

PNEUMOLOGIE

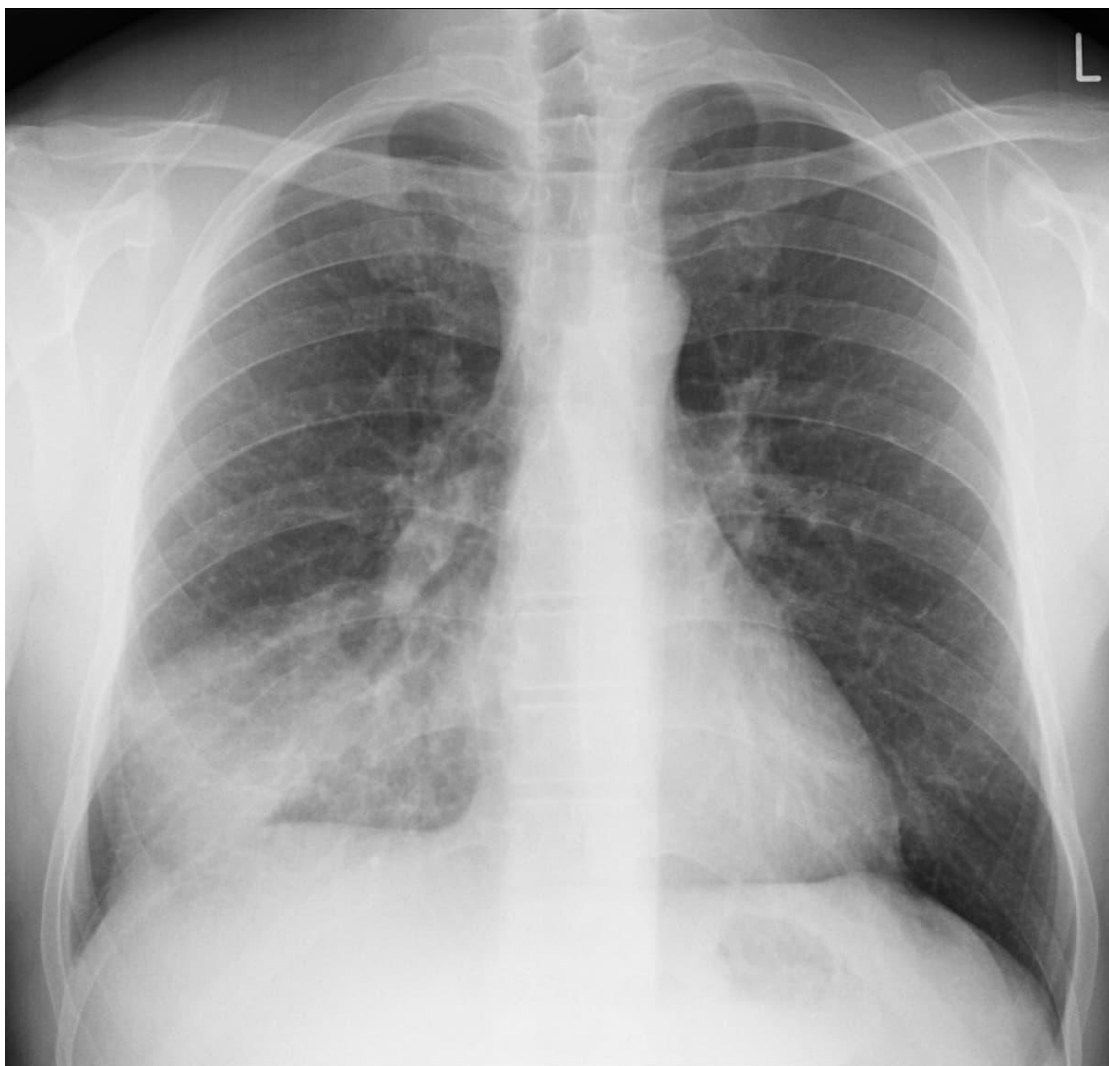
Épreuve de Vérification des Connaissances Pratiques

Cas clinique n°1

Un homme âgé de 52 ans, sans antécédent, consulte aux Urgences pour une douleur basithoracique droite fébrile, évoluant depuis 24 heures.

