

PNEUMOLOGIE

Épreuve de Vérification des Connaissances Pratiques

Sujet :

Cas 1

Vous recevez en consultation un homme de 34 ans pour une dyspnée d'effort. Il est gérant d'un garage automobile et a été exposé aux poussières dès son enfance, accompagnant régulièrement son père qui était lui-même garagiste. Il fume depuis l'âge de 17 ans environ 20 cigarettes par jour, la première dès le lever du lit, et ne consomme pas de cannabis. Il ne souhaite pas arrêter. Il pèse 65 kg ce qui est stable pour une taille de 195 cm soit un indice de masse corporel de 17 kg/m². Il ne rapporte qu'une toux avec quelques expectorations claires le matin au réveil sans autres manifestations la journée. Il a constaté qu'il a du mal à suivre sa femme à la marche en terrain plat sans pouvoir dater précisément l'apparition de cette dyspnée, raison de sa consultation. Il ne rapporte pas de variabilité de sa symptomatologie ni de gêne ORL saisonnière ou actuelle, ni de bronchites au cours des années précédentes.



Question N°1 :

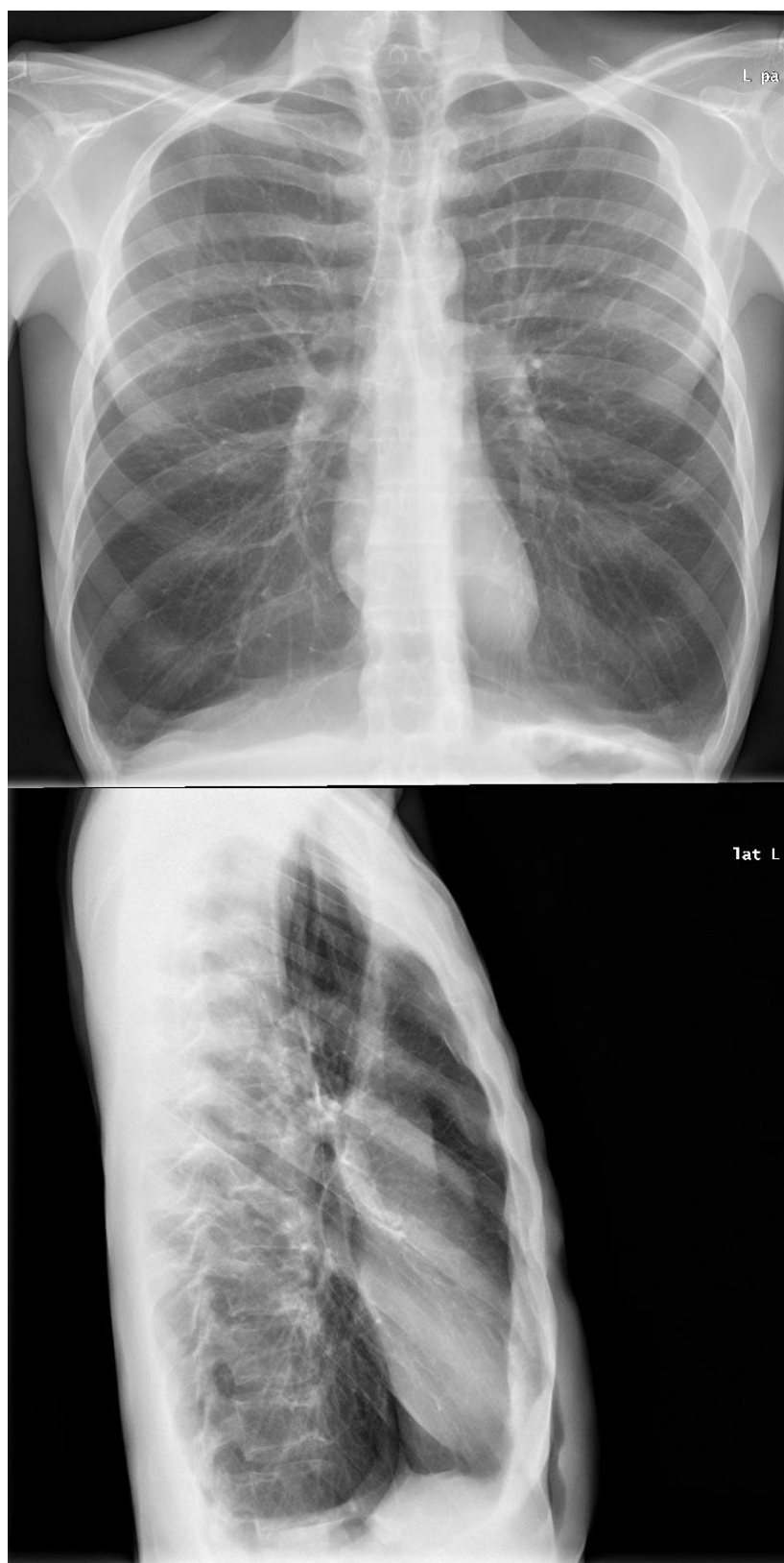
Interprétez ses EFR et précisez ce qui manque.

