin de vie des patients français. Le cancer du poumon reste la première cause de mortalité par cancer dans le monde, mais la qualité de fin de vie des patients est devenue une question essentielle depuis une dizaine d'années.

Or, des études ont démontré que des soins de fin de vie agressifs n'améliorent ni la survie ni la qualité de vie des patients cancéreux.

En France, il existe peu de données concernant les patients atteints de cancer du poumon et pour mieux documenter leur fin de vie, les chercheurs ont utilisé le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI).

Dans cette étude rétrospective, ils ont recherché tous les adultes atteints d'un cancer du poumon et décédés à l'hôpital entre le 1er janvier 2010 et le 31 décembre 2011 puis entre le 1er janvier 2015 et le 31 décembre 2016.

Le traitement de fin de vie a été considéré comme agressif si le patient avait au moins l'un des quatre critères suivants:

- chimiothérapie administrée au cours des 14 derniers jours de la vie
- plus de deux hospitalisations au cours du dernier mois de vie
- admission en unité de soins intensifs/réanimation au cours du dernier mois de vie
- admission dans une unité de soins palliatifs moins de 3 jours avant le décès.

Un total de 90.827 patients ont été identifiés dans le PMSI et les données de 79.749 ont été utilisées pour l'analyse. L'âge moyen était de 67,3 ans pour les patients en 2010-2011 et 68,2 ans pour ceux de 2015-2016 et dans la majorité des cas, ils avaient plus de 55 ans. Ils étaient pris en charge

principalement en centre hospitalier (48% et 49%; 18% en CHU et 4% en centre de lutte contre le cancer sur les deux périodes). Ils étaient respectivement 68% et 71% à être au stade métastatique.

Au total, plus de la moitié (57%) présentaient au moins un marqueur d'agressivité des soins de fin de vie (56% sur 2010-2011 et 58% sur 2015-2016). Le marqueur le plus fréquent était les hospitalisations répétées (au moins deux) chez 49% des patients, suivi par l'admission en réanimation (12%), la chimiothérapie au cours des 14 derniers jours (9%) et l'admission en soins palliatifs moins de 3 jours avant le décès (5%).

Une augmentation significative a été observée entre 2010-2011 et 2015-2016 pour les hospitalisations répétées passant de 48% à 51% des patients et pour les admissions en réanimation, de 11% à 13%.

Les chercheurs ont réalisé ensuite une analyse multivariée des patients pris en charge en 2015-2016 et il apparaît que le risque d'agressivité des soins est associé de manière significative à la présence d'une bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), avec un risque relatif rapproché (OR) de 1,1 par rapport aux patients n'ayant pas de marqueur, d'autres maladies respiratoires (OR de 1,1), d'antécédents cardiaques (OR de 1,1) ainsi qu'à une prise en charge en CHU (OR de 1,6) ou dans un centre anticancéreux (OR de 2,3) par rapport à un CH.

En revanche, d'autres caractéristiques semblaient être des facteurs de protection vis-à-vis d'une agressivité des soins en fin de vie comme avoir un âge avancé (OR de 0,5 par rapport aux 18-55 ans), être une femme (OR de 0,9) et être malnutri (OR de 0,7).

Les chercheurs ont comparé ces résultats avec les données disponibles de sept autres pays et sur les marqueurs d'agressivité des soins de fin de vie au cours des 30 derniers jours de vie, la France apparaît plutôt dans la fourchette basse pour les hospitalisations répétées (49%), aux côtés des Etats-Unis (49%), des Pays-Bas (45%) et du Royaume-Uni (51%), par rapport à l'Allemagne (58%), le Canada (61%) et la Norvège (65%).

Pour l'admission en réanimation, avec un taux de 12%, la France est en situation intermédiaire entre l'Allemagne (3,8%) et les Etats-Unis (24,9%) mais sur la chimiothérapie, elle se retrouve en tête (23%), devant les Pays-Bas (16%) et en particulier devant le Canada (5,9%) et la Norvège (5,7%).

Globalement, cette étude montre une agressivité des soins de fin de vie élevée en France par rapport à d'autres pays (30% aux Etats-Unis, 22% au Canada), conclut les chercheurs, faisant observer que d'autres marqueurs manquaient, comme le passage aux urgences et les soins non hospitaliers.

Des recherches doivent être entreprises pour mieux identifier les patients atteints de cancer du poumon à risque de soins de fin de vie agressifs et améliorer la qualité des soins de leurs derniers jours. Le système de santé français devrait "s'inspirer des approches d'intégration précoce des soins palliatifs", concluent-ils.

## **Les soins agressifs augmentent le coût de prise en charge**

Les chercheurs ont également présenté sur poster une analyse économique du dernier mois de vie de ces 79.749 patients décédés à l'hôpital d'un cancer du poumon, en particulier l'impact des soins agressifs en fin de vie. Pour leurs calculs, ils ont utilisé le barème des taxes en vigueur pour les années de l'étude, actualisé en 2017.

Le coût moyen du dernier mois de fin de vie était de 8.152 € par patient (de 346 € à 91.537 €) et il était significativement plus important chez les patients présentant au moins un marqueur d'agressivité des soins de fin de vie, de 9.480 € contre 6.376 € en l'absence de soins agressifs.

Le surcoût associé aux soins agressifs s'explique en grande partie par les hospitalisations (en moyenne

8.080 € vs 6.229 €) et les soins intensifs (1.063 € vs 92 €). Les autres postes de dépenses étaient tous plus élevés en cas de soins agressifs mais sans impact sur le coût total, que ce soit les médicaments hors GHS (285 € vs 39 €), la radiothérapie (14 € vs 6 €) et les dispositifs médicaux implantables (38 € vs 11 €).

Entre 2010-2011 et 2015-2016, le coût moyen a augmenté de manière significative, passant de 7.985 € à 8.307 €, principalement en lien avec le coût des patients avec un score d'agressivité supérieur à 1 (de 9.277 € à 9.661 €). La hausse observée est liée principalement à celle du coût des hospitalisations (de 7.117 € à 7.446 €).

Par rapport à d'autres pays, même si les systèmes de santé ne sont pas strictement comparables, le coût moyen de la fin de vie est plus élevé en France, de 9.289 \$, contre 6.915 \$ aux Etats-Unis, 5.274 \$ en Allemagne ou un peu plus de 3.000 \$ au Royaume-Uni ou aux Pays-Bas.

Ce coût plus élevé en France est probablement lié à la gratuité des soins du cancer. Il n'y a aucune limite à l'accès aux thérapies avancées contrairement à d'autres pays où certaines lignes de chimiothérapie ne sont pas prises en charge, observent les auteurs.

La charge économique de la fin de vie est importante pour le système de soins de santé, avec un coût supplémentaire de plus de 3.000 euros par patient en cas de soins de fin de vie agressifs. Les ressources financières nécessaires au développement des soins palliatifs pourraient être compensées par une réduction du coût moyen de la fin de vie de ces patients en réduisant l'agressivité des soins, concluent-ils.

## L'apport de l'intelligence artificielle

Dans la troisième étude présentée sur poster, les chercheurs ont évalué l'intérêt du *machine learning* pour analyser un grand nombre de variables (134 au total, relatives au patient, aux comorbidités, au diagnostic, au séjour et aux actes) et essayer d'établir des profils de patients à risque de soins agressifs et ceux qui ne semblent pas exposés.

L'analyse dresse par exemple un profil-type de patient à risque de recevoir des soins agressifs: un âge de 79 ans ou moins, un premier séjour de moins de 16,5 jours, un délai de suivi entre 16 et 30,5 jours, avec un "niveau de pureté" de 100% (résultat très significatif).

Pour les chercheurs, les techniques d'intelligence artificielle ouvrent de nouvelles perspectives de recherche.

Id/nc/APMnews

[LD6PM1LOC]

POLSAN - ETABLISSEMENTS    CANCER-HEMATO    PNEUMO-ALLERGO-DERMATO    CONGRÈS    ENVOYÉ SPÉCIAL

*Aucune des informations contenues sur ce site internet ne peut être reproduite ou rediffusée sans le consentement écrit et préalable d'APM International. Les informations et données APM sont la propriété d'APM International.*

©1989-2019 APM International -

<https://www.apmnews.com/depeche/60994/331034/cancer-du-poumon-les-soins-agressifs-de-fin-de-vie-frequents-et-couteux>

DÉPÊCHE DU 29/01/2019

## Cancer du poumon: effet positif de la participation à un programme de dépistage sur le sevrage tabagique

**Mots-clés :** #pneumo #cancer #santé publique #addiction #congrès #cancer-pneumo #dépistage #BPCO #HAS

(Par Luu-Ly DO-QUANG au Congrès de pneumologie de langue française)

MARSEILLE, 29 janvier 2019 (APMnews) - La mise en place d'un programme de dépistage du cancer du poumon est l'occasion d'organiser un sevrage tabagique pour les participants, avec un effet positif à un an, suggèrent des résultats préliminaires présentés au samedi Congrès de pneumologie de langue française (CPLF) à Marseille.

Peu de données sont disponibles en France sur l'acceptabilité d'un programme de dépistage du cancer du poumon et l'impact sur le statut tabagique des participants à ce type de programme, indiquent Sébastien Gendarme et ses collègues du Centre hospitalier intercommunal de Créteil (Chic) dans leur poster présenté en session discussion.

Ils ont voulu analyser les données des participants à un protocole international de dépistage du cancer bronchique par scanner bas débit, le programme Lumascan mené en collaboration avec le Centre MD Anderson à Houston (université du Texas).

Le dépistage est proposé à des personnes de plus de 50 ans, avec un tabagisme de plus de 20 paquets-années et un autre facteur de risque de cancer du poumon ou de plus de 55 ans avec un tabagisme de plus de 30 paquets-années.

Une évaluation systématique du statut tabagique est réalisée à la visite d'inclusion puis à chaque visite annuelle pendant les cinq ans de suivi du protocole. Les fumeurs actifs reçoivent des recommandations de sevrage et sont orientés, s'ils le désirent, vers des services de tabacologie à proximité de leur domicile.

Depuis septembre 2016, 261 personnes ont été incluses au Chic et 247 d'entre elles ont été suivies (2 doublons, 7 décès, 4 retraits de consentement, 1 comportement agressif). Parmi elles, 142 étaient éligibles à un deuxième scanner et 121 ont été effectivement revues.

A l'inclusion, 207 personnes fumaient activement (20 cigarettes par jour en médiane).

Un an plus tard, le statut tabagique était inchangé pour 39% (stabilité voire hausse du tabagisme), mais 43% ont diminué leur consommation et 18% ont arrêté. Une seule personne qui avait déclaré à l'inclusion être un ancien fumeur a repris la cigarette.

Ces résultats préliminaires de Lumascan donnent un taux de réalisation du second scanner moins bon que les données de l'étude américaine NLST (75% vs 93%) mais suggèrent qu'une prise en charge



organisée du tabagisme des personnes participant à un programme de dépistage a un impact sur le sevrage tabagique de cette population à haut risque, commentent les auteurs.

Ils reconnaissent toutefois qu'aucune mesure objective du sevrage tabagique n'a été prévue dans le protocole et que les données recueillies sont uniquement déclaratives.

## Les pneumologues favorables au dépistage du cancer du poumon

Lors de cette 23ème édition du CPLF, la question du dépistage du cancer du poumon a été encore une fois abordée, à la lumière des résultats positifs de l'étude européenne NELSON dévoilés en septembre 2018 (cf [dépêche du 26/09/2018 à 18:21](#)). Des experts français ont appelé peu après à la mise en place d'un dépistage par scanner à partir de 50 ans chez les fumeurs (cf [dépêche du 14/11/2018 à 16:29](#)).

Le Dr Sébastien Couraud des Hospices civils de Lyon (HCL) a refait un point sur les "cinq leçons de NELSON" lors d'une session plénière d'actualités. Il a rappelé qu'il s'agissait du deuxième essai randomisé positif sur le dépistage après l'essai américain NSLT, qu'il était possible d'allonger le délai d'attente à deux ans maximum après deux scanners positifs, que l'évaluation du volume plutôt que la taille de la lésion ainsi que le temps de doublement étaient plus utiles pour réduire le taux de faux positifs, qu'il fallait commencer à partir de 50 ans chez des fumeurs à plus de 15 cigarettes par jour pendant plus de 25 ans ou à plus de 10 cigarettes par jour pendant 30 ans ou des anciens fumeurs depuis moins de 10 ans et qu'il fallait "céder à la tentation" de faire le dépistage en France.

Lors d'une autre session sur BPCO (broncho-pneumopathie chronique obstructive) et cancer, le spécialiste lyonnais a estimé qu'il fallait dépister le cancer bronchique dans cette population de patients sous réserves qu'ils répondent aux critères d'éligibilité au dépistage et qu'ils soient opérables.

Selon un calcul qu'il a effectué, le Dr Couraud a considéré qu'avec 1,65 million de fumeurs éligibles, une mortalité annuelle par cancer bronchique de 31.000 cas, une réduction de la mortalité de 25% avec le dépistage et la part des décès dans les 2 mois suivant une procédure invasive après un dépistage chez des personnes sans cancer prouvé, le nombre de vies épargnées avec le dépistage serait autour de 3.488 pour une participation de 45%.

La Haute autorité de santé (HAS) a inscrit la question du dépistage du cancer du poumon à son programme de travail pour 2019 (sans date d'échéance). Elle avait émis un avis défavorable en 2016 (cf [dépêche du 19/05/2016 à 14:21](#)).

ld/eh/APMnews

[LD6PM1ETY]

PNEUMO-ALLERGO-DERMATO    CANCER-HEMATO    POLSAN - ETABLISSEMENTS    CONGRÈS    ENVOYÉ SPÉCIAL

*Aucune des informations contenues sur ce site internet ne peut être reproduite ou rediffusée sans le consentement écrit et préalable d'APM International. Les informations et données APM sont la propriété d'APM International.*

©1989-2019 APM International -

<https://www.apmnews.com/depeche/60994/331077/cancer-du-poumon-effet-positif-de-la-participation-a-un-programme-de-depistage-sur-le-sevrage-tabagique>

DÉPÊCHE DU 29/01/2019

# Le coût moyen d'une réhospitalisation pour exacerbation de BPCO estimé à 5.200 euros

**Mots-clés :** #pneumo #établissements de santé #médico-éco #congrès #BPCO

(Par Luu-Ly DO-QUANG, au Congrès de pneumologie de langue française)

MARSEILLE, 29 janvier 2019 (APMnews) - Le coût d'une réhospitalisation pour exacerbation de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) est estimé à 5.200 euros en moyenne, selon une étude présentée dimanche au Congrès de pneumologie de langue française (CPLF) à Marseille.

Les exacerbations constituent des complications fréquentes chez les patients atteints de BPCO. Elles ont un impact majeur à la fois sur la qualité de vie des patients, leur pronostic mais aussi les dépenses de santé.

Dans cette étude financée par Boehringer Ingelheim, Lucie de Léotoing de la société d'analyse de données de santé Heva et ses collègues ont voulu décrire la prise en charge hospitalière des exacerbations de BPCO et en estimer le coût.

Pour cela, une étude rétrospective a été réalisée à partir des données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) entre le 1er janvier 2015 et le 31 décembre 2016, a rapporté le Dr Arnaud Cavallès du CHU de Nantes en session de discussion de posters.

Un algorithme reposant sur les codes CIM-10 et validé par Santé publique France a été utilisé pour identifier les patients atteints de BPCO âgés de 40 ans et plus, hospitalisés pour une exacerbation de BPCO.

Pour chaque patient, le séjour index était défini comme la première hospitalisation pour exacerbation en 2015 ou 2016. Chaque patient inclus avant le 30 juin 2016 a été suivi pendant 6 mois après la sortie du séjour index et les nouvelles hospitalisations pour exacerbation de BPCO ont été identifiées selon les mêmes algorithmes.

L'évaluation économique a été réalisée du point de vue de l'assurance maladie. Les coûts associés aux hospitalisations pour exacerbations ont été estimés en utilisant les tarifs des groupes homogènes de séjours (GHS) applicables à la période étudiée et exprimés en euros de 2018.

Au total, 143.023 patients ont été hospitalisés pour une exacerbation de BPCO en 2015 et/ou 2016, avec une durée moyenne du séjour index de 10,9 jours. Ces patients avaient en moyenne 73,9 ans et 62% étaient des hommes.

Près de 20% de ces patients ont été soit admis en réanimation-soins intensifs ou ont bénéficié d'une surveillance continue lors du séjour index. La mortalité hospitalière était de 9,1% et en particulier de 6,5% lors du séjour index.

DÉPÊCHE DU 29/01/2019

## Les appareils de ventilation à domicile globalement fiables mais à surveiller

**Mots-clés :** #pneumo #soins de ville #vigilance #congrès #BPCO #dispositifs médicaux #soins à domicile #e-santé #télémédecine #sommeil #douleur #qualité-sécurité des soins #observance #épidémio

(Par Luu-Ly DO-QUANG au Congrès de pneumologie de langue française)

MARSEILLE, 29 janvier 2019 (APMnews) - Les appareils de ventilation à domicile semblent globalement fiables, mais une surveillance régulière et une matériovigilance sont nécessaires pour identifier les ventilateurs qui entraînent des incidents fréquents, en particulier ceux qui ont un effet délétère sur la qualité de vie et l'observance, selon des données présentées dimanche au Congrès de pneumologie de langue française (CPLF), à Marseille.

Dans une première étude présentée en session de discussion de poster, le Dr Samuel Dolidon, du centre hospitalier universitaire (CHU) de Rouen, a rappelé que le nombre de patients traités par ventilation à domicile est en augmentation mais que les données de sécurité des ventilateurs restent encore assez rares et que leur fiabilité n'est pas connue de façon précise.

Le Dr Dolidon et ses collègues ont voulu étudier l'épidémiologie des dysfonctionnements de ventilateurs, l'incidence annuelle, le type de ventilateurs, le type d'incidents. Pour cela, ils ont utilisé les données que collecte la fédération Antadir (association nationale pour les traitements à domicile, les innovations et la recherche) au niveau national de manière prospective concernant tous les incidents survenus entre 2003 et 2017 avec les ventilateurs de domicile fournis et gérés par 25 services d'aide de retour à domicile.

Sur les courbes d'incidence annuelle présentées par le chercheur, il apparaît que le nombre de ventilateurs en cours d'utilisation chaque année a progressé régulièrement entre 2003 et 2017, atteignant environ 10.000. Sur la même période, les incidents rapportés sont globalement stables.

Parmi 1.557 incidents rapportés à l'Antadir entre 2003 et 2017, 40% n'étaient pas liés au ventilateur lui-même (incidents liés aux canules de trachéotomie, masques, systèmes d'humidification, circuits de ventilation, batteries...) et 60% concernaient le ventilateur.

Globalement, le taux de dysfonctionnement était de 0,47% par an. Parmi les 929 incidents de ventilateur, 6% ont été considérés comme sévères, 11% comme modérés et 79% légers (4% en attente de décision).

Il apparaît une hétérogénéité importante des incidents selon les ventilateurs, avec moins de 2% pour chaque et moins de 1% en particulier pour les incidents sévères, mais le taux de survenue peut monter jusqu'à 35%, a fait observer le Dr Dolidon.

L'analyse des incidents par type montre que les arrêts inopinés (19,1%), un dysfonctionnement du système d'alimentation (16,5%) et une panne de turbine (12,4%) étaient les plus fréquents. Viennent

ensuite un écran défectueux, un comportement anormal de l'alarme, des erreurs dans le volume délivré ou dans la pression délivrée.

## **0,05% incident par an et par ventilateur**

Interrogé sur les ventilateurs les moins fiables, le chercheur a précisé que les incidents sévères sont plus fréquents avec les appareils supports de vie et ceux qui sont utilisés plus longtemps. Mais ce sont des incidents peut-être davantage déclarés car ils sont utilisés pour des patients dans un état plus grave, a-t-il fait observer.

Une analyse des patients suivis au CHU de Rouen a été réalisée à partir de leur dossier médical informatisé pour évaluer l'éventuel impact clinique des incidents rapportés. Pour 25 incidents, 6 patients ont été hospitalisés en lien avec l'incident et un patient a été admis deux fois. L'hospitalisation a duré 8 jours en moyenne. Aucun patient n'est décédé.

En extrapolant ce résultat à l'ensemble de la cohorte pour la période d'étude, les incidents de ventilateur ont pu conduire à 97 hospitalisations, soit un taux de 0,05% par an et par ventilateur.

Ces données indiquent que les appareils de domicile sont fiables mais nécessitent un suivi régulier et une matériovigilance pour identifier les dispositifs qui entraînent beaucoup d'incidents, a conclu le Dr Dolidon.

Sur le marché, il y a essentiellement trois appareils dont le taux d'incidents est faible. L'Antadir notamment déclare les incidents en matériovigilance à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), qui émet une alerte le cas échéant.

Répondant à une question de l'auditoire, le Dr Dolidon a estimé que la télésurveillance de la ventilation à domicile pourrait aider à anticiper la survenue d'incidents plutôt que d'attendre les déclarations par les patients, faisant observer qu'il existe des dysfonctionnements en série, après une mise à jour des appareils par exemple.

## **Des effets secondaires très fréquents avec la VNI**

Dans la communication suivante, le Dr Maxime Patout du CHU de Rouen a présenté les résultats d'une étude sur les effets secondaires des appareils de ventilation non invasive (VNI) à domicile en particulier. Cet usage augmente dans les pays développés mais les effets secondaires liés à ce traitement au long cours ont été rarement étudiés dans une vaste population de patients.

Avec ses collègues, il a conduit une étude épidémiologique exploratoire pour évaluer la typologie des effets indésirables de la VNI à partir des comptes rendus mis en place systématiquement en 2017 au CHU pour les patients vus en hôpital de jour pour un bilan pneumologique.

Un questionnaire est soumis aux patients, qui doivent identifier les éventuels effets secondaires ressentis parmi 11 proposés et quantifier la gravité de 0 (absence d'effet secondaire) à 4 (effet secondaire intolérable). Un score total correspondant à la somme des scores de chaque effet secondaire était calculé.

Tous les patients ont aussi répondu à un questionnaire de qualité de vie liée à la santé respiratoire et l'observance de la VNI était évaluée à l'aide des données logicielles du ventilateur. Elle était globalement bonne avec une utilisation de 7,3 heures par nuit en moyenne.

Les patients avaient 65 ans en moyenne et 52% étaient des femmes. Les pathologies respiratoires ayant motivé l'instauration de la VNI étaient un syndrome obésité-hypoventilation dans près d'un tiers des cas (32%), une association bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) et syndrome

d'apnées obstructives du sommeil (SAOS) dans 22%, une BPCO dans 19%, une maladie neuromusculaire, essentiellement la sclérose latérale amyotrophique (SLA) dans 18%, une déformation thoracique dans 7% et un SAOS dans 3%.

Les données montrent que la ventilation était globalement bonne. Seuls 5% des patients n'ont rapporté aucun effet secondaire.

Parmi les effets indésirables les plus fréquents figuraient notamment les douleurs liées au harnais (84%), les rougeurs oculaires (83%), la raucité de la voix (83%), les asynchronismes patient-ventilateur (83%), la dyspnée de déventilation (81%) et les douleurs liées au masque (77%).

La sécheresse buccale est l'effet secondaire le moins fréquemment rapporté, mais par tout de même un quart des patients et avec la part la plus élevée d'effets de grade 3/4. Pour les effets indésirables les plus fréquents, le taux de ceux avec un grade 3/4 est de 3-5%.

Il apparaît que les effets secondaires sont fréquents et corrélés inversement au score SRI de qualité de vie et à l'observance de la VNI de manière significative sur le plan statistique. Le score des effets secondaires était aussi corrélé à la capnie diurne.

L'effet sur l'observance est assez faible mais significatif, ce qui suggère qu'il faut tout de même le prendre en compte. Les effets secondaires doivent être améliorés lorsque cela est possible, en changeant par exemple de masque, a commenté le Dr Patout. En revanche, pour la sécheresse buccale, elle semble pour le moment difficile à corriger malgré les systèmes d'humidification.

ld/fbk/APMnews

[LD2PM39ZV]

PNEUMO-ALLERGO-DERMATO INDUSTRIES DE SANTE CONGRÈS ENVOYÉ SPÉCIAL

*Aucune des informations contenues sur ce site internet ne peut être reproduite ou rediffusée sans le consentement écrit et préalable d'APM International. Les informations et données APM sont la propriété d'APM International.*

©1989-2019 APM International -

<https://www.apmnews.com/depeche/60994/331106/les-appareils-de-ventilation-a-domicile-globalement-fiables-mais-a-surveiller>

La grande majorité des patients (94,1%) n'avaient pas été hospitalisés pour exacerbation dans l'année précédant le séjour index, 3,2% avaient eu une hospitalisation, 1,3% en avaient eu deux, et 1,4% plus de trois.

