

ÉDUCATION DES PATIENTS

Valves endobronchiques

Sont-elles adaptées
à votre cas ?





Introduction

Les valves endobronchiques sont une technologie révolutionnaire pour lesquelles il est cliniquement prouvé qu'elles aident les patients à respirer plus facilement, être plus actifs et profiter d'une meilleure qualité de vie.¹

Les valves endobronchiques ne sont pas un autre médicament ou une autre intervention chirurgicale. Il s'agit d'une procédure mini-invasive qui utilise un bronchoscope pour placer de petites valves unidirectionnelles dans un lobe ciblé et malade de votre poumon, où l'air piégé provoque un essoufflement. Les valves endobronchiques permettent à l'air piégé de votre poumon traité de s'échapper tout en empêchant l'air de pénétrer dans ce lobe pulmonaire, ce qui réduit l'hyperinflation dans le poumon. La réduction de cette hyperinflation permet aux parties plus saines de votre poumon de se dilater et de mieux fonctionner. Vous respirez alors plus facilement et bénéficiez d'une meilleure qualité de vie.

En savoir plus sur le traitement par valves endobronchiques

Si vous souffrez d'un emphysème sévère, une forme de BPCO, vous pouvez être éligible pour le traitement par valves endobronchiques.

Il existe plusieurs étapes importantes que vous pouvez suivre pour déterminer si les valves endobronchiques peuvent vous aider à mieux respirer, à faire plus de choses et à profiter de la vie. Cela commence par un contact avec votre médecin.



Étapes pour le traitement par valves endobronchiques

1. Première consultation
2. Examens ou tests cliniques
3. Procédure
4. Suivi après la procédure

Sommaire

Valve endobronchique Introduction	2
Parcours du patient	3
Chapitre 1 : La BPCO/L'emphysème, de quoi s'agit-il ?	5
Chapitre 2 : Comprendre les poumons	7
Chapitre 3 : Comment fonctionnent les valves endobronchiques ?	9
Chapitre 4 : Tests pour confirmer que vous êtes atteint(e) d'emphysème sévère	10
Chapitre 5 : Réadaptation pulmonaire	13
Chapitre 6 : À quoi s'attendre pendant la procédure	14
Chapitre 7 : À quoi s'attendre après la procédure	16
Chapitre 8 : Avantages et risques de la procédure	18
Chapitre 9 : Questions fréquentes	19
Liste de contrôle patient	21
Glossaire des termes	22

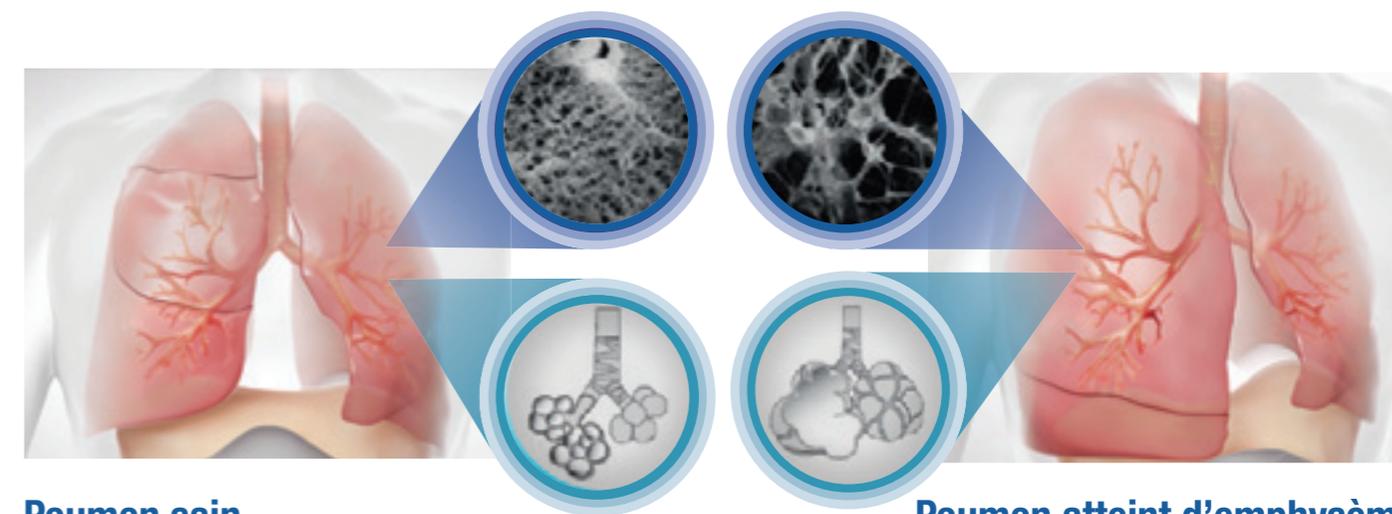
Chapitre 1 : La BPCO/L'emphysème, de quoi s'agit-il ?

L'abréviation **BPCO** signifie bronchopneumopathie chronique obstructive. Il s'agit d'une maladie qui entraîne une limitation persistante du débit d'air dans les poumons. Les symptômes de la BPCO comprennent des difficultés respiratoires, une toux, la production de mucus et une respiration sifflante.

L'emphysème est une forme grave de BPCO où les lésions pulmonaires entraînent la création de grands espaces d'air au lieu de petits, où l'air que vous respirez est piégé (comme un ballon) et où le poumon se gonfle excessivement - c'est ce qu'on appelle **l'hyperinflation**.

La bronchite chronique est une forme de BPCO qui implique une toux et une production de mucus à long terme (les valves endobronchiques ne fonctionnent pas chez les patients atteints de bronchite chronique).

L'expansion des parties malades du poumon exerce une pression sur les parties saines de vos poumons et de votre diaphragme. C'est ce qui vous donne l'impression d'être essoufflé(e). (Voir schéma)



Poumon sain

Les sacs d'air sains sont petits et ne retiennent pas l'air que vous respirez

Poumon atteint d'emphysème

Les sacs d'air atteints sont plus grands et créent plus d'espace pour piéger l'air que vous respirez

Les valves endobronchiques réduisent l'hyperinflation associée à un emphysème sévère en empêchant l'air que vous respirez d'être piégé dans la partie atteinte du poumon.

