

INSPIRE



الجمعية اللبنانيّة للامراض الصدرية

عدد رقم ٣ - أيار ٢٠٠٧

الافتتاحية: صورة كبيرة ٣

Fourth Forum on RESPIRATORY
TRACT INFECTIONS ٤

Hôpital
sans tabac ٦

الحملة الشبابية
اللبنانية للتوعية
من أخطار التدخين ٧

رئيس مجلس ١١



Guides allergy patients' journey to wellness



INSPIRE

لجان الجمعية

لجنة مكافحة التدخين

Anti-Smoking Board

زيينة عنون، رئيس

ميرنا واك

نديم كنج

صحي مزرعاني

كفاح محمد الكسار

لجنة مكافحة مرض السل

Anti-Tuberculosis Board

فرنسيس خوري، رئيس

وليد علاء الدين

جيرار توهيكيليان

عدنان حلاوي

نقولا معكرعون

انطوان سعادة

لجنة مكافحة مرض الربو

Asthma Board

غسان جمال الدين، رئيس

جمال عميس

زياد شيري

عدنان حجاوي

لجنة مكافحة مرض الانسداد الرئوي المزمن

COPD Board

جودي بحوث، رئيس

جورج خياط

ميراي صفير

كركس بنایوتی

يوسف زهر الدين

عبد المجيد أروادي

لجنة مكافحة مرض سرطان الرئة

Lung Cancer Board

فيروز شمس الدين، رئيس

وسيم قلعجيّة

عثمان عيتاني

لجنة مكافحة مرض داء الرئة

Pneumonia Board

وجدي أبي صالح، رئيس

زهير علامه

كارول يواكيم

Sleep Apnea Board

توفيق قيقانو، رئيس

طاهر بزرباشي

وسام غنوبي

جورج جوفيليليان

احمد حصرى

نقابة أطباء لبنان

مكتب الجمعية اللبنانية للأمراض الصدرية

ص.ب: ٦٤٠-١١ ببيروت، لبنان

تلفاكس: ٩٦١ ١ ٤٢٢٥٨٢

بريد الكتروني: lop_lps@yahoo.com

صورة كبيرة



مضى شهر منذ ذلك اليوم الذي تصدرت فيه صحف العالم، صورةً كبيرةً لإثنى عشرة امرأة، كلَّهنَّ بسمةً وجمالاً ورقَّةً وأناقَةً: ١٢ وزيرةً في الوزارة الفنلندية من أصل ١٨ حقيبة "Une première!"

سيغولان روایال تحلّ في المرتبة الثانية من الإنتخابات الفرنسية مطالباً بها الشعب، منافسةً لنيقولا ساركوزي. كوندي، مركل، كلَّهنَّ في عربة الدهن تسير وتمشي نحو عالمٍ أفضل.

ولكن، أيَّنهنَّ نساءً لِبنان... أمَّهاتنا، معلماتنا، طبيباتنا، وفناناتنا؟ كما فيروز هي الوطن منذ أزمنةٍ ضمَّت ثلاثة أجيال، ليتنا نرى المرأة في نبض الحياة السياسية اللبنانيَّة: فالبلد بحاجةٍ إلى عقلها وقلبه. من المؤكَّد أنها كانت لتضفي نظرة الأمّ وحنانها على شهداء الأرض، وحسّها السادس في إستشفاء الخطر، وذكاءها في توزيع الأدوار التي سئمنا من هشاشتها وعقمها وعنفها الحالي... .

مضت سنتان على "حكم النساء" في الجمعية اللبنانيَّة للأمراض الصدرية. رغم الظروف الصعبة التي تمرّ بها البلاد، كان التواصل مستمراً معكم. أتمنَّ أن تبقى ذكراناً طيبةً في قلوبكم. وداعاً.....

د. ميرنا واك

رئيسة الجمعية اللبنانيَّة للأمراض الصدرية



الردفاء

د. وليد علاء الدين

د. ميراي صفير

د. زين الدين سعد

الهيئة الإدارية

د. ميرنا واك، رئيس

د. فيروز شمس الدين، نائب رئيس

د. يوسف زهر الدين، أمين سرّ

وأمين الصندوق بالوكالة

هيئة التحرير

د. جورج خياط - د. ميراي صفير - د. لبنى طبارة - د. وليد علاء الدين - د. زهير علامه - د. ميرنا واك



Controversies in a changing contemporary environment

February 8 – 11, 2007 Sitges – Barcelona (Spain)

Respiratory tract infections (RTIs) were, are and will be an integral and sizeable part of our daily clinical load. Details of pharmacokinetics (PK), dynamics (PD), community or nosocomial, and other bacteriologic issues should be reconciled with our clinical approach to RTIs.

Should we be aware of Gram positive and negative organisms, resistant and mutant ones, bacterial colonization and eradication, pharmacodynamic, pharmacokinetic, spectrum, adverse effects and other basic facts of antibiotics we prescribe?.

BAYER HEALTH CARE CONFERENCE

From bench to bedside, how do we predict the bacterial response to chemotherapy?

Donald Low from Mount Sinai (Toronto) questioned that the standardized interpretations of levels of bacterial inhibition by drugs in vitro do not necessarily reflect true drug levels in vivo. Thus substantial numbers of clinical infections are mislabeled as resistant to common antimicrobial drugs and therefore should not be expected to fail with therapy with these drugs. More sensitive measures of failures and PK/PD parameters have allowed us to better measure the impact of resistance.

