



# LA LETTRE DU Souffle N°57

## SOMMAIRE

- P 2-6 Notre grand dossier**  
Les examens complémentaires en pneumologie
- p3 Les Explorations Fonctionnelles Respiratoires
- p4 La fibroscopie bronchique
- p5 Les explorations du sommeil
- p6 Les examens en pneumologie chez l'enfant

- P7 LES ACTUALITÉS DU CNMR**  
**Participer** : 2010, année mondiale du poumon, l'occasion pour le CNMR d'intensifier ses actions; **Organiser** : les marches de la BPCO, pour la faire mieux connaître; la Journée sur les Enjeux de la Santé Respiratoire et Environnementale; **Former** : des « coachs athlète santé » pour les malades respiratoires
- P8 VOS QUESTIONS, NOS RÉPONSES**  
SPÉCIAL GRIPPE A (H1N1).



L'année du  
**POUMON**  
Vivre, Apprendre, Respirer

## Les examens pneumologiques : plus ils seront connus, mieux on préviendra

2010...année du poumon. En effet, cette année est la date de début d'une décennie de communication « pulmonaire » vers le grand public, les professionnels de santé et les médias. Cette initiative a été prise par plusieurs sociétés savantes internationales oeuvrant dans le domaine des maladies respiratoires, l'ATS, l'ERS, l'ACCP, l'IUATLD...<sup>(1)</sup> Ce sera l'occasion de parler des maladies pulmonaires, des agresseurs des poumons, mais aussi des examens complémentaires en pneumologie, souvent méconnus : EFR (Explorations Fonctionnelles Respiratoires), fibroscopie bronchique, explorations du sommeil... Autant de noms d'examens que l'on entend souvent, sans trop savoir parfois à quoi ils servent et comment ils se déroulent.

Ce sont le plus souvent des pneumologues qui réalisent les examens complémentaires permettant le diagnostic mais aussi le suivi des maladies des voies respiratoires. Examen phare, les Explorations Fonctionnelles Respiratoires, celles-ci permettent notamment de poser de façon précoce le diagnostic de la silencieuse et redoutable broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) et ont un rôle important pour inciter à

arrêter de fumer.

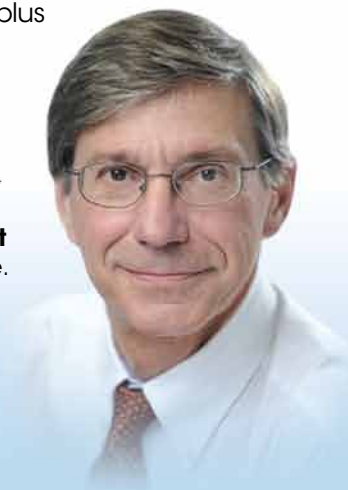
### Le rôle des médecins généralistes

De plus en plus, les médecins généralistes ont un rôle dans le dépistage précoce des affections respiratoires. Ils peuvent en effet réaliser des examens simples : une mesure du souffle, avec un débitmètre de pointe ou un minispiromètre. L'objectif est de dépister au plus tôt les maladies respiratoires, en particulier chez les fumeurs mais aussi de permettre aux patients asthmatiques de mieux adapter leurs traitements.

Le CNMR, fidèle à ses missions qu'il développera encore en 2010, vous informe sur les pathologies pulmonaires mais aussi sur les examens complémentaires. Il le fait grâce à son site Internet [www.lesouffle.org](http://www.lesouffle.org), mais aussi au travers de sa Lettre trimestrielle et encore par la mise à disposition de brochures. Son rôle est également d'aider la recherche par le biais de subventions. Il s'engage ainsi à soutenir la recherche sur les examens pneumologiques, afin de rendre ceux-ci encore plus fiables, plus rapides et plus confortables pour les patients.

**Dr Gilles Dixsaut**

Médecin général de santé publique.