Emphysème homogène vs hétérogène

Les patients atteints d'emphysème sont classés en deux groupes différents en fonction de la répartition et de l'étendue des dommages causés aux poumons : homogène et hétérogène.

On parle d'emphysème homogène lorsque les lésions sont uniformes dans l'ensemble des poumons (la maladie est la même partout). En cas d'emphysème hétérogène, les dommages sont concentrés dans des zones spécifiques du poumon.

Vous trouverez ci-dessous des images d'emphysème homogène et hétérogène. Les valves endobronchiques ont prouvé leur efficacité dans l'emphysème homogène et hétérogène.

Voici un exemple d'**emphysème homogène**, où la destruction due à la maladie est similaire dans toutes les zones des poumons. Remarquez la couleur uniforme sur toute la surface.



Voici un exemple d'**emphysème hétérogène**, où certaines zones présentent une destruction due à la maladie plus importante que d'autres. Remarquez que certaines sections des poumons sont plus sombres que d'autres.



Chapitre 2 : Comprendre les poumons

Vos poumons sont le principal organe de votre corps qui fournit en permanence de l'oxygène (qui est bon) et élimine le dioxyde de carbone (qui est mauvais) du sang. Le principal muscle utilisé pour respirer s'appelle le diaphragme et est situé directement sous les poumons.

Poumon droit (trois lobes)

Le poumon droit est constitué de trois lobes séparés par des scissures.

Lobe supérieur droit

Scissures

Lobe médian droit

Lobe inférieur droit

Poumon gauche (deux lobes)

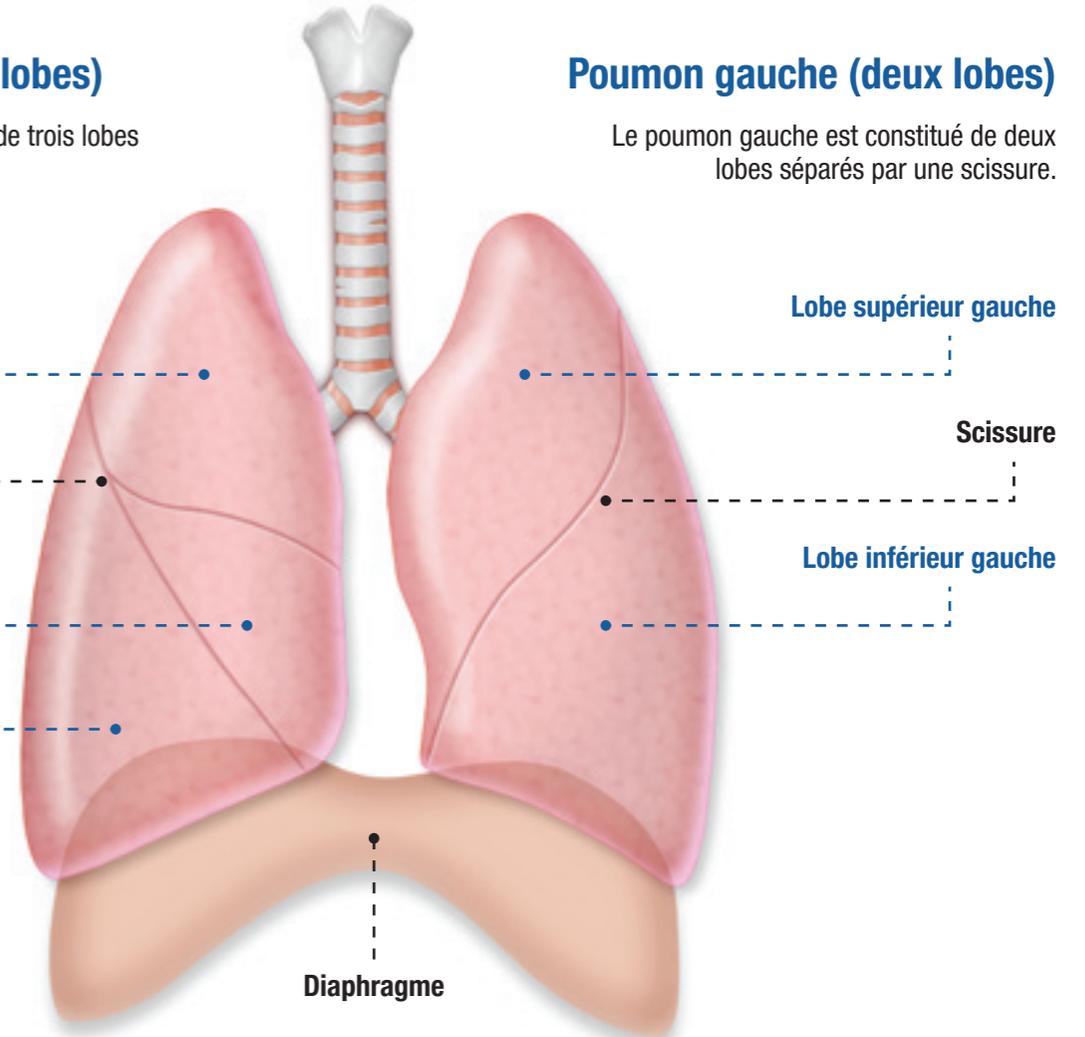
Le poumon gauche est constitué de deux lobes séparés par une scissure.

Lobe supérieur gauche

Scissure

Lobe inférieur gauche

Diaphragme



Que sont les scissures et pourquoi elles sont importantes ?

Les **scissures pulmonaires** séparent les différents lobes de vos poumons.

Pour que les valves endobronchiques fonctionnent correctement, il faut que les lobes présentent des scissures sans interstice. Une scissure complète empêche la ventilation collatérale entre deux lobes.

Qu'est-ce que la ventilation collatérale ?

La **ventilation collatérale** se produit lorsque la structure des scissures entre les lobes n'est pas solide et que l'air peut passer d'un lobe à l'autre. C'est comme si les scissures étaient des murs et qu'il y avait une fenêtre dans ce mur, permettant à l'air de passer d'un lobe au lobe adjacent.