Les données de suivi d'au moins 6 mois étaient disponibles pour 116.679 patients (81,6% de la cohorte initiale). Parmi eux, 17,7% ont été réhospitalisés au moins une fois pour exacerbation, "un chiffre non négligeable", a observé le Dr Cavaillès. Le coût moyen de cette première réhospitalisation pour exacerbation de BPCO était de 5.208 € en moyenne (4.340 € en médiane, de 566 € à 151.504 €).

Cette étude confirme le fort impact épidémiologique et économique des hospitalisations pour exacerbations de BPCO en France.

Il s'agit d'une étude préliminaire et des travaux sur d'autres critères vont être menés, comme les comorbidités et la réhabilitation respiratoire, afin d'évaluer leur effet sur la réhospitalisation et son coût, a indiqué le chercheur.

Interrogé sur les motifs de réhospitalisation, le Dr Cavaillès a indiqué qu'en raison des problèmes de codage qui peuvent exister, il était difficile d'être très précis. Dans l'auditoire, un participant a fait observer que les comorbidités étaient source fréquente de réhospitalisation chez les patients atteints de BPCO.

Interrogé par le président de session, le chercheur a par ailleurs estimé que l'analyse du PMSI ne suffirait pas pour évaluer l'effet du programme d'accompagnement du retour à domicile (Prado) de l'assurance maladie visant à réduire le risque de réhospitalisation. Les résultats d'une première étude française sur Prado BPCO ont été présentés lors de cette 23e édition du CPLF (cf [dépêche du 28/01/2019 à 09:46](#)).

Id/nc/APMnews

[LD0PM36NJ]

PNEUMO-ALLERGO-DERMATO    POLSAN - ETABLISSEMENTS    CONGRÈS    ENVOYÉ SPÉCIAL

*Aucune des informations contenues sur ce site internet ne peut être reproduite ou rediffusée sans le consentement écrit et préalable d'APM International. Les informations et données APM sont la propriété d'APM International.*

©1989-2019 APM International -

<https://www.apmnews.com/depeche/60994/331080/le-cout-moyen-d-une-rehospitalisation-pour-exacerbation-de-bpc-o-estime-a-5.200%C2-euros>

DÉPÊCHE DU 30/01/2019

# Fibrose pulmonaire idiopathique: la pirfénidone plus coût-efficace que le nintédanib dans une étude de Roche

**Mots-clés :** #pneumo #médico-éco #congrès #maladies rares #Roche #Boehringer Ingelheim

(Par Luu-Ly DO-QUANG au Congrès de pneumologie de langue française)

MARSEILLE, 30 janvier 2019 (APMnews) - La pirfénidone (Esbriet\*, Roche) semble une stratégie plus efficiente et moins chère que le nintédanib (Ofev\*, Boehringer Ingelheim) dans le traitement de la fibrose pulmonaire idiopathique, selon une étude financée par Roche, dont les résultats ont été présentés au Congrès de pneumologie de langue française (CPLF), qui s'est tenu le week-end dernier à Marseille.

Deux molécules possèdent une autorisation de mise sur le marché (AMM) dans le traitement de la fibrose idiopathique pulmonaire, la pirfénidone et le nintédanib. Lors de l'évaluation médico-économique de la première par la Commission d'évaluation économique et de santé publique (Ceesp) de la Haute autorité de santé (HAS) en 2015, la seconde n'était pas encore homologuée et n'avait pas été considérée comme comparateur.

Dans un poster, la société de conseils Creativ-Ceutical présente une mise à jour de l'étude de coût-utilité afin d'estimer l'efficacité de pirfénidone en comparaison à nintédanib et aux meilleurs soins de support.

Le modèle de Markov utilisé pour le dossier soumis à la Ceesp a été mis à jour en prenant en compte les principales remarques de la commission: inclusion explicite des événements indésirables et des exacerbations et réduction de l'horizon temporel à 15 ans.

Les données cliniques pour la pirfénidone et le nintédanib ont été tirées de la littérature. Les coûts ont été actualisés avec l'indice des prix à la consommation ainsi qu'avec les dernières données issues des sources officielles de l'assurance maladie.

L'analyse des données indiquent qu'à un horizon de 15 ans, les coûts totaux cumulés pour un traitement par pirfénidone ont été estimés à 99.477 € par patient, contre 104.610 € pour le nintédanib et 14.177 € pour les meilleurs soins de support. Les coûts totaux étaient principalement liés aux coûts d'acquisition du médicament, de 83.842 € pour la pirfénidone et 90.067 € pour le nintédanib.

Le nombre total d'années de vie ajustées sur la qualité de vie (QALY) cumulées a été estimé à 5,2 pour la pirfénidone, 4,5 QALY pour le nintédanib et 3,8 QALY pour les meilleurs soins de support, ajoutent les auteurs.

Avec une différence de coûts de -5.133 € et 0,67 QALY supplémentaire, la stratégie avec la pirfénidone a été jugée dominante sur celle avec le nintédanib. Par rapport aux meilleurs soins de support, le rapport coût-efficacité a été estimé à 60.738 € par QALY.

Selon l'analyse de sensibilité probabiliste, la pirfénidone était dominante dans 56,7% des simulations et coût-efficace dans 96,8% des simulations par rapport au nintédanib, avec une disposition à payer de 50.000 € par QALY supplémentaire gagnée.

Cette étude suggère que "la pirfénidone pourrait être une stratégie coût-efficace par rapport aux meilleurs soins de support et semble être plus efficace et moins chère que le nintédanib dans une perspective collective française", concluent les auteurs. Ce résultat semble robuste.

Ils observent qu'une précédente étude française, publiée en 2018, a donné des résultats opposés, avec le nintédanib dominant sur la pirfénidone. "Cette différence s'explique principalement par l'emploi de différentes sources de données ainsi que des différences dans la modélisation de la survie globale entre les deux modèles", écrivent-ils.

Dans cette étude, qui a été financée par Boehringer Ingelheim et dont les résultats ont été publiés dans Current Medical Research and Opinion, le nintédanib avait 59% de chances d'être plus efficace que la pirfénidone et 77,3% d'être moins cher, en raison notamment d'un effet plus élevé sur les exacerbations et d'un meilleur profil de tolérance, note-t-on.

Les comparaisons indirectes sont "nécessaires pour effectuer des analyses coût-efficacité mais génèrent également de l'incertitude", commentent les auteurs. Une étude comparative directe permettrait de réduire les incertitudes identifiées dans les modèles des deux traitements, ajoutent-ils.

Id/nc/APMnews

[LD4PM3OXH]

PNEUMO-ALLERGO-DERMATO    POLSAN - ETABLISSEMENTS    CONGRÈS    ENVOYÉ SPÉCIAL

*Aucune des informations contenues sur ce site internet ne peut être reproduite ou rediffusée sans le consentement écrit et préalable d'APM International. Les informations et données APM sont la propriété d'APM International.*

©1989-2019 APM International -

<https://www.apmnews.com/depeche/60994/331124/fibrose-pulmonaire-idiopathique-la-pirfenidone-plus-cout-efficace-que-le-nintedanib-dans-une-etude-de-roche>



DÉPÊCHE DU 31/01/2019

# Asthme: la consommation de corticoïdes oraux et les passages aux urgences ont augmenté en 10 ans

**Mots-clés :** #pneumo #établissements de santé #soins de ville #congrès #asthme #observance #qualité-sécurité des soins #urgences-PDS #épidémio

(Par Luu-Ly DO-QUANG, au Congrès de pneumologie de langue française)

MARSEILLE, 31 janvier 2019 (APMnews) - La prise en charge de l'asthme a évolué entre 2006 et 2016, avec notamment un remplacement des corticoïdes inhalés par les associations fixes corticoïdes + bronchodilatateurs bêta-2 mimétiques, une stabilité des hospitalisations et de la mortalité, mais une hausse des corticoïdes oraux et des passages aux urgences, montre une étude présentée au Congrès de pneumologie de langue française (CPLF), le week-end dernier à Marseille.

Dans la perspective de l'arrivée de nouvelles biothérapies, Manon Belhassen de la société de pharmaco-épidémiologie PELyon et ses collègues ont évalué la prise en charge de l'asthme persistant et décrit le recours aux soins médicaux des patients entre 2006 et 2016.

Pour cela, ils ont réalisé des analyses transversales répétées sur les données de remboursement de l'assurance maladie, à partir de l'échantillon généraliste de bénéficiaires (EGB). Comme le diagnostic d'asthme est absent des données médico-administratives, ils ont constitué deux populations, selon leur poster présenté en session discussion.

En raison de données récentes suggérant à la fois un sous-diagnostic et un surdiagnostic d'asthme et les données d'adhésion, les analyses ont porté sur les adultes de 18 à 40 ans qui présentaient au moins une dispensation annuelle d'un traitement de fond (population sensible) ou au moins quatre délivrances annuelles (population spécifique), pour avoir une estimation basse et haute des patients avec un asthme persistant.

Il apparaît que la prévalence d'utilisation des traitements de fond a peu varié entre 2006 et 2016: elle est passé de 4,6% à 5,5% dans la population sensible et de 0,7% à 0,8% dans la population spécifique.

Les caractéristiques des patients inclus dans la population sensible ont peu varié entre 2006 et 2016, avec un âge moyen de 31 ans environ et une proportion de femmes à 61%. Les caractéristiques des patients de la population spécifique sont similaires sauf pour la proportion de femmes (autour de 51%) et la prise en charge au titre d'une affection de longue durée (ALD), plus élevée (9,3% vs 7,1%).

Les données sur les traitements dans la population sensible montrent une diminution des corticostéroïdes inhalés entre 2006 et 2016 de 40,3%), tandis que l'utilisation des associations fixes de corticoïdes + bronchodilatateurs bêta-2 mimétiques d'action longue (LABA) a augmenté de 56,4%.

Une tendance similaire est observée dans la population spécifique.

Concernant la consommation des soins, il apparaît que le nombre moyen de visites chez le médecin généraliste a diminué entre 2006 et 2016, ainsi que la part des patients ayant eu au moins une visite dans l'année, de 95,9% à 88,6% dans la population sensible et de 95,7% à 88,3% dans la population spécifique.

En revanche, les données disponibles à partir de 2009 pour les soins secondaires montrent que la part des patients ayant consulté un pneumologue libéral ou un praticien hospitalier a augmenté, passant de 31,6% à 37,8% dans la population sensible et de 34,1% à 40,5% dans la population spécifique, ainsi que le nombre moyen de visites par an.

## La mortalité toutes causes confondues est restée stable et faible

Les explorations fonctionnelles respiratoires étaient plus fréquentes dans la population spécifique que dans la population sensible mais en progression dans les deux groupes, passant de respectivement 18,9% à 27,6% et de 9,5% à 12,7%.

La consommation de corticoïdes oraux a progressé en termes de prévalence et de quantité dans la population sensible, passant de 42,7% des patients à 50,3% et de 674 mg en dose cumulée annuelle moyenne à 717 mg.

Dans la population spécifique, la part des patients prenant des corticoïdes oraux est restée globalement stable (entre 43,5% et 46,9%), mais la dose cumulée annuelle moyenne a également augmenté, passant de 854 à 894 mg.

Les passages aux urgences ont augmenté dans les deux populations, passant de 18% en 2009 à 24% en 2016 dans la population sensible et de 17,3% à 23,7% dans la population spécifique. En revanche, le recours aux visites non programmées a diminué.

Le taux d'hospitalisation pour asthme est resté constant dans la population sensible et a diminué dans la population spécifique (de 1,5% à 0,6%). La mortalité toutes causes confondues est restée stable et faible dans les deux populations, moins de 0,1% de la population sensible et moins de 0,2% de la population spécifique.

Globalement, ces données montrent que l'évolution de la prise en charge de l'asthme en France, entre 2006 et 2016, repose sur le remplacement des corticoïdes inhalés seuls par les associations fixes avec les LABA, une diminution de l'utilisation des LABA en monothérapie et une implication accrue des soins secondaires aux dépens des soins primaires, notent les chercheurs.

Parallèlement, malgré des chiffres globalement stables pour les hospitalisations et la mortalité, l'utilisation globale des corticoïdes oraux et l'incidence des passages aux urgences ont augmenté au cours des dix dernières années, ajoutent-ils.

Id/fbk/APMnews

[LD9PM6YFA]

PNEUMO-ALLERGO-DERMATO POLSAN - ETABLISSEMENTS CONGRÈS ENVOYÉ SPÉCIAL

*Aucune des informations contenues sur ce site internet ne peut être reproduite ou rediffusée sans le consentement écrit et préalable d'APM International. Les informations et données APM sont la propriété d'APM International.*

©1989-2019 APM International -

<https://www.apmnews.com/depeche/60994/331263/asthme-la-consommation-de-corticoïdes-oraux-et-les-passages-aux-urgences-ont-augmente-en-10%C2-ans>

DÉPÊCHE DU 31/01/2019

# Pneumothorax spontané: résultats similaires des prises en charge ambulatoire et hospitalière

**Mots-clés :** #pneumo #établissements de santé #congrès #qualité-sécurité des soins

(Par Luu-Ly DO-QUANG, au Congrès de pneumologie de langue française)

MARSEILLE, 31 janvier 2019 (APMnews) - La prise en charge ambulatoire des pneumothorax spontanés avec une valve unidirectionnelle présente un taux de succès similaire à la prise en charge hospitalière, selon une étude observationnelle multicentrique dont les résultats ont été présentés au Congrès de pneumologie de langue française (CPLF), le week-end dernier à Marseille.

La prise en charge des pneumothorax spontanés de grande abondance nécessite un drainage et le plus souvent une hospitalisation. Quelques études suggèrent qu'il est possible de gérer ces patients exclusivement en ambulatoire, rappellent le Dr Yann Bazin du CHU de Rennes et ses collègues dans leur poster.

Cependant ces deux modes de prise en charge n'ont jamais été comparés directement. Pour avoir des éléments de comparaison, ils ont conduit une étude observationnelle, prospective dans 11 établissements (CHU et CU), auprès des patients de plus de 15 ans présentant un pneumothorax spontané primaire ou secondaire qui nécessite un drainage thoracique.

Entre décembre 2013 et septembre 2017, 213 patients ont été inclus (13,6% avec un pneumothorax spontané secondaire), âgés de 31,7 ans en moyenne et à 77,9% de sexe masculin. Ils étaient 181 à avoir été traités en ambulatoire avec un drain de petit calibre (8,5Fr) relié à une valve unidirectionnelle (85%) et 32 ont été hospitalisés pour un drainage qui est pratiqué usuellement (15%).

Les patients rentraient à domicile après 30 à 90 min de surveillance. A J2, ils étaient revus en consultation de pneumologie pour la réalisation d'une aspiration sur cathéter (avec ou sans radio thoracique): si le poumon était recollé, le cathéter était retiré et le patient pouvait rentrer chez lui; sinon, un nouveau rendez-vous était donné à 48 heures. A J4, si le poumon n'était toujours pas recollé, le patient était hospitalisé pour mise en aspiration sur cathéter en queue de cochon à -20 cm H2O.

A J7, le taux de succès était de 79% pour les patients pris en charge en ambulatoire et de 81,3% dans le groupe hospitalisation, sans différence statistiquement significative entre les deux groupes.

Le taux de succès à J7 était similaire entre les deux groupes à la fois pour les pneumothorax spontanés primaires ou secondaires mais il était moins élevé parmi les formes secondaires, de 54,6% en ambulatoire et 57,1% avec hospitalisation, contre respectivement 82,4% et 88% pour les formes primaires.

Les complications étaient significativement moins fréquentes chez les patients traités en ambulatoire, avec un taux de 11% contre 34,4% des patients hospitalisés, et aucun décès n'est survenu. Le taux de saignements était aussi plus faible (1,7% vs 6,3%), mais sans que cette différence soit significative.

Les patients traités en ambulatoire étaient par ailleurs significativement moins nombreux à consommer des antalgiques de palier 3 (11,3% vs 31,3%) et avaient eu moins de radiographies (3,8 vs 5,5).

Enfin, le taux de récurrence à un an était similaire dans les deux groupes, de 34,4% pour les patients qui avaient été pris en charge en ambulatoire et 38,1% pour ceux qui avaient été hospitalisés. Comme pour le taux de succès à J7, les patients avec une forme secondaire ont de moins bons résultats, avec un taux de récurrence plus élevé, de respectivement 52,9% et 60%.

Ces résultats suggèrent que la prise en charge ambulatoire des pneumothorax spontanés avec utilisation d'une valve unidirectionnelle présente un taux de succès semblable à la prise en charge hospitalière, avec un risque de complications réduits, concluent les chercheurs.

Cette prise en charge ambulatoire est aussi associée à une réduction des coûts directs et indirects liés aux soins, ajoutent-ils, mais sans fournir de chiffres.

Id/fbk/APMnews

[LD5PM6V9H]

PNEUMO-ALLERGO-DERMATO    POLSAN - ETABLISSEMENTS    CONGRÈS    ENVOYÉ SPÉCIAL

*Aucune des informations contenues sur ce site internet ne peut être reproduite ou rediffusée sans le consentement écrit et préalable d'APM International. Les informations et données APM sont la propriété d'APM International.*

©1989-2019 APM International -

<https://www.apmnews.com/depeche/60994/331248/pneumothorax-spontane-resultats-similaires-des-prises-en-charge-ambulatoire-et-hospitaliere>

**Presse écrite**



## Les sponsors au rendez-vous pour le 3<sup>e</sup> RespirH@ktion



RespirH@ktion est un hackathon dédié aux pathologies respiratoires, organisé à l'initiative de douze associations de médecins et de patients (AJPO2, Alliance Apnées du Sommeil, APP, APRN, Asthme & Allergie, Association BPCO, CPHG, FFAAIR, FFP, Fondation du Souffle, SAR et la SPLF). La troisième édition, qui s'est tenue du 30 novembre au 2 décembre 2018 à la faculté de médecine de Lille, a rassemblé 350 participants, dont une quarantaine de patients venus de toute la France. Dix-sept projets autour de l'asthme, de la BPCO, de l'apnée du sommeil, du cancer du poumon et des maladies rares respiratoires ont été soumis. Trois prix de 5 000 € et cinq prix d'accompagnement de sponsors et partenaires ont été distribués\*. Les établis-

sements lillois Epitech et e-artsup étaient présents en force, ainsi que l'école 42 (Paris) et les facultés de pharmacie de Paris et de Lille. Plus de 6 000 personnes ont suivi les vidéos d'ouverture et de clôture retransmises en live sur la page Facebook de RespirH@ktion. Parmi les sponsors, citons les laboratoires pharmaceutiques : MSD, Chiesi, GSK, AstraZeneca, Pfizer ; la mutuelle Mutualia ; deux prestataires de services – Bastide et SOS Oxygène – et une société de solutions IoT : SRETT. La plate-forme [www.respirhacktion.com](http://www.respirhacktion.com) est la zone pivot de mise en challenge des porteurs de projets et futurs participants de RespirH@ktion. La problématique est simple : « Trouver des solutions digitales innovantes au service des pathologies respiratoires ». Le lancement de l'édition 2019 de RespirH@ktion aura lieu lors du 23<sup>e</sup> Congrès de pneumologie de langue française qui se tiendra en janvier à Marseille.

[\*] A retrouver sur le site [www.respirhacktion.com/projets](http://www.respirhacktion.com/projets).



Revue des **Maladies**

# Respiratoires

Organe Officiel de la Société de Pneumologie de Langue Française

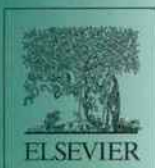
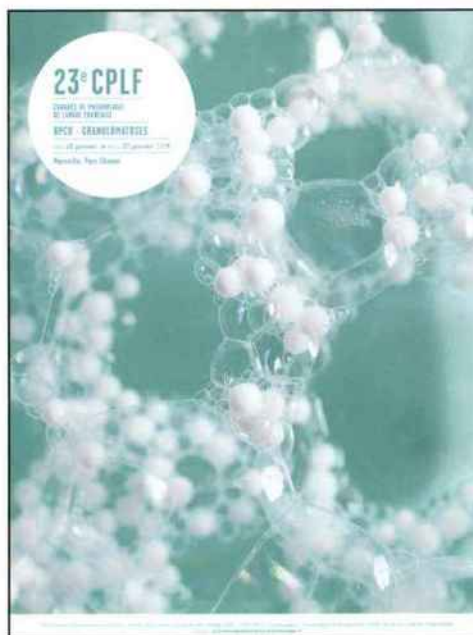
## 23<sup>e</sup> CONGRÈS DE PNEUMOLOGIE DE LANGUE FRANÇAISE

Marseille, 25-27 janvier 2019

Société de Pneumologie de Langue Française  
Association pour le Perfectionnement Post-universitaire des Pneumologues  
Collège des Pneumologues des Hôpitaux Généraux

### Résumés des Communications Scientifiques

*présentés après sélection par le Conseil Scientifique de la Société de Pneumologie de Langue Française*



[www.splf.org](http://www.splf.org)

Indexée dans :  
Medline (Index Medicus)  
EMBASE (Excerpta Medica)  
SCI Search  
Pascal (INIST/CNRS)  
Current Contents/Clinical Medicine  
Scopus®

23<sup>E</sup> CONGRÈS DE PNEUMOLOGIE DE LANGUE FRANÇAISE – MARSEILLE, 25–27 JANVIER 2019

## Communications orales

### CO01—Asthme

#### 1 Étude FASE-CPHG : évaluation de l'observance dans une population de patients adultes asthmatiques sévères en France.

C. Maurer<sup>1,\*</sup>, C. Raheison-Semjen<sup>2</sup>, B. Lemaire<sup>3</sup>, T. Didi<sup>4</sup>, C. Nocent Ejnaini<sup>5</sup>, J.P. Oster<sup>6</sup>, E. Parrat<sup>7</sup>, A. Prudhomme<sup>8</sup>, D. Coëtmeur<sup>9</sup>, D. Debieuvre<sup>10</sup>, L. Portel<sup>11</sup>

<sup>1</sup> CHG, Montfermeil, France

<sup>2</sup> CHU de Bordeaux, Bordeaux, France

<sup>3</sup> CHR, Orléans, France

<sup>4</sup> Centre hospitalier, Annecy, France

<sup>5</sup> Centre hospitalier Bayonne, France

<sup>6</sup> Centre hospitalier Colmar, France

<sup>7</sup> Centre hospitalier Tahiti, France

<sup>8</sup> Centre hospitalier Bigorre, France

<sup>9</sup> Centre hospitalier Saint-Brieuc, France

<sup>10</sup> Centre hospitalier Mulhouse, France

<sup>11</sup> Centre hospitalier Libourne, France

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : cmaurer@ch-montfermeil.fr (C. Maurer)

**Introduction** Il n'existe que peu de données portant sur l'asthme sévère en France. Le collège des pneumologues des hôpitaux généraux a décidé de mettre en place une vaste étude sur le sujet, avec un volet portant sur l'analyse de l'observance.

**Méthodes** Étude observationnelle, prospective, transversale et multicentrique, portant sur une population d'adultes asthmatiques sévères selon les critères GINA 2016, réalisée dans les Centres hospitaliers généraux de France entre mai 2016 et juin 2017.

**Résultats** Au total, 104 pneumologues ont inclus 1502 patients adultes asthmatiques sévères. Parmi eux, 1465 sont analysables dont 63 % de femmes. L'âge médian est de 56 ans (18–92), répartis selon les classes d'âge suivantes : 18–40 ans : 281 (19 %), 40–60 ans : 586 (40 %) et plus de 60 ans : 598 (41 %). L'ancienneté de la maladie asthmatique est de  $27,4 \pm 17,9$  années. Le nombre moyen de traitements de fond est de  $2,5 \pm 1,1$  dont : association fixe B2LA-CSI (90,5 %), anticholinergique (34 %), anti-IgE (26,8 %) et corticoïdes oraux (16,8 %). L'observance globale, évaluée par auto-questionnaire (MORISKY score = 4) chez 1367 patients est de 64,8 % avec une bonne concordance selon l'avis des pneumologues traitants ( $p < 0,0001$ ). La cause de l'inobservance est le plus souvent,

un oubli (88,7 %) et/ou l'arrêt du traitement lorsque l'asthme allait mieux (93,5 %). Le contrôle de l'asthme selon les critères GINA est meilleur chez les patients observants ( $p < 0,01$ ). Les asthmatiques sévères les moins observants sont plus jeunes ( $p < 0,0001$ ), ont une ancienneté de la maladie plus courte ( $24,2 \pm 15,7$  vs  $29,1 \pm 18,7$  ans pour les non-observants en moyenne,  $p < 0,0001$ ) et un nombre plus réduit de traitements de fond ( $2,2 \pm 1$  vs  $2,6 \pm 1$ ,  $p < 0,0001$ ). En revanche, les plus observants sont les patients nouvellement suivis ( $p < 0,01$ ) et ceux qui possèdent dans leur traitement de fond un anticholinergique ( $p < 0,01$ ), une biothérapie anti IgE ( $p < 0,01$ ) ou des corticoïdes oraux ( $p < 0,0001$ ). Il n'a pas été noté de différence de prévalence de l'anxiété ou de la dépression entre les populations de patients observants et non-observants. Le sexe ratio et l'IMC des patients sont comparables entre les 2 populations.