(1) ATS : American Thoracic Society, ERS : European Respiratory Society, ACCP: American College of Chest Physicians, IUATLD: International Union Against Tuberculosis and Lung Disease

# NOTRE GRAND DOSSIER

## Les examens complémentaires en pneumologie

Par Anne-Sophie Glover-Bondeau

### Les différents examens en pneumologie :

En plus de l'examen clinique, les pneumologues peuvent réaliser des examens permettant l'exploration et le diagnostic des maladies des voies respiratoires et des poumons. Certains de ces examens sont aussi utiles pour suivre l'évolution d'une maladie et pour s'assurer de l'efficacité des traitements.

### Les trois grands types d'examens complémentaires sont :

- L'imagerie
- L'étude de la fonction respiratoire
- Les techniques d'exploration anatomique

### L'imagerie :

- Radio du poumon
- Imagerie par résonance magnétique (IRM)
- Scintigraphie de ventilation perfusion
- Angiographie pulmonaire
- Pet-Scan ou tomographie à émission de positrons...

Ces examens permettent de faire un diagnostic anatomique des lésions et pour certains un diagnostic fonctionnel.

### L'étude de la fonction respiratoire :

- Epreuves fonctionnelles respiratoires (EFR) de base : volumes et débits
- Les gaz du sang et l'oxymétrie
- Débit expiratoire de pointe (DEP)
- Explorations des troubles respiratoires du sommeil...

Ces examens ont pour but d'étudier la fonction pulmonaire.

### Les techniques d'exploration anatomique :

- Endoscopie trachéobronchique
- Techniques d'investigation pleurale

Ces examens sont à visée essentiellement diagnostique.

## LE DÉPISTAGE D'UNE ANOMALIE DU SOUFFLE PAR LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE

De plus en plus, les pneumologues insistent sur l'intérêt du dépistage d'une anomalie du souffle chez le médecin généraliste, en particulier chez tous les fumeurs de plus de 40 ans et chez les patients qui présentent une dyspnée.

Les médecins disposent de deux moyens rapides et faciles de dépistage :

- Le débitmètre de pointe (« peak-flow »)
- Le spiromètre miniaturisé

Le débit expiratoire de pointe (DEP) est le débit d'air maximal que l'on peut produire lorsque l'on souffle le plus énergiquement possible. Il est mesuré en litres par minute. Le débit d'air expiré dépend en grande partie du calibre des bronches. Dans diverses maladies qui entraînent un rétrécissement des bronches (Broncho-pneumopathie chronique obstructive, asthme...), le DEP diminue en permanence ou pendant les crises; cette diminution traduit l'importance de la maladie.

Le DEP est mesuré en soufflant par la bouche le plus fort et le plus vite possible dans un petit appareil (débitmètre de pointe) comportant un curseur qui se déplace d'autant plus loin sur une échelle graduée que le débit d'air est élevé. La mesure est effectuée trois fois de suite et l'on retient le résultat le plus élevé.

Le minispiromètre est de plus en plus utilisé en médecine générale. Il permet d'obtenir des renseignements plus complets que le débitmètre de pointe. Il suffit de souffler le plus fort et le plus vite possible dans l'embout de cet appareil pendant plusieurs secondes. La mesure obtenue permet de déterminer l'obstruction des bronches.

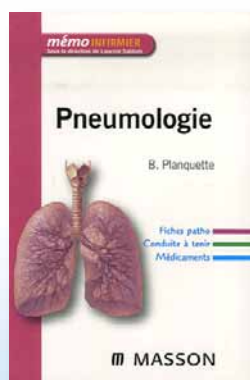
En cas d'anomalie du souffle révélée par ces investigations, il est nécessaire de poursuivre les examens afin d'établir un diagnostic à l'aide d'explorations fonctionnelles respiratoires (EFR) si ce n'est pas déjà fait (surveillance d'un asthmatique connu et traité par exemple).

