



Les Amis d'HAMAP Humanitaire du 65

Journée Médicale d'Ayos

Vendredi 30 Novembre 2018 – CH Ayos

A l'attention des équipes responsables des C.S.I. et
médecins du secteur



Programme

10h00 - Accueil des participants: introduction - présentations

10h30 - Maladies respiratoires au Cameroun - épidémiologie - prise en charge (Dr Essindi)

11h00 - Maladies cardio vasculaires au Cameroun - épidémiologie - prise en charge (Dr Mintom)

11h30 - BPCO : résultats de la mission HAMAP 2017 - état des lieux et perspectives (Dr Gayraud)

12h00 - Cardiopathies hypertensives - état des lieux et perspectives (Pr Kingue)

12h30 - Apport de l'échographie en pathologie cardiaque (Dr Paviot)

13h00 – Repas

14h00 - Ateliers :

N°1 BPCO - Mesure du souffle (Dr Gayraud).

N°2 Cardiopathie - Echographie (Dr Paviot).

N°3 BFS – Basic Life Support, réanimation cardiaque de base (Dr Hako),

16h00 - Fin "Des vendredis de formation", conclusion.

BPCO 4^{ème} cause décès 2017, 3^{ème} en 2025



BronchoPneumopathie Chronique Obstructive

Définition

Affections pulmonaires chroniques caractérisées par une obstruction bronchique permanente (VEMS/CVL < 70%) non réversible sous Br. Dilatateurs.

Fréquente, morbidité (exacerbations, handicap) et mortalité élevées, couteuse.

Les principales causes

le tabagisme

la pollution atmosphérique intérieure (biomasse - cuisine - chauffage)