**Conclusion** Dans cette étude portant sur 1465 patients asthmatiques sévères adultes, plus de 6 patients sur 10 sont observants selon l'autoquestionnaire MORISKY avec pour conséquence un asthme plus souvent contrôlé. L'observance globale est meilleure lorsqu'il y a plus de 2 traitements de fond, notamment chez les patients présentant un médicament de palier 5.

**Déclaration de liens d'intérêts** Les auteurs ont déclaré : Financements de l'étude: ALK, Astra Zeneca, Boehringer–Ingelheim, GSK, Le Nouveau Souffle

<https://doi.org/10.1016/j.rmr.2018.10.013>

#### 2 Prévalence et impact du syndrome d'hyperventilation sur le contrôle et la qualité de vie dans l'asthme difficile : une étude prospective

G. Garcia<sup>1,2,8,\*</sup>, J. Frija-Masson<sup>3,4</sup>, L. Godinas<sup>5</sup>, C. Piedvache<sup>6</sup>, A. Belguendouz<sup>7,8</sup>, L. Plantier<sup>9</sup>, C. Rolland-Debord<sup>10,11</sup>, T. Perez<sup>12,13</sup>, C. Sattler<sup>7,8</sup>, C. Chenivesse<sup>14</sup>, H. Agostini<sup>6</sup>, M. Humbert<sup>1,2,8</sup>, P. Lavezeniana<sup>15</sup>, C. Taille<sup>16</sup>

<sup>1</sup> Université Paris-Sud, faculté de médecine, université Paris-Saclay, Le Kremlin-Bicêtre, France

<sup>2</sup> Inserm UMR\_S 999, hôpital Marie-Lannelongue, Le Plessis Robinson, France

<sup>3</sup> AP-HP, groupe hospitalier Bichat, service de physiologie–explorations fonctionnelles, Paris, 75018, France

<sup>4</sup> UMR Inserm U1141, université Paris Diderot, Paris, France

<sup>5</sup> Department of respiratory diseases, university hospital Gasthuisberg, Herestraat 49, 3000 Leuven, Belgium





<sup>6</sup> Assistance publique-hopitaux de Paris, unité de recherche clinique des hôpitaux Paris-Sud, hôpital universitaire Bicêtre, Le Kremlin-Bicêtre, France

<sup>7</sup> Université Paris-Sud, faculté de médecine, université Paris-Saclay, Le Kremlin-Bicêtre, France

<sup>8</sup> AP-HP, service de pneumologie, centre de référence de l'hypertension pulmonaire, hôpital Bicêtre, Le Kremlin-Bicêtre, France

<sup>9</sup> Service de pneumologie et explorations fonctionnelles respiratoires, CHU de Tours université de Tours, CEPR/Inserm UMR1100, Tours, France

<sup>10</sup> Sorbonne université, Inserm, UMRS1158 neurophysiologie respiratoire expérimentale et clinique, F-75005 Paris, France

<sup>11</sup> AP-HP, groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière Charles Foix, service de pneumologie et réanimation médicale du département R3S, F-75013 Paris, France

<sup>12</sup> CHU Lille, service de pneumologie et service EFR, 59000 Lille, France

<sup>13</sup> Inserm U1019 – CNRS UMR 8204 université de Lille, Lille, France

<sup>14</sup> CHU Lille, service de pneumologie et immuno-allergologie, Inserm U1019–CNRS UMR 8204 université de Lille, Lille, France

<sup>15</sup> Sorbonne université, Inserm, UMRS 1158, neurophysiologie respiratoire expérimentale et Clinique; AP-HP, hôpital Pitié-Salpêtrière, service d'explorations fonctionnelles de la respiration, département "R3S", Pôle PRAGUES, Paris, 75013, France

<sup>16</sup> Service de pneumologie et centre de référence des maladies pulmonaires rares, université Paris Diderot, Inserm UMR 1152, 75018, Paris, France

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : gilles.garcia@aphp.fr (G. Garcia)

**Introduction** L'asthme difficile est défini par un contrôle insuffisant des symptômes malgré un traitement maximal. Le syndrome d'hyperventilation (SHV) peut contribuer au mauvais contrôle de la maladie.

**Méthodes** La prévalence du SHV a été étudiée, dans le cadre d'une étude prospective menée dans 3 centres experts, dans une population de patients asthmatiques difficiles définis par un ACT < 18, un traitement de palier 4 ou 5 du GINA depuis au moins 12 mois et un VEMS > 50 %. Le diagnostic de SHV était confirmé par l'existence de symptômes et la mise en évidence d'une ventilation anormale (PaCO<sub>2</sub> < 30 mmHg avec D(A-a)O<sub>2</sub> normale au repos ou maintien d'une P ET CO<sub>2</sub> ≤ 90 % de la P ET CO<sub>2</sub> de base après 5 minutes de respiration spontanée et/ou symptomatologie clinique lors du test d'hyperventilation), et l'absence de pathologie organique.

**Résultats** Au total, 152 patients ont été inclus dont 66,5 % de femmes. L'âge médian était de 46 ans [36,5/54] et l'IMC de 26,8 [22/31]. Trente pour cent des patients recevaient une corticothérapie orale quotidienne et 22 % de l'omalizumab. L'ACT médian à l'inclusion était de 14 [10/17] et la fréquence annuelle du recours aux soins était élevée (3,0 exacerbations [1,0/6,0]). Le VEMS médian était de 77 % (62,5/91). Le diagnostic de syndrome d'hyperventilation était retenu chez 61/138 patient soit 44,2 % de la population. Aucun événement indésirable n'a été noté au cours de cette étude. Le SHV était plus fréquent chez les femmes (80,3 % dans la population SHV + vs 57,1 %, *p* < 0,01). Les patients SHV + avaient un ACT plus bas (11 [8/16] vs 15 [12/17]) et une altération significative de la qualité de vie mesurée par le SF36 (santé physique 35,4 [23/51,3] vs 45,1 [32,5/60,3] [*p* < 0,01] ; santé psychique 53,6 [28,2/68,2] vs 58,9 [41,4/75,4] [*p* < 0,05]) et l'AQLQ 4,0 [3/4] vs 5,0 [4/5]. Le score HAD était significativement altéré score anxiété à 9,00 [6/12] vs 7,0 [4/10] (*p* < 0,05) et dépression à 5,0 [2/9] vs 3,0 [1/7] (*p* < 0,05).

**Conclusion** Le diagnostic de syndrome d'hyperventilation est confirmé chez 44 % des patients asthmatiques difficiles adressés dans un centre expert d'asthme. L'impact du SHV sur le contrôle de l'asthme, la qualité de vie et l'anxiété/dépression est très impor-

tant. Le SHV devrait être recherché systématiquement dans cette population avant instauration d'un traitement de palier 5 du GINA. L'impact d'une prise en charge spécifique du SHV doit être évalué spécifiquement.

Ce travail a été financé par le CRC-2011 et avec le soutien d'Oxyvie. Le sponsor est l'Assistance publique-hôpitaux de Paris  
**Déclaration de liens d'intérêts** Les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt excepté:

G. Garcia: Oxyvie - Mise à disposition d'un capnographe nasal – Pas de lien financier

<https://doi.org/10.1016/j.rmr.2018.10.014>

### 3 Adhésion aux corticostéroïdes inhalés : associations inter- et intra-individuelles avec l'évolution de l'asthme

A. Dima<sup>1</sup>, E. Van Ganse<sup>2,\*</sup>, G. Stadler<sup>3</sup>, M. Belhassen<sup>4</sup>, M. De Bruin<sup>5</sup>, Et Le Groupe Astrolab<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Health services performance research EA 7425 HESPER, université Claude-Bernard Lyon 1, Amsterdam school of communication research ASCoR, university of Amsterdam, Lyon, France

<sup>2</sup> Health services performance research EA 7425 HESPER, université Claude-Bernard Lyon 1, Respiratory medicine, Croix-Rousse university hospital, PELyon, Pharmacoepidemiology Lyon, Lyon, France

<sup>3</sup> Institute of applied health sciences, university of Aberdeen, Aberdeen, Grande-Bretagne

<sup>4</sup> PELyon, Pharmacoepidemiology Lyon, Lyon, France

<sup>5</sup> Amsterdam school of communication research ASCoR, university of Amsterdam, Institute of applied health sciences, university of Aberdeen, Aberdeen, Grande-Bretagne

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : eric.van-ganse@univ-lyon1.fr (E. Van Ganse)

**Introduction** La non-adhésion aux traitements de l'asthme entraîne une aggravation des symptômes et peut favoriser les exacerbations. Les connaissances actuelles proviennent surtout d'études transversales comparant des groupes de patients. Un suivi longitudinal des niveaux individuels d'adhésion permet une analyse fine des relations entre adhésion, symptômes, et exacerbations. L'objectif était d'étudier au moyen des données de la cohorte ASTROLAB la relation longitudinale entre adhésion aux corticostéroïdes inhalés (CSI) et survenue de critères de jugement (CdJ), au cours du suivi individuel, et entre patients.

**Méthodes** La cohorte ASTROLAB a suivi des asthmatiques persistants (12–40 ans) en France et au Royaume-Uni pendant ≥ 12 mois, avec des CATIs réguliers (computer-assisted telephone interviews) et des SMS, pour mesurer l'adhésion aux CSI, le contrôle, l'usage des beta-agonistes à courte durée d'action (BACDAs), et les exacerbations. Nous avons étudié les relations entre adhésion et CdJ par des modèles longitudinaux, après ajustement sur les facteurs confondants, en particulier la sévérité.

**Résultats** Au total, 431 exacerbations ont été détectées au sein de 3756 CATIs (847 patients) ; 54,5 % des CATIs renseignaient un mauvais contrôle. Au niveau interindividuel, les patients avec une meilleure adhésion moyenne étaient mieux contrôlés (OR = 1,25 [1,06–1,47]), sans impact cependant sur l'usage des BACDAs (*b* = –0,001, ns), ni sur la survenue d'exacerbation (OR = 0,99 [0,87–1,13]). Au niveau individuel, une amélioration de l'adhésion n'avait pas d'impact sur le contrôle (OR = 0,93 [0,84–1,02]) ni sur les exacerbations (OR = 1,04 [0,94–1,16]), mais elle entraînait par contre dans un premier temps une augmentation de l'usage concomitant des BACDAs (*b* = 0,092, *p* < 0,001), puis une baisse de cet usage (*b* = –0,047, *p* < 0,05).



**Conclusion** Cette étude longitudinale de la relation entre adhésion aux CSI et survenue de critères cliniques n'identifie qu'un lien modéré entre adhésion et CdJ, peut-être du fait d'un usage initialement accru des BACDAs en cas de baisse du contrôle de l'asthme.

**Déclaration de liens d'intérêts** Les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt.

<https://doi.org/10.1016/j.rmr.2018.10.015>

#### 4 Comparaison de l'efficacité de l'omalizumab dans l'asthme sévère atopique et non atopique : expérience Strasbourgeoise

L. Melscoet<sup>1,\*</sup>, N. Khayath<sup>1</sup>, M.A. Goltzene<sup>2</sup>, N. Meyer<sup>2</sup>, F. De Blay<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Pôle de pathologie thoracique, hôpitaux universitaires de Strasbourg, Strasbourg, France

<sup>2</sup> Service statistiques, hôpitaux universitaires de Strasbourg, Strasbourg, France

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : lise.melscoet@gmail.com (L. Melscoet)

**Introduction** Dans l'asthme, il est retrouvé une production d'IgE au niveau bronchique indépendamment du statut atopique. L'omalizumab (anticorps monoclonal anti-IgE), a prouvé son efficacité dans l'asthme sévère atopique. L'objectif principal est de comparer l'efficacité de l'omalizumab dans l'asthme sévère non atopique et atopique.

**Méthodes** Il s'agit d'une étude monocentrique et rétrospective. Nous avons comparé l'effet de l'omalizumab chez 44 (31,7 %) asthmatiques sévères non atopiques avec un groupe contrôle de 95 (68,3 %) asthmatiques sévères atopiques. L'évaluation de l'omalizumab a été faite à 4, 6 et 12 mois et portait sur le taux d'exacerbations sévères, le contrôle de l'asthme selon GINA 2018, la posologie corticothérapie inhalée, la proportion de patients corticodépendants et la fonction respiratoire.

**Résultats** À l'inclusion, les 2 populations étaient semblables, à l'exception des taux plus faibles d'IgE ( $p < 0,0001$ ) et d'une proportion plus importante de patients corticodépendants ( $p = 0,04$ ), dans le groupe non atopique. Le taux annuel moyen d'exacerbations sévères, dans l'année qui précède l'inclusion, était de  $3,5 \pm 2,88$  dans le groupe non atopique contre  $3,47 \pm 3$  dans le groupe atopique ( $p = 0,84$ ). Les taux moyen annualisés d'exacerbations sévères n'étaient pas différents entre le groupe non atopique et atopique [2,6 contre 2,36 à 4 mois ( $p = 0,71$ ), 2,05 contre 1,71 ( $p = 0,51$ ) à 6 mois et 1,82 contre 1,54 ( $p = 0,52$ ) à 12 mois]. La proportion de patients corticodépendants était plus élevée dans le groupe non atopique ( $p = 0,005$ ,  $p = 0,0006$ ,  $p = 0,018$  respectivement à 4, 6 et 12 mois). Le contrôle de l'asthme, le VEMS, la posologie de la corticothérapie inhalée n'étaient significativement pas différents entre les 2 groupes. L'analyse en sous-groupe réalisée dans le groupe atopique ne montrait pas de différence significative du taux d'exacerbations sévères, du contrôle de l'asthme, du VEMS et de la pression thérapeutique, entre les patients présentant des éosinophiles sanguins  $\geq 300/\text{mm}^3$  et  $< 300/\text{mm}^3$ .

**Conclusion** Ces résultats suggèrent que l'omalizumab est aussi efficace dans l'asthme sévère non atopique que dans l'asthme sévère atopique. Le taux d'éosinophiles ne semble pas influencer l'efficacité de l'omalizumab dans l'asthme sévère atopique.

**Déclaration de liens d'intérêts** Les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt.

<https://doi.org/10.1016/j.rmr.2018.10.016>

#### 5 Évaluation du programme de soutien aux asthmatiques SOPHIA-ASTHME dans sa 2<sup>e</sup> année de déploiement

C. Taillé<sup>1,\*</sup>, C. Chenivresse<sup>2</sup>, S. Guillo<sup>3</sup>, A. Lafourcade<sup>3</sup>, G. Hejblum<sup>4</sup>, Y. De Rycke<sup>5</sup>, F. Tubach<sup>5</sup>

<sup>1</sup> AP-HP, service de pneumologie, hôpital Bichat, Inserm UMR1152, Paris, France

<sup>2</sup> Service de pneumologie et immuno-allergologie, Centre hospitalier régional universitaire de Lille, Université Lille 2, Lille, France

<sup>3</sup> Département de bio statistique, Santé publique et information médicale, Centre de pharmaco-épidémiologie de l'AP-HP, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris, France

<sup>4</sup> Institut Pierre Louis d'Épidémiologie et de Santé Publique, Inserm UMRS 1136, Paris, France

<sup>5</sup> Département de biostatistique, Santé publique et information médicale, Centre de pharmaco-épidémiologie de l'AP-HP, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris, France

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : camille.taille@aphp.fr (C. Taillé)

**Introduction** SOPHIA-asthme est un programme de soutien aux asthmatiques développé par la CNAMTS pour améliorer le contrôle de la maladie, par diffusion d'informations et entretiens téléphoniques avec une infirmière spécialisée. Ce programme est proposé depuis janvier 2015 dans 19 départements. L'objectif de ce travail est d'évaluer son impact médico-économique après 14 mois de déploiement.

**Méthodes** L'étude quasi expérimentale avant-après ici/ailleurs a été conduite à partir des données du SNDS. La population d'intérêt était composée des patients âgés de 18 à 40 ans ayant reçu au moins 3 délivrances de médicaments de l'asthme en 2013 et en 2012. Chaque patient éligible dans un département participant au programme (exposé) était apparié à un patient d'un département ne participant pas au programme (non exposé), sur un score de propension. Le critère de jugement principal était l'observance de délivrance optimale des corticoïdes inhalés, évaluée par le MRA (*Medication refill adherence*) sur 12 mois.

**Résultats** L'analyse a porté sur 29 746 paires de sujets. Le MRA à l'inclusion était en moyenne de 40,2 % chez non exposés et 40,6 chez les exposés. Après 1 an, l'évolution du MRA (passage à une classe supérieure parmi < 50 %, 50–80 %,  $\geq 80$  % ou maintien  $\geq 80$  %) entre les deux groupes n'était pas significativement différente (0,26 % [–0,58 % ; 1,11 %],  $p = 0,545$ ). L'amélioration du MRA était plus fréquente chez les sujets exposés (OR = 1,05 [1,01 ; 1,09],  $p = 0,028$ ). Aucun impact du programme n'a été détecté sur la consommation de médicaments et de soins, les arrêts maladie, les exacerbations et les coûts. Chez les 3406 (11,5 %) adhérents au programme (82 % d'asthme léger), on a observé une augmentation faible mais significative des consultations chez le pneumologue et des coûts médicamenteux liés à l'asthme et globaux chez les adhérents, comparés à leurs témoins non exposés. Ces résultats doivent être interprétés avec précaution puisque la procédure d'appariement ne prend pas en compte la propension à adhérer au programme.

**Conclusion** Nous n'avons pas mis en évidence d'impact significatif du programme Sophia sur le critère principal. Chez les adhérents, le programme augmente les coûts relatifs à l'asthme essentiellement par l'augmentation des traitements. Le bénéfice de l'augmentation du traitement sur le contrôle et les exacerbations est difficile à mettre en évidence dans une population d'asthmatiques essentiellement légers. Des patients plus sévères seraient peut-être une meilleure cible pour le programme SOPHIA.

**Déclaration de liens d'intérêts** Les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt.

<https://doi.org/10.1016/j.rmr.2018.10.017>



## 6 Prévalence et prise en charge de l'asthme de l'adulte en France en 2018 : enquête ASTHMAPOP

C. Raheison-Semjen<sup>1,\*</sup>, A. Izadifar<sup>2</sup>, M. Russier<sup>3</sup>, C. Rolland<sup>4</sup>, J.P. Aubert<sup>5</sup>, R. Sellami<sup>6</sup>, D. Leynaud<sup>7</sup>, C. Fabry-Vendrand<sup>7</sup>, A. Didier<sup>8</sup>

<sup>1</sup> Hôpital Haut-Lévêque, Bordeaux, France

<sup>2</sup> Centre cardiologique du Nord, Saint-Denis, France

<sup>3</sup> Hôpital La Source, Orléans, France

<sup>4</sup> Asthme & allergies, Boulogne-Billancourt, France

<sup>5</sup> Cabinet médical Jules Joffrin, Paris, France

<sup>6</sup> Kantar health, Paris, France

<sup>7</sup> AstraZeneca, Courbevoie, France

<sup>8</sup> Hôpital Larrey, Toulouse, France

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : chantal.raheison@chu-bordeaux.fr  
(C. Raheison-Semjen)

**Introduction** La dernière enquête conduite en population générale et estimant la prévalence de l'asthme en France a été conduite en 2006 [1]. L'objectif principal de la présente enquête était d'estimer, en population générale, la prévalence de l'asthme en France en 2018 et de décrire la répartition des asthmatiques en fonction des paliers de traitement GINA (paliers 1 à 5). Les objectifs secondaires étaient de décrire le profil des asthmatiques, leur prise en charge et le fardeau de la maladie.

**Méthodes** Il s'agit d'une enquête cross-sectionnelle ayant interrogé le panel de foyers Kantar-TNS, représentatif de la population française. Un questionnaire de 4 pages a été adressé par voie postale à 19 676 panélistes âgés de 18 ans et plus. Les données ont été recueillies entre le 10 janvier et le 21 février 2018. Des questionnaires validés ont été utilisés pour l'évaluation du contrôle de l'asthme (ACQ-6), la qualité de vie (EQ-5D-5L) et l'observance au traitement (MMAS-4).

**Résultats** L'analyse a été conduite sur 15 587 questionnaires. La prévalence de l'asthme au cours de la vie a été évaluée à 12,8 % ( $n = 1 989$ ) et la prévalence de l'asthme actuel (dans l'année précédente) à 6,4 % (soit 993 asthmatiques) (Tableau 1). L'âge moyen de ces asthmatiques était de 48,2 ans, 60,5 % étaient des femmes, l'IMC moyen était de 26,7 kg/m<sup>2</sup> et l'âge médian au diagnostic de 19,2 ans ; 32 % des asthmatiques ont rapporté avoir une rhinite allergique et 19 % une hypertension artérielle. Un total de 946 asthmatiques ont dit recevoir un traitement pour l'asthme dont 42,6 % un traitement quotidien comprenant un corticoïde inhalé. Un peu moins de la moitié (46,4 %) ont indiqué avoir une bonne observance au traitement (MMAS-4 score = 4).

**Conclusion** La prévalence de l'asthme actuel est estimée en France à 6,4 % en 2018, avec une proportion de patients ayant un traitement équivalent au palier 5 de GINA en ligne avec les précédentes estimations. L'asthme n'est pas contrôlé pour une proportion importante d'individus et de nombreux asthmatiques présentent des exacerbations, même en palier 1 de GINA. En 2018 en France, il reste nécessaire d'optimiser la prise en charge de l'asthme.

Tableau 1

Asthmatiques dans l'année précédente : contrôle de l'asthme, exacerbations, hospitalisations et recours aux corticoïdes oraux selon les niveaux de traitement

	Total	Pas de traitement	GINA 1	GINA 2	GINA 3	GINA 4	GINA 5	Autres
Nb d'asthmatiques* (proportion)	993	47 (4,7 %)	435 (43,8 %)	56 (5,7 %)	145 (14,6 %)	208 (21,1 %)	33 (3,3 %)	47 (4,7 %)
Score ACQ-6 dans les 4 dernières semaines, proportion d'asthmatiques								
ACQ-6 ≤ 0,75	52,3 %	88,8 %	64,2 %	49,3 %	49,6 %	33,1 %	22,8 %	45,4 %
ACQ-6 [0,75-1,5]	24,6 %	21,1 %	21,3 %	27,5 %	29,7 %	26,7 %	36,8 %	19,9 %
ACQ-6 > 1,5	23,1 %	10,1 %	14,5 %	23,2 %	20,7 %	40,1 %	40,4 %	34,8 %
Événements dans la dernière année, proportion d'asthmatiques								
≥1 exacerbation**	47,6 %	30,6 %	41,6 %	43,4 %	46,2 %	61,6 %	65,4 %	60,1 %
≥1 visite aux urgences	14,3 %	5,2 %	7,8 %	10,9 %	12,7 %	25,5 %	39,0 %	20,5 %
≥1 hospitalisation	3,1 %	0,0 %	1,4 %	0,0 %	1,4 %	4,4 %	12,4 %	8,1 %
Corticoïdes oraux	14,5 %	NA	15,0 %	11,4 %	10,2 %	21,9 %	20,3 %	8,0 %

\* Pour 21 793 patients, il n'a pas été possible de déterminer leur traitement : ces patients ont été exclus de cette table.

\*\* Définition des épisodes/épisodes où les symptômes (toux, crachats, essoufflements) étaient plus que d'habitude pendant plusieurs jours

**Déclaration de liens d'intérêts** C. Raheison-Semjen a perçu des honoraires pour sa participation au comité scientifique de l'enquête A. Izadifar a perçu des honoraires pour sa participation au comité scientifique de l'enquête

M. Russier a perçu des honoraires pour sa participation au comité scientifique de l'enquête

C. Rolland est employée par l'Association Asthme & Allergies

J. P. Aubert a perçu des honoraires pour sa participation au comité scientifique de l'enquête

R. Sellami est employée par Kantar Health, en charge de la réalisation de l'enquête

D. Leynaud est employée par AstraZeneca, sponsor de cette enquête C. Fabry-Vendrand est employée par AstraZeneca, sponsor de cette enquête

A. Didier a perçu des honoraires pour sa participation au comité scientifique de l'enquête

**Référence**

[1] Delmas M-C, Fuhrman pour le groupe épidémiologie et recherche clinique de la C, S.P.L.F. L'asthme en France: synthèse des données épidémiologiques descriptives. Revue des Maladies Respiratoires 2010;27(2):151-9.

<https://doi.org/10.1016/j.rmr.2018.10.018>



## VIE DE LA SOCIÉTÉ

### 23<sup>e</sup> Congrès de pneumologie de langue française

Ce 23<sup>e</sup> Congrès de pneumologie de langue française (CPLF) avec l'APP, le CPHG et la SPLF, organisé par Pneumologie et Développement ouvrira ses portes au Palais des congrès Chanot à Marseille, du vendredi 25 au dimanche 27 janvier 2019. Venez nombreux !



