



V^{ème} Congrès International de Pneumologie de la Société de Pneumologie de Madagascar

Antananarivo, 02-04 Octobre 2013

La Société de Pneumologie de Madagascar (SPMAD) vous accueille avec un immense plaisir à l'occasion de ce « Vème Congrès International de Pneumologie » et dont le thème est « Les avancées en Pneumologie ». La médecine évolue tous les jours et il en est de même pour la pneumologie. La SPMAD, créée en 2004, réunit en son sein des acteurs qui, selon son statut général, œuvre dans la « promotion de la Pneumologie en tant que spécialité médicale et de promouvoir son enseignement dans la formation médicale générale et les autres formations spécialisées ».

L'organisation de ce Congrès va nous permettre d'effectuer des échanges d'informations pneumologiques entre divers pays.

Lors de ce Congrès qui va durer trois jours, nous parlerons entre autres, de l'asthme, des infections pulmonaires, de l'insuffisance respiratoire, du Syndrome d'apnée du sommeil, de la tuberculose qui est toujours à la mode avec cette fois-ci l'émergence des formes multi résistantes et de la chirurgie thoracique sous l'angle de l'anesthésiste. Le côté exploration fonctionnelle n'est pas oublié.

Nous remercions tous les membres de la SPMAD pour les préparatifs et tous ceux qui de loin ou de près ont collaboré pour la réussite de ce Congrès. La SPMAD remercie également le Ministère de la Santé, le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique, la Société de Pneumologie de Langue Française, le Soutien Pneumologique International, la Société de Pneumologie de l'Océan Indien, les Facultés de Médecine d'Antananarivo et de Mahajanga, les laboratoires pharmaceutiques, les autres partenaires et donateurs qui ont contribué à l'organisation et la réussite de ce Congrès.

Nous souhaitons une pleine réussite à ce Congrès, et la participation de médecins spécialistes de diverses disciplines, de médecins généralistes, des paramédicaux ainsi que des étudiants apportera des échanges fructueux

Professeur RALISON Andrianaivo

R 01. Les asthmes difficiles

Ben Kheder A, Pigearias B

Résumé. Sur le plan sémantique, nous distinguons entre l'asthme difficile, l'asthme sévère, l'asthme réfractaire tout en sachant que tous les asthmes difficiles ne sont pas forcément sévères mais que tous les asthmes sévères sont difficiles. En fait un asthme difficile est un asthme qui malgré un traitement optimal prescrit, n'arrive pas à être contrôlé pour des raisons liées à la maladie elle-même, au patient, au terrain, aux habitudes, à l'environnement et aux conditions socio-économiques. La définition réelle est celle de l'ATS qui définit ce type d'asthme selon deux critères majeurs (usage de corticoïdes stéroïdes à fortes doses) et des critères mineurs multiples. La meilleure définition reste celle de Chané (2007) qui considère comme asthme difficile tout asthme qui reste non contrôlé malgré un traitement adapté pris pendant au moins 6 mois et prescrit par un médecin spécialiste. Il faut par ailleurs savoir que cet asthme difficile est l'apanage de certains phénotypes tels que l'asthme associé à l'obésité, celui avec intolérance à l'aspirine. Sur le plan épidémiologique, ces asthmes représentent 10% des asthmatiques. Sur le plan de leur prise en charge, il est nécessaire tout d'abord de porter le diagnostic d'asthme difficile de toujours faire un réajustement et une réévaluation diagnostic. C'est au bout de cette démarche que l'asthme sera classé difficile et qu'une prise en charge personnalisée sera entreprise.

R 02. Clinique des bronches, allergie et sommeil, Hôpital Nord, Marseille

Charpin D

Hôpital Nord, Marseille

Résumé. L'asthme en relation avec le travail se subdivise en asthme professionnel à proprement parler et asthme aggravé par le travail. Parmi les asthmes professionnels à proprement parler, on distingue les asthmes avec ou sans période de latence. Le classement des substances incriminées et des métiers à risque a évolué au cours de la dernière décennie avec le rôle croissant des ammoniums quaternaires et autres produits de nettoyage et, au contraire, la régression du rôle du latex. Parmi les facteurs de risque, la rhinite mérite d'être mise en avant et se trouve maintenant mentionnée dans les tableaux de reconnaissance des maladies professionnelles. Le diagnostic repose sur l'anamnèse et les épreuves fonctionnelles respiratoires qui permettent le diagnostic d'asthme et de son caractère professionnel. Les investigations immunologiques n'ont d'intérêt que pour les asthmes en relation avec des agents de haut poids moléculaire. Le pronostic de l'asthme professionnel reste médiocre et sa réparation médico-légale peu satisfaisante, d'où le rôle essentiel de l'amélioration des conditions de travail.

R 03. Référence spirométrique de la population adulte malagasy

Andriamihaja R, Razafidrakoto L, Ratomaharo J

*Service de Pneumologie Chu Toamasina
Hôpital Privé d'Athis-Mons, Athis-Mons
France*

Résumé. Les références spirométriques utilisées à Madagascar sont préinstallées dans l'appareil et variables d'un appareil à un autre. Le MaSpiroGroup a effectué une étude multicentrique depuis Juin 2006 en vue d'établir des équations spirométriques pour l'ensemble de la population adulte malagasy, homme et femme. Quatre centres ont été inclus dont 2 sur les Hauts plateaux et 2 dans les régions côtières. Les premiers résultats ont été publiés en 2008 incluant 1557 sujets adultes non fumeurs et sains dont 855 hommes et 722 femmes. Tous les paramètres ventilatoires sauf le DEP et le DEM75 sont inférieurs aux valeurs caucasiennes.

