

ajpo2

Association des Jeunes Pneumologues

Newsletter Janvier – Février – Mars 2021

Farah Mesli, Pascal Wang

Avantages membres AJPO2



Pour rappel, l'adhésion à l'AJPO2 vous fournit, pendant **un an**, les **avantages** suivants (et ça, ça rend très heureux !) :

- Vous devenez **membre de la Société de Pneumologie de Langue Française (SPLF)** et avez donc accès à la « **partie membre** » [de leur site](#). La « partie membre » permet d'avoir accès aux différents sondages d'actualité, aux activités des différents groupes de travail en cours mais surtout elle permet d'avoir accès aux **nombreuses vidéos essentielles à la formation continue** (mardi du GOLF, jeudi de la SPLF, vidéos des congrès de la CPLF, vidéos ZEPHIR ...) !! Pour les plus actifs d'entre vous, il vous permettra également de participer à la **vie de la SPLF** en ayant un droit de vote à leur Assemblée Générale !
- Participer aux **différents groupes de travail de la SPLF** : Alvéole, BPCO, GAVO2, GOLF, GREPI, etc....
- Un abonnement d'office à la « **Revue des Maladies Respiratoires** » (prix de base 112, 00 € pour les internes et 282,00 € pour les plus âgés)
- Un abonnement d'office au magazine « **Info Respiration** » de la SPLF (prix de base 20 € pour les étudiants et 37€ pour les autres), revue institutionnelle **bimensuelle** récapitulant les actualités en Pneumologie.
- **Remboursement intégral à postériori** du prix d'entrée à la CPLF (Tarif « interne » pour tous les adhérents qui était de 25€ pour le e-CPLF 2021 contre 100 € pour les séniors) et pour les internes ayant un poster ou une présentation, les **frais de déplacement et de séjour peuvent être pris en charge par notre partenaire PNEUMODEV !**
- Vous devenez membre de la célèbre **European Respiratory Society (ERS)** et bénéficiez de ses [nombreux avantages](#). Enfin pour les plus courageux d'entre vous, vous pourrez candidater à l'**Examen ERS HERMES** et les frais de prise en charge seront possiblement pris en charge (au moins **en partie**) par l'AJPO2 !
- **Accès aux annonces de postes professionnelles hospitaliers ou libérales** sur tous nos réseaux sociaux (site, twitter, Facebook, Instagram, etc...)



ERS EUROPEAN RESPIRATORY SOCIETY



Les formations à venir

- **Du 26.05.2021 au 28.05.2021** : 16 ième Congrès Francophone d'allergologie au Palais des Congrès à Paris : [Lien](#)
- **Du 26.05.2021 au 28.05.2021** : 20^{ème} Journées d'Etudes Francophone en Activités Physiques Adaptées (JEFAPA) à l'universitai de Caen : [Lien](#)
- **28.05.2021** : 2^{ème} journée scientifique du G-ECHO sur le thème du DRAINAGE THORACIQUE à Marseille : [Lien](#)
- **Du 11.06.2021 et 12.06.2021** : Les 3^{ème} journées de la TOUX à Toulouse , iniitalement prévu fin décembre 2020 mais reporter à mi 2021 : [Lien](#)
- **25.06.2021** : Webinaire sur le site de la SPLF : 12^{ème} journée de la formation sur l'aérosolothérapie : [Lien](#)
- **26.08 – 27.08.2021** : 9^{ème} journée d'asthme sévère à Lille : [Lien](#)
- N'oubliez pas les webinaires du GOLF tous les mardi entre 13h00 – 14h00 et de la SPLF tous les jeudis entre 13h00 – 14h00 avec possibilité de les voir en [replay](#)

Risque psycho sociaux et santé mentale



Fin février 2021, un nouvel interne (à Reims) s'est suicidé, ce qui porte le chiffre de décès d'interne par suicide en France à **QUATRE** depuis le début de l'année 2021...

En France, c'est en moyenne **10 à 20 internes** en médecine qui mettent fin à leurs jours chaque année. Nous, médecins en formation, qui soignons des malades tous les jours, avons **trois fois plus de risque de mourir par suicide** que les Françaises et Français du même âge !

Question longtemps taboue dans notre profession, il est temps de se faire entendre...

C'est ainsi que l'AJPO2 tient à apporter **son soutien à tous les internes de France** et rappelons que les membres du bureau sont présents pour vous. Il existe aussi des aides pour les étudiants ou jeunes chefs en difficultés.

Nous tenons ainsi à diffuser le message de [l'ISNI](#) sur la **prévention des risques psycho sociaux** :

« Chaque interne doit savoir vers qui se tourner en cas de détresse. Chaque interne doit savoir écouter et orienter son co-interne en cas de détresse.

Vous n'êtes pas responsables de ce que vous subissez, vous n'êtes pas des faibles, vous n'êtes pas des héros silencieux, vous n'êtes pas des merdes, vous êtes juste des soignants qui aident les autres. Mais pour aider les autres, il faut d'abord prendre soin de sa santé mentale, ce n'est en aucun cas une honte, c'est une obligation.

Plusieurs contacts sont à votre disposition. Sollicitez si vous êtes en détresse, les structures gérées par des internes en psychiatrie ou vos syndicats locaux, présentes dans chaque subdivision (cf carte qui sera mise à jour avec les subdivisions manquantes)

Vous n'êtes pas seul.es. Quelqu'un pourra toujours vous aider à sortir de l'enfer que vous pouvez subir au quotidien »

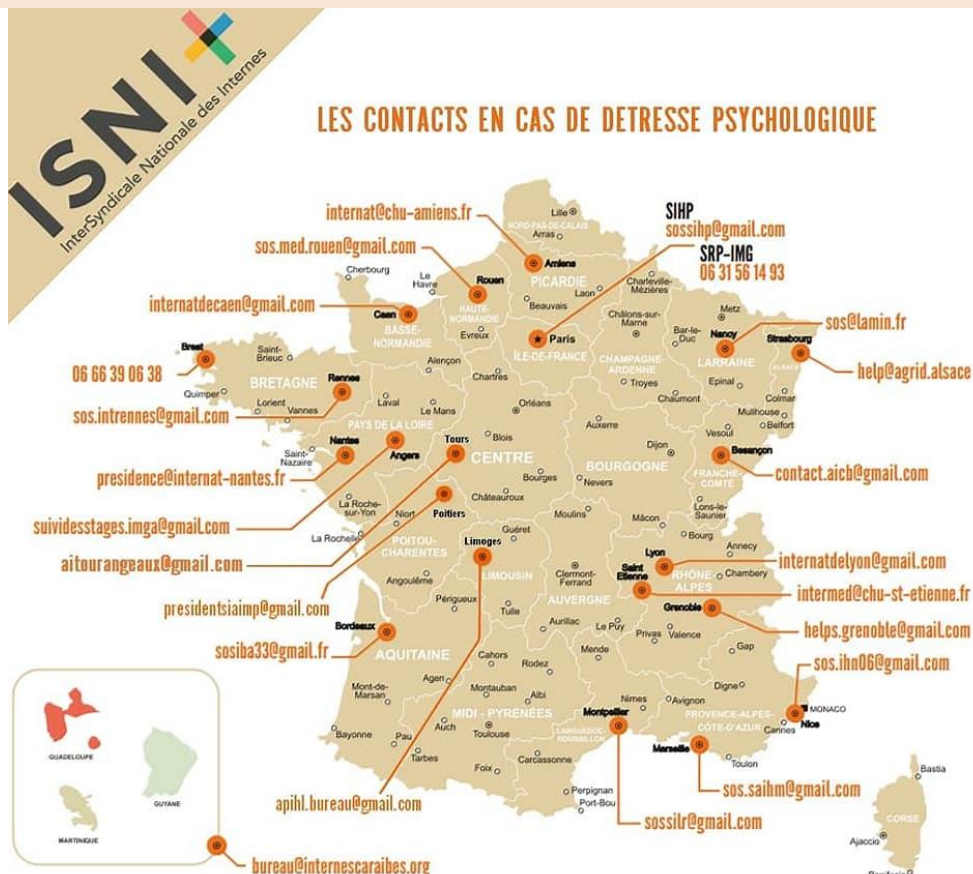
Le [SIHP](#) est également là **pour vous aider si besoin** !