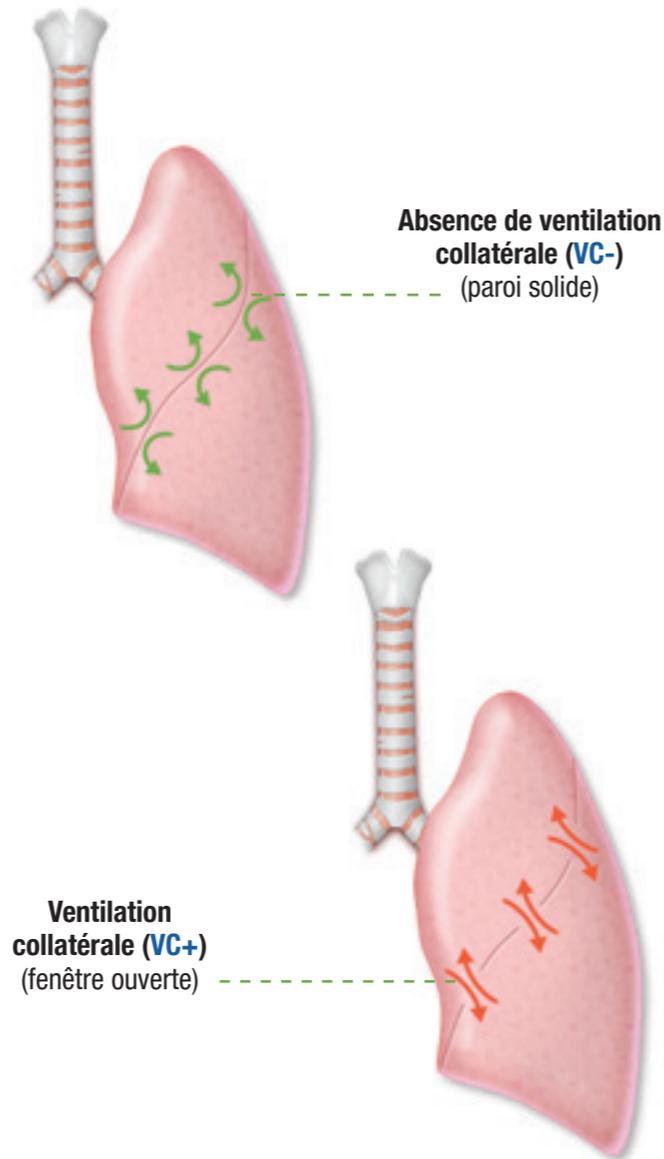
Pourquoi les valves endobronchiques ne fonctionnent-elles pas en cas de ventilation collatérale ?

Les valves endobronchiques fonctionnent en libérant l'air piégé dans les parties du poumon atteintes et présentant une hyperinflation, en empêchant l'air d'y entrer et en empêchant ces parties du poumon de se regonfler. En présence d'une ventilation collatérale, il est difficile pour les valves de réussir à empêcher les zones atteintes de se regonfler.

Tests de détection de la ventilation collatérale

Votre médecin utilisera deux tests pour détecter une éventuelle ventilation collatérale (VC). La première est une analyse assistée par ordinateur d'une TDM, où des images de vos poumons montrent votre statut potentiel de VC. Ensuite, le jour de la procédure, le médecin effectuera un autre test avant de mettre en place les valves. Vous en saurez plus sur ces tests dans les deux chapitres suivants.

Comprendre la ventilation collatérale, bon exemple et mauvais exemple :

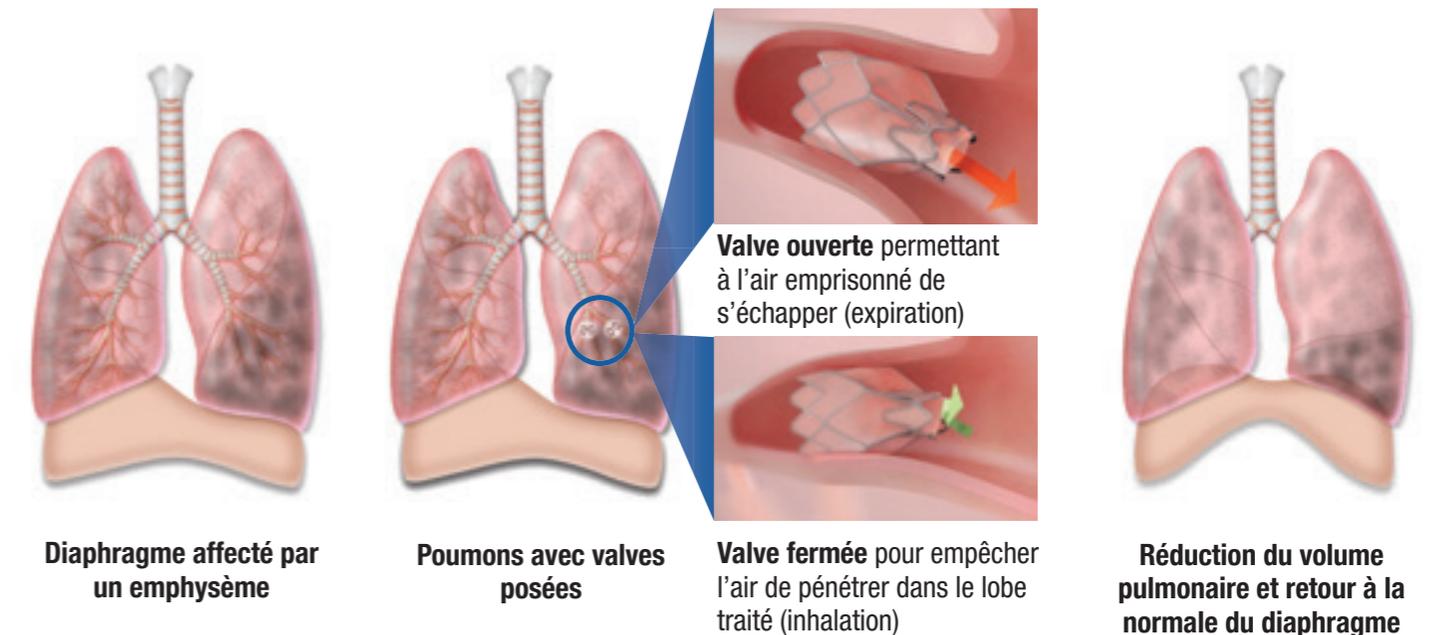


Chapitre 3 : Comment fonctionnent les valves endobronchiques ?