Cette année les fils rouge et orange de cette nouvelle édition seront : la BPCO et les Granulomatoses. Au programme seront également traités les sujets sur l'impact de la pollution et du réchauffement climatique sur la santé respiratoire et les nouvelles recommandations vaccinales. Au total 601 communications, 48 plénières, 33 ateliers, 9 cours de perfectionnement, ont été retenus. Ce sera l'occasion aussi de faire le point sur les pathologies infectieuses ou professionnelles, la réhabilitation respiratoire et l'éducation thérapeutique, l'oncologie, l'innovation et l'imagerie médicale.

#### Quelques sessions illustratives

##### Vous seront proposées : sur la BPCO

A06 - Patient atteint de BPCO : missions complémentaires du MG et du pneumologue, présidée par Bruno Housset et Guy Recorbet  
 • Résultats d'un programme de détection en médecine générale, par Christian Ghasrossian  
 • Du repérage au suivi : le parcours du patient, par Alain Lorenzo

• Gestion des comorbidités - comment hiérarchiser la prise en charge de situations parfois complexes ?, par Anthony Chapron

A16 - Les exacerbations de BPCO, prévenir et guérir, présidée par Martin Dres et Georges Khayat

A40 - Physiopathologie de la BPCO : dessiner les traitements de demain, présidée par Bernard Maitre et Isabelle Yachier

• La BPCO : une histoire d'âge et de télomères, par Serge Adnot

• Exacerbation de BPCO : nouvelles données sur les interleukines, par Philippe Gosset

• Cellules souches pluripotentes : quand pourra-t-on réparer les bronches ?, par Arnaud Bourdin

##### Sur les granulomatoses

A28 - Comment diagnostiquer et explorer une sarcoidose ?, présidée par Benoît Desrués et Ali Ben Kheder

A37 - Des Granulomes dans les voies aériennes, organisée par le groupe G2A et présidée par Jean-Michel Vergnon et Hervé Dutau

##### Sur la pollution

CP04 - Pollution atmosphérique, réchauffement climatique et santé respiratoire, présidée par Didier Debieuve, Paul de Vuyst

• Diesel et santé respiratoire : physiopathologie, par Denis Caillaud

• Pollution atmosphérique et effets respiratoires aigus, par Denis Charpin

• Pollution atmosphérique et effets respiratoires à long terme, par Isabella Annesi-Maesano

• Conseils pratiques, par Bruno Housset

• Influence des émissions du trafic routier sur la qualité de l'air, par Karine Sartelet

A14 - Quand l'environnement entre en jeu dont : Quels conseils pour réduire la pollution chimique dans l'air intérieur des patients ? par Martine Ott, session du groupe Infirmières présidée par Boris Melloni et Virginie Sagorin

A26 - BPCO du non fumeur vs BPCO « classique » : similitudes et différences, de la physiopathologie au traitement dont : BPCO et pollution atmosphérique, par Isabella Annesi-Maesano, présidée par Jean-Charles Dalphin et Kamel Ben Ali

A31 - Ça chauffe pour le tabac ! Session présidée par Alexandre Duguet et Philippe Serra

• Le tabac chauffé : nouvelle arme de l'industrie du tabac ? par Bertrand Dautzenberg

• Chicha et poumons, par Mirna Waked

• Vapotage (nicotine, CBD et arômes) et poumons, par Anne-Marie Ruppert

##### Sur la vaccination

RD01 - Recommandations - Guide pratique de vaccination en pneumologie, session présidée par Elodie Blanchard et Cécile Janssen

### Groupe dyspnée : rapport d'activité

Le groupe de travail Dyspnée a été créé en 2014 avec une activité orientée vers deux axes principaux : la formation et la recherche. Son bureau est composé de Capucine Morélot-Panzini (coordinatrice), Gilles Garcia (trésorier) et Pierantonio Laveneziana (secrétaire). Une nouvelle élection est prévue en décembre 2018.

#### Formation

Concernant la formation, citons la publication d'un premier article rédigé par le Pr Christophe Delclaux sous l'égide du groupe à la *Revue des Maladies Respiratoires*, il tend à proposer une démarche diagnostique devant une dyspnée inexplicable. Il a été accepté pour publication en juin 2018. Une autre publication est en cours d'écriture, il s'agit d'une revue sur « la dyspnée persistante » qui sera proposée à la *Revue des Maladies Respiratoires*. Par ailleurs, des ateliers de formation vont être proposés dans le courant de l'année 2019. Ils seront destinés à proposer des outils de mesure de la dyspnée dans différentes situations cliniques.

Concernant les actions de communications, citons : une session au CPLF 2018 intitulée « La souffrance respiratoire : de l'évaluation au

traitement » ; puis une autre aux 12<sup>es</sup> Journées francophones Alvéole 2018 intitulée « Dyspnée persistante et réhabilitation respiratoire » et, enfin, celle proposée au CPLF 2019 intitulée « Parler de soins palliatifs à un malade atteint de BPCO ? »

#### Recherche

Une réunion annuelle est destinée exclusivement à la recherche. Dans ce domaine, les membres du groupe sont plus spécifiquement impliqués dans une démarche d'amélioration de l'évaluation de la dyspnée. Plusieurs études émanant du groupe ont été publiées ou sont en cours sur la validation française de questionnaires de dyspnée (Dyspnea 12, LCADL, DYSLIM - questionnaire de limitation d'activité liée à la dyspnée). Un projet multicentrique

est en cours d'élaboration au sein du groupe : il vise à déterminer une MCID pour le questionnaire MDP en testant ce questionnaire chez des patients atteints de BPCO en stage de réhabilitation respiratoire. Pour ce faire, une collaboration est en cours avec le Pr Jones et un financement est en cours de recherche.

L'autre grand axe de recherche du groupe porte sur le traitement de la dyspnée réfractaire ou résiduelle. Dans ce domaine, une enquête nationale menée sous l'égide du groupe va débiter sur les stratégies thérapeutiques adoptées par les pneumologues français devant une dyspnée réfractaire, la version finale est maintenant disponible et va être diffusée aux pneumologues français via la liste de la FFP. Celle-ci permettra de faire un état des lieux sur la prise en charge thérapeutique de la dyspnée en France. ■



## L'AGENDA

### 25 JANVIER

#### ● Congrès de Pneumologie au Parc Chanot

Le 23<sup>e</sup> Congrès de Pneumologie de Langue Française se tiendra du 25 au 27 janvier 2019 à Marseille au Parc Chanot. Au programme de ces rencontres, la BPCO (bronchopneumopathie chronique obstructive) qui touche 7,5 % de la population de plus de 40 ans et qui tue 17 000 personnes par an, et la Granulomatose, une maladie qui touche la sphère ORL.

→ Du vendredi 25 au dimanche 27 janvier, de 8 h à 18 h au Parc Chanot à Marseille.



## Congrès hebdo

### 23<sup>e</sup> CONGRÈS DE PNEUMOLOGIE DE LANGUE FRANÇAISE

**Marseille, du 25 au 27 janvier 2019.** Granulomatoses et BPCO seront les deux thèmes phares du CPLF, soulignant toujours l'importance d'un diagnostic précoce et d'une bonne coordination des soins.

#### **Éditorial** **Pour la santé publique**

Véritable fléau, les maladies respiratoires, avec en tête la BPCO et l'asthme, touchent de plus en plus massivement des millions de personnes en France et dans le monde. Afin de mettre à jour leurs connaissances, plus de 5 000 professionnels francophones se retrouvent au 23<sup>e</sup> Congrès de Pneumologie de Langue Française, l'un des plus suivis dans le monde. Celui-ci se tient au Palais des congrès Chanot de Marseille, du vendredi 25 au dimanche 27 janvier 2019.

La BPCO, en passe de devenir la 3<sup>e</sup> cause de décès d'ici 2030 selon l'OMS et les granulomatoses, affections insuffisamment connues, constituent les thèmes principaux de cette nouvelle édition. L'impact de la pollution (atmosphérique et autres polluants) et du réchauffement climatique sur la santé respiratoire est également au cœur des discussions, notamment en ce qui concerne leurs effets à long terme ou les conseils

pratiques pour y faire face. Enfin les pneumologues rappelleront les recommandations de vaccination selon la particularité des terrains. Avec 601 communications retenues, 48 plénières, 33 ateliers, 9 cours de perfectionnement, le congrès sera l'occasion de revenir sur les autres thèmes prédominants des maladies respiratoires tels que les pathologies infectieuses ou professionnelles, la réhabilitation respiratoire et l'éducation thérapeutique, l'oncologie (le cancer du poumon représentant la première cause de mortalité par cancer en France et dans le monde), l'innovation et l'imagerie médicale.

Hervé Pégliasco et Bruno Stach (1),  
Didier Debievre et Laurent Portel (2),  
Nicolas Roche et Bernard Maitre (3),  
Christophe Leroyer (4)

- (1) Association des pneumologues  
(2) Collège des pneumologues des hôpitaux généraux  
(3) Société de pneumologie de langue française  
(4) Gérant de Pneumologie Développement



## Marseille

# Maladies respiratoires : tabac et pollution pointés du doigt

Le 23<sup>e</sup> congrès de pneumologie se tient pendant 3 jours à Marseille

Véritable fléau, les maladies respiratoires touchent de plus en plus de personnes, des millions, en France et dans le monde. En tête de ces pathologies particulièrement redoutables et redoutées, l'asthme et la BPCO (Broncho-pneumopathie chronique obstructive) qui, selon l'OMS, pourrait devenir la 3<sup>e</sup> cause de mortalité d'ici 2030. L'évolution constante de ces maladies sera au centre des échanges du 23<sup>e</sup> congrès de Pneumologie de langue française qui s'ouvre aujourd'hui au parc Chanot. Pendant trois jours, 5000 spécialistes débattront autour de ces thématiques.

Fil rouge de cette édition, la BPCO, maladie chronique respiratoire caractérisée par une obstruction permanente et progressive des voies aériennes, sera particulièrement commentée car les dernières études menées permettent de mieux comprendre cette maladie.

"La BPCO, qui touche 7,5% de la population française de plus de 40 ans, était souvent associée à l'âge et au fumeur. Désormais, on sait que la maladie trouve ses racines dans l'enfance, détaille le D<sup>r</sup> Hervé Pegliasco, président de l'APP (Association de Perfectionnement postuniversitaire des Pneumologues) et coordinateur du comité d'organisation du congrès. Trois axes ont été bien définis à ce sujet. Un enfant victime de tabagisme passif, y compris in utero, a de grandes chances de voir ses capacités res-



Le tabac et la pollution ont, dès le stade fœtal, un impact sur les voies respiratoires des enfants. / PHOTO DR

piratoires altérées à l'âge adulte. La pollution atmosphérique et un taux de vitamine D, bas, chez la femme enceinte sont aussi cités. Par ailleurs, la prématurité joue un rôle important dans l'altération du poumon." Il sera également question de pollution chronique avec certains détergents ou encore les huiles essentielles et leur impact. "Sans être alarmiste, il y a certains messages à faire passer. Aujourd'hui, on

diagnostique la BPCO chez certaines femmes qui ont utilisé à fortes doses des produits d'entretien."

### Tabac à chauffer, c'est toxique

La meilleure compréhension de l'asthme justifie également sa place dans ce congrès. "La pollution atmosphérique intervient dans la survenue et l'aggravation des affections respiratoires et notamment l'asthme.

**En France, 3,5 millions de personnes souffrent de la BPCO.**

Et l'enfant y est particulièrement sensible, rappelle le D<sup>r</sup> Pegliasco qui évoque aussi de nouvelles méthodes thérapeutiques pour les formes les plus sévères. Il y a de nouvelles associations de médicaments qui donnent de très bons résultats."

Le tabagisme dans toutes ses expressions aura une place dans ce congrès. "Le tabagisme constitue le principal facteur de risque pour la majorité des maladies du poumon. Il est responsable de 75 000 décès par an, explique le pneumologue. Un fumeur actif sur deux mourra d'une maladie liée au tabac. L'urgence, c'est l'arrêt du tabac et trouver les bons mots pour interpeller les jeunes à ce sujet. D'autant qu'une nouvelle mode est lancée avec le tabac à chauffer. Il se présente sous la forme d'un stylo dans lequel on introduit une cigarette filtre raccourcie qui, en chauffant, produit de la vapeur de tabac... particulièrement toxique. Cette pratique émergente est à proscrire car elle est toute aussi nocive que la cigarette conventionnelle."

Cancer, dépistage, les dernières recommandations en matière de vaccination : autant de sujets qui viendront compléter un programme très dense.

Florence COTTIN



## En direct du 23<sup>e</sup> CPLF à Marseille

### En direct

## Miscellanées du Congrès de pneumologie de langue française

Info Respiration était à Marseille pour la 23<sup>e</sup> édition du CPLF (25-27 janvier 2019). **Justine Frija-Masson et Philippe Éveillard** ont relevé ces informations pour vous. Au-delà de ces résumés, vous pouvez retrouver les communications en ligne sur le site de la SPLF.

Liens d'intérêt : Justine Frija-Masson déclare être la deuxième auteure du compte rendu de l'étude Fresh.



## Symposia intégrés

### Escalade et désescalade dans la BPCO: des recommandations aux trajectoires individuelles

Dans le champ de la bronchopneumopathie chronique (BPCO) longtemps le choix du traitement a été guidé par le niveau d'obstruction et le pourcentage de la théorique du VEMS.<sup>1</sup> Depuis 2018, c'est maintenant les symptômes ressentis par les patients et la fréquence des exacerbations qui doivent déterminer le choix du traitement.<sup>2</sup> Bien que l'adhérence au traitement inhalé soit faible,<sup>3</sup> il existe paradoxalement une surprescription des traitements dans cette pathologie. C'est dire la nécessité d'une prise en charge personnalisée.

**Que nous apprennent les cohortes ? (Pr P.-R. Burgel, Paris)**

Les résultats issus du recueil de donnée des patients atteints de BPCO et inclus dans la cohorte Eclipses a contribué à modifier la classification Gold.<sup>4</sup> Cette classification pronostique était jusqu'alors basée sur des niveaux d'obstructions mesurés aux EFR.<sup>1</sup>

Les données issues de ce registre ont clairement démontré que des patients d'un même stade Gold étaient extrêmement hétérogènes d'un point de vue clinique mais aussi pronostique. Ces conclusions ont été renforcées par une étude publiée en 2016 et portant sur 15632 patients BPCO. Celle-ci a mis en évidence que les classifications GOLD de 2007 et 2011 ne permettaient pas s'apprécier finement le pronostic des patients à 3 ans. Le score de dyspnée semblait être également un élément pronostic important. D'autre part, il apparaît dans cette étude que les patients étaient d'une manière générale surtraités avec un recours trop fréquent aux corticoïdes inhalés sans signal positif sur la survie.<sup>5</sup> Ces résultats ont été confirmés dans une étude européenne.<sup>6</sup> Outre la dyspnée, la définition d'un phénotype exacerbateur est apparue rapidement comme un élément pronostic important.<sup>7</sup> Ces éléments ont conduit à une refonte de la classification GOLD. Plusieurs autres facteurs doivent être pris en compte. En effet, plusieurs études ont démontré que les comorbidités constituaient des facteurs pronostiques majeurs.<sup>8</sup> La prise en compte de





paramètres fonctionnels de paramètres cliniques (fréquence des exacerbations, dyspnée) et de paramètres propres aux patients (âge, existence de comorbidités comme le diabète) a permis d'identifier cinq clusters ou groupe de patients et d'en étudier le pronostic.<sup>9</sup> Il apparaît que l'existence de comorbidités cardiovasculaires ou de diabète joue un impact pronostique majeur.

#### Nécessité de construire des repères dans la décision médicale

(P<sup>r</sup> B. Aguilanu, Grenoble)

La future prise en charge d'un patient doit être globale et personnalisée. Cependant, contrairement à l'asthme, il n'a pas été identifié d'endotype particulier. L'instauration du traitement doit répondre à quatre grandes questions: Quelle est la cible thérapeutique? Comment évaluer l'efficacité du traitement? Comment évaluer la nuisance du traitement? Comment connaître la trajectoire du patient? Ces nombreuses variables sont difficiles à prendre en compte en temps réel par le pneumologue pour prendre la meilleure décision thérapeutique. En revanche, dans le futur, l'intelligence artificielle pourrait grâce aux recueils de données des cohortes modéliser la trajectoire de la maladie à un temps donné et le pronostic.

#### Nécessité d'une approche dynamique et individualisée de la prise

en charge de la BPCO (D<sup>r</sup> P. Terrioux, Meaux)

L'approche thérapeutique dans la BPCO doit être dynamique et probablement plus proche de celle actuellement utilisée dans la prise en charge de l'asthme. Ainsi la prescription de corticoïdes inhalés chez le patient doit répondre à un objectif précis, diminuer la fréquence des exacerbations. En l'absence de réponse ou en cas de réponse, il semble légitime d'arrêter ces derniers. De la même façon, il semble légitime de diminuer la pression thérapeutique chez un patient traité par anticholinergique de longue et Bêta2-mimétique de longue durée d'action si les objectifs du traitement. ■

Aurélien Justet

Symposium Boehringer Ingelheim, CPLF 2018, Marseille

1. The Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2006; Available from: [www.goldcopd.org](http://www.goldcopd.org)
2. GOLD. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2018.
3. Dhamane AD, Schwab P, Hopson S, et al. Association between adherence to medications for COPD and medications for other chronic conditions in COPD patients. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2017; 12: 115-22.
4. Agusti A, Calverley PM, Celli B, et al. Characterisation of COPD heterogeneity in the ECLIPSE cohort. *Respir Res* 2010 Sep 10; 11: 122.
5. Soriano JB, Lamprecht B, Ramirez AS, et al. Mortality prediction in chronic obstructive pulmonary disease comparing the GOLD 2007 and 2011 staging systems: a pooled analysis of individual patient data. *Lancet Respir Med* 2015 Jun; 3 (6): 443-50.
6. Kessler R, Partridge MR, Miravittles M, et al. Symptom variability in patients with severe COPD: a pan-European cross-sectional study. *Eur Respir J* 2011 Feb; 37 (2): 264-72.
7. Hurst JR, Vestbo J, Anzueto A, et al. Susceptibility to exacerbation in chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med* 2010 Sep 16; 363 (12): 1128-38.
8. Burgel PR, Paillasseur JL, Roche N. Identification of Clinical Phenotypes Using Cluster Analyses in COPD Patients with Multiple Comorbidities. *BioMed Res Int* 2014; 2014: 1-9.
9. Burgel PR, Paillasseur JL, Janssens W, et al. A simple algorithm for the identification of clinical COPD phenotypes. *Eur Respir J* 2017; 50 (5).



*En direct*

## Miscellanées du Congrès de pneumologie de langue française

*Info Respiration* était à Marseille pour la 23<sup>e</sup> édition du CPLF (25-27 janvier 2019). **Justine Frija-Masson et Philippe Éveillard** ont relevé ces informations pour vous. Au-delà de ces résumés, vous pouvez retrouver les communications en ligne sur le site de la SPLF.

Liens d'intérêt : Justine Frija-Masson déclare être la deuxième auteure du compte rendu de l'étude Fresh.





## Communiqués de presse

### Améliorer le contrôle de l'asthme et faciliter l'observance du traitement avec Revinty Ellipta®

Ménarini met à la disposition des professionnels de santé une nouvelle spécialité pour les patients asthmatiques : Revinty Ellipta®. Avec deux objectifs : le contrôle de la maladie et l'observance du traitement. Pour cela, Revinty Ellipta® a apporté la preuve de son efficacité avec une seule inhalation par jour, délivrée par un dispositif adapté aux patients.

Revinty Ellipta® associe un corticoïde inhalé, le furoate de fluticazone et un bêta2-agoniste de longue durée d'action le vilantérol administrés en une prise par jour dans un dispositif d'inhalation simple et prêt à l'emploi. Son efficacité en une prise par jour est comparable à celle d'associations fixes corticoïdes/bêta2-agonistes administrés en deux prises par jour (étude sur 24 semaines avec une efficacité objectivée par le score ACT à la semaine 12). Une deuxième étude a été menée « en vie réelle », c'est-à-dire avec des critères d'inclusion larges (patients dont le profil correspond à ceux habituellement suivis en ambulatoire) et une évaluation Revinty Ellipta® versus traitements choisis librement par les médecins généralistes investigateurs. Dans ce contexte, les patients traités par Revinty Ellipta® avaient deux fois plus de chances d'améliorer le contrôle de leur asthme que ceux du groupe « traitements usuels » (critère principal de l'étude objectivé par le score ACT). Quant aux critères secondaires (qualité de vie, activités quotidiennes et professionnelles, recours aux « inhalations de secours ») les patients traités par

Revinty Ellipta ont obtenu des améliorations statistiquement supérieures à celles observées dans le groupe « traitements usuels ».

L'observance du traitement est favorisée par un dispositif d'inhalation multidose de poudre sèche, de manipulation simple (en seulement trois étapes) et avec un design adapté aux spécificités des patients souffrant de maladies respiratoires : le dispositif Ellipta.

Revinty Ellipta est remboursé à 65 % s'il est prescrit en seconde intention (traitement continu de l'asthme chez l'adulte et l'adolescent âgé de 12 ans et plus) dans les situations où l'utilisation d'un médicament associant un corticoïde inhalé et un bronchodilatateur bêta2-agoniste de longue durée d'action est justifiée, c'est-à-dire :

— quand les patients sont insuffisamment contrôlés par une corticothérapie inhalée et la prise d'un bronchodilatateur bêta2-agoniste d'action rapide « inhalé à la demande » ;

— et quand les patients sont effectivement contrôlés par l'administration d'une corticothérapie inhalée associée à un traitement continu par bêta2-agoniste de longue durée d'action par voie inhalée.

Dans l'asthme, deux dosages de Revinty Ellipta® sont disponibles : Revinty Ellipta® 92/22 µg destiné aux patients nécessitant des doses faibles à moyenne de corticoïdes inhalés ; Revinty Ellipta® 184/22 µg indiqué lorsque l'asthme n'est pas contrôlé par le dosage 92/22 µg.■

**Philippe Eveillard**

*D'après un communiqué de presse de Menarini, février 2019, Paris*



PNEUMOLOGIE

# Des asthmatiques mal observants et mal contrôlés

Une enquête financée par AstraZeneca, menée par questionnaire écrit auprès de plus de 15 500 personnes et présentée au congrès de pneumologie de langue française à Marseille (Bouches-du-Rhône) – du 25 au 27 janvier 2019 –, a permis de dresser un état des lieux de l'asthme en France. La prévalence actuelle de la maladie est de 6,4 % chez l'adulte, est plus fréquente chez la femme que chez l'homme (7,4 % vs 5,3 %) et tend à diminuer avec l'âge. La première crise survient en moyenne vers 23,2 ans, la médiane étant à 15,5 ans. Alors que près de 75 % des patients ont bénéficié d'une exploration fonctionnelle

respiratoire, seuls 2 % des asthmatiques utilisent régulièrement un *peak-flow* pour mesurer leur souffle, et 6,5 % occasionnellement. Au total, 95,3 % des malades reçoivent un traitement, dont 42,6 % une médication quotidienne comprenant un corticoïde inhalé. A peine plus de la moitié des patients (52,3 %) est bien contrôlée, un petit quart l'étant insuffisamment et un peu moins d'un quart pas du tout. Le taux de contrôle de l'asthme diminue au fur et à mesure que la sévérité de la maladie augmente, tandis que l'observance du traitement de fond est meilleure en cas d'asthme persistant très sévère (54,6 %), par rapport à l'asthme

intermittent (22,4 %) ou à l'asthme persistant modéré (43,1 %). Compte tenu de ces données, rien d'étonnant à ce que près de la moitié des patients ait déclaré au moins une exacerbation de la maladie au cours de l'année passée, près d'un sur cinq en ayant même recensé au minimum sept. Ils sont 14,3 % à être allés pour le moins une fois aux urgences, et 3,1 % ont été hospitalisés au minimum une fois. « Il reste nécessaire d'optimiser la prise en charge », a conclu le Pr Chantal Raherison-Semjen du CHU de Bordeaux (Gironde). *L'amélioration de l'observance reste un enjeu important.* » ☺

YOLANDE GAUTHIER



SCIENCES

# La BPCO, une maladie qui peut démarrer avant la naissance

Le calibre des voies aériennes à la naissance aura également un impact sur cette pathologie connue pour être liée au tabac.

ANNE PRIGENT

**PNEUMOLOGIE** Dans huit cas sur dix, la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), maladie respiratoire chronique caractérisée par une obstruction permanente et progressive des voies aériennes, est liée au tabac. Pour autant, ce n'est pas uniquement une maladie de vieux fumeur.

L'altération de la fonction respiratoire peut en effet commencer très tôt dans la vie, comme l'ont rappelé les pneumologues lors du Congrès annuel de pneumologie de langue française qui s'est déroulé à Marseille à la fin du mois de janvier. Dès 1991, une étude publiée dans le *British Medical Journal* avait mis en évidence un lien entre un faible poids de naissance et la détérioration de la capacité pulmonaire chez l'adulte.