LES SIGNES D'ALARME

Fatigue, troubles du sommeil, baisse de motivation, augmentation de la consommation de produits addictifs, envie de tout abandonner, tristesse, irritabilité, anxiété, sensation que les actes autre fois faciles deviennent plus complexe.... Etc...

➔ NE PAS RESTER SEUL ET SOLICITE DE L'AIDE



LES AUTRES NUMÉROS (CNA = CENTRE NATIONAL D'APPUI)


- Cellules nationales de soutien psychologique COVID 19 : Aide pour la population en détresse psychologique pendant l'épidémie et le confinement : 0 800 130 000 (7j/7 et 24h/24)
- Écoute et assistance du CNOM : 0 800 288 038 (7j/7 et 24h/24)
- Croix Rouge Écoute : Service de soutien par téléphone (solitude, dépression, violence, addictions...) : 0 800 858 858
- SOS Amitié : Accueil et écoute des personnes en détresse et de leur entourage : 09 72 39 40 50 ou 01 46 21 46 46 (langue anglaise)
- Fil Santé Jeunes : 0 800 235 236
- Solitud'Écoute (pour personnes de plus de 50 ans en situation d'isolement) : 0 800 47 47 88 (7j/7 15h-20h)

Nouveautés : dépistage du Cancer du Poumon

On n'en pouvait plus d'attendre !

Voici les **nouvelles recommandations de l'IFCT, de la SPLF et de la SIT** sur le **dépistage du cancer broncho-pulmonaire par tomодensitométrie**.

L'AJPO2 énumère rapidement **quelques points clefs** de ces recommandations d'expert :

1. Les études NLST et NELSON ont démontré que le dépistage par TDM à faible dose d'irradiation réduisait significativement la **mortalité spécifique par cancer broncho-pulmonaire**. Les experts renouvellent leur recommandation **en faveur du dépistage individuel** du CBP en France (Grade A)
2. Le dépistage du CBP repose sur la réalisation d'un **examen TDM thoracique à faible dose d'irradiation, sans injection de produit de contraste** (grade A)
3. Un dépistage individuel du CBP doit être proposé, après information et en l'absence de critères d'exclusions : **à partir de 50 ans** chez les fumeurs **actuels** ou les fumeurs **sevrés depuis moins de 10 ans** et ayant fumé **plus de 15 cigarettes/jour pendant 25 ans** ou **plus de 10 cigarettes / jour pendant plus de 30 ans**. L'âge limite supérieur de l'entrée dans le dépistage est de **74 ans** (grade A)
4.  En option, les individus éligibles selon les critères ci-dessus mais étant sevrés depuis plus de 10 ans mais moins de 15 ans sont éligibles (grade AE)
5. Les personnes aux ATCD de cancer, présentant des signes cliniques évocateurs de cancer, ayant bénéficié récemment d'un examen TDM thoracique pour une autre cause, ou atteints de comorbidité(s) sévère(s) contre indiquant les explorations thoraciques invasives, sont **inélégibles au dépistage** (grade A)
6. Le dépistage du CBP peut être poursuivi pour une **période minimale d'au moins 5,5 à 10 ans** (grade A)
7. Dans l'état actuel des connaissances et en l'absence de personnalisation du risque, il est recommandé de ne **pas dépasser un intervalle de 2 ans entre examens TDM**. (Grade B)
8. Dans l'attente d'études spécifiques, il semble raisonnable de proposer 2 examens TDM espacés à **1 an** puis un examen **tous les 2 ans** chez les sujets ayant les 2ers examens négatifs et lorsqu'il n'y a pas de facteurs de risque de CBP autre que le tabac (dont la présence d'emphysème ou un antécédent de BPCO) ; le dépistage restera annuel en présence de facteurs de risques et/ou d'examens antérieurs avec un résultat intermédiaire (grade AE)
9. Une information **précise doit être donnée aux personnes éligibles**, avant la mise en œuvre d'un dépistage individuel du CBP, à propos de l'intérêt du dépistage, des risques (dont le sur-diagnostic) et du **sevrage tabagique** (grade AE)



RECOMMANDATIONS

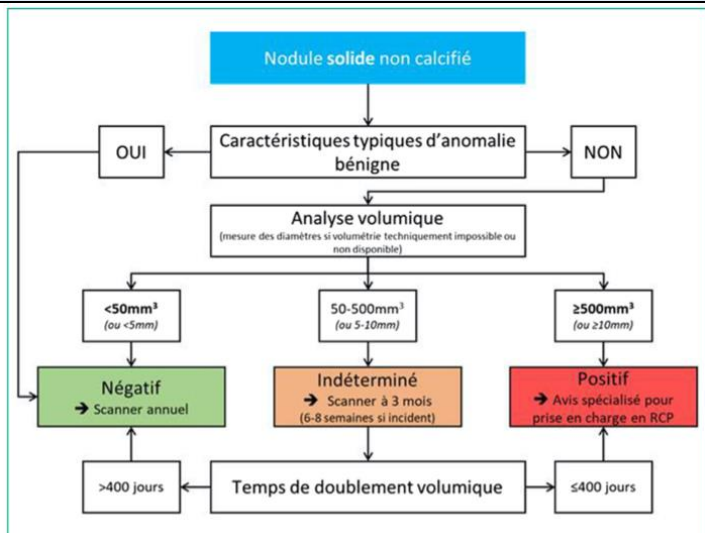
Recommandations de l'Intergroupe francophone de cancérologie thoracique, de la Société de pneumologie de langue française, et de la Société d'imagerie thoracique sur le dépistage du cancer bronchopulmonaire par tomодensitométrie à faible dose d'irradiation

Recommendations of French specialists on screening for lung cancer

S. Couraud^{a,b,*}, G. Ferretti^{b,c}, B. Milleron^b,
A. Cortot^{b,c}, N. Girard^{b,c}, V. Gounant^{b,f}, F. Laurent^b,
O. Leleu^{b,h}, E. Quoix^{b,i}, M.-P. Revel^l, M. Wislez^{b,k},
V. Westeel^{b,i}, G. Zalcman^{b,i}, A. Scherpereel^{b,d},
A. Khalil^{b,m}

Ces nouvelles recommandations proposent également une **stratégie décisionnelle** selon que les nodules soient **solides, purs et mixtes** :

STRATÉGIE DÉCISIONNELLE POUR LES NODULES SOLIDES (GRADE A)



➤ Si le volume est **$\leq 50 \text{ mm}^3$** , le dépistage est considéré comme **négatif**

➤ Si le volume est **$\geq 500 \text{ mm}^3$** , le dépistage est considéré comme **positif**.