la pollution atmosphérique extérieure

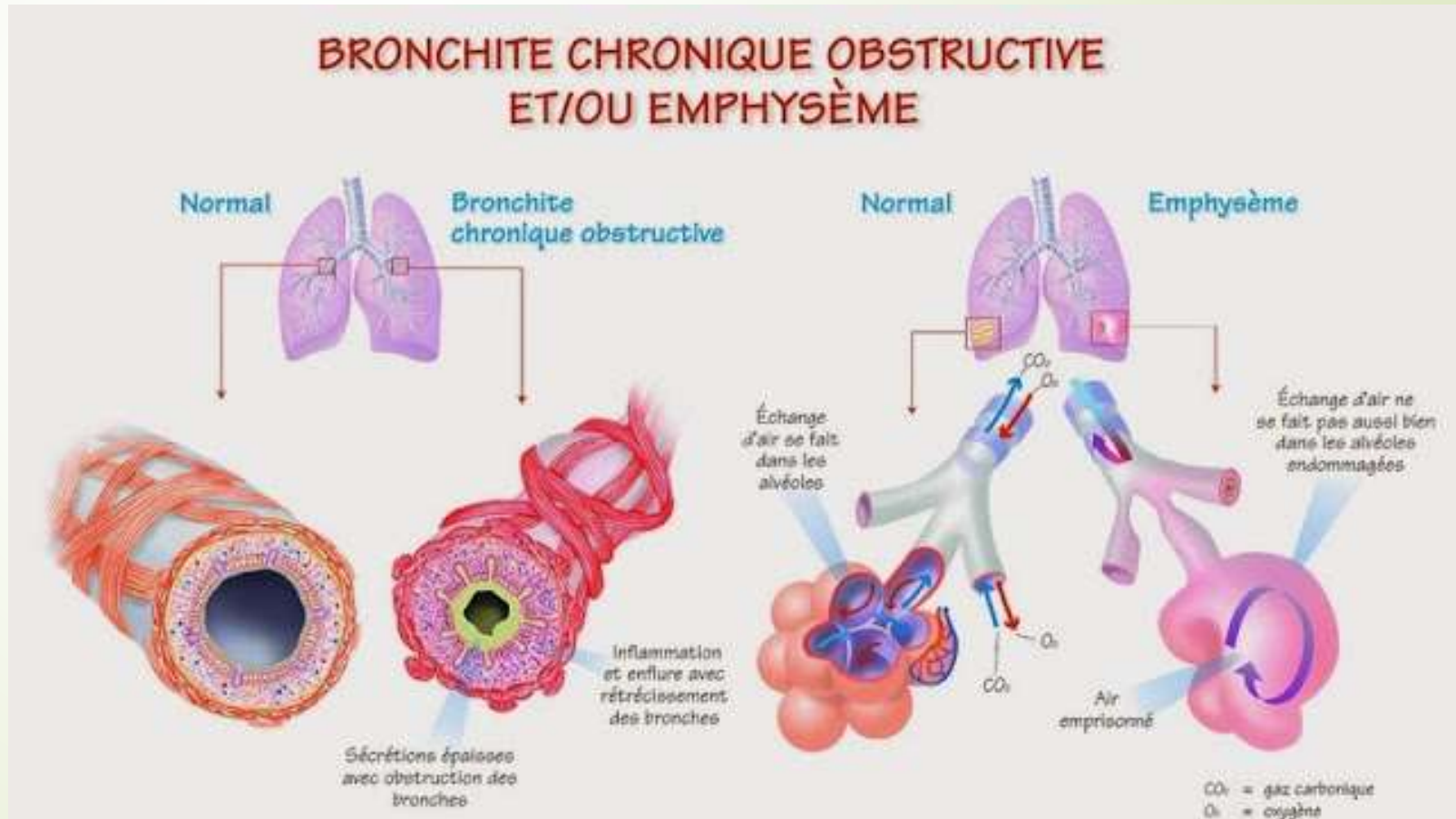
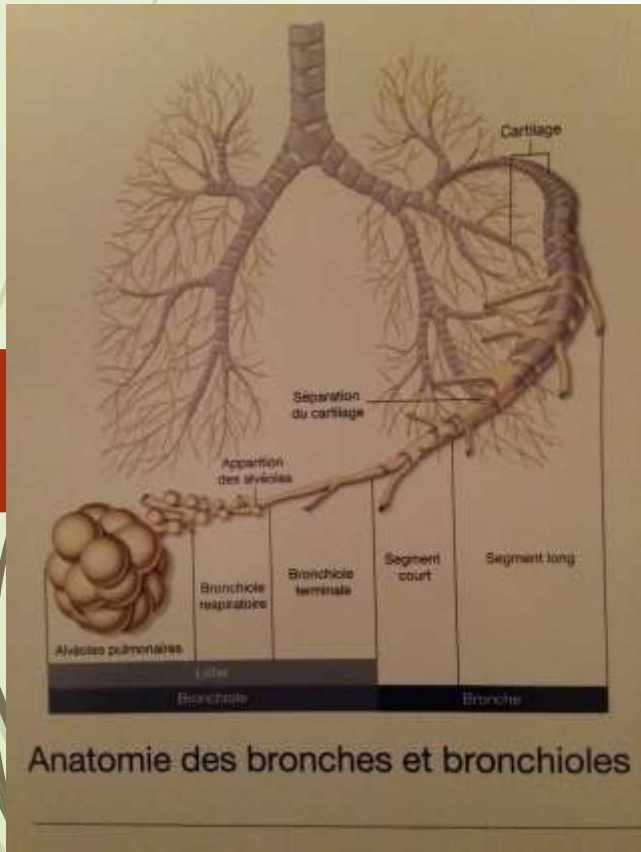
l'exposition professionnels aux poussières & produits chimiques.





BPCO 4^{ème} cause décès femmes 2017, 3^{ème} en 2025

BronchoPneumopathie Chronique Obstructive Physiopathologie





BPCO 4^{ème} cause décès femmes 2017, 3^{ème} en 2025

De la physiopathologie à la clinique.

Bronches « rétrécies » = **DYSPNEE, Essoufflement expiratoire**
(Symptôme principal mais tardif) = **Insuffisance ventilatoire**

Bronches encombrées = **TOUX, EXPECTORATION**

- **SURINFECTION** = Dyspnée +, pus, fièvre.