En vue d'une validation des résultats, l'étude a été poursuivie jusqu'à l'inclusion de 1428 hommes et 1063 femmes. La répartition de l'âge, l'anthropométrie selon le sexe et l'origine sont comparables dans les deux groupes. Les équations des Régions côtières et Hauts plateaux étant très proches, on a construit les équations pour l'ensemble de la population et sont établies séparément pour les deux sexes. Comparées aux équations existantes, nos valeurs sont proches des Afro-américains et inférieures à celles des Latino-américains et des Européens. Ces équations de références sont les premières pour la population malagasy adulte des deux sexes portant sur une population largement représentative de toute l'île et applicable sur le terrain.

R 04. L'oxygénothérapie dans l'insuffisance respiratoire chronique

Etcheverry B

Hôpital Mont de Marsan

Résumé. L'oxygénothérapie de longue durée (OLD) est l'un des traitements majeurs de l'insuffisance respiratoire chronique sévère. Plus de 25 ans après les études « historiques » qui ont montré qu'elle améliorait significativement l'espérance de vie des patients présentant une broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) avec hypoxémie franche, l'OLD est entrée dans la routine, du fait notamment des améliorations technologiques (concentrateurs, oxygène liquide, système portable). Les indications de l'OLD dans les BPCO sont bien codifiées : hypoxémie sévère (pression artérielle en oxygène inférieure à 55-60 mm Hg) et persistante, à distance d'une exacerbation et en dépit d'un traitement médicamenteux optimal. L'OLD peut être prescrite dans d'autres formes étiologiques

d'insuffisance respiratoire que les BPCO (fibroses diffuses, mucoviscidose, etc), en respectant les mêmes critères gazométriques ; les résultats sont cependant moins bons que dans les BPCO. La durée quotidienne de l'oxygénothérapie est un élément fondamental : les bons résultats en matière d'espérance de vie et d'amélioration hémodynamique pulmonaire ont été observés pour des OLD de plus de 18 heures sur 24.

R 05. La tuberculose multirésistante TB-MR

Raharimanana R

Servie Pneumologie, CHU Mahajanga

Résumé. La tuberculose multi résistante se définit par la résistance du bacille tuberculeux à la rifampicine et à l'isoniazide. Elle constitue une menace épidémiologique et une charge économique importante pour les pays qui en sont touchés. Le nombre estimé de cas de TB-MR est à près d'un demi-million par année. A Madagascar, selon l'étude en 2005-6, le taux de résistance primaire est de 0,2% et celui de la résistance secondaire à 3,4%. Donc elle existe à Madagascar, il faut penser à la dépister et de la prendre en charge correctement. La TB-MR survient surtout quand le programme local est incapable d'assurer la guérison de la majorité des malades (erreur du programme national, du corps médical ou du malade). Les facteurs de risque de développer une tuberculose multi résistante sont l'existence d'une malabsorption à ces 2 médicaments, le contact à un tuberculeux multi résistant, les malades traités antérieurement (rechutes, reprises, échecs), la provenance ou un séjour dans un milieu à haut risque de multi résistance, les tuberculeux séropositifs au VIH. Habituellement, sur le plan clinique, la TB-MR se présente comme la tuberculose sensible mais la présentation clinique et radiologique peut être plus sévère et l'évolution peut être plus lente que dans les formes sensibles. La détermination de la sensibilité du germe reste essentielle dans tous les cas où une multirésistance est probable. Elle repose sur les tests de sensibilité in-vitro à partir des cultures en milieu solide ou liquide (tests phénotypiques) dont le résultat est long ou par des méthodes moléculaires disponibles en quelques heures (tests génotypiques). Les moyens de lutte actuels sont la prévention ou la correction des erreurs conduisant à l'apparition de nouveaux bacilles multirésistants; le traitement de deuxième ligne par l'association de 5 médicaments efficaces dictée par l'antibiogramme dont un injectable et une quinolone et durera pendant 18 mois au moins. Le traitement de la tuberculose multirésistante n'est pas dénué d'effets indésirables nécessitant un traitement adjuvant ou un changement du régime thérapeutique.

La tuberculose multirésistante est une menace sérieuse pour les programmes de lutte antituberculeuse.

Il faut réunir tous nos efforts pour limiter l'augmentation de ces formes multirésistantes et éviter l'apparition des XDR et TDR-TB par une bonne prise en charge opérationnelle et clinique.

R 06. Evaluation des tests moléculaires pour la détection de la tuberculose multirésistante à Madagascar

Rakotoson A, Rasalofo V, Ratsirahonana O, Cauchoix B

Programme National de Lutte contre La Tuberculose

Résumé. Avec plus de 25000 cas diagnostiqués chaque année par le Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT, Ministère de la Santé), la tuberculose est un problème de santé publique à Madagascar. Le taux de multi résistance (MDR) aux principaux antituberculeux (l'isoniazide et la rifampicine) de l'ordre de 3,4% chez les patients déjà traités, est bas, ce qui est un atout pour la réussite du PNL. Cependant, il est nécessaire de détecter les patients atteints de tuberculose multi résistante (TB-MR) pour réduire la morbidité et la létalité due à cette maladie, mais aussi pour éviter la propagation des souches *Mycobacterium tuberculosis* MDR dans la population. Le diagnostic classique des souches résistantes passe d'abord par l'isolement du bacille tuberculeux, son identification et la détermination des résistances par la culture sur milieu de Löwenstein-Jensen (LJ), ce qui peut demander plusieurs semaines voire plusieurs mois. Les bases moléculaires de l'apparition des résistances aux antituberculeux est connu; ce qui a permis le développement de tests rapides pour la détection des mutations responsables des résistances à la rifampicine et à l'isoniazide chez les souches MDR, comme le test MTBDR^{plus}® (HAIN Lifescience) et le test GeneXpert® (Cepheid). Ces tests, tous deux approuvés par l'OMS, ont été mis en place à Madagascar. Leur évaluation, à partir d'échantillons provenant de patients en échec ou rechute de traitement, est actuellement réalisée par rapport au test de référence, la méthode indirecte des proportions sur milieu de LJ. Les résultats seront rapportés dans cette communication.