Une fois les valves placées dans un lobe, les valves à sens unique s'ouvrent lorsque vous expirez (expiration), ce qui permet à l'air emprisonné de sortir du lobe traité. Elles se ferment lorsque vous inspirez (inhalation) pour empêcher l'air de pénétrer à nouveau dans le lobe.

Avec le temps, le lobe traité se dégonfle/rétrécit (comme un ballon qui perd de l'air). Cela permet aux parties saines du poumon d'absorber plus d'air et de se développer pour remplir l'espace créé par le rétrécissement du lobe traité. Cela réduit également la pression sur le diaphragme, ce qui lui permet de retrouver sa forme et sa fonction normales.

Les valves endobronchiques réduisent l'hyperinflation



Chapitre 4 : Tests pour confirmer que vous êtes atteint(e) d'emphysème sévère

Votre médecin effectuera un certain nombre de tests pour confirmer que vous souffrez d'un emphysème sévère avec hyperinflation et pour déterminer si des valves endobronchiques peuvent vous aider. Certains de ces tests vous sont peut-être déjà familiers, mais d'autres peuvent être nouveaux.

Veuillez consulter le tableau ci-dessous pour obtenir des informations sur chacun des tests et leur objectif. La réalisation de tous les tests requis peut prendre entre 1 et 8 semaines selon la disponibilité.

Les valeurs ci-dessous sont indicatives. La décision clinique finale quant à savoir si vous êtes éligible pour cette procédure sera prise par votre médecin.

TESTS	DESCRIPTION DU TEST	VALEURS TYPQUES POUR L'ÉLIGIBILITÉ AUX VALVES ENDOBRONCHIQUES
Spirométrie	Mesure le fonctionnement de vos poumons, puis vos valeurs sont comparées aux valeurs normales basées sur la taille, le sexe et l'âge	<p>VEMS = 15 % à 45 % de la valeur théorique</p> <p>Volume résiduel ≥ 175 % de la valeur théorique Hétérogène</p>
Pléthysmographie corporelle	Détermine la quantité d'air emprisonnée dans vos poumons à cause de l'emphysème	<p>Volume résiduel ≥ 200 % de la valeur théorique Homogène</p> <p>Capacité pulmonaire totale > 100 % de la valeur théorique</p>
Tomodensitométrie (TDM) haute résolution	Détermine la gravité de la maladie et le volume d'air par lobe Évalue également l'anatomie des scissures qui séparent les lobes les uns des autres (pour la ventilation collatérale).	Fournit des informations sur le degré d'atteinte des différentes parties du poumon et des informations sur le niveau d'intégrité des scissures pour aider à cibler où placer les valves endobronchiques.

TESTS	DESCRIPTION DU TEST	VALEURS TYPQUES POUR L'ÉLIGIBILITÉ AUX VALVES ENDOBRONCHIQUES
Scintigraphie de perfusion	Examine les parties de votre poumon qui reçoivent le plus d'air et de sang	Aide à cibler les zones des poumons qui ne fonctionnent pas aussi bien que d'autres en tant que cibles adéquates pour le traitement
Test de marche de 6 minutes	Mesure dans quelle mesure votre emphysème affecte votre capacité à faire de l'exercice	<p>100 à 500 mètres (emphysème hétérogène)</p> <p>150 à 500 mètres (emphysème homogène)</p>
Gazométrie du sang artériel (GSA)	Mesure la quantité d'oxygène et de dioxyde de carbone dans votre sang	<p>PaCO₂ < 50 mm Hg</p> <p>PaO₂ > 45 mm Hg</p>
Échographie cardiaque	Mesure votre fonction cardiaque et pulmonaire	<p>Fraction d'éjection du ventricule gauche FEVG > 45 %</p> <p>sPAP < 45 mm</p>



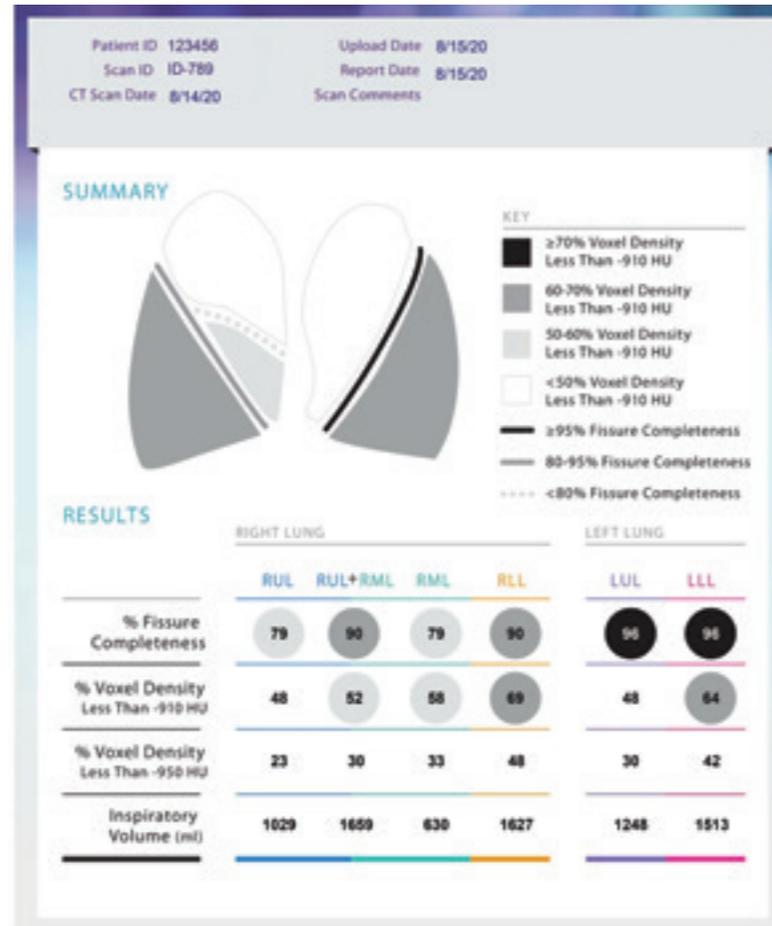
Tests de diagnostic pour confirmer si les valves endobronchiques peuvent vous aider

Tomodensitométrie haute résolution (TDM-HR) — Il s'agit d'une procédure radiographique spéciale qui prend des images en tranches très fines de vos poumons pour créer une image 3D générée par ordinateur, que votre médecin utilisera pour évaluer l'état de vos poumons. Vous avez peut-être déjà subi une TDM. Toutefois, si la TDM précédente ne comportait pas un nombre suffisant d'images, il est possible que l'on vous demande d'en réaliser une nouvelle.

