



Le coronarien bronchopathe

Jésus Gonzalez-Bermejo

Service de médecine de réadaptation respiratoire

Département R3S

Site Pitié Salpêtrière-APHP

CHU Sorbonne Université, Paris, France



Le coronarien BPCO

Le BPCO coronarien



Jésus Gonzalez-Bermejo
Service de médecine de réadaptation respiratoire
Département R3S
Site Pitié Salpêtrière-APHP
CHU Sorbonne Université, Paris, France

conflits d'intérêts

- Liens d'intérêt :

Aucune activité rémunérée à titre personnel depuis 2022 (président SPLF)

Une aide à la recherche de BREAS de 400 000 euros pour l'essai R2M depuis 2019

- Liens d'intérêt en relation avec la présentation :

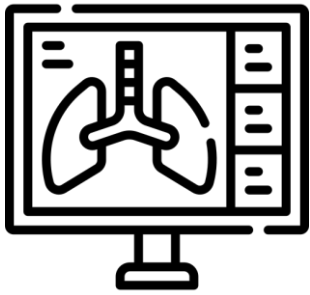
Aucun

Introduction. Cardiologues et pneumologues...on y échappera pas

- Prévalence élevée de la BPCO chez les patients coronariens.
- Impact mutuel des deux pathologies sur la mortalité et la morbidité.
- Actions multidisciplinaires... dans les 2 sens
 - Le cardiologue qui reçoit inévitablement des BPCO
 - Le pneumologue qui reçoit inévitablement des patients coronariens

- Prévalence élevée de la BPCO chez les patients coronariens.
- Impact mutuel des deux pathologies sur la mortalité et la morbidité.
- Actions multidisciplinaires... dans les 2 sens
 - Le cardiologue qui reçoit inévitablement des BPCO
 - Le pneumologue qui reçoit inévitablement des patients coronariens

Epidemiologie. La BPCO et les maladies CV sont associées++

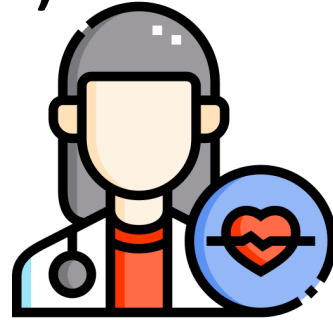


Dépistage des cancers du poumon : l'Institut national du cancer annonce le projet lauréat du programme pilote

À l'issue de l'appel à candidatures lancé en juillet 2024, l'Institut national du cancer annonce la mise en place du programme pilote de dépistage [...]



= Tout tabagique (>20PA)



JAMA Health Forum. 2025;

Comorbidities^a

COPD/chronic bronchitis/emphysema	10 406 (32.7)
Diabetes	7828 (24.6)
Heart disease or myocardial infarction ^b	5057 (15.9)

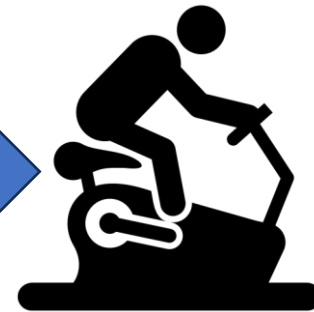
BPCO qui a fait une exacerbation grave. Données CNAM à venir

