



Umed academy



NEW

Tutorat en

Pneumologie



Dr HOPE

Gacem Hadjer

Residente en Pneumologie

CLASSÉ 126 AU RÉSIDANAT 2023

NOTES ?

PROGRAMME

1ère séance

Bronchite Pneumonie

Abcès pulmonaire Kyste hydatique

2ème séance

EPL PNO Tuberculose pulmonaire

3ème séance

Asthme BPCO Emphysème EFR

4ème séance

DDB Insuffisance respiratoire aigue et
chronique Gazometrie

5ème séance

PID Pneumoconiose Sarcoïdose Adénopathies
Tumeurs médiastinales et pulmonaires

6ème séance

Cas cliniques et Questions divers



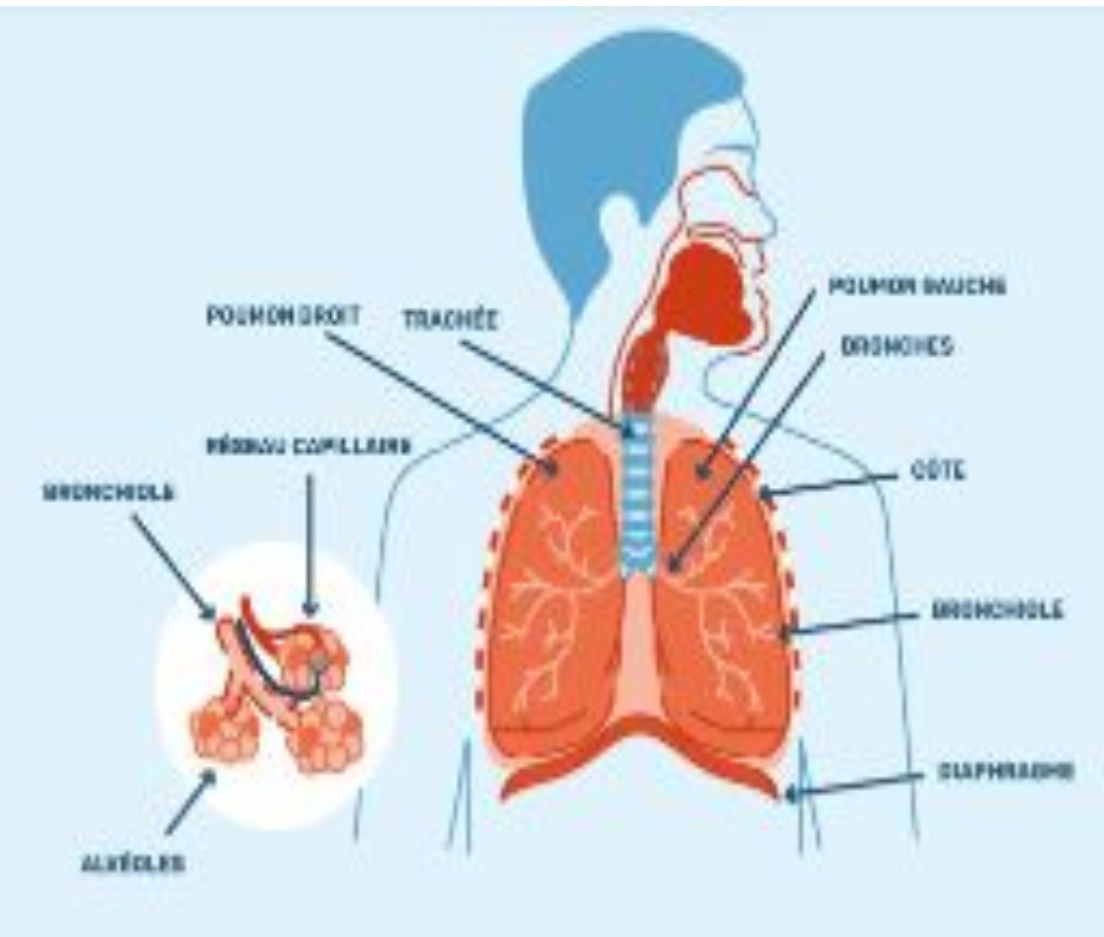
@UMED.academy

A medical-themed background featuring a pink stethoscope and two pink lung-shaped cutouts with white bronchus structures. A semi-transparent pink rectangular box is centered over the image, containing the title text.