Sources : Capital souffle, 29 février 2008

## Et la recherche ?

Interview du Dr Bruno Stach, Pneumo-Allergologue, Valenciennes

« Il y a de petites nouveautés dans les examens complémentaires. La recherche concerne surtout les explorations fonctionnelles respiratoires et l'exploration endoscopique avec l'écho-endoscopie. Les principales évolutions de ces dernières années sont des évolutions techniques des appareils : les examens sont ainsi plus rapides et plus fiables »



## Pour aller plus loin...

*Dr Alexis Lacout, Radiologie pneumologie Pet-Scan, Collection Pratique courante en..., Editions Vernazobres-Grego, Paris, décembre 2008.*

*Benjamin Planquette, Pneumologie, Mémo infirmier, Paris, Masson, 2006.*



# Les Explorations Fonctionnelles Respiratoires

Les Explorations Fonctionnelles Respiratoires (EFR) regroupent l'ensemble des examens permettant de mesurer les variables quantifiables de la fonction respiratoire. C'est le complément indispensable de l'examen clinique et radiographique en pneumologie. Les explorations fonctionnelles respiratoires permettent d'évaluer les performances du poumon -vérifier s'il fonctionne normalement, repérer et évaluer un éventuel handicap respiratoire- elles sont aussi utiles dans le suivi des affections de l'appareil respiratoire.

## Pourquoi réalise-t-on une EFR ?

- Pour diagnostiquer une pathologie pulmonaire -broncho-pneumopathie chronique obstructive, asthme...- devant une symptomatologie évocatrice (dyspnée, toux avec ou sans expectoration).
- Pour surveiller l'évolution de la maladie et/ou pour s'assurer de l'efficacité des traitements.

Cette exploration peut aussi être effectuée pour rechercher une atteinte de la fonction respiratoire chez une personne obèse, ou dans le suivi de certaines maladies systémiques comme la sclérodémie ou avant une intervention chirurgicale thoracique ou abdominale haute.

Enfin, c'est un examen de dépistage systématique, réalisé par ou à la demande du médecin du travail, dans les professions à risques pulmonaires, comme il devrait l'être également chez tout fumeur de plus de 40 ans.

## Les EFR en pratique

Une exploration complète de la fonction respiratoire comporte plusieurs étapes, mais toutes ne sont pas utiles pour chaque patient. Les tests de base, le plus souvent réalisés sont la spirométrie et la mesure des gaz du sang.

**La spirométrie** : elle permet la mesure des volumes d'air mobilisables par le patient. Celui-ci respire dans un embout relié à l'appareil qui enregistre le volume d'air mobilisé pendant la respiration normale et lors des mouvements respiratoires profonds. Les différentes mesures obtenues permettent de tracer un graphique,

c'est la courbe débit-volume. Cet examen permet de détecter l'existence d'un syndrome obstructif au cours duquel les débits expiratoires sont abaissés.

Mais après une expiration, même la plus complète, il reste de l'air dans les poumons: ce sont les volumes non mobilisables.

**La pléthysmographie** permet de les mesurer. Le patient est assis dans une petite cabine fermée aux parois vitrées; on peut mesurer les variations de volume de son thorax mais également les variations de pression en fonction du remplissage des poumons. Cet examen complète la spirométrie, et permet d'autre part d'évaluer la résistance des bronches au passage de l'air.

**La mesure des gaz du sang** : elle permet d'apprécier l'efficacité des poumons. Leur fonction est d'épurer le sang de l'organisme du dioxyde de carbone et de lui assurer une quantité d'oxygène optimale. Pour cela, **un échantillon de sang artériel** est prélevé, après son passage dans les poumons. Le prélèvement se fait en ponctionnant l'artère radiale au niveau du poignet, ou l'artère humérale au niveau du coude. Bien souvent en fait on se contente d'un prélèvement capillaire par ponction de quelques gouttes de sang à l'aide d'une lancette au niveau du lobule de l'oreille.