Votre médecin enverra vos clichés de TDM-HR pour qu'ils soient évalués par un logiciel spécial et recevra un rapport contenant des informations importantes sur votre maladie pulmonaire, lui indiquant :

- l'importance des dommages causés par l'emphysème à chaque lobe de vos poumons ;
- si vos scissures sont complètes ou incomplètes, et si elles sont incomplètes, de quelle manière ;
- la quantité d'air que vous avez dans chaque lobe.

Ce scanner permet de déterminer si vous êtes un(e) bon(ne) candidat(e) pour les valves endobronchiques et, dans l'affirmative, quelle partie du poumon doit être traitée. Il aide également votre médecin à rechercher d'autres affections médicales.



Chapitre 5 : Réadaptation pulmonaire – Avant et après la procédure

La réadaptation pulmonaire (RP) est un programme supervisé visant à aider les patients souffrant d'une maladie pulmonaire en leur fournissant une éducation et des exercices dans le but de faciliter leur respiration et d'améliorer les activités de la vie quotidienne.



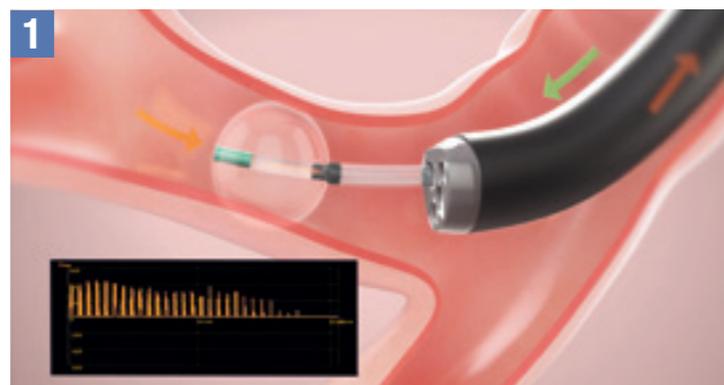
Ces programmes sont spécifiques et adaptés à vos besoins.

- Les programmes sont généralement d'une durée de 6 à 8 semaines. Ils comprennent :
 - Exercices de respiration
 - Éducation pour le (la) patient(e) et sa famille
 - Exercices généraux
 - Modifications du mode de vie
 - Interventions nutritionnelles
 - Soutien psychosocial
 - Programmes de renforcement
- La RP est recommandée pour tous les patients porteurs de valves endobronchiques, avant et après le traitement, afin d'améliorer les résultats.
- Vous êtes généralement orienté(e) vers la RP par votre médecin généraliste, votre infirmier/-ère ou votre équipe respiratoire. Ils vous aideront à identifier des programmes pour compléter votre RP.

Chapitre 6 : À quoi s'attendre pendant la procédure d'implantation de la valve

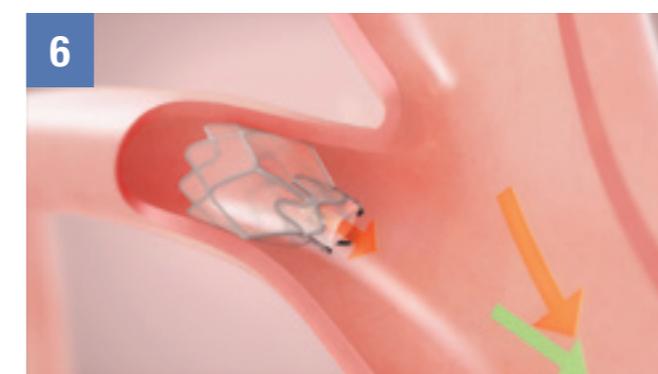
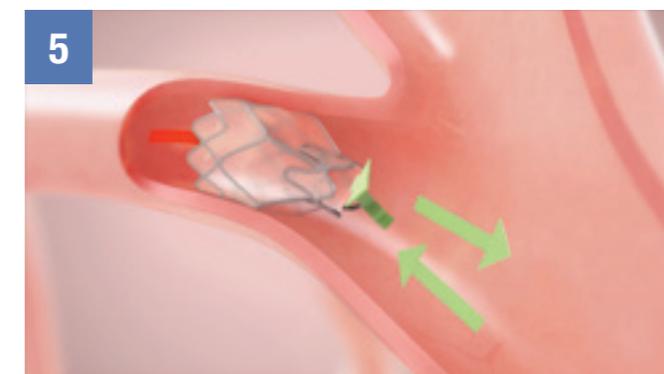
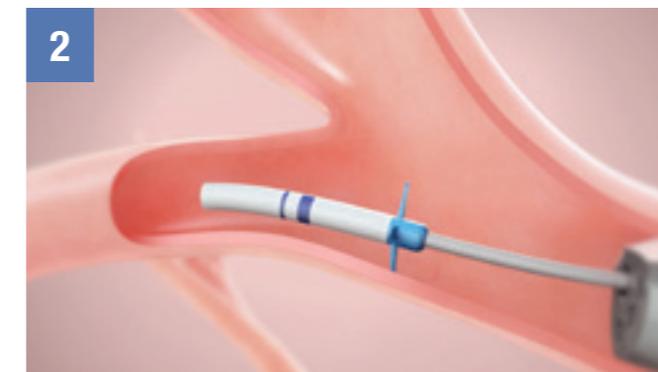
Le jour de la procédure :

- Votre médecin vous donnera des médicaments pour la sédation/anesthésie.
- Un tube long et flexible muni d'une caméra (appelé bronchoscope) sera inséré dans votre bouche ou votre nez afin que le médecin puisse observer vos voies respiratoires.
- Votre médecin utilisera un ballon sur un cathéter inséré dans le bronchoscope pour simuler la mise en place de la valve et vérifier si vous présentez une ventilation collatérale. **Étape 1.**
- Si vous présentez une ventilation collatérale **faible ou inexistante**, votre médecin placera les valves à l'aide d'un bronchoscope. Le nombre de valves dépend de la forme et de la taille des voies respiratoires de vos poumons. **Étapes 2-7** (voir page 15).
- Aucune incision ne sera nécessaire pour réaliser ce traitement, et la procédure devrait durer environ 60 minutes.
- Vous ferez l'objet d'une observation soignée pendant votre réveil et votre rétablissement.