Pathologie coronaire



Sur 5 BPCO, 1 coronarien

Réhabilitation PREPAR



Raison 1 : facteurs de risques communs présents

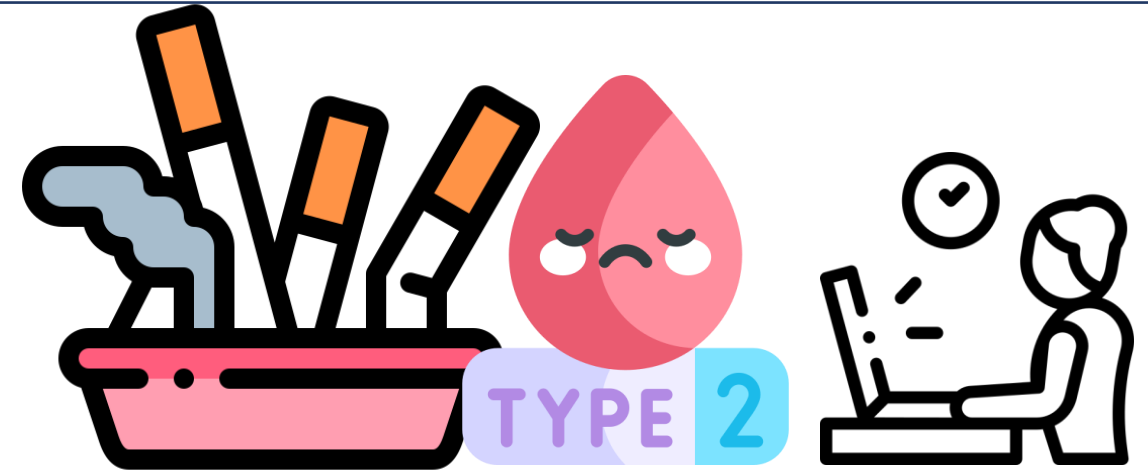
Raison 2 : exacerbations aiguës aggravant l'autre

Exemple : Hypoxémie et hypercapnie : effets sur le myocarde et l'hémodynamique.

Raison 3 : Effets secondaires des médicaments

B- effets sur les bronches, B+ tachycardisants

Raison 4 : on travaille cardiologues/pneumologues en silo (jusqu'à ce jour...)



Epidemiologie. Pas de prise en charge interdisciplinaire!

