

SÉMINAIRE EDN · CEP 210–211

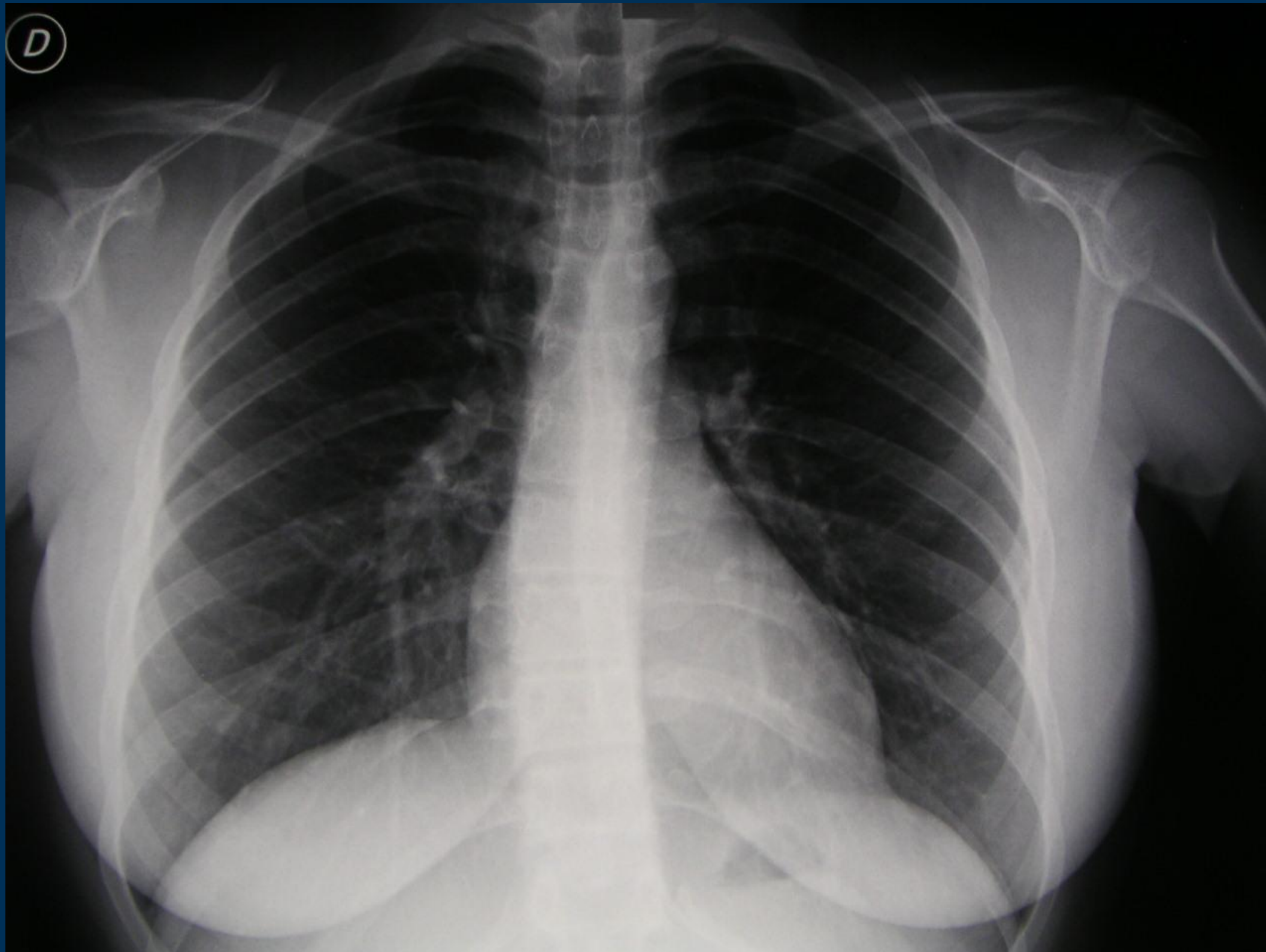
Pneumopathies Interstitielles Diffuses & Sarcoïdose

Dossiers progressifs EDN - ECOS

Pour affirmer l'existence d'une PID, il faut :

- A** une plainte fonctionnelle
- B** une anomalie auscultatoire
- C** un retentissement aux EFR
- D** une imagerie pulmonaire pathologique

Est-ce une PID ?



