



Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID-19. The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect, the company's public news and information website.

Elsevier hereby grants permission to make all its COVID-19-related research that is available on the COVID-19 resource centre - including this research content - immediately available in PubMed Central and other publicly funded repositories, such as the WHO COVID database with rights for unrestricted research re-use and analyses in any form or by any means with acknowledgement of the original source. These permissions are granted for free by Elsevier for as long as the COVID-19 resource centre remains active.

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

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rmr.2016.10.083>

72

### Dépistage des sujets contacts de tuberculeux multirésistants



A. Ouardi<sup>1,\*</sup>, F. Bekri<sup>1</sup>, Y. Ghezzi<sup>2</sup>, Y. Berrabah<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Faculté de médecine d'Oran, Oran, Algérie

<sup>2</sup> IPA, Oran, Algérie

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [ouardi.aissa@yahoo.fr](mailto:ouardi.aissa@yahoo.fr) (A. Ouardi)

**Introduction** Les contacts de patients porteurs de tuberculose multi-résistante (TBMR) sont une catégorie à haut risque. On considère comme contacts les personnes vivant dans le même foyer ou passant plusieurs heures par jour dans un même espace de vie fermé. Le dépistage précoce permet de réduire la période de contagiosité et préserver le malade et la collectivité.

**Méthodes** Notre étude évaluait le dépistage de la TBMR des sujets contacts en analysant les antécédents familiaux et le moment du diagnostic par tests de sensibilité ainsi que les régimes thérapeutiques administrés. Il était notifié le nombre de personnes en contact étroit et prolongé avec le patient multirésistant, leurs antécédents tuberculeux, le profil de résistance de la souche infectante et les issues du traitement.

**Résultats** Parmi 97 patients TBMR, 23 avaient dans leur entourage immédiat des multirésistants, il s'agissait de 18 femmes et 5 hommes, la moyenne d'âge était de 32 ans. Dix-neuf patients avaient un multirésistant dans la famille (l'époux dans 18 cas et un frère), trois patients avaient deux TBMR comme contacts proches (fratrie) et un patient avait 4 TBMR sous le même toit (ascendants et fratrie). Le diagnostic de TBMR chez les 23 patients était comme suit : 7 patients seulement ont bénéficié d'emblée d'un antibiogramme avant l'instauration d'un traitement pour tuberculose active (5 par antibiogramme classique et 2 par biologie moléculaire génotype MTBDR) et déclarés TBMR primaires (4 femmes et 3 hommes âgés entre 14 et 43 ans). Seize patients ont d'abord été mis sous traitement de 1<sup>re</sup> intention dont 6 ont bénéficié d'un antibiogramme après l'échec thérapeutique au régime de 1<sup>re</sup> ligne confirmant la TBMR avec en plus résistance à la streptomycine alors qu'elle ne figurait pas dans leur schéma de traitement. Les dix patients restant n'ont bénéficié d'un test de sensibilité qu'à l'échec du régime de retraitement de huit mois et avaient perdu la sensibilité à tous les médicaments de 1<sup>re</sup> intention.

**Conclusion** Les recommandations du dépistage et de surveillance des sujets contacts de tuberculeux multirésistants ne sont pas toujours suivies et vu la probabilité élevée de multirésistance primaire des contacts, il convient de lancer les tests de diagnostic rapide en cas d'une atteinte tuberculeuse. En l'absence de consensus concernant la prophylaxie des personnes exposées, leur surveillance doit être étroite pendant une période d'au moins deux ans.

