

EMPHYSÈME PULMONAIRE LE TRAITEMENT PAR VALVES ENDOBONCHIIQUES

Brochure d'information destinée aux patients
atteints de BPCO associée à un emphyème sévère

**BROCHURE INFORMATION
PATIENT**



un document proposé par

**SANTÉ
RESPIRATOIRE
FRANCE**

SRF-2022

EMPHYSÈME PULMONAIRE

LE TRAITEMENT PAR VALVES

ENDOBONCHIQUES

Brochure d'information destinée aux patients atteints de BPCO associée à un emphysème sévère

Cette technique mini-invasive de réduction de volume endoscopique de l'emphysème pulmonaire par valves endobronchiques est nouvellement disponible en France. Elle est intégralement prise en charge par l'Assurance-maladie depuis mai 2020. Elle doit être évoquée chez toute personne atteinte de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) associée à un emphysème sévère.

QU'EST-CE QUE L'EMPHYSÈME ?

Lorsque l'on respire, l'air extérieur est aspiré à travers les bronches jusqu'aux alvéoles pulmonaires, sorte de petits sacs entourés de capillaires sanguins où s'effectuent les échanges gazeux : l'oxygène (O₂) inspiré traverse la paroi des alvéoles lors de l'inspiration puis passe dans le sang, alors que le dioxyde de carbone (CO₂) expiré fait le chemin inverse au cours de l'expiration.

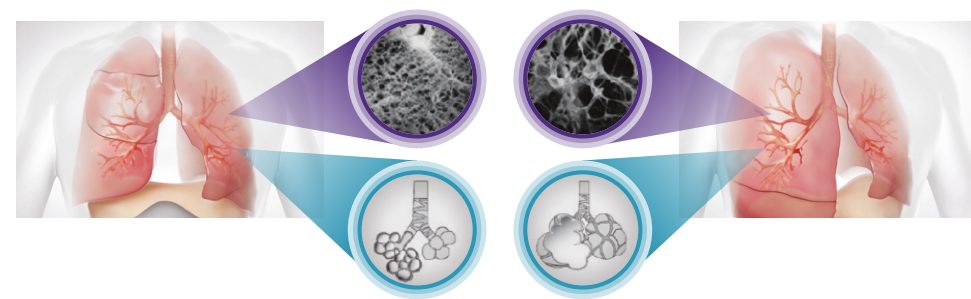
L'emphysème pulmonaire entraîne une hyper-distension thoracique. Cette augmentation pathologique du volume de la cage thoracique est secondaire à une destruction progressive et insidieuse du tissu ou parenchyme pulmonaire, en

particulier alvéolaire. Celui-ci est partiellement détruit et remplacé par des espaces vides, remplis d'air. Plus de la moitié des personnes souffrant de BPCO présentent un emphysème associé. La destruction est provoquée par l'inflammation chronique engendrée principalement par les substances nocives de la fumée de cigarette. Des expositions professionnelles peuvent également être impliquées, ainsi qu'une maladie génétique, le déficit en alpha-1 antitrypsine. Certaines formes d'emphysème peuvent survenir précocement, après une dizaine d'années ou moins de tabagisme. Parfois, le stade d'emphysème sévère est atteint après plusieurs décennies.

Le symptôme principal lié à l'emphysème est l'essoufflement (dyspnée), présent au début seulement à l'effort puis, lorsque l'emphysème s'aggrave, à l'occasion d'efforts minimes et même au repos. La respiration est rapide et superficielle, l'expiration prolongée.

LES TROIS CONSÉQUENCES DE L'EMPHYSÈME

- ▶ La destruction du tissu alvéolaire engendre une diminution des capacités à capter l'oxygène, c'est-à-dire qu'il passe difficilement des alvéoles pulmonaires aux capillaires sanguins.
- ▶ La destruction des alvéoles est à l'origine d'une hyperinflation, car trop d'air reste piégé dans les poumons en fin d'expiration. La quantité de ces gaz résiduels peut alors être multipliée par deux, voire trois ou quatre. Cette surpression constante à l'intérieur du poumon, du fait de ce gaz piégé, conduit à une distension thoracique, d'où une altération des capacités à ventiler, c'est-à-dire à inspirer et à expirer. On peut considérer que l'élasticité pulmonaire est défaillante. Il est possible de gonfler les poumons à l'inspiration, beaucoup moins de les dégonfler pour revenir à une position de repos ; le poumon reste en permanence hyper-inflaté. De ce fait, l'amplitude entre la position en fin d'inspiration et en fin d'expiration est considérablement réduite.
- ▶ Le phénomène de distension thoracique qui s'ensuit exerce une pression sur le diaphragme. Aplati, celui-ci ne peut jouer pleinement son rôle d'effecteur principal lors de l'inspiration, compromettant ainsi la mécanique ventilatoire.



