

L'exposition à la fumée du bois chez la femme en milieu rural: Risque double de carcinome bronchogénique et de BPCO

H. Jamal, W. Jalloul, K. Chaanoun, H. Harraz, Z. Laklaai, H. Benjelloun, N. Zaghiba

Service des maladies respiratoires - CHU Ibn Rochd - Casablanca

Introduction

- L'exposition à la fumée du bois est fréquente dans notre contexte, reconnue par l'OMS comme facteur de risque du carcinome bronchogénique et de la BPCO.
- Objectif :** Évaluer le profil des patientes exposées à la fumée du bois, porteuses de BPCO et de carcinome bronchogénique.

Méthodes

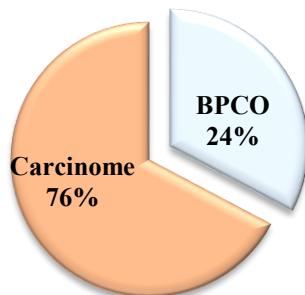
- Étude rétrospective portant sur 82 patientes vivant en milieu rural, toutes exposées à la fumée du bois.
- 20 patientes ont été admises pour une exacerbation de BPCO et 62 patientes pour un carcinome bronchique primitif.
- Entre 2020 et 2025 au service des maladies respiratoires du CHU Ibn-Rochd de Casablanca.

Résultats

Données épidémiologiques :

- La moyenne d'âge : 66 ans (41-86 ans).

- Toutes les femmes : D'origine rurale



+
Exposées
à la fumée du bois.

- La cuisson au feu du bois : 100 % cas.

- Durée moyenne d'exposition : 35 ans.

- Exposition quotidienne et régulière.

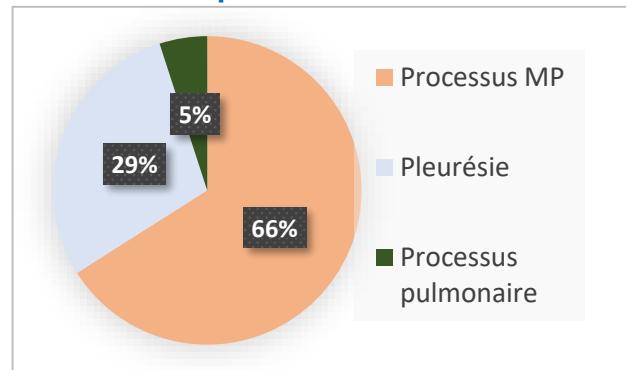
- Délai moyen entre l'exposition et l'apparition des symptômes : 11 ans.

Symptômes :

Hémoptysie	32%
Douleur thoracique	57%
Syndrome bronchique	63%
Dyspnée d'effort	82%

L'examen clinique :

La TDM thoracique :



La preuve histologique de carcinome bronchogénique :

- Biopsies bronchiques : Dans 74% des cas.

- PBTP : Dans 19 % des cas.

- PBP : Dans 7% des cas.

- Adénocarcinome : Type histologique le plus fréquent : Dans 75 % des cas.

Prise en charge :

- Traitement palliatif : 57% des cas.

- Association radio-chimiothérapie : 31% des cas.

- Thérapie ciblée : 8% des cas.

- Décès : 4% des cas.

Conclusion

Nous insistons à travers cette étude sur la relation de cause à effet entre l'exposition à la fumée du bois et la survenue de la BPCO et du carcinome bronchogénique chez les personnes exposées et notamment les femmes vivant en milieu rural.

Mutation du gène EGFR et réarrangement ALK dans les adénocarcinomes pulmonaires : Intérêt de la thérapie moléculaire ciblée dans le contrôle de la progression cancéreuse

H. Jamal, W. Jalloul, K. Chaanoun, H. Harraz, Z. Laklaai, H. Benjelloun, N. Zaghra

Service des maladies respiratoires - CHU Ibn Rochd - Casablanca

Introduction

- Le cancer du poumon :** 1ère cause de cancer et de mortalité par cancer chez l'homme dans le monde.
- L'avènement des ITK :** Amélioration de la survie, les mutations EGFR et les réarrangements ALK retrouvés chez 10,5 % des CBNPC non épidermoïdes constituent deux cibles majeures des thérapies ciblées.
- But :** Fréquence des mutations EGFR et ALK et leur impact sur le contrôle de la progression tumorale, justifiant leur utilisation en 1ère si présentes.