A

Oui

B

Non

Est-ce une PID ?



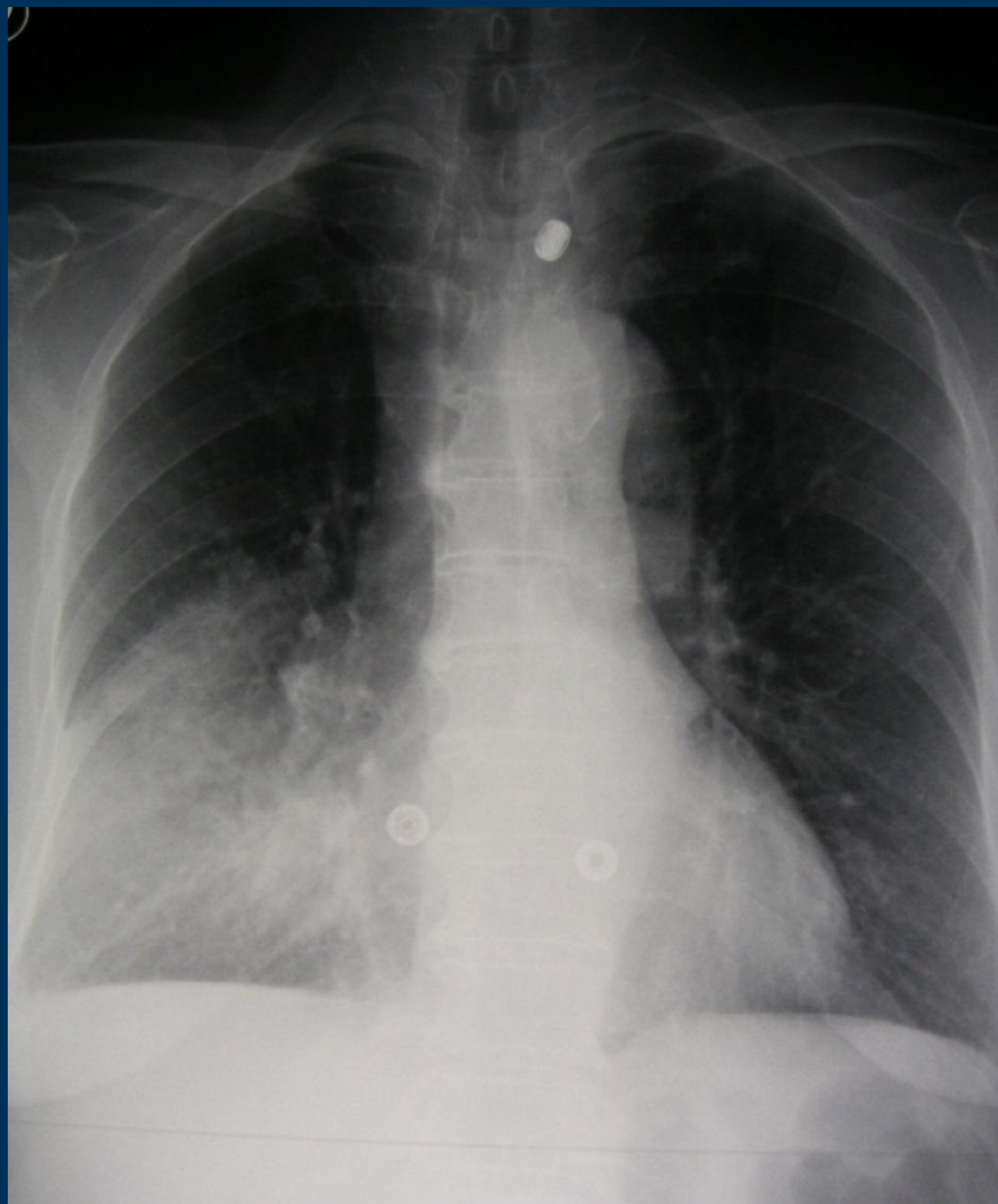
A

Oui

B

Non

Est-ce une PID ?