Community Acquired Pneumonia (CAP)

Macrolides induce resistance by their well known two mechanisms: The efflux pump encoded by *mef* genes and the ribosomal methylases encoded by *erm* genes. Telithromycin (Ketek) was a promising drug that some still use inspite of the warnings issued by FDA regarding its liver toxicity. With the decline of Telithromycin we resort to the Quinolone family. Quinolones have become a major tool in our daily practice as monotherapy for a variety of RTIs.

AECB

As is well known, the issue of COPD exacerbations is a major topic discussed in various meetings and conferences be it to reveal the efficacy of steroid inhalers, LABAs, Tiotropium and more. Antibiotics have been apparently intruding this attractive field attempting to improve their image. Quinolones, has been cited thru multiple studies addressing its efficacy in promoting QOL, infection free – interval, exacerbation rate, and bacterial eradication. Whether this will improve mortality is an exciting end to look for.

FQs and the challenge in the modern hospital environment

Ronald Grossman from Toronto stressed the fact that CAP and AECOPD are the two most frequent reasons of admission to hospital in medicine department after CHF. Taking into consideration the shortage of beds he discuss whether Quinolones work? Work in ICU? They are cost-effective?, and whether they should be restricted due to *C. difficile*? Several studies were presented and finally he concluded that:

- 1- Fluoroquinolones are important agents in the hospital management of CAP and AECOPD.
- 2- They are cost-effective
- 3- They work for resistant pathogens
- 4- In many hospitals they are still useful agents in the ICU setting but local resistance issues will drive utilization
- 5- There are still many niche uses for Fluoroquinolones as in neutropenics, Tuberculosis, some SSTIs, abdominal infections,

bone infections etc

6- Judicious use is important in saving the class

The risk of MRSA colonization and infection was also discussed. Quinolone use is a definite independent risk factor for Colonization/ Infection for MRSA. FQs are also one of the most commonly implicated antibiotic classes for *C. difficile* – associated diseases.

HEALTH CARE ASSOCIATED PNEUMONIA (HCAP)

What is HCAP? What are its pathogens? And How to treat? were three successive presentations by Jordi Carratala (spain), Carlos Luna (Argentina), and Michael Niederman (USA) respectively.

HCAP concept started with Friedman article in Ann Int Med 2002 on Health Care -Associated blood stream infection in North Carolina hospital study. HCAP implies patients with

- 1- Prior hospitalization for the past 3 months
- 2- Dialysis clinic or I.V. therapy over the past month
- 3- Nursing home or long term facility
- 4- Home health care

The pathogens involved here, though very few studies on etiology were done, include *S. Aureus* and MRSA in particular, *P. Aeruginosa* and rarely *S. Pneumoniae*, and *H. Influenza*.

Therapy for HCAP can be done outside hospital, may need to cover pathogens not covered in HAP as Legionella, and does not necessarily have to cover MDR Gram negatives and MRSA. Therapies that may not be effective for HAP like Levofloxacin, Moxifloxacin and other monotherapies in Non HAP could be also effective. More severely ill HCAP patients with more comorbidities, poor functional status, prior antibiotic therapy, need therapy for MDR negative organisms and MRSA.

PRO in AECB

Patient Reported Outcome (PRO) in acute exacerbations of COPD was discussed by Sanjay Sethi from New York. This is a recent addition to evaluating symptoms. PRO measures are now being developed to evaluate the effects of curative and preventive treatments on the frequency, severity, duration, and resolution of acute exacerbations of chronic bronchitis and COPD. It is anticipated that two properly developed and validated PRO measures will be available soon for use in clinical trials in acute exacerbation.

COPD – AECB ISSUES

What antimicrobial therapy for mild – moderate COPD was discussed by Antonio Anzueto from Texas. He ascertained that early antibiotic therapy improves outcome and symptom resolution. The question of diagnosing the etiology whether by sputum or bronchoscopy analysis, or by the recent procalcitonin level measurement as guiding antibiotic therapy, and last but not least the viral etiology that accounts to an average of 40% of etiologies will remain an enigma for most of us at least for sometime to come.

The newer Macrolides, Cephalosporins, Doxycycline, respiratory Fluoroquinolones, and Amox-Clavulanate are to be considered based on chronicity, disease severity and smoking status.

An interesting comparison of COPD and Cystic Fibrosis (CF) followed, presented by Niels H_iby from Denmark who spent the last 30 years dealing with CF. CF has exacerbations also involving bacteria as *P. aeruginosa*, *S.aureus*, *H. influenza*, *S. maltophilia*, *B. cepacia*, and *A. xylosoxidans* (2002 Hoiby). Differences between the 2 diseases were highlighted mainly that early aggressive eradication therapy of intermittent colonization is recommended to prevent chronic infection, and chronic suppressive therapy of chronic infection is usually recommended. In Denmark the mean life expectancy of CF outweighs that of US (50 y vs. 37 y) mainly due to chronic *P. aeruginosa* biofilm infection of the lung. The antibiotic strategy used to prevent chronic infection in CF is early aggressive eradication of intermittent colonization based on culture of respiratory tract infection, distinction between intermittent colonization and chronic infection by antibody measurement and use of chronic suppressive antibiotic therapy to maintain lung function and reduce acute exacerbations. The Chronic suppressive therapy includes daily inhalation of antibiotics and oral administration of azithromycin. Additionally yearly vaccination against influenza is used. This approach has dramatically improved the survival of CF patients and may also be effective in COPD patients, since infection – mediated inflammation and subsequently tissue damage is important in both groups of patients.