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

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rmr.2016.10.084>

## AD03 – asthme

73

### Effets à court terme de l'exposition aux moisissures extérieures sur la rhino-conjonctivite traitée (RCT) à Clermont-Ferrand pendant 6 ans



M. Cheriaux<sup>1</sup>, C. Segala<sup>2</sup>, S. Martin<sup>2</sup>, D. Nadine<sup>3</sup>, M. Thibaudon<sup>3</sup>, D. Caillaud<sup>1,\*</sup>

<sup>1</sup> CHU de Clermont-Ferrand, 63003 Clermont-Ferrand, France

<sup>2</sup> Sepia-Santé, 56150 Baud, France

<sup>3</sup> Réseau national de surveillance aérobiologique (RNSA), 69690 Brussieu, France

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [dcaillaud@chu-clermontferrand.fr](mailto:dcaillaud@chu-clermontferrand.fr) (D. Caillaud)

**Introduction** La relation entre RCT et l'exposition aux pollens est bien connue [1]. En revanche, la relation entre RCT et l'exposition aux moisissures extérieures n'a pas été encore décrite.

**Méthodes** L'assurance maladie (régime général) a fourni les données de consommation de médicaments anti-allergiques (maa) sur le grand Clermont (300 000 habitants) pendant 6 ans (2010–2015). Un épisode de RCT était défini par la prescription sur une même ordonnance d'un maa par voie orale ET par voie locale (nasale ou oculaire). Les relations entre les variations quotidiennes de la concentration des spores de moisissures et les variations quotidiennes de RCT étaient analysées par un modèle de régression de Poisson, en tenant compte de la pollution atmosphérique, des données météorologiques et des pollens totaux allergisants.

**Résultats** Toutes classes d'âge confondues, le risque de RCT était significativement associé à une augmentation d'un interquartile de la concentration de cladosporium : RR (intervalle de confiance) : 1,091 (1,030–1,156), d'alternaria : 1,053 (1,005–1,103) et d'aspergillus/penicillium : 1,031 (1,004–1,060).

**Conclusion** L'exposition aux spores extérieures de moisissures d'alternaria, de cladosporium et d'aspergillus/penicillium est associée à une augmentation significative des RCT sur le grand Clermont pendant une période d'observation de 6 ans. Travail réalisé avec le soutien partiel des laboratoires Astra-Zéneca, Boehringer-Ingelheim et ALK-Abello.

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

**Référence**

[1] Caillaud DM, Martin S, Segala C, Vidal P, Lecadet J, Pellier S, et al. Airborne pollen levels and drug consumption for seasonal allergic rhinoconjunctivitis: a 10-year study in France. *Allergy* 2015;70:99–106.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rmr.2016.10.085>

74

### Exacerbation d'asthme et virus : quelles différences en fonction des zones climatiques ?



G. Botto<sup>1</sup>, M. Verduyn<sup>2</sup>, J. Jaubert<sup>3</sup>, C. Lier<sup>4</sup>, P. Diot<sup>1</sup>, S. Marchand-Adam<sup>1</sup>, L. Guilleminault<sup>2,\*</sup>

<sup>1</sup> Service de pneumologie, Tours, France

<sup>2</sup> Service de pneumologie, Saint-Pierre, France

<sup>3</sup> Service de virologie, Saint-Pierre, France

<sup>4</sup> Service de virologie, Tours, France

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [guillel@free.fr](mailto:guillel@free.fr) (L. Guilleminault)

**Introduction** Les exacerbations d'asthme correspondent à des aggravations rapides des symptômes respiratoires et sont responsables d'une morbidité et mortalité importantes. Les infections virales figurent parmi les causes les plus fréquentes des exacerbations mais les données épidémiologiques sont, dans leur grande majorité, issues de cohorte de pays tempérés. Peu de données sont disponibles dans les pays tropicaux malgré une augmentation de la prévalence de l'asthme dans ces régions ces dernières années.

**Méthodes** Dans cette étude observationnelle réalisée sur l'année 2015, l'épidémiologie virale de patients adultes hospitalisés pour exacerbation d'asthme a été comparée entre la ville de Saint Pierre à la Réunion (climat tropical) et de Tours (climat tempéré). Un portage viral était recherché à l'entrée à l'hôpital par *polymerase*

*chain reaction* (PCR) multiplex sur aspiration nasopharyngée. Seize virus ont été analysés : VRS A et B, rhinovirus, métapneumovirus, myxovirus influenzae A, H1N1, H5N1, parainfluenzae de 1 à 4, coronavirus 229E, NL63 et OC43, adénovirus, entérovirus. À la Réunion, le panel de virus recherché comprenait en plus coronavirus HKU1, bocavirus et paréchévirus.