REMARQUE : Si le test confirme que vous présentez une ventilation collatérale, les valves ne seront **pas** placées, car elles n'apporteront aucun bénéfice à votre respiration. Veuillez consulter la page 8 pour plus d'informations sur la ventilation collatérale.

Pose des valves endobronchiques



Chapitre 7 : À quoi s'attendre après la procédure d'implantation de la valve

Après la pose de vos valves, vous serez suivi(e) de près par votre médecin et l'équipe médicale.

Immédiatement après la procédure

Vous resterez à l'hôpital pendant au moins trois (3) nuits afin que l'équipe médicale puisse surveiller les éventuels effets secondaires.

Dans une procédure sur trois, un effet secondaire appelé **pneumothorax** peut se produire. Il s'agit d'une déchirure du poumon qui entraîne une fuite d'air des poumons vers le thorax.

Ce problème est généralement traité en plaçant un petit tube dans votre poitrine pour évacuer l'air de la déchirure. Il faut parfois quelques heures à quelques jours pour que la fuite d'air s'arrête, après quoi le tube peut être retiré. Dans ce cas, votre médecin peut vous demander de rester à l'hôpital pendant une semaine ou plus pour que les tissus guérissent.

*Les patients victimes d'un pneumothorax ont bénéficié des avantages à long terme des valves endobronchiques tout comme les patients qui n'en ont pas subi.**

Sortie de l'hôpital

Au moment de la sortie de l'hôpital, votre médecin ou l'équipe médicale vous expliquera la marche à suivre si vous présentez certains symptômes, tels que :

- Essoufflement soudain
- Douleur aiguë et soudaine dans la poitrine
- Respiration rapide ou toux
- Fréquence cardiaque rapide
- Vertiges soudains

Si vous ressentez l'un des symptômes décrits (ci-dessus), si vous crachez du sang ou si vous avez du sang dans vos expectorations, ou encore si vous avez d'autres symptômes non liés à votre respiration, vous devez appeler votre médecin ou vous rendre au service d'urgence le plus proche.

Il se peut que votre médecin vous prescrive un traitement antibiotique ou des stéroïdes après la procédure.

Vous recevrez une carte d'information patient format portefeuille (carte d'identité du patient) indiquant que vous avez un ou plusieurs implants de valve dans votre poumon, et contenant les coordonnées de votre médecin. Gardez toujours cette carte sur vous et montrez-la à toute personne qui vous prodigue des soins médicaux, y compris le personnel médical des urgences, ou à toute personne qui envisage de vous faire passer une IRM. Les patients

porteurs de valves endobronchiques peuvent subir une IRM en toute sécurité en suivant les instructions fournies sur votre carte d'identité du patient.

Les patients porteurs de valves endobronchiques peuvent passer en toute sécurité les détecteurs de métaux ou les appareils à rayons X dans les aéroports ou dans d'autres installations où des contrôles de sécurité sont effectués à l'entrée.

Votre médecin planifiera des évaluations de suivi dans son cabinet après votre convalescence à la suite du traitement.

Vous continuerez à prendre les médicaments que votre médecin vous a prescrits pour votre emphyseme sévère.



*Criner G. et al. Am J Respir Crit Care Med. 2018; 198 (9): 1151–1164_online Supplement.

Chapitre 8 : Avantages et risques des valves

Lors d'essais cliniques, les patients traités avec des valves endobronchiques ont été comparés à des patients recevant un traitement médical standard (médicaments contre la BPCO plus réadaptation pulmonaire et oxygène, le cas échéant).

On a constaté que les patients traités par valve endobronchique :¹

- respirent plus facilement et ont une meilleure fonction pulmonaire ;
- sont capables de faire plus d'exercice et de marcher plus loin ;
- sont capables de pratiquer davantage d'activités quotidiennes, comme la marche, le bain et le jardinage ;
- profitent d'une meilleure qualité de vie, avec plus d'énergie ;
- quittent leur domicile avec plus d'assurance.

Les complications du traitement par valves endobronchiques peuvent notamment comprendre un pneumothorax, une aggravation des symptômes de BPCO, une pneumonie, une dyspnée et, dans de rares cas, la mort.



Chapitre 9 : Questions fréquentes

Questions générales :

Les valves endobronchiques sont-elles largement utilisées ?

Au cours des dix dernières années, plus de 25 000 patients dans le monde se sont fait implanter des valves.

Après la procédure, devrai-je continuer à prendre mes médicaments habituels ?

Oui, vous continuerez à prendre les médicaments prescrits par votre médecin pour votre maladie.

Après la procédure, aurai-je encore besoin de mon oxygène d'appoint ?

Dans l'étude LIBERATE¹ - menée en vue de l'approbation de la valve endobronchique aux États-Unis — au bout de 12 mois, davantage de patients traités avec les valves endobronchiques utilisaient moins d'oxygène par rapport aux patients non traités (15,7 % contre 6,9 %, respectivement). Dans le même temps, un plus grand nombre de patients non traités ont signalé une utilisation accrue d'oxygène.

En quoi sont fabriquées les valves endobronchiques ?

Les valves sont fabriquées en **nitinol** (nickel-titane) et silicone. Les valves sont contre-indiquées chez les patients présentant des allergies connues au nitinol et au silicone.

Qui ne peut pas bénéficier du traitement par valves endobronchiques ?