Aujourd'hui, il est bien démontré que le risque de développer une BPCO est plus important lorsque le volume expiratoire maximal par seconde, aussi appelé VEMS, est bas chez le jeune adulte. Comme l'explique le professeur Christophe Delacourt pneumo-pédiatre à l'hôpital

Necker à Paris, « si vous atteignez l'âge de 20 ans avec des voies aériennes de plus petit calibre, vous avez plus de risque de développer une BPCO. » Ce qui pourrait notamment expliquer la proportion non

négligeable de fumeurs qui développent une BPCO précocement ou les patients atteints de la maladie sans avoir été de gros fumeurs.

## Tabagisme maternel

Quels sont les facteurs qui vont agir sur la croissance pulmonaire ? « Les principaux interviennent très précocement dans le développement puisqu'il s'agit du tabagisme maternel pendant les premiers mois de la grossesse et de la prématurité », explique le professeur Christophe Delacourt. En cas de prématurité, la survenue d'une dysplasie bronchopulmonaire, complication respiratoire grave, peut entraîner une perte définitive du VEMS d'environ 20 % !

La pollution atmosphérique à laquelle elle est soumise la femme enceinte ou en-



core son taux de vitamine D auraient aussi un impact sur la croissance fœtale, mais moins important que celui du tabac. Après la naissance, l'exposition précoce à certains virus ou une pathologie asthmatique sont également associés à une moins bonne croissance des voies aériennes.

Le facteur de risque le plus évident et le plus facile à éliminer demeure cependant le tabac. Le message des spécialistes est donc clair: *«Nous devons redoubler les messages de prévention sur le tabac auprès des femmes enceintes, mais aussi auprès des jeunes connus pour avoir subi une perte précoce de leur capital respiratoire. Ils ne devraient surtout pas se mettre à fumer à*

*l'adolescence»*, insiste le professeur Delacourt. Chez ces derniers, le tabac va en effet avoir des effets néfastes sur les poumons beaucoup plus rapidement que chez les personnes ayant un meilleur capital respiratoire à la naissance. Une étude menée par l'équipe du professeur Delacourt chez la souris a en effet clairement démontré que, pour un tabagisme équivalent à l'adolescence, la baisse des fonctions respiratoires était bien plus intense chez des animaux dont la mère avait été soumise à des fumées de tabac pendant la grossesse et dont les capacités pulmonaires étaient déjà altérées. ■



La perte précoce du capital respiratoire peut notamment être issue du tabagisme maternel pendant la grossesse. CHASSENET/BSIP



Grelot, nid d'abeille, nodule, atélectasies... Derrière ces descriptions iconographiques, il y a des patients à prendre en charge et souvent un tabagisme. Aspergilliose, fibrose, asthme, cancer, BPCO, embolie pulmonaire... **Le Quotidien ouvre ce dossier de pneumologie sur le cancer bronchique** avec l'étude NELSON, le dépistage, la prise en charge des nodules et la prévention. **Changer le regard sur le tabac est une urgence.** Un dossier réalisé par le Dr Sophie Parienté

## Réduire le tabagisme, dès l'âge de 12 ans ! Une priorité nationale de santé publique

**Le cancer du poumon, 1<sup>re</sup> cause de mortalité par cancer en France (environ 30 000 décès annuels) est dans 85 % des cas évitable, car lié au tabagisme. Les objectifs du 3<sup>e</sup> plan cancer 2014 étaient d'obtenir moins de 20 % de fumeurs en 2024 et une 1<sup>re</sup> génération sans tabac née en 2014. Où en est-on ?**

● En France 31,2 % de la population fume (1) contre 15 % en Grande-Bretagne. À 5 ans l'arrêt du tabac réduit le risque de cancer bronchique de 50 % et diminue la morbidité cardiovasculaire et par autres cancers.

Récemment, 2 nouvelles populations à risque de cancer du poumon sont apparues. D'une part le patient VIH. « Fumer lui fait perdre 8 ans d'espérance de vie et le VIH 6 ans. Chez lui, le bénéfice majeur d'un arrêt du tabac justifie une prise en charge adaptée (notamment par varénicline) », estime le Dr Anne-Marie Ruppert, tabacologue et onco-pneumologue à l'hôpital Tenon. D'autre part, la femme. Elle fume depuis moins longtemps que l'homme. Les courbes de vente de tabac et de mortalité par cancer bronchique étant décalées de 20 ans, la mortalité par cancer du poumon continue chez elle d'augmenter. Une étude de cohorte francilienne WELCA évalue chez la femme, la part du risque de cancer bronchique non expliquée

par le tabagisme (statut hormonal, exposition professionnelle).

Associées au 3<sup>e</sup> plan cancer, 2 mesures politiques ont initié une dynamique de baisse du tabagisme. Elles visent l'économie du tabac et son attractivité. Le prix du paquet de cigarettes doit atteindre 10 € en 2020. « Augmenter le prix de 10 % diminue le nombre de fumeurs de 4 %. La hausse qui touche tous les produits du tabac évite le transfert vers le tabac à rouler et va sauver des milliers de vies. Dès 2018 les ventes ont diminué de 10 %. La contrebande reste stable », précise le Dr Ruppert. Autre mesure, le paquet neutre qui rend le tabac moins attrayant. « C'est la 1<sup>re</sup> fois qu'une mesure permet une diminution nette du nombre de fumeurs dans toutes les catégories socioprofessionnelles et les deux sexes (1) », note la spécialiste. Aider les fumeurs à arrêter de fumer était le 2<sup>e</sup> axe du 3<sup>e</sup> plan cancer. « 60 % des fumeurs souhaitent ne plus fumer. Les substituts nicotiques doublent les chances de réussite. Depuis 2018, ils sont remboursés. Leur prescription a augmenté de 75 %. La vapoteuse réduit les risques chez le fumeur sous réserve de l'arrêt complet de la cigarette », note le Dr Ruppert, qui met en garde contre l'arrivée sur le marché du JUUL « Une vap contenant des sels de nicotine, très addictive, et qui ressemble à une clé USB ». Par ailleurs, le tabac chauffé

« reste du tabac et n'est certainement pas un substitut nicotinique comme pourraient le laisser penser les cigaretteurs » souligne-t-elle.

Comment éviter l'entrée des jeunes dans le tabagisme (3<sup>e</sup> axe du plan cancer 2014) ? Le Dr Ruppert se félicite des « hausses de prix et paquets neutres, très dissuasifs pour les jeunes », mais regrette « l'absence de financement pour soutenir l'éducation au collège, à l'âge de la 1<sup>re</sup> cigarette (12-13 ans) et du tabagisme quotidien (14 ans) ».

### Ringardiser le tabagisme

Au congrès de pneumologie de langue française 2019, le Pr Jacques Cadranel, pneumologue à l'hôpital Tenon a présenté une campagne originale de la fondation du souffle. Dans cette vidéo diffusée sur les réseaux sociaux et vue par plus de 2 millions de « suiveurs », de jeunes « influenceurs » ouvrent avec curiosité « SMOKLM », box cosmétique au design épuré. Éclats de rire et dégoût accompagnent le déballage cette panoplie de fumeur (T-shirt exhalant le tabac froid, fond de teint grisâtre, vernis jaunâtre à ongles et à dents). Espérons qu'elle fasse mouche et marque les esprits.

(1) Paquereau A. et al., BEH 2018;14-15:265-73

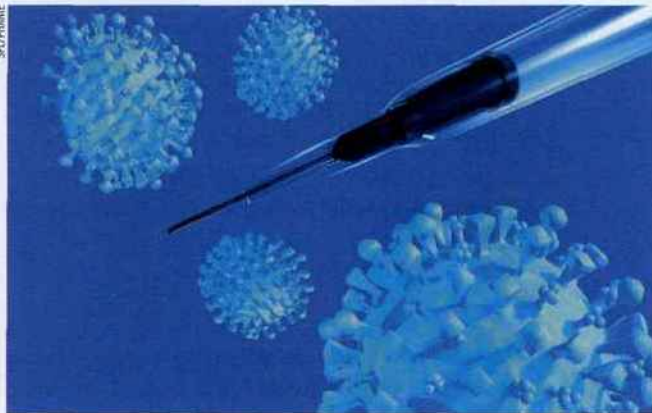
(2) <https://www.lesouffle.org/2019/01/29/smoklm-la-box-pour-avoir-lair-sans-la-fumeel/>



**Prévention** Repérage des patients BPCO en soins primaires, vaccination des malades respiratoires, etc. Cette année, le congrès de pneumologie de langue française a été l'occasion de revenir sur les grands leviers de prévention dans la discipline, alors que l'étude Nelson relance le débat sur l'intérêt du dépistage du cancer pulmonaire.

DR ISABELLE CATALA

## Maladies respiratoires, quels vaccins pour éviter les complications ?



**C**omment protéger les personnes atteintes d'asthme, de BPCO ou de cancer pulmonaire contre les infections respiratoires bactériennes ou virales qui peuvent déséquilibrer leur pathologie ? En les vaccinant, bien sûr. Mais tous les vaccins ne sont pas indiqués chez

tous les patients. La Société de pneumologie de langue française (SPFL), en collaboration avec la Société de pathologie infectieuse de langue française (SPILF) et la Société française de microbiologie (SFM), planche sur un « Guide pratique de la vaccination en pneumologie », dont les premiers

éléments ont été communiqués à l'occasion du 23<sup>e</sup> congrès de pneumologie de langue française (CPLF, Paris, 25 au 27 janvier 2018).

### Grippe et pneumocoque incontournables

Pour la grippe, le vaccin annuel est indiqué chez tous les patients atteints d'une pathologie pulmonaire chronique (asthme, BPCO, cancer...), quels que soient leur âge et le degré de gravité de la maladie. Leurs proches et leurs soignants doivent aussi être vaccinés. Les gripes peuvent en effet être à l'origine d'exacerbations (asthme et BPCO) et majorent le risque de pneumopathie bactérienne.

Le vaccin limite le nombre d'exacerbations, il est bien toléré (ne comporte pas d'adjuvant) et son efficacité est de 70 % environ.

La vaccination contre le pneumocoque permet elle de réduire le nombre d'infections invasives à pneumocoque de sérotypes vaccinaux. Elle est recommandée chez tous les patients BPCO quel que soit leur stade, et chez les asthmatiques sous traitement de fond. Pour le Dr Élodie Blanchard (Bordeaux), « toutes les occasions sont bonnes pour proposer une vaccination, à l'exception des périodes d'infection sévère nécessitant un traitement antibiotique et associées à une défaillance hémodynamique ».





Depuis 2017, un nouveau schéma vaccinal a été proposé afin de réduire encore davantage la fréquence des pneumonies et des infections invasives à pneumocoque. Il débute par une dose de vaccin conjugué 13 valent (Prevenar 13®), suivie deux mois plus tard d'une dose de vaccin 23 valent (Pneumovax 23®). Par la suite, et tous les 5 ans, un rappel de vaccin 23 valent est préconisé en cas de risque important d'infection à pneumocoque. Différentes catégories de patients pneumologiques doivent bénéficier de ce rappel : ceux sous chimiothérapie, biothérapie, immunosuppresseurs ou corticothérapie, les transplantés pulmonaires, les insuffisants respiratoires chroniques (BPCO, emphysème), et les asthmatiques sévères sous traitement continu.

### **Haemophilus, pas d'impact sur les exacerbations**

La donne est différente pour les autres pathogènes respiratoires bénéficiant d'un vaccin.

Ainsi, chez les patients atteints de maladies respiratoires chroniques, il n'y a pas d'indication particulière à vacciner contre la coqueluche en dehors des indications préconisées par le calendrier vaccinal : rappel à 25 ans, possible jusqu'à 39 ans et stratégie de cocooning.

Le vaccin anti-*Haemophilus influenzae* (HI) prévient les formes invasives mais est sans impact sur les exacerbations de BPCO ou d'asthme qui sont généralement liées à des souches d'HI non capsulées et non incluses dans le vaccin. À ce jour, la vaccination HI n'est donc pas indiquée chez les patients pneumologiques.

Enfin, le vaccin anti-zona, permettant de réactiver une immunité déjà acquise, est indiqué chez les patients pneumologiques avant la chimiothérapie ou une transplantation pulmonaire. Il est en revanche contre-indiqué chez les patients immunodéprimés (corticothérapie, immunosuppresseurs, chimiothérapie, suites d'une transplantation). ■



## Fibrose pulmonaire idiopathique Mieux accompagner les patients

La vie des malades souffrant de fibrose pulmonaire idiopathique (FPI) pourrait encore être améliorée. Il faut que leur prise en charge soit globale et complète : mieux soulager les symptômes dont la toux et l'essoufflement, l'anxiété, mieux gérer les soins de fin de vie et mettre en place une réhabilitation respiratoire.

● Au-delà du traitement antifibrosant, la prise en charge des patients souffrant de fibrose pulmonaire idiopathique (FPI) doit être globale, et les soins de support font partie de la prise en charge recommandée.

La dyspnée est le symptôme le plus invalidant et le plus difficile pour les patients (90 %), devant la toux (80 %) et la fatigue (40 %). Tous ces symptômes sont source de dépression et d'anxiété chez plus de 20 % des patients avec retentissent sur la qualité de vie. « Dans les études, les traitements antifibrosants n'ont pas montré d'effet robuste sur la qualité de vie, sauf chez les patients les plus sévères pour lesquels la dégradation de la qualité de vie est plus lente », a expliqué le Pr Bruno Crestani (hôpital Bichat, Paris).

### Réhabilitation respiratoire

La toux, particulièrement gênante, reste difficile à traiter. Certaines études ont montré une efficacité (hors AMM) des Inhibiteurs de la pompe à protons (IPP), des corticoïdes à fortes doses ou encore de la thalidomide, mais ces traitements ne sont pas recommandés. De même, pour soulager la dyspnée, des mor-



phiniques à faible dose ( $\leq 30$  mg/j) ont été utilisés (hors AMM). En revanche, la réhabilitation respiratoire fait partie des recommandations de prise en charge. Elle est faisable à domicile ou en centre (sous oxygène si nécessaire). Les études ont montré une amélioration de la dyspnée, de la capacité d'exercice (test de marche de 6 mn, nombre de pas par jour) et de la qualité de vie ainsi qu'une diminution du score d'anxiété et de dépression.

### Un taux d'observance de 80 %

Quant aux traitements anti-fibrosants, ils ont démontré leur efficacité pour ralentir le déclin de la fonction pulmonaire, mais ils sont associés à des événements indésirables pouvant altérer la qualité de vie et l'observance. C'est ainsi qu'a été mis en place le programme OPALE qui propose un accompagnement des patients. Des infirmières appellent les patients après le début du traitement (15 jours puis 2 mois, 3 mois et 9 mois). 298 patients avaient été inclus fin décembre 2018. Trois niveaux d'observance de la prise du traitement ont été mesurés. Les premiers résultats montrent le maintien d'un taux d'observance satisfaisant (80 %) chez les patients qui ont suivi le programme jusqu'au 9<sup>e</sup> mois.

Toutes ces données en vie réelle sont importantes à collecter si l'on veut améliorer la prise en charge des patients. À ce titre, « les registres apportent des informations précieuses et complémentaires des essais thérapeutiques », souligne le Pr Vincent Cottin (Lyon)

Christine Fallet

### Différentes cohortes

● De nombreux registres (cohortes) existent dans la FPI : Insights-IPF, Australian registry, Passport, European IPF registry (eurIPFreg). Plus récemment, en France, a été mise en place la cohorte Radico-PID qui a déjà inclus 612 cas de FPI depuis juillet 2017. Enfin, Ariane-IPF est un projet de métaregistre européen de FPI soutenu par l'ERS.

D'après un symposium organisé par Boehringer Ingelheim au 23<sup>e</sup> CPLF



# EN BREF

## AGENCES, FONDATIONS, RECOMMANDATIONS...

### ACCOMPAGNEMENT

## BPCO : connaissez-vous PRADO ?

**D**epuis 2015, les patients hospitalisés pour exacerbation de BPCO peuvent bénéficier de PRADO, service élaboré par la Cnamts en collaboration notamment avec la SPLF. « Il est basé sur la mise en place d'un soutien coordonné du retour à domicile, durant les semaines qui suivent l'hospitalisation. Il sollicite médecin traitant, kiné et infirmier(ère) :



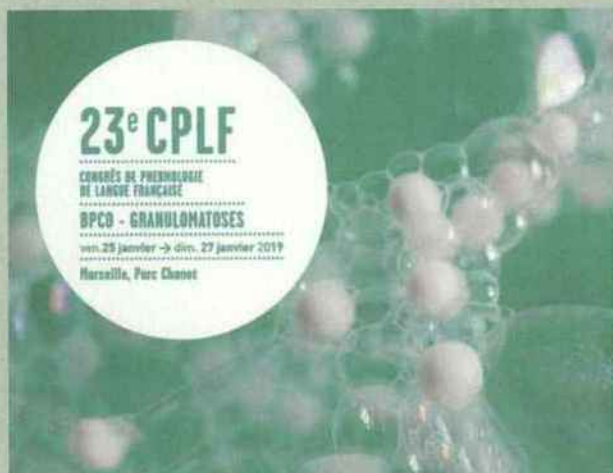
surveillance des constantes vitales et de l'état respiratoire, accompagnement pour vérifier la bonne utilisation des dispositifs d'inhalation, éducation pour améliorer l'observance, la compréhension de la maladie et la connaissance des conduites à tenir en cas de problème », explique Nicolas Roche (hôpital Cochin, AP-HP, Paris) lors du CPLF. Sont prévues : 2 consultations avec le MG, la première dans la semaine suivant la sortie, la seconde dans les 2 mois ; 1 consultation à 1 ou 2 mois avec le pneumologue ; 1 séance hebdomadaire de surveillance et d'éducation par

l'infirmier(ère) ; et/ou une rééducation respiratoire (drainage bronchique) et motrice par un kiné (fréquence adaptée aux besoins du patient). En outre, le patient est encouragé à pratiquer une activité physique quotidienne, ce qui est crucial en termes de pronostic. « Ce programme est en expérimentation dans quelques centres hospitaliers français. Depuis sa mise en œuvre, il semble véritablement apporter un plus qualitatif. Mais on attend la preuve scientifique d'une diminution du taux de réhospitalisations. » CD



# DOSSIER

## PNEUMOLOGIE



Le 23<sup>e</sup> Congrès de pneumologie de langue française, organisé à Marseille du 25 au 27 janvier 2019, confirme les avancées thérapeutiques dans cette spécialité médicale avec les percées de l'immunothérapie dans le cancer bronchique et l'arrivée de biothérapies dans les asthmes sévères. L'heure est aussi au phénotypage de maladies respiratoires, comme la BPCO, le Saos, avec l'objectif de personnaliser les traitements.



# LE QUOTIDIEN DU MEDECIN

[www.lequotidiendumedecin.fr](http://www.lequotidiendumedecin.fr)

## L'événement

02 Les défis de la médecine  
cardiométabolique

## Informations professionnelles

- 04 Ouverture des négos  
sur les assistants médicaux
- 04 Buzyn ne veut pas crisper  
les médecins
- 05 Québec: musées sur ordonnance,  
ça marche!
- 05 TEP scan au CHU de Brest

## E-santé

- 06 Satelia et le suivi des patients  
à domicile
- 07 La télémédecine en progression

## Médecine et santé publique

08 Alzheimer: un test sanguin pour

un dépistage précoce

- 08 Hypoxie: le placenta s'adapte
- 09 La contention mécanique  
en psychiatrie

## Débats

- 10 Le rugby, dangereux pour la santé?

## Le temps de la gestion

- 12 Les employés de maison

## Congrès hebdo

- 13 23<sup>e</sup> édition du Congrès  
de Pneumologie de Langue  
Française

- 19 Annonces classées
- 22 Le temps du loisir

Accumulé : COLOPLAST (4 pages)  
pour les lecteurs concernés

**Web**

## Gomet' Santé : notre sélection d'événements de la santé dans le Sud

Tous les quinze jours, retrouvez dans notre agenda une sélection d'événements de l'écosystème de la santé sur les régions Sud et Occitanie.



### **A Nice, du 17 janvier 2019 au 19 janvier 2019**

#### *Atelier international sur la santé pulmonaire*

Le 6ème atelier international sur la santé pulmonaire sera consacré aux nouvelles approches des maladies respiratoires pour englober les pathologies moins connues, les maladies respiratoires rares et les nouvelles méthodes de diagnostic et de traitement.

[info@lung-health.org](mailto:info@lung-health.org)

[www.lung-health.org/2019](http://www.lung-health.org/2019)

Hôtel Le Méridien

1 Promenade des Anglais, 06000 Nice

### **A Montpellier, le 18 janvier**

*Journée organisée par l'Ecole du Cancer sur le thème « Prise en charge des toxicités des immunothérapies »*

Des interventions auront lieu, sur la place de l'immunothérapie en Oncologie (Pr Xavier Quantin), les avancées dans le mélanome (Pr Olivier Dereure), le futur de l'immunothérapie en oncologie (Dr Diego Tosi), mais également sur l'immunotoxicité (Pr Jean-Luc Faillie), les toxicités pulmonaires (Dr Anne-Sophie Gamez) et cutanées (Pr Olivier Dereure), ainsi que le neurotoxicité (Dr Xavier Ayrignac).

Centre Epidaure Val d'Aurelle, Montpellier de 8h45 à 16h30.

Inscription en ligne sur <https://ecoleducancer.upility.com>

Renseignements par téléphone : +33 (0)4 67 61 47 40 ou par mail [ecoleducancer@icm.unicancer.fr](mailto:ecoleducancer@icm.unicancer.fr)



### **A Marseille, le 24 janvier 2019**

#### *Handicap et emploi*

Journée de recrutement « Emploi & Handicap » organisée par la Cité des Métiers de Marseille avec actions de sensibilisation au handicap et aides au recrutement à destination des entreprises.

clecardonnelvidal@citedesmetiers.fr

Cité des Métiers, 4 rue des Consuls, 13002 Marseille

### **A Marseille, du 25 au 27 janvier**

#### 23<sup>ème</sup> Congrès annuel de Pneumologie de langue française (CPLF)

Véritable fléau, les maladies respiratoires, avec en tête la BPCO, pathologie respiratoire majeure et grandissante et l'asthme, touchent de plus en plus massivement des millions de personnes en France et dans le monde. Afin de mettre à jour leurs connaissances, quelque 5 033 professionnels, français et internationaux, médecins, kinésithérapeutes, infirmiers, prestataires de santé à domicile, industriels, associations de patients, se retrouveront au 23<sup>ème</sup> Congrès de Pneumologie de Langue Française (CPLF), l'un des congrès de la spécialité les plus suivis dans le monde. La BPCO, en passe de devenir la 3<sup>e</sup> cause de décès d'ici 2030 selon l'OMS et les Granulomatoses, affections insuffisamment connues, seront les fils rouge et orange de cette nouvelle édition.

Palais des Congrès, Parc Chanot, Marseille

### **A Toulouse, le 28 janvier**

#### *Prévention Santé Senior*

Organisée par le Gérontopôle de Toulouse, la conférence sur l'hypertension artérielle chez la personne âgée sera présentée par le Pr Bernard Chamontin, de 14h30 à 16h.

Faculté de Médecine (Amphi B)- 37 allées Jules Guesde, 31000 Toulouse

Accès libre et gratuit



www.lequotidiendumedecin.fr

Pays : France

Dynamisme : 0



Page 1/1

[Visualiser l'article](#)

## CPLF : les pneumologues donnent du souffle

23 e Congrès de Pneumologie de langue française



Crédit Photo : SPL/PHANIE Zoom

**Marseille, du 25 au 27 janvier 2019.** Granulomatoses et BPCO seront les deux thèmes phares du CPLF, soulignant toujours l'importance d'un diagnostic précoce et d'une bonne coordination des soins.



**Retransmission en direct du CPLF**

La Place des triple thérapies dans la BPCO – Samedi 27 janvier 2018 à 13h15

À l'occasion du 22<sup>e</sup> Congrès de Pneumologie de Langue Française, le Laboratoire Chiesi vous invite à assister, en direct sur internet, à la retransmission du symposium :



# Place des triple thérapies dans la **BPCO**

Modérateurs :  
**Pr Christophe LEROYER** (Brest) - **Dr Yan MARTINAT** (Lyon)

**SAMEDI 27 JANVIER 2018**  
**de 13H15 à 14H15**

- En 2018, la BPCO est-elle toujours une maladie inflammatoire ?  
**Pr Pascal CHANEZ** (Marseille)
- Évaluation de la BPCO pour une meilleure prise en charge  
**Pr Nicolas ROCHE** (Paris)
- Comment traiter et qu'attendre d'une triple thérapie ?  
**Pr Philippe DEVILLIER** (Suresnes)

**S'INSCRIRE EN LIGNE**

[www.e-direct.tv/bpco](http://www.e-direct.tv/bpco)

**AXIS TV**

56 bd de la Mission Marchand  
92400 Courbevoie

Tél. : +33 1 47 55 31 31

Fax : +33 1 47 55 31 32

Contact : Formulaire de contact

R.C.S. : 509 870 937

**Mentions légales :**

Vous avez reçu cette newsletter car vous êtes inscrit dans nos listes de diffusion.