A Oui

B Non

Présentation initiale

DONNÉES CLINIQUES

- Vous voyez en consultation Me P. 64 ans pour une dyspnée d'effort et une toux sèche évoluant depuis 2 mois.
- Elle a comme antécédent une arythmie complète par fibrillation auriculaire.
- Elle n'a jamais fumé.
- On perçoit à l'auscultation pulmonaire des crépitants avec des squeaks.

Quels éléments augmentent la probabilité d'une pathologie infiltrative diffuse ?

- A** Signes extra-respiratoires en faveur d'une maladie systémique
- B** Souffle d'insuffisance mitrale 4/6 avec galop gauche
- C** Antécédent d'allergie médicamenteuse
- D** Antécédent familial de fibrose pulmonaire
- E** Syndrome fébrile

Présentation initiale

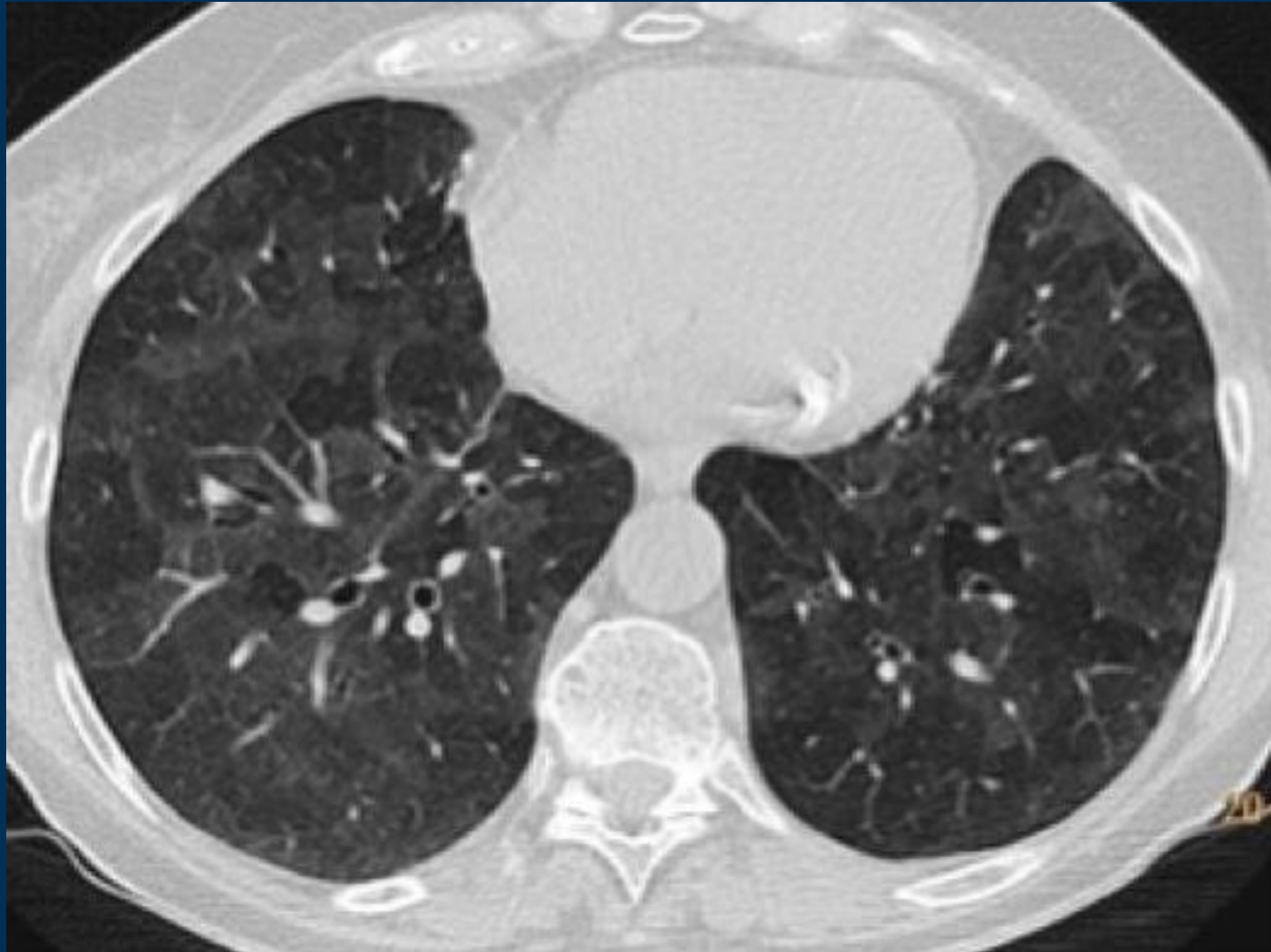
DONNÉES CLINIQUES

La patiente vous informe qu'elle est agricultrice et a un élevage de 70 vaches. Son travail depuis 30 ans consiste à balayer les mangeoires, nettoyer les litières, et fourrager le foin. Ses traitements sont les suivants : amiodarone, coumadine, alprazolam. Elle a une fille en bonne santé, dont elle garde le canari depuis 4 mois.

Quels éléments peuvent entraîner ou orienter vers une PID ?

- A** Exposition professionnelle aux moisissures
- B** Alprazolam
- C** Amiodarone
- D** Allergie aux protéines de lait de vache
- E** Exposition domestique au canari

Que voyez-vous sur ce scanner ?



- A** Verre dépoli
- B** Condensations
- C** Micronodules / aspect bronchiolocentrique
- D** Rayon de miel
- E** Scanner normal

À ce stade, quel(s) examen(s) complémentaire(s) prescrivez-vous à visée étiologique ?

- A** Une bronchoscopie souple avec LBA
- B** Une biopsie pulmonaire chirurgicale