R 07. Faut-il revoir la place du cliché de thorax dans la recherche des cas de tuberculose, au vu du résultat des enquêtes de prévalence, dans les pays de forte endémie ?

L'Her P, Leroy Terquem E, Sylavanh P, Vangvichit P, Bounmala S, Phonekeo L, Siphantong P, Saint Saly, Sebert J, Cauchoix B, Law I

Soutien Pneumologique International, Paris, France; Centre National de La Tuberculose, Vientiane, RDP Lao; CENAT Phnom Penh, Cambodge; Fondation Raoul Follereau Antananarivo; OMS Genève

Résumé. L'OMS, qui a longtemps nié l'intérêt du cliché thoracique pour diagnostiquer la tuberculose, recommande actuellement la radiographie numérique. Moyen diagnostique des TB pulmonaires à microscopie négative (TPM-), le cliché est demandé devant un tableau clinique évocateur avec examen direct négatif. Plu-

sieurs pays d'Asie et d'Afrique ont réalisé des enquêtes de prévalence. Dans des clusters randomisés, représentatifs du pays, toutes les personnes sont interrogées, examinées et radiographiées, avec examen des crachats, direct et culture, en cas de symptômes et/ou anomalie radiologique. Les résultats interpellent sur la stratégie de dépistage de la TB: dans les TB à culture positive (C+), l'examen direct est plus souvent négatif que positif; la moitié de ces TB (C+) sont asymptomatiques, diagnostiquées par la radiographie. Dans l'enquête laotienne, les sujets symptomatiques avec microscopie positive (TB dépistées actuellement par le PNT), représentent seulement 30% des TB confirmées. Il faut, recommandation OMS, élargir les indications du cliché thoracique, mais aussi renforcer la formation des médecins à sa lecture, car des aspects typiques d'une autre pathologie (cancer, DDB,...) sont souvent classés à tort TPM-, tandis que les petites opacités rétro claviculaires, vraies TPM-, sont parfois méconnues. En attendant que le cliché thoracique soit accessible à tout patient avec symptômes respiratoires, il faut informer les médecins des pays à forte endémie TB que la stratégie actuelle, qui dépiste certes les sujets les plus contagieux, méconnaît plus de 50 % des TB et recommander la radiographie pour les groupes à risque, en particulier les sujets contacts d'un patient TPM+.

R 08. Anesthésie-Réanimation en Chirurgie Thoracique: Les points importants en 2013

Larrieu B

Hôpital Privé d'Antony, Antony

Résumé. La chirurgie thoracique est une chirurgie à risque intermédiaire si le patient ne présente pas de comorbidités cardiovasculaires associées. La mortalité pour les segmentectomies est de 1 à 2 %, de 2 à 4% après lobectomie, de 6 % après pneumonectomie, 8 à 10 % après pneumonectomie élargie. Les objectifs de la prise en charge du patient opéré en chirurgie thoracique sont nombreux pour l'anesthésiste-réanimateur : stratification préopératoire du risque opératoire, évaluation des comorbidités associées, maîtrise de l'intubation sélective, connaissances des impacts physiologiques et techniques de l'exclusion pulmonaire (ventilation uni-pulmonaire VUP), mise en place d'une stratégie d'analgésie postopératoire multimodale, reconnaissance des complications postopératoires précoces.

La consultation d'anesthésie préopératoire permet :

- L'évaluation de la fonction respiratoire (EFR avec estimation du VEMS pré et postopératoire ($ppo\text{-}FEV1 = \text{preop}\text{-}FEV1 \times (1 - \text{segments enlevés} / \text{totalité des segments pulmonaires})$), un $ppo\text{-}FEV1 < 40\%$ est prédictif de complications respiratoires. La gazométrie artérielle (risque accrue si $PaO_2 < 60$ mmHg, $PaCO_2 > 50$ mmHg, la scintigraphie de ventilation-perfusion complètent le bilan.

- L'évaluation des comorbidités, âge > 70 ans, insuffisance coronarienne (ECG, Echocardiographie de stress à la Dobutamine, gestion des bêtabloquants et des anticoagulants en préopératoires (stents), insuffisance rénale et diabète insulino-dépendant, tolérance à l'exercice d'au moins 4 METS, nécessité d'une chirurgie vasculaire préopératoire complétant le bilan préopératoire.

- La classification ASA, la classe Mallempati, l'existence d'un syndrome d'apnée du sommeil, l'évaluation morphologique (poids, taille, IMC), l'absence de sevrage alcool-tabagique, les allergies, les traitements anticoagulants, antiagrégants plaquettaires, la gestion des dispositifs médicaux (stimulateurs médullaires, défibrillateurs implantables, la recherche de critères d'intubation difficile, doivent prises en compte.

- La préparation à l'intervention doit comprendre : l'arrêt du tabac, la kinésithérapie respiratoire, l'amélioration de l'état nutritionnel, la VNI préopératoire

- Les examens complémentaires sont en général abondants dans ce type de chirurgie

Le monitoring per opératoire comprend l'ECG, la mesure de la SpO₂ et de la PANI, de la capnométrie (EtCO₂), le monitoring de la curarisation, de la température, éventuellement du débit cardiaque par voie artérielle radiale (Vigileo, PICCO, ect..).

Le protocole anesthésique doit permettre une extubation rapide :

Hypnotique (Propofol, TIVA), Morphiniques (Sufentanyl/Remifentanyl si APD), Antihyperalgie (Ketamine, Nefopam), Curares (Tracrium, Rocuronium), Antibiothérapie (propre/contaminée).