Poumons sains

Poumons atteints d'emphysème

EN QUOI CONSISTE LE TRAITEMENT PAR VALVES ENDOBRONCHIQUES ?

En cas d'emphysème, le traitement de base reste identique à celui de la BPCO, à savoir le sevrage tabagique, les vaccinations antigrippale et antipneumococcique, les traitements bronchodilatateurs (bêta-2 agonistes et/ou anticholinergiques), la réadaptation respiratoire, la pratique régulière d'une activité physique, éventuellement l'oxygénothérapie en cas d'insuffisance respiratoire grave, et la ventilation non invasive dans les cas très sévères.

Concernant la composante mécanique de l'essoufflement rencontré dans la BPCO et provoqué par l'emphysème (l'hyper-distension thoracique), aucun traitement n'existe. D'où le **développement depuis de nombreuses années de différentes techniques de réduction de volume de l'emphysème.**

Les traitements interventionnels chirurgicaux - transplantation pulmonaire et chirurgie de réduction du volume pulmonaire - restent une option d'exception réservée à des formes très sévères et symptomatiques non soulagées par le traitement standard. Cependant, la chirurgie de réduction de volume est actuellement peu pratiquée en France en raison de complications potentielles et de suites opératoires pouvant entraîner une longue durée d'hospitalisation. D'où l'idée de **développer des techniques opératoires mini-invasives, par en-**

doscopie, c'est à dire en empruntant les voies naturelles, de la bouche aux bronches en passant par la trachée. **La plus aboutie, et qui a obtenu l'aval des autorités de santé françaises après examen des essais cliniques de haut niveau, est celle des valves endobronchiques.**

QU'EST-CE QU'UNE VALVE ENDOBRONCHIQUE ?

Le principe est de réduire le volume du poumon malade, en disposant des valves unidirectionnelles dans les bronches. Ces valves se ferment lors de l'inspiration et s'ouvrent lors de l'expiration ; l'objectif étant de réduire le volume du lobe afin d'obtenir une rétractation du lobe traité (atélectasie), en faveur d'une ré-expansion des territoires sains, qui seront ainsi mieux ventilés. La modification locale du flux respiratoire a pour effet de restaurer l'élasticité pulmonaire, avec une récupération plus ou moins importante de l'amplitude respiratoire. C'est en cela que la réduction volumique de l'emphysème peut améliorer l'essoufflement à l'effort. Autrement dit, l'objectif est de réduire le volume du lobe hyper-inflaté pour ménager de la place aux lobes sains afin qu'ils fonctionnent mieux, tout en facilitant la contraction du muscle diaphragmatique et donc la dynamique respiratoire.

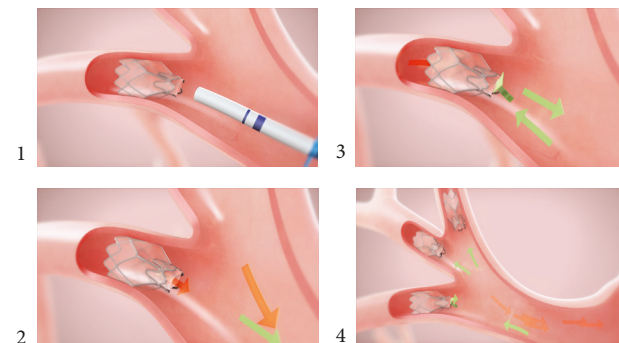
UNE THÉRAPEUTIQUE NOUVELLEMENT DISPONIBLE EN SOINS COURANTS

La thérapie par valves endobronchiques est accessible depuis mai 2020 en soins courants et **remboursée à 100% par l'Assurance-maladie.**

Constitué d'un maillage de nitinol, un alliage métallique composé de nickel et de titane, et recouvert de silicone, ce dispositif médical implantable est réversible. Le matériel peut en effet être enlevé si besoin, ou remplacé.