A l'arrivée, les constantes sont les suivantes : saturation en oxygène 98 % en air ambiant, température 38,6°C, tension artérielle 124/72 mmHg, fréquence cardiaque 72/min. Le bilan biologique retrouve une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles, une fonction rénale normale, un taux de protéine C-réactive de 95 mg/L.

La radiographie de thorax est la suivante :



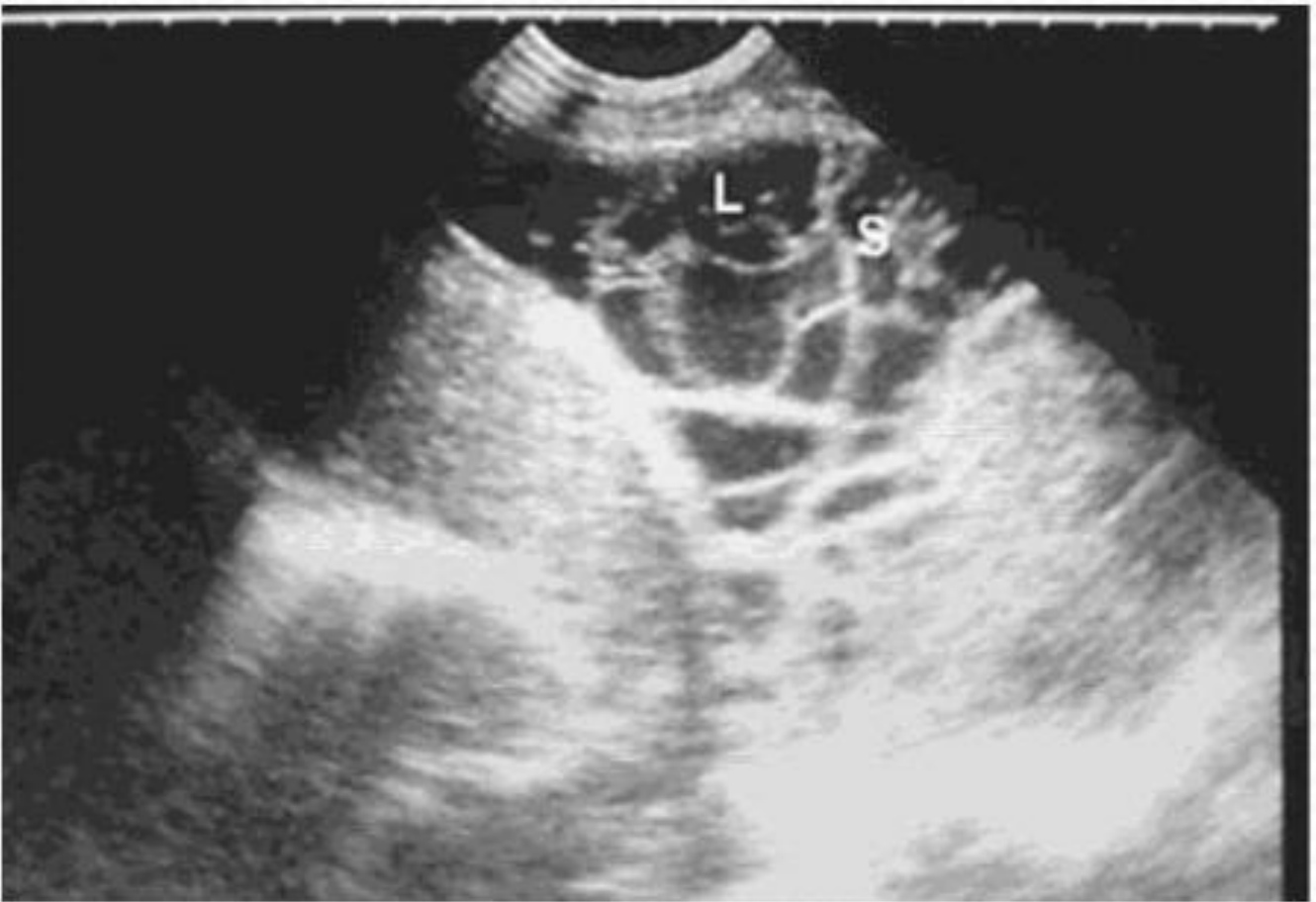
Question n°1 :

Quel est votre diagnostic ?