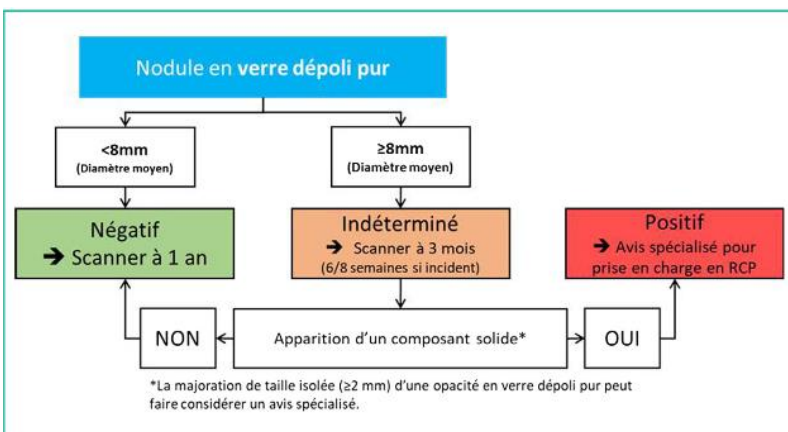
➤ Dans les situations **intermédiaires**, un examen tomodensitométrique à **3 mois est recommandé** (6–8 semaines pour les nodules incidents) :

- Si le temps de doublement volume est **≥ 400 jours**, le test est considéré comme **négatif**.

- Si le temps de doublement volumique **< 400 jours**, le test est considéré comme **positif**

NB : La mesure par diamètre se fait par la moyenne des diamètres. Dans tous les cas, la mesure volumétrique doit être privilégiée.

STRATÉGIE DÉCISIONNELLE POUR LES NODULES EN VERRE DÉPOLI PUR (GRADE A)



Le dépistage est considéré comme :

➤ **Négatif** si son diamètre **moyen** est inférieur **à 8 mm**

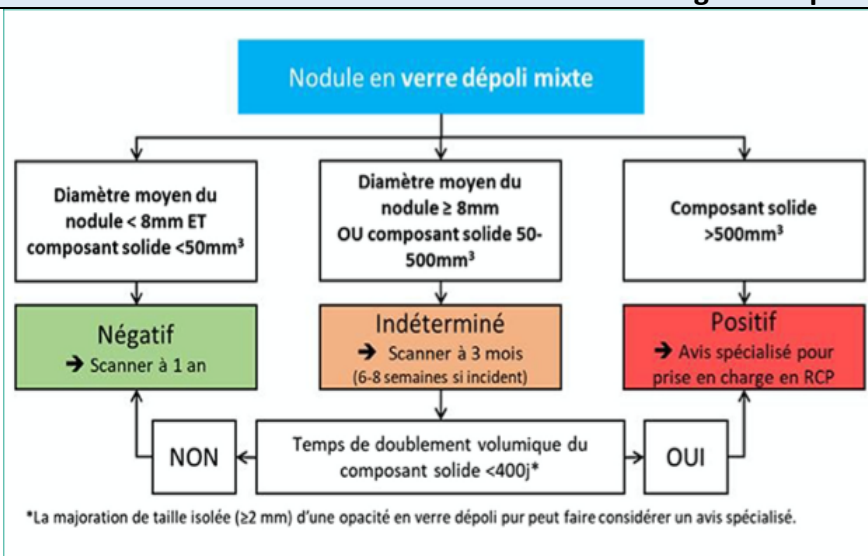
➤ **Indéterminé** s'il est **supérieur ou égal à 8 mm**

➤ **Positif** s'il apparaît une **composante solide**

NB : la place de l'antibiothérapie d'épreuve n'est pas discutée dans la recommandation mais il est usuel de faire un test par antibiotique

STRATÉGIE DÉCISIONNELLE POUR LES NODULES CONTENANT DU VERRE DÉPOLI (MIXTE) (GRADE A)

➔ Mélange des 2 premières



Le dépistage est considéré comme :

➤ **Négatif** si le diamètre moyen du nodule est **inférieur à 8 mm** et le volume de la composante solide est **inférieur à 50 mm^3**

➤ **Indéterminé** si le diamètre moyen est **supérieur ou égal à 8 mm** ou que le volume de la composante solide est **compris entre 50 et 500 mm^3**

➤ **Positif** si la composante solide a un volume **supérieur ou égal à 500 mm^3** , ou si la composante solide est comprise entre 50 et 500 mm^3 et qu'elle évolue rapidement (temps de doublement inférieur à 400 jours à l'examen TDM intermédiaire)

Bibliographie

- Les thérapeutiques actuelles ciblent la voie des prostacyclines, de l'endothéline 1 ou du monoxyde d'azote permettent de freiner l'évolution de la maladie
- Taux de survie à 5 ans : 60%

- **Bone Morphogenetic Protein Receptor 2 (BMPR2)** impliqué dans des formes d'HTAP héréditaires (cf schéma)

- **Sotatercept** : protéine de fusion agissant comme un « piège à ligand » capturant le GDF et l'activine ⇒ blocage de la voie de signalisation de la superfamille TGFβ ⇒ rééquilibrage de la signalisation par la voie de BMPR 2 ⇒ potentielle restauration de l'homéostasie vasculaire

- Sotatercept actuellement évalué :

- chez des individus sains
- des patients présentant des pathologies hématologiques
- chez des patients présentant des pathologies caractérisées par un **dysfonctionnement de la voie de signalisation** de TGF-β : anémie chimio-induite, myélome multiple, syndromes myélodysplasiques, beta thalassémie et insuffisance rénale terminale ...

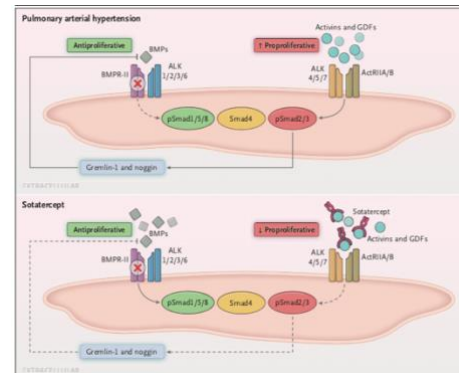
- **Objectif de l'essai PULSAR** : déterminer l'efficacité et la sécurité du **Sotatercept** chez des patients présentant une **hypertension artérielle pulmonaire**, recevant un traitement spécifique de l'HTAP.

THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE

ORIGINAL ARTICLE

Sotatercept for the Treatment of Pulmonary Arterial Hypertension

Marc Humbert, M.D., Ph.D., Valerie McLaughlin, M.D., J. Simon R. Gibbs, M.D., Mardi Gomberg-Maitland, M.D., Marius M. Hoeper, M.D., Ioana R. Preston, M.D., Rogerio Souza, M.D., Ph.D., Aaron Waxman, M.D., Ph.D., Pilar Escribano Subias, M.D., Ph.D., Jeremy Feldman, M.D., Gisela Meyer, M.D., David Montani, M.D., Ph.D., Karen M. Olsson, M.D., Solaippan Manimaran, Ph.D., Jennifer Barnes, Ph.D., Peter G. Linde, M.D., Janeth de Oliveira Pena, M.D., Ph.D., and David B. Badesch, M.D., for the PULSAR Trial Investigators¹