Cette technique a démontré son efficacité chez des patients ayant un emphysème et sélectionnés sur des caractéristiques morphologiques et fonctionnelles du lobe pulmonaire¹⁻⁴.

Un souffle et une qualité de vie retrouvés pour une personne traitée sur deux



Implantation d'une valve endobronchique et passage de l'air

La mise au point, ainsi que l'évaluation clinique des valves endobronchiques et le travail de sélection des patients répondeurs à la technique, ont débuté en 2004. Si l'on respecte à la lettre les critères d'inclusion et d'exclusion des patients emphysémateux, un bénéfice clinique significatif est obtenu dans un cas sur deux en termes de capacité à l'effort et au repos, d'essoufflement, et de qualité de vie¹.

A SAVOIR

Si les valves améliorent les capacités à l'effort, elles n'impactent en rien les besoins en oxygène, lesquels peuvent rester identiques avant et après l'intervention. Il a cependant été montré que les besoins en oxygène pouvaient être réduits chez une partie des patients implantés.

Le traitement médical prescrit par le pneumologue sera poursuivi après l'intervention.

1. Criner, GJ, Sue, R, Wright, S, et al. A multicenter randomized control trial of Zephyr endobronchial valve treatment in heterogeneous emphysema (LIBERATE). *Am J Respir Crit Care Med*, 2018;198(9), 1151-1164, et données internes de Pulmonx.

2. Kemp, SV, Slebos, DJ, Kirk, et al. A multicenter randomized controlled trial of Zephyr® endobronchial valve treatment in heterogeneous emphysema (TRANSFORM). *Am J Respir Crit Care Med*, 2017; 196(12), 1535-1543.

3. Valipour, A, Slebos, DJ, Herth, et al. Endobronchial valve therapy in patients with homogeneous emphysema. Results from the IMPACT study. *Am J Respir Crit Care Med*, 2016; 194(9), 1073-1082.

4. Klooster, K, ten Hacken, NH, Hartman, JE, et al. Endobronchial valves for emphysema without interlobar collateral ventilation. *N Engl J Med*, 2015; 373(24), 2325-2335.

QUI PEUT BÉNÉFICIER DES VALVES ENDOBRONCHIQUES ?

A QUI S'ADRESSER ?

Parlez-en à votre pneumologue habituel. S'il estime que votre état respiratoire, avec la présence d'une hyper-distension thoracique associée à un emphysème sévère, peut justifier d'un traitement par valves endobronchiques, il constituera un dossier qu'il adressera à un centre planteur expert.

RÉPONDRE AUX CRITÈRES D'ÉLIGIBILITÉ DE LA TECHNIQUE, UN GAGE DE RÉUSSITE

Parmi les personnes atteintes de BPCO, seules celles souffrant d'un emphysème sévère (de stade GOLD de grade 3 ou 4 et de groupe B, avec peu ou pas d'exacerbations) peuvent - en théorie - espérer un bénéfice de la technologie des valves endobronchiques. Ces personnes souffrent d'une forte intolérance à l'effort (dyspnée d'effort) en dépit d'un traitement médical optimal et bien

conduit comprenant une réadaptation respiratoire. Elles doivent avoir arrêté de fumer depuis au moins douze semaines, rapporter de faibles expectorations (inférieures à 2 cuillères à café par jour), ne pas avoir fait plus de trois exacerbations infectieuses sur les douze derniers mois ou ne pas avoir été hospitalisées plus d'une fois pour cette raison, ne pas déclarer d'antécédents d'asthme. Si elles souffrent d'une autre maladie sévère, en particulier cardiovasculaire (troubles du rythme cardiaque, hypertension artérielle pulmonaire...), celle-ci doit être stabilisée. Il n'y a, en revanche, aucune réelle limite d'âge ni d'indice de masse corporelle (IMC en kg/m²).

