
Cas Clinique

2019-2020

Énoncé

Vous recevez en consultation Monsieur Z.S, 47 ans, qui se plaint d'une douleur thoracique droite associée à une toux productive et des frissons.

Complétez l'interrogatoire

Interrogatoire

Adresse: El Bouni, Annaba

Situation familiale: Marié et père de 2 enfants

Profession: Agent de sécurité depuis 15 ans dans une société;

Antécédens: Aucun

Exposition aux toxiques: Fume 1 paquet de cigarettes par jour depuis 18 ans

Histoire de la maladie:

- . Depuis quand? deux jours
- . Comment ? Au café, de façon brutale vers 10h30
- . Quoi? Symptômes, caractères sémiologiques, évolution

. Douleur thoracique droite à type de « point de coté », peu intense,

. Expectoration verdâtre, inodore, peu abondante, toute la journée

Fièvre non chiffrée avec frissons intermittents

Y-a-t-il d'autres symptômes associés? Absence de signes associés.

Énoncé (2)

- A l'examen physique :

Patient conscient, bien coloré, pâle.

TA = 140/70 cmHg ; FR= 24 C/min; FC= 100 Bat/min

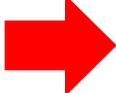
SaO₂= 96% ; T°= 39.8° C

Examen pleuro-pulmonaire:

- Râles crépitants à la moitié supérieure de l'hémithorax droit
- Les reste de l'examen clinique est sans particularité: *Cardio-vasculaire, ORL, Digestif, Neurologique, Ganglionnaire...*

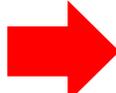
Quelle est votre hypothèse diagnostique ?

- Toux et expectorations
- Fièvre à 39.8°
- Frissons
- Râles crépitants en foyer

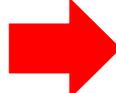
 **Infection respiratoire basse**

Bronches ou parenchyme?