Première séance infections respiratoires partie 1

@DR_HOPE19

Introduction



Appareil respiratoire :

- Poumons .
- Plèvre.
- Voies aériennes .
- Muscles .
- Cotes .
- Diaphragme .
- Vertèbres .

VAS

-FN.
Cavité orale .
Pharynx
larynx

VAI

-Trachée
-Bronches
-Alvéoles

Infectieuses

Inflammatoires

Tumorales

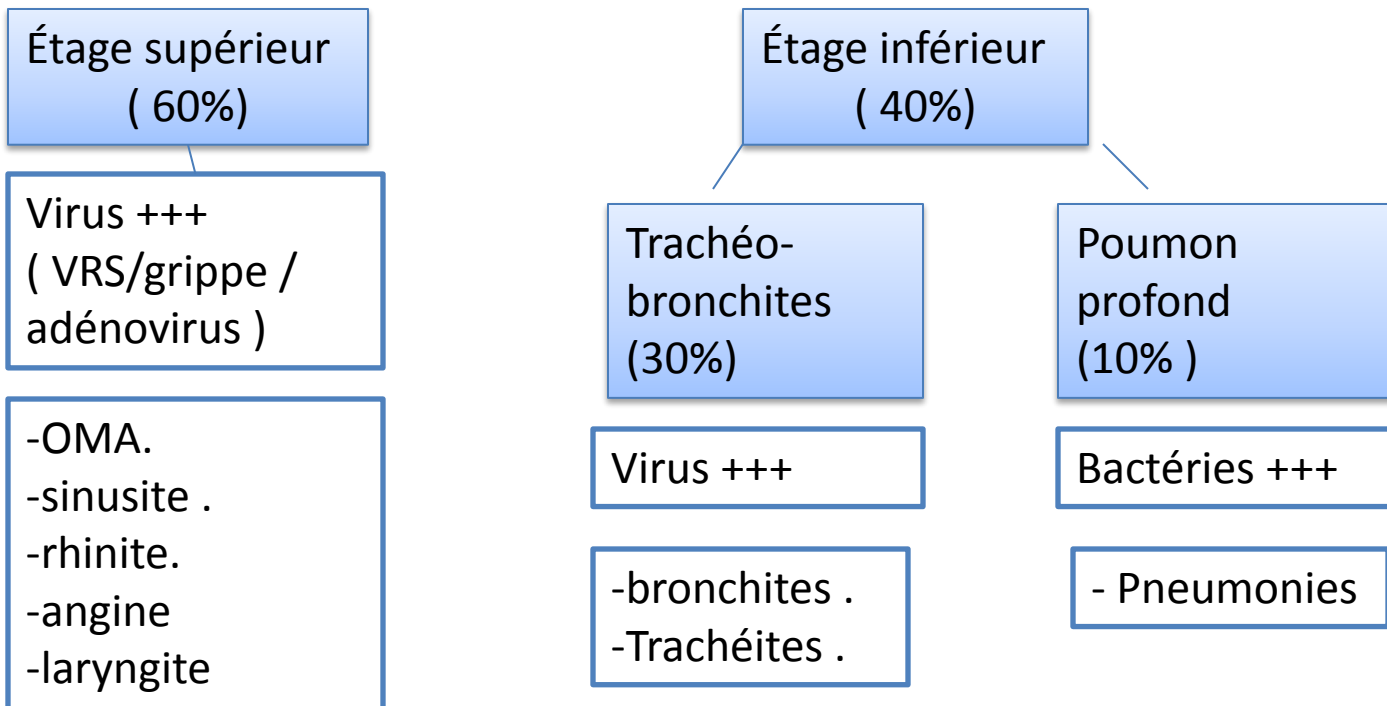
-Unité anatomique: lobule de muller.
-Unité fonctionnelle : acinus(alvéoles)

Les infections respiratoires

Motif le plus fréquent de consultation.

Aigues : <3 semaines .

Chroniques : >3-4 semaines .





Bronchite aigue

- elle correspond a une atteinte infectieuse des bronches / bronchioles .
- Cause virale +++ 90%
- Automne / hiver +++
- Évolution bénigne +++

Germes :

Virus 90%:

- influenza
- para influenza
- rhinovirus
- adénovirus
- VRS

Bactéries 10%

- chlamydia .
- Mycoplasma.