		Pré	Théo	% Théo	Z-Score
Capacité Vitale Lente	L	6.31	6.29	100	
VRE	L	2.56	1.71	150	
VT	L	0.96	0.46	206	
CRFpl	L	7.53	3.78	199	
VR	L	4.96	2.07	239	
CPT	L	11.28	8.50	133	
VR % CPT	%	44.01	27.22	162	
CVF	L	5.16	6.01	86	
VEMS	L	1.29	4.91	26	
VEMS % CVF	%	25.01	81.09	31	
DEP	L/s	5.08	10.66	48	
DEM 75	L/s	0.76	9.19	8	
DEM 50	L/s	0.40	5.99	7	
DEM 25	L/s	0.26	2.87	9	
DEMM 25/75	L/s	0.43	5.02	9	
Zone expir. D/V	L*L/s	3.73			
R 0.5	cmH2O/(L/s)	2.05	3.06	67	
SR AW	cmH2O*s	28.94			
SG AW	1/(cmH2O*s)	0.03			
DLCO Apnée	ml/(min*mmHg)	11.56	39.98	29	
DLCOc Apnée	ml/(min*mmHg)	11.56	39.98	29	
DLCO_SB / VA	ml/(min*mmHg*L)	1.65	4.70	35	
DLCOc/VA	ml/(min*mmHg*L)	1.65			
VA Apnée	L	7.00	8.35	84	
Temps d'apnée	sec	12.0			
VIN Apnée	L	5.49	6.29	87	



Question N°2 :

Vous complétez par une radiographie de thorax que voici. Interprétez-là en précisant ce que vous observez.



Question N°3 :

Vous proposez le diagnostic de bronchopneumopathie chronique obstructive. Quel(s) examen(s) proposez-vous pour compléter le bilan initial de ce patient ?

Question N°4 :

Quelle(s) prise(s) en charge et quel(s) traitement(s) lui proposez-vous à ce stade ?

Il se présente spontanément 3 semaines plus tard car il présente une rhinite qui s'est rapidement compliquée d'une majoration de sa dyspnée et d'un encombrement bronchique avec expectorations vertes collantes. Il a été voir son médecin traitant qui lui a prescrit de l'Amoxicilline 1g 2 fois par jour pendant 7 jours mais il voudrait avoir votre avis. Le patient ne rapporte pas d'allergie connue. La fréquence respiratoire est à 21 cycles par minutes avec une SpO₂ à 93% en air ambiant, la fréquence cardiaque est régulière à 90 battements par minute, la pression artérielle à 136 / 79 mmHg et la température à 37,3 °C. L'examen clinique ne note pas de contraction significative des muscles inspiratoires accessoires et l'auscultation retrouve quelques ronchi modérés diffus sans foyer auscultatoire. Vous réalisez un gaz du sang qui retrouve : PaO₂ 65 mmHg, PaCO₂ 43 mmHg, pH 7,37 et bicarbonates 25 mmol/L.

Question N°5 :

Quel diagnostic retenez-vous ? Pensez-vous que l'antibiothérapie proposée soit adaptée (justifier) ?

Question N°6 :

Quelle prise en charge proposez-vous ?



Cas 2

Un patient de 70 ans vient vous voir car il présente une somnolence diurne importante. Il présente une obésité avec un index de masse corporelle à 36 kg/mm². Il est fumeur actif. Il a présenté un infarctus du myocarde il y a deux ans dont il a parfaitement récupéré. L'échographie cardiaque ne retrouve pas de dysfonction ventriculaire gauche.

L'interrogatoire retrouve un sommeil de mauvaise qualité avec des difficultés d'endormissement et de maintien du sommeil depuis des mois, associé à des ronflements et des pauses perçues par l'entourage.

Question N°1 :

Quel examen allez-vous demander à ce stade ? Justifiez votre réponse.

Question N°2 :

L'examen diagnostique un SAOS avec un IAH à 35/h.

Quel(s) autre(s) examen(s) allez-vous demander à ce stade ? Justifiez votre réponse.