The role of *P. aeruginosa* in late COPD was alluded to by Eduard Monso from Spain.

Four issues were discussed namely Exacerbation, Sterilization of bronchial secretions, Colonization, and Effects on the respiratory system. The risk factors for *P. aeruginosa* infection in COPD exacerbation were mainly low FEV1 %, Influenza vaccination!, and prior antibiotics. *P. aeruginosa* is important in moderate / severe COPD, prevalent in ventilated patients, accounts for bad prognosis in ICU, is difficult to eradicate, colonization effects are independent from load, affects hypersecretion and lung function and for which prior antibiotics are the main risk factor.

ISSUES IN GRAM – POSITIVE PNEUMONIA

These lectures focused on CA – MRSA Pneumonia. They dealt with MRSA pneumonia and elaborated on new drugs in the pipeline for therapy.

CA - MRSA is defined in a person who lacks the risk factors for HA-MRSA, as hospitalization, surgery, dialysis, indwelling catheters...etc. It usually occurs in younger, minority populations, with frequent presence of PVL toxin. Issues in CA-MRSA include recognition, laboratory, epidemiological, therapeutic, prevention, and infection control.

MRSA therapy includes standard drugs as Vancomycin, Teicoplanin, additional medications in case of failure as Rifampicin, Fosfomycin, Linezolid, and Quinupristin/Dalfopristin. New drugs as Tigecycline (Tetracycline Analog), Daptomycin (Lipopeptides), and alternatives as Ceftobiprole (Cephalosporin) and Telavancin (New Glycopeptides) are to be considered .

NOSOCOMIAL AND ICU PNEUMONIAS

Ventilator Associated Pneumonia (VAP) continues to be a challenging infection with a high mortality rate. Treatment protocols could be directed by the knowledge of the most common organisms isolated and the sensitivity pattern in the ICU , or a bacteriologically guided one thru obtaining specimens with fiberoptic bronchoscopy particularly bronchoalveolar lavage and protected specimen brush.

Carlos Agusti in his lecture on Pulmonary Infections in Hematological Disease reminded us of a difficult task for us as clinicians. However, prophylactic, preemptive and therapeutic measures were recently introduced.

He concluded that:

- 1- Obtaining a specific and early diagnosis may improve prognosis
- 2- Surveillance programs are decreasing both incidence and mortality of different infective agents
- 3- Early implementation of Bronchoscopy, CT chest , and non-culture based microbiological methods may improve survival
- 4- Viral infections are the next challenge to face in the management of hematological patients.

Aspiration pneumonia (AP) and Primary lung abscess (PLA) continue to intrigue us due to their rarity, albeit their life-threatening complications. A recent study on Moxifloxacin treatment of 139 AP/PLA gave close to 70% cure. (Lode H, Allewell M, ott S, Ionas M).

Ceftobiprole, a novel parenteral cephalosporin, effective against most clinically important Gram positive and Gram negative bacteria was illustrated by Javier Garau. It is currently in phase III trials for cSSTI due to MRSA, nosocomial pneumonia, due to suspected or proven MRSA, and CAP.

Nothing is complete without touching on De-escalation therapy. The lecture by Jordi Rello: De-escalation; Why? When? And How? It is done by diminishing antibiotic therapy either by spectrum, or number or duration. It is based on Clinical improvement and Microbiology findings. De-escalation provides adequate initial therapy while minimizing the emergence of resistance.

GLUCOCORTICOIDS IN SEVERE PNEUMONIA

6 studies of Corticosteroids in Pneumonia were mentioned prior to 1998 with majority ineffective. The relatively recent study by Confalonieri M (AJRCCM 2005) and its impressive outcome when administering Hydrocortisone on mortality has fueled interest in this regimen. Antonio Torres discussed this topic at length and concluded that corticosteroids in severe CAP:

- 1-Decreased bacterial lung burden and histological severity in a porcine model
- 2-Attenuated lung and systemic inflammation in severe human pneumonia
- 3-Improved mortality and TRM in two RCT

Pending questions

- 1- Which level of inflammation should dictate their administration?
- 2- When, how and for how long?
- 3- Side effects?

A stormy presentation on RTI Guidelines ended this day. Mark Woodhead showered the audience and the faculty with hot issues in CAP guidelines. Questions as How many guidelines do we need? Who should write them? How should they be written? And how should they be implemented? There was agreement that the pharmaceutical industry is not to be involved.

Finally the three most commonly prescribed families of antibiotics to fight RTIs are the penicillins (and cephalosporins - β -lactams), Macrolides, and Quinolones. Detailed knowledge of their PK/PD, spectrum, dosage, potency, duration, safety and last but not least their selection of resistance is a must to prevent their abuse and overuse.

Nadim Kanj, MD

Editing work done by
Loubna Tayara, MD

L'Hôtel-Dieu de France

Un hôpital sans tabac

Dr Zeina AOUN BACHA ; Pneumologue-Tabacologue.