→ **EXACERBATION** – **Insuffisance respiratoire**

Altération des échanges gazeux O₂ – CO₂

- **Comorbidités:** Dénutrition – Obésité, hémoptysies –
tumeurs, affections cardio-vasculaires, anxiété – dépression,
déconditionnement à l'effort, anémie, ostéoporose.






Evaluation de la dyspnée

mMRC et équivalents Echelle de Sadoul

mMRC : score modifié du *Medical Research Council*

CAT : COPD Assessment Test

CCQ : Clinical COPD Questionnaire


Echelle mMRC	MRC: essoufflé si...	Sadoul: essoufflé si...	Echelle de Sadoul
0 	Essoufflé seulement pour des efforts intenses	pour des efforts importants ou au-delà du 2 ^e étage	1
1 	En hâtant le pas ou en légère côte	au 1 ^{er} étage, à la marche rapide ou en légère pente	2
2 	Marche sur terrain plat plus lentement que les sujets de son âge ou doit s'arrêter en marchant à son rythme sur terrain plat	à la marche normale en terrain plat	3
3 	Doit s'arrêter après 100m ou quelques minutes de marche	à la marche lente	4
4 	Trop essoufflé pour sortir de la maison	Essoufflé au repos	5



BPCO

4^{ème} cause décès femmes 2017,
3^{ème} en 2025

Spécificité de la femme



Mortalité liée à la BPCO
entre 1979 & 1999

- 21% chez l'homme
- 78% chez la femme

1. Diagnostic tardif

2. Phénotype féminin spécifique

Rôle protecteur des estrogènes

Accélération de la dégradation à la ménopause

25% d'exacerbation en + chez la femme

Délai d'exposition avant la 1^{ère} exacerbation <

Chez la femme, à exposition égale (/homme):

La toux est plus marquée

L'expectoration plus faible

La dyspnée est plus importante

La qualité de vie est moins bonne

Les signes de dépression plus fréquents

Atteinte bronchique plus marquée, emphysème plus restreint

« Remodelage » plus développé sur les petites voies aériennes: bronches + petites, inflammation plus avancée

3. Diagnostic différentiel : Asthme, Bronchectasies.



BPCO

4^{ème} cause décès femmes 2017,
3^{ème} en 2025

**Appréciation
De la
Sévérité**

- 1. Exploration Fonctionnelle Respiratoire**
- 2. Le nombre d'exacerbations**
- 3. L'évaluation des co-morbidités**
- 4. Exploration de la capacité d'exercice (Test marche 6')**