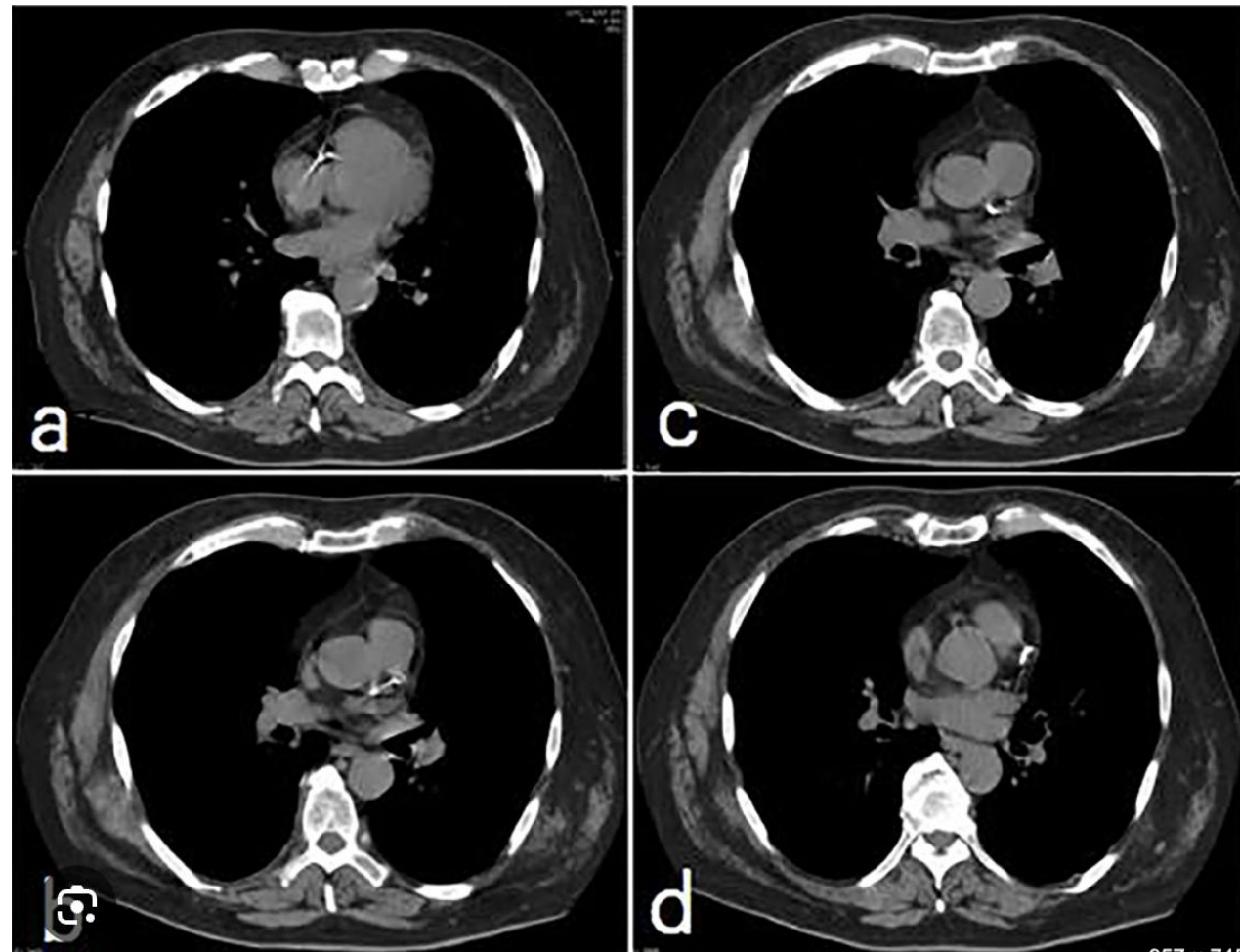


Dépistage des cancers du poumon : l'Institut national du cancer annonce le projet lauréat du programme pilote

À l'issue de l'appel à candidatures lancé en juillet 2024, l'Institut national du cancer annonce la mise en place du programme pilote de dépistage [...]

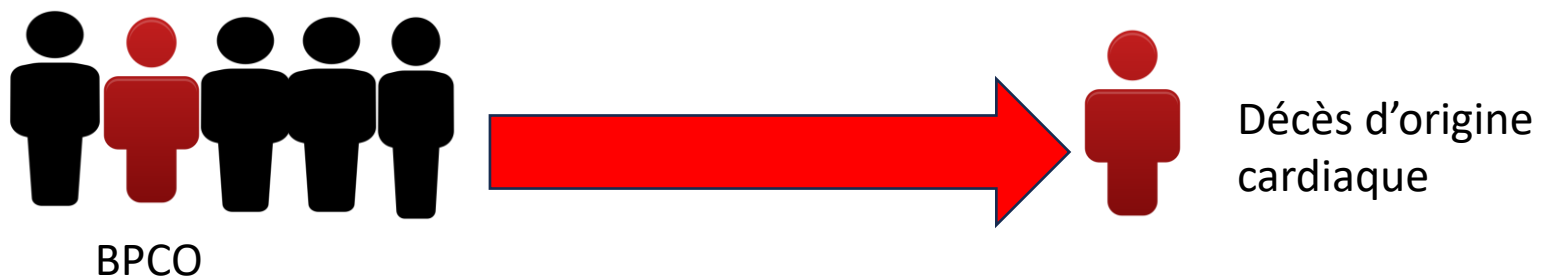
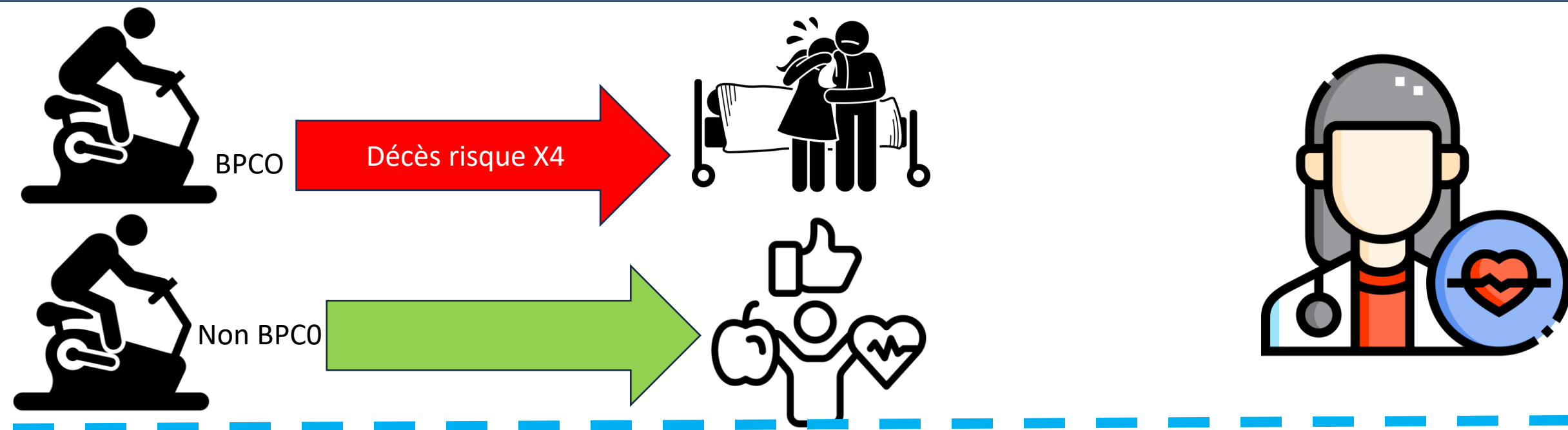