Il n'y a quasiment plus d'individus qui ne soit convaincu de la réalité des effets dévastateurs de la consommation tabagique et de l'exposition à la fumée. Les données scientifiques ont établi de manière irréfutable que ce sont des causes de décès, de maladies...

Il est du devoir des professionnels de santé de protéger les générations actuelle et futures de ce fléau. Il faut donc qu'ils soient sensibilisés au problème et qu'ils travaillent pour que leurs milieux de travail, lieux de soins, deviennent des environnements sans tabac.

Bien que le fumeur ait le droit de continuer à fumer, il est de notre devoir en tant que médecin de l'informer des risques auxquels il s'expose. Il est aussi de notre devoir de protéger les non-fumeurs en leur assurant un environnement sans fumée de tabac.

L'Hôtel-Dieu de France, dans un souci permanent d'offrir la meilleure qualité de soins à sa clientèle, a mis en oeuvre une démarche qui a permis de le déclarer « Hôpital sans tabac ».

Une campagne de sensibilisation et d'information débute au cours des premiers mois de 2007. Des affiches, expliquant les méfaits du tabac et les bénéfices de l'arrêt, sont placardées dans toutes les salles d'attente et les entrées de l'hôpital. Des napperons en papier, portant les mêmes informations, sont distribués sur les plateaux des malades, les plateaux au réfectoire du personnel, et à la cafétéria de l'institution. Un diaporama est diffusé en boucle sur toutes les télévisions de l'hôpital.

Deux journées d'information ont été réalisées, avec la projection de films, et la pratique de mesures d'explorations fonctionnelles respiratoires et de monoxyde de carbone dans le hall d'entrée de l'hôpital. Des étudiants en médecine ont participé à ces journées en distribuant des dépliants aux personnes pénétrant à l'hôpital, et en les sensibilisant à l'arrêt du tabac.

Au décours de cette campagne, une note de service interdisant de fumer à l'hôpital a été diffusée à la fin du mois de mars, et les agents de sécurité ont été chargés de veiller à son respect strict. Trois espaces fumeurs, bien signalisés, ont été aménagés en dehors de l'établissement. Deux conférences publiques ont été données trois semaines après le début de la campagne pour consolider le travail.

Durant les deux derniers mois, l'impact de cette campagne semble satisfaisant. Il est devenu exceptionnel de voir quelqu'un fumer à l'hôpital. Par contre, les endroits désignés non-fumeurs sont fréquentés par les fumeurs qui s'y rendent quand l'envie de fumer devient trop forte.

Notre expérience nous pousse à insister sur plusieurs points. D'abord, préparer tous les acteurs de l'institution à la décision de rendre l'hôpital "sans tabac"; ensuite, être rigoureux dans l'application de la décision tout en assurant aux fumeurs des endroits bien signalisés, ventilés selon les normes, et où il leur est possible de fumer; et enfin, assurer un suivi de la démarche par un comité hospitalier de prévention du tabagisme.

Nous pensons que toutes nos institutions hospitalières devraient devenir "sans tabac". Nous devons donner l'exemple à l'instar des hôpitaux des pays développés, en se basant sur les codes du travail et de la santé publique pour la protection contre le tabagisme. La lutte contre le tabagisme doit être une priorité des institutions hospitalières, pour qu'elle devienne une priorité nationale.

الحملة الشبابية اللبنانية للتوعية من أخطار التدخين

خلاله على شاشة عرض بعض الفلاشات **flashes** و بعض الكليبات **clips** التي تشرح مدى الخطورة المترتبة عن التدخين.

٥ في يوم الصوم عن التدخين كانت خطب المساجد السبعة الموجودة في البلدة تتحدث عن موضوع واحد "خطر التدخين" وتحث الناس على التفاعل مع الحملة.

٥ وفي يوم الصوم عن التدخين اقام فريق الحملة ثمانية حواجز محبة بملابس موحدة و يقوم الشبان بتوزيع منشورات تتحدث عن الاضرار الناجمة عن التدخين و يوجد على كل حاجز صندوق لجمع تبرعات الناس لصالح مساعدة مرضى السرطان.

٥ في يوم الصوم عن التدخين قامت مجموعة من فتيات الحملة المدربيات بزيارات ميدانية بشكل حضاري و منظم إلى المنازل ويلتقنون سيدات البيوت ليحدثنهن عن مخاطر التدخين ...

٥ قيام مجموعة من فريق الحملة بمسح ميداني في سهل عكار (ثاني أكبر سهل زراعي في لبنان) ..الهدف من المسح هو معرفة عدد الأراضي الزراعية التي يزرع فيها التبغ وبالتالي التواصل مع أصحاب الأرضي ومحاولة إقناعهم بإختيار زراعات بديلة بعد الشرح المفصل لأنصار التدخين علمياً واستخدام الرأي الديني في طريقة الشرح كي يتم التأثير على صاحب الأرض . وكان من نتيجة ذلك أن أعداداً كبيرة من المساحات الزراعية توقف أصحابها عن زراعة التبغ .