Ce traitement affiche un niveau de preuve d'efficacité très élevé, issu de quatre études multicentriques, randomisées et contrôlées. Cependant, il ne sera pas efficace chez tous les patients emphysémateux sévères. Afin d'opérer une sélection des personnes qui vont

vraiment tirer un bénéfice de la technique, des critères ont été scientifiquement établis, dont l'un des principaux est l'absence de ventilation collatérale entre les lobes pulmonaires. Cela signifie que l'intégrité des scissures interlobaires, c'est-à-dire les sillons séparant les différents lobes de chaque poumon, doit être parfaitement complète afin d'éviter toute fuite d'air entre les lobes, ce qui réduirait à néant l'effet des valves implantées dans les bronches. En d'autres termes, les valves endobronchiques seront efficaces uniquement si le lobe pulmonaire traité est étanche, sans communication aérienne avec le lobe pulmonaire adjacent.

Si, malgré toutes les précautions prises pour sélectionner les meilleurs candidats à l'implantation des valves endobronchiques, le bénéfice s'avère inexistant voire minime, cela n'est pas tant un problème technique qui est en cause, mais la découverte dans un second temps d'anomalies au niveau des lobes pulmonaires ou de la nature même de l'emphysème (un lobe adjacent plus malade que ce que l'on avait estimé, un emphysème homogène sans la moindre partie pulmonaire saine à ré-expandre, etc.).

LE PARCOURS D'ÉLIGIBILITÉ EN DÉTAIL

Dans un premier temps, le médecin pneumologue-allergologue consulté par la personne souffrant de BPCO constitue un dossier qu'il transmet à un centre

hospitalier planteur. Ce dossier comprend l'historique médical du patient et une exploration fonctionnelle respiratoire (EFR). Celle-ci inclut le volume expiratoire maximal par seconde (le VEMS doit se situer entre 15 et 50 % après la prise d'un bronchodilatateur), une mesure du volume résiduel (la quantité d'air restant au niveau des poumons en fin d'expiration maximale doit être supérieure ou égale à 175 % post-bronchodilatateurs, témoignant d'une hyperinflation), et la capacité pulmonaire totale (au-delà de 100 %).



Au sein du centre planteur, le patient passera plusieurs examens dont une pléthysmographie afin de mesurer l'ensemble des volumes pulmonaires, ainsi qu'une tomодensitométrie (ou scanner) thoracique. Cette imagerie permet de déterminer la gravité de l'emphysème, l'état des scissures interlobaires, mais aussi d'éliminer d'autres maladies qui contre-indiqueraient la technique par valves - comme la dilatation des bronches, la fibrose pulmonaire, un nodule suspect, un emphysème paraseptal (des bulles sous la plèvre, l'enveloppe qui entoure le poumon) ou des bulles emphysémateuses.

Lors de la première évaluation de la ventilation collatérale, les experts implanteurs vont calculer un rapport fondé sur l'analyse d'un scanner thoracique (à l'aide d'un logiciel spécifique) qui tient compte notamment du volume des lobes pulmonaires, de l'intensité de la destruction du tissu pulmonaire, de l'état des scissures entre les lobes. S'ils observent des orifices dans les scissures, l'option des valves endobronchiques est exclue.

Si les scissures sont intactes, la troisième étape consiste à vérifier l'absence d'une autre série de contre-indications, en faisant réaliser un test de marche de 6 minutes, souvent réalisé plus tôt dans le parcours de soins (la distance parcourue doit excéder 100 m), une échographie cardiaque (la pression artérielle pulmonaire systolique ne doit pas excéder 50 mmHg*), un examen des gaz du sang par prélèvement du sang artériel au niveau du bras ou de la jambe ($\text{PaO}_2 > 45$ mmHg et $\text{PaCO}_2 < 55$ mmHg) ; puis à sélectionner, au moyen d'une scintigraphie de perfusion et de ventilation pulmonaire, le lobe qui sera traité.

Une consultation d'anesthésie est également programmée.

Enfin, l'évaluation finale de la ventilation collatérale entre les lobes consiste en un test mini-invasif. Celui-ci est systématique et permet de confirmer que le lobe cible est dénué de ventilation collatérale. Au cours d'une hospitalisation, le pneumologue introduit par endoscopie sous anesthésie générale un cathéter à ballonnet qui mime l'effet des valves endobronchiques afin de s'assurer que le débit d'air expiré du lobe chute au cours de l'examen - le cathéter étant relié à une console qui permet de monitorer le débit expiratoire. Cela signifie que le lobe est étanche, ce qui est très prometteur pour le succès de la technique.