- C** Un dosage des précipitines sériques « poumon de fermier » et des éleveurs d'oiseaux
- D** Un test de provocation aux antigènes suspectés
- E** Un bilan immunologique

LBA : GB $370 \times 10^6/L$ — PNN 4 % — Lymphocytes 61 % — Éosinophiles 2 % — Absence de sidérophages.
Ratio CD4/CD8 = 0,4

Parmi les propositions concernant ce LBA, lesquelles sont exactes ?

- A** Il existe une alvéolite à éosinophiles
- B** Le LBA est normal
- C** Il existe une alvéolite lymphocytaire
- D** Il existe une hémorragie intra-alvéolaire
- E** Il existe une prédominance de lymphocytes CD8

Les précipitines sériques reviennent positives contre les moisissures retrouvées dans les foins et contre les protéines aviaires.

Quel est le diagnostic le plus probable ?

- A Une sarcoïdose pulmonaire
- B Une pneumopathie d'hypersensibilité
- C Un lymphome pulmonaire
- D Une pneumopathie à la Cordarone
- E Une insuffisance cardiaque

Quel va être l'élément essentiel de votre traitement ?

- A Corticothérapie orale
- B Arrêt de la Cordarone
- C Éviction de l'exposition professionnelle (foin/moisissures)
- D Antifongique
- E Éviction de l'exposition aviaire au canari

ECOS · STATION PNEUMOLOGIE

Correction de station — Mr B., 62 ans

CONSIGNE ÉTUDIANT

Situation clinique

Vous êtes pneumologue et recevez en consultation Mr B., un homme de 62 ans, adressé par son médecin traitant pour dyspnée d'effort évoluant depuis 6 mois et toux sèche, Il présente un tabagisme à 40 paquets-années, sevré il y a 3 ans. Il n'a pas d'autre antécédent notable. À l'examen physique, vous constatez des crépitants secs des 2 bases. Vous examinez ses doigts (cf. photographie fournie par l'examineur).