Dans tous les cas il faudra prévoir: l'antibioprophylaxie, la prévention de la maladie thromboembolique, l'analgésie postopératoire multimodale. Les indications de la ventilation uni pulmonaire en per opératoire reposent sur la nécessité, d'une part, de permettre au chirurgien une exposition optimale du champ opératoire, d'autre part d'assurer la protection du poumon controléral chez les patients nécessitant une chirurgie d'exérèse pulmonaire. Elle nécessite la mise en place d'une sonde d'intubation à double lumière (SDL) dont le calibre est actuellement déterminé par la taille et le sexe du patient. La mise en place d'une SDL nécessite un contrôle par une fibroscopie trachéo-bronchique systématique. Les bloqueurs bronchiques uni pulmonaires sont réservés au cas en cas d'intubation difficile prévue avec classe de Mallempati >3, de sténose trachéale et /ou bronchique, de façon générale toute situation empêchant la mise en place d'une SDL. La vérification de l'exclusion pulmonaire après clampage de chacune des branches du raccord comporte, outre la fibroscopie, l'auscultation dans les aisselles, l'analyse de la spirométrie et la «technique des bulles». Les conséquences physiologiques de l'exclusion pulmonaire, vasoconstriction pulmonaire hypoxique régionale, hyperinflation dynamique, hypoxémie per opératoire doivent être connues. En pratique un Vt de 5 ml/kg avec une pression de pla-

teau limitée à 30 mm Hg, FR à 12 c/mn, adjonction d'une PEEP sur le poumon dépendant de la ventilation, adjonction d'une CPAP sur le poumon non dépendant permet de limiter les phases d'hypoxémie et les atelectasies per opératoires.

R 09. Angio-œdème de la face: quelle stratégie ?

Andriamampionona Razafindramboa

Service de Pneumologie, Centre Hospitalier d'Agen, Agen

Résumé. L'angio-œdème héréditaire est une affection rare, souvent héréditaire à transmission autosomique dominante et dont la prévalence est estimée entre un cas sur 10000 et un cas sur 50000. L'hétérogénéité du tableau clinique amène souvent à un diagnostic retardé de plusieurs années mais aussi à des diagnostics erronés. Ainsi, une chirurgie abdominale inutile est relativement courante dans les formes gastro-intestinales. D'autre part, les formes touchant les voies aériennes supérieures peuvent engager parfois le pronostic vital dans un tableau d'œdème de Quincke. Il importe de réorienter rapidement le diagnostic devant l'échec d'une réponse aux antihistaminiques et aux corticoïdes. La recherche d'un déficit en C1-INH et la baisse du taux du facteur du complément C4 confortent le diagnostic en dehors des éléments anamnestiques. Depuis 2012, il existe une recommandation sur la prise en charge de l'angio-œdème héréditaire avec le traitement de la crise, mais aussi la prévention à court et long terme. En dehors du traitement classique (Androgènes, acide tranexamique), on peut disposer sur le marché d'un antagoniste sélectif du récepteur de la bradykinine (Firazyr) et d'un concentré plasmatique en inhibiteur de C1 Estérase (Berinert). Y penser dans notre pratique quotidienne permettrait de limiter les retards diagnostiques et d'éviter les erreurs dont les conséquences sont parfois dramatiques.

R 10. Physiopathologie des SAS et de ses conséquences

Soyez

Hôpital Privé d'Antony, Antony

Résumé. Le syndrome d'apnée du sommeil est une entité assez récente dont les causes et les conséquences sont multiples. Nous verrons pourquoi le sommeil favorise cette maladie, quels en sont les facteurs favorisants et pourquoi les événements respiratoires ont des conséquences graves sur la qualité du sommeil d'une part, les métabolismes et le système cardiovasculaire d'autre part.

R 11. Sexe et sommeil

Soyez

Hôpital Privé d'Antony, Antony

Résumé. Dans la cosmogonie grecque le sommeil (Hypnos) a pour frère jumeau la mort (Thanatos). On

connait aussi les liens inconscients qui relie la sexualité et la mort. Nous verrons au cours de cet exposé l'importance du sommeil pour la physiologie des organes de reproduction, les répercussions des maladies respiratoires du sommeil sur la sexualité, rappellerons l'existence de parasomnies rares (les sexsomnies) et essaierons de répondre à cette question récurrente: l'acte sexuel est-il un hypnotique?

R 12. Aspects organisationnels de la mise en place d'un programme MDR à Madagascar

Ratsirahonana O, Cauchoix B, Rakotoson A, Randriambelison S

Programme National de La Lutte contre La Tuberculose

Résumé. L'émergence de la multi-résistance constitue une menace majeure pour le contrôle de la Tuberculose. Malgré une faible prévalence de la multi-résistance à Madagascar (0,2% pour la résistance primaire et 3,4% pour la résistance secondaire) des malades existent et attendent une prise en charge adéquate. En 2011, le PNLT a obtenu l'approbation du Green Light Committee pour mettre en place le volet TB MR. Le choix du régime thérapeutique a été dicté par l'état des résistances notamment aux fluoroquinolones, l'utilisation antérieure des différents types d'anti tuberculeux. Les opportunités de l'arrivée des tests de diagnostic rapide ont orienté le choix de la stratégie diagnostique : elle se fait par un premier screening au test Genexpert puis l'utilisation du test Hain, les cultures et antibiogrammes restant les examens de référence. Un schéma thérapeutique de 18 mois est adopté avec 6 mois d'hospitalisation.

Le soutien psycho-social représente également un volet crucial, en l'occurrence le suivi biologique des malades et l'appui nutritionnel.

