

MINISTERE DE LA SANTE DE LA POPULATION ET
DE LA REFORME HOSPITALIERE
CHU MUSTAPHA ALGER
SERVICE DE MEDECINE INTERNE
CHEF DE SERVICE : PROFESSEUR F. BOUALI

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE
UNIVERSITE ALGER 1 FACULTE DE MEDECINE
DEPARTEMENT DE MEDECINE
TD 3 EME ANNEE MEDECINE
Module: Sémiologie

FACULTE DE MEDECINE
D'ALGER



*DOCUMENTS PEDAGOGIQUES DESTINES A
L'ENSEIGNEMENT DES ETUDIANTS DE 3 EME ANNEE
MEDECINE*



CAS CLINIQUES APPAREIL PULMONAIRE

Dr BRADAI NESMA
Maître Assistante en Médecine Interne 14.10.2024

Année Universitaire : 2024-2025

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE
UNIVERSITE ALGER 1
FACULTE DE MEDECINE
DEPARTEMENT DE MEDECINE
MODULE DE SEMIOLOGIE 3^{ème} ANNEE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2024-2025

MINISTERE DE LA SANTE DE LA
POPULATION ET DE LA REFORME
HOSPITALIERE
CHU MUSTAPHA
SERVICE DE MEDECINE INTERNE
CHEF DE SERVICE
PROFESSEUR F. BOUALI

CAS CLINIQUES EXTERNE 3EME ANNEE

APPAREIL PULMONAIRE

DR N. BRADAI 14 Octobre 2024

1ER CAS CLINIQUE

Monsieur L. 55 ans, est admis à l'hôpital pour un syndrome fébrile à 39°5 d'apparition brutale, avec frissons et toux, ramenant une expectoration purulente.

Ses antécédents sont représentés par une HTA traitée par telmisartan et une tuberculose, bactériologiquement prouvée, à l'âge de 18 ans, non traitée et dont il garde des séquelles au niveau de l'apex droit. Il a fumé deux paquets de cigarettes par jour pendant 25 ans.

De l'interrogatoire, on retient une altération de l'état général récente avec un amaigrissement de 5 kg en 3 mois, et deux épisodes hémoptoïques minimes.

L'examen permet de retrouver un herpès labial et une matité de la base droite.

Radiologiquement, il existe une opacité systématisée du lobe inférieur droit accompagnée d'un épanchement pleural homolatéral de petite abondance et d'adénopathies médiastinales.

Il existe une hyperleucocytose à 20 000 GB/mm³ à prédominance de polynucléaires (85 %), sans anémie. La vitesse de sédimentation est accélérée (110 mm à la 1^{ère} heure). La fonction rénale et le bilan biologique hépatique sont normaux.

1/ La consommation tabagique peut être chiffrée en paquets année. Dans cette observation, quelle est la valeur obtenue ?

2/ Quels diagnostics évoquez-vous ?

3/ Que proposez-vous initialement ?

4/ Un syndrome de compression cave supérieure apparaît. Celui-ci peut comporter ?

5/ Sachant que le diagnostic retenu sera celui de cancer à petites cellules, le bilan d'extension doit comporter ?

REPONSE :

1/ La consommation tabagique peut être chiffrée en paquets année. Dans cette observation, quelle est la valeur obtenue ?

Un paquet par jour pendant un an (ou 20 cigarettes par jour pendant un an) est qualifié de 1 paquet-année.

Consommation tabagique= nombre de paquets par jour * nombre d'année

= 2* 25

= 50 paquets/ année

2/ Il faut évoquer comme diagnostic :

1- Origine infectieuse :

Tuberculose, pneumopathie aiguë

Le diagnostic de pneumopathie à pneumocoque est évoqué devant le début brutal, l'expectoration purulente, la présence d'un herpès labial, l'hyperleucocytose à polynucléaires et l'image radiologique. De principe, on effectuera les recherches bactériologiques pour une mycobactérie en raison des antécédents, de l'absence initiale de traitement antituberculeux.

2 - Cancer bronchique :

Les pneumopathies aiguës infectieuses sont une circonstance de découverte des cancers bronchiques. On retiendra ce diagnostic devant l'altération de l'état général, les hémoptysies, les adénopathies médiastinales avec épanchement pleural.

3 - Pleurésie :

Le syndrome pleural peut être dû à une pleurésie réactionnelle inflammatoire, une pleurésie purulente ou un envahissement néoplasique.

3/ Que proposez-vous initialement ?

- Numération formule sanguine

- Hémoculture

- Ponction pleurale

Les examens effectués d'emblée permettront un diagnostic bactériologie : hémocultures, ponction pleurale exploratrice, voire prélèvements bactériologiques au-décours de l'endoscopie bronchique.