Méthodes	Design	<ul style="list-style-type: none"> • Essai multicentrique, randomisé, en double aveugle, de phase 2 incluant 24 semaines de contrôle contre placebo suivies de 18 mois de période d'extension • Sponsorisée par le laboratoire Acceleron Pharma, ayant conçu l'étude, sélectionné les centres participants, monitoré l'essai et réalisé toutes les analyses de données. • Stratification selon la classe fonctionnelle et randomisation selon ratio 1 : 1 : 1 dans trois groupes avec administration tous les 21 jours de : <ul style="list-style-type: none"> - Placebo - Sotatercept à 0,3mg/kg - Sotatercept à 0,7 mg/kg • Patients ÉLIGIBLES : <ul style="list-style-type: none"> - HTAP (idiopathique, ou héréditaire, médicamenteuse, associée à une connectivité) confirmée de classe fonctionnelle II ou III - Symptomatique, classifié selon la classe fonctionnelle OMS II ou III - RVP ≥ 5 UW - CPT ≥ 70% ou si entre 60 -70 % confirmation tomographique d'une atteinte interstitielle modérée ; VEMS/CVF < 70% - Scintigraphie V/P ne retrouvant pas d'argument pour une hypertension pulmonaire post-embolique - TM6M compris entre 150 et 450 mètres - Sous traitement spécifique (mono, bi ou trithérapie) de l'HTAP de manière stable depuis au moins 90 jours avant l'inclusion et poursuivant le traitement durant l'étude • Exclusion des sous types d'HTAP suivants : porto-pulmonaire, associée à une schistosomiase ou à une infection à VIH
	Critères de jugements	<ul style="list-style-type: none"> • Critère de jugement PRINCIPAL : Changement par rapport à la valeur initiale de la résistance vasculaire pulmonaire (RVP) de l'initiation du traitement à la semaine 24 • Critères de jugement secondaires : <ul style="list-style-type: none"> - Variation à la valeur initiale du test de marche de 6 minutes à S24 - Variation à la valeur initiale du NT-pro BNP à S24

- Variation de la valeur initiale du TAPSE à S24
 - Variation de la classe fonctionnelle à S24
 - Variation des scores d'aggravation clinique
- Analyse statistique**
- 30 % de réduction des résistances vasculaires pulmonaires attendue à S24
 - Alpha unilatéral de 0,10, puissance de 80%
 - 15 % d'abandon dans le groupe placebo, 15 % dans le groupe Sotatercept 0,3mg/kg et 35 % dans le groupe 0,7 mg/kg
 - Population nécessaire : 100 patients à randomiser selon le ratio 3 : 3 : 4

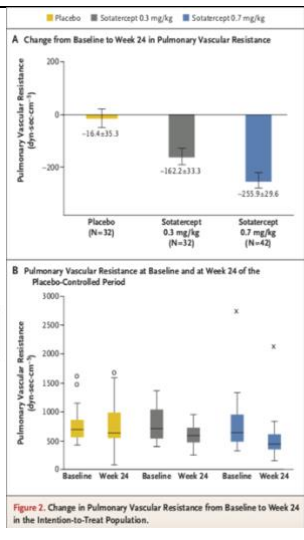
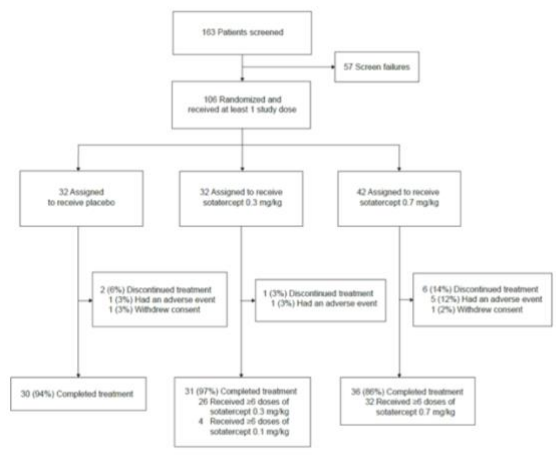
Résultats

163 patients éligibles, 106 randomisés dans 43 centres répartis dans 8 pays

- 32 dans le groupe placebo
- 32 dans le groupe Sotatercept 0,3 mg/kg
- 42 dans le groupe Sotatercept 0,7 mg/kg

Réduction des RVP de :

- 2 UW dans le groupe 0,3 mg/kg de Sotatercept
- 3,18 UW dans le groupe 0,7mg/kg
- 0,2 UW dans le groupe placebo
- ➔ **Effet consistant quel que soit la stratégie thérapeutique sous-jacente (mono, bi ou trithérapie)**



Résumé des résultats en tableaux :

End Point	Placebo (N=32)	Sotatercept 0.3 mg/kg (N=32)	Sotatercept 0.7 mg/kg (N=42)	Both Sotatercept Dose Groups (N=74)
Primary End Point				
Pulmonary vascular resistance — dyn·sec·cm ⁻⁵				
Least-squares mean change ±SE from baseline at week 24	-16.4±35.3	-162.2±33.3	-255.9±29.6	-215.2±22.4
Least-squares mean difference as compared with placebo (95% CI)		-145.8 (-241.0 to -50.6)	-239.5 (-329.3 to -149.7)	-198.9 (-281.5 to -116.3)
Secondary End Points				
6-Minute walk distance — m				
Least-squares mean change ±SE from baseline at week 24	28.7±9.3	58.1±9.2	50.1±8.2	53.5±6.1
Least-squares mean difference as compared with placebo (95% CI)		29.4 (3.8 to 55.0)	21.4 (-2.8 to 45.7)	24.9 (3.1 to 46.6)
NT-proBNP — pg/ml				
Least-squares mean change ±SE from baseline at week 24	310.4±151.3	-621.1±150.6	-340.6±139.4	-462.4±101.4
Least-squares mean difference as compared with placebo (95% CI)		-931.5 (-1353.2 to -509.7)	-651.0 (-1043.3 to -258.7)	-772.1 (-1125.2 to -419.1)
Systolic excursion from the tricuspid annular plane — cm				
Least-squares mean change ±SE from baseline at week 24	0.0±0.05	-0.0±0.05	-0.1±0.05	-0.0±0.04
Least-squares mean difference as compared with placebo (95% CI)		0.0 (-0.15 to 0.15)	-0.1 (-0.2 to 0.08)	-0.0 (-0.16 to 0.09)
WHO functional class				
Patients with improvement of at least once class — no. (%)	4 (12)	10 (31)	7 (17)	17 (23)
Clinical worsening				
Patients with a clinical worsening event — no. (%)†	2 (6)	0	1 (2)	1 (1)

- **Effet secondaire le plus décrit : THROMBOPÉNIE**
 - 6% dans le groupe Sotatercept 0,3 mg/kg
 - 12% dans le groupe Sotatercept 0,7mg/kg
 - 0% dans le groupe placebo
- 1 arrêt cardiaque dans le groupe Sotatercept 0,7mg/kg
- 1 péricardite dans le groupe Sotatercept 0,7 mg/kg

Limites

- Critère de jugement principal étant un critère **intermédiaire**, moins robuste que la mortalité ou autre critère clinique
- **Faible** effectif de l'étude
- Durée de l'étude **brève** ne permettant pas l'évaluation des effets du Sotatercept au long terme

Conclusions

- 24 semaines de traitement par Sotatercept en association à un traitement spécifique de l'HTAP ont résulté en **une réduction des résistances vasculaires pulmonaires significativement plus importante que dans le groupe placebo**
- Effet secondaire le plus décrit : **thrombopénie sans évènement hémorragique** associé au cours de l'étude.
- Études **additionnelles**, incluant une étude de phase 3 nécessaires avant inclusion du Sotatercept au panel des thérapeutiques anti-HTAP





Early View

Original article

Can Simvastatin reduce COPD Exacerbations? A Randomised Double Blind Controlled Study

Peter Schenk, Alexander O. Spiel, Felix Hittinger, Micheline Gmeiner, Josefine Fugger, Martina Pichler, Gernot Pichler, Susanne Schmeikal, Wolfgang Janitsyn, Stefan Schölgner, Constantin Sajdak, Harald Herker

