



**La Société
Libanaise
de Pneumologie**

**The Lebanese
Pulmonary
Society**



Congrès Annuel 2012

Annual Meeting 2012

19-22 Avril

**Monroe
Hotel,
Beirut**

April 19-22

**Programme
et Résumés**

**19
CME
CREDITS**

**Program &
Abstracts**

Bienvenue

BIENVENUE à tous les participants au Congrès 2012 de la Société Libanaise de Pneumologie, qui veut illustrer deux concepts : la collaboration et le rassemblement.

La collaboration pour la préparation de ce congrès a été importante, avec la Société Libanaise de Médecine Interne, avec l'Ordre des Infirmières au Liban, avec l'Ordre des Physiothérapeutes du Liban et avec l'Association Franco-Libanaise de Pneumologie, pour favoriser et promouvoir la prise en charge multi-professionnelle de nos malades, et pour rassembler un maximum de pneumologues d'origine libanaise.

Le programme scientifique est riche et varié, et concerne aussi bien des sujets de pneumologie courante, comme l'asthme et la BPCO, que des sujets plus pointus comme l'écho-endoscopie et les maladies interstitielles. Des sessions dédiées aux infirmiers et physiothérapeutes enrichissent le congrès de perspectives différentes. Enfin, des ateliers pratiques sur l'exploration des troubles respiratoires au cours du sommeil et sur la bronchoscopie complètent notre Congrès 2012.

Un grand merci à la Société de Pneumologie de Langue Française dont le parrainage nous donne une garantie de qualité scientifique, et qui a toujours été un support pour notre société.

Dans l'attente de vous rencontrer à Beyrouth...

Welcome

WELCOME to all participants of the 2012 Annual Meeting of the Lebanese Pulmonary Society, which aims to illustrate two concepts: collaboration and gathering.

In preparation for this conference, collaboration with the Lebanese Society of Internal Medicine, the Lebanese Order of Nurses, the Lebanese Order of Physiotherapists, and with the French-Lebanese Pulmonary Association has enabled the fostering and promoting of the multi-professional management of our patients, and the gathering of the maximum number of pulmonologists of Lebanese origin.

The scientific program is rich and varied, and covers topics both of common respiratory conditions such as asthma and COPD, and more advanced topics such as EBUS and interstitial lung diseases. Sessions devoted to nurses and physiotherapists will add valuable different perspectives to the congress. Finally, practical workshops on sleep disorders and bronchoscopy will complete our 2012 schedule.

We are grateful for the endorsement of the "Société de Pneumologie de Langue Française" as it gives us a guarantee of scientific quality. This institution has always been a support to our society.

Looking forward to meet you in Beirut...

Georges KHAYAT
LPS President

Endorsement / Parrainage



In collaboration with / En collaboration avec



JEUDI 19

9:00	INSCRIPTION	
10:00	CEREMONIE D'OUVERTURE	
11:00 - 12:30	Session: Infections Pulmonaires	
	Modérateurs: Fadi ANTOUN-Francis KHOURY-Madonna MATAR-Walid BABA	
11:00 - 11:30	Prise en Charge de la Tuberculose Multirésistante	Ali BEN KHEDER
11:30 - 12:00	Prise en Charge Diagnostique et Thérapeutique des Pneumocystoses Pulmonaires	Georges JUVELIKIAN
12:00 - 12:30	Infections Pulmonaires Fongiques: quoi de neuf en 2012 ?	Jean Pierre CHAMI
12:30 - 13:00	Pause Café	
13:00 - 14:00	<i>Symposium: BPCO: Nouvelle Vision ou Image en Miroir?</i> Sponsorisé par Astra Zeneca	Salah ZEINEDDINE
14:00 - 15:00	Déjeuner léger	
15:00 - 16:30	Session Asthme	
	Modérateurs: Aimé HADDAD-Carole YOUAKIM-Hilmi DARWICH-Mireille SFEIR	
15:00 - 15:30	Actualités dans l'Asthme Sévère	Alain DIDIER
15:30 - 16:30	Collaboration Multidisciplinaire dans La Prise en Charge de l'Asthme	
15:30 - 15:45	Point de Vue du Pneumologue	Pierre EDDE
15:45 - 16:00	Point de Vue de l'Allergologue	Carla IRANI
16:00 - 16:15	Point de Vue du Pédiatre	Paul Henri TORBEY
16:15 - 16:30	Conclusion	Georges KHAYAT
16:30 - 17:00	Pause Café	
17:00 - 19:00	SEANCE GRAND PUBLIC	
19:30 - 20:30	<i>Symposium: Asthme et Rhinite Allergique</i> Sponsorisé par MSD	Georges DABAR
	Dîner	

VENDREDI 20

9:00	INSCRIPTION	
10:00 - 11:30	Session: Cancer Pulmonaire	
	Modérateurs: Georges DABAR-Marwan HADDAD-Fadi KARAK	
10:00 - 10:30	L'imagerie pour la Détection Précoce du Cancer Pulmonaire	Moulay MEZIANE
10:30 - 11:00	Echo-Endoscopie Bronchique pour le Staging Mediastinal du Cancer Pulmonaire	Hassan CHAMI
11:00 - 11:30	Rôle de la Lobectomie par Voie Thoracoscopique dans le Cancer Pulmonaire Précoce	Pierre YOUSSEF
11:30 - 12:00	Pause Café	
12:00 - 13:00	Session: Prise en Charge des Pneumonies d'Aspiration	
	Modérateurs: Charbel RAMEH-Rita NEMNOM-Imad BOU AKL	
12:00 - 12:20	Prise en Charge des Pneumonies d'Aspiration à Répétition	Wajdi ABI SALEH
12:20 - 12:40	Rôle du Neurologue	Raja SAWAYA
12:40 - 13:00	Rôle de l'Orthophoniste	Leslie AKL
13:00 - 14:00	<i>Symposium: «L'INTENSITY» de la bronchodilatation avec l'Indacaterol</i> Sponsorisé par Novartis	Mario CAZZOLA

14:00 - 15:00	Déjeuner léger	
15:00 - 16:30	Session: Sarcoïdose	
	Modérateurs: André FARJALLAH-Zahia CHAHINE-Fadi G HADDAD	
15:00 - 15:30	Manifestations extrapulmonaires de la sarcoïdose	Dominique VALEYRE
15:30 - 16:00	Atteintes Cutanées dans la Sarcoïdose	Ossama ABBAS
16:00 - 16:30	Traitement de la Sarcoïdose-Mise au Point	Hilario NUNES
16:30 - 17:00	Session: Radiologie	
	Modérateurs: Jamal OMEIS-Emile ZEIN	
16:30 - 17:00	Rôle du Scanner Thoracique dans l'Evaluation des Pathologies Pulmonaires	Moulay MEZIANE
17:00 - 17:30	Pause café	
17:30 - 18:30	Ateliers Pneumologie - Médecine Interne	
17:30 - 18:00	Explorations Allergologiques - Salle 1	Carla IRANI et Fadi G HADDAD
En parallèle	Bronchoscopie - Salle 2	Salah ZEINEDDINE et Souheil KARAA
18:00 - 18:30	Explorations Fonctionnelles Respiratoires - Salle 1	Georges KHAYAT et Randa CHOUEIRY
En parallèle	Sevrage Tabagique - Salle 2	Mirna WAKED et Toni EL MURR
18:30 - 19:30	<i>Symposium: Les effets de l'Omalizumab dans l'asthme allergique sévère non contrôlé</i> Sponsorisé par Novartis	Mario CAZZOLA
	Dîner	

VENDREDI 20

9:00	INSCRIPTION	
	Sessions en collaboration avec l'Ordre des Infirmières	
10:00 - 12:00	Première Session	
10:00 - 10:40	Evidence Based Practices in Preventing Ventilator Associated Pneumonia at AUBMC	Hera TACHJIAN
10:40 - 11:00	Weaning from Mechanical Ventilator	Sabat JAMOUS
11:00 - 11:20	Non Invasive Ventilation : Indications and Nursing Implications	Ali SHAMSEDDINE
11:20 - 11:40	Managing Difficult Airways	Abir NEAME
11:40 - 12:00	Discussion	
12:00 - 12:30	Coffee Break	
12:30 - 14:30	Deuxième Session	
12:30 - 12:50	Prévention des pneumonies acquises sous ventilation mécanique à l'Hôtel Dieu de France	Diala LICHAA EL KHOURY
12:50 - 13:10	Total Parenteral Nutrition	Rafica ZAATARI
13:10 - 13:30	Comment réussir une ventilation assistée non invasive	Wafaa SAADE
13:30 - 13:50	ETT complications	Noha SARKISS
13:50 - 14:10	Post Operative Respiratory Complications	Marie FAHED
14:10 - 14:30	Bronchiolitis: Nursing Role	Maha EL HASSAN
14:30 - 15:30	Lunch break	
15:30 - 17:00	Session en collaboration avec l'Ordre des Physiothérapeutes	
	Mucus clearing in physical therapy: towards an evidence-based therapy.	Rami ABBAS
	Physical Therapy in COPD. Overview of the evidence.	Michel RAYYES

