

## CQSR 2023 - QUESTIONS DES PARTICIPANTS EN LIGNE

9 NOVEMBRE 2023

### Questions pour Dre Dominique Tessier

Symposium offert par GSK - C'est la saison du VRS: Qu'est-ce que cela signifie pour nos personnes âgées?

**Q.** Vous suggérez que les professionnels de la santé reçoivent le vaccin pour le pneumocoque, quel serait le meilleur choix de vaccin pour cette population ?

**R.** *Compte tenu de sa meilleure couverture, le PC-20 est sans contredit le meilleur choix. Efficace et protection durable.*

**Q.** Nous sommes en pleine période de vaccination. En centre de vaccination, le Pneumovax 23 est recommandé de façon systématique. Quand est-il vraiment pertinent de redonner une 2e dose après 5 ans ? Est-ce qu'on donne une 3e dose après un autre 5 ans et ainsi de suite ?

**R.** *Il n'est presque plus jamais pertinent de donner une deuxième dose de pneumo-P-23. Les personnes immunosupprimées peuvent maintenant recevoir gratuitement le PC-20(prevnar-20). Dans ce cas, le PP23 n'est pas recommandé. Le seul groupe qui reste où on recommande un rappel de PP23 sans gratuité pour le PC20 est : Administrer 1 dose additionnelle de Pneu-P 5 ans plus tard aux personnes âgées de 2 ans ou plus présentant une insuffisance rénale chronique ou un syndrome néphrotique Cependant, le patient serait mieux protégé avec un PC20 (recommandation forte du CCNI mais pas de gratuité au Qc).*

**Q.** Nos patients n'ont pas beaucoup de sous. S'ils sont prêts à se payer un vaccin : on commence par Prevnar 20 ou par Arexvy ?

**R.** *En ce moment je dirais Prevnar-20. Pour les personnes non visées par la gratuité : Recommandation FORTE du CCNI pour le prevnar 20 chez les personnes jamais vaccinées contre les pneumocoques de 65 + ou de 50 + avec co-morbidités. Pas encore de recommandation franche pour le VRS mais ça viendra...*

### Questions pour Dr Simon Couillard

Les agents biologiques

**Q.** Patient asthmatique de 30-40 ans. Leur dernière visite avec un pneumologue était à l'adolescence. Quel profil de patient devrait être référé à un pneumologue ? CSI-BALA haute dose avec exacerbation ; ou seulement rendu à 3 thérapies avec exacerbation ?

**R.** *Exacerbation nécessitant prednisone (peu importe le tx de maintien) ou non-contrôle de la maladie sous haute dose de CSI sont des bonnes raisons de référence selon moi. Voici ce que L'INESSS dit : CONSULTATION EN MÉDECINE SPÉCIALISÉE Considérer une consultation avec un médecin spécialiste (par exemple : pneumologue, allergologue, immunologue, selon le contexte) ou un collègue expérimenté dans les cas suivants : Diagnostic incertain , Suspicion d'asthme occupationnel ou allergique , Persistance d'asthme non maîtrisé ou asthme sévère , Exacerbations fréquentes ou histoire d'exacerbation sévère ayant nécessité un séjour aux soins intensifs, Enfants de moins de 1 an*

<https://www.inesss.qc.ca/en/publications/publications/publication/prise-en-charge-de-lasthme-chez-les-enfants-et-les-adultes.html>

**Q.** Je comprends qu'il est mieux de faire évaluer rapidement le patient qui exacerbe par IPS/MD que de lui laisser un plan d'action de prednisone à son dossier de pharmacie ?

**R.** *Cela dépend.*

*Si le patient a un dx d'asthme confirmé, un plan d'action multi niveaux (augmenter CSI d'abord, puis si échec ou sx sévères, commencer pred 50 x 3 -> 25 x 2) renouvelable x2 est à prescrire. Cependant, on avise le patient*

*de prendre rendez-vous pour faire réévaluer son asthme s'il a eu besoin de sa prednisone, et on s'assure que les renouvellements de prednisone sont examinés à chaque suivi.*

*Si le patient n'a pas de dx d'asthme confirmé, on demande l'examen diagnostique nécessaire pour le confirmer. Dans l'attente, j'ai tendance à remettre un plan d'action écrit/prescrit aux gens avec éosinophiles sanguins  $\geq 0.3 \times 10^9 / L$ .*

### **Question pour Dr Jonathan Levesque**

Cannabis et vapotage, ses conséquences sur les maladies pulmonaires

**Q.** Quels sont les meilleurs moyens pour cesser la consommation du cannabis?

**R.** *Comme pour la cigarette, il n'y a pas de façon parfaite.*

*On peut tenter, soit un arrêt brusque vs une diminution graduelle vs l'utilisation de la cigarette électronique avec diminution de la dose progressivement et/ou suivi d'une thérapie cognitivo-comportementale en psychologie.*

### **Question pour M. Mathieu Brossard**

Cocktail de réseautage et conférence environnementale sur le radon

**Q.** Est-ce que Santé Canada oblige les organismes publics et parapublics à tester le radon (ex: école et hôpital)

**R.** *Non, nous n'en avons pas le pouvoir réglementaire. Au fédéral, le Code Canadien réglemente l'exposition des employés fédéraux au radon mais ça se limite à ça côté réglementation. Nous avons cependant publié des guides qui démêlent les rôles et responsabilités des différents régulateurs.*

<https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/securete-et-risque-pour-sante/radiation/radon/guides-action.html>

**Question pour Dre Isabel Coman**

Asthme et toxicité des corticostéroïdes oraux: comment améliorer le devenir de nos patients.

**Q.** Quoi penser des adultes qui prennent des pompes juste lors de IVRS, qui s'en font prescrire pour 2-4 sem lors de visite en sans rdv ?

**R.** *Il faut d'abord s'assurer qu'ils sont vraiment asymptomatiques hors-IVRS (et idéalement avec une fonction pulmonaire normale) pour justifier de ne pas prendre de traitement à l'extérieur des épisodes viraux. Ensuite, je conseillerais plutôt une pompe CSI/LABA lors des IVRS pour diminuer les symptômes ET l'inflammation. Mais si une IVRS aboutit en exacerbation qui nécessite de la prednisone per os, le patient vient de se gagner une prescription à un traitement d'entretien contenant un CSI régulier. Et si l'IVRS se prolonge ou que les épisodes sont fréquents il faudra encore réfléchir si un traitement d'entretien permettrait d'éviter ces récurrences.*

**Q.** Comment conseiller le patient adulte qui a toujours pris son BACA avant l'exercice (vu les anciennes recommandations) ?

**R.** *Cela dépend combien de fois par semaine (toujours bien sûr chez un patient asymptomatique hors-effort et avec un VEMS normale par ailleurs). Juste 1/semaine voir gros max 2... on pourrait garder le BACA. Ceci dit, il est prouvé que le fait d'utiliser une combinaison CSI-LABA lors des efforts permet, à moyen-terme, de réduire la chute de VEMS qui se produirait quand même (quoique moindre) avec le BACA seul. Donc pour un patient qui fait des efforts plus souvent ou qui se trouve quand même symptomatique malgré cela, je tenterais un CSI/LABA pré-effort.*