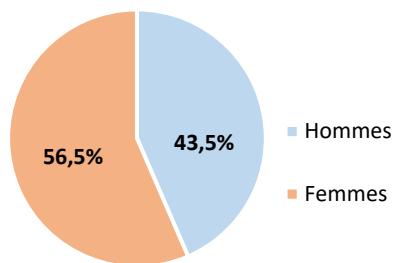
Méthodes

- Une cohorte de 28 patients atteints de CBNPC présentant une mutation EGFR ou un réarrangement ALK a été analysée au CHU Ibn Rochd de Casablanca, entre 2023 et 2025.
- 26 patients portaient une mutation EGFR et ont reçu un anti-EGFR et 2 patients présentaient un réarrangement ALK et ont été traités par un anti-ALK.
- L'efficacité a été évaluée en termes de réponse tumorale et de survie sans progression (PFS).

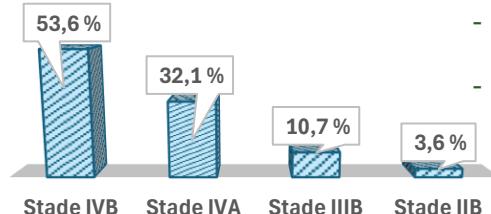
Résultats

- Données épidémiologiques des patients :**
- Série :** 318 cas d'adénocarcinome pulmonaire ont été diagnostiqués et ont bénéficié de la recherche de mutation EGFR.
- 7,3 % de ces patients étaient **porteurs d'une mutation de l'EGFR.**
- 92,7 % de ces patients étaient **indemnes.**

- Parmi les tumeurs mutées :



- Moyenne d'âge :** 59 ans (37 - 88 ans).
- 100 % des cas diagnostiqués avec mutation EGFR ou un réarrangement ALK étaient classés selon la TNM en stades souvent avancés :**



- Prise en charge :**
 - 32,1 % des cas traités par un anti-EGFR en 2ème ligne après :**
 - Chirurgie : 11,1% des cas.
 - Chimiothérapie : 77,8 % des cas.
 - Radio-chimiothérapie concomitante : 11,1% des cas.
 - 100 % des cas avec mutation détectée :**
 - Amélioration du contrôle tumoral + Taux de réponse objective majoritaire et allongement marqué de la survie sans progression :** 75% des cas.
 - Particulièrement chez les patients traités par Osimertinib après recherche de mutations de résistance aux traitements par anti-EGFR :** 17,8 % des cas.
 - Chez les 2 patients ALK+, le traitement ciblé a permis un contrôle efficace de la maladie :** 1 cas de rémission complète sous Lorlatinib.
 - Perdu de vue :** 7,1 % des cas.
 - Décès :** 14,3% des cas.

Conclusion

Cette cohorte illustre l'impact majeur des thérapies ciblées dans la prise en charge du CBNPC porteur de mutations, les ITK ciblant EGFR ou ALK démontrent une efficacité notable, cohérente avec les résultats des grands essais cliniques. La question des résistances demeure centrale, en particulier pour EGFR (mutation T790M) et ALK (mutations secondaires), nécessitant une adaptation des stratégies thérapeutiques pour optimiser les résultats.

PID inclassable : Entité distincte à progression hétérogène, difficultés diagnostiques et apport de l'approche multidisciplinaire.

H. Jamal, W. Jalloul, K. Chaanoun, H. Harraz, Z. Laklaai, H. Benjelloun, N. Zaghra

Service des maladies respiratoires - CHU Ibn Rochd - Casablanca

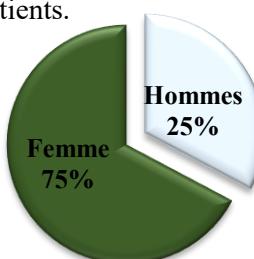
Introduction

- Les pneumopathies interstitielles diffuses (PID) forment un groupe hétérogène de maladies du parenchyme pulmonaire. Malgré les progrès en imagerie, histopathologie et biomarqueurs, environ 10 % des cas demeurent inclassables en raison de données cliniques, radiologiques ou histologiques discordantes ou incomplètes. Caractérisée par une difficulté diagnostique majeure, imposant une évaluation multidisciplinaire.
- Objectif :** Evaluer la variabilité de la progression, les difficultés diagnostiques et l'impact de l'approche multidisciplinaire dans l'orientation thérapeutique de ces PID inclassables.

Méthodes

- Etude observationnelle rétrospective portant sur quatre cas suivis au service des maladies respiratoires du CHU Ibn Rochd sur une période de 18 mois, entre janvier 2024 et juin 2025.
- Les données recueillies :** La clinique, le bilan immunologique, les résultats du scanner thoracique, la fonction respiratoire et l'évolution sous traitement.
- Chaque cas a bénéficié d'une discussion multidisciplinaire incluant pneumologues, radiologues, anatomo-pathologistes et internistes.