SAMEDI 21

10:00 - 11:30	Session: Bronchopneumopathie Chronique Obstructive	
	Modérateurs: Paul MORIN-Zouheir ALAMEH	
10:00 - 10:30	Pathogenèse et Phénotypes de la BPCO	Eric BATEMAN
10:30 - 11:00	Rôle des Corticoïdes Inhalés Dans la BPCO	Roger ESCAMILLA
11:00 - 11:30	Syndrome d'Emphysème des Sommets et Fibrose des Bases Combinés	Carole YOUAKIM
11:30 - 12:00	Pause café	
12:00 - 13:00	Session: Vasculites	
	Modérateurs: Zahi HELOU-Béatrice CHAMI-Diana SAS-SINE	
12:00 - 12:30	Le syndrome de Churg et Strauss: Mise au point	Loïc GUILLEVIN
12:30 - 13:00	La Maladie de Wegener: Mise au point	Loïc GUILLEVIN
13:00 - 14:00	<i>Symposium: Pourquoi devons-nous agir différemment dans la BPCO? Nouvelles données pour la réduction du risque quotidien de la BPCO</i> Sponsorisé par Nycomed Takeda	Eric BATEMAN
14:00 - 15:00	Déjeuner léger	
15:00 - 16:00	Discussion Cas Cliniques	
	Modérateurs: Mirna WAKED-Loïc GUILLEVIN-Michel CHAHINE	
15:00 - 15:30	Fibrose Pulmonaire, oui mais...	Béatrice CHAMI
15:30 - 16:00	Lorsque les Poumons Dominent la Scène	Georges MAALOULY
16:00 - 17:00	Session: Pathologies Pulmonaires Médicamenteuses	
	Modérateurs: Youssef ZEIN-Feyrouz CHAMSEDDINE-Fida CHARIF	
16:00 - 16:30	Pneumopathies Infiltrantes Dues Aux Médicaments	Philippe CAMUS
16:30 - 17:00	Atteintes Iatrogènes des Voies Aériennes, des Vaisseaux et de la Plèvre	Philippe CAMUS
17:00 - 17:30	Pause café	
17:30 - 18:30	<i>Symposium: La révision 2011 des recommandations de GOLD: Aspects pratiques</i> Sponsorisé par Boehringer	Mirna WAKED
21:00	Dîner de Gala	

DIMANCHE 22

10:00 - 13:00 En parallèle	Atelier Sommeil	
10:00 - 10:20	Les troubles Respiratoires au Cours du Sommeil: Mise au point	Moussa RIACHI
10:20 - 10:40	Obésité et Troubles Respiratoires	Arnaud COCAUL
10:40 - 11:30	Table Ronde: Problèmes Pratiques Quotidiens au Liban	Marie Louise COUSSA
11:30 - 12:00	Pause Café	
12:00 - 13:00	Interprétation d'une Polysomnographie	Bernard PIGERIAS
10:00 - 13:00 En parallèle	Atelier Bronchoscopie (sur inscription: premier venu, premier servi)	
	Quatre Stations de travail	
	Autofluorescence	
	Bronchoscopie rigide	
	Fibroscopie avec biopsies	
	Fibroscopie avec corps étranger	

THURSDAY 19th		
9:00	REGISTRATION	
10:00	OPENING CEREMONY	
11:00 - 12:30	Session: Pulmonary Infections	
	Moderators: Fadi ANTOUN-Francis KHOURY-Madonna MATAR-Walid BABA	
11:00 - 11:30	Management of Multidrugresistant Tuberculosis	Ali BEN KHEDER
11:30 - 12:00	Management of Pneumocystis Pneumonia	Georges JUVELIKIAN
12:00 - 12:30	Novelties in Pulmonary Mycosis	Jean Pierre CHAMI
12:30 - 13:00	Coffee break	
13:00 - 14:00	<i>Symposium: COPD: A New Vision or New Mirror Image Sponsored By Astra Zeneca</i>	Salah ZEINEDDINE
14:00 - 15:00	Light Lunch	
15:00 - 16:30	Session: Asthma	
	Moderators: Aimé HADDAD-Carole YOUAKIM-Hilmi DARWICH-Mireille SFEIR	
15:00 - 15:30	Updates In Severe Asthma	Alain DIDIER
15:30 - 16:30	Multidisciplinary Collaboration in the Management of Asthma	
15:30 - 15:45	Pulmonary Point of View	Pierre EDDE
15:45 - 16:00	Allergology point of view	Carla IRANI
16:00 - 16:15	Pediatric Point of View	Paul Henry TORBEY
16:15 - 16:30	Conclusion	Georges KHAYAT
16:30 - 17:00	Coffee Break	
17:00 - 19:00	OPEN PUBLIC SESSION	
19:30 - 20:30	<i>Symposium: Asthma & Allergic Rhinitis Sponsored by MSD</i>	Georges DABAR
	Dinner	
FRIDAY 20th		
10:00 - 11:30	Session: Lung Cancer	
	Moderators: Georges DABAR-Marwan HADDAD-Fadi KARAK	
10:00 - 10:30	Imaging for Early Detection of Lung Cancer	Moulay MEZIANE
10:30 - 11:00	EBUS for Mediastinal Staging of Lung Cancer	Hassan CHAMI
11:00 - 11:30	Role of Thoracoscopic Lobectomy in Early Stage Lung Cancer	Pierre YOUSSEF
11:30 - 12:00	Coffee Break	
12:00 - 13:00	Session: Management of Pulmonary Aspiration	
	Moderators: Charbel RAMEH-Rita NEMNOM-Imad BOU AKL	
12:00 - 12:20	Work Up of Recurrent Pulmonary Aspiration	Wajdi ABI SALEH
12:20 - 12:40	Role of the Neurologist	Raja SAWAYA
12:40 - 13:00	Role of the Speech Therapist	Leslie AKL
13:00 - 14:00	<i>Symposium: The INTENSITY of Bronchodilation with Indacaterol Sponsored by Novartis</i>	Mario CAZZOLA
14:00 - 15:00	Light Lunch	
15:00 - 16:30	Session: Sarcoidosis	
	Moderators: André FARJALLAH-Zahia CHAHINE-Fadi G HADDAD	

15:00 - 15:30	Extrapulmonary Manifestations of Sarcoidosis	Dominique VALEYRE
15:30 - 16:00	Skin Involvement in Sarcoidosis	Ossama ABBAS
16:00 - 16:30	Update on the Treatment of Sarcoidosis	Hilario NUNES
16:30 - 17:00	Session: Radiology	
	Moderators: Jamal OMEIS-Emile ZEIN	
16:30 - 17:00	Role of Thoracic CT in Assessing Pulmonary Disorders	Moulay MEZIANE
17:00 - 17:30	Coffee Break	
17:30 - 18:30	Workshops: Chest Medicine - Internal Medicine	
17:30 - 18:00 In parallel	Allergy testing - Room 1	Fadi G HADDAD & Carla IRANI
	Bronchoscopy - Room 2	Salah ZEINEDDINE & Souheil KARAA
18:00 - 18:30 In Parallel	Pulmonary Function Testing - Room 1	Georges KHAYAT & Randa CHOUEIRY
	Smoking Cessation - Room 2	Mirna WAKED & Toni EI MURR
18:30 - 19:30	<i>Symposium: Omalizumab Outcomes in Uncontrolled Severe Allergic Asthma</i> Sponsored by Novartis	Mario CAZZOLA
	Dinner	

FRIDAY 20th

9:00	INSCRIPTION	
	Sessions in collaboration with the Order of Nurses	
10:00 - 12:00	First Session	
10:00 - 10:40	Evidence Based Practices in Preventing Ventilator Associated Pneumonia at AUBMC	Hera TACHJIAN
10:40 - 11:00	Weaning from Mechanical Ventilator	Sabat JAMOUS
11:00 - 11:20	Non Invasive Ventilation : Indications and Nursing Implications	Ali SHAMSEDDINE
11:20 - 11:40	Managing Difficult Airways	Abir NEAME
11:40 - 12:00	Discussion	
12:00 - 12:30	Coffee Break	
12:30 - 14:30	Second Session	
12:30 - 12:50	Prévention des pneumonies acquises sous ventilation mécanique à l'Hôtel-Dieu de France	Diala LICHAA EL KHOURY
12:50 - 13:10	Total Parenteral Nutrition	Rafica ZAATARI
13:10 - 13:30	Comment réussir une ventilation assistée non invasive	Wafaa SAADE
13:30 - 13:50	ETT complications	Noha SARKIS
13:50 - 14:10	Post Operative Respiratory Complications	Marie FAHED
14:10 - 14:30	Bronchiolitis: Nursing Role	Maha EL HASSAN
14:30 - 15:30	Lunch break	
15:30 - 17:00	In collaboration with the Order of Physical Therapists	
	Mucus clearing in physical therapy: towards an evidence-based therapy.	Rami ABBAS
	Physical Therapy in COPD. Overview of the evidence.	Michel RAYYES