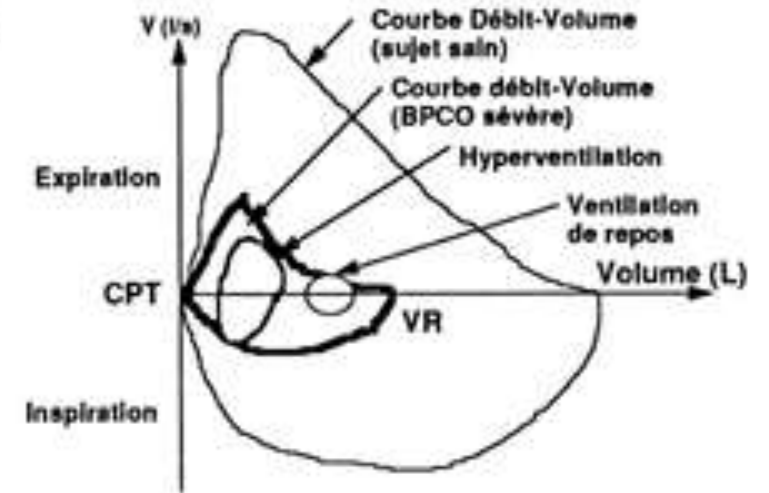
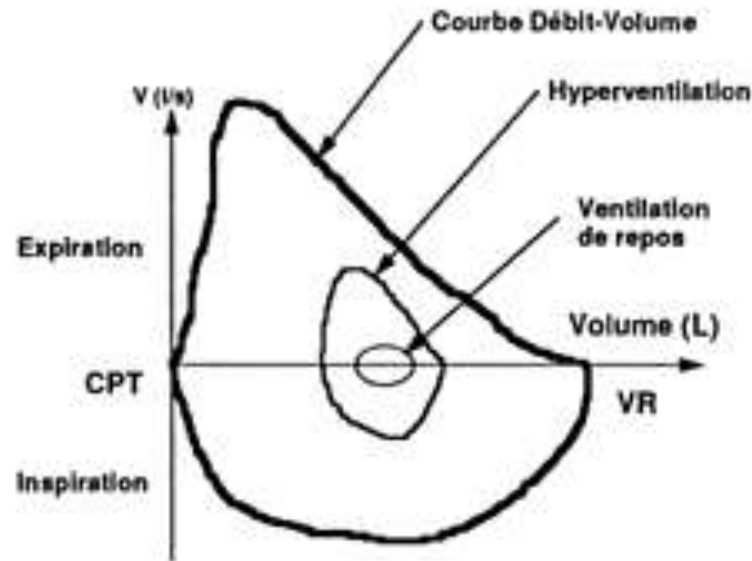
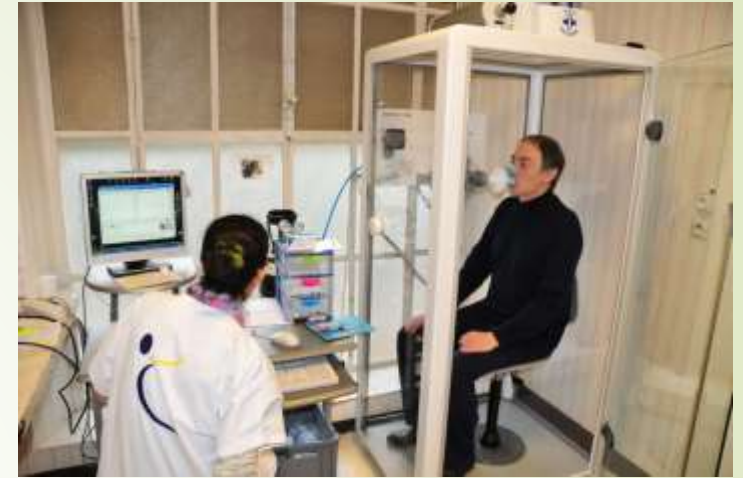
$$VEMS/ CV < 0.70$$