- 55% des malades ont des calcifications coronaires sans histoire CV
- 23% modérées à sévère
- Seulement 10% ont été pris en charge
- 47% avaient des statines



- Prévalence élevée de la BPCO chez les patients coronariens.
- Impact mutuel des deux pathologies sur la mortalité et la morbidité.
- Actions multidisciplinaires... dans les 2 sens
 - Le cardiologue qui reçoit inévitablement des BPCO
 - Le pneumologue qui reçoit inévitablement des patients coronariens

Impacts BPCO-Coronarien. Majeur et on le sous estime..



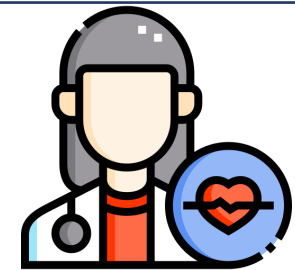
- Prévalence élevée de la BPCO chez les patients coronariens.
- Impact mutuel des deux pathologies sur la mortalité et la morbidité.
- Actions multidisciplinaires... dans les 2 sens
 - Le cardiologue qui reçoit inévitablement des BPCO
 - Le pneumologue qui reçoit inévitablement des patients coronariens



- Dyspnée : difficile de différencier l'origine cardiaque et respiratoire.
- Insuffisance cardiaque à fraction d'éjection préservée et BPCO : pièges diagnostiques
- Insuffisance cardiaque droite uniquement due à une exacerbation de BPCO
- Symptômes atypiques de l'angor chez les BPCO sévères car multiples causes de douleurs thoraciques

(tous les matins dans mon service)





Calculateur de risque de survenue de BPCO

FEV ₁ /FVC <0.75	≥30 pack-years	BMI ≤25 kg·m ⁻²	Chronic bronchitis (yes)	Probability (%)	
				Probability of incident CAL (%)	Probability maintaining normal lung function (%)
+	+	+	+	85%	15%
+	+	+	-	76%	24%
+	+	-	+	71%	29%
+	-	+	+	63%	37%
+	+	-	-	56%	44%
+	-	+	-	48%	52%
+	-	-	+	42%	58%
+	-	-	-	28%	72%
-	+	+	+	27%	73%
-	+	+	-	17%	83%
-	+	-	+	14%	86%
-	-	+	+	10%	90%
-	+	-	-	8%	92%
-	-	+	-	6%	94%
-	-	-	+	4%	96%
-	-	-	-	2%	98%

Validation externe : COPDgene

Divo et al, Eur Resp J 2023



Scores de risque de décès si exacerbation
Score PEARL?

P : previous admission

E : eMRC (Dyspnea)

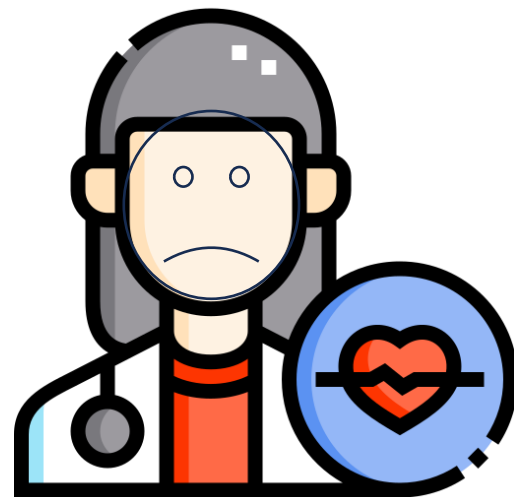
A : Age

R : Right heart failure

L : Left heart failure

Respir Res 2024 Nov 14;25(1):410.