SATURDAY 21st

10:00 - 11:30	Session: Chronic Obstructive Pulmonary Disease	
	Moderators: Paul MORIN-Zouheir ALAMEH	
10:00 - 10:30	Pathogenesis and Phenotypes of COPD	Eric BATEMAN
10:30 - 11:00	Role of Inhaled Steroids in COPD	Roger ESCAMILLA
11:00 - 11:30	Combined Pulmonary Fibrosis and Emphysema	Carole YOUAKIM
11:30 - 12:00	Coffee Break	
12:00 - 13:00	Session: Vasculitis	
	Moderators: Zahi HELOU-Béatrice CHAMI-Diana SASSINE	
12:00 - 12:30	Updates in Churg and Strauss Syndrome	Loïc GUILLEVIN
12:30 - 13:00	Updates in Wegener Disease	Loïc GUILLEVIN
13:00 - 14:00	<i>Symposium: Why do we need to "Act COPD differently"? New insights into reducing COPD daily burden Sponsored by Nycomed Takeda</i>	Eric BATEMAN
14:00 - 15:00	Light Lunch	
15:00 - 16:00	Clinical Cases Discussion	
	Moderators: Mirna WAKED-Loïc GUILLEVIN-Michel CHAHINE	
15:00 - 15:30	Pulmonary Fibrosis, but...	Béatrice CHAMI
15:30 - 16:00	When Lungs Overshadow the Picture	Georges MAALOULY
16:00 - 17:00	Session: Drug Induced Lung Diseases	
	Moderators: Youssef ZEIN-Feyrouz CHAMSEDDINE-Fida CHARIF	
16:00 - 16:30	Drug Induced Interstitial Lung Diseases	Philippe CAMUS
16:30 - 17:00	Drug Toxicity on the Airways, Pulmonary Vessels and Pleura	Philippe CAMUS
17:00 - 17:30	Coffee Break	
17:30 - 18:30	<i>Symposium: Gold Guidelines-2011 revision: Practical Aspects Sponsored by Boehringer</i>	Mirna WAKED
21:00	Gala Dinner	

SUNDAY 22nd

10:00 - 13:00 In parallel	Workshop: Sleep	
10:00 - 10:20	Update on Respiratory Disorders During Sleep	Moussa RIACHI
10:20 - 10:40	Respiratory Disorders and Obesity	Arnaud COCAUL
10:40 - 11:30	Round table: Challenges in Daily Practice in Lebanon	Marie Louise COUSSA
11:30 - 12:00	Coffee Break	
12:00 - 13:00	Polysomnography Interpretation	Bernard PIGERIAS
10:00 - 13:00 In parallel	Workshop: Bronchoscopy (registration requested, on a first come first served basis)	
	Four Work Stations	
	Autofluorescence	
	Rigid bronchoscopy	
	Flexible bronchoscopy for bronchial biopsy	
	Flexible bronchoscopy for removal of foreign body	

Tuberculose Multi résistante : état de l'art

Dr. Ali BEN KHEDER

Professeur en Médecine à la Faculté de Médecine de Tunis

Spécialiste en pneumo-allergologie et Chef de service du département de pneumologie -
Hôpital Abderrahmen Mami ARIANA - TUNIS

La tuberculose reste jusqu'à nos jours un sujet d'actualité, car il s'agit d'une des maladies infectieuses la plus répandue dans le monde.

Cette affection est devenue préoccupante du fait de l'apparition d'une nouvelle forme dite « multirésistante » et dans certains cas « ultra-résistante ». Cette forme est décrite ou découverte depuis les années 80 et sévit dans certains pays comme la Fédération de Russie, la Chine, l'Inde. De plus elle est étroitement liée aux sujets à risque (HIV+, diabète, toxicomanie, SDF, milieu carcéral...).

Sa fréquence croissante est étroitement en rapport avec la qualité des programmes nationaux de lutte contre la tuberculose.

La tuberculose multi-résistante ou MDR TB se défend comme une résistance à l'Isoniazide et à la Rifampicine.

La tuberculose ultra-résistante à XDR TB se défend comme une résistance à l'INH, la Rifampicine et à une fluoroquinolone et à un injectable de seconde ligne.

Il est décrit deux types de résistances : une primaire (sans contamination), une secondaire ou acquise (avec notion de contamination ou d'apparition d'un deuxième temps de la résistance).

Sur le plan épidémiologique, l'OMS souligne son existence dans les pays à croissance économique intermédiaire en sachant qu'elle doit exister de même dans tous les autres pays. Depuis 1990, elle est sous surveillance épidémiologique grâce à l'observatoire de l'OMS. Elle bénéficie du GLC (Green Light committee) et du programme DOTS +

Sa prévalence est très variable : Primaire : = 1% ; Acquise : = 13%. Ce qui représente 500.000 cas /an en sachant que 1/3 des cas sont décédés.

Cette forme nécessite une hospitalisation en milieu spécialisé. Sur le plan thérapeutique, elle nécessite la prescription d'environ 5 à 6 drogues. La durée du traitement est de 18 à 24 mois après négativation des cultures. Ce traitement comprend une phase initiale de 6 mois et une phase d'entretien de 12 à 18 mois.

Le critère majeur de guérison est d'au moins 3 cultures consécutives négatives. La meilleure protection reste la prévention avec le traitement des cas sensibles et le dépistage précoce des malades.

Management of Pneumocystis Pneumonia

Dr. Georges JUVELIKIAN

Assistant Professor of Clinical Medicine, University of Balamand

Staff, Pulmonary and Critical care Medicine, St George Hospital University Medical Center

Head, Sleep Center at St George Hospital University Medical Center

Pneumocystis jirovecii Pneumonia (PCP) is a fungal infection that has gained notoriety with the HIV and AIDS era in the early 80's and continues to be a serious condition in affected patients. It is more common in HIV-positive compared to HIV-negative patients; however, the outcome of HIV-negative affected patients is worse despite appropriate therapy. Trimethoprim-sulfamethoxazole (TMP-SMX) continues to be the preferred and most effective compound both as prophylaxis and active treatment. For patients with allergy or side effects to TMP-SMX, other drugs are available and include pentamidine and dapsone. Corticosteroids are used as adjuncts to therapy under certain conditions. Despite our best available appropriate care, mortality remains high in the affected patients and as such prevention remains essential in patients at risk.

Les infections Pulmonaires fongiques : Quoi de neuf en 2012 ?

Dr. Jean-Pierre CHAMI

Spécialiste en Médecine Interne – orientation Maladies Infectieuses

Adjoint dans le service de Médecine Interne et de Maladies Infectieuses au CH Jolimont,
Consultant en Maladies Infectieuses au CHR de la Haute Senne à Soignes

La prise en charge des infections fongiques, en général, et pulmonaires en particulier, est un défi permanent.

Les « fongs » les plus fréquemment rencontrés se divisent principalement en levures (les candida albicans et les non albicans), et en moisissures dont l'Aspergillus est la plus connue. Mais également des champignons plus rares en clinique.

Les facteurs de risque sont multiples et ne cessent d'évoluer et ce de façon concomitante au développement de nouvelles techniques médicales.

Nous ferons la part entre ceux qui favorisent les Candidoses, et ceux plus liés à l'Aspergillose. Le diagnostic microbiologique des mycoses reste difficile du vivant des patients, raison pour laquelle les aides au diagnostic sont de plus en plus étudiés, en particulier du point de vue sérologique.

Nous détaillerons l'importance de ces nouvelles sérologies et, surtout, comment interpréter les résultats.

Comme on vient de l'expliquer : les signes et symptômes sont discrets et tardifs, le rendement de la microbiologie est faible, et les tests sérologiques pas assez sensibles.

Pour l'ensemble de ces raisons, le traitement antifongique doit être empirique et précoce.

L'armement thérapeutique a beaucoup progressé ces dernières années. Il s'est enrichi des azolés de nouvelle génération ; mais également d'une nouvelle classe, les Echinocandines. Il est intéressant de préciser la place de chacune de ces molécules dans le traitement des infections fongiques pulmonaires.

Pour conclure, il faut noter que le recours aux greffes de moelle ou d'organes solides, la chimiothérapie anticancéreuse plus intensive, les traitements immunosuppresseurs de plus en plus répandus et enfin l'amélioration des soins palliatifs ont abouti à une plus grande vulnérabilité des patients aux infections opportunistes, dont les infections fongiques.

Candida sp. et Aspergillus sont les plus fréquentes, mais la liste ne fait que s'allonger.

Le diagnostic et le traitement précoce semble jouer un rôle crucial.

Asthme sévère : quelles avancées ?

Dr. Alain. DIDIER (avec C. Mailhol et L.Têtu)

Professeur des Universités

Chef de service et chef du pôle des Voies Respiratoires (CHU de Toulouse)

Président de la Société de Pneumologie de Langue Française

Résumé

L'asthme sévère est une maladie à l'évidence hétérogène. Le phénotypage de l'asthme sévère, jusqu'à présent centré sur les seuls aspects cliniques bénéficie des nouveaux outils d'évaluation de l'inflammation des voies aériennes et des techniques d'analyse multiparamétriques permettant de regrouper les malades en fonction de différentes caractéristiques cliniques et biologiques. Cette approche moderne confirme que l'asthme sévère est une entité hétérogène qui doit pouvoir bénéficier d'une prise en charge personnalisée adaptée aux caractéristiques des patients. Elle confirme également l'intérêt de développer de nouvelles thérapeutiques ciblées de l'inflammation des voies aériennes.