BPCO

Evaluation de la sévérité de l'Obstruction des Bronches

Mesure du souffle

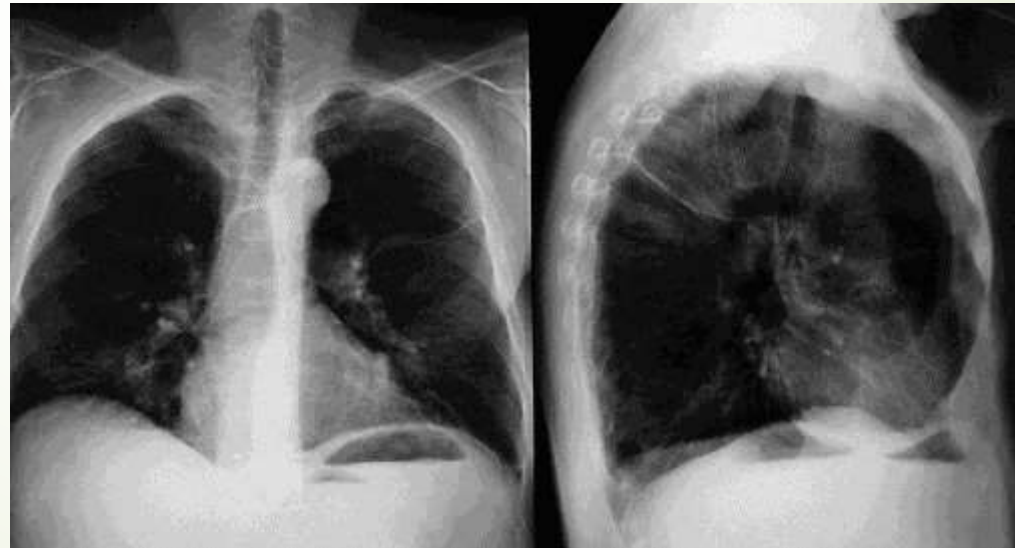
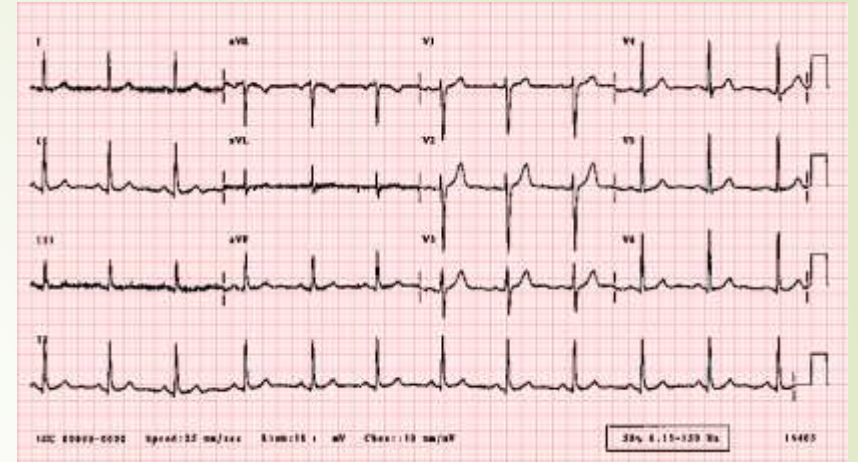
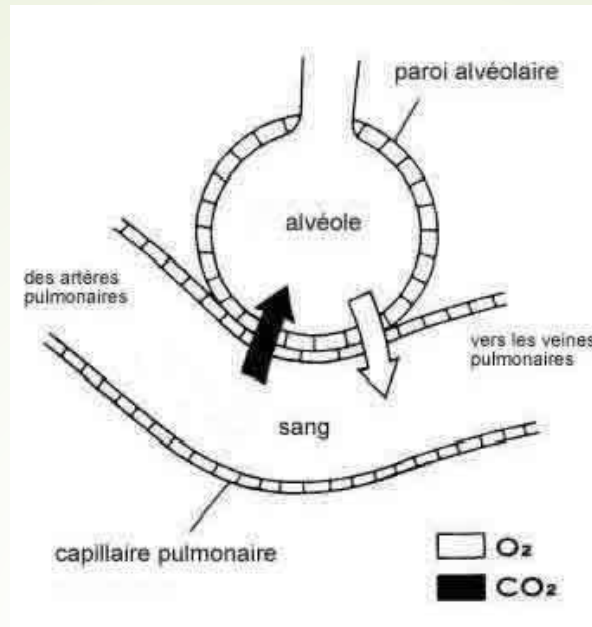
SPIROMETRIE





BPCO

Autres examens complémentaires



- Gaz du sang
- Mesure du CO
- Radiographie
- ECG - Echographie

La classification GOLD 2011

**GOLD
VEMS**

3-4

C
Risque élevé,
peu de
symptômes

D
Risque élevé,
Symptômes
significatifs

Exacerbations/an

**2 ou
plus**

1-2

A
Faible risque,
peu de
symptômes

B
Faible risque,
Symptômes
significatifs

0-1

**1 hospitalisation =
2 exacerbations**

MRC < 2

CAT < 10

CCQ seuil 1

MRC ≥ 2

CAT ≥ 10

mMRC : score modifié du *Medical Research Council*

CAT : COPD Assessment Test

CCQ : Clinical COPD Questionnaire

2013

BPCO – Traitement : **Principes**

- 1. Sevrage tabagique**
- 2. Broncho dilatateurs Beta 2 et anti cholinergiques**
- 3. Beta 2 LDA + Corticoïdes dans les formes sévères**
- 4. Réhabilitation respiratoire +++**
- 5. Vaccins (grippe, pneumocoques).**