Surinfection bronchite chronique : (HPSM)

- H**eamophilus
- P**neulocoque
- S**taphylocoque
- M**orexella



Diagnostic +

SF:

- < 3 semaines .
- toux productive / sèche
- douleur / brulure rétro sternale
- Fébricule
- expectorations : claires / purulentes

SP:

Normal / ronchis /sibilants

Syndrome de condensation

Examens complémentaires :

Aucun

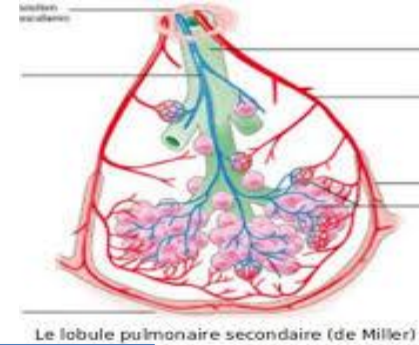
Prise en charge

- Traitement symptomatique si toux gênante .
- antipyrétique
- ATB /AINS/CTC**



Pneumonies
communautaires

- Atteinte (infection) du poumon profond : alvéoles / bronches terminales / interstitium .



Communautaires

Nosocomiales

Opportunistes

D'inhalation

Bactéries +++ 90%

- pneumocoque
- haemophilus influenza
- morexella

Germes intra cellulaires :

- Legionella
- chlamydia
- Mycoplasma

Nosocomiales :

- pseudomonas
- entérobactéries

Virus 10 %

Adulte sain :

- pneumocoque .
- Germes intra cellulaires .

Mauvaise hygiène

Bucco dentaire :

- Anaérobies .

Diabétique :

- staphylocoque

Troubles de la déglutition :

- anaérobies
- BGN

Alcoolique :

- Klebsiella
- anaérobies

BPCO:

- HPSM

Pneumonie alvéolaire systématisée (PFLA)

Pneumocoque

Début brutal / fièvre 40°
/DLR basi thoracique /
Toux/dyspnée /crachats
rouillées de laanec
/herpes naso labial

Syndrome de
condensation pulmonaire

NFS (PNN) / CRP ⬆

Complications pleurales

Opacité systématisée



Clinique:



- 📉 mobilité du thorax.



- 📈 vibrations vocales.



- Matité.



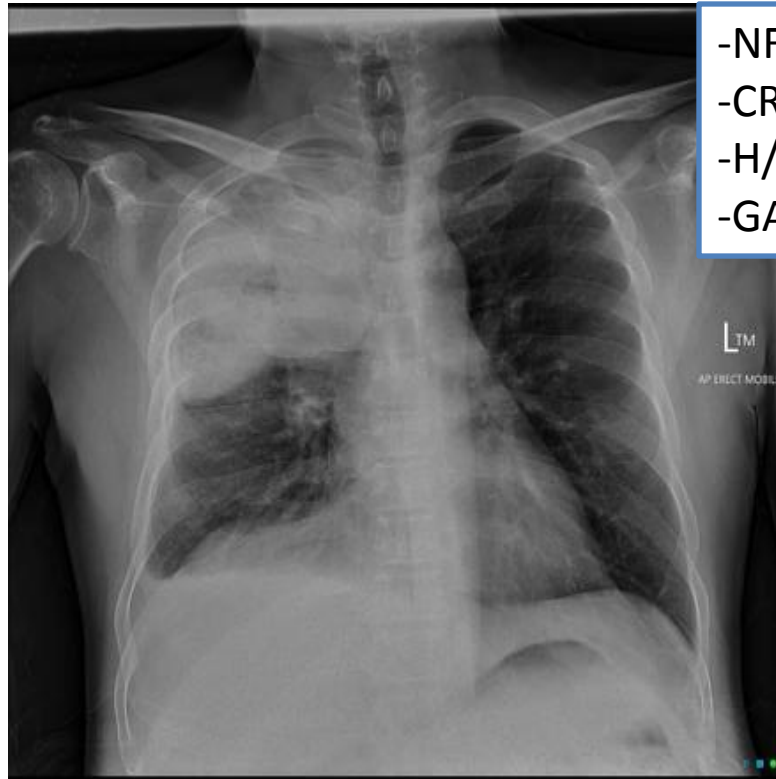
- 📉 Murmures vésiculaires.
-souffle tubaire.
-crépitants en fin d'inspiration.