Abstract

Severe asthma is obviously a heterogeneous disease. Phenotyping severe asthma was until recently based on the sole clinical characteristics. Development of new tools to evaluate, invasively or not, airway inflammation has permitted to improve knowledge about this entity. The use of the cluster analysis is a new approach allowing identification of relative homogenous groups of patients that share common clinical and/or biological variables. This new concept might permit to overcome heterogeneity of the disease. It should be useful in developing new targeted therapeutics and to provide personalized programs of care for patients with severe asthma.

Asthma from the Pulmonologist view point

Dr. Pierre EDDE

Associate professor at the Holy Spirit University, Kaslik (USEK)

Head of the division of Medical ICU at the Centre Hospitalier Universitaire-Notre Dame des Secours, Jbeil

Asthma symptoms are very common and non specific. It is the job of the pulmonologist to make an accurate diagnosis differentiating asthma from its imitators. Once the diagnosis is confirmed the management focuses on avoiding the triggering factors and controlling the inflammation. All associated conditions that can worsen asthma should also be thought of and treated such as rhinosinusitis, GERD, CHF, pleural effusion.... Steroids are the main stay controllers along with the B₂ - agonists to avoid and reverse the intermittent bronchospasm. Other controllers may be used as adds on, or for steroid sparing. As such asthma should be well controlled and the long term management must be sustained till the patient is symptoms free for a prolonged period of time before the "stepping down" of the medications is started, very gradually.

Asthme: point de vue de l'allergologue

Dr. Carla IRANI

Allergologist & Immunologist , Hôtel Dieu de France Hospital, Beirut

Maitre de conference, Faculty of Medicine, Saint Joseph University

President of the Lebanese Society of Allergy and Immunology

- L'asthme est une pathologie complexe, multifactorielle.
- Hyperréactivité bronchique, inflammation, et sécrétion de mucus exagérée constituent les composantes centrales de l'asthme, la pathophysiologie de chacun est complexe.
- L'interaction entre génétique et environnement entraîne le développement de l'asthme.
- Les allergènes respiratoires sont des causes importantes d'exacerbation d'asthme. Leur présence est un risque majeur de développement d'asthme.
- L'identification et le contrôle des facteurs aggravants, l'immunothérapie et un suivi complet avec évaluation de la rhinite allergique concomitante, améliore le pronostic d'asthme.
- La collaboration active entre les différentes spécialités traitant l'asthme est essentiel pour un meilleur contrôle de l'asthme.

L'asthme de l'enfant, le rôle du pédiatre

Dr. Paul Henri TORBEY

Pneumo-pédiatre à l'HDF

Coordinateur de l'unité des maladies chroniques de l'enfant

Maître de conférences à la Faculté de Médecine, USJ

Coordinateur du club de pneumologie pédiatrique de la Société Libanaise de Pédiatrie

Maladie chronique la plus fréquente de l'enfant, l'asthme représente souvent un double défi pour le médecin, celui du diagnostic et de la prise en charge. Si le diagnostic est relativement aisé chez le grand enfant, il l'est beaucoup moins chez le plus jeune et notamment chez le nourrisson, tant la présentation clinique est peu spécifique et les moyens d'exploration limités. Chez les plus jeunes, il est nécessaire de garder à l'esprit la ressemblance avec les infections virales, les malformations congénitales des voies aériennes et les pathologies obstructives, telles que la mucoviscidose, les déficits immunitaires ou la dyskinésie ciliaire. La prise en charge chez l'enfant s'appuie sur le trépied enfant, parent, médecin et requiert une communication claire, des explications et une remise à jour des pratiques. L'éviction des allergènes et des fumées est primordiale, de même que le choix judicieux du traitement le plus efficace et le mieux accepté. Enfin, le suivi se doit d'être régulier et devrait, quand les conditions le permettent, s'appuyer sur des mesures objectives de la fonction respiratoire et vérifier la répercussion sur la santé générale de l'enfant.

Imaging for early detection of lung cancer

Dr. Moulay MEZIANE

Chairman of Radiology, Cleveland Clinic Abu Dhabi (Recently Joined)

Last 25 years Head of section of Thoracic Imaging at the Imaging Institute at the Cleveland Clinic in Cleveland

Lung cancer is most curable when detected at an early stage. Unfortunately, the majority of individuals with lung cancer present at an advanced stage, when the prognosis is very poor. Thus, fewer than 1 in 6 lung cancer patients will be living 5 years after their diagnosis. Such a dismal prognosis remains despite major efforts in all fronts of the fight against lung cancer (prevention, detection and treatment). Imaging plays an important role in the detection of early lung cancer and the presentation will address the role of screening using existing and developing imaging technologies. A focus will be on Computer Aided Detection and the preliminary results of our clinical trial using such technology.

EBUS for mediastinal staging of lung cancer

Dr. Hassan CHAMI

Assistant Professor and Director of Respiratory Care Unit at the American University of Beirut

Endobronchial ultrasound-guided transbronchial fine needle aspiration (EBUS-TBNA) is a safe and minimally invasive method to sample peribronchial masses and lymph nodes under real-time ultrasound guidance. EBUS-TBNA overcomes some of the limitations of mediastinoscopy and blind transbronchial needle aspiration and is especially helpful in diagnosing and staging non-small cell lung cancer. EBUS-TBNA is also helpful in diagnosing tumors adjacent to the main airway when no endobronchial abnormality is present and for evaluation of mediastinal lymphadenopathy of uncertain etiology such as in suspected sarcoidosis, tuberculosis and sometimes lymphoma. In this presentation we describe the clinical use, indications and limitations of EBUS-TBNA.

Role of thoracoscopic lobectomy in early stage lung cancer

Dr. Pierre YOUSSEF

Associate Professor of surgery, University of Balamand

Abstract: video assisted thoracoscopic surgery (VATS) has been performed with increasingly frequency over the last decade. However there is still controversy as to its indications, safety and feasibility. We began with vats lobectomy since 2006. Our selection of patients was dependent of the stage of the disease and the economical support of the patient. Meanwhile we have done this procedure more than 60 times, especially in early stage lung cancer, in 3 cases we had to convert to open thoracotomy either for adhesion or for bleeding. In lung cancer the thoracoscopic lobectomy included systematically the hilar and the mediastinal lymphadenectomy, which it is well compared to open surgery. We did not have any mortality, with low morbidity and early recovery. According to our experience and in comparison with the literature we can suggest that Vats lobectomy is a technically feasible and safe operation, which we can apply to early stage lung cancer.

Work up of recurrent pulmonary aspiration

Dr. Wajdi ABI SALEH

Division Head for Pulmonary & Critical care at the Lebanese University

Division Head for Pulmonary & Critical Care & Sleep at Clemenceau Medical Center

Aspiration pneumonia is the most common cause of admission to the hospital in the elderly population. During this presentation we will discuss the factors influencing the likelihood of aspiration, the clinical manifestations, the evaluation of a patient presenting with aspiration pneumonia, and the treatment of such pneumonias on the pulmonary wards.

Neurologic causes of aspiration pneumonia

Dr. Raja SAWAYA

Specialist in Neurology

Professor of Neurology, American University Medical Center, Beirut, Lebanon

Neurologic causes of respiratory failure and aspiration pneumonia are multiple. Pathologies of the central nervous system, peripheral nervous system and neuromuscular junction contribute to difficulty in breathing and swallowing. Patients who suffer from aspiration pneumonia secondary to a neurological disorder can have a chronic neurological disease contributing to the respiratory failure or an acute neurological dysfunction secondary to their recent illness and hospitalization. Advanced age, cortical atrophy, chronic ischemic cerebral disease, Parkinsonism are central nervous system disorders that can favor aspiration pneumonia. Acute cerebral or brainstem stroke in a hospitalized patient can exacerbate dysphagia and aspiration. Drugs that depress level of consciousness, and drugs that may cause an encephalopathy as a side effect exacerbate aspiration. Central nervous system complications of sick patients such as meningitis or intracerebral hemorrhage are also conditions that complicate respiration. Peripheral nervous system disorders chronically or acutely can contribute to pulmonary dysfunction and aspiration pneumonia. Chronic Myasthenia Gravis or chronic myopathies pre-dispose patients to respiratory failure.

Acquired infectious or inflammatory conditions such as the Guillain Barre Syndrome increase the risk for the pneumonias. The major conditions of the peripheral nervous systems that contribute to respiratory insufficiency are the critical illness neuropathy and critical illness myopathy which occur in large percentage of chronically ill patients and exacerbate respiratory failure.

Role of the speech therapist in the management of pulmonary aspiration

Dr. Leslie AKL

Speech Language Pathologist at American University of Beirut Medical Center & Clemenceau Medical Center

Sub Specialist in Voice, singing voice therapy and swallowing disorder

Teacher at Saint Joseph University, Beirut

The management of pulmonary aspiration is a multidisciplinary approach, including several specialties: ENT, pulmonary physicians, neurologists, speech therapists, nurses...