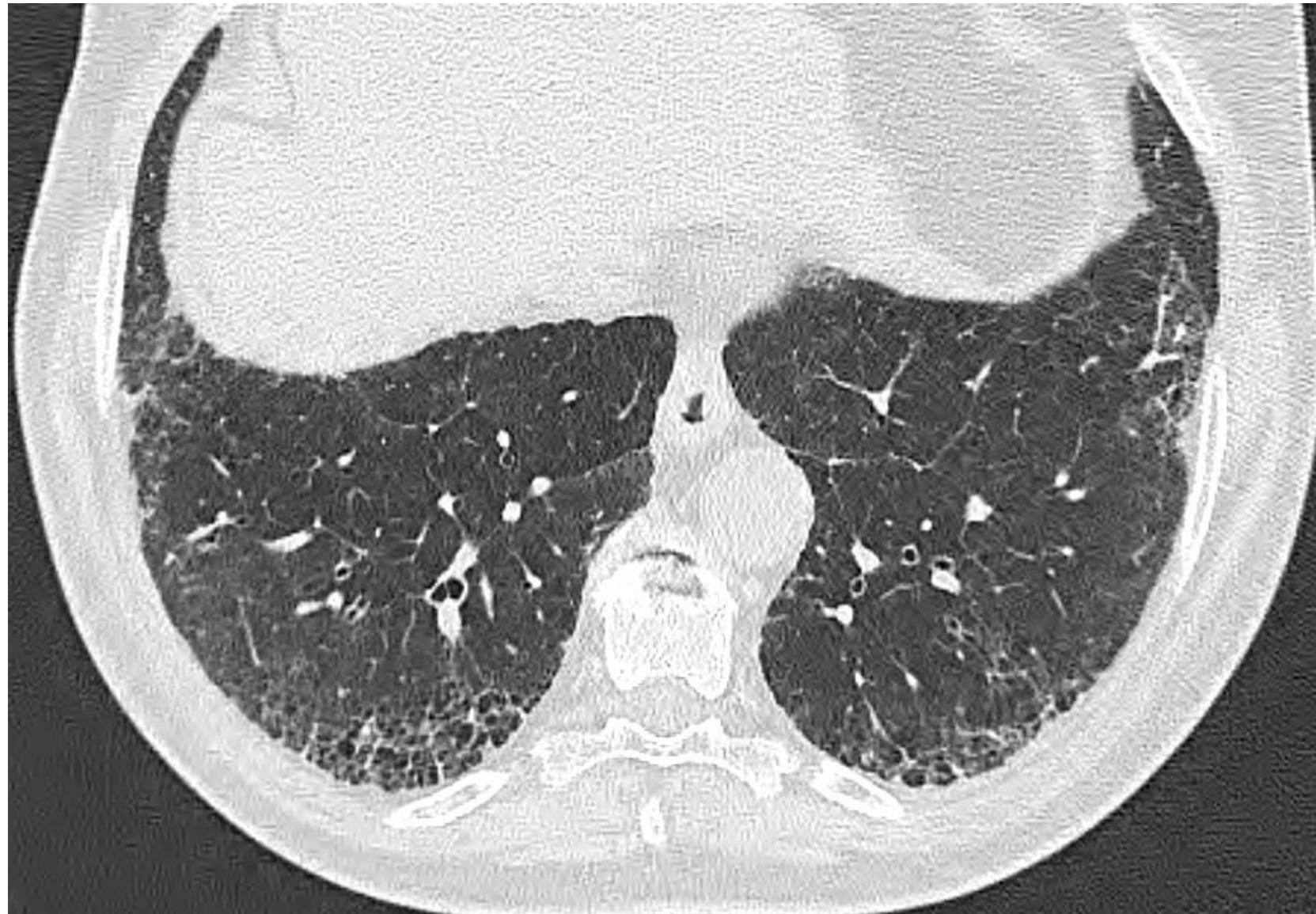
Résultats disponibles :

EFR (réalisées la semaine précédente) :

CVF 68 % de la théorique — VEMS 73 % de la théorique — CPT 70 % de la théorique

VEMS/CVF 85 % — DLco 57 % de la théorique — SpO₂ minimale au TM6 : 88 %

Un scanner thoracique haute résolution sans injection est disponible (cf. document fourni par l'examineur).