## Tels sont les examens les plus courants.

D'autres peuvent être pratiqués, pour répondre à des questions bien précises.

**Test de bronchodilatation** : on fait inhaler au patient un bronchodilatateur (médicament qui favorise la dilatation des bronches) ; après quelques minutes la spirométrie est refaite ; ainsi est appréciée la réversibilité de l'obstruction.

**Test de bronchoprovocation** : on fait inhaler au patient des doses croissantes d'un produit broncho constricteur (qui favorise la fermeture des bronches). Le diagnostic d'asthme est retenu si les bronches se ferment de plus de 20% par rapport à la valeur initiale.

**Le test de marche de 6 minutes** est le plus simple: on mesure la distance que peut parcourir le patient. On évalue ainsi la capacité à l'exercice d'un patient atteint d'une affection cardiaque et/ou respiratoire. Outre son intérêt diagnostique, ce test permet également de contrôler l'évolution de la maladie et des progrès accomplis grâce au traitement.

## CALCUL DE L'ÂGE PULMONAIRE

On perd environ 25 % de sa fonction respiratoire entre 30 et 75 ans. La consommation de tabac accélère ce processus de vieillissement et en amplifie les effets. Un médecin peut évaluer l'âge des poumons à partir de la mesure du souffle. Celle-ci permet d'évaluer le degré d'obstruction des bronches en mesurant la quantité d'air qui sort des poumons en une seconde d'expiration : c'est le VEMS, Volume Expiratoire Maximum Seconde. En reportant le VEMS sur la courbe représentant le vieillissement normal d'un non-fumeur, un médecin pourra estimer l'âge des poumons de son patient. Si cet âge correspond à son âge réel, tout va bien. S'il est plus élevé, une maladie respiratoire est probable, le plus souvent une BPCO, surtout si le patient est fumeur. Ce nouvel outil permet d'informer de façon simple les fumeurs afin de les convaincre d'arrêter et permet aussi un diagnostic précoce de la BPCO.

# La fibroscopie bronchique

C'est l'examen le plus fréquent en pneumologie. Dans la majorité des cas, une fibroscopie est réalisée afin de poser un diagnostic mais elle permet aussi de réaliser des actes thérapeutiques.

## Pourquoi réalise-t-on une fibroscopie bronchique ?

Outre l'examen purement visuel de la trachée et des bronches, la fibroscopie bronchique permet toute une série de prélèvements ainsi que des actes thérapeutiques comme la recherche et l'ablation d'un corps étranger, l'identification d'un site de saignement suivie d'une procédure visant à arrêter l'hémorragie. Les principales indications cliniques ? Le diagnostic et la surveillance du cancer du poumon, le diagnostic des hémoptysies (crachements de sang), le diagnostic des infections broncho-pulmonaires, le diagnostic et la surveillance de pathologies interstitielles diffuses (sarcoïdose, silicose...).

## La fibroscopie bronchique en pratique

Le médecin introduit un fibroscope (tube fin et flexible), par le nez ou la bouche; il examine l'intérieur de la trachée et des bronches. Le fibroscope qui peut comporter une microcaméra permet de réaliser des prélèvements divers:

**Biopsie bronchique** : avec une petite pince introduite dans le fibroscope, on prélève de petits fragments de la muqueuse bronchique, aux fins d'examen anatomopathologique

**Lavage broncho-alvéolaire** : on instille à travers le fibroscope de petites quantités de sérum physiologique dans les petites voies aériennes puis on réaspire le liquide; sur ce liquide différentes analyses plus ou moins complexes peuvent être pratiquées: recherche d'infection (bactéries, virus, parasites), analyse des cellules. Ces examens demandent en général plusieurs jours (temps de culture d'un micro-organisme par exemple).