Cette étape a lieu au bloc opératoire, juste avant la pose éventuelle de valves endobronchiques. Le résultat, s'il est positif, permettra d'implanter les valves dans le même temps opératoire.

* En cas d'hypertension artérielle pulmonaire (HTAP) objectivée ou suspectée sur l'échographie cardiaque, un examen (cathétérisme cardiaque droit) confirmera ou infirmera l'HTAP. Cela consiste à mesurer la pression à l'intérieur de l'oreillette droite du cœur à l'aide d'un cathéter introduit par l'artère fémorale et qui remonte jusqu'à l'oreillette.

L'INTERVENTION : CE QU'IL FAUT SAVOIR

Un formulaire de consentement du patient doit être signé au préalable.

La procédure d'implantation des valves endobronchiques est réalisée sous anesthésie générale. Elle dure entre trente et soixante minutes. **Par endoscopie, au moyen d'un cathéter de pose flexible, le médecin opérateur déploie une par une les valves dans les différentes bronches afin d'occlure tout le lobe.** Quatre tailles de valves existent, permettant de répondre à tous les besoins anatomiques bronchiques.

Lors des différents essais publiés, les valves étaient implantées en un temps. Une nouvelle stratégie d'implantation a été mise en place en France. Les valves sont implantées en deux temps, espacés au moins de quatre semaines, pour réduire le volume du lobe plus progressive-

ment, avec des résultats prometteurs sur la réduction du risque de pneumothorax, c'est-à-dire le remplissage d'air dans la cavité pleurale, entre les poumons et la cage thoracique.⁵ Cette stratégie est dorénavant largement répandue sur le territoire français. Néanmoins, aucune comparaison directe entre les deux techniques (en un ou deux temps) n'a encore été réalisée.



APRÈS L'INTERVENTION : LES POINTS IMPORTANTS

L'opération n'est pas réalisée en ambulatoire afin de surveiller l'apparition d'un éventuel pneumothorax, qui est la principale complication possible. **La durée d'hospitalisation est de trois nuits, avec un repos strict au lit de 24 heures.** Si le résultat de la radiographie pulmonaire réalisée 24 heures après l'in-

tervention est satisfaisant, le patient est alors autorisé à déambuler.

Le patient doit être rigoureusement surveillé après le geste opératoire afin de repérer l'apparition d'un pneumothorax. En effet, la pose des valves crée une traction sur la plèvre, l'enveloppe

entourant le poumon, ce qui favorise le passage de l'air entre ses deux feuillets, créant parfois un pneumothorax. Outre la position allongée du patient pendant les 24 h qui suivent l'intervention, l'arrêt temporaire pendant 48 h d'une éventuelle ventilation non invasive est préconisé.

Le pneumothorax est consécutif à une « vidange » du lobe pulmonaire traité trop rapide et importante, exerçant une traction sur la plèvre, d'où le décollement des feuillets de celle-ci. Sa prise en charge est très connue et codifiée. Le pneumothorax peut soit se résoudre spontanément, soit nécessiter un drainage par drain. La décision peut aussi être prise de retirer une valve pour réduire la traction exercée sur la plèvre.

Au rang des complications, les exacerbations de BPCO sont plus rares car les patients sélectionnés sont de faibles « exacerbateurs ». Les hémoptysies (expectorations de sang provenant des voies respiratoires inférieures) et les infections dans le territoire pulmonaire valvé sont d'éventuelles conséquences sans réelle gravité. Pneumonie et dyspnée, voire le décès, font partie des complications possibles.

La migration des valves, peu fréquente, peut nécessiter une ré-intervention pour repositionnement ou ablation. Exceptionnellement, des lésions inflammatoires appelées granulomes se créent, nécessitant de ré-intervenir.

De manière générale et au long cours, ce traitement par valves endobronchiques est très bien toléré par l'organisme, ce qui peut paraître surprenant lorsque l'on place un corps étranger sur des bronches inflammatoires.