Facing swallowing disorder, the speech therapist should proceed into a functional assessment, after being informed of the medical diagnostic and the etiology of the swallowing disorder, in order to be able to put a therapeutic plan with the physicians in charge of the patient. This plan should target the symptomatic and the etiological treatments that can be divided into surgical, medical, and therapeutic.

The goal of this presentation is to go into the details of the role of the speech therapist in the rehabilitation of pulmonary aspiration:

- The functional clinical assessment of the speech therapist: the analytical and dynamic evaluation of sensory motor functions, the swallowing function and the reflexes assessment.
- The swallowing therapy: the adaptation strategies and the specific rehabilitation.

Manifestations extrapulmonaires de la sarcoïdose

Dr. Dominique VALEYRE.

Professeur de Pneumologie, Université Paris 13, PRES Sorbonne-Paris-Cité

Chef du service de pneumologie de l'hôpital Avicenne, Assistance publique-hôpitaux de Paris.

Ancien Président de la Société de Pneumologie de Langue Française

La sarcoïdose est une maladie systémique de cause inconnue caractérisée par la formation de granulomes immunitaires dans les organes atteints, principalement le poumon et le système lymphatique. Si la sphère médiastino-pulmonaire est atteinte dans 90% des cas, une atteinte extrapulmonaire se voit dans 30 à 50% des cas, qu'elle soit associée à une atteinte pulmonaire, cas le plus fréquent, ou isolée (10% des cas de sarcoïdose). Certaines localisations sont relativement fréquentes (>15% des cas) : yeux, peau et adénopathies superficielles. Certains sites facilement accessibles peuvent faciliter l'obtention d'une confirmation histologique de la sarcoïdose : peau, adénopathies, nodules conjonctivaux ou biopsie des glandes salivaires accessoires. Certaines localisations peuvent être sévères et nécessitent toujours un traitement : œil (en cas de non réponse à un traitement local), système nerveux, cœur, rein, larynx, sphère naso-sinusale.

Les manifestations extrapulmonaires peuvent soulever la question de leur spécificité (localisation ou association morbide) et même, lorsqu'elles sont révélatrices, isolées et peu accessibles à un prélèvement, le diagnostic de sarcoïdose peut être extrêmement difficile. Enfin, certaines localisations peuvent apparaître à distance du début de la maladie, parfois plusieurs années après, et le danger est de les sous-estimer si on ne les recherche pas systématiquement de façon périodique par des examens appropriés.

Certaines manifestations sont non spécifiques mais pèsent lourd sur le confort de vie des

patients : asthénie, dépression et syndromes algiques chroniques dans le cadre d'une atteinte des petites voies nerveuses.

Le traitement est fortement impacté par l'existence de localisations extrapulmonaires. Leur sévérité peut imposer une posologie initiale élevée en corticostéroïdes (1mg/kg/24h) tandis que le phénotype clinique dans lequel elles s'inscrivent peut justifier un traitement prolongé et l'association à un traitement immuno-suppresseur d'épargne. Certaines localisations nécessitent l'aide d'un spécialiste pour aider à juger l'évolution et donner un traitement associé en cas de dysfonction d'un organe.

Skin involvement in Sarcoidosis

Dr. Ossama ABBAS

Dermatologist

Assistant Professor in Dermatology, American University of Beirut Medical Center

Sarcoidosis is a multisystem disease with skin lesions occurring in 20% to 35% of patients. Cutaneous sarcoidosis, also known as the great imitator, can present with various skin lesions including specific and non specific ones. Specific lesions include macular-papules, plaques, lupus pernio, nodules, ulcerative lesions, scar infiltration, and alopecia, among others. Nails and mucosal surfaces may also be affected. Erythema nodosum represents the most common non specific lesion. Following diagnosis of cutaneous sarcoidosis as the initial manifestation of the disease, systemic evaluation should be done in order to help confirm diagnosis and identify other abnormalities.

Treatment of sarcoidosis

Dr. Hilario NUNES

Service de Pneumologie, Hôpital Avicenne AP HP, Université Paris Nord, Bobigny, France

The clinical course of sarcoidosis is extremely variable, depending on the initial presentation and sites of involvement, the ethnic/geographic origin of patients, the disease duration and the requirement for a treatment. Sarcoidosis is generally a time-limited illness that resolves spontaneously within 2 years in half cases and 5 years in many others. Five years after presentation remission is much less likely to happen. This difference in outcome has led to classify patients into acute (≤ 2 years) and chronic ($\geq 3-5$ years) phenotypes. Approximately 20% of cases sustain permanent sequelae in relation with irreversible pulmonary fibrosis. Reported rates of mortality range from 0 to 7.6%, with most fatalities resulting from advanced pulmonary fibrosis and less commonly cardiac and CNS involvement. Between 20 and 70% of sarcoidosis patients require systemic therapy. Despite the absence of firm guidelines, some crucial questions provide a helpful clinical framework for treatment strategy.

1) Whether and when to initiate systemic treatment?

The most satisfying management would be to observe patients with no treatment at all when sarcoidosis is recent with a high probability of spontaneous resolution. The decision to treat either immediately or during follow-up is dictated by three broad reasons: risk of severe dysfunction or irreversible damage to major organs, risk of death and reduced quality of life. Extra-pulmonary indications for therapy include cardiac, neurological, renal, ocular sarcoidosis irresponsive to topical therapy and malignant hypercalcemia. For pulmonary disease, it is recommended in stage II or III patients with significant physiologic impairment or progressive disease. Conversely, it is clearly not indicated in stage I. Systemic therapy in asymptomatic patients with persistent radiographic lung infiltration > 6 months remains controversial.

2) What is the optimal dose and duration of steroids?

Systemic CS are still a therapeutic mainstay. Protocols suggest the initial dose of 0.5-1mg/kg/day of prednisone. Higher dosage is occasionally necessary to control cardiac and CNS involvement. After 1 to 3 months therapy, patients should be evaluated for response and posology should be gradually and slowly tapered. A common problem is the risk of recurrence/relapse after reduction or discontinuation of therapy. The minimal efficient dose usually varies between 5 and 20 mg/day. As a general rule, therapy should be maintained for at least 12 months.

3) When to propose an alternative treatment to CS?

The awareness of long-term CS side-effects and the emergence of novel drugs have changed the therapeutic approach of sarcoidosis. Alternative or additional options to CS should be examined in several circumstances: involvement of specific organs, contra-indication to CS, need for a CS-sparing therapy and CS-resistant disease. Antimalarial drugs or tetracyclines may be preferred to CS for mild skin involvement. A CS-sparing treatment should be employed in patients with chronic sarcoidosis when the threshold level to control the disease exceeds 10 mg/day. The conventional CS-sparing agents are antimalarial drugs, methotrexate or azathioprine. In patients with CS-resistant disease, which is rare, the experience with methotrexate is larger than with azathioprine. Leflunomide has been the subject of two promising retrospective uncontrolled studies. About 10% of patients with chronic sarcoidosis will still have an active disease despite the use of one immunosuppressant. Over the last 10 years, for these patients, the use of TNF- α specific antagonists had a growing appeal. Infliximab has proven efficacy in a randomized-controlled trial vs. placebo aimed at pulmonary chronic and severe sarcoidosis. Yet, the magnitude of improvement in FVC was modest (mean increase of 2.5%). A significant improvement was also obtained in extra-pulmonary sarcoidosis, as assessed by different severity scores, but the benefit was transient, disappearing in the subsequent 24-weeks washout period. Infliximab should be reserved in selected patients with refractory and multi-visceral sarcoidosis, particularly in case of CNS, eye and skin involvement (*lupus pernio*). The advantage obtained with biological therapy should however be tempered by its potentially serious toxicity. By contrast, etanercept is ineffective in sarcoidosis and data on adalimumab is scarce. Dexmethylphenidate hydrochloride is superior to placebo to treat fatigue, which is a difficult therapeutic issue. Yet, it is an amphetamine psycho-stimulator that should be prescribed with caution. Various symptomatic treatments are useful in sarcoidosis. Organ transplantation is exceptionally justified.

Role of Thoracic CT in Assessing Pulmonary Disorders

Dr. Moulay MEZIANE

The purpose of using HRCT is to optimize the visualization of the lung parenchyma to the finest possible detail. Advances in CT technology enable today's state-of-the-art scanners to resolve anatomic structures and pathologic changes at the sub millimeter level (2-3mm). One advantage of HRCT over conventional CT and plain radiography is its ability to visualize the secondary pulmonary lobule (SPL), which represents the core structure of the lung parenchyma. Most lung diseases, whether alveolar or interstitial in nature, will be reflected both pathologically and radiologically by morphological changes that occur at the level of the SPL. The presentation will emphasize on pattern recognition of the following major pulmonary disorders.