Cet examen est angoissant mais pas douloureux. Il est réalisé sous anesthésie locale à l'aide d'un pulvérisateur pour endormir le nez, la gorge et la langue et, dans certains cas, sous anesthésie générale. La collaboration du patient est essentielle lors de cet examen.

Une fibroscopie simple demande 5 à 10 minutes. S'il y a des prélèvements et un lavage alvéolaire, cela prend plus de temps. Cet examen se pratique à l'hôpital, dans les services de pneumologie mais aussi dans les cliniques ou les centres de pneumologie. On peut pratiquer une fibroscopie bronchique en salle de réveil, au bloc opératoire ou au lit pour les patients qui ne peuvent pas se déplacer.

*A savoir : il faut être à jeun afin d'éviter le reflux dans les voies aériennes et ne pas fumer pendant 24 ou mieux 48 heures avant l'examen. L'anesthésie locale bloque le réflexe de défense pendant 1h30 à 2h. Sauf exception, le patient peut prendre son traitement habituel.*

## Après l'examen

Une surveillance médicale est nécessaire tant que l'anesthésie fait effet. Le patient doit rester à jeun durant les deux heures qui suivent l'examen pour éviter qu'il avale « de travers ».

Si le patient reçoit un médicament relaxant, la conduite d'un véhicule est interdite toute la journée.

## Témoignage



**Paul, 57 ans, Paris**

### « Il faut surtout bien respirer pendant une fibroscopie »

« J'ai déjà subi 3 fibroscopies. J'appréhendais beaucoup cet examen, mais en fait une fibroscopie ne fait pas mal en soi, c'est juste très désagréable. Mes conseils pour ceux qui devraient faire cet examen : essayez de rester calme malgré la gêne occasionnée, respirez le plus normalement possible. Pendant la première minute, il faut s'habituer à la présence du tube dans la gorge, ensuite, si cette première étape est réussie, le reste se passera bien. »



# Les explorations du sommeil

Les pneumologues pratiquent des explorations pendant le sommeil afin de détecter et mesurer les anomalies respiratoires durant celui-ci.

## Pourquoi réalise-t-on des explorations du sommeil ?

Principalement pour détecter un syndrome d'apnées du sommeil (SAOS). Les explorations du sommeil permettent aussi d'étudier le retentissement sur le sommeil d'une insuffisance respiratoire ou d'une BPCO.



## Les explorations du sommeil en pratique

### Polygraphie ventilatoire simple :

Elle est très importante dans le dépistage du Syndrome d'Apnées du Sommeil (SAOS). Elle est indiquée pour le diagnostic précoce des troubles respiratoires, le contrôle de l'efficacité du traitement par pression positive continue, la détection des troubles cardiaques nocturnes. Elle est généralement effectuée à l'hôpital où le patient vient passer une nuit, mais elle est réalisable aussi au domicile du patient. Trois capteurs suffisent pour enregistrer :

- Le nombre et la durée des pauses respiratoires (capteur de flux respiratoire placé sous le nez ou dans les narines)
- Le rythme et la fréquence cardiaque (ECG)
- Le nombre et l'importance des épisodes de ronflement.
- La position du sujet et son lien avec les événements respiratoires
- La désaturation nocturne en oxygène (oxymétrie de pouls)

Tous ces capteurs sont reliés à un petit boîtier où toutes les données sont enregistrées pour être analysées le lendemain.

### Polysomnographie :

La polysomnographie est un examen plus complet qui enregistre aussi l'activité électrique du cerveau (EEG), afin de reconnaître les différents stades du sommeil, les mouvements des yeux et le tonus musculaire du menton. L'activité cérébrale est captée au moyen d'électrodes placées sur le cuir chevelu. Cet examen comme le précédent, est indolore. Il confirme ou infirme le diagnostic et l'indication d'un traitement par Pression Positive Continue (PPC).

En cas de détection d'apnées obstructives du sommeil, la PPC est le traitement de référence. Elle permet à l'air de circuler sans obstacle; elle rétablit un sommeil profond et réparateur.