R 13. Actualités sur les infections pulmonaires basses

Raherison Semjen C

Service des Maladies Respiratoires, Pole Cardio-Thoracique, CHU Bordeaux, Université Bordeaux Segalen

Résumé. Les infections respiratoires basses (IRB) englobent à la fois: les bronchites aiguës, les pneumonies, et les exacerbations de BPCO. L'épidémiologie des IRB varie en fonction de l'âge, des pays, du sexe et de l'environnement. Dans le monde, les IRB aiguës, comme la pneumonie et la bronchiolite sont une cause importante de morbidité et de mortalité chez le jeune enfant (moins de 5 ans). Les facteurs de risque d'IRB sont la précarité, les conditions socio-économiques, l'absence de prévention vaccinale. Les étiologies principales sont essentiellement virales et bactériennes. Cependant, le rôle de l'exposition à la biomasse est maintenant un facteur de risque reconnu d'IRB chez

les enfants dans les pays à faible niveau de revenus. D'une façon générale, la prise en charge des IRB reste fréquente et difficile en soins primaires, avec toujours la crainte de ne pas donner un traitement adapté, et de pouvoir évoquer à temps la possibilité d'un diagnostic différentiel. Les signes cliniques respiratoires sont en effet peu spécifiques. Les publications récentes au cours du temps se sont développées à la recherche de marqueurs biologiques comme le dosage de la CRP, ou de la pro calcitonine (PCT) quand cela est possible, pour une aide au diagnostic et au traitement. La prévention des IRB en particulier chez le jeune enfant est une priorité de l'OMS, afin de diminuer la mortalité extrahospitalière des IRB. Cette prévention passe par un meilleur accès aux soins, l'accès aux vaccinations, et à l'antibiothérapie adaptée. Outre la morbidité et la mortalité, les séquelles respiratoires des IRB à moyen et long terme sont loin d'être négligeables.

R 14. Critères d'opérabilité des cancers bronchiques non à petites cellules

Herkert

Hôpital Privé d'Antony, Antony

Résumé. Le cancer bronchique demeure un problème de santé publique dans le monde et son pronostic global reste encore mauvais du fait d'une découverte souvent trop tardive et de comorbidités associées. Le traitement chirurgical est incontestablement le meilleur traitement curatif des stades limités. Le bilan préopératoire doit donc être rigoureux pour déterminer si l'extension tumorale autorise la résection complète et si l'état physiologique du patient lui permet de supporter l'intervention envisagée. En évolution permanente, du fait de nouvelles techniques d'exploration ce bilan vise à améliorer le pronostic à 5 ans, permettre une meilleure stadification qui s'appuie sur la classification TNM. Le bilan d'extension appréciant la résécabilité de la tumeur repose sur l'endoscopie et l'imagerie classique (TDM, scintigraphie osseuse voire IRM). Il a été enrichi récemment de la tomographie à émission de positons (TEP-SCAN), très performante, elle permet d'affiner l'extension locorégionale et à distance.

Néanmoins, le recours à des examens invasifs reste parfois nécessaire: médiastinoscopie, ponctions endoscopiques guidées par échographie ou thoracoscopie. Le bilan fonctionnel, quant à lui, permet d'apprécier l'opérabilité en tenant compte de l'état fonctionnel respiratoire du patient (EFR et tests d'effort) et des comorbidités associées.

R 15. Nouveaux bronchodilatateurs : présents et avenir

Soyez

Hôpital Privé d'Antony, Antony

Résumé. L'industrie pharmaceutique nous propose de nombreux bronchodilatateurs. Nous apprécierons leur intérêt en pratique, sous la forme du service médical

rendu, analyserons les critères qui ont permis d'obtenir leur autorisation de mise sur le marché français ou européen. Au travers de ces critères nous présenterons la BPCO comme une maladie générale handicapante pour laquelle la simple mesure du VEMS bien que indispensable ne paraît pas suffisante pour apprécier son retentissement sur la vie quotidienne.

R 16. Les principes de la réhabilitation respiratoire

Herkert

Hôpital Privé d'Antony, Antony

Résumé. La réhabilitation respiratoire est un ensemble de soins personnalisés, dispensés au patient atteint d'une maladie respiratoire chronique dans le but d'améliorer la symptomatologie, la qualité de vie, d'optimiser les conditions psychosociales, de diminuer le nombre d'hospitalisations et de fait les coûts de santé. Cette prise en charge se fait par une équipe multidisciplinaire, et est recommandée dès le stade II de la BPCO. Cette réhabilitation respiratoire se positionne bien sûr associée à un traitement médical maximal après un bilan d'évaluation bien défini. Il comporte plusieurs volets : entraînement à l'exercice, éducation thérapeutique, sevrage tabagique, prise en charge nutritionnelle, psychologique et sociale. Il peut se faire en centre spécialisé, en ambulatoire, à domicile ou en réseau. La réhabilitation respiratoire avec ses multiples facettes est un processus continu, évolutif visant à obtenir un changement de comportement durable du patient dans sa vie quotidienne l'amenant vers une meilleure autonomie et à un moindre recours à l'équipe médicale.

R 17. Le syndrome d'apnées de l'enfant

Chalumeau F

Hôpital Privé d'Antony, Antony

Résumé. Le SOAS de l'enfant été décrit plus récemment que celui de l'adulte, l'un des objectifs de sa prise en charge est d'éviter la survenue d'un SAOS à l'âge adulte. Le pic d'âge est entre 3 et 6 ans, certaines familles sont plus exposées que d'autres. Il est caractérisé par des signes respiratoires nocturnes typiquement un ronflement, et des signes nocturnes non respiratoires: sommeil agité, sueurs, énurésie. Le sommeil est moins récupérateur avec des conséquences comportementales diurnes de type fatigue ou hyperactivité. Du point de vue physiopathologique il résulte d'une obstruction des voies aériennes supérieures avec un conflit entre le contenu: la structure osseuse maxillo-mandibulaire et le contenu: chez l'enfant l'anomalie la plus fréquemment retrouvée est une hypertrophie adénoïdienne ou amygdalienne mais d'autres causes morphologiques sont parfois observées. Le diagnostic va reposer sur un examen clinique général et ORL-orthodontique, des questionnaires visant à évaluer les conséquences du SAOS et enfin la réalisation comme chez l'adulte d'un enregistrement du sommeil. La prise

en charge thérapeutique va agir sur le contenu par une adéno-amygdalectomie typiquement et/ou sur le contenant c'est le domaine de l'orthopédie dento-faciale. Une approche multidisciplinaire pédiatre, somnologue, ORL, orthodontique permet d'optimiser au mieux la prise en charge.