Question n°2 :

Quelle est votre prise en charge ?

72 heures plus tard, le patient consulte de nouveau et vous constatez une aggravation clinique : persistance de la douleur thoracique, apparition d'une dyspnée au moindre effort, persistance de l'hyperthermie à 39,1°C. L'échographie thoracique à l'arrivée est la suivante :



Question n°3 :

Interprétez l'image de l'échographie.

Question n°4 :

Quel est votre diagnostic ?

Question n°5 :

Quelle est votre prise en charge diagnostique et thérapeutique ? Précisez vos réponses.

Cas clinique n°2

Vous recevez à votre consultation un homme âgé de 47 ans qui se plaint de dyspnée sifflante, survenant à n'importe quel moment de la journée et également la nuit (réveils nocturnes plus de 2 fois par semaine).

Son médecin traitant a initié un traitement par salbutamol à la demande qui le soulage.

Le patient signale aussi un recours fréquent à des corticoïdes oraux pour la survenue d'épisodes d'augmentation progressive des symptômes respiratoires, plus de 3 fois par an.

Dans ses antécédents, on retrouve une polypose nasale et une sinusite chronique. L'EFR retrouve un trouble ventilatoire obstructif réversible (avec gain de 200 ml du VEMS après test au salbutamol).

A la numération-formule sanguine, il existe une éosinophilie supérieure à 700/mm³.

Question n°1 :

Quel est votre premier diagnostic ? Précisez en détail votre réponse.

Question n°2 :

Quels sont les facteurs favorisants et les diagnostics différentiels qui sont à rechercher ?

Question n°3 :

Votre diagnostic est confirmé. Comment organisez-vous la prise en charge thérapeutique ? Détaillez votre réponse.

Question n°4 :

Vous revoyez votre patient après 4 mois. Il signale une légère amélioration clinique mais les symptômes persistent de façon quasi-quotidienne. Quelle attitude thérapeutique adoptez-vous ?

Question n°5 :

4 mois plus tard encore, vous rencontrez à nouveau le patient à une consultation de suivi. Sur quels critères évaluez-vous l'éventuelle amélioration de votre patient ?