- **328 millions** de malades BPCO dans le monde
- **Prévision** : **1^{ère} cause de mortalité** dans les 10 prochaines années
- **20-30%** des décès chez les malades BPCO sont dus à des affections cardio-vasculaires et des exacerbations de BPCO
- L'impact économique de la prise en charge des BPCO en UE serait de 3% du budget de santé, soit 38,6 milliards d'euro / an, **50 – 75% de ce budget est consacré aux exacerbations.**
- Les moyens thérapeutiques pour prévenir les exacerbations de BPCO sont **limités**

- Statines = Inhibiteur de la HMG-CoA réductase.
- Rôle indispensable dans la prévention des maladies cardio et cérébrovasculaire et réduit la mortalité par maladie cardiovasculaire
- Aussi un **effet anti inflammatoire, immunomodulatrice et anti oxydative** ➔ Possible bénéfique chez les patients BPCO
- **Objectif** : Clarifier le rôle des statines dans la BPCO, à travers un essai randomisé et contrôle contre placebo

Méthodes	Design	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Etude monocentrique, randomisé, par bloc de 4, double aveugle ➤ Centre : Département de Pneumologie de l'hôpital Landeskrankenhaus Hohegg, Autriche. ➤ Ratio 1 : 1 ➔ Simvastatin (40 mg, en 1 fois par jour) ou Placebo pendant 1 an ➤ Critères D'INCLUSIONS : <ul style="list-style-type: none"> • Entre 40 – 85 ans avec diagnostic de BPCO stade GOLD II à IV • Fumeur actif ou ex-fumeur d'au moins 20 PA ➤ Critères D'EXCLUSIONS : <ul style="list-style-type: none"> • Autre pathologies respiratoires associés que la BPCO • Suspicion ou maladie coronariennes confirmés, maladie cérébrovasculaire et AOMI • Pathologies valvulaires cardiaque, cardiopathies rythmiques, insuffisance cardiaque gauche et/ou droite, HTA non contrôlé • Patients recevant déjà des statines, prise de statines dans les 4 dernières semaines • Allergie vis à vis des statines • Pathologie hépatique ou élévation chronique des ASAT > 3N • Insuffisance rénale chronique sévère (DFG < 30 ml/min) • Myopathie ou risque élevé de myopathie • Intolérance au glucose ou lactose 	
	Les visites de contrôles	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Patients remplissaient un journal de bord quotidien et notaient tous les changements de traitements. ➤ Visite de contrôle à M+3, M+6 et M+12 : spirométrie, test de marche 6 minutes, questionnaire respiratoire de St George (SGRQ) et prise de sang (cholestérol et CRP ++) ➤ A chaque visite ➔ Fournissait un boîtier avec les médicaments à prendre jusqu'à la prochaine visite médicale 	
	Critères de jugements	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Principal : temps de survenue de la première exacerbation modéré à sévère de BPCO durant la 1^{ère} année <ul style="list-style-type: none"> • Modéré définit comme la nécessité de rajout de corticostéroïdes PO et/ou d'antibiotique • Sévère définit comme la nécessité d'hospitalisation ➤ Secondaire : le taux d'exacerbation de BPCO par an ; le score SGRQ, test de marche de 6 minutes, la valeur du VEMS et CVF, les valeurs du bilan lipidique et CRP 	
	Analyse statistique	<ul style="list-style-type: none"> ➤ NSN pour montrer une différence d'au moins 2 mois avec une puissance de 80% et risque alpha de 5% ➔ 83 patients par groupe ➤ Prise en compte des perdus de vue ➔ Nécessité de 208 patients au total ➤ Comparaison des caractéristiques du groupe Simvastatine et Placebo par Test de FISHER ou Test Mann-Whitney ➤ Analyse en Intention de Traiter, Courbe de Kaplan Meier, comparaison par test multivariée... 	

➤ **Recrutement entre Aout 2012 – Avril 2017.**

- 520 patients screenés, **209 retenus** : 105 dans le groupe SIMVASTATINE et 104 dans le groupe placebo (cf Figure1)
- Plus de patient ayant quitté l'étude précocement dans le groupe SIMVASTATINE (39 contre 29) dont 12 patients dans le groupe Simvastatine pour des raisons médicales (4 myopathies, 4 maladies coronaires nouvellement diagnostiqués, 2 altérations de l'état général et 1 car alopecie)
- Dans le groupe Placebo : 2 patients ont arrêté pour myopathie, 1 pour altération de l'état général et 1 pour alopecie

➔ *Comparaison entre les patients suivis pendant 1 an et ceux ayant abandonnés (Table S1)*

➔ *Une des faiblesses de cette étude est le nombreux important de « drop out »*

➤ **Caractéristique de la population étudiée**

- **Age médian : 64 +/- 8 ans, 38% de femmes**
- Tiffeneau moyen = 45.4 +/- 14.2 % et VEMS moyen 1,2 +/- 0,6L
- 38 patients était fumeur actif et 171 ancien fumeur ; PA moyen = 49 +/- 30
- **Majorité des patients sous trithérapie inhalés (80%),** 8% sous LABA + LAMA, 6% sous LABA + ICS, 5% sous LABA + LAMA.
- 6% des patients prenaient de la théophylline orale et 5% du roflumilast

➔ Pas de différence significative entre le groupe INTERVENTIONNEL et PLACEBO hormis un **tabagisme plus important dans le groupe SIMVASTATINE**

➤ **CRITERE JUGEMENT PRINCIPAL : Délai de survenue de la 1^{ère} exacerbation de BPCO**

- 341 jours (Simvastatine) vs 140 jours (Placebo), p < 0,0001
- **HR = 0,51 (IC 95% : 0,34 – 0,75 ; p = 0,001)**
- **250 exacerbations observés durant l'étude** : 103 (41%) parmi les 105 du groupe Simvastatine contre 147 (59%) parmi les 104 du groupe placebo.
- Les exacerbations sévères survenaient **plus souvent dans le groupe placebo** (45 vs 35, p= 0,07), pareillement pour les exacerbations modérés (102 vs 68, p=0,02)
- Le taux annuel d'exacerbation = **1,45 dans le groupe SIMVASTATINE vs 1,9 dans le groupe placebo** ➔ **Réduction de 23%, soit un RR de 0,77** (IC 95% : 0,60 – 0,99)

➤ **Résultats sur les critères de jugements secondaires**

- Pas d'effet sur la qualité de vie, le test de marche de 6 minutes et sur la CRP
- La Simvastatine réduisait le taux de LDL cholestérol M3, M6 et M12 (marqueur d'observance)
- 4 myopathies sous Simvastatine contre 2 dans le groupe placebo

Table S1: Comparison of baseline characteristics of the patients who completed the study period vs. those who dropped out.

	completed n=141	drop-out n=68	p-value
Age (y)	64 ± 7.8	65 ± 8.1	0.47
Male - no. (%)	86 (61%)	44 (64.7%)	0.65
Current Smoking - no.	26 (18%)	12(18%)	0.99
Smoking History - Packyears	50 ± 28	49 ± 35	0.42
COPD grade			
GOLD II	36 (26%)	19 (28%)	0.69
GOLD III	50 (35%)	27 (40%)	
GOLD IV	54 (39%)	22 (32%)	
FEV1 (l)			
	1.2 ± 0.6	1.2 ± 0.6	0.85
FEV1 (% pred)			
	39.8 ± 18.1	39.5 ± 1.7	0.85
FEV1/VC (%)			
	45.5 ± 14	45.2 ± 14.7	0.98
6MWT (m)			
	252 ± 109	244 ± 129	0.49
COPD medication - no.			
LAMA+LABA+ICS	112 (80%)	54 (80%)	0.99
LAMA+LABA	10 (7%)	1 (1%)	0.11
LAMA+ICS	0 (0%)	1 (1%)	0.33
LAMA	8 (6%)	8 (12%)	0.16
LABA+ICS	9 (6%)	4 (6%)	0.99
SABA+SAMA	2 (1%)	0 (0%)	0.99
Theophylline			
	7 (5%)	6 (9%)	0.36
Roflumilast			
	8 (6%)	3 (4%)	0.99

Overall, there was no clear difference in demographics between patients who completed and patients who dropped out.