Résultats

- Données épidémiologiques des patients :**
- Nombre de cas suivis pour PID durant cette période :** 156 patients.
- Nombre de patients répondant aux critères prédefinis pour la PIDi :** 4 patients.
- Sexe :**


Sexe	Pourcentage
Femmes	75%
Hommes	25%
- Moyenne d'âge :** 63 ans (59-68 ans).
- Aucun diagnostic définitif de PID spécifique n'a pu être retenu malgré une exploration complète.**
- 75% de ces patients présentaient des tableaux cliniques et radiologiques différents :**
 - Profil restrictif modéré avec verre dépoli diffus à un schéma fibrosant prédominant basal.
- 25% des cas restants présentaient une forme plus aggressive avec déclin fonctionnel rapide du VEMS et DLCO avec évolution fibrosante progressive.**

• Les scanners thoraciques :

Discordance entre :

- **Les anomalies radiologiques** (Verre dépoli, réticulations, bronchectasies de traction).
- **Les classifications habituelles** (PIC, PINS, PHS), rendant difficile un classement standardisé.

• L'approche multidisciplinaire :

- Meilleure stratification de la sévérité.
- Identification des candidats à un Antifibrosant.
- Adaptation de la surveillance.

• La progression :

Baisse annuelle absolue de plus de 5 % de la CVF avec ou sans signes d'aggravation radiologique :

- **50% des cas :** Progression significative en 1 an.
- **50% des cas :** Evolution lente et stable.
- Traitement :**
 - **50 % des cas :** Traitement antifibrosant.
 - **25% des cas :** Surveillance radio-clinique.
 - **25 % des cas :** Traitement par corticothérapie selon la décision de la réunion.

Conclusion

Les PID inclassables sont caractérisées par une grande hétérogénéité clinique et évolutive et par des difficultés diagnostiques majeures. Il est important de différencier les formes stables qui ne relèvent pas d'un traitement spécifique, des formes progressives. Notre série souligne l'approche multidisciplinaire indispensable pour affiner le diagnostic et identifier les formes à risque de progression afin d'améliorer la gestion de ces patients et d'assurer une standardisation du raisonnement clinique, notamment dans les formes fibrosantes progressives candidates aux antifibrosants.

Pneumopathies d'hypersensibilité : Identification de l'agent causal et démarche diagnostique

H. Jamal, W. Jalloul, K. Chaanoun, H. Harraz, Z. Laklaai, H. Benjelloun, N. Zaghra
 Service des maladies respiratoires - CHU Ibn Rochd - Casablanca

Introduction

- Les pneumopathies d'hypersensibilité (PHS) sont des pathologies pulmonaires dont le mécanisme immunoallergique est complexe. Elles sont liées à l'inhalation répétée de substances antigéniques variés. Les agents étiologiques sont nombreux : actinomycètes, champignons, protéines aviaires... -
- L'identification de ces agents reste donc un élément central pour le diagnostic et la PEC thérapeutique.

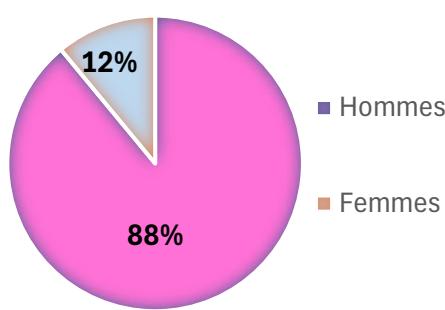
Méthodes

- Etude rétrospective descriptive.
- Menée au service des maladies respiratoires du **CHU ibn Rochd** de Casablanca, incluant 26 patients (23 femmes, 3 hommes) suivis pour PHS.
- **Les données collectées :** Les circonstances d'exposition, l'agent causal identifié, la présentation clinique et radiologique ainsi que le traitement instauré.

Résultats

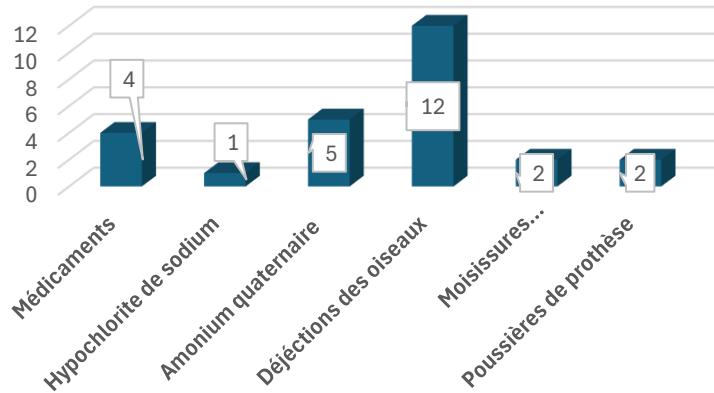
• Données épidémiologiques des patients :

- La moyenne d'âge : 47 ans.
- Sexe : Prédominance féminine.



