

CP8165						
DEMANDE DE RÉFÉRENCE						
HYPERTENSION PULMONA MALADIES INTERSTITIELL						
ORIGINE DE LA DE	MANDE	COORDONNÉES DU PATIENT				
MD :		Section à remplir si la demande de référence est de l'extérieur de l'hôpital				
Clinique/CH :		RAMQ:				
Téléphone :		Date de naissance :				
Date de la demande :		Tél : 1.				
		2				
DÉLAI DEMANDÉ : Urgent (moins qu'un mois)		Semi-urgent (1-3 mois)	Électif			
SERVICE DEMANDÉ : Inve	estigation	☐ Investigation et prise en charge				
RAISON DE LA CONSULTATIO	N (DÉTAILLER) (joind	dre note complémentaire au bes	oin) :			
EXAMENS À RÉALISER AVANT LA RÉFÉRENCE						
Examen	Date	Examen	Date			
☐ Écho cardiaque	Année Mois Jour	☐ Scintigraphie V / Q	Année Mois Jour			
☐ TDM thorax		☐ Bronchoscopie				
☐ Tests de fonction respiratoire		☐ Biopsie pulmonaire				
Année Mois Jour Date : Signature du médecin demandeur :						
Télécopier la demande et les rapports d'examens au : 418-656-4892 418-656-8711 (#1325)						
L'USAGER DOIT APPORTER LE ANNÉES ET SA LISTE DE MÉDIO		RAPHIES ET TDM THORACIQUES	3 DES 5 DERNIÈRES			
Section réservée à l'infirmière de	la clinique : 🔳 Hypert	ension pulmonaire 🔳 Maladies ir	nterstitielles			
Notes :	☐ RDV acheminé à la CS	SP .				
		RDV prévu le				
Année Main Levr		Examens à prévoir :				
Année Mois Jour Date :	Signature infirmière) : <u></u>				

HTAP chez les patients rhumatologiques

Épidémiologie

Connectivites prédisposant à l'HTAP

 Sclérodermie plus que connectivite mixte plus que lupus plus qu'autres

Parmi les patients sclérodermiques :

- Prévalence : ≈ 5 10 %¹
- Incidence : ≈ 0,3 1,2 % / année¹

Facteurs de risque (patients sclérodermiques)

Forme limitée (CREST) ≈ forme diffuse Abaissement disproportionné de la DLCO^{2,3} Âge plus avancé ou durée de la maladie plus longue (plus que 3 à 5 ans excluant le Raynaud)^{2,3} Épanchement péricardique à l'échographie

Recommandations actuelles concernant le dépistage 4

Spectre de la sclérodermie : dépistage annuel (échocardiographie, tests de fonction respiratoire)*

- Ces recommandations sont basées sur des évidences de qualité modérée seulement (opinion d'expert).
- Le rapport coût efficacité du dépistage n'a pas été démontré.
- La pertinence du dépistage systématique chez des patients actifs et asymptomatiques demeure à confirmer (HTAP exceptionnelle chez le sclérodermique asymptomatique sans facteur de risque)¹.

Autres connectivites asymptomatiques : pas de dépistage

Résultats échocardiographiques et prise en charge subséquente^{4,5}

PAP systolique (mmHg + TVC)	Signes indirects*	Probabilité d'HTAP	Référence en clinique des maladies vasculaires pulmonaires suggérées	
moins que 32 mmHg + TVC	Non	Faible	Non Sauf si dyspnée inexpliquée**	
moins que 32 mmHg + TVC	Oui	Intermédiaire	Oui Sauf si actif, asymptopmatique et sans facteur de risque	
32-46 mmHg + TVC	Oui	4.		
+ TVC	Non requis	Élevé	Référence d'emblée	

^{*} Inclus: 1) dilatation du ventricule droit, aplatissement du septum ou dilatation de l'oreillette droite (moins de 18 cm² en fin de systole);

HPTEC chez les patients post-embolie pulmonaire

Épidémiologie^{7,8}

Incidence post embolie aiguë : ≈ 0,5 % (≈ 40 % des patients HPTEC n'ont pas d'histoire d'EP préalable)

Facteurs de risque^{7,8}

EP idiopathique ou récurrente EP initiale importante

Recommandation concernant le dépistage⁸

- Dépistage systématique par imagerie non recommandé chez le patient asymptomatique post EP aigu***.
- Symptômes persistants ou HTP échographique résiduelle : scintigraphie V/Q (outil de dépistatage de choix).

^{*} Abaissement de la DLCO (normale ≥ 80 % de la prédite) alors que la capacité vitale forcée (CVF) est relativement préservée.

²⁾ diamètre de l'artère pulmonaire plus que 25 mm; 3) diamètre de la veine cave inférieure plus que 21 mm avec diminution du collapsus (moins de 50 % au sniff ou moins de 20 % à l'inspiration spontanée) suggérant une augmentation de la tension veineuse centrale (TVC).

^{**} Jusqu'à 30 % des patients à très haut risque peuvent avoir une échocardiographie faussement négative^{3,6}. La présence d'une dyspnée inexpliquée malgré une investigation cardiorespiratoire négative devrait mener à une investigation complémentaire.

^{***} Par échocardiographie, scintigraphie V/Q ou angiotomodensitométrie. Ne s'applique pas aux patients HTP documenté au moment de l'EP aiguë.

¹ Hachulla E et al. Arthritis Rheum 2009; 60 (6) 1831-1839

² Meune C et al. Arthritis Rheum 2011; 63 (6) 2790-2796

³ Coglan JG et al. Ann Rheum Dls 2014; Jul; 73 (7) 1340-9

⁴ Khanna D et al. Arthritis Rheum 2013: 65 (12) 3194-3201

⁵ Galie N et al. Eur Respir J. 2015 Doc; 46 (6) 1855-6

⁶ Hachulla E et al. Arthritis Rheum 2005; 52 (12) 3792

⁷ Ende-Verhaar et al, ERJ 2017; 49

⁸ Mertha S et al. CRJ 2010; 17 (6): 301-34