Signs of Interstitial Lung Disease on high-resolution Computed Tomography

1. Thickened and irregular interfaces
2. Linear abnormalities
3. Nodular abnormalities
4. Increased lung attenuation
5. Lung destruction

Air Space Disease

HRCT allows for the early detection of air space disease while it is still limited to the sub-lobular level. Examples of diseases that primarily involve the alveolar air space include infections, hemorrhage, edema, and alveolar proteinosis.

HRCT is frequently used in immune-compromised patients to detect infectious complications at an early stage and to recognize specific patterns or disease entity.

Destructive Processes

Cavitation secondary to infection or neoplasm, honeycombing secondary to fibrosis, and centrilobular pulmonary emphysema represent the main entities that can destruct and distort the lung parenchyma.

Mass Lesions

HRCT allows for the detection of mass lesions that cannot be seen on chest radiographs because of their small size or their hidden location. It allows for the characterization of solitary pulmonary nodules to determine their potential malignant or benign behavior.

Explorations allergologiques

Dr. Carla IRANI

L'allergie affecte des millions autour du monde. Chez les adultes, la pathologie allergique est la 5^{ème} cause de maladie chronique alors qu'elle vient en 3^{ème} place chez les enfants.

Une exploration allergologique par tests cutanés ou présence d'IgE spécifique dans le sang est utilisé pour confirmer ou éliminer la sensibilisation d'une personne à un allergène donné. Ceci n'est pas toujours synonyme d'une corrélation clinique.

Ces tests sont utiles dans des pathologies multiples telles que :

- Rhinite Allergique
- Asthme
- Dermatite atopique
- Allergie médicamenteuse: antibiotiques, produits d'anesthésie
- Allergie alimentaire
- Allergie au latex
- Etc.

Le but de la présentation est de déterminer la différence entre les tests utilisés, leurs indications, failles, et comment les interpréter dans le contexte d'une histoire détaillée et d'un examen physique adapté.

Workshop: Bronchoscopy

Dr. Salah ZEINEDDINE,

Assistant Professor of Clinical Medicine
Director, Graduate Medical Education
Director, Fellowship in Pulmonary & Critical Care
Director, Pulmonary Physiology Laboratory
American University Medical Center, Beirut

Et Dr. Suheil KARAA

Chef de service de médecine interne et de réanimation médicale, et chef de département de médecine à l'hôpital St Joseph
Vice-président de la Société Libanaise de Médecine Interne

The workshop is targeting an audience of Internal Medicine Practitioners. It addresses the different aspects of the use of Fiberoptic Bronchoscopy in the spectrum of clinical practice. The discussion is divided into three different parts.

The first part is the introductory phase where the technical aspect of the procedure is presented; shedding light by that on the diagnostic aspect (BAL, BW, EBBX, TBBX and FNA with/without EBUS) and on the therapeutic aspect (extraction of FOB, securing and stenting airways, toileting and control of bleeding via various methods).

In the second part, the group will discuss the indications and contra-indications with a special emphasis on pre-procedure preparation and safety monitoring.

Finally, the third part will comprise clinical scenarios and vignettes involving the common routine conditions and the more complex challenging ones.

Spirometry

Dr. Georges KHAYAT

Chef de Service de Pneumologie et Réanimation Médicale, Hôtel-Dieu de France, Beyrouth
Maître de conférence et coordinateur de l'enseignement de pneumologie, Faculté de Médecine, Université Saint Joseph, Beyrouth
Président de la Société Libanaise de Pneumologie

Et Dr. Randa CHOUERI

Specialist in internal medicine
Teacher at the Faculty of Medicine – St Joseph University

The economic and social impact of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) within the United States and globally is projected to increase, but developing successful strategies to identify early the illness and reduce its impact is essential if this growing problem is to be managed successfully. COPD is now defined physiologically, so its early detection will require physiologic confirmation.

Spirometry is indispensable in establishing the diagnosis because it is a standardized and reproducible test that objectively confirms the presence of airflow obstruction.

Changes in our attitude to early identification and treatment of this condition should help prevent early disease progression, but even when established, much can be done to modify the effects of the disease on the patient long before decisions about managing the end stage of the illness arise.

The objectives of the workshop are to:

1. Specify the indications for pulmonary function testing.
2. Specify how spirometry is performed.
3. Describe what a spirometer measures and be able to define the following terms:
 - vital capacity (VC)
 - forced vital capacity (FVC)
 - forced expiratory volume in one second (FEV1)
 - FEV1 /FVC %
4. Distinguish between obstructive and restrictive patterns of ventilatory defect.
5. Define peak expiratory flow (PEF) and explain the benefits and drawbacks of its use in the clinical settings.

Tobacco cessation workshop

Dr. Mirna WAKED

Head, Pulmonary & ICU division, St George Hospital University Medical Center
Professor of Clinical Medicine- University of Balamand - Faculty of Medicine
ERS-Certified European Specialist in Respiratory Medicine

In this workshop, the different methods available in stopping smoking will be briefly presented with a special emphasis on the role of every physician, internist in this approach. It will include in the second part of the workshop questions & answers session that will highlight the difficulties in smoking cessation daily practice.

Pathogenesis and Phenotypes of COPD

Dr. Eric BATEMAN

Professor of Respiratory Medicine at the University of Cape Town
Head of the Division of Pulmonology at the Groote Schuur Hospital
Director of the University of Cape Town Lung Institute

The GOLD guide to the management of COPD has been recently revised in line with new understanding of the pathogenesis and natural history of the disease, and the impact of co-morbidities.¹ The varying prevalence of disease in different regions of the world may be explained by differences in risk factors besides tobacco smoking and point to the need for a more comprehensive approach to disease prevention. These include events in infancy and childhood, atmospheric pollution both in the home (smoke and biomass fuel) and workplace, and infections such as tuberculosis. Prospective large cohort studies such as the ECLIPSE study have provided many insights, including confirmation of the variability of sentinel events such as exacerbations that influence the course of the disease, and the importance of targeting exacerbations.² Attempts to identify phenotypes of COPD; that is, clinical entities that are defined by a distinctive pathophysiology determined by specific genotypes remains elusive, but significant progress has been made in examining biomarkers of disease.^{3,4} The mechanisms responsible for premature lung aging and the relationship between COPD and comorbidities such as cardiovascular disease, the metabolic syndrome, skeletal muscle dysfunction, osteopenia, anxiety, depression and other diseases are better understood. A new approach to the clinical assessment of COPD is based on this knowledge, and includes the assessment of the degree of symptoms (the COPD Assessment Test) or the mMRC breathlessness scale, the degree of airflow limitation (based on the FEV1 as a percentage of predicted), and the frequency of exacerbations. These categorize patients into 4 categories (Groups A to D) with escalating requirements for non-pharmacologic and drug treatment.¹ Unique insights into the pathophysiology of disease have been gained from the introduction of new classes and combinations of treatment including combinations of long-acting bronchodilators and anti-inflammatory drugs such as roflumilast and inhaled corticosteroids. These developments improve the prospect of influencing disease progression in COPD and reducing the large personal and societal burden of disease that it presents.

1. 2011 revision of the Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of COPD. www.goldcopd.org.
2. Agusti A, Calverley PM, Celli B, et al, Characterisation of COPD heterogeneity in the ECLIPSE cohort. *Respir Res*. 2010 Sep 10;11:122.
3. Agusti A, Sobradillo P, Celli B. Addressing the complexity of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Amer J Resp Crit Care* 2011; 183:1129-1137.
4. Bhattacharya S, Srisuma S, DeMeo DL, et al. Molecular biomarkers of qualitative and discrete COPD phenotypes. *Amer J Cell Mol Biol* 2009; 40: 359-367.

Place des Corticoïdes inhalés dans la BPCO

Dr. Roger ESCAMILLA

Praticien Hospitalier en pneumologie
Docteur es Sciences
Diplôme d'Etudes Approfondies de Physiopathologie Humaine

Si la BPCO est caractérisée par une obstruction des voies aériennes, c'est également une maladie inflammatoire chronique. L'inflammation est précoce et évidente dans les différentes manifestations cliniques de la maladie, expectoration de la bronchite chronique et exacerbations aiguës.

L'inflammation de la BPCO est un phénomène complexe impliquant de nombreuses cytokines pro-inflammatoires et cellules de l'inflammation (macrophage, neutrophiles). Le stress oxydant est un facteur important car il est en grande partie responsable de l'altération tissulaire et de la résistance aux corticoïdes.

En effet, contrairement à la maladie asthmatique, l'inflammation de la BPCO est caractérisée par sa résistance aux corticoïdes. Ainsi, seulement 10% des patients avec une BPCO ont une réponse clinique aux CSI.

Les mécanismes de la résistance aux corticoïdes sont multiples ; ils impliquent notamment une diminution de l'activité et de l'expression de l'histone dé-acétylase 2 (HADC 2), enzyme qui, en réduisant l'acétylation des gènes inflammatoires, supprime l'inflammation.

Sur un plan pratique, dans la prise en charge de la BPCO, les corticoïdes inhalés en association fixe et à fortes doses sont recommandés dans les formes sévères et très sévères chez les patients avec des exacerbations fréquentes. Ils réduisent les symptômes et la fréquence des exacerbations aiguës et par là améliorent la qualité de vie des patients.