BPCO – Traitement. Recommandations SPLF 2009

I : Léger	II : Modéré	III : Sévère	IV : Très sévère
VEMS/CV < 0,7			
VEMS ≥ 80 % de la théorique	50 % ≤ VEMS < 80 % de la théorique	30 % ≤ VEMS < 50 % de la théorique	VEMS < 30 % de la théorique ou VEMS < 50 % de la th. avec insuffisance respiratoire chronique
Arrêt du tabac, réduction des facteurs de risque ; vaccination antigrippale ← Bronchodilatateur de courte durée d'action (si besoin) →			
Un ou plusieurs bronchodilatateurs de longue durée d'action			
Réhabilitation			
Glucocorticostéroïdes inhalés sous forme d'association fixe si exacerbations répétées			
Oxygénothérapie longue durée si insuffisance respiratoire chronique Traitements chirurgicaux			

VEMS
Exacerbations

BPCO – Traitement : **Exacerbations**

1. Critères d'hospitalisation

(gaz du sang – Clinique de l'hypoxie-hypercapnie)

2. Traitement de la cause

(Recherche de la cause – Tt AB/pneumocoque ++)

3. Des moyens : corticoïdes, O2, VNI.

Évaluation systématique avant toute adaptation thérapeutique :

- Clinique
- Fonctionnelle

Diagnostic de BPCO (VEMS/CV <0,7)

Traitements non pharmacologiques

Dyspnée quotidienne et/ou exacerbations → NON →

Uniquement bronchodilatateur(s) courte durée d'action à la demande

OUI

Un bronchodilatateur longue durée d'action (1 ou 2 prises par jour selon le produit, en systématique)

Dyspnée

Effet insuffisant

Exacerbations

Dyspnée mMRC ≥ 2

Deux bronchodilatateurs longue durée d'action

Association fixe corticostéroïde inhalé + beta2 longue action

Dyspnée

Exacerbations

Effet insuffisant

Dyspnée et/ou Exacerbations

« Triple thérapie » (corticostéroïde inhalé + 2 bronchodilatateurs longue durée)

Réévaluation et adaptation thérapeutique
Décroissance thérapeutique
ou
Majoration thérapeutique selon la situation : Théophylline si dyspnée, Macrolides, Mucomodificateur antioxydant, (iPDE4) si exacerbations

Projet HAMAP.



FAMILLE

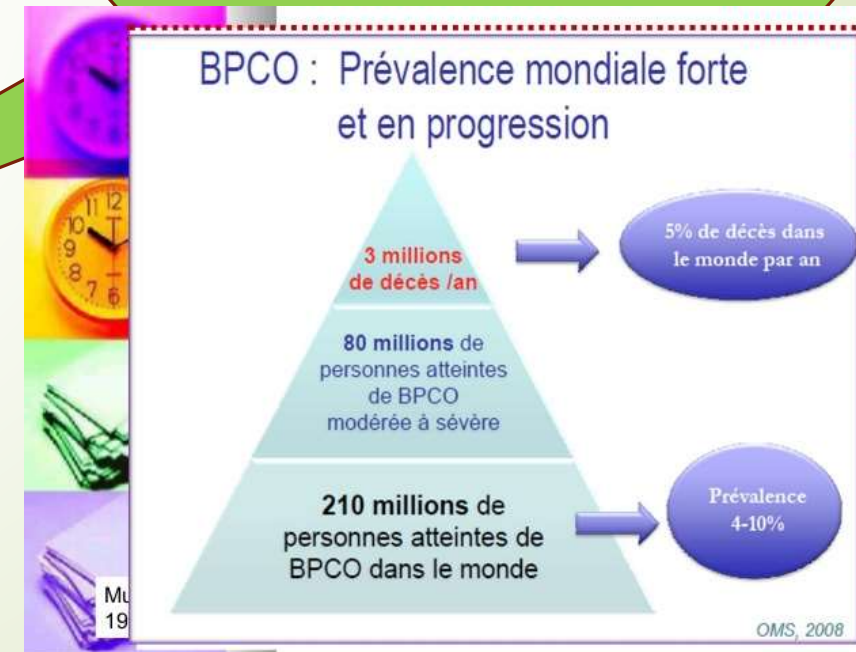
Oyili Nnam Sobia
Rés. des Femmes rurales
ADH65