L'appareil placé au chevet du patient lui fournit l'air sous pression par l'intermédiaire d'un masque nasal. Ce traitement est sûr, et se suffit à lui-même. Les résultats sont spectaculaires.

Un nouvel examen polygraphique viendra confirmer les résultats et affiner si nécessaire les réglages de la PPC.

*A savoir : tout traitement hypnotique devra être arrêté avant toute polygraphie nocturne.*



# Les examens en pneumologie chez l'enfant

**Les Explorations Fonctionnelles Respiratoires de l'enfant (EFR) peuvent être réalisées** dans différentes circonstances : dans un but diagnostique (asthme), pour surveiller l'évolution d'une maladie respiratoire chronique (asthme, bronchodysplasie, mucoviscidose...) ou pour quantifier une éventuelle atteinte respiratoire dans des pathologies variées (déficit immunitaire, dermatomyosite, scoliose, drépanocytose...). Elles sont réalisables aisément chez l'enfant de plus de 6 à 7 ans ; l'examen nécessite une bonne coopération de l'enfant.

**La fibroscopie bronchique** est un examen complémentaire clé dans la démarche diagnostique en pneumologie pédiatrique. La fibroscopie consiste, comme chez l'adulte, à introduire par le nez (parfois la bouche) un fibroscope (tube souple). Le diamètre varie selon l'âge de l'enfant. Chez l'enfant, la fibroscopie bronchique peut être réalisée grâce à deux méthodes de sédation :

- Soit une méthode dite d'anesthésie locale : une médication sédative, myorelaxante, hypnotique d'action rapide est administrée avant l'examen. Pendant la fibroscopie bronchique, souvent l'enfant

respire un mélange oxygène-protoxyde d'azote, à effet antalgique. Une anesthésie locale du nez et des voies aériennes complète la préparation immédiate de l'examen. Une surveillance de la fréquence cardiaque et du taux d'oxygène est effectuée pendant l'examen. Le retour à la conscience est rapide.

- Il est également possible de réaliser cet examen sous anesthésie générale. L'enfant est alors vu par un médecin-anesthésiste en consultation pré-anesthésique, obligatoire avant l'examen. La durée de la fibroscopie reste identique, environ 15 minutes. Une supplémentation en oxygène est systématique, avec une surveillance de la saturation en oxygène, selon la technique anesthésique utilisée.

Après l'examen, l'enfant reste sous surveillance et à jeun au moins 2 heures. Rappelons que la recherche et l'ablation d'un corps étranger, angoisse majeure des familles et aussi des endoscopistes mérite d'être signalée : il s'agit alors d'une endoscopie sous anesthésie générale faite avec un bronchoscope de calibre supérieur à celui d'un fibroscope.

L'exploration de référence des troubles respiratoires du sommeil chez l'enfant est la polysomnographie de nuit. L'enregistrement des signaux respiratoires permet d'identifier les événements respiratoires (apnées, hypopnées) et leurs conséquences sur les échanges gazeux. L'indication la plus fréquente en pédiatrie de l'exploration du sommeil est la suspicion d'un syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS). La prévalence du SAOS dans la population pédiatrique générale serait de 1,6 % -elle serait de 8,4 % si l'un des membres de la famille de l'enfant est atteint de SAOS.

## Fiche santé N°12

### Dans quels cas peut-on être amené à consulter un pneumologue ?

**Professeur Louis Jeannin, Dijon**

Souvent, c'est à la demande du médecin généraliste, pour une maladie respiratoire connue qui n'évolue pas de façon satisfaisante : d'une grippe banale qui s'aggrave à une insuffisance respiratoire sévère... C'est aussi un symptôme qu'il faut expliquer: essoufflement, toux, expectoration, troubles du sommeil, douleur thoracique... Une anomalie radiologique intra thoracique inexpliquée fait souvent demander l'avis du pneumologue.