Dans une logique de respect de la vie privée de nos utilisateurs, nous nous engageons à ce que la collecte d'informations personnelles, effectués dans le cadre de l'inscription et la visite de nos sites, soient effectués conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, dite Loi « Info Conformément à l'article 34 de la loi « Informatique et Libertés », AXIS TV garantit à l'utilisateur un accès et de rectification sur les données nominatives le concernant.

**Désabonnement :**

Pour vous désabonner, cliquez [ici](#).





## BPCO, des risques précoces mieux identifiés, BPCO respirer fumer



La BPCO, cette maladie respiratoire chronique mal connue fait de plus en plus de victimes. Aujourd'hui, on avance et l'on sait qu'elle peut prendre ses racines dans le ventre de la mère.

### **Une maladie qui évolue en silence**

La BPCO ou broncho-pneumopathie chronique obstructive, fait plus de 10000 morts par an et touche plus de trois millions de personnes dont la grande majorité n'est pas diagnostiquée. Or un diagnostic précoce permet de limiter son évolution. Et aujourd'hui, comme l'ont souligné les spécialistes lors du 23ème congrès de pneumologies de langue française- CPLF- il y a des avancées dans la connaissance de cette maladie due 8 fois sur 10 au tabac.

On sait désormais que la BPCO peut prendre ses racines chez le fœtus à cause d'une altération de la croissance des voies aériennes due à des facteurs comme le tabagisme de la mère ou une grande prématurité. Ce qui expliquerait le nombre important de personnes atteintes de BPCO qui ont peut fumé et la survenue d'une BPCO précoce chez ceux qui fument.

Fumer lorsque l'on attend un bébé ou naître très prématuré, aboutit à un plus petit calibre définitif des bronches, une baisse des fonctions respiratoires et un risque de survenue de BPCO précoce. « Tout le monde n'est pas égal au risque de BPCO » insiste, le professeur Christophe Delacourt, du service de pneumologie pédiatrique à l'hôpital Necker.

Mieux connaître les risques précoces de BPCO permet d'agir en prévention, mais doit aussi inciter les personnes concernées même si elles sont jeunes, qui toussent, sont essouffées et fument à consulter un

www.publicsante.com  
Pays : France  
Dynamisme : 5



[Visualiser l'article](#)

médecin pour effectuer une mesure de leur souffle ou spirométrie. Un diagnostic précoce permet d'éviter l'évolution de la maladie vers un handicap sévère et améliore la qualité de vie de la personnes concernées.

## Près de la moitié des asthmatiques contrôlent mal leur maladie

L'asthme touche plus de 6 % des adultes en France. La majorité prend un traitement mais celui-ci ne suffit pas toujours à maîtriser les crises, selon une enquête présentée au congrès de pneumologie de Marseille.



Près de 16 000 personnes ont répondu à une enquête sur l'asthme, financée par le laboratoire AstraZeneca. Les résultats ont été présentés lors du congrès de pneumologie de langue française qui se tenait à Marseille du 25 au 27 janvier 2019.

Selon cette enquête, **6,4 % des adultes souffrent d'asthme aujourd'hui en France**, les femmes davantage que les hommes (7,4 % contre 5,3 %). Près de la moitié de ces personnes sont au stade 1 de la maladie (asthme intermittent), mais près de 4 % ont atteint le stade 5 (asthme persistant très sévère).

Ces patients avaient en moyenne **23 ans lors de leur première crise** et le diagnostic a été posé deux ans plus tard, autour de 25 ans.

Plus de 74 % d'entre eux ont bénéficié d'une exploration fonctionnelle respiratoire, un examen qui permet d'évaluer la capacité pulmonaire. En revanche, seuls 2 % déclarent utiliser régulièrement un peak-flow (6,5 % de manière occasionnelle), un appareil qui mesure le débit expiratoire permettant d'anticiper la survenue d'une crise d'asthme.

**Plus de 95 % des asthmatiques prennent un traitement** pour soigner leur maladie, dont 42,6 % tous les jours. Néanmoins, près de la moitié de ces patients ont un asthme insuffisamment contrôlé, voire pas contrôlé du tout, en particulier les personnes dont l'asthme est sévère.

www.santemagazine.fr

Pays : France

Dynamisme : 0



[Visualiser l'article](#)

Ainsi, 47,6 % des patients ont subi au-moins une exacerbation de leur maladie au cours de l'année écoulée et plus de **14 % ont dû se rendre aux urgences** . Plus de 3 % ont même été hospitalisés au-moins une fois.



## Cancer du poumon, l'intérêt du dépistage par scanner relancé par l'étude Nelson



GARO/PHANIE Zoom

25 % de décès en moins avec seulement 1,3 % de faux positifs... Après l'essai américain NSLT, « l'étude NELSON est le deuxième essai randomisé à prouver l'intérêt d'examens scanners basse doses répétés (à 1 an, 2 ans puis 2,5 ans) dans une population choisie de patients à risque de cancer du poumon », indique le Dr Sébastien Couraud (Lyon).

Présenté à l'occasion du 24e Congrès de Pneumologie de Langue Française (Paris 25 au 27 janvier 2018), cet...

Article avec accès abonnés: [https://www.legeneraliste.fr/actualites/article/2019/01/29/cancer-du-poumon-linteret-du-depistage-par-scanner-relance-par-letude-nelson\\_317324](https://www.legeneraliste.fr/actualites/article/2019/01/29/cancer-du-poumon-linteret-du-depistage-par-scanner-relance-par-letude-nelson_317324)



## CPLF 2019 : un nouveau guide pratique sur la vaccination en pneumologie

LE JOURNAL DU CPLF 2019 - 29 janvier

Un guide pratique de la vaccination en pneumologie fait par la SPLF et la SPILF

Dans la BPCO, la télésurveillance pourrait améliorer le dépistage précoce des exacerbations

La pollution évolue avec une attention particulière pour les « toutes-petites » particules

Un nouveau site d'information sur la pollution pour informer le public



les invités

- Dr Elodie Blanchard (Bordeaux)

- Dr François Maltais (Québec)

- Pr Bruno Housset (Créteil)

Pour pouvoir accéder à cette page , vous devez vous connecter :

Ceci est un compte-rendu et/ou résumé dont l'objectif est de fournir des informations sur l'état actuel de la recherche ; ainsi, des données présentées sont susceptibles de ne pas être validées par les autorités de santé françaises et ne doivent donc pas être mises en pratique. Le contenu a été réalisé sous la seule responsabilité du coordinateur, des auteurs et du directeur de la publication qui sont garants de son objectivité.



## CPLF 2019 : les déterminants précoces de la BPCO doivent être mieux pris en compte

Le syndrome d'hyperventilation est très fréquent au cours d'un asthme  
L'évaluation de l'observance doit être régulière au cours de l'asthme sévère



### les invités

- Dr Maëva Zysman (Créteil)
- Pr Gilles Garcia (Kremlin-Bicêtre)
- Dr Cyril Maurer (Montfermeil)

## Le nouveau guide de la vaccination en pneumologie

Face aux difficultés rencontrées par les médecins pour proposer la vaccination dans différentes situations, la SPLF et la SPILF ont élaboré, de façon consensuelle, un guide pratique de la vaccination dans les pneumopathies chroniques.



les invités

- Dr Elodie Blanchard, pneumologue, Bordeaux

- Pr Pierre-Régis Burgel, pneumologue, Paris

## Asthme sévère et nouveaux objectifs thérapeutiques

L'asthme sévère est complexe à prendre en charge et nécessite une approche très standardisée pour éliminer les diagnostics différentiels, mieux phénotyper la maladie et bien définir les objectifs thérapeutiques.



les invités

- Pr Pascal Chanez, pneumologue, Marseille
- Pr Gilles Garcia, pneumologue, Kremlin-Bicêtre

AVEC LE SOUTIEN INSTITUTIONNEL DE



Ceci est un compte-rendu et/ou résumé dont l'objectif est de fournir des informations sur l'état actuel de la recherche ; ainsi, des données présentées sont susceptibles de ne pas être validées par les autorités de santé françaises et ne doivent donc pas être mises en pratique. Le contenu a été réalisé sous la seule responsabilité du coordinateur, des auteurs et du directeur de la publication qui sont garants de son objectivité.

ACCUEIL > Congrès > CPLF 2019 > Asthme sévère et nouveaux objectifs thérapeutiques

le debat du congrès

Pneumologie

LE DEBAT DU CPLF 2019, MARSEILLE, 1er FEVRIER

Asthme sévère et nouveaux objectifs thérapeutiques

L'asthme sévère est complexe à prendre en charge et nécessite une approche très standardisée pour éliminer les diagnostics différentiels, mieux phénotyper la maladie et bien définir les objectifs thérapeutiques.

www.frequence medicale.com

Pays : France

Dynamisme : 0



[Visualiser l'article](#)



#### les invités

- Pr Pascal Chanez, pneumologue, Marseille
- Pr Gilles Garcia, pneumologue, Kremlin-Bicêtre

Pour pouvoir accéder à cette page , vous devez vous connecter :

iframe : [profils.medical-email.com](http://profils.medical-email.com)

Ceci est un compte-rendu et/ou résumé dont l'objectif est de fournir des informations sur l'état actuel de la recherche ; ainsi, des données présentées sont susceptibles de ne pas être validées par les autorités de santé françaises et ne doivent donc pas être mises en pratique. Le contenu a été réalisé sous la seule responsabilité du coordinateur, des auteurs et du directeur de la publication qui sont garants de son objectivité.



## Actualités de l'Urgence - APM

MARSEILLE, 31 janvier 2019 (APMnews) - La prise en charge de l'asthme a évolué entre 2006 et 2016, avec notamment un remplacement des corticoïdes inhalés par les associations fixes corticoïdes + bronchodilatateurs bêta-2 mimétiques, une stabilité des hospitalisations et de la mortalité, mais une hausse des corticoïdes oraux et des passages aux urgences, montre une étude présentée au Congrès de pneumologie de langue française (CPLF), le week-end dernier à Marseille.

Dans la perspective de l'arrivée de nouvelles biothérapies, Manon Belhassen de la société de pharmacologie PELyon et ses collègues ont évalué la prise en charge de l'asthme persistant et décrit le recours aux soins médicaux des patients entre 2006 et 2016.

Pour cela, ils ont réalisé des analyses transversales répétées sur les données de remboursement de l'assurance maladie, à partir de l'échantillon généraliste de bénéficiaires (EGB). Comme le diagnostic d'asthme est absent des données médico-administratives, ils ont constitué deux populations, selon leur poster présenté en session discussion.

En raison de données récentes suggérant à la fois un sous-diagnostic et un surdiagnostic d'asthme et les données d'adhésion, les analyses ont porté sur les adultes de 18 à 40 ans qui présentaient au moins une dispensation annuelle d'un traitement de fond (population sensible) ou au moins quatre délivrances annuelles (population spécifique), pour avoir une estimation basse et haute des patients avec un asthme persistant.

Il apparaît que la prévalence d'utilisation des traitements de fond a peu varié entre 2006 et 2016: elle est passé de 4,6% à 5,5% dans la population sensible et de 0,7% à 0,8% dans la population spécifique.

Les caractéristiques des patients inclus dans la population sensible ont peu varié entre 2006 et 2016, avec un âge moyen de 31 ans environ et une proportion de femmes à 61%. Les caractéristiques des patients de la population spécifique sont similaires sauf pour la proportion de femmes (autour de 51%) et la prise en charge au titre d'une affection de longue durée (ALD), plus élevée (9,3% vs 7,1%).

Les données sur les traitements dans la population sensible montrent une diminution des corticostéroïdes inhalés entre 2006 et 2016 de 40,3%, tandis que l'utilisation des associations fixes de corticoïdes + bronchodilatateurs bêta-2 mimétiques d'action longue (LABA) a augmenté de 56,4%.

Une tendance similaire est observée dans la population spécifique.

Concernant la consommation des soins, il apparaît que le nombre moyen de visites chez le médecin généraliste a diminué entre 2006 et 2016, ainsi que la part des patients ayant eu au moins une visite dans l'année, de 95,9% à 88,6% dans la population sensible et de 95,7% à 88,3% dans la population spécifique.

En revanche, les données disponibles à partir de 2009 pour les soins secondaires montrent que la part des patients ayant consulté un pneumologue libéral ou un praticien hospitalier a augmenté, passant de 31,6% à 37,8% dans la population sensible et de 34,1% à 40,5% dans la population spécifique, ainsi que le nombre moyen de visites par an.

La mortalité toutes causes confondues est restée stable et faible





Les explorations fonctionnelles respiratoires étaient plus fréquentes dans la population spécifique que dans la population sensible mais en progression dans les deux groupes, passant de respectivement 18,9% à 27,6% et de 9,5% à 12,7%.

La consommation de corticoïdes oraux a progressé en termes de prévalence et de quantité dans la population sensible, passant de 42,7% des patients à 50,3% et de 674 mg en dose cumulée annuelle moyenne à 717 mg.

Dans la population spécifique, la part des patients prenant des corticoïdes oraux est restée globalement stable (entre 43,5% et 46,9%), mais la dose cumulée annuelle moyenne a également augmenté, passant de 854 à 894 mg.

Les passages aux urgences ont augmenté dans les deux populations, passant de 18% en 2009 à 24% en 2016 dans la population sensible et de 17,3% à 23,7% dans la population spécifique. En revanche, le recours aux visites non programmées a diminué.

Le taux d'hospitalisation pour asthme est resté constant dans la population sensible et a diminué dans la population spécifique (de 1,5% à 0,6%). La mortalité toutes causes confondues est restée stable et faible dans les deux populations, moins de 0,1% de la population sensible et moins de 0,2% de la population spécifique.

Globalement, ces données montrent que l'évolution de la prise en charge de l'asthme en France, entre 2006 et 2016, repose sur le remplacement des corticoïdes inhalés seuls par les associations fixes avec les LABA, une diminution de l'utilisation des LABA en monothérapie et une implication accrue des soins secondaires aux dépens des soins primaires, notent les chercheurs.

Parallèlement, malgré des chiffres globalement stables pour les hospitalisations et la mortalité, l'utilisation globale des corticoïdes oraux et l'incidence des passages aux urgences ont augmenté au cours des dix dernières années, ajoutent-ils.

Id/fbk/APMnews

MARSEILLE, 31 janvier 2019 (APMnews) - La prise en charge de l'asthme a évolué entre 2006 et 2016, avec notamment un remplacement des corticoïdes inhalés par les associations fixes corticoïdes + bronchodilatateurs bêta-2 mimétiques, une stabilité des hospitalisations et de la mortalité, mais une hausse des corticoïdes oraux et des passages aux urgences, montre une étude présentée au Congrès de pneumologie de langue française (CPLF), le week-end dernier à Marseille.

Dans la perspective de l'arrivée de nouvelles biothérapies, Manon Belhassen de la société de pharmacologie épidémiologie PELyon et ses collègues ont évalué la prise en charge de l'asthme persistant et décrit le recours aux soins médicaux des patients entre 2006 et 2016.

Pour cela, ils ont réalisé des analyses transversales répétées sur les données de remboursement de l'assurance maladie, à partir de l'échantillon généraliste de bénéficiaires (EGB). Comme le diagnostic d'asthme est absent des données médico-administratives, ils ont constitué deux populations, selon leur poster présenté en session discussion.



En raison de données récentes suggérant à la fois un sous-diagnostic et un surdiagnostic d'asthme et les données d'adhésion, les analyses ont porté sur les adultes de 18 à 40 ans qui présentaient au moins une dispensation annuelle d'un traitement de fond (population sensible) ou au moins quatre délivrances annuelles (population spécifique), pour avoir une estimation basse et haute des patients avec un asthme persistant.

Il apparaît que la prévalence d'utilisation des traitements de fond a peu varié entre 2006 et 2016: elle est passé de 4,6% à 5,5% dans la population sensible et de 0,7% à 0,8% dans la population spécifique.

Les caractéristiques des patients inclus dans la population sensible ont peu varié entre 2006 et 2016, avec un âge moyen de 31 ans environ et une proportion de femmes à 61%. Les caractéristiques des patients de la population spécifique sont similaires sauf pour la proportion de femmes (autour de 51%) et la prise en charge au titre d'une affection de longue durée (ALD), plus élevée (9,3% vs 7,1%).

Les données sur les traitements dans la population sensible montrent une diminution des corticostéroïdes inhalés entre 2006 et 2016 de 40,3%, tandis que l'utilisation des associations fixes de corticoïdes + bronchodilatateurs bêta-2 mimétiques d'action longue (LABA) a augmenté de 56,4%.

Une tendance similaire est observée dans la population spécifique.

Concernant la consommation des soins, il apparaît que le nombre moyen de visites chez le médecin généraliste a diminué entre 2006 et 2016, ainsi que la part des patients ayant eu au moins une visite dans l'année, de 95,9% à 88,6% dans la population sensible et de 95,7% à 88,3% dans la population spécifique.

En revanche, les données disponibles à partir de 2009 pour les soins secondaires montrent que la part des patients ayant consulté un pneumologue libéral ou un praticien hospitalier a augmenté, passant de 31,6% à 37,8% dans la population sensible et de 34,1% à 40,5% dans la population spécifique, ainsi que le nombre moyen de visites par an.

La mortalité toutes causes confondues est restée stable et faible

Les explorations fonctionnelles respiratoires étaient plus fréquentes dans la population spécifique que dans la population sensible mais en progression dans les deux groupes, passant de respectivement 18,9% à 27,6% et de 9,5% à 12,7%.

La consommation de corticoïdes oraux a progressé en termes de prévalence et de quantité dans la population sensible, passant de 42,7% des patients à 50,3% et de 674 mg en dose cumulée annuelle moyenne à 717 mg.

Dans la population spécifique, la part des patients prenant des corticoïdes oraux est restée globalement stable (entre 43,5% et 46,9%), mais la dose cumulée annuelle moyenne a également augmenté, passant de 854 à 894 mg.

Les passages aux urgences ont augmenté dans les deux populations, passant de 18% en 2009 à 24% en 2016 dans la population sensible et de 17,3% à 23,7% dans la population spécifique. En revanche, le recours aux visites non programmées a diminué.



[Visualiser l'article](#)

Le taux d'hospitalisation pour asthme est resté constant dans la population sensible et a diminué dans la population spécifique (de 1,5% à 0,6%). La mortalité toutes causes confondues est restée stable et faible dans les deux populations, moins de 0,1% de la population sensible et moins de 0,2% de la population spécifique.

Globalement, ces données montrent que l'évolution de la prise en charge de l'asthme en France, entre 2006 et 2016, repose sur le remplacement des corticoïdes inhalés seuls par les associations fixes avec les LABA, une diminution de l'utilisation des LABA en monothérapie et une implication accrue des soins secondaires aux dépens des soins primaires, notent les chercheurs.

Parallèlement, malgré des chiffres globalement stables pour les hospitalisations et la mortalité, l'utilisation globale des corticoïdes oraux et l'incidence des passages aux urgences ont augmenté au cours des dix dernières années, ajoutent-ils.

Id/fbk/APMnews



## La BPCO, une maladie qui peut démarrer avant la naissance



Quand on a subi une perte précoce de son capital respiratoire, il est dangereux de se mettre à fumer à l'adolescence. / BSIP/CHASSENET / BSIP

Le calibre des voies aériennes à la naissance aura également un impact sur cette pathologie connue pour être liée au tabac.

Dans huit cas sur dix, la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), maladie respiratoire chronique caractérisée par une obstruction permanente et progressive des voies aériennes, est liée au tabac. Pour autant, ce n'est pas uniquement une maladie de vieux fumeur.

L'altération de la fonction respiratoire peut en effet commencer très tôt dans la vie, comme l'ont rappelé les pneumologues lors du Congrès annuel de pneumologie de langue française qui s'est déroulé à Marseille à la fin du mois de janvier. Dès 1991, une étude publiée dans le *British Medical Journal* avait mis en évidence un lien entre un faible poids de naissance et la détérioration de la capacité pulmonaire chez l'adulte.

Aujourd'hui, il est bien démontré que le risque de développer une BPCO est plus important lorsque le volume expiratoire maximal par seconde, aussi appelé VEMS, est bas chez le jeune adulte. Comme l'explique le professeur Christophe Delacourt, pneumo-pédiatre à l'hôpital Necker à Paris, «si vous atteignez l'âge de 20 ans avec des voies aériennes de plus petit calibre, vous avez plus de risque de développer une BPCO.» Ce qui pourrait notamment expliquer la proportion non négligeable de fumeurs qui développent une BPCO précocement ou les patients atteints de la maladie sans avoir été de gros fumeurs.

fr.news.yahoo.com  
Pays : France  
Dynamisme : 0



[Visualiser l'article](#)

Quels sont les facteurs qui vont agir sur la croissance pulmonaire? «Les principaux interviennent très précocement dans le développement puisqu'il s'agit du tabagisme maternel pendant les premiers mois de la grossesse et de la prématurité», explique le professeur Christophe Delacourt. En cas de prématurité, la survenue d'une dysplasie bronchopulmonaire, complication respiratoire grave, peut entraîner une perte définitive du VEMS d'environ 20 %!

La pollution atmosphérique à laquelle est soumise la femme enceinte ou encore son taux de vitamine D auraient aussi (...) Lire la suite sur Figaro.fr



## La BPCO, une maladie qui peut démarrer avant la naissance



Quand on a subi une perte précoce de son capital respiratoire, il est dangereux de se mettre à fumer à l'adolescence. BSIP/CHASSENET / BSIP

Le calibre des voies aériennes à la naissance aura également un impact sur cette pathologie connue pour être liée au tabac.

Dans huit cas sur dix, la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), maladie respiratoire chronique caractérisée par une obstruction permanente et progressive des voies aériennes, est liée au tabac. Pour autant, ce n'est pas uniquement une maladie de vieux fumeur.

L'altération de la fonction respiratoire peut en effet commencer très tôt dans la vie, comme l'ont rappelé les pneumologues lors du Congrès annuel de pneumologie de langue française qui s'est déroulé à Marseille à la fin du mois de janvier. Dès 1991, une étude publiée dans le *British Medical Journal* avait mis en évidence un lien entre un faible poids de naissance et la détérioration de la capacité pulmonaire chez l'adulte.

Aujourd'hui, il est bien démontré que le risque de développer une BPCO est plus important lorsque le volume expiratoire maximal par seconde, aussi appelé VEMS, est bas chez le jeune adulte. Comme l'explique le professeur Christophe Delacourt, pneumo-pédiatre à l'hôpital Necker à Paris, «si vous atteignez l'âge de 20 ans avec des voies aériennes de plus petit calibre, vous avez plus de risque de développer une BPCO.» Ce qui pourrait notamment expliquer la proportion non négligeable de fumeurs qui développent une BPCO précocement ou les patients atteints de la maladie sans avoir été de gros fumeurs.

«Nous devons redoubler les messages de prévention sur le tabac auprès des femmes enceintes, mais aussi auprès des jeunes connus pour avoir subi une perte précoce de leur capital respiratoire»

Professeur Delacourt

Quels sont les facteurs qui vont agir sur la croissance pulmonaire? «Les principaux interviennent très précocement dans le développement puisqu'il s'agit du tabagisme maternel pendant les premiers mois de la grossesse et de la prématurité», explique le professeur Christophe Delacourt. En cas de prématurité,



[Visualiser l'article](#)

la survenue d'une dysplasie bronchopulmonaire, complication respiratoire grave, peut entraîner une perte définitive du VEMS d'environ 20 %!

La pollution atmosphérique à laquelle est soumise la femme enceinte ou encore son taux de vitamine D auraient aussi un impact sur la croissance fœtale, mais moins important que celui du tabac. Après la naissance, l'exposition précoce à certains virus ou une pathologie asthmatique sont également associés à une moins bonne croissance des voies aériennes.

Le facteur de risque le plus évident et le plus facile à éliminer demeure cependant le tabac. Le message des spécialistes est donc clair: «Nous devons redoubler les messages de prévention sur le tabac auprès des femmes enceintes, mais aussi auprès des jeunes connus pour avoir subi une perte précoce de leur capital respiratoire. Ils ne devraient surtout pas se mettre à fumer à l'adolescence», insiste le professeur Delacourt. Chez ces derniers, le tabac va en effet avoir des effets néfastes sur les poumons beaucoup plus rapidement que chez les personnes ayant un meilleur capital respiratoire à la naissance. Une étude menée par l'équipe du professeur Delacourt chez la souris a en effet clairement démontré que, pour un tabagisme équivalent à l'adolescence, la baisse des fonctions respiratoires était bien plus intense chez des animaux dont la mère avait été soumise à des fumées de tabac pendant la grossesse et dont les capacités pulmonaires étaient déjà altérées.