٥ من الفعاليات أيضاً :حملة "المتاجر الطاهرة" وهي المحلات التجارية التي توقفت عن التعامل بالتبغ . فقد قام فريق الحملة بتكريم هؤلاء من خلال تأسيس شبكة تجارية أسميناها "المتاجر الطاهرة" و بالتالي قمنا بتوزيع كتيب صغير فيه أرقام وعناوين هذه المتاجر و في هذا الكتيب عناوين هامة للمواطن كدليل يحتفظ به وهكذا تكون قد أجرينا دعاية تجارية للمتاجر الطاهرة كتكريم لها .

هذه الحملة إنشرت خبرها عبر وسائل الإعلام مما سهل على فريق الحملة التواصل مع مناطق أخرى في لبنان للقيام بنشاطات مماثلة . وخلال أقل من شهر أجري مسح لعدد المدخنين في أكثر من خمسة عشر بلدة ... وقام رئيس الحملة في إلقاء محاضرات عن مخاطر التدخين في أكثر من ثلاثة بلدات وما يزيد عن تسعين محاضرة وندوة .

تم استئناف رئيس الحملة في عدة قنوات فضائية ومحطات إذاعية . و حتى اليوم فإن الملتحقين بفريق الحملة يزدادون بشكل مستمر وهذا جعل فريق الحملة يفكرون في الأمور التالية :

٥ تأسيس جمعية مرخصة تسمى "**الهيئة اللبنانية للتحرر من التبغ**"

٥ توسيع دائرة الهيئة لتشمل كل لبنان

٥ إنشاء مجلة دورية كل شهر متخصصة للتوعية من مخاطر التبغ والتدخين

٥ إقامة مهرجان "التوعية السنوي" وهو أشبه بالموتمر السنوي للتذكير بمخاطر التبغ .

٥ تشكيل فريق خاص لمتابعة تطبيق بنود الإتفاقية الإطارية الدولية مع الجهات المختصة في الدولة .

٥ تأسيس عيادة استشارية مجانية للراغبين في المساعدة للإقلاع عن التدخين .

٥ إقامة حملات سنوية يشارك فيها رجال دين و اطباء للحد من هجمات شركات التبغ على ضحاياها جداً .

الحملة الشبابية اللبنانية للتوعية كانت برعاية : لجنة مكافحة التدخين في الجمعية اللبنانية للأمراض الصدرية و منظمة الصحة العالمية في لبنان

سامم في إنجاح الحملة :

- الدكتور جواد المحجور مثل منظمة الصحة العالمية في لبنان
- الدكتورة ميرنا واكد رئيسة الجمعية اللبنانية للأمراض الصدرية
- الدكتورة زينة عون رئيسة لجنة مكافحة التدخين في الجمعية اللبنانية للأمراض الصدرية

ولدت فكرة الحملة في بلدة ببنين - قضاء عكار - شمال لبنان . قام بالحملة نخبة من الشباب الجامعي من أبناء البلدة برئاسة الدكتور كفاح الكسار وبتمويل من تبرعات أصحاب المؤسسات و المتاجر الذين تفاعلوا مع الحملة من خلال مقاطعتهم لتجارة الدخان والتبغ والذين أدركوا حجم المخاطر الصحية و البيئية الناتجة عن التدخين .

سبل الحملة :

لوحظ في البلدة أن مرض السرطان والأمراض المرتبطة بالتدخين هي في تزايد مستمر وأن ظاهرة التدخين المبكر عند صغار السن أصبحت أمراً مألوفاً في المجتمع وأيضاً أن الاركيلة أصبحت عادة يومية يتعاطاها النساء والرجال على حد سواء . من هنا قام الدكتور كفاح الكسار اختصاصي أمراض صدرية ونخبة من أصدقائه المحبين بحملة توعية هي الأولى من نوعها في لبنان وكانت على الوجه التالي :

* **أولاً:** إجراء مسح شامل لعدد المدخنين في البلدة من خلال تقسيم البلدة إلى ١٦ محوراً و اختيار واحد من أبناء كل محور ليأتي بالرقم الدقيق لعدد المدخنين في محوره . وبعد أسبوع كانت النتيجة كالتالي :

عدد سكان البلدة بحسب سجلات القيد في دائرة النفوس = ٢٥,٧٠٠ نسمة
عدد السكان القادمين من بلدات أخرى = ٦٠٠ نسمة
العدد الإجمالي للسكان = ٣١,٧٠٠ نسمة
عدد المدخنين = ١١,٢٠٠ مدخن

* **ثانياً:** أجرى فريق الحملة بعد ذلك دراسة اقتصادية لحجم الإنفاق على شراء السجائر . وكانت على الشكل التالي :

متوسط ما ينفقه المدخن على السجائر يومياً = \$١
عدد المدخنين = \$١١,٢٠٠ = \$١١,٢٠٠ في اليوم الواحد

\$٤,٠٣٢,٠٠٠ يوم = \$٤,٠٣٢,٠٠٠ في الشهر × ١٢ شهر =

ثالثاً : مسح شامل لعدد الإصابة بأمراض السرطان سنوياً في البلدة = ١٢ حالة (ثمانية منها سرطان الرئة)

فعاليات الحملة :

٥ اختيار يوم في كل عام "يوم الصوم عن التدخين" و حيث المدخنين على إنفاق ما ينفقونه عادة على التدخين لصالح "صندوق مساعدة مرضى السرطان" و تذكر المدخنين أنهم جميعهم مرشحون للاستفادة من هذا الصندوق إذا استمروا في التدخين .