Les patients qui :

- ne sont pas en mesure de subir une procédure bronchoscopique ;
- présentent une infection pulmonaire active ;
- ont une allergie au nitinol, au nickel, au titane ou au silicone ;
- n'ont pas arrêté de fumer ;
- présentent une poche d'air (bulle) dont la taille est supérieure à 1/3 de celle du poumon.

La valve endobronchique a peu de chance de fonctionner chez les patients qui :

- présentent dans leurs poumons des passages ou des canaux qui contournent les voies respiratoires normales (ventilation collatérale) ;
- souffrent de bronchite chronique ;
- présentent une FPI ou une scarification des poumons ;
- présentent des exacerbations actives non contrôlées.

Avant de subir un traitement par valves endobronchiques, les patients doivent informer leur médecin s'ils :

- ont subi une transplantation pulmonaire, une chirurgie de réduction du volume pulmonaire ou toute autre intervention importante au niveau des poumons ;
- sont atteints d'une maladie cardiaque ou ont eu une crise cardiaque récente.

Questions générales (suite) :

Y a-t-il une limite d'âge ?

La procédure s'adresse aux patients adultes (18 ans et plus). Un médecin spécialisé dans les valves déterminera si vous êtes éligible, mais il n'y a pas de limite d'âge supérieure stricte.

Quand en ressentirai-je les bénéfices ?

Si la majorité des patients ressentent les bienfaits de la procédure dès la pose des valves, un certain nombre d'entre eux semblent mettre plus de temps à en ressentir les effets. Chaque patient est différent. Cependant, votre médecin planifiera des visites de suivi 45 jours, six mois et un an après la procédure pour surveiller vos progrès après le traitement. S'il est déterminé, lors des évaluations de suivi, que vous n'avez pas ressenti de bénéfice, il se peut que l'on réalise des examens afin de vérifier que toutes les valves sont correctement placées. Le cas échéant, il est possible que vous deviez subir une autre intervention pour remplacer ou ajouter une ou plusieurs valves afin d'améliorer votre état.

Quels sont les taux de réussite ?

Les essais cliniques soigneusement menés sur la procédure d'implantation d'une valve endobronchique montrent que plus de 75 % des patients traités ont bénéficié d'un avantage significatif dans un ou plusieurs des domaines suivants : amélioration de la fonction pulmonaire, amélioration de la capacité à faire de l'exercice et amélioration de la qualité de vie.¹ Comme pour tout produit médical, les résultats de l'utilisation des valves en dehors de ces études cliniques peuvent varier d'un patient à l'autre.

Les valves peuvent-elles être retirées ?

Les valves endobronchiques sont conçues pour être permanentes, mais elles sont amovibles et peuvent être retirées ou remplacées le cas échéant.

Liste de contrôle patient

Informations générales :

Centre de traitement : _____

Numéro de téléphone : _____

Premier rendez-vous : _____

Tests nécessaires :

(Votre médecin déterminera les tests nécessaires, car tous ne sont pas obligatoires) :

- Tests de la fonction pulmonaire (TFP) _____
 - Spirométrie _____
 - Pléthysmographie corporelle _____
 - Capacité de diffusion pulmonaire du monoxyde de carbone (DCL0) _____
- Gazométrie du sang artériel (GSA) _____
- Test de marche de 6 minutes (TM6) _____
- TDM-HR _____
- Scintigraphie pulmonaire V/Q/Scintigraphie de perfusion (si votre médecin vous la recommande) _____
- Échographie cardiaque (échocardiographie) _____
- Vérification des vaccins (grippe et pneumocoque) _____
- Autre _____

Médecin : _____

Adresse (rue) : _____

Réadaptation pulmonaire :

Date de début : _____

Date de fin : _____

Informations sur la procédure

Date du traitement : _____

Rendez-vous de suivi :

- Planifier un rendez-vous _____



Glossaire des termes

Test de marche de 6 minutes (TM6) — Test permettant de mesurer votre capacité à tolérer une activité physique. Pendant ce test, vous marchez aussi loin que possible pendant six minutes à un rythme normal.

Alvéoles — De minuscules sacs d'air dans vos poumons qui fournissent de l'oxygène à votre circulation sanguine et éliminent le dioxyde de carbone. Chez les personnes atteintes d'emphysème, les alvéoles sont endommagées.

Gazométrie du sang artériel (GSA) — Mesure la quantité d'oxygène et de dioxyde de carbone dans votre sang.

Cathéter à ballonnet — Dispositif utilisé dans une procédure pour détecter une éventuelle ventilation collatérale. Un petit ballon attaché à un cathéter est inséré par un bronchoscope dans vos poumons pour fermer temporairement une voie aérienne dans une partie du poumon et regarder si de l'air pénètre dans le lobe bloqué par une ventilation collatérale.

Pléthysmographie corporelle — Test permettant de mesurer la quantité d'air que vos poumons peuvent contenir après une inspiration profonde (appelée capacité pulmonaire totale ou CPT) et la quantité d'air restant dans vos poumons après avoir expiré autant que possible (appelée volume résiduel ou VR). Également appelée « body box ».

Bronchoscope — Tube flexible muni d'une caméra (appelé bronchoscope) qui est inséré dans vos poumons par le nez ou la bouche.

Bronchite chronique — Forme de BPCO dans laquelle vos poumons produisent beaucoup de mucus, ce qui provoque une toux de longue durée. Les valves endobronchiques ne peuvent pas être utilisées pour traiter la bronchite chronique.

Ventilation collatérale — Lorsque l'air passe entre les lobes de vos poumons, comme s'il passait par une fenêtre ouverte entre les lobes. Vous pouvez être VC+, ce qui signifie que l'air circule entre les lobes, ou VC-, ce qui signifie qu'il ne circule pas. Les personnes qui sont VC+ ne sont pas éligibles pour recevoir un traitement par valves endobronchiques. Le jour de votre procédure, votre médecin peut effectuer un test pour déterminer si vous êtes CV+ ou CV-.

BPCO — Maladie pulmonaire inflammatoire chronique qui entraîne une obstruction du débit d'air des poumons. Les symptômes comprennent des difficultés respiratoires, une toux, la production de mucus (expectorations) et une respiration sifflante. L'emphysème est une forme de BPCO.