Profession
médicale

Pb Santé Publique
OMS – Ministère Santé

Dépistage et prise en charge de la
BPCO chez la femme en milieu rural



Construction d'un projet



CONVICTION
ENGAGEMENT
RÉSULTATS
MISSIONS

**ONG HAMAP
Humanitaire**

**Expertise
organisationnelle et
logistique**

*Adhérents –
Bénévoles
« Certification »*

Assister
Accompagner
Réaliser
Pérenniser

**Un support associatif
local solide
Oyili Nnam de Sobia**

**Partenariat avec les
tutelles et
professionnels de
Santé – Cameroun
Ministère – DRS
CH Aynos – CSI**



Déc. 2016



Projet pilote Dec. 2017



« Dépistage et prise en charge de la BPCO chez la femme en milieu rural »

- *Qu'est-ce que la BPCO ?*
- *A quoi est-elle due ?*
- *Comment la dépister ?*
- *Jusqu'à quelle prise en charge ?*

Etude épidémiologique
Question d'Ethique

*
Une maladie jusqu'alors
Inconnue

Absente des esprits
Source de difficultés socio-
culturelles et financières

*
Place sociale de la femme?
La vie en brousse, des cases
sans cheminée

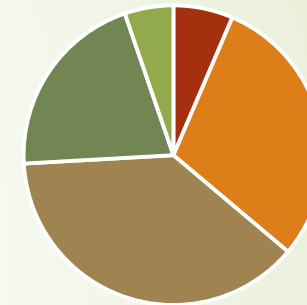


Rapport médical Mission HAMAP CA2017_M01

30 novembre au 16 décembre

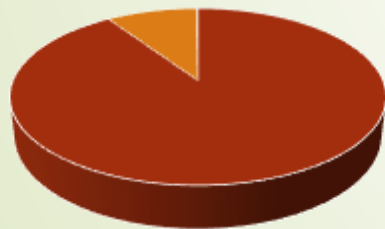
Population consultée

Répartition par âge



■ <20 ans ■ 20 à 39 ■ 40 à 59
■ 60 à 79 ■ >80 ans

répartition population



■ femmes ■ enfants ■ ■

Femmes		Enfants		Total	
761		78		839	
< 20 ans	20 à 39 ans	40 à 59 ans	60. 79 ans	>80 ans	