## Asthme sévère et phénotypage par Chantal Raherison

Pneumologie

CPLF 2019

Asthme sévère et phénotypage par Chantal Raherison

- Pourquoi faut-il phénotyper l'asthme sévère et y a-t-il une spécificité des objectifs de contrôle ?
- Quelle hétérogénéité de l'inflammation et quel impact réel de l'éosinophilie ?
- Quels marqueurs pour l'asthme allergique et quels rapports avec l'éosinophilie ?



Pour pouvoir accéder à cette page , vous devez vous connecter :

Ceci est un compte-rendu et/ou résumé dont l'objectif est de fournir des informations sur l'état actuel de la recherche ; ainsi, des données présentées sont susceptibles de ne pas être validées par les autorités de santé françaises et ne doivent donc pas être mises en pratique. Le contenu a été réalisé sous la seule responsabilité du coordinateur, des auteurs et du directeur de la publication qui sont garants de son objectivité.



## Asthme sévère et individualisation du traitement par Patrick Berger

Pneumologie

CPLF 2019

- On parle de plus en plus de phénotypes dans l'asthme sévère : quels sont-ils classiquement ?
- Selon quelles modalités les phénotypes sont-ils définis dans l'asthme sévère ?
- Faut-il aussi prendre en compte les comorbidités et comment ?



Article avec accès abonnés: <http://www.frequencemedicale.com/Congress-Details/80-CPLF-2019/471-Asthme-severe-et-individualisation-du-traitement-par-Patrick-Berger>



## Congrès de pneumologie de langue française : des avancées thérapeutiques dans le cancer bronchique



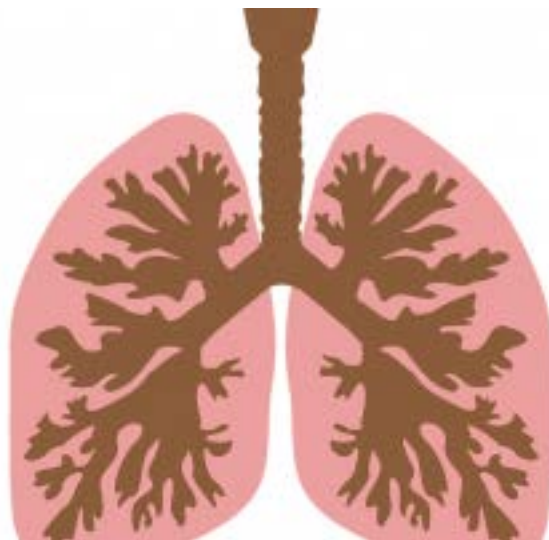
**Le 23 e Congrès de pneumologie de langue française, organisé à Marseille du 25 au 27 janvier, confirme les avancées thérapeutiques dans cette spécialité médicale avec les percées de l'immunothérapie dans le cancer bronchique.**

L'actualité 2018 a été riche sur le plan thérapeutique dans le cancer bronchique avancé non à petites cellules (CBNPC), a expliqué le Dr Laurent Greillier, pneumo-oncologue à l'hôpital Nord de Marseille. Et pour la première fois depuis 20 ans, des progrès thérapeutiques ont été constatés sur cette tumeur habituellement de mauvais pronostic.

Un dixième environ des CBNPC métastatiques avec addiction oncogénique (c'est-à-dire dépendant pour leur croissance d'une altération moléculaire) présentent une mutation sur le récepteur de l'EGF (EGFR). Dans ces CBNPC, en général des adénocarcinomes, la stratégie thérapeutique habituelle consistait jusqu'ici à proposer, avant la chimiothérapie, un inhibiteur de tyrosine kinase de 1 e ou de 2 e génération, actif sur la voie de l'EGFR. Ce qui permettait d'espérer une durée de vie sans progression de 9 à 13 mois. Les données de l'étude Flaura, menée en double aveugle chez 556 patients avec un adénocarcinome porteur de cette mutation, laissent cependant penser que l'utilisation en première ligne thérapeutique d'inhibiteurs de tyrosine kinase de 3 e génération comme l'osimertinib pourrait devenir un standard et faire rapidement évoluer les recommandations (1). Après utilisation d'osimertinib, la durée de vie sans progression a, en effet, atteint 18,9 mois en médiane contre 10,2 mois dans le groupe traité par géfitinib ou erlotinib (hazard ratio pour la mortalité et la progression de 0,46,  $p < 0,001$ ). *"Une différence qui n'était pas expliquée par le taux de réponses, lequel était sensiblement équivalent dans les 2 bras : 80 % pour l'osimertinib, 76 % pour le géfitinib ou l'erlotinib, mais par une réponse persistant plus longtemps avec l'osimertinib"*, a précisé le Dr Greillier. Les effets secondaires de grade 3, ont par ailleurs, été un peu moins nombreux sous osimertinib (34 %) que sous géfitinib ou erlotinib (45 %).



## Congrès de pneumologie de langue française - Le dupilumab, alternative thérapeutique dans l'asthme sévère



**pneumologues espèrent améliorer le contrôle des 5 à 20 % d'asthmes sévères, avec de nouvelles biothérapies, comme le dupilumab, un anticorps monoclonal dirigé contre la sous-unité alpha du récepteur de l'interleukine 4.**

Ce médicament bloque les voies de signalisation impliquant cette cytokine, mais aussi l'interleukine 13, deux cytokines intervenant dans l'inflammation de type Th2, laquelle concerne environ 50 % des asthmatiques. *"La population cible de cette biothérapie pourrait être représentée par des malades avec un asthme se situant au palier 4 ou 5 de la classification Gina"*, a expliqué le Dr Myriam Delaunay, pneumologue au CHU de Toulouse. Ces patients nécessitent souvent de multiples traitements et parfois des biothérapies comme l'omalizumab, un anti-IgE dans l'asthme allergique, ou le mépolizumab, un anti-IL5 dans l'asthme éosinophilique.

Un essai, randomisé contre placebo, mis en place chez 1 902 patients, a conclu à une réduction de près de moitié à un an du taux d'exacerbations sévères, après des injections sous-cutanées de 200 ou 300 mg de dupilumab toutes les 2 semaines (1). Après 12 semaines de traitement, une amélioration significative du VEMS a aussi été constatée (différence de 0,14 l par rapport au placebo à la dose de 200 mg). Le sous-groupe de patients avec un compte d'éosinophiles initialement supérieur à 300/mm<sup>3</sup> tirait particulièrement avantage de ce traitement avec une réduction de près des deux tiers des exacerbations.

Un autre essai, mené contre placebo chez 210 patients avec un asthme sévère cortico-dépendant, a aussi conclu à un important effet d'épargne cortisonique après 24 semaines d'injections toutes les 2 semaines de 300 mg de dupilumab. On observe en effet une réduction de la dose de corticoïdes de 70,1 % contre 41,9 % sous placebo (2).

Les effets secondaires le plus fréquemment retrouvés avec le dupilumab sont une réaction au site d'injection (9 % contre 4 % sous placebo). Son administration peut également provoquer une hyperéosinophilie transitoire (14 % contre 1 % sous placebo) (2).

www.egora.fr  
Pays : France  
Dynamisme : 0



[Visualiser l'article](#)

Castro M, et al. N Engl J Med. 2018 ; 378 : 2486-2496.  
Rabe KF, et al. N Engl J Med. 2018 ; 378 : 2475-2485.

Sources :

D'après la communication de M. Delaunay (Toulouse) lors du 23 e Congrès de pneumologie de langue française (Marseille, 25-27 janvier 2019).

Castro M, et al. N Engl J Med. 2018 ; 378 : 2486-2496.  
Rabe KF, et al. N Engl J Med. 2018 ; 378 : 2475-2485.



[Visualiser l'article](#)

Environ 5 % des CBNPC métastatiques avec addiction oncogénique se caractérisent par un ré-arrangement ALK. Les inhibiteurs de tyrosine kinase de 1<sup>e</sup> (crizotinib), 2<sup>e</sup> (cécitinib, alectinib, brigatinib), ou 3<sup>e</sup> génération (lorlatinib), agissant sur ces CBNPC, se différencient, outre leur capacité d'inhiber ALK, par leur profil d'action sur d'autres cibles (ROS1, MET, IGF1R...), leur spectre d'action sur les mécanismes de résistance (mutations ALK) et aussi (ce qui peut être important dans le CBNPC) par leur activité cérébrale. Une étude de phase 3 ouverte ayant comparé, chez 275 patients, brigatinib et crizotinib, a rapporté avec le premier de ces médicaments une survie sans progression nettement améliorée (67 % *versus* 43 % à 1 an, hazard ratio de 0,49,  $p < 0,001$ ), les bénéfices étant observés dans tous les sous-groupes (2). Une différence expliquée par un taux de réponses supérieur pour le brigatinib (71 % contre 60 %), et ce notamment au niveau intracrânien (78 % de réponses contre 29 %), le brigatinib ayant une efficacité particulièrement nette en cas de métastase cérébrale.

### Vers une extension des indications de l'immunothérapie

2018 a aussi été une grande année pour l'immunothérapie dans les CBNPC sans addiction oncogénique. En 2017, le pembrolizumab, un anticorps monoclonal anti-PD1, n'était proposé en première ligne que dans les CBNPC exprimant PDL1 avec un score de proportion tumorale d'au moins 50 %, et on préférait proposer dans les autres CBNPC une chimiothérapie avec éventuellement un médicament anti-angiogénique dirigé contre le Vascular endothelial growth factor (VEGF), le bévacicumab. *"Ceci pourrait changer"*, a estimé le Dr Greillier. Un essai de phase 3 entrepris en double aveugle, chez 616 patients avec un CBNPC avancé sans mutation EGFR ou ALK, vient en effet de montrer, que l'addition du pembrolizumab à une chimiothérapie à base de pémétréxed et de platine améliore la survie sans progression (8,8 mois en médiane contre 4,9 mois pour la chimiothérapie seule, hazard ratio de 0,52,  $p < 0,001$ ), ainsi que la survie globale (taux de survie de 69,2 % à 12 mois *versus* 49,4 %, hazard ratio de 0,49,  $p < 0,001$ ) (3). De plus, si cet agent immunothérapie était particulièrement efficace, comme attendu, dans les tumeurs exprimant à plus de 50 % PDL1, il a aussi démontré son intérêt en combinaison avec la chimiothérapie dans des tumeurs l'exprimant pour 1 à 49 % et même pour moins de 1 %. *"Une immunothérapie pourrait donc être couplée à la chimiothérapie, même chez les patients avec un CBNPC exprimant peu ou pas PDL1"*, a jugé le Dr Greillier. Une autre étude menée avec un anticorps anti-PDL1, l'atézolizumab, a elle-aussi confirmé les bénéfices d'une association d'immunothérapie, de chimiothérapie (par carboplatine et paclitaxel) et de bévacicumab, quel que soit le niveau d'expression tumorale de PDL1 (4).

Les percées de l'immunothérapie concernent aussi les CBNPC épidermoïdes, avec dans un essai de phase 3 en double aveugle effectué chez 559 patients, une amélioration de la survie globale après addition du pembrolizumab à une chimiothérapie par carboplatine et paclitaxel (survie de 15,9 mois contre 11,3 mois, hazard ratio de 0,64,  $p < 0,001$ ), le bénéfice sur la survie étant là aussi obtenu quel que soit le niveau d'expression tumorale de PDL1 (5).

Enfin, dans un autre essai de phase 3 en double aveugle, mené chez 403 patients avec un cancer bronchique à petites cellules, l'addition d'atézolizumab à une chimiothérapie par carboplatine et étoposide a réduit significativement la mortalité par rapport à la chimiothérapie seule (12,3 mois de survie moyenne contre 10,3 mois pour le placebo, hazard ratio de 0,70,  $p = 0,007$ ) (6). *"Des résultats positifs, qui n'avaient jamais été observés dans le cancer bronchique à petites cellules"*, s'est félicité le Dr Greillier.

Soria JC, et al. N Engl J Med. 2018 ; 378 : 113-125.  
 Camidge DR, et al. N Engl J Med. 2018 ; 379 : 2027-2039.

www.egora.fr  
Pays : France  
Dynamisme : 0



[Visualiser l'article](#)

Gandhi L, et al. N Engl J Med. 2018 ; 378 : 2078-2092.  
Socinski MA, et al. N Engl J Med. 2018 ; 378 : 2288-2301.  
Paz-Ares L, et al. N Engl J Med. 2018 ; 379 : 2040-2051.  
Horn L, et al. N Engl J Med. 2018 ; 379 : 2220-2229.



## Congrès de pneumologie de langue française - Une recherche active dans le SAOS



**Des paramètres du risque cardiovasculaire ont été identifiés et de nouveaux traitements médicamenteux sont proposés pour réduire les épisodes apnéiques ou améliorer la vigilance.**

"La recherche est très active dans le syndrome d'apnée obstructive du sommeil (SAOS)", a indiqué le Pr Renaud Tamisier (CHU de Grenoble). Il est vrai que "cette pathologie encore sous-diagnostiquée, et dont la prévalence continue d'augmenter, représente un fardeau majeur pour la santé publique, avec un nombre de patients adultes estimé autour de 1 milliard dans le monde". Le SAOS est par ailleurs une maladie d'expression hétérogène. "Il sera important de mieux identifier demain les patients à risque cardiovasculaire élevé, et de personnaliser le traitement, qui repose majoritairement actuellement sur la ventilation en pression positive continue, en fonction de la configuration anatomique et de la réactivité musculaire des voies aériennes supérieures, des caractéristiques du sommeil ", a souligné le Pr Tamisier.

Une analyse récente, fondée sur 2 études de cohorte, The Outcomes of Sleep Disorders in Older Men (MrOS), et the Sleep Heart Health Study (SHHS), ayant respectivement inclus 2743 hommes et 5111 adultes des deux sexes, suggère que la charge hypoxique est un bon paramètre prédictif de mortalité cardiovasculaire dans le SAOS. Le nombre de décès cardiovasculaires était en effet doublé chez les patients se situant dans le quintile supérieur pour ce paramètre (1). Pour évaluer ce risque, il faudrait donc non seulement mesurer le nombre d'épisodes d'apnée-hypopnée sur l'enregistrement polysomnographique, mais aussi apprécier leur durée et leur intensité.

### **Des pistes de traitements médicamenteux**

Pour la première fois, un traitement médicamenteux a aussi démontré une efficacité dans le SAOS (2). Il s'agit d'une combinaison d'atomoxétine, un inhibiteur du transport de la noradrénaline, prescrit dans le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH), et d'oxybutynine, un anticholinergique, utilisé dans la prise en charge de l'instabilité vésicale. Cette association semble renforcer l'activité du muscle génioglosse, souvent relâché dans l'apnée obstructive du sommeil, et maintenir l'ouverture des voies respiratoires durant la nuit.



[Visualiser l'article](#)

Dans une étude sur 20 patients avec un SAOS, réalisée en double aveugle contre placebo, elle a fait chuter de 63 % l'index d'apnées-hypopnées (7,5 événements/h contre 28,5/h en moyenne,  $p < 0,001$ ) (2). Malgré tout, ces résultats très positifs devront être vérifiés, vu l'effectif limité de l'essai, a reconnu le Dr Tamisier. Curieusement, *"aucun des deux médicaments seuls n'est efficace"*.

Deux essais randomisés contre placebo entrepris, chez respectivement 124 et 459 patients, ont aussi conclu à l'efficacité du solriamfétol, un inhibiteur sélectif de la recapture de la dopamine et de la noradrénaline doté d'une forte activité psychostimulante, pour maintenir la vigilance diurne chez les patients apnéiques somnolents (3,4). *"Un problème fréquent et qui peut persister malgré le traitement du SAOS, risquant ainsi de faire perdre leur travail à certains chauffeurs atteints de SAOS"*, a rapporté le Dr Tamisier. A noter que le solriamfétol est aussi très prometteur pour le traitement de la narcolepsie.

Azarbarzin A, et al. Eur Heart J. 2018 Oct 30. doi: 10.1093/eurheartj/ehy624  
 Taranto-Montemurro L, et al. Am J Respir Crit Care Med. 2018 Nov 5. doi: 10.1164/rccm.201808-1493OC.  
 Stollo PJ Jr, et al. Chest. 2018 Nov 22. pii: S0012-3692(18)32732-6. doi: 10.1016/j.chest.2018.11.005  
 Schweitzer PK, et al. Am J Respir Crit Care Med. 2018 Dec 6. doi: 10.1164/rccm.201806-1100OC

Sources :

D'après la communication de R. Tamisier (Grenoble) lors du 23 e Congrès de pneumologie de langue française (Marseille, 25-27 janvier 2019).

Azarbarzin A, et al. Eur Heart J. 2018 Oct 30. doi: 10.1093/eurheartj/ehy624  
 Taranto-Montemurro L, et al. Am J Respir Crit Care Med. 2018 Nov 5. doi: 10.1164/rccm.201808-1493OC.  
 Stollo PJ Jr, et al. Chest. 2018 Nov 22. pii: S0012-3692(18)32732-6. doi: 10.1016/j.chest.2018.11.005  
 Schweitzer PK, et al. Am J Respir Crit Care Med. 2018 Dec 6. doi: 10.1164/rccm.201806-1100OC





## Congrès de pneumologie de langue française : des taux de contrôle insuffisants dans l'asthme



### L'enquête AsthmaPop met en évidence que seul un patient sur 2 est bien contrôlé.

"Conduite en 2006, la dernière enquête menée en population générale sur l'asthme avait estimé sa prévalence à 6,7 %" , a expliqué le Pr Chantal Rahérison-Semjen, pneumologue au CHU de Bordeaux.

Une nouvelle enquête, AsthmaPop, a été entreprise en 2018 grâce à un financement des Laboratoires AstraZeneca. L'analyse des 15587 réponses d'un panel de 19 676 personnes de 18 ans et plus, représentatives de la population française, a évalué la prévalence de l'asthme (présence au cours des 12 derniers mois) à 6,4 % (5,3 % chez les hommes et 7,4 % chez les femmes). L'âge de ces 993 asthmatiques (dans 60,5 % des femmes) était de 48,2 ans, en moyenne, la maladie ayant été diagnostiquée à l'âge moyen de 25,3 ans. Une majorité de ces asthmatiques étaient en surpoids (IMC moyen de 26,7 kg/m<sup>2</sup>) et un tiers d'entre eux ont rapporté une rhinite allergique associée.

### 10 points clés sur l'asthme

L'asthme demeure, en France, globalement mal contrôlé. "Ce qui rend donc toujours nécessaire d'optimiser la prise en charge" , a insisté le Pr Rahérison-Semjen. Parmi les 969 asthmatiques ayant répondu au questionnaire validé ACQ-6\*, 52,3 % seulement ont été considérés comme bien contrôlés (ACQ-6  $\leq$  0,75) ; 24,6 % comme partiellement contrôlés (ACQ-6 compris entre 0,75 et 1,5) et 23,1 % comme non contrôlés (ACQ-6 > 1,5). En outre, des taux d'exacerbations importants ont été relevés, et ce même chez la majorité des patients avec un asthme peu sévère : au moins 1 exacerbation par an chez 30,6 % des 47 patients non traités, 41,6 % des 435 patients traités avec un asthme de palier Gina\*\* 1, 43,4 % des 56 se situant au palier Gina 2, 46,2 % des 145 au palier Gina 3, respectivement 61,6 % et 65,4 % des 209 et 33 patients aux paliers Gina 4 et 5. L'observance thérapeutique ne dépassait pas non plus 46,4 % chez les 946 patients traités, avec des chiffres particulièrement faibles (22,4 %) dans l'asthme de palier Gina 1, et respectivement 42,1 %, 43,1 %, 52,9 % et 54,6 % dans ceux de paliers 2 à 5.



## Résultats décevants pour Sophia-Asthme

Reste qu'améliorer le contrôle de l'asthme est une gageure. La Caisse nationale d'Assurance maladie (Cnam) a mis en place, depuis janvier 2015, un programme de soutien aux patients adultes de 19 départements, Sophia-Asthme. Les patients asthmatiques, qui doivent avoir moins de 40 ans (pour éviter la confusion avec une BPCO) et sont recrutés sur le critère d'une délivrance de 3 médicaments de l'asthme par le pharmacien, peuvent s'ils le désirent, recevoir des documents d'information et éventuellement s'entretenir par téléphone avec une infirmière. Les asthmatiques ayant adhéré au programme étaient dans près des deux tiers des cas de sexe féminin, avaient un âge moyen de 32,3 ans, et leur asthme était en général peu sévère (palier Gina  $\leq$  1, dans 8 cas sur 10). La comparaison de 29 976 paires de patients, exposés ou non exposés à ce programme, a cependant échoué à mettre en évidence un impact significatif de Sophia en termes de consommation de corticoïdes inhalés (ce qui était le critère principal de cette étude), tandis que les autres effets relevés ont été modestes, a admis le Pr Camille Taillé, pneumologue à l'hôpital Bichat de Paris : augmentation de 13,3 % à 24,1 % des consultations chez le pneumologue, accroissement de 14,1 % à 26,1 % de ceux ayant bénéficié d'épreuves fonctionnelles respiratoires.

Le Pr Taillé a fait remarquer que *"l'adhésion au programme a été globalement basse chez les patients (11,5 %), que l'exposition à celui-ci était, par ailleurs, faible (en moyenne 4 brochures, et 3 newsletters reçues, 25 % de malades sans entretien téléphonique avec une infirmière), et qu'enfin il a sélectionné une population de patients jeunes asthmatiques légers peu symptomatiques. On peut se demander s'il ne faudrait pas pour être plus efficace intensifier le programme avec des appels plus fréquents, le recentrer sur des patients plus sévères, et impliquer les professionnels de santé dans son déroulement"*, s'est interrogé le Pr Taillé.

\* Asthma Control Questionnaire

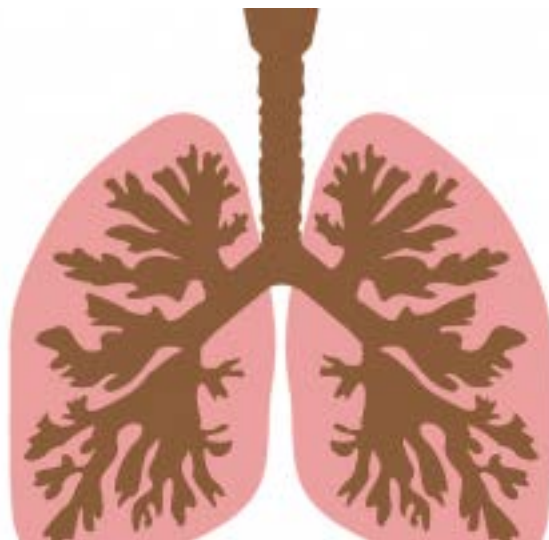
\*\* Global Initiative for Asthma

Sources :

D'après les communications de : C. Raheison-Semjen (Bordeaux) et C. Taillé (Paris) lors du 23 e Congrès de pneumologie de langue française ( Marseille, 25- 27 janvier 2019).



## Congrès de pneumologie de langue française : la sarcoïdose, une granulomatose aux aspects multiples



**Le diagnostic d'une sarcoïdose nécessite un bilan complet, notamment pour déceler des atteintes extra-pulmonaires. L'évolution est variable d'un patient à un autre.**

La sarcoïdose est une granulomatose systémique, d'origine inconnue, qui se manifeste au niveau pulmonaire mais aussi sous forme de localisations extra-pulmonaires qu'il faut penser à rechercher car elles peuvent être graves.

*"Chez un patient avec une atteinte pulmonaire, il faut non seulement apprécier les symptômes respiratoires à type de toux sèche, de dyspnée, éventuellement de douleurs thoraciques, pour évaluer le retentissement de la maladie et la qualité de vie, demander une radiographie thoracique, et habituellement un scanner, et des épreuves fonctionnelles respiratoires. Mais, on doit aussi faire pratiquer systématiquement un examen ophtalmologique en milieu spécialisé, demander un bilan biologique (avec notamment dosage de la calcémie et de la créatininémie...) et un électrocardiogramme qui sera éventuellement complété par une échocardiographie pour rechercher des localisations ophtalmologiques, rénales, cardiaques"* , a préconisé le Pr Dominique Valeyre, pneumologue à l'hôpital Avicenne de Bobigny (93) et l'un des spécialistes français de cette maladie. Une endoscopie bronchique sera souvent réalisée dans le but de confirmer la présence de lésions granulomateuses tuberculoïdes sans nécrose caséeuse. Mais, la reconnaissance de la maladie peut être difficile, en l'absence de lésions pulmonaires.

### Une surveillance rapprochée dans les premières années

Dans la sarcoïdose pulmonaire, le rythme des consultations est en général plus intense au cours des 2 premières années de traitement (ou, bien sûr, en présence d'un événement) : habituellement consultation



[Visualiser l'article](#)

à 1 mois puis tous les 3 ,6, 12 mois avec surveillance clinique de la dyspnée qui peut être handicapante pour les patients. On pratiquera une surveillance cardiaque et rénale jusqu'à guérison, et on recherchera des effets secondaires du traitement en particulier une éventuelle prise pondérale sous corticothérapie qui pourrait aggraver les résultats des épreuves fonctionnelles respiratoires. *"On pourra demander une spirométrie tous les 3 mois, une mesure de la DLCO (capacité de diffusion du monoxyde de carbone) tous les 6 mois. Mais il ne faut pas répéter inutilement les examens tomodensitométriques"*, a insisté le Pr Valeyre. La capacité vitale forcée est un bon paramètre pour suivre l'évolution de la maladie ; et en cas de décalage entre valeur de la capacité vitale et symptômes, il faut penser à un autre problème (cardiaque par exemple). Mais des aggravations peuvent aussi être dues à une infection, *"certains de ces patients ayant des dilatations des bronches qui peuvent se surinfecter "*, a mentionné le Pr Valeyre.