Et après?



Breaking news ...sujet d'actualité!

13 cardiologues 12 pneumologues + autres participants

European Journal of
Preventive Cardiology



Issues More Content ▾ Submit ▾ Purchase Alerts About ▾

European Journal of Preve ▾



AI Discovery Assistant

NEW: We have upgraded our email alerts. You can sign up using the 'Email alerts' panel available on most pages, or in your Oxford Academic personal account, where you can also manage any existing alerts.

Article Contents

Abstract

Lay Summary

Comments (0)

JOURNAL ARTICLE ACCEPTED MANUSCRIPT

Identification and management of cardiopulmonary risk in patients with COPD: a multidisciplinary consensus and modified Delphi study

Chris P Gale , John R Hurst, Nathaniel M Hawkins, Jean Bourbeau, MeiLan K Han, Carolyn S P Lam, Darcy D Marciniuk, David Price, Daiana Stolz, Ty Gluckman ... [Show more](#)

European Journal of Preventive Cardiology, zwaf119,

<https://doi.org/10.1093/eurjpc/zwaf119>

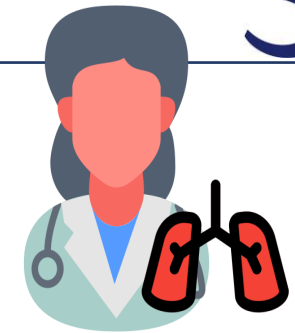
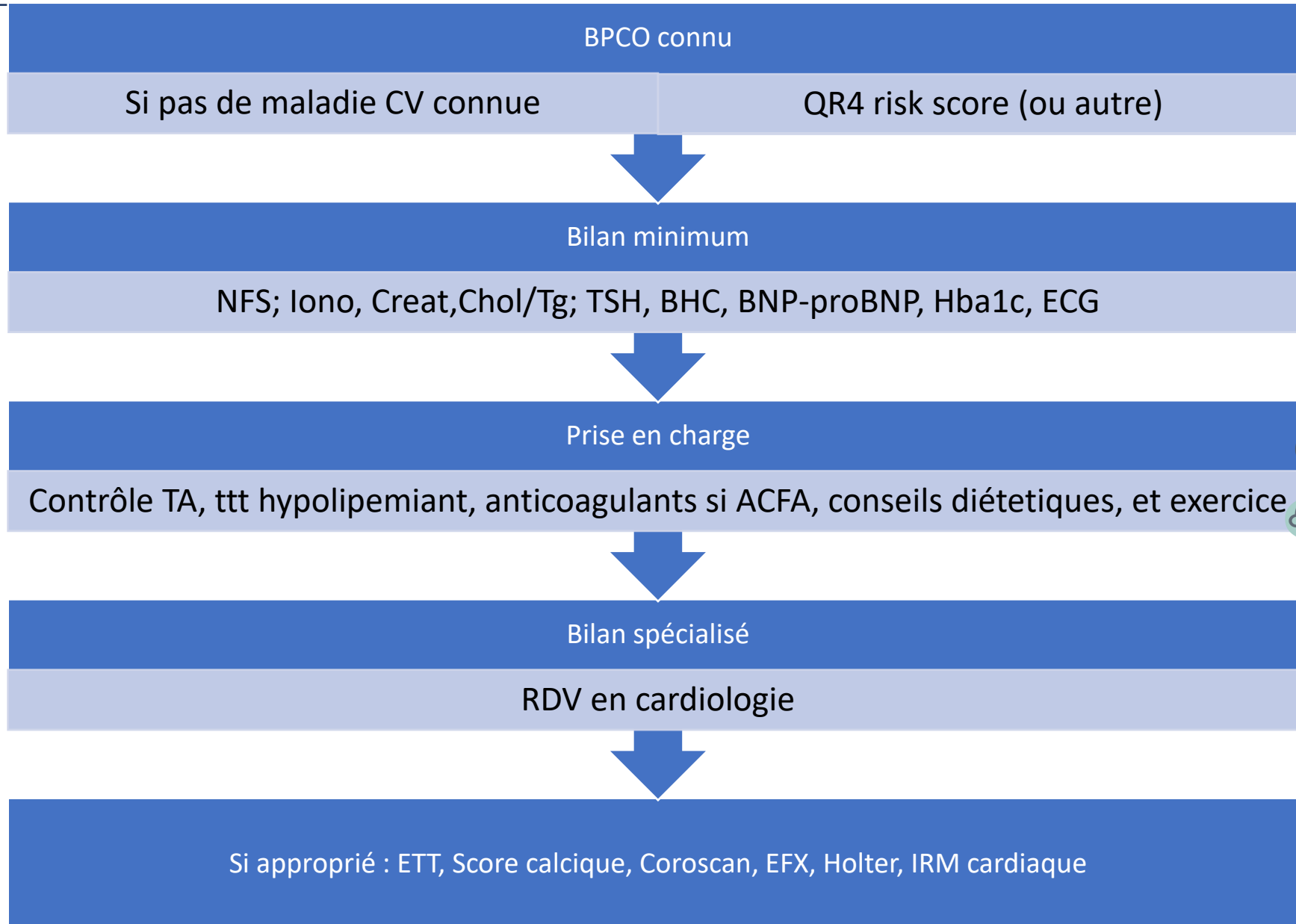
Published: 03 March 2025 [Article history ▾](#)

