



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com

20^E CONGRÈS DE PNEUMOLOGIE DE LANGUE FRANÇAISE – LILLE, 29–31 JANVIER 2016

Communications orales

CO01 – Infectiologie

1 Diminution de la durée de l'antibiothérapie dans les exacerbations aiguës de la BPCO

F. Vandenbos^{1,*}, P. Roger²¹ CHPG, Vence, France² CHU, Nice, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : f.vandenbos@maison dumineur.com

(F. Vandenbos)

Introduction Bien que l'antibiothérapie des exacerbations aiguës des patients souffrant de broncho-pneumopathie chronique obstructive (EA BPCO) soit standardisée, nous pensons que l'application d'un protocole régional, grâce à une plaquette de poche, permet de diminuer la durée de l'antibiothérapie sans altérer la prise en charge des patients.

Méthodes Du 23 février au 6 avril 2015 (6 semaines), nous avons inclus tous les patients BPCO sévères (VEMS < 50%) hospitalisés pour EA dans 3 services de pneumologie et 1 service d'infectiologie des Alpes-Maritimes. Le pneumologue (ou infectiologue) référent du patient avait la possibilité d'appliquer le protocole régional ou d'agir selon ces habitudes. Pour chaque patient, des données démographiques et cliniques étaient colligées. Le patient était rappelé 1 mois après sa sortie afin de rechercher une éventuelle rechute.

Résultats Durant ces 6 semaines, 36 patients différents étaient hospitalisés pour EA BPCO. Dans les quatre services participants, 5 des 10 médecins (pneumologue ou infectiologue) ont traité ces patients selon le protocole régional. L'âge moyen des patients était de 70 ans (±9), le sex-ratio de 6,2 (5F/31H). Parmi eux, 19 ont été traités selon le protocole et 17 hors protocole. L'évolution de l'épisode aigu était satisfaisante pour les 36 patients. La durée de l'antibiothérapie était significativement plus courte dans le groupe protocole (5,8 jours ± 1,9 contre 9 jours ± 2,5 dans le groupe hors protocole ; $p < 0,0001$). À 1 mois, 5 rechutes étaient notées (3 dans le groupe protocole et 2 dans le groupe hors protocole ; non significatif).

Conclusion L'application stricte, par le biais d'un support de poche, d'un protocole établi régionalement, a permis de réduire la durée de l'antibiothérapie dans l'EA BPCO.

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

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rmr.2015.10.010>



2 Phénotypage des aspergilloses pulmonaires chroniques

C. Godet^{1,*}, F. Laurent², G. Beraud¹, C. Toper³, B. Camara⁴, B. Philippe⁵, P. Germaud⁶, V. Cottin⁷, F. Roblot¹, A. Bergeron⁸, J. Cadranet³, C. Beigelman-Aubry⁹¹ Maladies infectieuses, Poitiers, France² Service d'imagerie médicale, Bordeaux, France³ Service de pneumologie, Tenon, Paris, France⁴ Service de pneumologie, Grenoble, France⁵ Service de pneumologie, Pontoise, France⁶ Service de pneumologie, Nantes, France⁷ Service de pneumologie, Lyon, France⁸ Service de pneumologie, Saint-Louis, Paris, France⁹ Service de radiologie, Lausanne, Suisse

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : c.godet@chu-poitiers.fr (C. Godet)

Introduction L'aspergillose pulmonaire chronique (APC) est une affection respiratoire complexe impliquant diverses conditions sous-jacentes, facteurs de risque, caractéristiques cliniques, radiologiques ou réponses au traitement. La prévalence mondiale de l'APC est estimée à environ 3 millions et son taux de mortalité est d'environ 50% à 5 ans. Plusieurs classifications considérant des caractéristiques cliniques, radiologiques ou des entités histologiques ont à ce jour été proposées. L'APC peut être subdivisée en aspergillome simple, aspergillose pulmonaire chronique nécrosante et en aspergillose pulmonaire chronique cavitairale avec son sous-type fibrosant, l'aspergillose pulmonaire chronique fibrosante. La distinction clinique entre ces formes chroniques reste cependant difficile et des chevauchements considérables existent entre les différentes classifications proposées sans qu'il n'existe de réel consensus.

Objectifs Déterminer le nombre de phénotypes d'ACP identifiables sur la base de caractéristiques cliniques, biologiques et radiologiques.

Méthodes Les caractéristiques cliniques, biologiques et scannographiques de patients atteints d'APC ont été recueillies lors du diagnostic, dans 8 centres universitaires, de janvier 2002 à décembre 2011 (base de données ACHROSCAN). Les patients ont ensuite été classés sans a priori selon une méthode de *clustering* basée sur une classification ascendante hiérarchique.

Résultats Parmi les 127 patients inclus dans la base de données, 106 étaient éligibles pour l'analyse en cluster. Aucun sous-groupe d'APC rapporté dans les classifications antérieures n'a émergé de l'analyse en cluster ; aucune différence portant