٥ القيام بنشاطات إعلانية تس Vinci يوم الصوم عن التدخين : إنشاء قناة محلية من خلال شبكة لتوزيع القنوات الفضائية في البلد، وبث البرامج التي توضح حجم الخطورة الناتجة عن التدخين وكانت القناة تبث يومياً ذكرى ضحية من ضحايا التبغ من أبناء البلد .

٥ توزيع مئات الملصقات على المدارس و المتاجر والمراكز الطبية Posters والتي تحتوي على صور وإرشادات تحذر من تعاطي التبغ .

بعد قيام الدكتور كفاح الكسار رئيس الحملة بتدريب لمجموعة من أعضاء فريق الحملة على كيفية شرح أخطار التدخين ... توزع الفريق المدرب على المدارس بعد الحصول على إذن من المراجع المختصة لإعطاء محاضرات متعلقة بموضوع التبغ والتدخين .. وكان لذلك الأثر الكبير مما حدث كبير من الطلاب الإلتحاق بفريق الحملة .

قام فريق الحملة بشراء خيمة كبرى للعزاء فيها لوجة كبرى كتب عليها "استبدلوا دخانكم بالتمر شكر الله سعيكم" وهذه الخيمة تقدم مجاناً لأصحاب العزاء على أن يمنع التدخين في داخلها أثناء العزاء وذلك إحتراماً لقدسيّة المناسبة . وهذا الامر لاقى ترحيباً واسعاً من البعض ومحاربة كبيرة من البعض الآخر

٥ وقبيل يوم الصوم عن التدخين تم تعليق عشرات اللافتات في الشوارع العامة والفرعية والتي تحذر من عواقب التدخين وتنصح بالإقلاع عنه . وقبيل الصوم عن التدخين ، أقام فريق الحملة مهرجاناً كبيراً في إحدى صالات البلدة الكبرى شارك فيه رجال دين مسلمين و المسيحيين وشخصيات سياسية واجتماعية وطبية من فعاليات الحملة وعرضت

8 Annual Meeting

The 2007 Annual Meeting

Lebanese Pulmonary Society

Friday 15th June 2007

- 17h00: Free Registration
18h00: Opening *Mirna Waked, MD*
CME project presentation *George Khayat, MD*
SPLF representative speech *Etienne Lemarié, MD*
Results of 1st CME exam held on May 12th *George Khayat, MD*
18h30: Venothromboembolic disease Workshop *Olivier Sanchez, MD*
(Entrance restricted to the participants to the 12th May exam)
19h30: Symposium « Astra-Zeneca »: COPD *Mirna Waked, MD*
20h30: Cocktail (offered by Astra-Zeneca)

Saturday 16th June 2007

- 08h00: Registration
09h00 – 10h00: Session « VTE »
- Intra hospital prophylaxis: local experience *Mirna Waked, MD 10mn*
Hani Lababidi, MD 10mn - Ghassan Jamaleddine, MD 10mn
- Prevention of venothromboembolic disease *Olivier Sanchez, MD 30mn*
10h00 – 11h00: Case presentation *Wajdi Abi Saleh, MD 45mn - Pierre Youssef, MD 15mn*
Marlene Awaad MD 15mn
11h00 – 11h30: Coffee Break
11h30 – 13h00: Session « Pneumonia »
- Multi drug resistant tuberculosis *Antoine Saadé, MD 15mn*
- Latest guidelines – Unusual pneumonia cases *Wajdi Abi Saleh, MD – Abed Al Ruhman Anani, MD 45mn*
- Immunomodulatory effect of macrolides *Georges Khayat, MD 30mn*
13h00 – 14h00: Lunch
14h00 – 15h00: Symposium: Evidence Based Medicine *Etienne Lemarié, MD*
15h00 – 16h00 : Session « COPD »
- Rehabilitation in COPD *Mohamad Halimi, MD 30mn*
- COPD : systemic disease *Etienne Lemarié, MD 30mn*
16h00 – 16h30: Coffee Break
16h30 – 17h15: Workshop: Dima Healthcare
Proportional Assist Ventilation: Changing control of breathing from the caregiver to the patient *Mohamad El Khatib, MD*
17h15 – 18h45: Workshop Pneumonia parallel to COPD workshop (Entrance restricted to the participants to the 12th May exam)

Le Congrès Annuel 2007

Société Libanaise de Pneumologie

Vendredi 15 juin 2007

- 17h00 : Inscription gratuite et accueil des participants
- 18h00 : Ouverture du congrès **Dr. Mirna Waked**
Présentation du projet de formation médicale continue **Dr. Georges Khayat**
Intervention du représentant de la SPLF **Dr. Etienne Lemarié**
Présentation des résultats de la première évaluation du 12 mai 2007
Dr. Georges Khayat
- 18h30 : Atelier maladies thromboemboliques **Dr. Olivier Sanchez** (ouverts aux membres ayant participé à l'évaluation du 12 mai)
- 19h30 : Symposium « Astra-Zeneca » : BPCO **Dr. Mirna Waked**
- 20h30 : Cocktail dînatoire (offert par Astra-Zeneca)