- Le diagnostic des PHS reposait sur un faisceau d'arguments cliniques, radiologiques et biologiques.
- La preuve de l'exposition antigénique à travers l'identification de l'agent étiologique dans l'environnement du patient et la détection d'anticorps spécifiques a permis également de renforcer le diagnostic retenu.
- L'identification de l'agent causal a été possible chez l'ensemble de ces patients.

• Expositions retrouvées étaient :



• Tableau clinique :

Dyspnée : 100% des cas.

• Imagerie thoracique :

PHS fibrosante : dans 34.6 % des cas.

• Traitement :

- Corticothérapie seule dans 57,7% des cas.
- Corticothérapie associée au MMF dans 7,7% des cas.
- Antifibrosant (Nintédanib) dans 34,6% des cas.
- Eviction de l'agent causal à chez tous les patients.

Conclusion

Cette série illustre la diversité des agents responsables de la PHS et l'importance d'un interrogatoire environnemental approfondi, cette démarche diagnostique rigoureuse demeure essentielle et permet un diagnostic plus rapide et une prise en charge adaptée de la PHS. L'évitement demeure la pierre angulaire du traitement et conditionne l'évolution clinique.

Observance du traitement inhalé chez les patients atteints de BPCO

H. Jamal, W. Jalloul, K. Chaanoun, H. Harraz, Z. Laklaai, H. Benjelloun, N. Zaghiba

Service des maladies respiratoires - CHU Ibn Rochd - Casablanca

Introduction

- Chez les patients porteurs de BPCO, les travaux ont dévoilé le niveau d'observance thérapeutique insuffisant, d'où l'amélioration continue des formes galéniques et des dispositifs inhalateurs.
- But :** Evaluer l'observance thérapeutique du traitement inhalé chez les patients porteurs de BPCO et l'impact sur les différents paramètres cliniques et fonctionnels respiratoires des patients.

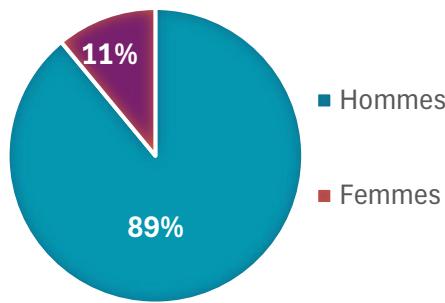
Méthodes

- Etude rétrospective sur 111 patients ayant déjà été hospitalisés au service des maladies respiratoire pour exacerbation de BPCO de tout grade.
- Période :** Allant de janvier 2024 à Décembre 2025.
- Evaluation du respect de prises, l'adhérence au traitement, la technique d'inhalation, la sévérité de la dyspnée selon l'échelle mMRC et la fréquence d'exacerbation par an.**

Résultats

Données épidémiologiques des patients :

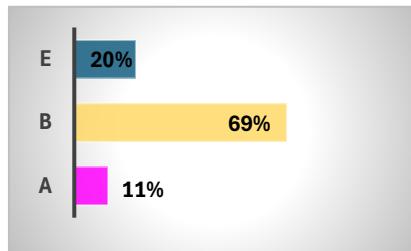
- La moyenne d'âge :** 65 ans avec des extrêmes (45-86 ans).
- Sexe :** Prédominance masculine.



Les comorbidités les plus fréquentes :

- HTA :** Chez 29,8 % des cas.
- Insuffisance coronaire :** Chez 10,6 % des cas.
- Dénutrition :** Chez 32% des cas.

Patients étaient classés selon GOLD :



Tous ces patients au cours de leur hospitalisation ont bénéficiés d'une bonne éducation thérapeutique :

Utilisation des dispositifs médicaux + Technique d'inhalation + Doses journalières.

La proportion de patients ayant une dyspnée sévère (stade 3 mMRC ou plus) est augmenté de façon significative :

Chez les patients non observants au traitement inhalé et représentait 61 % des cas chez les patients suivis.

Le nombre moyen d'exacerbation/an était plus élevé chez les patients non observants au traitement comparativement aux patients observants :

34% vs 7% des cas.

Les autres causes d'exacerbation d'origine infectieuse, cardiaque ou sur terrain emboligène n'ont pas été incluses dans ce travail.

Le nombre moyen d'exacerbations sévères de BPCO a baissé chez les patients observants.

Conclusion

Notre étude a mis en évidence une dégradation clinique et fonctionnelle respiratoire, et un risque d'exacerbation fréquente et sévère de BPCO corrélé la mauvaise observance thérapeutique. Etant un problème évitable, il faut évaluer ses déterminants et commencer une action ciblée.