Dans les exacerbations aiguës, les corticoïdes en nébulisation pourraient représenter une alternative à la corticothérapie systémique.

Syndrome d'emphysème des sommets et fibrose des bases combinés

Dr. Carole YOUAKIM

Pneumologue, Allergologue

Chef de département de Pneumologie, Hôpital Mont Liban (Faculté de Médecine, Université Libanaise)

Une atteinte pulmonaire associant des lésions emphysémateuses des sommets et une fibrose des bases a été rapportée dans la littérature sous forme de cas cliniques et de courtes séries. Ce syndrome a été récemment individualisé par le Groupe d'Etudes et de Recherche sur les Maladies "Orphelines" Pulmonaires. (GERM"O"P).

L'association emphysème des sommets-fibrose des bases se rencontre majoritairement chez des sujets de sexe masculin, fumeurs ou anciens fumeurs à plus de 40 paquets/années, et âgés en moyenne d'environ 65 ans. La dyspnée d'effort est constante, et s'associe dans environ la moitié des cas à une toux. L'examen clinique révèle des râles crépitants des bases pulmonaires chez une majorité de patients, et un hippocratisme digital dans la moitié des cas. Les signes généraux sont habituellement absents.

La maladie survient le plus souvent en l'absence de contexte étiologique déterminé.

L'Exploration Fonctionnelle Respiratoire se caractérise par des modifications modérées des volumes et débits pulmonaires, qui contrastent avec une altération marquée de la capacité de transfert du monoxyde de carbone, et une hypoxémie d'exercice. La préservation des volumes et des débits peut conduire à sous-estimer la sévérité de la maladie.

Le diagnostic repose sur le scanner thoracique en coupes millimétriques.

Les patients ont également fréquemment une hypertension pulmonaire qui constitue un facteur de mauvais pronostic.

Le traitement du syndrome emphysème-fibrose n'est pas codifié. L'arrêt du tabac chez les fumeurs est évidemment conseillé. Le traitement de la fibrose est limité, mais son type (à la biopsie ou sur la tomodensitométrie) peut orienter vers une prise en charge appropriée.

Granulomatose avec polyangéite (Wegener) et syndrome de Churg-Strauss.

Dr. Loïc GUILLEVIN

Professeur de Médecine à la Faculté Paris Descartes (Sorbonne Paris Cité)

Directeur du pôle de Médecine Interne de l'hôpital Cochin ainsi que le Centre National de Référence des Maladies Systémiques et Auto-immunes Rares

Les vascularites nécrosantes systémiques primitives sont des affections rares mais potentiellement mortelles, dont les causes exactes ne sont pas connues, mais dont les mécanismes physiopathologiques sont de mieux en mieux compris. Elles sont définies par une inflammation et une nécrose des parois vasculaires, et sont classées en fonction du calibre de vaisseaux atteints, de certaines autres caractéristiques histologiques, à savoir la présence ou non de granulomes, d'infiltrats éosinophiles ou de dépôts d'immunoglobulines, mais aussi de critères cliniques et biologiques, notamment la détection, ou non, d'ANCA (auto-anticorps sériques dirigés contre le cytoplasme des polynucléaires neutrophiles). Leurs prévalences en France varient de 11/million d'habitants pour le syndrome de Churg et Strauss à 31/million d'habitants pour la périartérite noueuse. Tous les organes peuvent être atteints, cependant ces vascularites se présentent la plupart du temps par des tableaux cliniques assez différents.

GRANULOMATOSE AVEC POLYANGEITE (WEGENER)

La triade classique de la GPA comporte :

- des granulomes des voies aériennes supérieures et/ou inférieures associés à des plages de nécrose et/ou de liquéfaction, massives, homogènes et polycycliques ;
- une vascularite nécrosante ou granulomateuse des artères de petit calibre et des veines, presque constamment dans le poumon et plus rarement dans d'autres organes ;
- une glomérulonéphrite nécrosante segmentaire et focale, elle-même conséquence de la vascularite des vaisseaux de petit calibre.

L'atteinte rénale est très fréquente. Il s'agit le plus souvent d'une glomérulonéphrite nécrosante segmentaire et focale, associée à une prolifération extra-capillaire. En immunofluorescence, il existe des dépôts de fibrine au niveau des foyers de nécrose et des croissants, mais sans dépôts d'immunoglobulines ni de complément, définissant le terme de glomérulonéphrite pauci-immune.

Manifestations cliniques

La GW s'observe à un âge moyen de 50 ans et avec une fréquence égale dans les deux sexes. Elle est exceptionnelle chez l'enfant. Le délai entre le début des signes et le diagnostic est long, en moyenne de 15 mois. Les manifestations initiales les plus fréquemment observées dans sa série sont : l'atteinte ORL (73%), les anomalies radiologiques pulmonaires (45%), les arthralgies (30%), la fièvre (23%), la toux (19%), l'atteinte rénale (18%), les manifestations oculaires (15%) et les lésions cutanées (13%).

Manifestations ORL

L'atteinte des voies aériennes supérieures et des sinus est très précoce et présente dans 70-100% des cas. Elle revêt des aspects variés : obstruction nasale persistante, rhinorrhée séro-hémorragique, rhinite croûteuse, épistaxis répétées, douleurs nasales, otite moyenne séreuse, hypoacousie. Plus tardivement, il peut s'agir d'une ensellure nasale (« saddle nose » des anglo-saxons) ou d'une perforation de la cloison nasale.

Manifestations pulmonaires

Elle peut être asymptomatique (6%) ou le plus souvent se manifester par une toux non productive (78%), une dyspnée modérée (56%), des hémoptysies (39%) ou des douleurs thoraciques (32%). Il n'y a pas d'asthme. Les sténoses sous-glottiques, non exceptionnelles, posent de difficiles problèmes thérapeutiques. Les hémorragies alvéolaires s'observent avec

une fréquence variable, parfois massive et pouvant s'intégrer à un syndrome pneumo-rénal, avec syndrome de détresse respiratoire. Les nodules sont fréquents, multiples, bien limités, de 0,5 à 10 cm de diamètre et excavés pour la moitié d'entre eux. Des infiltrats sont présents chez 50% des patients.

Atteinte rénale

L'atteinte rénale n'est pas constante, ce qui a permis de décrire des formes limitées de la GW notamment aux poumons ou à la sphère ORL. Une glomérulonéphrite nécrosante segmentaire et focale, associée à une prolifération extracapillaire, est l'atteinte rénale la plus fréquente et la plus typique. Elle se traduit par une hématurie et une protéinurie puis une insuffisance rénale aiguë s'installant en quelques semaines à quelques jours.

Examens biologiques

Un syndrome inflammatoire est presque constant. Les ANCA sont présents dans environ 90% des GW actives. Il s'agit typiquement de C-ANCA. Cependant d'authentiques GW disséminées ne s'accompagnent pas d'ANCA.

Pronostic et traitement

L'introduction du cyclophosphamide (Endoxan®), associé aux corticoïdes, est actuellement le traitement de référence. A 10 ans, la survie globale des patients est d'environ 80%. Le cyclophosphamide peut être administré soit par voie orale à la dose quotidienne de 2 à 3 mg/kg/j, soit par perfusion intraveineuse courte (bolus) de 0,5 à 0,7 g/m², toutes les 2 semaines durant 1 mois puis toutes les 3 semaines jusqu'à rémission. Les cystites hémorragiques induites par le cyclophosphamide peuvent être prévenues par une diurèse abondante et le mesna (Uromitexan®). A plus long terme le risque oncogène est certain avec une augmentation de fréquence des cancers en général et en particulier des cancers de la vessie, des myélodysplasies, des cancers cutanés et des lymphomes. Les doses totales de cyclophosphamide reçues pour obtenir la rémission sont en général plus faibles chez les patients traités par bolus, en réduisant probablement les effets secondaires et le potentiel oncogène. Les bolus de cyclophosphamide sont ainsi en passe d'être adoptés comme traitement initial de référence de la maladie de Wegener. Plusieurs études, dont un récent essai prospectif du groupe européen des vascularites (CYCLOPS, sous presse) soutient cette opinion.

La corticothérapie est donnée par voie orale, de l'ordre de 1 mg/kg/j. On recommande de diminuer rapidement la posologie des corticoïdes au bout de 4 semaines de traitement initial. La Prednisone est interrompue dans un délai moyen de 1 à 2 ans.

L'alternative au cyclophosphamide est le Rituximab qui a une efficacité comparable au cyclophosphamide en traitement d'attaque de la GPA. Ce médicament paraît aussi prometteur en traitement d'entretien.

Traitements d'entretien

Les rechutes sont fréquentes et touchent au moins 50% des patients après une rémission complète, survenant dans les 2 premières années du traitement. L'Azathioprine se positionne aujourd'hui comme un traitement de référence pour maintenir la rémission de la maladie de Wegener. Après un traitement de 3 à 6 mois de cyclophosphamide, il est maintenant démontré que l'Azathioprine peut se substituer au cyclophosphamide.