Vous disposez de 8 minutes (temps de préparation inclus) pour :

- Analyser les éléments cliniques (téguments, auscultation) et en tirer les conséquences diagnostiques.
- Interpréter les EFR et formuler un syndrome fonctionnel respiratoire.
- Décrire et interpréter le scanner thoracique.
- Proposer un bilan étiologique argumenté.
- Annoncer au patient votre hypothèse diagnostique principale et lui expliquer la suite de la prise en charge.

Vous ne devez pas :

- Réaliser un examen physique complet au-delà de ce qui est demandé.
- Prescrire un traitement médicamenteux à ce stade.
- Réinterroger l'histoire tabagique, qui figure dans le dossier.

Durée de station
8 minutes
préparation incluse

Présentation initiale

Mlle E, 32 ans, consulte en pneumologie pour dyspnée d'apparition progressive. Cette patiente ne présente aucun antécédent.

Originaire de la Guadeloupe, elle ne fume pas et travaille depuis 10 ans comme secrétaire dans une entreprise de matériaux.

Sa gêne respiratoire est apparue à l'effort il y a 3 semaines.
Elle signale aussi une perte de 2 kilos ce dernier mois et une toux sèche.

Son examen clinique retrouve : auscultation pulmonaire normale mais SpO2 en air ambiant : 95%. Sur le plan extra-respiratoire, on note une tuméfaction parotidienne bilatérale douloureuse fébrile, une paralysie faciale atteignant l'hémiface supérieure et inférieure. Par ailleurs, l'examen physique retrouve des adénopathies axillaires et des lésions cutanées.

Identifiez les structures numérotées sur cette radiographie



- A** 1 = oreillette gauche ; 2 = bouton aortique ; 3 = poche à air gastrique
- B** 1 = adénopathie hilare ; 2 = bouton aortique ; 3 = poche à air gastrique
- C** 1 = crosse azygos ; 2 = VCS ; 3 = angle colique gauche
- D** 1 = adénopathie hilare ; 2 = VCS ; 3 = poche à air gastrique

Sur l'ensemble des éléments, quelle est l'hypothèse diagnostique la plus probable ?

- A** Tuberculose-maladie
- B** Pneumopathie infectieuse communautaire
- C** Sarcoïdose
- D** Lymphome
- E** Insuffisance cardiaque gauche

Quels sites de prélèvement biopsique privilégier ?

- A Ponction cytologique à l'aiguille d'une parotide
- B Biopsie des glandes salivaires accessoires
- C Biopsie cutanée des lésions observées
- D Biopsies bronchiques + LBA ± cytoponction sous écho-endoscopie
- E Aucun prélèvement — preuve AP jamais requise

Les principaux résultats des différents examens effectués sont :

NFS : créatininémie 126 $\mu\text{mol/L}$, Calcémie 2.69mmol/l. calciurie des 24 heures 23 mmol/l (Normale : 2,5-6 mmol/l). cytolyse à 2N ; cholestase à 3.5 N. ECA à 3N

Bronchoscopie souple : LBA : alvéolite, 42% de macrophages, 55% de lymphocytes. Biopsies bronchiques : granulomes épithélioïdes et gigantomacrophagaires sans nécrose caséuse.

ECG normal.

Echographie abdominale : hépatosplénomégalie avec adénopathies coeliaques et hépatiques.

Consultation ophtalmologique : uvéite antérieure aiguë. Fond d'œil normal.

Concernant ces résultats, quelles propositions sont exactes ?

- A** L'alvéolite lymphocytaire à CD4 est évocatrice de sarcoïdose
- B** L'absence de nécrose caséuse exclut formellement une origine infectieuse
- C** La lymphopénie peut être un signe d'activité
- D** L'hypercalcémie est liée à une hyperparathyroïdie
- E** L'insuffisance rénale s'accompagne le plus souvent d'un syndrome glomérulaire