Secondairement une endoscopie bronchique permettra de découvrir un obstacle (par compression extrinsèque ou obstacle endo bronchique) et de faire des prélèvements biopsiques.

4/ Un syndrome de compression cave supérieure apparaît. Celui-ci peut comporter ?

- Céphalées
- Un œdème en pélerine
- Une cyanose faciale
- Une turgescence veineuse sous-cutanée avec varicosités et lacis veineux (thoracique supérieur et sublingual).
- Une paralysie phrénique droite (paralysie diaphragmatique, hoquet)
- Une paralysie récurrentielle (dysphonie)

5/ Sachant que le diagnostic retenu sera celui de cancer à petites cellules, le bilan d'extension doit comporter ?

Le bilan d'extension permet ici d'apprécier l'étendue du cancer avant chimiothérapie :

- Recherche de métastases hépatiques (cholestase biologique, échographie)
- Métastases osseuses (hypercalcémie, lésion osseuse lytique, scintigraphie osseuse)
- Métastases surrenaliennes (échographie)
- Métastases au niveau du système nerveux central (scanner cérébral).

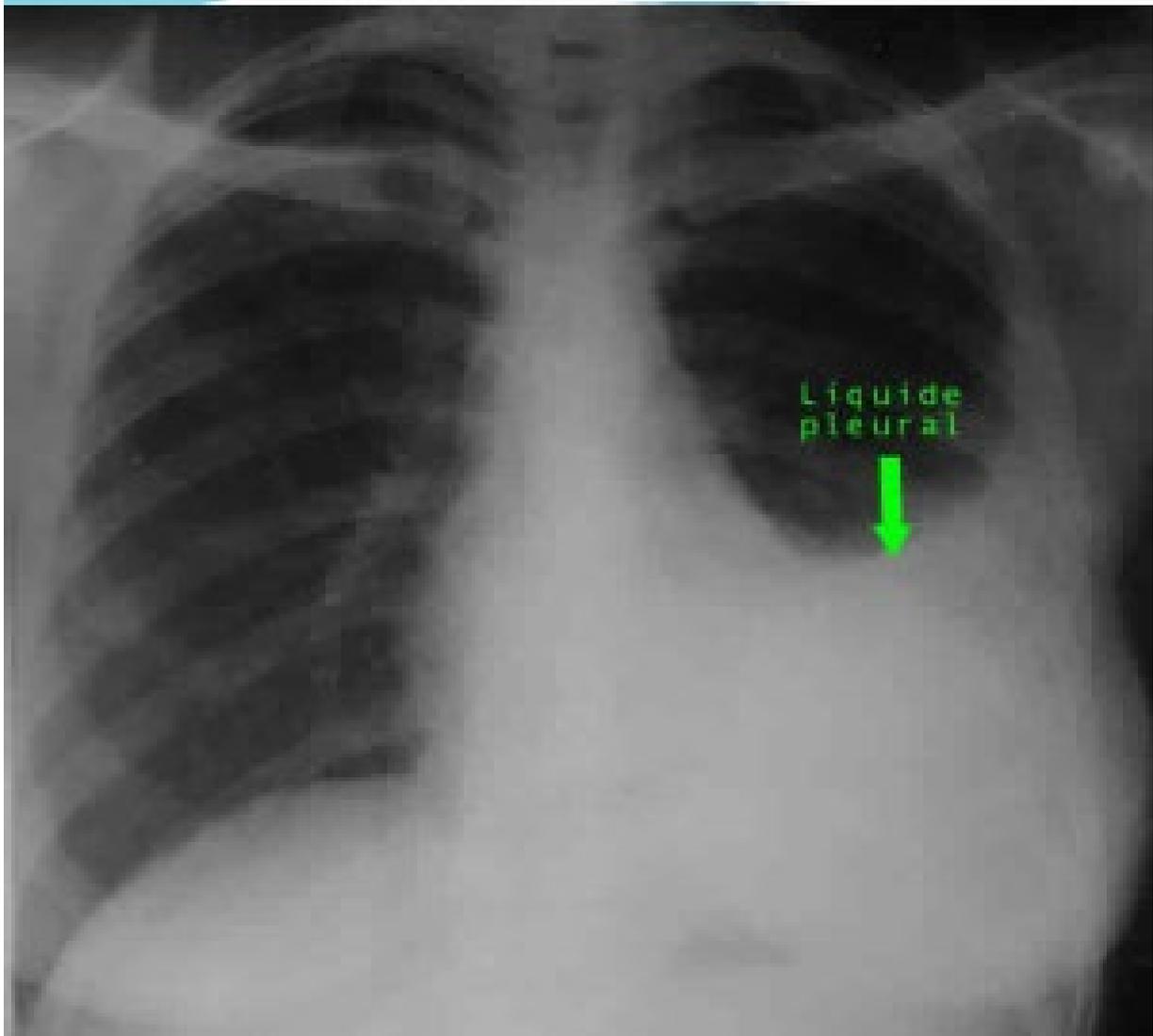
2EME CAS CLINIQUE :

Un homme de 46 ans, fumeur, est hospitalisé pour douleur thoracique gauche à type de point de côté et dyspnée et une toux peu productive. Les troubles se sont installés au décours d'un épisode infectieux d'allure virale.