Mais la demande peut venir aussi d'un spécialiste qui au cours d'une affection variable, suspecte une participation respiratoire dont la reconnaissance pourrait aider au diagnostic et à la prise en charge. Des examens pneumologiques seront habituellement nécessaires, adaptés au problème à résoudre; des épreuves fonctionnelles respiratoires et des examens endoscopiques (fibroscopie) sont parmi les plus fréquemment pratiqués.





# L'actualité du CNMR

Tout ce qui est nouveau,  
tout ce qui va sortir.



## 2010 : année mondiale du poumon !

2010 est le début d'une décennie de communication « pulmonaire » vers le grand public, les professionnels de santé et les médias. L'occasion pour le CNMR et son réseau d'intensifier les actions de prévention et d'information auprès du grand public et des personnes les plus à risques de développer des pathologies respiratoires.

En plus des 120 projets réalisés chaque année par le Comité National et ses Comités Départementaux – animations lors des Journées Mondiales Asthme, BPCO, Tuberculose, Sans tabac ; actions de prévention du tabagisme, éducation thérapeutique des asthmatiques... ; le programme 2010 prévoit le développement des actions de prévention de la tuberculose auprès des populations à risque, l'opération Marches pour lutter contre la BPCO, une Journée Santé et Environnement à la Tour Eiffel, une collaboration au programme de développement de « coachs athlé santé » de la Fédération Française d'Athlétisme (FFA).

## Marches pour lutter contre la BPCO

Le CNMR organise en 2010, en partenariat avec la FFAAIR (Fédération Française des Associations et Amicales d'Insuffisants Respiratoires) et avec le concours de la FFA (Fédération Française d'Athlétisme), une dizaine de marches pour lutter contre la BPCO. Chaque mois, une ville différente ! L'objectif ? Mieux faire connaître la BPCO en France et également initier les malades insuffisants respiratoires et le grand public à la marche nordique, qui présente de nombreuses vertus. Rappelons que la BPCO touche 3,5 millions de Français. Le programme de ces rencontres : diffusion de documents sur la BPCO, information sur les signes qui doivent alerter et amener à consulter, réalisation de mesures de l'âge pulmonaire et or-



ganisation de circuits de marche nordique avec les coachs athlé santé de la FFA. La première a eu lieu à Marseille, en janvier, durant le Congrès de Pneumologie de Langue Française (CPLF) !

## Programme de marche nordique encadré par des « coachs athlé santé »

La marche nordique est née en Finlande et aujourd'hui pratiquée par plus de 7 millions de personnes dans le monde. Son avantage ? Elle convient à tous, même à ceux qui ont des soucis de santé. Cette activité est ainsi conseillée aux personnes atteintes de BPCO.

Le CNMR collabore au programme de développement des « coachs athlé santé » de la FFA. Ce projet est soutenu par la Direction Générale de la Santé (DGS). Le but est de former plus de coachs à la connaissance du malade respiratoire, de ses besoins et de ses capacités et de faire connaître l'existence de ces entraîneurs au grand public et aux personnes malades.

## Journée Santé et Environnement

La Fédération Française de Pneumologie (FFP), avec le soutien du CNMR, organise une Journée sur les Enjeux de la Santé Respiratoire et Environnementale, le jeudi 18 mars 2010, au premier étage de la Tour Eiffel. Après une séance plénière consacrée à la pollution atmosphérique, trois tables rondes évoqueront « la qualité de l'air dans les lieux de vie domestiques », « la qualité de l'air dans les transports personnels et collectifs » et « la qualité de l'air sur les lieux de travail ».



# VOS QUESTIONS, NOS RÉPONSES

Des spécialistes répondent ici aux questions que vous avez posées sur le site [www.pneumogrippe.org](http://www.pneumogrippe.org), dédié à la grippe A, lancé par le CNMR en partenariat avec le FFP et SPLF\*

On parle de fièvre, maux de tête, éternuements, toux... mais j'avoue avoir du mal à faire la différence avec une bronchite, une sinusite, ou une rhino...