 PDF  Split View  Cite  Permissions  Share ▾



PDF

Help



LIPIDES			
Cholestérol Total	g/L	2.38	2.53
	mmol/L	6.09	6.48
Triglycérides	g/L	1.12	0.90
	mmol/L	1.23	0.99
Cholestérol-HDL	g/L	0.43	0.43
	mmol/L	1.10	1.10
Cholestérol-LDL	g/L	1.73	1.92
calculé (NB)	mmol/L	4.42	4.92
Rapport CT/C-HDL		5.53	5.88

Recommandations ESC 2019 : Dyslipidémies



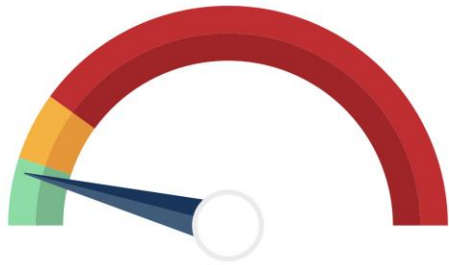
Très haut risque CV	Prévention secondaire Diabète avec atteinte d'organe ou >3 FDRCV ou diabète de type 1 (DT1) >20 ans Insuffisance rénale sévère DFG<30mL/min SCORE > 10% Hypercholestérolémie familiale avec maladie cardiovasculaire ou un autre FDRCV
Haut risque CV	Un FDRCV majeur : PA>180/110 ; TG>3.1g/L ou LDLc >1.9g/l Hypercholestérolémie familiale sans autre FDRCV Diabète sans atteinte d'organe, avec durée >10 ans ou avec autres FDRCV Insuffisance rénale modérée avec 30<DFG<59mL/min 5%<SCORE<10%
Risque CV modéré	Patients jeunes (DT1<35 ans ; DT2<50 ans avec durée du diabète<10 ans sans autre FDRCV 1%<SCORE<5%
Bas risque CV	SCORE<1%