- Râles crépitants en foyer
- Absence de râles bronchiques

 Probablement **Parenchyme**
= Pneumonie

- Depuis 2 jours

 **Pneumonie aiguë**

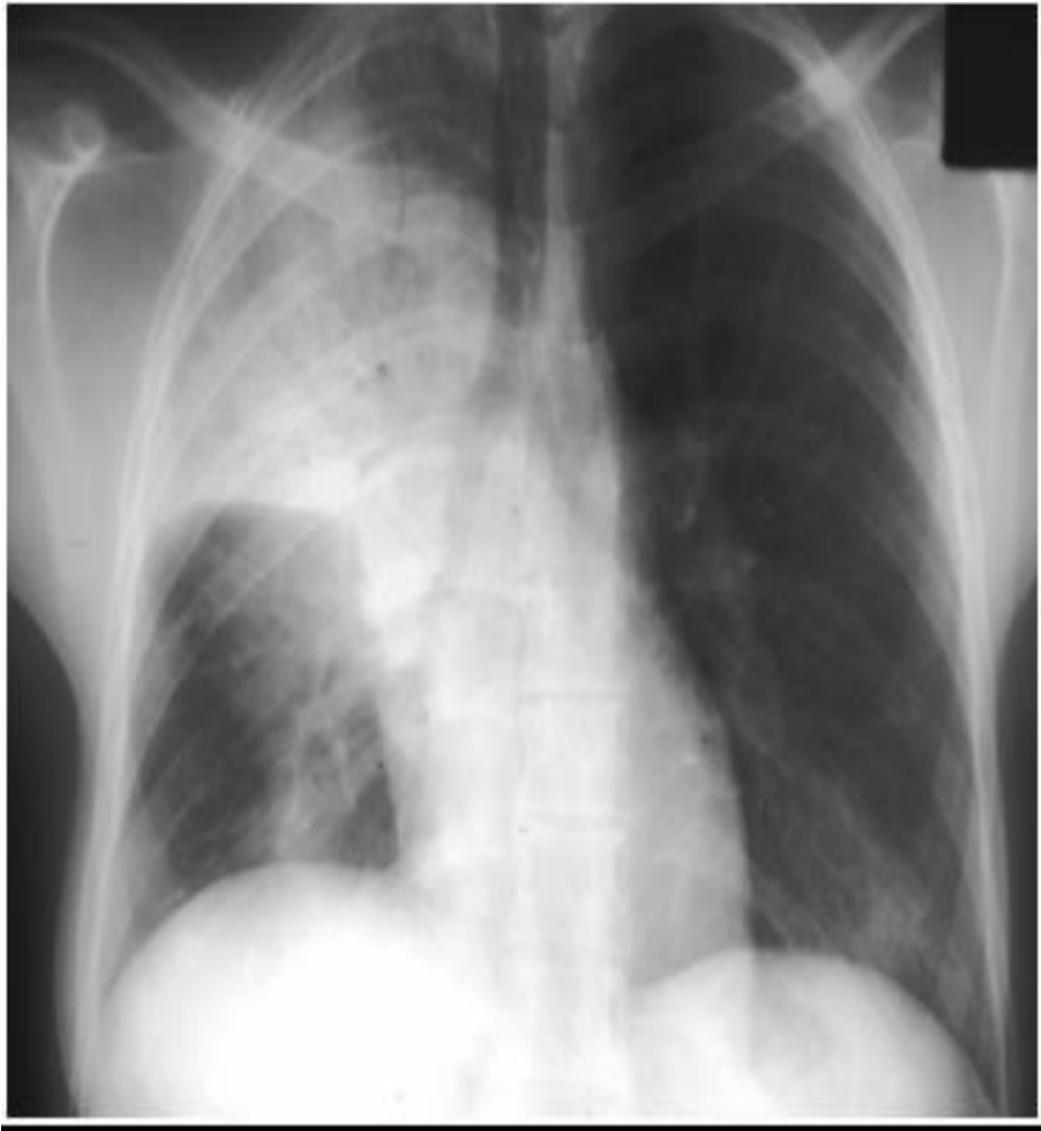
Comment confirmer votre hypothèse diagnostique ?

Radiographie du thorax F/P droit

Quels renseignements peut-elle fournir?

- Précise la sémiologie radiologique : Pneumonie
alvéolaire/ Intersitielle/ Micronodulaire
- Pose le diagnostic topographique
uni ou bilatérale / Uni ou polylobaire
- Contribue à détecter une complication :
Pleurésie / Abscès du poumon / Atelectasie
- Contribue à éliminer un Dg différentiel
Embolie pulmonaire, Insuffisance cardiaque
- Contribue à détecter une anomalie pulmonaire associée
Nodule tumoral / Atelectasie / Corps étranger

Interprétez ces radiographies



Interprétation de l'imagerie

Cliché de face:

- Qualité technique satisfaisante.
- Médiastin en place et lignes médiastinales respectées.
- Opacité peu dense, homogène, bien limitée, occupant la moitié supérieure de l'hémithorax droit, reposant sur la petite scissure, et au sein de laquelle se dessine un bronchogramme aérique.

Cliché de profil:

Opacité systématisée, siégeant au niveau des segments apical et dorsal du Lobe pulmonaire supérieur droit.

Infection respiratoire basse + Opacité de type alvéolaire droite → *Pneumonie Aiguë Communautaire (PAC) droite*

L'agent infectieux, serait-il un virus ou une bactérie?

	Bactériennes (pneumocoque, Legionella)	Virales ou bactéries « atypiques »
Début	brutal	Progressif
Fièvre	> 39°	<39°
État général	Altéré	Conservé
Symptômes respiratoires	Douleur thoracique Condensation	Rhinopharyngite, toux, syndrome bronchique
Symptômes extra-respiratoires	Syndrome méningée, Confusion Douleurs abdominales	Conjonctivite Arthro-myalgies
Radiographie	Opacité alvéolaire systématisée	Opacité alvéolo-interstitielle, infiltrat inhomogène, pas de systématisation
NFS	PNN	Peu ou pas modifiée
CRP	Élevée à très élevée	Peu ou pas augmentée

**Une fois le diagnostic de PAC posé
chez Mr. Z.S, que devez-vous faire?**

Pourquoi?