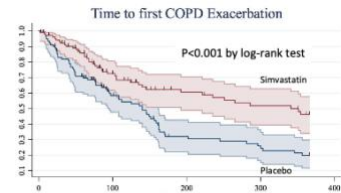


Figure 2. Effect of Simvastatin on the Time to the First Exacerbation of COPD.

There was a significant between-group difference in the time to the 1st exacerbation.

The median time to the 1st exacerbation was 341 (95% CI 192 – n.a.) days in the simvastatin group and 140 (95% CI 95 – 161) days in the placebo group.

Résultats

Discussion

- | | |
|-----------------------|---|
| Points forts | <ul style="list-style-type: none"> ➤ L'impact de la Simvastatine (réduit le risque de 23%) serait presque du même ordre que la combinaison ICS/LABA (réduction exacerbation) de 25-35% par rapport au LABA, et la trithérapie ICS/LABA/LAMA de 15-25% par rapport à la bithérapie ➤ Bonne observance durant l'étude prouvé par les dosages de LDL et la consultation des journaux de bord ➤ Plusieurs études avaient déjà montré le potentiel de la Simvastatine : <ul style="list-style-type: none"> • Diminution de l'inflammation dans les crachats • Études rétrospectives et cas témoins japonaises, norvégienne et américaine ont montré qu'il y'avait une réduction de la mortalité liée à la BPCO |
| Points faibles | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Une étude multicentrique prospectif RCT américaine STATCOPE (NEJM, 2015) qui a recruté 885 patients BPCO était négative sur le même critère de jugement principal (les 2 études ont démarré en même temps) : <ul style="list-style-type: none"> • Dans STATCOPE la population était très sélectionnée, les diabétiques et les patients à très faibles risque cardiovasculaire étaient exclus de l'étude. Or nous savons que l'un des facteurs déclenchant des exacerbations et de mortalité de la BPCO, ce sont les décompensations de maladie cardiovasculaire. ➔ La population de cette étude autrichienne se rapprocherait plus de la population en vraie vie et l'impact de la SIMVASTATINE sur les risques cardiovasculaires réduirait le risque d'exacerbation de BPCO ➤ Le caractère mono centrique de l'étude |



- La longue **période de recrutement** (de 5 ans)
- Le nombre de **perdus de vue assez conséquent**

Conclusion

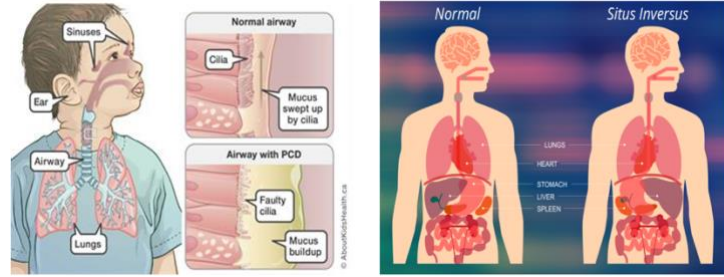
- **Simvastatine à une dose de 40 mg par jour prolonge le délai de survenue de la 1^{ère} exacerbation de BPCO et réduit significativement le risque d'exacerbation.**
- Toutefois, pas d'effet sur les paramètres spirométrie, la qualité de vie, le test de marche de 6 minutes et la CRP.
- La place des Statines dans la prise en charge de BPCO peut être rediscutée dans certaines populations à risques.

Le Syndrome de Kartagener

FICHE MEMO : SYNDROME DE KARTAGENER

➤ Introduction :

- Décrit pour la première fois par **Manes KARTAGENER** en 1935
- Entité particulière parmi les **dyskinésies ciliaires primitives (DCP)** caractérisée par une **triade clinique** : **sinusite chronique, bronchectasies et situs inversus**.
- Maladie congénitale rare à transmission autosomique **récessive** avec une prévalence de 1/ 15 000.



- ### ➤ Physiopathologie :
- Mutation de gènes codant pour la **dynéine** au niveau des **chromosomes 5,9 et 7** à l'origine d'une altération morphologiques et/ou fonctionnelles des cils

➤ Clinique :

- Infections des voies aériennes **hautes** et **basses** chroniques **dès l'enfance** : toux grasse quotidienne avec des phases d'exacerbations, le tout dans un contexte de sinusite/otite chronique. Polyposse nasosinusiens (30 % des cas)
- **Stérilité** chez l'homme (lié à une atteinte de l'ultrastructure des flagelles des spermatozoïdes, à l'origine d'une hypo ou une immotilité des spermatozoïdes = stérilité par **Asthénospermie**)

➤ Paraclinique :

- Radiographie standard et échographie cardiaque : **Dextrocardie**
- TDM TAP : **situs inversus** +/- complet (complet si dextrocardie, localisation droite de la rate, de l'estomac et gauche du foie et de la vésicule biliaire). **Bronchectasie** le plus souvent au niveau du lobe moyen et lobe inférieur
- TDM sinus : **épaississement pan sinusien** (pouvant faire évoquer une polyposse naso sinusienne)

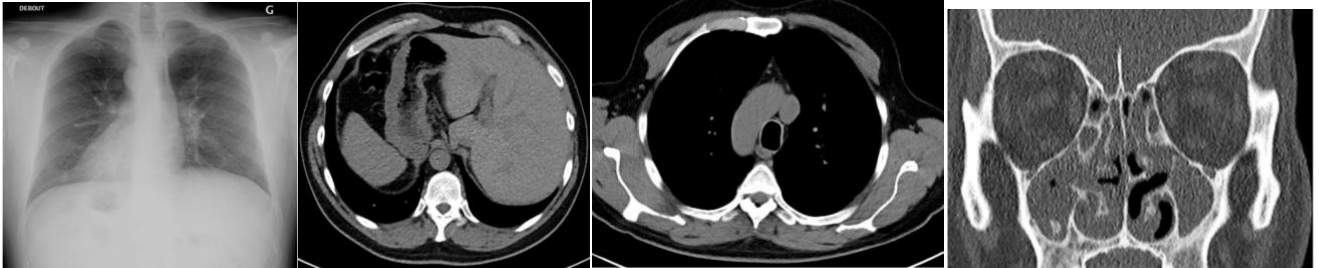


Figure 1: radiographie thoracique de face: dextrocardie, bouton aortique droit, inversion avec situs inversus totalis. Figure 2: scanner abdominal, coupe axiale en fenêtre parenchymateuse mettant en évidence à droite la position en miroir de l'opacité hépatique à gauche et de la poche à air gastrique à droite. Figure 3: scanner thoracique, coupe axiale en fenêtre médiastinale visualisant une croisée aortique orientée à droite. Figure 4: scanner des sinus de la face en reconstruction coronale objectivant un épaississement polypôïde de la muqueuse des sinus de la face.