Personal risk profile



Result



4 %

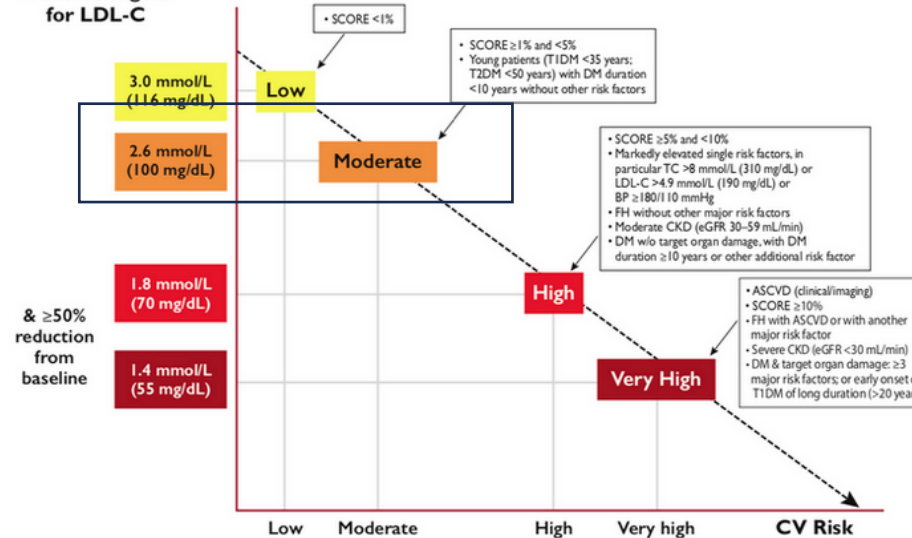
10-year risk of CV event

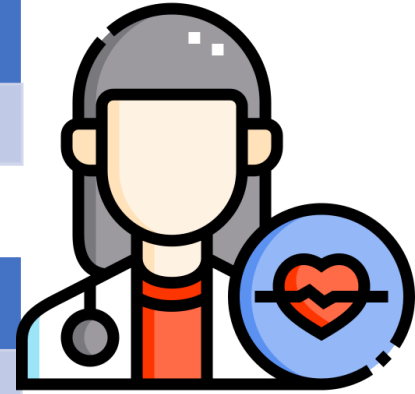
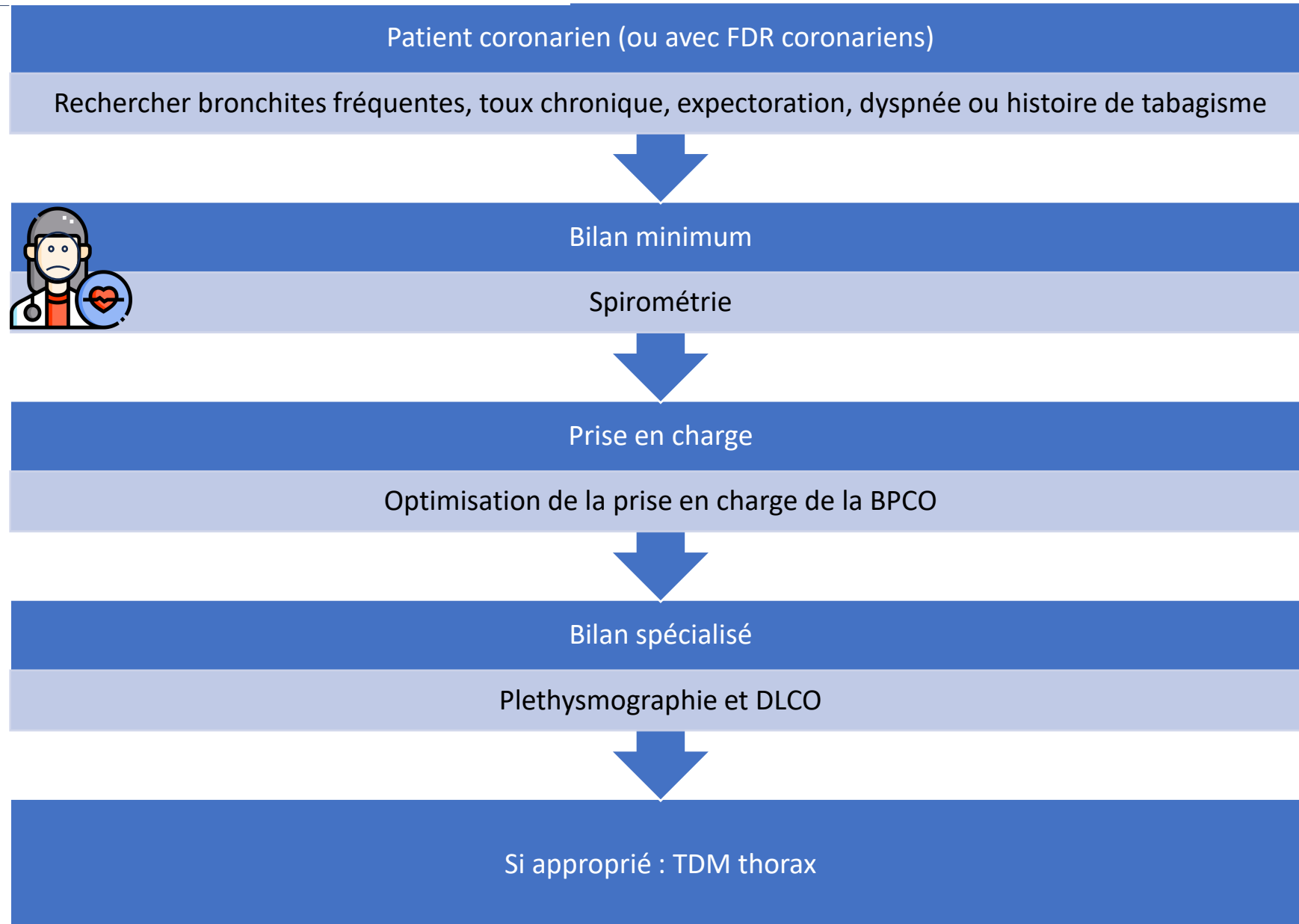
App ESC CVD risk