R 18. Le traitement chirurgical du SAS

Chalumeau F

Hôpital Privé d'Antony, Antony

Résumé. La prise en charge thérapeutique du SAOS n'est pas univoque. La PPC est le traitement de référence en particulier des formes de SAOS les plus sévères. L'orthèse d'avancée mandibulaire (OAM) et la re-conformation des voies aériennes supérieures par chirurgie sous AL ou AG sont des alternatives pour les formes minimales ou modérées ou en cas d'échec de la PPC. Les mesures hygiéno-diététiques et le traitement positionnel font également partie prenante de la prise en charge. Le traitement chirurgical va être discuté en fonction des données de l'examen ORL: examen clinique et données de la naso-fibroscopie sous AL voir de la naso-fibroscopie sous AG pour les situations les plus difficiles. Les données de l'examen maxillo-mandibulaire et dentaire seront également prises en compte. Le traitement chirurgical suivant les anomalies constatées va concerner le contenu des différents étages des voies aériennes supérieures, étage nasal: septum et cornet inférieur, étage oropharyngé : voile du palais, luette et amygdales, étage rétrobasal-lingual: épiglottite et base de langue.

Une chirurgie visant à modifier les bases osseuses de la face : maxillaire et mandibule est parfois discuté en particulier chez les patients les plus jeunes.

R 19. Première application de la thermo coagulation bronchique à Madagascar

Razafindrakoto L, Andriamihaja R,

Fidy Arson L

Service Pneumologie, Service ORL

CHU Toamasina

Résumé. A Madagascar l'endoscopie bronchique fait partie des techniques d'investigations diagnostiques. En matière d'endoscopie interventionnelle, seule l'extraction de corps étrangers des voies aériennes est effectuée. La thermo coagulation a été introduite à Madagascar fin 2011 via Pneumalga et seul le CHU de Toamasina sur le littoral Est de l'île, en l'occurrence les services de Pneumologie et ORL la pratiquent. Cette technique a été choisie car elle s'adapte aux infrastructures sur place et comme les cancers bronchiques sont diagnostiqués tardivement, elle est utilisée à visée curative pour les tumeurs locales et palliative pour les stades avancés. A travers SIX cas de thermo coagulation réalisés au CHU de Tamatave, nous avons fait une évaluation sur l'intérêt, l'avantage et les contraintes concernant cette nouvelle technique. Les indications

étaient portées sur des cas de tumeurs : 2 cas de tumeurs ORL localisées au niveau du ¼ supérieur de la trachée ; 4 cas de tumeurs bronchiques.

Sur ces 6 patients, on a effectué 11 séances de thermo coagulation. L'acte est réalisé au sein du service de pneumologie, sous anesthésie locale réduisant le coût de l'intervention ; le nombre du personnel mobilisé et en ambulatoire. Chaque intervention a duré en moyenne deux heures, il n'y avait pas de complications immédiates et l'évolution à moyen terme était satisfaisante dans tous les cas. L'intervention est limitée par la longueur de la tumeur et les compressions extrinsèques à l'origine de la sténose.

R 20. Beta bloquant chez les patients présentant une BPCO et une pathologie cardiovasculaire: plus de bénéfice que de risque

Ravahatra K, Rasolonjatovo AS,

Rahantamalala MI, Vololontiana MD

Service Médecine Interne, CHU Antananarivo

Résumé. Le risque de développer une insuffisance cardiaque est 2 à 4 fois plus fréquent en cas de broncho-pneumopathies chroniques obstructives (BPCO). Pourtant, les BPCO représentent la principale raison de non-prescription des bêtabloquants au cours de l'insuffisance cardiaque. L'objectif de notre présentation est de montrer à travers des cas cliniques l'utilité d'une prescription d'un bêtabloquant chez un patient à haut risque cardiovasculaire et présentant un BPCO.

Homme âgé de 67 ans, hospitalisé pour une dyspnée d'effort d'apparition progressive NYHA II à NYHA III. Dans ces antécédents, on notait une bronchite chronique non explorée. Ces facteurs de risque cardiovasculaire étaient: âge, tabagisme actif à 4 PA. A l'entrée, les paramètres cliniques étaient normaux, l'écho doppler cardiaque montrait une cardiomyopathie dilatée hypokinétique avec fraction d'éjection à 25,54%, l'EFR montrait un syndrome mixte à prédominance obstructive, évoquant une BPCO stade II de GOLD. Le patient était mis sous bêtabloquant cardio-sélectif associé au traitement usuel de l'insuffisance cardiaque. Le bêtabloquant était bien toléré et on notait une régression des signes d'insuffisances cardiaques.

Le deuxième cas était un homme âgé de 61 ans, hospitalisé pour céphalée et dyspnée sur une urgence hypertensive avec décompensation sur le mode gauche d'une cardiopathie hypertensive compliquée d'une fibrillation auriculaire. Dans ces antécédents, on notait une BPCO stade II bien traitée. Il présentait comme facteurs de risque cardio-vasculaire: âge, tabagisme à 10PA, HTA grade III à risque élevé compliquée de cardiopathie hypertensive et de fibrillation auriculaire et HTA familiale. Le patient était mis sous bêtabloquant après traitement de son hypertension et de son insuffisance cardiaque. Le contrôle de l'EFR n'avait pas montré une modification du VEMS.

Les bêtabloquants cardio sélectifs peuvent être prescrits au cours du BPCO et sont bien tolérés, permettant

ainsi de réduire la mortalité chez les patients présentant des pathologies cardiovasculaires à risque élevé associée au BPCO.

R 21. Co-infection tuberculose-VIH observée à l'unité de Pneumo-physiologie du CHU Mahajanga

Raharimanana RN, Tsaramila R, Ravelolonarisoa J, Raveloarimanga M, Velomanana AP, Ralison A
Service Pneumo-physiologie CHU Mahajanga

Objectif. Etudier les aspects épidémiocliniques, paracliniques, thérapeutiques, évolutifs de la co-infection TB/VIH observée à l'unité de Pneumo-physiologie du CHU Mahajanga afin d'améliorer la lutte contre ces deux maladies.