Une fois le diagnostic posé, la prochaine étape est ...

Rechercher des critères de gravité

Rechercher des facteurs de risque de mortalité = TERRAIN

Ces données sont fournies par: Interrogatoire ; Examen physique ;
Radiographie thoracique

Les critères de gravité et facteurs de risque de mortalité (terrain) *aident à décider:*

- Du lieu de prise en charge du patient
 - *Ambulatoire*
 - *Hospitalisation en Médecine*
 - *Hospitalisation en Unité de soins intensifs*
- De la réalisation d'un bilan complémentaire
- Du traitement

Les critères de gravité (1)

* Les constantes vitales:

- Troubles de la conscience
- FR > 30/mn
- TAS < 90 mmHg
- FC > 120 /mn
- T° < 36° ou ≥ 40°

* Les signes associés

- Cyanose
- Tirage
- Marbrures

* Les signes radiologiques

- Atteinte multifocale

(2 ou 3 lobes pulmonaires, atteinte bilatérale)

* Circonstances particulières:

- Complications de la pneumonie: pleurésie, suppurations pulmonaires
- Conditions socio-économiques défavorables
- Troubles de la déglutition: pathologies neurologiques, grabataires, néo ORL
- Inobservance thérapeutique prévisible
- Isolement social

Les facteurs de risque de mortalité / Terrain

- Age > 65 ans
- Contexte saisonnier post-grippal (automne-hiver)
- Tabac / Ethylisme chronique
- Comorbidités:

Insuffisance cardiaque, Maladie cérébro-vasculaire (antécédents d'AVC), Insuffisance rénale, Maladie hépatique, BPCO, Drépanocytose homozygote, Antécédents de pneumonie bactérienne

- Immunodépression:

Splénectomie, HIV, Transplantation, Traitement immunosuppresseurs

- Vie en institution

Où allez-vous prendre en charge Monsieur Z.S ? Pourquoi

Lieu de prise en charge de Monsieur Z.S:

Ambulatoire

Car...

Monsieur Z.S, 47 ans, ne présente pas de critères de gravité,
ni de facteurs de risque de mortalité

autre qu'un tabagisme à 18 PA

Critères de gravité
*(tableau radio-clinique et/ou
circonstance particulières)*

OUI



HOSPITALISATION

- Médecine
- USI

NON



Recherche de FRM



≤ 65 ans avec ou sans 1 seul FRM
> 65 ans sans FRM



Prise en charge **AMBULATOIRE**

≤ 65 ans avec 2 FRM
> 65 ans avec au moins 1 FRM



HOSPITALISATION recommandée

En pratique, on hospitalise un patient...

- Pour lequel le diagnostic de PAC est incertain ou possiblement associé à une autre pathologie;
- Présentant des signes de gravité;
- A risque de décompenser une ou plusieurs comorbidité(s) préexistante(s);
- Qui nécessite plus qu'un traitement anti-infectieux et son suivi (circonstances particulières).

Pour la phase ambulatoire pré-hospitalière ou en service médicale d'accueil, on se servira du score simplifié CRB65

C	<i>Confusion</i>		Score 0: <i>Traitement ambulatoire possible</i>		
R	<i>Respiratory rate (Fréquence Resp.)</i>	> 30/mn		Score ≥ 1: <i>Évaluation à l'hôpital</i>	
B	<i>Blood pressure (TA)</i>	Systolique < 90 mmHg Diastolique ≤ 60 mmHg			Score ≥ 1: <i>Évaluation à l'hôpital</i>
65	Age* ≥ 65 ans				

* Age physiologique plus que civil

A ce stade, doit-on demander des examens complémentaires chez Mr Z.S ?