L'évolution de la forme pulmonaire de sarcoïdose est très variable dans le temps, certains patients présentant des manifestations qui vont disparaître sans jamais rechuter, d'autres des manifestations pulmonaires qui réapparaîtront à chaque interruption de traitement, d'autres encore développant des formes fibrosantes qui ne réagiront pas au traitement de la sarcoïdose pulmonaire. La guérison est plus fréquente si l'évolution de la maladie a été courte, et fonction de la localisation des atteintes.

La prise en charge repose sur la corticothérapie, souvent efficace, ainsi que les immunosuppresseurs et les antipaludéens, ou les anti-TNF, qui pourront être donnés en cas d'échec ou pour épargner les doses de corticoïdes.

Sources :

D'après la communication de D. Valeyre (Bobigny, 93) lors du 23 e Congrès de pneumologie de langue française (Marseille, 25-27 janvier 2019).



## Cancer du poumon : AstraZeneca lance un appel à projets pour améliorer les connaissances et le dépistage



À l'occasion du 23e Congrès de Pneumologie de Langue Française à Marseille, AstraZeneca a annoncé le lancement d'un appel à projets à la communauté scientifique et médicale pour améliorer les connaissances et les outils sur le dépistage du cancer du poumon. Un comité scientifique d'experts sélectionnera 3 à 5 projets. Cet appel à projets est doté d'une enveloppe de 600 000 € sur 3 ans.

Le cancer du poumon est le cancer le plus meurtrier en France ; il est la première cause de décès par cancer en France chez l'homme et la deuxième chez la femme (31 000 décès par an, 67% chez les hommes). Environ 49 000 nouveaux cas de cancer du poumon sont diagnostiqués par an en France métropolitaine. Du fait de symptômes tardifs et non spécifiques, le diagnostic du cancer du poumon est en général posé alors que la maladie est déjà avancée, voire très avancée ; ce qui a un impact direct sur le pronostic de la maladie. Cinq ans après le diagnostic, seulement 16% des personnes atteintes sont encore en vie. Toutefois, ce chiffre cache de profondes disparités puisque le taux de survie à 5 ans varie considérablement en fonction du degré d'avancée (stade) de la maladie.

Dans ce contexte, AstraZeneca lance un appel à projets EXPLORE-Dépistage du cancer du poumon dont l'objectif est de soutenir des projets scientifiques français afin d'améliorer les connaissances et les outils sur le dépistage du cancer du poumon. Cet appel à projets a été lancé officiellement par le Pr Sébastien Couraud (Institut de Cancérologie des Hospices Civils de Lyon) lors du Congrès de Pneumologie de Langue Française à Marseille.

« Plusieurs études d'envergure ont montré que le dépistage du cancer du poumon disposait de preuves d'efficacité très solides. On estime même que le dépistage pourrait sauver jusqu'à 7500 vies par an en France soit deux fois plus que les tués sur la route. C'est pourquoi, un groupe multidisciplinaire d'experts français s'est réuni dernièrement pour réfléchir à son implémentation en France. », commente-t-il.

L'appel à projets doté de 600 000 euros sur 3 ans et travaillé en étroite relation avec un comité scientifique d'experts français, se déroulera en deux phases. Les équipes de recherche seront invitées à soumettre un avant-projet d'ici le 30 avril 2019. Les projets feront l'objet d'une première évaluation en mai par le comité scientifique ; les projets retenus seront ensuite présentés à l'oral devant le comité scientifique pour une ultime évaluation en septembre 2019. Au terme de cette deuxième phase, 3 à 5 projets seront retenus.

« L'ambition d'AstraZeneca est à terme de doubler la survie à 5 ans des patients atteints d'un cancer du poumon. Le dépistage nous semble un moyen essentiel pour atteindre cet objectif, en complément de la mise à disposition de thérapies innovantes, et d'un meilleur accompagnement des patients. Le projet EXPLORE-Dépistage du poumon est une première initiative forte dans ce sens. » commente Benjamin Moutier, Directeur de la Business Unit Oncologie France, AstraZeneca.

www.mypharma-editions.com

Pays : France

Dynamisme : 0



[Visualiser l'article](#)

### **Les dates-clés de l'appel à projet**

- 26 janvier : annonce de l'appel à projets
- 30 avril 2019 : clôture des soumissions des projets
- Mai 2019 : sélection des projets pour la phase 2
- Septembre 2019 : soutenance orale des projets
- Octobre 2019 : annonce des projets lauréats

Pour en savoir plus : [www.depistage-az.fr](http://www.depistage-az.fr)

Source : AstraZeneca

www.lequotidiendumedecin.fr

Pays : France

Dynamisme : 0



Page 1/3

[Visualiser l'article](#)

## Pour améliorer l'usage des inhalateurs dans l'asthme et la BPCO Les multiples déclinaisons du guide Zéphir

Lancé en 2012 pour mieux diffuser le bon usage des inhalateurs dans l'asthme et la BPCO chez l'adulte, le guide Zéphir est le seul annuaire exhaustif des thérapeutiques inhalées dans ces deux indications.



Crédit Photo : DR Zoom

Quelque 8,5 millions de patients sont traités pour asthme ou bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), le plus souvent par des molécules administrées par inhalateurs. Or, ces derniers sont de types très variés, avec donc des modes d'utilisation qui diffère d'un produit à un autre et le mésusage (avec au moins une erreur critique) est important, estimé entre 30 et 40 %.

« C'est ce constat qui nous a conduits dès 2012 à publier un livre destiné aux prescripteurs, le guide Zéphir (1), pour expliquer en détail le fonctionnement et les modalités d'utilisation de chaque inhalateur alors disponible sur le marché », rapporte la Dr Valéry Trosini-Désert (2). Ce premier annuaire des thérapeutiques inhalées dans l'asthme et la BPCO chez l'adulte, soutenu de façon institutionnelle par différents laboratoires, était remis

www.lequotidiendumedecin.fr  
Pays : France  
Dynamisme : 0



[Visualiser l'article](#)

aux prescripteurs par le biais de la visite médicale. Tous les inhalateurs disponibles étaient classés par types de dispositifs, indications, classes thérapeutiques et dénomination commune internationale (DCI).

Entre 3000 et 4000 téléchargements par mois

Depuis, le guide Zéphir a chaque année connu des évolutions, présentées tous les ans à l'occasion du congrès de pneumologie de langue française (CPLF).

C'est ainsi qu'en 2013 est née la première version de l'application pour smartphone, avec toujours les fiches produits mais cette fois enrichies de vidéos.

L'année suivante, à côté de la mise à jour de l'application, un site internet dédié au guide Zéphir a vu le jour, avec un accès réservé aux prescripteurs (3). Aujourd'hui, les visites sur le site génèrent entre 3 000 et 4 000 téléchargements par mois.

Puis en 2015, pour faciliter l'accès aux informations en l'absence de réseau internet, un disque mémento a été créé.

Depuis, l'application, le site internet et le disque mémento sont mis à jour tous les ans pour intégrer les dispositifs nouvellement commercialisés.

Parallèlement, dès 2016, les vidéos de démonstration d'utilisation des inhalateurs ont été rendues accessibles au grand public, via le site de la SPLF, sans qu'il n'y ait toutefois eu de communication directe vers les patients, qui étaient donc incités par leur médecin à visionner la vidéo correspondant aux produits prescrits (4).

«*Depuis 2017, le guide Zéphir est reconnu par l'ANSM comme un outil d'aide à l'éducation thérapeutique* » , poursuit la Dr Valéry Trosini-Désert, avant de préciser qu'il s'agit du seul outil exhaustif dans ce domaine, incluant les génériques.

En 2018, un quatrième produit est venu élargir l'offre Zéphir : des étiquettes dynamiques, avec un QR code correspondant à chaque inhalateur commercialisé qui permet de donner un lien direct à la vidéo de démonstration. Un classeur d'étiquettes complet a été remis par la visite médicale aux prescripteurs, qui peuvent ainsi coller directement sur l'ordonnance l'étiquette avec le QR code correspondant au produit prescrit.

Cette même année, à la demande de la Caisse nationale d'assurance maladie, un partenariat actif avec la SPLF a été mis en place : l'application *asthmaction* renvoie directement sur l'application Zéphir. La collection Zéphir a par ailleurs reçu la médaille de bronze du prix Communication médicale 2 du Festival 2018 de la communication santé.

Les différents outils Zéphir, qui recensent désormais 58 produits, ont été mis à jour en ce début d'année 2019. Les médecins peuvent maintenant télécharger sur l'application et le site les flashs codes de chaque produit de façon unitaire, les imprimer et les coller sur l'ordonnance ou bien les envoyer par SMS ou mail à leur patient.

Un partenariat avec les Éditions Vidal

Le guide Zéphir poursuit ses évolutions avec notamment un projet de partenariat avec les éditions du Vidal à destination des professionnels et du grand public, pour intégrer l'ensemble des QR codes qui renverront aux



www.lequotidiendumedecin.fr

Pays : France

Dynamisme : 0



[Visualiser l'article](#)

vidéos. « Des pourparlers sont aussi en cours avec la CNAM pour que les vidéos soient mises à disposition des pharmaciens dans le cadre de l'entretien pharmaceutique », indique la Dr Trosini-Désert.

En parallèle, une campagne est actuellement menée avec la Fondation du souffle pour inciter les patients à rapporter en pharmacie les inhalateurs usagés et permettre leur recyclage par la filière Cyclamed. « Quelques 41 millions d'unités sont vendues chaque année et il est important d'éviter la pollution de l'air par le relargage de particules toxiques issues des composants plastiques complexes au moment de leur combustion », conclut la Dr Valéry Trosini-Désert.

D'après un entretien avec la Dr Valéry Trosini-Désert, groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, Paris.

(1) Marque déposée SPLF (Société de pneumologie de langue française). Éditions Elsevier-Masson.

(2) Guide rédigé par la Dr Valéry Trosini-Désert, Marie Antignac, la Dr Marie-Hélène Becquemin, sous la coordination du Pr Thomas Similowski.

(3) <http://www.guidezephir.fr/medicaments>

(4) <https://splf.fr/videos-zephir/>

## **En marge du Congrès**



## Le Grand Sud

# Radisson Blu Hôtel Marseille Vieux-Port, entre charme provençal et modernité

Si vous recherchez un établissement qui reflète aussi bien l'atmosphère authentique de la Cité Phocéenne, que le style moderne et épuré d'un établissement de standing, le Radisson Blu Hôtel, Marseille Vieux-Port aura de quoi répondre à vos attentes.

boulodrome, idéal pour orchestrer un cocktail, un déjeuner, un dîner, une pause-café ou pour challenger vos équipes lors d'un tournoi de pétanque, le sport officiel de Marseille.

Concernant la restauration, vous trouverez en rez-de-chaussée, le bar et le restaurant « Le Quai du 7<sup>ème</sup> », récemment rénovés avec une vue panoramique sur le Vieux-Port et sa cuisine Méditerranéenne. Vous apprécierez sa terrasse attenant aux quais des bateaux ou son patio plus intimiste.



### Vous satisfaire et vous donner envie de revenir

Le Radisson Blu Hôtel Marseille Vieux-Port met à votre disposition un service commercial qui répond en 24h et une coordinatrice dédiée aux séminaires,



### Une localisation parfaite

Le Radisson Blu Hôtel, Marseille Vieux-Port est situé en plein centre-ville, sur le Vieux-Port. A proximité, vous trouverez des restaurants, boutiques et autres points d'intérêt, comme Notre Dame de la Garde, le musée du MuCEM ou encore le plus vieux quartier de Marseille, Le Panier.

présente sur vos événements. Des services complets qui répondent à la philosophie du « Yes I Can » véritable gage de qualité, qui a pour but de garantir 100 % de satisfaction clientèle.

Anticiper les besoins des clients de l'hôtel, les surprendre et trouver une solution à chacune de leurs demandes... tel est l'engagement du Radisson BLU. L'équipe a fait sienne la devise, «Every Moment Matters» afin que votre séjour soit le plus agréable possible.



C'est aussi depuis l'hôtel que vous pourrez, si vous le souhaitez, embarquer avec votre équipe à bord d'un bateau pour découvrir les fabuleuses Calanques.

L'occasion de vous arrêter à Cassis le temps d'un déjeuner et d'une visite de domaine viticole, avant de rentrer à l'hôtel en 2CV par exemple.

**Pour ce faire, outre ses collaborateurs, experts sur leur marché, l'équipe a su aussi s'entourer de prestataires locaux porteurs d'activités insolites et en lien avec le territoire.**

Du Vieux-Port en passant par la Canebière ou le patrimoine architectural laissé par Le Corbusier, Marseille mixe tradition et modernité, à l'image du Radisson Blu Hôtel, Marseille Vieux-Port.

Ajoutons que l'établissement ne se trouve qu'à 10 minutes en métro de la gare Saint-Charles et 25 kilomètres de l'aéroport Marseille-Provence.

### Servir les besoins des clients business

Le Radisson Blu Hôtel, Marseille Vieux-Port, compte 189 chambres qui s'inspirent du thème de la Provence ou de l'Afrique. Pour vos réunions, vous pourrez compter sur un espace totalement rénové de 732 m<sup>2</sup>, pouvant accueillir jusqu'à 200 personnes grâce à sa plénière de 275 m<sup>2</sup> avec une vue extraordinaire sur le Vieux-Port. L'hôtel compte désormais 12 salles de réunion.

Remodernisées pour répondre davantage aux attentes des clients (toutes disposent du système Click Share, de vidéo projecteurs, de machine Nespresso et certaines sont équipées d'écrans tactiles).

Elles offrent un environnement design qui met en avant les plus belles vues de Marseille, en noir et blanc. Autre point fort : un grand patio de 200 m<sup>2</sup> avec un



### Plus d'informations sur :

[www.radissonblu.fr/hotel-marseille](http://www.radissonblu.fr/hotel-marseille)  
38-40 quai de Rive Neuve - 13007 Marseille  
Tel : +33(0)4.88.44.52.44  
[sales.marseille@radissonblu.com](mailto:sales.marseille@radissonblu.com)



accompagner les entreprises et les organisateurs, un partenaire de choix : le Bureau des Congrès et des Evénements, intégré au sein de l'Office Métropolitain du Tourisme et des Congrès. Interlocuteur unique et privilégié, il est pour eux force de conseil. Au fil des années, le Bureau des Congrès et des Evénements de Marseille piloté par Maxime Tissot, Directeur Général, a su fédérer les professionnels locaux de la filière tourisme d'affaires. Ils sont aujourd'hui plus de 80 à s'engager pour que chaque manifestation soit une réussite. Le tourisme est un des éléments clés de la politique de développement et d'attractivité de la ville et le tourisme d'affaires y occupe une place de choix, pour laquelle Marseille et sa métropole disposent de nombreux atouts. 2017 a d'ailleurs été une année exceptionnelle avec des congrès et des événements internationaux de taille et de durée importantes : Congrès de Pneumologie de Langue Française (5 000 personnes), Fiber to the Home (3 000 personnes), EBMT (5 000 personnes), Rencontres du transport Public-Gart (5 000 personnes). En 2018, on note une belle progression de + 15% par rapport à 2016 en nombre de journées congressistes.



Vue sur le MuCEM



-Vue aérienne du Parc Chanot

Au-delà, Marseille dispose d'infrastructures conséquentes et performantes pour créer des événements sur-mesure et insolites. Citons d'abord le Parc Chanot créé en 1906 dans le quartier du Prado. Propriété de la ville, le parc est géré par la Société anonyme de la foire internationale de Marseille (SAFIM) dont la délégation de service public arrivera à échéance fin 2019.

Côté espaces mis à la disposition des entreprises : 17 hectares, 1 palais des congrès, 5 halls d'expositions de 5 000 à 14 000 m<sup>2</sup>, 3 auditoriums de 200 à 3 200 fauteuils, 1 800 places de parking et une station de métro à deux pas. Marseille Chanot accueille en moyenne 250 manifestations par an, dont 40 % de salons. Certains sont produits comme la Foire de Marseille, 2<sup>ème</sup> plus importante de France, où Food'in Sud, dont la première édition s'est tenue début 2014. Le Parc Chanot se lance également dans une démarche ISO 20121 pour coller à l'esprit éco-citoyen de la métropole. À l'entrée du Vieux-Port, le palais du Pharo construit par Napoléon III pour Eugénie

omine majestueusement la mer. Il accueille des événements soit dans la bâtisse historique (salons d'honneur, salles de séminaire avec vue mer, une plénière de 300 places...) soit dans l'extension contemporaine gagnée sous l'esplanade de verdure où a été aménagé un auditorium de 900 places ainsi que des espaces d'exposition et de restauration que prolonge une magnifique terrasse avec vue sur le port et le fameux MuCEM.



Palais du Pharo- Salon Napoléon III

### Zoom sur THE événement pour Marseille !

En 2020, Marseille recevra le Congrès mondial de la Nature (UICN). Marseille se prépare à montrer une autre image que celle de la grande métropole méditerranéenne explique Pascale Bigo. "C'est une ville bordée par la mer et plusieurs îles (57 km de côtes) ; entourée de collines, elle est aussi sillonnée par des vallées fluviales. Elle s'étend sur 24 000 hectares avec un centre dense et 9 000 hectares d'espaces naturels. La diversité de son territoire se retrouve dans la biodiversité : un écosystème varié, très riche, mais fragile aussi. Marseille abrite le seul parc national à la fois continental, marin et pérlurbain d'Europe : les Calanques. Par ailleurs, la candidature à ce congrès exceptionnel (10 000 personnes sur 9 jours) a permis une prise de conscience collective de ce que la ville réalisait en matière de préservation de la nature mais également de ce que nous pouvions encore faire. Le Parc Chanot se prépare à la certification ISO 20121, les hôtels et entreprises partenaires de l'événement se sont tous engagés dans une démarche de développement durable".

### Marseille, une ville plus que jamais accessible

C'est sans nul doute l'un des atouts phares de la destination. Marseille est en effet accessible grâce d'abord à son aéroport international Marseille Provence. Il compte 125 lignes aériennes opérées par 33 compagnies aériennes et reliant en direct 25 pays et 92 aéroports dont 20 liaisons quotidiennes Paris/Marseille (durée de vol 1h15), 7 destinations long-courriers sur le Canada, le Moyen-Orient, l'Océan Indien, l'Afrique... et la 1<sup>ère</sup> aérogare low-cost d'Europe. Située en plein cœur de Marseille, la gare Marseille Saint Charles est également un moyen de rejoindre facilement la ville avec plus de 200 trains quotidiens, 15 TGV Méditerranée Paris/Marseille par jour. Comptez 3h05 pour venir à Marseille depuis Paris, 3h40 depuis l'aéroport Charles de Gaulle, 3h30 depuis Genève, 4h34 depuis Barcelone, 5h10 depuis Bruxelles, 6h27 depuis Londres et 7h20 depuis Milan.

### Des lieux réceptifs qui sortent du cadre !

Admirablement restauré, le Fortin de Corbières dispose aujourd'hui d'une infrastructure modulable se pliant aux désirs de ses hôtes. Se déployant sur 400m<sup>2</sup>, la bâtisse dispose d'espaces pouvant



accueillir les séminaires comme les moments de détente. Ses équipements s'étendent du vidéoprojecteur, à la cave à vin pour des dégustations oenologiques. Sa luxueuse cuisine se prête aux dîners intimes concoctés par un chef privé, comme aux leçons de cuisine et de pâtisserie. L'ensemble est largement ouvert sur l'extérieur grâce à deux immenses baies. Spacieuse et élégante, la terrasse pavée du Fortin de Corbières est une toile blanche que l'on est libre de composer au gré de ses envies.

Ajoutons une piscine de plein-air agrémentée de vestiaires. Accroché à la falaise, son bassin permet de nager ou de se détendre en profitant d'une vue infinie sur l'horizon, unique à Marseille. A toute proximité, un terrain de pétanque permet de challenger ses équipes. Le Fortin de Corbières peut recevoir jusqu'à 600 personnes en cocktail et 99 personnes en séminaire.

Citons aussi le Sky Center (voir plus haut) qui témoigne de la capacité créative et de l'esprit visionnaire des Marseillais.



NHow Hotel

Enfin, sur le cours d'Estienne d'Orves, les anciennes boulangeries de l'arsenal des galères de Louis XIV ont vécu une sombre période puis- qu'elles ont un temps accueilli un parking !

Réhabilitées, elles ont ensuite été transformées en restaurant avant de devenir en février La Réale un bistro lounge à l'ambiance arty. À l'arrière, La Scène et Le Club se privatisent : 680 personnes pour un cocktail côté Scène, 480 personnes pour danser. Côté Club, une magnifique salle voûtée permet des dîners assis (120 personnes).

### Un parc hôtelier marseillais en perpétuel renouveau

Marseille compte 124 hôtels pour une capacité de 8 133 chambres. Parmi les nouveautés : NH Collection et Nhow Marseille. Le premier a ouvert à mi-distance du Vieux-Port et de la Joliette. Le lobby-lounge donne le ton : mobilier design et canapés colorés, photo-fresque noir & blanc en hommage au savon de Marseille et mur végétalisé composent une atmosphère chaleureuse.

Au rez-de-chaussée, le restaurant propose des tapas préparées à la minute mixant tradition espagnole et couleur locale et 3 salons high-tech bénéficient de la lumière du jour (120 personnes). L'hôtel compte 176 chambres dont 47 premiums et 4 suites. Le second le Nhow Marseille, anciennement Pullmann Plam Beach, est un nouvel hôtel de créateur situé dans l'une des plus belles baies de la Méditerranée. Construit en 1976 et entièrement rénové en 2018, l'hôtel affiche une décoration moderne signée des designers et architectes Teresa Sapey, Claire Fatosme et Christian Lefèvre. Outre 150 chambres, il dispose d'un amphithéâtre de 322 places offrant suffisamment d'espace pour les grandes conférences et 16 petites salles de réunion.

Le Best Western Plus La Joliette est un établissement 4 étoiles se veut une chaleureuse maison de famille à l'ambiance méditerranéenne et qui vient de se métamorphoser en passant de 31 à 64 chambres astucieusement articulées autour d'un patio central. Dans le quartier de la préfecture, la Maison Montgrand, 3 étoiles, est un hôtel particulier de 37 chambres (bientôt 50) toutes décorées différemment. On peut s'y réunir jusqu'à 30 personnes. Son plus : un grand jardin en plein cœur de ville.



Fortin de Corbières

Située dans un emplacement exceptionnel entre le Sofitel Vieux-Port et le Fort Ganteaume, la Casa Delauze est unique à Marseille. Son intérieur, façonné à l'image des sous-marins, est aussi fascinant que l'histoire de son propriétaire, le capitaine Henri Germain Delauze, plongeur et passionné de fonds marins : matériels de plongées, coraux et souvenirs de voyages exotiques en font à eux seuls un musée. Le lieu offre une plongée en eaux profondes tout en restant sur la terre ferme ! Sur un terrain d'une superficie de 4 600 m<sup>2</sup> la Casa Delauze peut accueillir jusqu'à 700 personnes pour tous types d'événements : séminaires, conférences, cocktails, dîners de gala... Un endroit à la fois historique, atypique et marseillais qui vous permettra de vivre une expérience unique et extraordinaire. Le musée des civilisations de l'Europe et de la Méditerranée (Mucem) est sans conteste l'une des plus belles réussites architecturales de Marseille-Provence 2013. Visites privées (jusqu'à 350 personnes), auditorium de 335 places et cocktails dînatoires magiques sur la terrasse du musée (300 personnes) ou la place d'Armes du fort (450 personnes), ce haut lieu culturel vous invite à des moments événementiels hors du commun.

Les voûtes situées sous la cathédrale néo-byzantine de la Major ont longtemps servi d'entrepôts. Aujourd'hui, certaines voûtes accueillent des boutiques et des restaurants tandis que d'autres se privatisent, les Halles de la Major peuvent accueillir plus de 350 personnes en intérieur et 800 en extérieur sur la terrasse, on peut même danser à l'été.



Les Halles de la Major

# Radio



**JOURNAL DE 8H**  
**Présenté par Philippe BOCCARA**

Durée 01:28 minutes

08:06:36

Les maladies respiratoires sont en constante augmentation.

08:06:56

Citation de la broncho-pneumopathie obstructive.

08:07:21

Interview d'Hervé Pégliasco, pneumologue à l'hôpital européen de Marseille, sur la pollution à Marseille.

08:08:04