**Résultats** Au total, 100 patients ont été inclus dont 62 à Saint Pierre et 38 à Tours. La présence d'au moins un virus est retrouvée dans les aspirations naso-pharyngées chez 53 % des patients à Tours et 31 % des patients à Saint Pierre ( $p < 0,05$ ). La répartition des virus diffère selon la géolocalisation. Le rhinovirus est l'espèce la plus fréquemment retrouvée dans les 2 groupes : soit 42 % des prélèvements à Saint Pierre et 30 % à Tours. On trouve de façon équivalente, entre les groupes, le virus influenza A dans 19 % des cas. Le classement diverge ensuite, l'entérovirus qui représente 19 % des aspirations naso-pharyngées à Tours n'est pas retrouvé à Saint Pierre. Inversement, le virus influenza H1N1 et le virus parainfluenza identifiés dans 12 et 4 % des prélèvements à Saint Pierre sont absents à Tours. Les exacerbations semblent avoir une saisonnalité à Tours avec un pic en septembre et en hiver. Aucune saisonnalité n'est retrouvée sous le climat tropical de la Réunion.

**Conclusion** La proportion de patients hospitalisés pour exacerbation d'asthme et ayant un prélèvement viral positif est plus faible en climat tropical qu'en climat tempéré. L'origine de ces exacerbations reste donc à déterminer. Il est nécessaire d'étudier spécifiquement en zone tropicale d'autres facteurs environnementaux comme les allergènes (moisissures...) ou les parasites.

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

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rmr.2016.10.086>

75

### Enquête de pratique sur l'organisation de la prise en charge de l'asthme sévère dans des centres universitaires français



C. Taillé<sup>1,\*</sup>, G. Garcia<sup>2</sup>, J. Just<sup>3</sup>, Y. Martinat<sup>4</sup>, A. Bourdin<sup>5</sup>, A. Didier<sup>6</sup>

<sup>1</sup> Hôpital Bichat, Paris, France

<sup>2</sup> Hôpital de Bicêtre, Paris, France

<sup>3</sup> Hôpital Trousseau, Paris, France

<sup>4</sup> Clinique du Parc, Lyon, France

<sup>5</sup> Hôpital Arnaud-de-Villeneuve, Montpellier, France

<sup>6</sup> Hôpital Larrey, Toulouse, France

\* Auteur correspondant.

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

**Introduction** Il est recommandé par la plupart des sociétés savantes de créer une filière de soins spécialisée pour la prise en charge de l'asthme sévère afin d'améliorer le diagnostic et le traitement de ces patients. En France, l'organisation d'un tel réseau de soins n'est pas encore formalisée. Nous avons souhaité connaître l'organisation et les moyens actuellement disponibles pour la prise en charge de l'asthme sévère dans des services hospitalo-universitaires plus particulièrement impliqués dans la prise en charge de l'asthme sévère en France.

**Méthodes** Enquête de pratique nationale, multicentrique, descriptive, réalisée en 2015. Un questionnaire en 23 points a été adressé par voie électronique au responsable de chaque centre.

**Résultats** Onze centres d'adultes et 4 centres de pédiatrie ont répondu à l'enquête. La file active de patients suivis est en moyenne de 151 [50–350] par centre, avec en moyenne 48 nouveaux patient/an/centre. Treize (87 %) centres organisent des réunions de concertation sur l'asthme sévère (moyenne 3,9 réunions/an). Les explorations disponibles dans les centres sont l'endoscopie bronchique (100 %), l'expectoration induite (73 %), la mesure du FeNO (91 %), le test d'hyperventilation (82 %). La prise en charge

des allergies alimentaires est faite dans 91 % des centres et des allergies cutanées dans 82 %. Un programme d'éducation thérapeutique dédié à l'asthme sévère a été mis en place dans 83 % des centres, concernant en moyenne 65 adultes et 167 enfants/centre. La plupart des comorbidités de l'asthme sont prises en charge par des collaborateurs internes au centre, à part le syndrome d'hyperventilation et la dysfonction des cordes vocales qui sont adressés dans 20 % des cas à des centres compétents externes à l'hôpital. Tous les centres adultes ont participé à un essai clinique (phase 2, 3 ou académique) dans les 2 années précédentes, avec 798 patients adultes inclus au total sur cette période. Cinq centres pratiquaient la thermoplastie en 2015.