L'association Méthotrexate et corticoïdes a donné des résultats superposables

GRANULOMATOSE AVEC POLYANGEITE ET EOSINOPHILIE (EGPA)

L'angéite granulomateuse allergique se caractérise par un asthme grave, une hyperéosinophilie sanguine et viscérale et des atteintes systémiques cliniquement similaires à celles observées au cours d'autres vascularites nécrosantes. Histologiquement, les lésions d'angéite nécrosante touchent les artères de petit calibre, les veinules et les capillaires. Des infiltrats contenant des éosinophiles et des granulomes géantocellulaires périvasculaires et extravasculaires s'associent à ces lésions vasculaires. Le syndrome de Churg et Strauss est une affection rare dont la prévalence est évaluée à 11/million d'habitants.

Manifestations cliniques

Asthme et atteinte respiratoire

L'asthme est quasi constant, survenant sur un terrain atopique, l'asthme précède dans 95% des cas les signes de l'angéite systémique. Les rhinites allergiques sont souvent associées à l'asthme. La maladie asthmatique débute relativement tardivement, vers l'âge de 30 ans et est souvent sévère, corticodépendante. Il est habituel que l'asthme s'aggrave lors de l'apparition des premières manifestations systémiques. Des anomalies radiologiques pulmonaires s'associent à l'asthme dans 70% des cas. Il s'agit le plus souvent d'infiltrats labiles.

Manifestations systémiques

Les manifestations systémiques surviennent en moyenne 8 ans après le début de l'asthme. Les signes généraux sont fréquents. Les plus fréquentes sont les neuropathies périphériques à type de multinévrite ; les signes cutanés, souvent précoces ; l'atteinte cardiaque, responsable d'une cardiomyopathie dilatée, et les manifestations digestives. L'atteinte rénale est plus rare et se caractérise par une glomérulonéphrite extra-capillaire.

On individualise deux phénotypes différents de la maladie, l'un sans ANCA, caractérisé par une surreprésentation des formes cardiaques de la maladie, l'autre avec ANCA avec une surreprésentation des atteintes rénales et neurologiques périphériques.

Pronostic et traitement

La survie à 10 ans est de l'ordre de 80%. Les rechutes sont observées dans 25% des cas. Le traitement associe corticothérapie et immunosuppresseurs, comme montré dans le chapitre sur la granulomatose avec polyangéite. Les formes sans facteurs de mauvais pronostic (Five Factor Score à 0) peuvent être traitées par corticoïdes alors que les formes plus sévères doivent être traitées par corticoïdes et immunosuppresseurs.

Discussion cas cliniques

Dr. Béatrice CHAMI

Chef du service de pneumologie de l'hôpital ND Maritime
ERS-Certified European Specialist in Adult Respiratory Medicine

Patiente de 64 ans, admise pour dyspnée, altération de l'état général avec amaigrissement et faiblesse musculaire.

Clinical case: When Lungs Overshadow the Picture

Dr. Georges MAALOULY

Spécialiste en médecine interne
Chargé d'enseignement de médecine interne et chef de clinique- Faculté de médecine-USJ

«When history reveals a rich clinical picture behind dyspnea, a constellation of differential diagnosis may emerge. Clinical signatures of systemic diseases must be recognized to guide the reasoning»

Les troubles respiratoires au cours du sommeil: Mise au point

Dr. Moussa RIACHI

Pulmonologist and Critical Care physician at the Hotel Dieu de France Hospital, Beirut.
Assistant Professor of Respiratory Medicine at the Faculty of Medicine - Saint Joseph University, Beirut.

Le syndrome d'apnées du sommeil (SAS) touche entre 2 et 5 % de la population et est encore peu diagnostiquée. Le SAS non traité multiplie par 6 le risque d'accidents de la route et d'accidents coronariens. Dans 30 % des cas, le SAS est aussi la cause d'affections cardiovasculaires, telles que l'hypertension artérielle, l'infarctus du myocarde ou les AVC. Autre incidence : la fréquence d'un diabète ou d'autres désordres métaboliques est neuf fois plus importante chez les personnes apnéiques, sans parler des troubles dépressifs, sexuels ou bien encore de la mémoire.

Le diagnostic du SAS repose sur la polysomnographie qui reste l'examen de référence. Plusieurs spécifications techniques récentes raffinent ce diagnostic : pléthysmographie (xflow), temps de transit de pouls, cardiopulmonary coupling, capnographie ainsi que la possibilité de prédire la réussite ou échec de la CPAP.

Les moyens pour traiter l'apnée du sommeil sont multiples et parfois inconfortables. Le premier impératif, très souvent, est d'obtenir une perte de poids et est souvent associé au port d'un masque de PPC (CPAP). D'autres possibilités sont disponibles avec le recours à une prothèse d'avancement mandibulaire et récemment l'implantation d'un pacemaker.

Obésité et troubles respiratoires

Dr. Arnaud COCAUL

Nutritionniste, praticien attaché à la Pitié Salpêtrière à Paris, France

L'obésité continue de progresser dans le monde malgré une recherche fondamentale permettant une meilleure compréhension de cette problématique. On peut parler de maladie sociétale, de maladie de transition économique et de maladie inflammatoire du tissu adipeux. Dans cette présentation, nous aborderons l'état actuel de l'obésité, les hypothèses actuellement en cours de développement autour de l'obésité et des conséquences respiratoires rendant difficile la mobilisation des patients.

La prise en charge multidisciplinaire s'impose et ce partenariat doit s'exercer avec le patient loin des dogmes réducteurs et simplistes qui ne font qu'enfermer encore plus les obèses dans un carcan supplémentaire.

Sleep workshop: Challenges in daily practice in Lebanon

Dr. Marie-Louise COUSSA-KONISKY

Pulmonary and Sleep Diseases specialist
Associate Professor of Medicine, Lebanese American University, School of Medicine.
Head of the Respiratory Division and Sleep Laboratory, University Medical Center-Rizk Hospital

Exchange opinions and experiences concerning:

- Awareness in Lebanon of Sleep-related disease in the medical community.
- Problems concerning CPAP prescription.
- Follow up of CPAP treatments.

Interprétation d'une polysomnographie

Dr. Bernard PIGERIAS

Pneumologue, Allergologue, Médecine Tropicale, Biologie et Médecine du Sport ; Directeur, laboratoire du sommeil et de l'effort - Nice ; Vice-Président de la Société de Pneumologie de Langue Française

L'atelier proposé reprendra les fondamentaux de l'évaluation du sommeil par polyhypnographie, sera centré sur la pratique quotidienne en environnement pneumologique libéral en France, donnera l'expérience d'une consultation «sommeil» dans sa globalité, intégrant cet examen complémentaire dans la prise en charge complète du consultant.

Touristic tours

Thursday 19 April

15h00-18h00: Beirut City Tour (3 Hrs), half day tour, 25 USD

Friday 20 April

10h00-14h00: Nahr El Kalb & Byblos (4 Hrs) half day tour, 38 USD

13h30-17h30: Jeita & Harissa (4 Hrs) half day tour, 50 USD

Saturday 21 April

10h00-14h00: Beiteddine & Deir El Kamar (4 Hrs) half day tour, 38 USD

Sunday 22 April

09h00: Baalbeck, Anjar & Ksara (10 Hrs) full day tour, 79 USD

09h00: Tripoli, Cedars & Gebran Museum (11 Hrs) full day tour, 69 USD

(For details of sites, visit: destinationlebanon.gov.lb)

Conditions

- Prices are applicable per person for a minimum group of 10 persons (+10% VAT)
- Prices include: Transfers, guide, entrance fees to the sites, lunch for the full day tour
- Prices exclude: Personal expenses, tips
- Advanced booking is recommended in order to confirm the daily tours
- Private tours are available upon your request

International Speakers / Intervenants étrangers

Eric BATEMAN
Ali BEN KHEDER
Philippe CAMUS
Arnaud CAUCOL

Jean Pierre CHAMI
Alain DIDIER
Roger ESCAMILLA
Loïc GUILLEVIN

Moulay MEZIAN
Hilario NUNES
Bernard PIGERIAS
Dominique VALEYRE

Local Speakers / Intervenants libanais

Ossama ABBAS
Rami ABBAS
Wajdi ABI SALEH
Leslie AKL
Beatrice CHAMI
Hassan CHAMI
Randa CHOUEIRY
Marie Louise COUSSA KONISKI
Pierre EDDE
Maha EL HASSAN
Toni EL MURR
Marie FAHED

Fadi HADDAD
Carla IRANI
Sabat JAMOUS
Georges JUVELEKIAN
Souheil KARAA
Georges KHAYAT
Diala LICHAA EL KHOURY
Georges MAALOULY
Abir NEAME
Michel RAYYES
Moussa RIACHI
Wafaa SAADE

Noha SARKIS
Raja SAWAYA
Ali SHAMSEDDINE
Hera TACHJIAN
Paul Henri TORBEY
Mirna WAKED
Carole YOUAKIM
Pierre YOUSSEF
Rafica ZAATARI
Salah ZEINEDDINE

Platinum
sponsor



NOVARTIS

Bronze
sponsors



Other
sponsors