Une fois le patient rentré chez lui après avoir été implanté, une douleur thoracique, une détresse respiratoire, une hémoptysie doivent faire prendre contact en urgence avec le centre implanteur.

QUEL SUIVI ?

Le médecin peut prescrire une cure d'antibiotiques ou de corticostéroïdes après l'intervention.

La première consultation de suivi a lieu un mois après la sortie de l'hôpital, suivie de trois autres à 3, 6 et 12 mois. Lors de chacune d'elles, le médecin implanteur réalisera a minima une exploration fonctionnelle respiratoire et un test de marche de six minutes. Le scanner thoracique doit être réalisé entre 45 jours et trois mois après l'intervention, puis en cas de complication ou de baisse d'efficacité des valves.

5. Egenod, T, Tricard, J, Fumat, R, et al. Two-Stage Bronchoscopic Endobronchial Valve Treatment Can Lead to Progressive Lung Volume Reduction and May Decrease Pneumothorax Risk. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 2021;16:1957-1965.

INFORMATIONS PRATIQUES

- La pose des valves endobronchiques est pratiquée dans une trentaine de centres implanteurs en France.
- Le patient implanté reçoit une carte d'informations patient au format portefeuille indiquant qu'il a un ou plusieurs implants (valves endobronchiques) dans ses poumons, avec les coordonnées de son médecin. Cette carte est à présenter par le patient à toute personne qui lui prodigue des soins médicaux, y compris au personnel médical des urgences, ou à toute personne qui envisage d'effectuer une IRM (imagerie par résonance magnétique). Les patients porteurs de valves peuvent subir en toute sécurité des examens IRM avec les instructions fournies sur cette carte d'identité de patient.
- Les patients porteurs de valves peuvent passer en toute sécurité à travers des détecteurs de métaux ou des appareils à rayons X dans les aéroports, ou d'autres installations où des contrôles de sécurité sont effectués.

Depuis 2010, plus de 25 000 patients dans le monde ont été implantés avec les valves.



Liste des centres actifs

La liste est susceptible d'évoluer dans le temps. Elle est régulièrement mise à jour sur ce lien : <https://bit.ly/3LKHCHI> ou en scannant ce QR code ci-contre.

Renseignez-vous également auprès de votre médecin.

Contacts/liens utiles :



Regardez la vidéo-conférence « **Du nouveau dans le traitement de l'emphysème pulmonaire : place des valves endobronchiques** » organisée par l'association Santé respiratoire France, grâce à ce QR code.

Vidéo accessible sur la chaîne YouTube de l'association.

Pour rester informé : www.sante-respiratoire.com

LES PATIENTS TÉMOIGNENT



AMALIA, PERSONNE ATTEINTE DE BPCO AVEC EMPHYSÈME, OPÉRÉE AVEC POSE DE VALVES ENDOBRONCHIQUES

«L'attente, avant de savoir si j'étais éligible aux valves endobronchiques, m'a semblé très longue. Après de multiples rendez-vous et examens - une période assez angoissante - j'ai pu être opérée, en deux temps. Aujourd'hui, je me sens très bien. Alors que j'étais auparavant très active, la BPCO et l'emphysème ont, peu à peu, eu raison de ma vitalité, de mes activités sociales et quotidiennes. Depuis l'implantation des valves, j'ai pu les reprendre, sans exception (6 km de marche, pratique du vélo elliptique, jardinage, etc.), alors que j'avais fait le deuil d'un bon état de santé. Dans mon cas, ce fut une belle réussite.»

CHRISTIANE, PERSONNE ATTEINTE DE BPCO AVEC EMPHYSÈME, OPÉRÉE AVEC POSE DE VALVES ENDOBRONCHIQUES



«J'étais prévenue qu'en dépit d'une sélection drastique des candidats à la pose de valves endobronchiques, cette technique n'est efficace que chez un patient sur deux, voire deux sur trois dans les études. Si, en ce qui me concerne, le bénéfice de l'intervention a été minime, je ne voudrais pas décourager ceux qui seraient tentés par cette longue aventure : cette technique peut en effet bouleverser leur quotidien. Incertitudes, patience... Il y a des contraintes, mais cela vaut largement la peine d'essayer. Une chance sur deux, alors qu'aucun traitement alternatif n'existe, cela se tente sans hésitation, à mon avis, d'autant que je n'ai souffert d'aucun effet secondaire.»