Question N°3 :

Les EFR ne retrouvent pas de trouble ventilatoire obstructif, ni restrictif. Les GDS montrent un pH à 7,42 une PaO₂ à 65 mmHg, une PaCO₂ à 52 mm Hg et HCO₃⁻ à 32 mmol/L.

Quel est votre diagnostic précis et quel traitement(s) mettez-vous en place à ce stade ?

Question N°4 :

Vous revoyez le patient à 4 mois de la mise en place de votre traitement.

En dehors de l'efficacité cliniques sur les symptômes et la gazométrie artérielle, quel(s) paramètre(s) allez-vous surveiller lors de cette visite ?

Question N°5 :

Lors de votre visite, tous les éléments surveillés sont normaux sauf la PaCO₂ qui est à 48 mm Hg.

Quelle est votre proposition thérapeutique pour la suite de la prise en charge de ce patient ?



Cas 3

Madame P, 62 ans, consulte pour découverte d'une image thoracique anormale dans le cadre d'un bilan de BPCO. Il s'agit d'une patiente tabagique active à 70PA, à raison de 15 cigarettes par jour. Elle travaille comme femme de ménage. Il n'y a aucun antécédent médico-chirurgicaux, elle ne prend aucun traitement.

A l'interrogatoire, on retrouve une toux associée à une expectoration matinale évoluant depuis plusieurs années, de majoration récente. On retrouve également une dyspnée d'exercice évaluée à 2 étages. A l'examen, le PS est à 1, la patiente est eupnéique au repos, on note la présence d'une distension thoracique. On retrouve également un hippocratisme digital. A l'auscultation, le murmure vésiculaire est légèrement assourdi de manière bilatérale et symétrique, sans bruit surajouté. L'examen cardio-vasculaire est normal.

Le scanner thoracique retrouve une lésion spiculée suspecte de 3 cm du lobe supérieur gauche, associée à des adénopathies médiastinales bilatérales.

Question N°1 :

Quel bilan d'extension tumorale allez-vous prescrire à ce stade ?

Question N°2 :

Le bilan d'extension retrouve malheureusement une maladie au stade IV (lésions hépatiques et surrénaliennes). La biopsie bronchique pose le diagnostic d'adénocarcinome pulmonaire TTF1+, avec une expression de PDL1 de 35% en immunohistochimie.

Quelles mutations souhaitez-vous avoir a minima à ce stade ?

Question N°3 :

Vous avez effectué des analyses de biologie moléculaire qui reviennent négatives. Les fonctions rénales et hépatiques sont normales.

Quel traitement systémique allez-vous proposer ?

Question N°4 :

En cas de bonne tolérance et d'une efficacité de ce traitement, combien de temps allez-vous poursuivre ce traitement de 1e ligne ?

Question N°5 :

Quelle prescription faites-vous en 1^e intention pour aider au sevrage tabagique de Mme P. ?

Cas 4



Mme M, née le 01/07/1974, est hospitalisée pour détresse respiratoire aiguë.

Elle rapporte un tabagisme actif à 50 PA (6 cigarettes par jour actuellement), un éthylisme sevré. Elle travaillait à mi-temps comme fonctionnaire et est actuellement en arrêt de travail. Elle ne sort plus de chez elle et rapporte une somnolence diurne excessive.

On note dans ses antécédents, un diabète de type 2, une dyslipidémie, une obésité avec un IMC à 38 kg/m², une cirrhose éthylique, une hypothyroïdie et un trouble bipolaire.

Elle est prise en charge par les pompiers pour des troubles de la vigilance. Au SAU, on constate une patiente hypoxémique avec des épisodes de désaturations profondes. Elle rapporte une dyspnée de repos. L'auscultation pulmonaire retrouve des râles bronchiques. Le bilan biologique retrouve une hyperleucocytose à 16000/mm³ à prédominance neutrophilique, les dosages des D-Dimères est à 800 ng/mL et le NT-pro BNP est normal. La créatininémie est normale. La gazométrie artérielle en air ambiant retrouve : pH=7,35 – PaCO₂=66 mmHg – PaO₂=41 mmHg – HCO₃⁻=37 mmol/L.

Question N°1 :

Quels diagnostics pourraient participer à cette hypoventilation alvéolaire chronique ?

Question N°2 :

Quel bilan effectuez-vous en urgence ?

Question N°3 :

Quelles prises en charge thérapeutiques débutez-vous en urgence?

Question N°4 :

Sur quels critères évaluez-vous l'efficacité de la prise en charge lors de votre suivi à 3 mois ?

Question N°5 :

Quels examens faites-vous pour le bilan de cette hypoventilation alvéolaire chronique au décours de l'hospitalisation?