Patients et méthode. Etude prospective des patients tuberculeux hospitalisés et suivis en externe avec une sérologie VIH positive entre le 01/01/09-31/12/11.

Résultats. Durant cette période, 540 (92,62%) tuberculeux ont répondu au dépistage de l'infection VIH. Six (1,11%) étaient séropositifs. La sex-ratio H/F était 0,5, l'âge moyen était de 32,82 ans. Tous nos patients vivaient en zone urbaine. 83,33% ont un niveau socioéconomique bas, 66,67% sont éthylo-tabagiques. La non utilisation de préservatif et des partenaires multiples sont relevés chez 100% des cas. La tuberculose était révélatrice de l'infection au VIH chez 83,33% avec 66,67% de formes pulmonaires. Les manifestations cliniques sont les mêmes que celles de la littérature. Les anomalies radiologiques sont représentées par les miliaires, les pleurésies, les opacités hétérogènes étendues. Les candidoses, la toxoplasmose étaient les infections opportunistes les plus relevées. Un taux de CD4 bas (<200/mm³) chez 80%. Un traitement antituberculeux identique à ceux des séronégatifs, mené correctement et associé à des antirétroviraux introduits au moment opportun a permis d'obtenir un bon résultat.

Conclusion. Un dépistage systématique de l'infection VIH doit être effectué chez tous tuberculeux. Une collaboration étroite entre les médecins du VIH et de la tuberculose doit s'établir pour améliorer la lutte contre ces deux maladies.

R 22. Les issues du traitement de la tuberculose dans le service de Pneumo-physiologie du CHU d'Antananarivo

Rakotoson JL, Rakotomizao JR, Andrianjafison F, Tiaray HM, Rajaoarifetra J, Raharimanana RN, Ralison A, Andrianarisoa ACF

Service Pneumo-physiologie CHU Antananarivo

Objectif. Déterminer les issues du traitement de la tuberculose dans le service de Pneumo-physiologie du CHU d'Antananarivo Madagascar.

Matériels et méthodes. étude rétrospective descripti-

ve des cas de tuberculose toutes formes confondues, déclarés, suivis et traités dans le service de Pneumo-physiologie du CHU d'Antananarivo pendant une durée de 48 mois. Les paramètres épidémiologiques et les issues du traitement ont été analysés.

Résultats. durant l'étude, 1041 cas de TB ont été inclus, composés de 406 femmes (39%) et 635 hommes (60,9%) avec une sex ratio de 1,5, d'âge moyen de 38,08 ans. La tuberculose pulmonaire (n= 588 ; 56,48%) prédominait composée de 463 cas de tuberculose pulmonaire à bacilloscopie positive (78,74%) et de 125 cas de tuberculose pulmonaire à bacilloscopie négative (21,25%). Les localisations extra-pulmonaires étaient retrouvées dans 449 cas (43,23%), dominées par les tuberculoses pleurales (n= 264 ; 58,79%), ganglionnaires (n= 59 ; 14,14%) et miliaires (46 ; 10, 24%). Huit cas de co infections (0,76%) VIH ont été retrouvés. Les taux de succès [guérison (n= 332 ; 31,89%) et traitement terminé (n= 486 ; 46,68%)] (n= 818), de décès (n=46), de perdu de vue (n= 57), d'échec (n=2) et de transfert (n= 117) étaient respectivement de 78,57%, 4,41%, 5,47%, 0,19%, et 11,23%.

Conclusion. L'application stricte de directives fixées par le Programme National de Lutte contre la Tuberculose constitue le garant de l'efficacité de la lutte antituberculeuse. Nos résultats sur les succès thérapeutiques et le taux de perdu de vue sont proches de ceux fixés par le PNLT.

R 23. Prévalence des suspects du syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS) à Mahajanga ville

Nenkam Tindjou SD, Raharimanana RN, Ralison A

Service Pneumo-physiologie CHU Mahajanga

Résumé. Le SAOS est une pathologie fréquente. C'est un véritable problème de santé publique dans les pays industrialisés. Elle est encore méconnue à Madagascar. Nous avons comme objectifs de déterminer la prévalence des sujets suspects de SAOS et d'évaluer les facteurs de risque ainsi que les comorbidités dans ce groupe. Nous avons associé l'échelle d'Epworth et le questionnaire de Berlin pour dépister les sujets suspects de SAOS. Nous avons inclus 253 sujets et relevé un taux de participation de 93,35%. La prévalence des suspects de SAOS était de 26,9% soit 29,57% chez les hommes et 24,63% chez les femmes. Les forts suspects représentaient 5,9%. La triade somnolence diurne, ronflements et apnées nocturnes a été retrouvée dans 20,6% des cas. La suspicion de SAOS était liée à l'âge, au sexe masculin, à l'obésité. La consommation d'alcool, de tabac et la ménopause étaient les facteurs de risque relevés. L'HTA constituait la comorbidité et/ou la complication principale du SAOS (45,6%). L'association somnolence diurne, ronflements et apnées nocturnes est très évocatrice de SAOS. Le dépistage du SAOS doit être systématique devant toute personne présentant des facteurs de risque en particulier cardio-

vasculaires. Une exploration pendant le sommeil des suspects est primordiale d'où la nécessité d'équiper les services de Pneumologie d'un polysomnographe.

R 24. Aspects épidémiologiques et microbiologiques des pneumopathies nosocomiales au service des soins intensifs du CHU Joseph Raseta Befelatanana (CHU JRB)

Rakotomavo FA, Andriamasy C,
Rakotonirina HN, Raveloson NE
*Service Soins intensifs et réanimation
médicale, CHU Antananarivo*

Objectif. Les pneumonies nosocomiales constituent une cause majeure de morbi-mortalité en réanimation. Déterminer les caractéristiques épidémiologiques et microbiologiques des pneumopathies nosocomiales dans le service des soins intensifs du CHU JRB.