Pourquoi ?

NON

Parce que ...

Ce n'est pas nécessaire:

- Pas de gravité, ni de terrain particulier
 - Diagnostic positif de PAC facile
- Diagnostic étiologique présomptif suffisant
 - Pas de suspicion de complication
 - Coût plus élevé

Indications des examens microbiologiques dans les PAC

AMBULATOIRE	HOSPITALISÉ Secteur conventionnel	HOSPITALISÉ Soins intensifs/Réa
Aucun	Hémocultures ECBC* Antigénurie Legionella**	Hémocultures ECBC* Aspirations endobronchiques (si patient intubé) Antigénurie Pneumocoque et Legionella

*ECBC: Examen Cytobactériologique des Crachats. A faire avant toute antibiothérapie.

** Justifiée si symptômes évocateurs de Légionellose, si instabilité hémodynamique et/ou hypoxie ou en situation épidémique

De quelle forme radio-clinique de PAC bactérienne s'agit-il ?

Il s'agit d'une PAC bactérienne typique (ou alvéolaire)

= *Pneumonie Franche Lobaire Aiguë (PFLA)*

Début brutal, fièvre élevée, douleur thoracique, expectoration purulente, Syndrome de condensation pulmonaire, syndrome radiologique alvéolaire systématisé.

**Quelle bactérie vous semble en cause ?
Pourquoi?**

***Streptococcus pneumoniae* = Pneumocoque**

PAC à Pneumocoque

- **Épidémiologie:**

- Première bactérie causale de PAC +++
- Quel que soit l'âge

- **Clinique:**

- Début brutal, syndrome infectieux (T à 40°)
- Point douloureux thoracique
- Toux et expectoration purulente
- Syndrome de condensation pulmonaire/ râles crépitants

- **Radiologie:**

- Syndrome alvéolaire +++
- Systématisé +++
- Non rétractile
- Bronchogramme aérique

Faut-il une confirmation bactériologique du diagnostic?

Justifier votre réponse

INUTILE

Dans le cas de notre patient, le diagnostic doit être

présomptif

Epidémiologie, clinique, terrain, Radio

Peuvent suggérer la responsabilité d'un agent infectieux, mais aucun d'entre eux n'est véritablement discriminant

Quel traitement allez-vous prescrire (en dehors du traitement symptomatique)?

Antibiothérapie probabiliste,

- dirigée contre le Pneumocoque,
- *sans signes de gravité, ni terrain → traitée en ambulatoire*

Amoxicilline: 3 g/24h PO en trois prises pendant 7-10 jours

Si allergie: **Macrolide**

Quand allez-vous revoir votre patient pour contrôle?

48 à 72 heures après

Qu'allez-vous contrôler?

Clinique: température, état général, signes fonctionnels

(atténuation, disparition, aggravation, persistance, signes surajoutés, tolérance au traitement)

Le patient a suivi correctement le traitement institué et a bien évolué.

Y-a-t-il quelque chose à faire encore chez lui ?

Oui,

- rechercher un terrain particulier: notamment par la réalisation d'une fibroscopie bronchique chez notre patient tabagique (cancer)
- Délivrer le conseil minimal pour le sevrage tabagique
- Réaliser une spirométrie à distance de cet épisode infectieux à la recherche d'un déficit ventilatoire obstructif.

Proposez un algorithme de prise en charge d'une PAC

- Suspicion clinique d'une pneumonie

Confirmation radiologique

- Présomption bactériologique (le germe en cause)

Évaluation de la gravité

PAC sans gravité

- Traitement ambulatoire
- Aucun examen biologique ou bactériologique
- Évaluation 72 h

Amélioration

- Évaluation (15 et 21 j) plus tard
- Recherche d'un terrain local ou général

Absence de réponse

PAC grave

- Hospitalisation
- Examen biologique et bactériologique
- Surveillance étroite