Capacité de diffusion pulmonaire du monoxyde de carbone (DLCO) — Mesure de la capacité de vos poumons à échanger de l'oxygène avec votre sang à partir de l'air que vous respirez dans vos poumons.

Échographie cardiaque (échocardiographie) — Test qui utilise des ondes sonores pour créer des images de votre cœur. Il permettra à votre médecin de savoir si l'état de votre cœur est suffisamment stable pour subir une procédure bronchoscopique.

Emphysème — Affection pulmonaire qui entraîne un essoufflement. Chez les personnes atteintes d'emphysème, les sacs d'air des poumons (alvéoles) sont endommagés. Au fil du temps, les parois internes des sacs aériens s'affaiblissent et se rompent, créant des espaces d'air plus grands au lieu de nombreux espaces plus petits.

Traitement par valves endobronchiques — Il s'agit d'une procédure mini-invasive qui ne nécessite aucune incision. Un médecin utilise un bronchoscope pour positionner un cathéter long et flexible dans vos poumons et placer de petites valves dans vos voies respiratoires. Une fois les valves placées, l'air emprisonné dans vos poumons peut s'échapper.

Glossaire des termes (suite)

Les valves empêchent également l'air frais de pénétrer dans la partie du poumon qui a été traitée. Cela provoque l'affaissement du lobe traité et crée de la place pour que les parties plus saines de vos poumons se développent et absorbent plus d'air.

Scissures — Limites qui séparent les lobes de vos poumons les uns des autres.

Emphysème homogène et hétérogène — Ces termes sont utilisés pour décrire le niveau d'atteinte de vos poumons. L'emphysème hétérogène fait référence à des dommages plus importants dans certaines zones du poumon par rapport à d'autres. L'emphysème homogène fait référence à des dommages répartis uniformément dans vos poumons.

TDM-HR ou tomodynamométrie — Procédure radiologique spéciale qui combine de nombreuses images radiologiques à l'aide d'un ordinateur pour générer des vues à travers vos poumons qui permettent à votre médecin d'évaluer l'état de vos poumons.

Hyperinflation — L'air est emprisonné dans les poumons et ceux-ci se gonflent excessivement, exerçant une pression sur les parties saines des poumons et sur le diaphragme, ce qui provoque un essoufflement.

Lobes — Vos poumons sont divisés en cinq lobes distincts, trois dans le poumon droit et deux dans le poumon gauche.

Procédure mini-invasive — Toute procédure qui ne nécessite pas ou peu d'incisions. Le traitement par valve endobronchique est réalisé sans aucune incision, les valves étant placées dans vos poumons à l'aide d'un bronchoscope, qui est inséré par le nez ou la bouche.

Nitinol — Le nitinol est un alliage métallique composé de nickel et de titane.

Pneumothorax — Déchirure du poumon qui entraîne une fuite d'air des poumons vers le thorax. Ce problème est généralement traité en plaçant un petit tube dans votre poitrine pour évacuer l'air de la déchirure. Il faut parfois quelques heures à quelques jours pour que la fuite d'air s'arrête, après quoi le tube peut être retiré et vous pouvez rentrer chez vous. Dans ce cas, votre médecin peut vous demander de rester à l'hôpital pendant une semaine ou plus pour que les tissus guérissent.

Tests de la fonction pulmonaire (TFP) — Tests respiratoires pour mesurer la façon dont l'air entre et sort de vos poumons et la façon dont l'oxygène pénètre dans votre système sanguin.

Réadaptation pulmonaire — Programme d'éducation et d'exercices visant à mieux connaître vos poumons et votre maladie, et exercices pour améliorer votre respiration. Faire travailler vos poumons et vos muscles vous aide à être plus actif/-ve. Il est possible que vous fassiez de la réadaptation pulmonaire avant la procédure pour que vos poumons soient aussi sains que possible. Elle est également recommandée après la procédure pour reconditionner vos poumons et améliorer votre respiration générale.

Spirométrie — Test courant pour mesurer la quantité d'air que vous pouvez inspirer dans vos poumons et la quantité d'air que vous pouvez expulser rapidement de vos poumons.

Scintigraphie pulmonaire V/Q/Scintigraphie de ventilation-perfusion — Ce test mesure la répartition de l'air et du flux sanguin dans toutes les zones du poumon et aide votre médecin à déterminer les lobes qui fonctionnent bien et ceux qui fonctionnent mal.

Centres de traitement en Belgique

AZ DELTA Roeselare

Dr. Kris Carron

Deltalaan 1, Brugsesteenweg 90
Roeselare, 8800

UZ Gent

Dr. Thomas Malfait, Dr. Kris Carron

C. Heymanslaan 10
Gent, 9000

Hôpital Erasme

Prof. Dimitri Leduc, Dr. Oliver Taton

Route de Lennik 808
Bruxelles, 1070

UZ Leuven

Prof. W. Janssens, Prof. C. Dooms, Prof. S. Everaerts

Herestraat 49
Leuven, 3000

Grand Hôpital de Charleroi

Dr. Antoine Fremault, Dr. Emilie Bernard

Rue du Campus des Viviers, 1
Gilly, 6060

Centre Hospitalier Universitaire de Namur Service de Pneumologie Site Godinne

Prof. Eric Marchand, Dr. Jean-Paul D'Odemont

Dr. Lionel Pirard, Dr. Michel Dumonceaux, Prof. Sebahat Ocak

Dr. Francois Carlier

Avenue G. Thérasse, 1
Yvoir, 5530

Centre Hospitalier Universitaire de Liège Sart-Tilman

Prof. Bernard Duysinx, Dr. Vincent Heinen

Avenue de l'Hôpital 1
Liège, 4000

UZA Antwerpen

Dr. Reinier Wener

Drie Eikenstraat 655
Edegem, 2650

1. Criner, GJ, Sue, R, Wright, S, Dransfield, M, Rivas-Perez, H, Wiese, T & Morrissey, B. A multicenter randomized controlled trial of Zephyr® endobronchial valve treatment in heterogeneous emphysema (LIBERATE). Am J Respir Crit Care Med, 2018; 198(9)