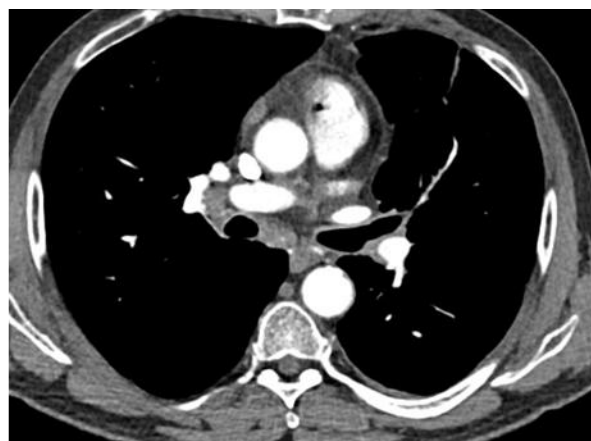
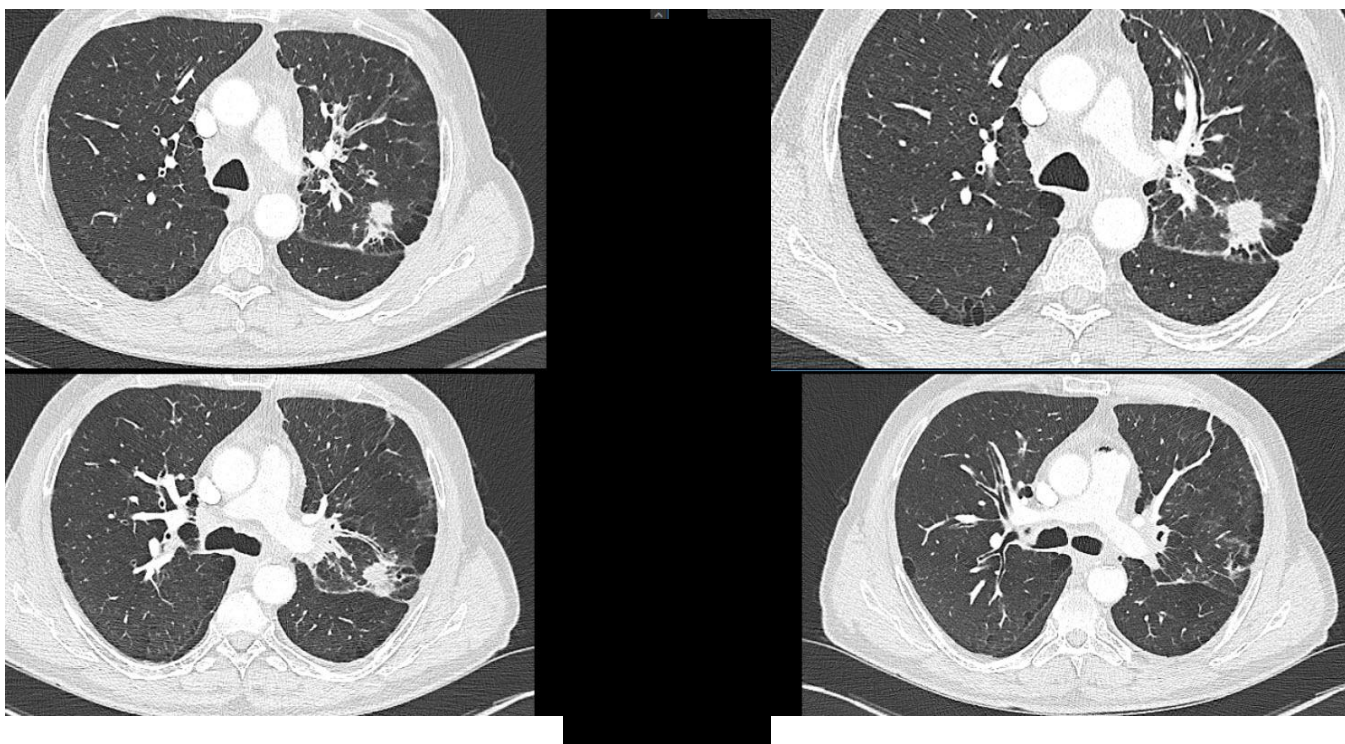
Cas clinique n°3

Un homme âgé de 69 ans consulte pour la découverte d'une image thoracique anormale dans le cadre d'un bilan de BPCO. Il est tabagique à 60 paquets-années, avec une consommation actuelle de 20 cigarettes par jour. Il n'a pas d'exposition professionnelle connue.

Le patient a une cardiopathie ischémique équilibrée, traitée médicalement. Il a récemment revu son cardiologue qui notait un contrôle optimal, avec une fraction d'éjection ventriculaire gauche normale en échographie transthoracique. Son traitement associe acide acétylsalicylique 75 mg/jour, clopidogrel 75 mg/jour, un bêta-bloquant et une statine.

L'interrogatoire retrouve une toux associée à des expectorations matinales évoluant depuis plusieurs années avec quelques crachats hémoptoïques depuis quelques semaines. L'interrogatoire retrouve également une dyspnée d'effort évaluée à 2 étages. L'état général est conservé. La saturation en oxygène est à 97% en air ambiant. A l'auscultation, le murmure vésiculaire est légèrement diminué de manière bilatérale et symétrique, sans bruit surajouté. L'examen cardio-vasculaire est normal.

L'angioscanner thoracique (cf. iconographie) ne retrouve pas d'embolie pulmonaire mais une lésion suspecte de 16 x 12 mm du lobe supérieur gauche, associée à des adénomégalies médiastinales bilatérales, de petit axe > 1 cm.