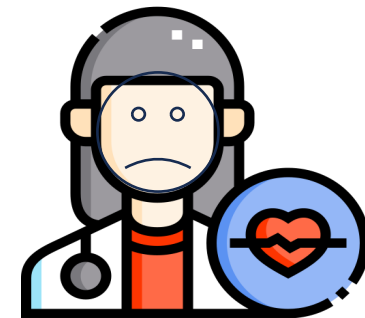
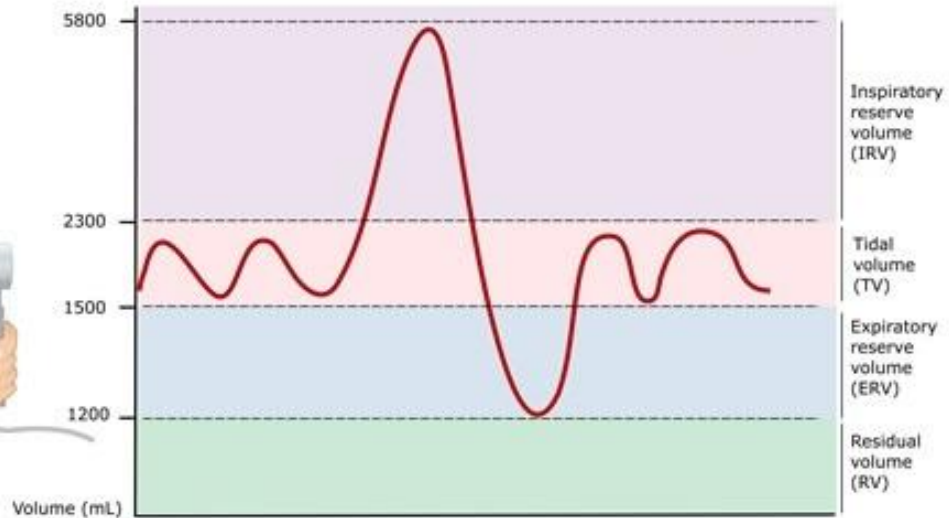
>> statine...?

Laquelle?

Treatment goal for LDL-C







Diagnostic
spirométrique

Evaluation du TVO

Evaluation des symptômes et
du risque d'exacerbations

VEMS/CVF
Post-BD < 0,7

Stade	VEMS (% valeur prédite)
GOLD 1	≥ 80
GOLD 2	50 - 79
GOLD 3	30 - 49
GOLD 4	< 30

Exacerbations

≥ 2/an ou
≥ 1/an avec
hospitalisation

0 ou 1/an sans
hospitalisation

E	
A	B

mMRC 0-1 mMRC ≥ 2
CAT < 10 CAT ≥ 10

Symptômes

conclusion

- 1) La relation BPCO/coronarien est majeure et entraîne un surrisque de décès important. Cela mériterait d'être publié avec des données françaises (à venir rapport de la CNAM du SNDS)
- 2) Des scores incluant la BPCO et les FDR cardiovasculaires devraient être créés

European Journal of
Preventive Cardiology



+

- 3) Des bilans sont recommandés à l'autre spécialité, facile, mais que faire après en autonomie?