➤ Traitement :

- Kinésithérapie respiratoire ++++ et traitement des exacerbations
- Couverture vaccinale anti grippale et anti pneumococcique
- Stérilité masculine : Possible d'être prise en charge par fécondation in vitro

Étant donné que le site de l'AJPO2 (la plupart des annonces complètes sont sur le site ou sur notre page facebook) est en cours de rénovation, si vous souhaitez des détails supplémentaires concernant les annonces, n'hésitez pas à nous contacter !

Postes hospitaliers à pourvoir

POSTE DE PRATICIEN ATTACHE A PLEIN TEMPS, SERVICE EFR, HOPITAL PITIE ET

TENON, PARIS :

Poste de Praticien Attaché Plein Temps (5 demi-journées/semaine) pendant 3 mois (12 semaines) dans le Service d'Explorations Fonctionnelles de la Respiration, de l'Exercice et de la Dyspnée, pour une activité d'Explorations Fonctionnelles respiratoires (consultation d'accueil, réalisation et interprétation des examens)



1. Temps de travail : 10 demi-journées par semaine pendant 12 semaines. Poste disponible immédiatement.
2. Établissements : Hôpital Universitaire Pitié-Salpêtrière (50-60%), 47- 83 Bd de l'hôpital 75013 PARIS et Hôpital Universitaire Tenon (40-50%), 4 Rue de la Chine, 75020 PARIS
3. Spécialité recherchée : PNEUMOLOGUE, MÉDECIN GÉNÉRALISTE, MÉDECIN DU TRAVAIL (service validant le DES de Pneumologie).
4. Statut de recrutement : Praticien Attaché Plein Temps. Recrutement immédiat.
5. Position du praticien dans la structure : Le poste est localisé dans le Service d'Explorations Fonctionnelles de la Respiration de l'Exercice et de la Dyspnée du Pr C. STRAUS. Ce service couvre les hôpitaux Pitié-Salpêtrière, Tenon et Saint-Antoine. C'est l'un des plus grands services d'EFR du monde.
6. Caractéristiques des fonctions : Activité centrée sur l'exploration fonctionnelle respiratoire : consultation d'accueil, réalisation et interprétation des examens. Gamme des pathologies explorées exceptionnelle grâce à l'implantation sur de complémentaires. Encadrement pour complément de formation par PH, MCU-PH et PU-PH. Renommée internationale, notamment pour l'exploration de l'exercice, de la dyspnée, des muscles respiratoires et du contrôle de la ventilation.

Possibilité de participer aux réunions/staffs des services de Pneumologie. Participation possible à des projets de recherche idéal pour un complément de formation aux EFR. Le service réalise un très grand nombre d'examen (≈ 40 000 actes/an) très variés, permettant de se former à une très large palette de types d'examen d'EFR.

→ **Personne à contacter** : Pr Christian STRAUS. Tél : 01 42 17 85 78 / 74. Mail : christian.straus@aphp.fr

Poste de PHC disponible dans le service de maladies respiratoires du CHU Felix Guyon à Saint Denis La REUNION, FEVRIER 2021

Offre : Praticien contractuel février 2021 à Octobre 2021 ou possibilité de remplacement sur 2 mois en juillet aout

Poste à pourvoir pour : secteur d'hospitalisation conventionnelle de pneumologie générale, possibilité de faire de l'HDJ d'oncologie thoracique, possibilité de faire de la fibroscopie bronchique, EBUS, demi-journée de consultation



Il s'agit d'un service de pneumologie générale (20 lits d'hospitalisation, 2 lits de sommeil pour polysomnographie et 6 lits d'HDJ d'oncologie thoracique) avec actuellement 5 PH, 1 PHC et 2 assistantes prenant en charge les maladies bronchiques chroniques, les cancers broncho-pulmonaires (diagnostic et traitement), les pathologies infiltratives, les pathologies infectieuses (BK et covid), pathologies du sommeil.

Rémunération : échelon 4 + majoration DOM +40%, billet AR payé par l'hôpital.

→ Contacter : Dr GAZAILLE virgile.gazaille@chu-reunion.fr ou l'assistante Dr MOREAU diane.moreau@chu-reunion.fr



Poste d'assistant disponible dans le service de maladies respiratoires CHU Felix Guyon à Saint Denis La REUNION, FEVRIER 2021

Offre : Assistant spécialiste à partir de Novembre 2021

Poste à pouvoir pour : le secteur d'hospitalisation conventionnelle de pneumologie générale, possibilité de faire de l'HDJ d'oncologie thoracique, possibilité de faire de la fibroscopie bronchique, EBUS, demi-journée de consultation



Il s'agit d'un service de pneumologie générale (20 lits d'hospitalisation, 2 lits de sommeil pour polysomnographie et 6 lits d'HDJ d'oncologie thoracique) avec actuellement 5 PH, 1 PHC et 2 assistantes prenant en charge les maladies bronchiques chroniques, les cancers broncho-pulmonaires (diagnostic et traitement), les pathologies infiltratives, les pathologies infectieuses (BK et Covid), pathologies du sommeil.

Fréquence Astreinte le week end toutes les 8 semaines environ. Le service valide le DESC de cancérologie

Rémunération : salaire d'assistant + majoration DOM+ 40%, billet AR payé par l'hôpital

→ Contacter : Dr GAZAILLE virgile.gazaille@chu-reunion.fr ou l'assistante Dr MOREAU diane.moreau@chu-reunion.fr

POSTE D'ASSISTANT SPECIALISTE EN PNEUMOLOGIE DISPONIBLE AU CENTRE HOSPITALISER D'ARGENTEUIL, JANVIER 2021

Poste : Assistant Spécialiste à partir du 01/11//2021 pour compléter l'équipe (possibilité de prise de poste dès mai 2021).



L'assistant aura principalement la charge : d'un secteur d'hospitalisation conventionnelle de pneumologie générale de 6-8 lits, avec possibilité d'alternance avec l'activité d'HDJ oncologie thoracique (validation DESC oncologie médicale possible). Une vacation hebdomadaire d'endoscopie bronchique +/- plateau technique plèvre, une ½ journée de consultation (post urgence et suivi post hospitalisation ou 1ère fois).

Il participera aux RCP d'oncologie thoracique hebdomadaire, DMD FPI délocalisée toutes les 6 semaines à Louis Mourier avec le Pr Crestani.

La fréquence des permanences du WE est de 1 sur 6. Il assurera également l'encadrement d'un interne de pneumologie ou de médecine générale.

Possibilité de pratique d'EFR et Explorations du sommeil avec lecture de polygraphie ventilatoire.

Il s'agit d'un service de pneumologie générale (20-24 lits d'hospitalisation classique, 4 lits HDJ Onco thoracique) avec actuellement 4 ETP PH et 1 Assistant Spécialiste, prenant en charge notamment les maladies bronchiques chroniques (DDB, BPCO, Asthme), les cancers thoraciques (diagnostic et traitement), la maladie thromboembolique veineuse, les pathologies pleurales, les pathologies du sommeil et de l'obésité, les insuffisances respiratoires chroniques, les pathologies infiltratives dont les fibroses,...avec un fort recrutement via les urgences.

Le service est agréé pour la phase socle et perfectionnement DES Pneumologie et Médecine Générale et phase perfectionnement médecine Générale et DESC Oncologie Médicale.

→ Contact avec le Dr APPERE DE VECCHI au 01 34 23 26 10 ou par mail à corinne.appere@ch-argenteuil.fr

RECHERCHE ASSISTANT & PH – CH ALPES LÉMAN, JANVIER 2021

Service de Pneumologie recherche un pneumologue assistant et un PH pour renforcer l'équipe composée actuellement de 7 médecins : 4 PH pneumologues temps plein, 1 PH pneumologues mi-temps, 1 assistant de pneumologie, 1 PH temps plein pour le sommeil.