Samedi 16 juin 2007

- 08h00 : Inscription et Accueil des participants
- 09h00 – 10h00 : Session « Maladies thromboemboliques »
-Prophylaxie intra hospitalière : expériences locales. **Dr. Mirna Waked 10mn**
Dr. Hani Lababidi 10mn - Dr Ghassan Jamaleddine 10mn
-Prévention de la maladie thromboembolique **Dr. Olivier Sanchez 30mn**
- 10h00 – 11h00 : Cas Cliniques **Dr. Wajdi Abi Saleh 45mn. - Dr. Pierre Youssef 15mn**
Dr. Marlène Awaad 15 mn
- 11h00 – 11h30 : Pause Café
- 11h30 – 13h00 : Session « Pneumonies »
-Tuberculose pulmonaire multirésistante **Dr. Antoine Saadé 15mn**
-Les dernières recommandations de prise en charge – Cas de pneumonies difficiles **Dr. Wajdi Abi Saleh – Dr. Abed Al Ruhman Anani 45mn**
-Effet immunomodulateur des macrolides **Dr. Georges Khayat 30mn**
- 13h00 – 14h00 : Déjeuner
- 14h00 – 15h00 : Symposium : Médecine basée sur la preuve **Dr. Etienne Lemarié**
- 15h00 – 16h00 : Session « BPCO »
-Réhabilitation dans la maladie BPCO **Dr. Mohamad Halimi 30mn**
-La BPCO : maladie systémique **Dr. Etienne Lemarié 30mn**
- 16h00 – 16h30 : Pause-café
- 16h30 – 17h15 : Ateliers de travail, « Dima Healthcare » :
Ventilation Proportionnelle Assistée **Dr. Mohamad El Khatib 45mn**
- 17h15 – 18h45 : Atelier : Pneumonie (parallèle) Atelier BPCO (ouverts aux membres ayant participé à l'évaluation du 12 mai)



Le SAOS favorisant le syndrome métabolique

Le Syndrome d'apnées obstructives du sommeil constitue un facteur de risque cardio-vasculaire indépendant à part entière. Les mécanismes « de base » comportent le stress oxydant (consécutif à la répétition des séquences hypoxémie-réoxygénéation), l'hypercapnie, les changements de pression intra-thoracique et les micro-éveils. Il en découle des mécanismes « intermédiaires » : une activation sympathique, une dysfonction endothéliale, un stress oxydant, une inflammation, des troubles de la coagulation, une dyslipidémie, une obésité, une résistance à la leptine et une insulino-résistance. La conséquence est un risque de maladies cardio-vasculaires : HTA, insuffisance cardiaque (par dysfonction systolique et/ou diastolique, une arythmie cardiaque (BAV, FA), une ischémie myocardique (angor nocturne, infarctus) et un accident vasculaire cérébral ischémique. L'appareillage par PPC permet de diminuer la glycémie et le taux sanguin de HbA1C et de réduire l'obésité !!

Harsch et al ; AJCCRM 2004

Babu et al ; Arch Intern Med 2005

Béta-2 LA chez l'asthmatique: quels risques, pour quels patients et dans quelles circonstances ? Evénements respiratoires graves et décès

- Méta-analyse: 19 essais (dont SMART)
- 33826 patients (SMART = 26353 patients = 78%)
- 54% de patients sous Béta-2 LA sans corticothérapie inhalée
- Risque relatif d'exacerbations sévères ou de décès sous bêta-2 LA versus placebo

Quelle place pour la chirurgie dans les cancers bronchiques non à petites cellules IIIAN2?
Nécessité d'évaluation de l'atteinte médiastinale

TEP : tomographie à émission de positrons
RT : radiothérapie
CT : chimiothérapie

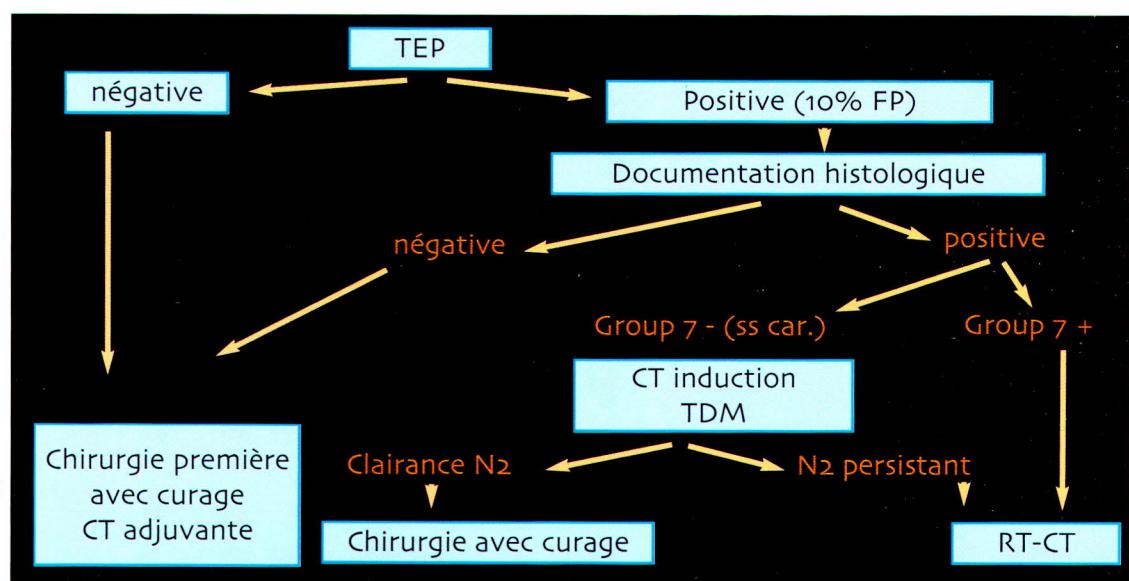
Résultats :