Cliniquement il présente à gauche, une diminution de l'ampliation thoracique, une diminution des vibrations vocales, une matité franche et déclive, une abolition des murmures vésiculaires.

1/ Quel diagnostic évoquez-vous ?

2/ La radiographie confirme le diagnostic, en montrant, pour une pleurésie de moyenne abondance ?



3/ Quel est le premier examen complémentaire à demander ?

4/ Dans le cours du bilan, vous avez effectué une ponction pleurale. Sur quels éléments vous pouvez affirmer la nature purulente de cet épanchement ?

5/ Comment allez-vous traiter votre patient ?

REPONSE :

1/ Quel diagnostic évoquez-vous ?

Un épanchement pleural liquidien, devant :

- Contexte :** épisode infectieux d'allure virale
- Signes fonctionnels :**
 - Douleur thoracique à type de point de coté
 - Dyspnée
 - Toux peu productive
- Signes physiques :** au niveau de l'hémithorax gauche

- Une diminution de l'ampliation thoracique
- Une diminution des vibrations vocales
- Une matité franche et déclive
- Une abolition des murmures vésiculaires.

2/ La radiographie confirme le diagnostic, en montrant, pour une pleurésie de moyenne abondance ?

Une opacité dense et homogène, la limite supérieure est concave en haut et en dedans prolongée vers le haut et en dehors par une ligne bordante axillaire.

3/ Le premier examen complémentaire à demander est :

Une Ponction pleurale :

- Avant toute ATB.
- En pleine matité avec un cathéter de bon calibre.
- Parfois nécessite un repérage échographique
- Etudes :

- Cytologie

- Biochimie

- Bactériologie

4/ Dans le cours du bilan, vous avez effectué une ponction pleurale. Vous pouvez affirmer la nature purulente de cet épanchement sur :

- Analyse du liquide : jaune ou verdâtre, louche ou épais, odeur fétide (anaérobies).
- Biochimie :
 - Liquide riche en protéine (exsudatif).
 - PH <7.20 (utile si doute sur le caractère purulent ou pas).
 - Dosage de l'amylase si suspicion de fistule œsophagienne.
- Cytologie : polynucléaires altérées.
- Bactériologie : si possible avant toute ATB.
 - Examen direct et culture en milieu aérobie et anaérobie.
 - Antibiogramme si le germe est isolé.
 - Recherche de BAAR est systématique.

Les infections sont souvent poly microbienne.

En cas d'antibiothérapie préalable, le pus peut être aseptique et la présence de PN altérées confirme la purulence.

5/ Comment allez-vous traiter votre patient ?

Précoce et adapter en milieu spécialisé.

Traitement général :

Rééquilibration hydroélectrolytique et nutritionnelle.

Oxygénothérapie en fonction des gaz du sang.

Nursing.

Antibiothérapie :

Débuté après les prélèvements bactériologiques. Précoce, bactéricide, parentérale.

Durée moyenne : 6 semaines.

Au début empirique : on associe :

- Amoxicilline et acide clavulanique (Augmentin), ou une céphalosporine de 3eme génération.
- Métronidazole (Flagyl) : 2 g/j.
- Si suspicion d'entérobactérie on ajoute un aminoside (gentamicine ou amikacine)
- Adapté éventuellement en fonction des résultats bactériologiques.

Traitement local :

- ▶ Stade de diffusion : le traitement est basé sur la ponction pleurale :
- ▶ Stade de collection : le drainage thoracique est nécessaire.

Kinésithérapie : débuter précocement

-Permet de favoriser la ré expansion pulmonaire.

-Elle doit durer 3 mois voire plus.

-Une chirurgie de type décortication ne doit être envisager qu'après échec d'une période satisfaisante de kinésithérapie.

Traitement chirurgical :

- Thoracoscopie : évacuation des débris purulents, décloisonnement des poches, nettoyage complet de la cavité.
- Décortication pleurale en cas d'enkystement.

Traitement du foyer septique initial : étape essentielle en particulier ORL, cutanée et stomatologique.