Question n°1 :

Quel(s) examen(s) complémentaire(s) non invasif(s) vous paraî(ssen)t pertinent(s) chez ce patient à ce stade ?

Question n°2 :

Le bilan réalisé permet de caractériser une maladie localisée au thorax sans extension à distance. Quel examen invasif vous paraît le plus pertinent à ce stade ? Argumentez votre réponse. Fournissez les détails de cet examen et de son organisation.

Question n°3 :

L'examen a permis le diagnostic d'un carcinome épidermoïde avec score de proportion totale (TPS) PDL1 de 90%. La tumeur est classée cT1bN1M0 soit IIB. La BPCO est classée Gold 1A. Comment organisez-vous la prise en charge thérapeutique ?

Question n°4 :

A l'issue de la séquence thérapeutique, programmez-vous un suivi ? Si oui, lequel ?

Question n°5 :

Quatre ans plus tard, le patient est toujours en bon état général mais présente une récurrence métastatique cérébrale et surrénalienne de son carcinome épidermoïde. Quelles sont les options thérapeutiques possibles ?

Cas clinique n°4

Un homme âgé de 66 ans se présente aux Urgences pour une dyspnée au moindre effort, associée à une toux et des expectorations verdâtres. Cela a commencé il y a cinq jours par une rhinorrhée et une odynophagie. Il est chauffeur-routier retraité et poursuit un tabagisme actif à un paquet de cigarettes par jour.

Ses antécédents comportent une hypertension artérielle et une coronaropathie. Son traitement habituel comporte : acide acétylsalicylique, périndopril, bisoprolol et atorvastatine.

L'examen clinique retrouve une saturation transcutanée en oxygène (SpO₂) de 89% en air ambiant, une fréquence respiratoire à 22/min, une tension artérielle à 154/72 mmHg et un pouls régulier à 94/min. L'auscultation identifie la présence de quelques ronchi et de sibilants diffus. On note une expiration à lèvres pincées et la présence d'un signe de Hoover.

Le bilan biologique retrouve un syndrome inflammatoire biologique avec une hyperleucocytose à 18 G/L dont 15 G/L de polynucléaires neutrophiles, un taux de protéine C-réactive (CRP) à 158 mg/L et un taux de procalcitonine à 3,5 ng/mL. La gazométrie artérielle retrouve en air ambiant : pH 7,39, PaCO₂ 44 mmHg (5,8 kPa), PaO₂ 54 mmHg (7,2 kPa), bicarbonates 27 mMol/L. Une radiographie thoracique est réalisée.

Le patient est hospitalisé en pneumologie. Vous évoquez une exacerbation aiguë de BPCO.

Question N°1 :

Quels sont les grands principes de la prise en charge dans les 24 premières heures ?

Alors que le patient est pris en charge depuis 48 heures, il présente une aggravation de son état clinique. Les infirmières de nuit, alors qu'elles effectuent leur première surveillance, le trouvent polypnéique avec une fréquence respiratoire à 32/min et en sueurs. La fréquence cardiaque est à 132/min. La SpO₂ a chuté à 88% sous oxygénothérapie 3 L/min. Un gaz du sang a été réalisé et retrouve : pH 7,32, PaCO₂ 58 mmHg (7,7 kPa), PaO₂ 56 mmHg (7,4 kPa) et bicarbonates 31 mMol/L.

Question N°2 :

Sur quels critères reprenez-vous l'indication à la mise en place d'une ventilation non invasive ?

Question N°3 :

Quelles conditions doivent être respectées pour mettre en place la ventilation non invasive en secteur d'hospitalisation conventionnelle ?

Question N°4 :

Quelles sont les modalités pratiques de la mise en place et du réglage initial de la ventilation non invasive dans ce contexte ?

Question N°5 :

Quels paramètres cliniques doivent être surveillés dans les premières minutes et les premières heures sous ventilation non invasive ?

Question N°6 :

Quels éléments au cours de cette surveillance motiveraient un transfert du patient en réanimation ?