**Conclusion** Les moyens techniques dont disposent les centres hospitalo-universitaires spécifiquement impliqués dans la prise en charge de l'asthme sévère et ayant répondu à l'enquête sont assez homogènes. Comprendre pourquoi le nombre de patients adressés dans ces centres est faible, comparativement à la population d'asthmatiques sévères attendue, devrait aider à organiser une filière de soins « asthme sévère » en France. Cette enquête a été réalisée grâce au soutien du laboratoire AstraZeneca.

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

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rmr.2016.10.087>

76

### Étude en vraie vie chez les 174 premiers patients traités par mépolizumab en France



C. Taillé<sup>1</sup>, P. Chané<sup>2</sup>, G. Devouassoux<sup>3</sup>, A. Didier<sup>4</sup>, C. Pison<sup>5</sup>, G. Garcia<sup>6</sup>, A. Bourdin<sup>7</sup>, A. Gruber<sup>8,\*</sup>, M. Humbert<sup>6</sup>

<sup>1</sup> Service de pneumologie, hôpital Bichat, AP-HP, Paris, France

<sup>2</sup> Service de pneumologie, hôpital Nord, Marseille, France

<sup>3</sup> Service de pneumologie, hôpital de la Croix-Roussé, hospices civils de Lyon, Lyon, France

<sup>4</sup> Service de pneumologie, hôpital Larrey, CHU de Toulouse, Toulouse, France

<sup>5</sup> Clinique universitaire de pneumologie, pôle thorax et vaisseaux, CHU Grenoble Alpes, université Grenoble Alpes, Grenoble, France

<sup>6</sup> Service de pneumologie, hôpital Kremlin-Bicêtre, AP-HP, Paris, France

<sup>7</sup> Service de pneumologie, CHRU de Montpellier, hôpital Arnaud-de-Villeneuve, Montpellier, France

<sup>8</sup> Laboratoire GSK France, Marly-Le-Roi, France

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [alina.a.gruber@gsk.com](mailto:alina.a.gruber@gsk.com) (A. Gruber)

**Introduction** Mépolizumab 100 mg sous-cutané a été mis à disposition en France dans le cadre d'ATU nominatives délivrées entre juin 2015 et mars 2016 pour le traitement de l'asthme sévère à éosinophilie. Ces ATU nominatives ont été accompagnées d'un protocole d'utilisation thérapeutique (PUT) établi par l'ANSM.

**Méthodes** Cent quatre-vingt-sept patients répartis dans 38 établissements hospitaliers ont été inclus dans le programme d'ATU pour obtenir le traitement par mépolizumab 100 mg SC toutes les 4 semaines. Les données analysées portent sur 174 fiches d'accès au traitement et 38 fiches de suivi renseignées lors du premier renouvellement d'ATU (environ à 3 mois de traitement).

**Résultats** Les patients (âge moyen = 54 ans ; 51 % femmes) présentaient un asthme sévère à éosinophiles et recevaient de fortes doses de corticoïdes inhalés, associés à un  $\beta_2$  mimétique de longue durée d'action. Le taux moyen d'éosinophiles sanguins à l'inclusion était de 711 cellules/ $\mu$ l. Une grande proportion de patients (93 %) recevait des corticoïdes oraux (CO) en traitement de fond : dose moyenne = 25 mg/j (4–80 mg/j), 67 % d'entre eux présentant des complications secondaires aux CO. Ils présentaient un nombre moyen de 6 exacerbations au cours des 12 derniers mois et un score moyen ACT (asthma control test) de 10 (4–24). Le VEMS moyen était