PATRICK, PERSONNE ATTEINTE DE BPCO AVEC EMPHYSÈME, OPÉRÉ AVEC POSE DE VALVES ENDOBRONCHIQUES

«Hospitalisations, consultations itératives... La procédure pour savoir si l'on peut bénéficier des valves n'est pas lourde, elle est longue. Mais c'est indispensable, et il faut en être conscient lorsqu'on se lance dans le processus. Une fois l'opération terminée, je me suis rapidement remis car elle n'est pas invasive. J'ai ressenti l'amélioration de mon état respiratoire après le second temps de pose, ce qui est normal. Je peux désormais monter les 18 marches jusqu'à ma chambre à coucher sans être au bord de l'asphyxie. Même si les chiffres de l'EFR, l'épreuve d'effort, ne traduisent pas l'amélioration (que je n'hésite pas à qualifier de spectaculaire) de mes capacités respiratoires et de mon ressenti lors de mes activités quotidiennes, cela a bouleversé ma vie.»



QUESTIONS FRÉQUENTES

▶ QUE SE PASSE-T-IL SI JE NE SUIS PAS ÉLIGIBLE À L'IMPLANTATION DE VALVES ENDOBRONCHIQUES ?

D'autres techniques sont en cours de développement dans l'emphysème sévère, y compris en cas de ventilation collatérale.

▶ L'EFFET SUR LA RESPIRATION ET L'ESOUFFLEMENT EST-IL RESENTI IMMÉDIATEMENT APRÈS L'INTERVENTION ?

Il est possible de ressentir les bénéfices dans les suites immédiates et jusqu'à trois mois suivant l'implantation des valves endobronchiques. Si nécessaire, la personne peut subir une autre procédure pour remplacer ou ajouter une ou plusieurs valves afin d'aider à améliorer son état.

▶ PEUT-ON CHIFFRER LE GAIN EN « VOLUME EXPIRATOIRE MAXIMAL PAR SECONDE » (VEMS) APRÈS LA POSE DE VALVES ENDOBRONCHIQUES ?

Selon l'étude LIBERATE, douze mois après la procédure, 56,7 % des patients présentent un gain de VEMS au moins supérieur à 12 %*.

* Criner G et al Am J Resp Crit Care Med 2018.

▶ COMBIEN DE VALVES ENDOBRONCHIQUES SONT POSÉES EN MOYENNE ?

Entre 4 et 6, en fonction du lobe traité.

▶ SI LES VALVES ENDOBRONCHIQUES NE PRODUISENT PAS L'EFFET ESCOMPTÉ, FAUT-IL LES RETIRER (ET AU BOUT DE COMBIEN DE MOIS) ?

Il faut en effet les retirer, après au moins trois mois en place.

▶ PEUT-ON JOINDRE UN CENTRE IMPLANTEUR DIRECTEMENT EN TANT QUE PATIENT ?

Le mieux est d'en parler à son pneumologue, qui pourra réaliser les démarches médicales et administratives recommandées.

▶ LES VALVES PERMETTENT-ELLES D'ÉVITER UNE TRANSPLANTATION PULMONAIRE ?

Les valves sont souvent évoquées dans l'attente d'une transplantation et ne la contre-indiquent en aucun cas.

POUR EN SAVOIR PLUS

Les études avec les valves endobronchiques ont inclus plus d'un millier de patients. Elles ont été reprises par des groupements scientifiques publiant des recommandations à un niveau national ou international, dont deux recommandations de pratique clinique (GOLD 2021**, et Herth et al. 2016***), quatre évaluations positives de technologie de santé (NICE 2017-Grande-Bretagne, HAS 2018-France, FDA 2018-USA, DGP 2017).

** GOLD 2017 : <https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2016/04/wms-GOLD-2017-Pocket-Guide-Final-French.pdf>

*** Herth FJ1, Slebos DJ, Rabe KF et al. Endoscopic Lung Volume Reduction: An Expert Panel Recommendation. *Respiration*. 2016;91(3):241-50.



Brochure réalisée par Santé respiratoire France
Rédaction : Hélène Joubert, journaliste
Mise en page : Camille Houzé, graphiste
Date de publication : février 2022