Centre hospitalier Alpes Léman créé en 2012 (ch-alpes-leman.fr) de 700 lits, établissement support de la GHT Léman Mont-Blanc, situé en Haute Savoie, à 20 km du centre de Genève, à 40 min de Chamonix et d'Annecy. Cadre de vie exceptionnel.



Service de 28 lits, unité de jour dédiée pour les chimiothérapies, laboratoire du sommeil accrédité SFRMS avec 4 lits, plateau de consultation, EFR, FeNO, endoscopies dont EBUS, échographe., école de l'asthme. Un à deux internes de spécialité.



Trois demi-journées de consultation /semaine. Activité multi-site sur CH Sallanches : 1 matinée par semaine pour avis intra-hospitalier de pneumologie. Projet en développement actuel d'une consultation de pneumologie.

Garde 1 samedi matin sur 6, 1 dimanche toutes les 17 semaines : matin uniquement, réparti sur les PH médicaux, pour la garde des services de médecine ; pas d'astreinte. Activité privée possible.

→ **Contacts** : Dr Petit Lidia 0450822994 lpetit@ch-alpes-leman.fr ou Dr Romand Philippe 0450823008 promand@ch-alpes-leman.fr

POSTES PNEUMOLOGUES EN MÉTROPOLÉ LILLOISE, DECEMBRE 2020

Le service de Pneumologie du GHICL (Groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille) recrute pour son Hôpital St Philibert à Lomme pour janvier 2021 : 2 postes de PH, 2 postes de CCA.

Activités développées : pathologies chroniques respiratoires (asthme, BPCO, pathologies pleurales, pathologies interstitielles, tabacologie), sommeil, oncologie thoracique.



Le service dispose de 20 à 25 lits d'hospitalisation, un plateau technique interventionnel avec EBUS, polygraphie et polysomnographie, échographie pleurale, EFR, EFX, test à la métacholine, prick tests, TM6) ; chirurgie thoracique.

L'hôpital se situe en périphérie de Lille, facilement accessible en métro depuis le centre de Lille.

Le GHICL est directement en lien avec la faculté de Médecine et de Maïeutique de Lille, nous accueillons externes et 3 postes d'internes (de médecine générale et spécialité). L'Hôpital Saint Philibert est jumelé avec l'Hôpital Saint Vincent de Paul à Lille (service de 10 lits de Pneumologie, HDJ de Chimiothérapie et d'allergologie); nous sommes actuellement 9 pneumologues.

Nous proposons 2 postes de PH temps plein pour pneumologues orientés pneumologie générale, sommeil, explorations fonctionnelles, allergologie, tabacologie. 2 postes de chefs de clinique sont également à pourvoir.

→ Contact : chef de service: Dr Youssef Khal Laayoun, 03.20.22.50.54 ou Khal-Laayoun.Youssef@ghicl.net



Postes libéraux à pourvoir

CLINIQUE MÉDICALE ET CARDIOLOGIE D'ARESSY GROUPE ELSAN, À PAU (64), FEVRIER 2021 :

Poste : Pneumologue salarié(e) à temps partiel pour un remplacement
A pourvoir dès que possible : Statut salarié, en CDD, temps partiel pouvant être complété par une activité libérale

Activité variée : consultations, parcours HDJ, sans la contrainte des gardes
Rejoignez un établissement dynamique à 1h de la montagne et de l'océan !



Cet établissement dispose de 207 lits et places.

Il accueille plus de 6 000 patients par an dans le cadre d'un projet médical multidisciplinaire, avec des activités principales :

- La médecine cardiologique, pneumologique, générale et gériatrique ainsi que les soins de suite et de réadaptation cardiologiques et pneumologiques
- En hospitalisation complète et hospitalisation de jour

L'activité : Les pathologies prises en charge : la cardiologie, la gériatrie, la médecine générale, la pneumologie, la médecine du sommeil. Le médecin interviendra sur l'activité de l'unité de pneumologie en ambulatoire les mardis, mercredis et jeudis => consultation, hôpital de jour, avis sur des patients en hospitalisation complète, évaluation sommeil ...). Il contribuera aux parcours de santé existants et à leurs développements. Pas de gardes ni astreintes .

L'équipe compte aujourd'hui 2 pneumologues libéraux et 3 pneumologues salariés à temps partiel et temps plein.

➔ Contact : Sabine BORALI Directrice borali@elsan.care / [Lien pour plus d'informations](#)

Poste aussi disponible en **CDI**: [LIEN](#)

REMPLACEMENT DE PNEUMOLOGIE EN CABINET LIBERAL A ANGERS (49) DE JANVIER A JUIN 2021

En raison d'un congé maternité, nous proposons dès maintenant, et jusqu'à juin 2021, un remplacement dans notre cabinet libéral de pneumologie situé à Angers.

Le remplacement peut être ponctuel (hebdomadaire, mensuel) ou régulier, selon le souhait du candidat.

Il s'agit d'un cabinet libéral de 6 pneumologues, sur un site regroupant plusieurs spécialités (cardiologues, angiologues, neurologues, rhumatologues).



Le cabinet est situé à proximité de la Clinique Saint Joseph (Trélazé) où peuvent être hospitalisés les patients. La clinique comprend notamment des USI cardio et chirurgicales, une équipe de chirurgie thoracique, des lits d'hospitalisation de cardiologie et de médecine polyvalente, un SSR, un HDJ de chimiothérapie. Recrutement de pneumologie générale. RCP d'oncologie thoracique + DMD PID avec l'équipe de pneumologie du CHU d'Angers

Le remplacement consistera en : une activité de consultations avec, sur place, possibilité de réaliser : pléthysmographie, DLCO, gaz du sang, radiographie thoracique. Des activités facultatives : fibroscopies, lectures d'EPV, participation à l'activité de la clinique.

➔ Contact : Cécile HAMARD cehamard@gmail.com ou 06 60 29 75 50

REPRISE CABINET PNEUMOLOGIE – ANTIBES, JANVIER 2021 :

Alpes-Maritimes, cause retraite prévue en juin 2021, Cabinet de Pneumologie et d'Allergologie, association de 2 médecins, recherche successeurs.

Patientèle variée et agréable depuis 1983.

Équipements : pléthysmographie, spirométrie, gazométrie artérielle, polygraphie du sommeil, test de marche, tests cutanés (pneumallergènes, trophallergènes, réactogènes chimiques).

➔ Contact : Docteur Elisabeth Monereau (docteur.monereau@free.fr) 0686924258



LOCATION CABINET MÉDICAL – VIRY-CHATILLON (ESSONNE), JANVIER 2021

Box de consultation disponible a partir de Juin 2022 de 19m2

Dans bâtiment médical de 1200m2 comprenant un plateau d'imagerie complet TDM et IRM

R0: Service de radiologie

R+1Centre de soins non programmés

R+2: centre dentaire et 220m2 pour consultation de spécialistes

Bâtiment neuf, ascenseur

cadre idéal a proximité du lac, parking énorme au pied du bâtiment

Axe passant et stratégique

→ Pour plus de renseignements:0652957927

CESSION CABINET DE PNEUMOLOGIE – CHANTILLY, JANVIER 2021

Cède cabinet de Pneumologie, fonctionnel, bien situé à Chantilly (60500).

→ Contact : Dr HABIBALLAH, pour plus de détails merci de me contacter au 03 44 62 66 35