- Pas d'augmentation du risque d'exacerbation ou de décès dans les études cas-contrôle ou post marketing sous Béta-2 LA
- Augmentation du risque d'exacerbation ou de décès sous Béta-2 LA dans des études prospectives de puissances variables
- Pas d'augmentation du risque d'exacerbation ou de décès sous Béta-2 LA chez les patients recevant une corticothérapie inhalée
- Historique Béta-2 CA et analyse des décès dans SMART non en faveur d'un effet direct des Béta-2 LA.

Salpeter SR et coll ; Ann Intern Med 2006

BPCO, traitement inhalé et maladies cardiaques

- La BPCO : 3ème maladie associée chez l'insuffisant cardiaque (IC) (10 à 26%)
- La BPCO : risque accru de décès et d'hospitalisation chez l'IC
- La BPCO : risque accru de défaillance cardiaque durant l'infarctus du myocarde (IDM)
- La BPCO : prédictive de la mortalité à long terme après l'IDM
- Béta-2 inhalés : risqué accru d'angor instable d'IDM et d'hospitalisation pour défaillance cardiaque, en particulier chez les patients atteints de pathologies cardio-vasculaires
- La relation entre Béta-2 inhalés seuls et IDM n'est pas claire
- Le risque d'IDM et de défaillance cardiaque est davantage avec les Béta-2 oraux
- Les Béta-1 antagonistes sont bien tolérés dans la BPCO légère à modérée



رئيس جديد

إن الجمعية اللبنانية للأمراض الصدرية تدعو لحضور جمعية عمومية لانتخاب رئيس جديد، نائب رئيس يحل رئيساً بعد سنتين من إنتخابه، وهيئة إدارية جديدة تضم سبعة أعضاء وثلاث رفقاء.

وذلك في نهار الخميس الواقع في ١٤ حزيران، ٢٠٠٧ عند الساعة السادسة مساءً في حال إكتمل النصاب، وإن لم يكتمل تعقد هذه الجمعية نهار السبت الواقع في ٢٣ حزيران، ٢٠٠٧ عند الساعة السادسة بمن حضر في نقابة الأطباء، بيروت، فرن الشباك.

كما يلي نهار الإنتخابات (الدورة الثانية ٢٣ حزيران)، عشاء فاخر يذكر مكانه لاحقاً وذلك لتسليم الرئيس الجديد مهامه.

على الراغب بالترشح، التقدم بالترشيح خطياً إلى مكتب الجمعية قبل الأول من شهر حزيران ٢٠٠٧، وتحديد المنصب المرشح له أي منصب رئيس أو نائب رئيس أو عضو في الهيئة الإدارية بعد الإطلاع على النظام النموذجي للجمعيات العلمية.

“

”



...SPIRIVA® can give your COPD patients a sense of independence by impacting the clinical course of COPD¹⁻⁴:

targeting cholinergic constriction for 24 hours,^{3,5}
improving airflow,³ **reducing** air trapping,³
reducing the number of exacerbations,⁶ and **increasing** activity^{1...}

With SPIRIVA®, you can change the way
 your patients live with COPD^{1,4...}



Life. To be continued...

SPIRIVA®
 (tiotropium)

SPIRIVA® is a bronchodilator indicated for the maintenance treatment of patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) including chronic bronchitis and emphysema, for the maintenance treatment of associated dyspnoea and for prevention of exacerbations.

References: 1. Casaburi R, Kukafka D, Cooper CB, Witte TJ Jr, Kesten S. Improvement in exercise tolerance with the combination of tiotropium and pulmonary rehabilitation in patients with COPD. *Chest*. 2005;127:809-817.
 2. Sewell L, Singh SJ, Williams JEA, Collier R, Morgan MDL. Can individualized rehabilitation improve functional independence in elderly patients with COPD? *Chest*. 2005;128:1194-1200. 3. Celli B, ZuWallack R, Wang S, Kesten S. Improvement in resting inspiratory capacity and hyperinflation with tiotropium in COPD patients with increased static lung volumes. *Chest*. 2003;124:1743-1748. 4. Vincken W, van Noord JA, Greeffhorst PAM, et al, on behalf of the Dutch/Belgian Tiotropium Study Group. Improved health outcomes in patients with COPD during 1 yr's treatment with tiotropium. *Eur Respir J*. 2002;19:209-216. 5. Calverley PMA, Lee A, Towse L, van Noord J, Witte TJ, Kesten S. Effect of tiotropium bromide on circadian variation in airflow limitation in chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax*. 2003;58:855-861. 6. Niewoehner DE, Rice K, Cote C, et al. Prevention of exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease with tiotropium, a once-daily inhaled anticholinergic bronchodilator: a randomized trial. *Ann Intern Med*. 2005;143:317-326.