## Réponse de [www.pneumogrippe.org](http://www.pneumogrippe.org)

Les symptômes de la grippe A/H1N1 chez l'homme sont, dans la majeure partie des cas, les mêmes que ceux de la grippe saisonnière : fièvre, courbatures, toux et fatigue notamment. Une particularité de cette grippe est l'existence de signes digestifs (vomissements, diarrhée) dans environ un cas sur trois, notamment chez l'enfant. Il existe des formes peu prononcées et d'autres fortes. Il est en effet possible de confondre une "vraie" grippe due au virus A(H1N1) avec une banale infection des voies aériennes supérieures, autrement dit une rhinopharyngite ou une trachéite. La sinusite elle se distingue mieux. La notion de contagion de l'entourage proche au même moment plaide en faveur d'une grippe. Le diagnostic de certitude peut être fait avec des prélèvements, mais qui ne sont pas habituellement réalisés en pratique courante car le plus souvent inutiles.

Quelles sont les complications de la grippe A-H1N1?

## Réponse de [www.pneumogrippe.org](http://www.pneumogrippe.org)

La complication principale de la grippe A-H1N1 est une pneumonie virale. Cette infection virale augmente le risque de

pneumonie bactérienne, le plus souvent à pneumocoques. Cette complication bactérienne nécessite un traitement antibiotique, généralement efficace. Chez certaines personnes, les poumons infectés par le virus A (H1N1) 2009 peuvent être très malades – les empêchant de respirer suffisamment bien pour garder une bonne concentration d'oxygène dans le sang. Une hospitalisation est alors indispensable pour recevoir de l'oxygène, ou même bénéficier d'un respirateur artificiel. Une hospitalisation aux soins intensifs, parfois prolongée, permet le plus souvent, mais pas toujours, d'éviter le décès. Le risque de devoir être hospitalisé à cause d'une grippe A (H1N1) 2009 est estimé à 2 à 5 % des malades. Le risque de mourir de grippe A (H1N1) 2009 est estimé à 1 à 4 personnes pour 1'000 malades.

Agé de 29 ans, avec un asthme modéré, stable et traité, est-ce que je figure sur la liste des personnes prioritaires pour une vaccination ? Si non, est-il plus prudent d'envisager une vaccination ?

## Réponse de [www.pneumogrippe.org](http://www.pneumogrippe.org)

En cas d'asthme, il est souhaitable de se faire vacciner. Selon nos informations, l'envoi d'un bon de vaccination par la caisse d'assurance maladie (CPAM) dépendra du traitement suivi. Aussi les personnes prenant un traitement de fond pour l'asthme recevront probablement un bon de vaccination. Concernant votre cas personnel, il revient à votre médecin de vous conseiller au mieux.

Enceinte de 6 mois et demi, dois-je me faire vacciner contre la grippe A? J'ai une fille de 2ans et demi devra-t-elle aussi se faire vacciner? Et le papa?

## Réponse de [www.pneumogrippe.org](http://www.pneumogrippe.org)

Le vaccin sans adjuvant est recommandé aux femmes enceintes à partir du deuxième trimestre de la grossesse. Son autorisation de mise sur le marché a été annoncé par le ministère de la santé (Afssaps) le 16 novembre 2009. Il est aussi conseillé de vacciner l'entourage du (futur) bébé dans le but de ne pas le mettre en contact avec le virus de la grippe. Donc oui, il est souhaitable que vous même, votre fille et le papa soient vaccinés.

\* FFP : Fédération Française de Pneumologie -  
SPLF : Société de Pneumologie de Langue Française

**Merci de votre intérêt pour la Lettre du Souffle,  
merci de votre engagement à nos côtés.**

**Professeur Gérard Huchon  
Président du CNMR**