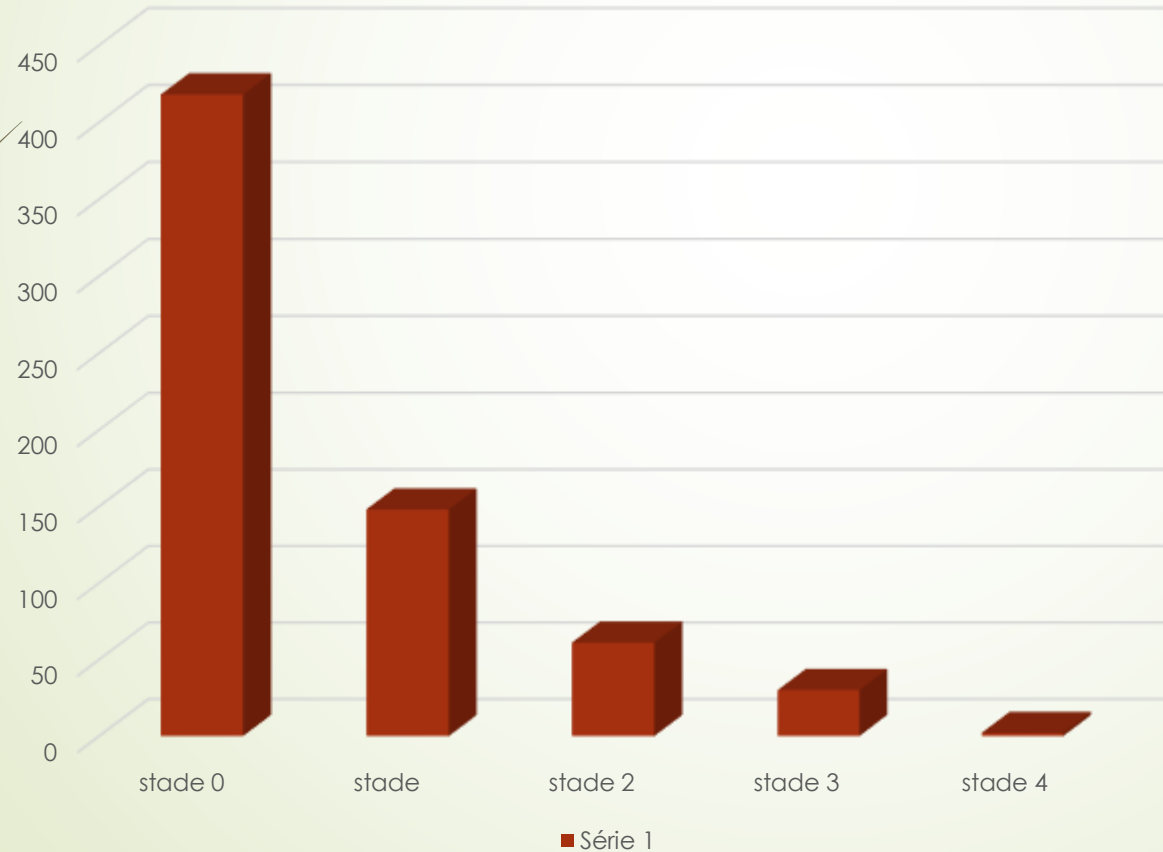
Corrélation dyspnée exposition à la fumée et au tabac

Dyspnée	Nombre de Femmes	Exposition à la fumée	Tabagisme
Stade 0	418 – 62%	< 8h	0%
Stade 1	148 – 23%	8-9 h	28%
Stade 2	61 – 10%	9-10 h	100%
Stade 3	30 – 5%	>10h	100%
Stade 4	2 – 0%	24h	100%

A bracket on the right side of the table groups the rows for Stades 1, 2, 3, and 4. A '38%' is written to the left of this bracket, indicating the cumulative percentage of women in these stages.

Evaluation de la dyspnée

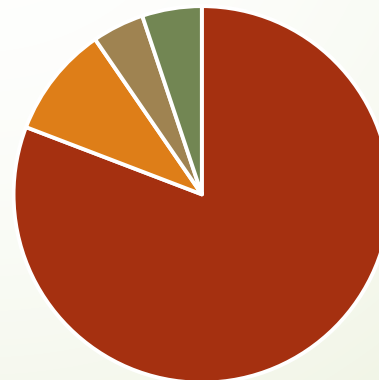
Stade 0	Stade 1	Stade 2	Stade 3	Stade 4
418	148	61	30	2



1. Evaluation de l'HTA – 19% de la population féminine examinée (146/761).

HTA modérée (14-16/9-10)	HTA moyenne (16-18/10-11)	HTA sévère (>18 /11 et +)
73 (50%)	34 (23.3%)	39 (26.7%) – max 27

Classification des HTA



■ normale ■ modérée ■ moyenne ■ sévère

**Merci pour votre écoute et
votre attention**