Matériels et méthodes. Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive réalisée à l'USFR sur une période allant du 01 Janvier 2008 au 31 Juin 2010, portant sur les dossiers médicaux des patients qui ont présenté une pneumopathie nosocomiale prouvée microbiologiquement.

Résultats. Soixante quatre patients ont été retenus. Ils avaient un âge moyen de 56 ans et une prédominance masculine était notée (59.37%). Les principaux facteurs de risque de pneumonie nosocomiale identifiés étaient l'usage préalable d'antibiotique (87.5%), l'utilisation de sonde naso-gastrique (68.75%), l'altération de la conscience (59.37%), le genre masculin (59.37%), l'âge élevé (53.12%) et l'intubation endotrachéale (25%). Les signes cliniques les plus rencontrés étaient la toux (90.62%), la fièvre (81.24%) et l'encombrement bronchique (75%). Les anomalies radiographiques consistaient surtout en des infiltrats alvéolaires (48.43%) et mixtes (42.18%). Les germes les plus rencontrés étaient *Staphylococcus aureus* (37.49%), *Streptococcus* (24.99%) et *Candida albicans* (18.75%). L'infection était poly microbienne dans 43.75% des cas. Une bactérie multirésistante a été isolée chez 15 patients (23.43%). Les fluoroquinolones restaient les antibiotiques auxquels les bactéries étaient les plus sensibles. Le taux de mortalité était de 25%.

Conclusion. Cette étude donne une idée sur les germes fréquemment rencontrés et sur leur sensibilité vis-à-vis des antibiotiques dans notre service. Un suivi périodique de l'écologie microbienne du service devrait être effectué pour faciliter la prise en charge initiale des pneumopathies nosocomiales.

R 25. Relation entre état parodontal et Broncho-pneumopathie chronique Obstructive à Madagascar

Rakoto Alson S, Rasoariseheno FJ,
Rakotoarivony EA, Randrianarisoa OT,
Ralaiarimanana LFE, Ralison A, Ralison G
CHU Mahajanga

Résumé. La Broncho-pneumopathie chronique Obstructive (BPCO) est une maladie fréquente, elle représentait la 6ème cause de décès en 1990 et deviendra la troisième d'ici 2020. Des études récentes ont montré un lien entre BPCO et parodontite. Cette étude est ainsi effectuée à Madagascar dont l'objectif est d'évaluer l'état parodontal des patients atteints de BPCO afin de rechercher une relation entre BPCO et maladies parodontales. Une étude épidémiologique descriptive a été effectuée auprès de 40 sujets souffrant de BPCO du mois de décembre 2008 au mois de juin 2009 à Antananarivo Madagascar, au Centre Hospitalier de Soavinandriana et au Centre Hospitalier Universitaire de Fenoarivo. Le degré de l'atteinte parodontale, le niveau d'hygiène orale et le résultat de l'exploration fonctionnelle respiratoire de ces malades ont été évalués. Ils étaient atteints de BPCO aux stades II (modérée) et III (sévère) selon la classification spirométrique de GOLD. Tous les sujets présentaient une parodontite, dont 60% sévère, avec une profondeur moyenne de poche parodontale de 4,48±0,68 et une perte d'attache moyenne de 5,47±1,63. L'indice moyen de plaque était de 44,05±17,6. La sévérité de parodontite et le niveau d'hygiène orale étaient proportionnels à la sévérité de la BPCO. L'état parodontal et le niveau d'hygiène orale auraient par conséquent une influence sur l'état pulmonaire pouvant entraîner l'exacerbation ou la progression de la BPCO. Une prise en charge parodontale devrait ainsi être incluse dans le traitement en pneumologie et une étroite collaboration pluridisciplinaire serait souhaitable pour prévenir la progression de la BPCO à Madagascar.

R 26. Cancer bronchique primitif (CBP) : essai de stadification dans un pays à faible revenu

Andrianjafison F, Ravahatra K,
Rakotomizao JR, Tiaray MH, Rajaoarifetra J,
Rakotoson JL, Andrianarisoa ACF
Service Pneumologie, CHU Antananarivo

Introduction. Les CBP sont des pathologies graves et devenues de plus en plus fréquentes depuis ces dernières décennies. La prise en charge et le pronostic dépendent du stade de la maladie au moment du diagnostic. Notre objectif est de décrire le stade des CBP dans un pays où les investigations sont limitées par les moyens financiers des patients.

Matériels et méthodes. Nous avons mené une étude rétrospective et descriptive, mono centrique au Service de Pneumologie du CHU de Befelatanana, sur une période de 3 ans et 8 mois, allant de Janvier 2010 à Aout 2013. A partir des patients vus en consultation ou hospitalisés dans le service, incluant ceux qui ont un diagnostic histologique. Ont été exclus ceux dont le diagnostic était un cancer autre que CBP.

Résultats. Nous avons retenu 32 patients, avec un âge moyen de 57 ans, et un sex ratio à 1,9. Soixante

deux pourcent des patients étaient tabagiques, avec une consommation évaluée en moyenne à 25 paquets année. Leur maladie évoluait en moyenne depuis 9 mois. Parmi ces patients, 59% ont pu faire les bilans initiaux indispensables dont 79 % étaient au stade IV de la maladie. Quarante pourcent n'ont pas pu être stadifié car ils n'ont pas pu faire les bilans d'extension nécessaires. Nous avons déploré 23% de décès au

cours de notre cohorte.

Conclusion. La lutte contre le tabac demeure primordiale pour diminuer la fréquence des cancers bronchiques. La majorité des patients est vue au stade métastatique, nécessitant une sensibilisation des médecins sur le dépistage précoce chez les patients à haut risque de CBP.