Diagnostic positif

Clinique



Radiologique



Biologique

- NFS : GB 🏠
- CRP
- H/R
- GAZO

Microbiologique

- Hémocultures
- ECBC
- Ag urie
- Fibro aspiration
- LBA
- Ponction pleural
- PCR

Formes étiologiques

Pneumocoque :

- Sujet sain
- Début brutal
- PFLA

Mycoplasma :

- enfants / jeunes
- contexte épidémique
- Début progressif
- signes ORL

Haemophilus influenza

:

- BPCO/IRC/ENF
- signes ORL/
conjonctivite

Légionella :

- Situation particulière :
voyage / ID/exposition à
l'eau ou aérosol
contaminé / thermo
exposition .
- Début progressif
- Signes digestifs /
neurologiques
- Signes ORL ✖
- Perturbation du bilan
biologique

Anaérobies :

- pneumonies d'aspiration
(mauvaise hygiène BD
/troubles neurologiques)
- expectorations fétides .
- Pneumonies abcédées .

BGN/Klebsiella :

- Alcooliques
- Bombement de la
scissure
- Crachats hémoptoiques

Staphylocoque :

- Diabétiques
- Infections nosocomiales
- Pneumopathies nécrosantes extensives bulleuses .
- Caractère labile
- Abcédation / empyèmes

• 3-CRB65 (score simplifié)



| | | |
|----|---|---|
| C | Mental Confusion | Ce score est utilisable en ville (si 0 critère : traitement ambulatoire possible, ≥ 1 critère : évaluation à l'hôpital) |
| R | Respiratory rate $\geq 30/\text{min}$ | |
| B | Blood pressure: systolic $< 90 \text{ mmHg}$ or diastolic $\leq 60 \text{ mmHg}$ | |
| 65 | Age ≥ 65 | |

-conditions socio économiques défavorables .
-inobservance du TRT.
-isolement .
-pneumonie d'inhalation.
-complications (EPL/abcès)

| CURB-65 | Clinical Feature | Points |
|---------|---|--------|
| C | Confusion | 1 |
| U | Urea $> 7 \text{ mmol/L}$ | 1 |
| R | RR ≥ 30 | 1 |
| B | SBP $\leq 90 \text{ mm Hg}$ OR DBP $\leq 60 \text{ mm Hg}$ | 1 |
| 65 | Age > 65 | 1 |

| CURB-65 Score | Risk group | 30-day mortality | Management |
|---------------|------------|------------------|---|
| 0-1 | 1 | 1.5% | Low risk, consider home treatment |
| 2 | 2 | 9.2% | Probably admission vs close outpatient management |
| 3-5 | 3 | 22% | Admission, manage as severe |

Réa:

-IRA
-état de choc

Prise en charge

- PO si possible
- Formes simples : 10j
- Formes graves : 3 semaines

Réévaluation 48h

- Fièvre
- Signes cliniques
- Radio (nettoyage 1 mois)

Fumeur

- Scanner thoracique
- Spirométrie

Traitement symptomatique :

- repos
- Hydratation
- Nutrition

Prévention :

- Vaccin anti grippal / anti pneumocoque
- Traitement foyers ORL/dentaire
- Hygiène

ATB:

| | |
|---|---|
| -sujet jeune / sain / sans comorbidités | -pneumocoque : AMOX 1g X3 -intra C: macrolides |
| ->65 ans / comorbidités / fumeur | Augmentin |
| - Malade hospitalisé | C3G + gentamycine |
| - Staphylocoque simple | Peni M / augmentin |
| - Staphylocoque grave | C3G + gentamycine / vancomycine |
| -BGN | C3G + GENTAMYCINE |
| -anaérobies | Betalactamines + flagyl |



Abcès pulmonaire

C'est l'agression du parenchyme pulmonaire par des germes pyogènes aboutit à la suppuration et à la formation du pus .

Primitive

Suppuration collectée dans une cavité néoformée , suite a une infections aigue

Secondaire

Suite à une lésion préexistante(cavité résiduelle , séquelles ...)

FDR:

-Âge / ID/alcoolisme/tabagisme / troubles neurologiques / mauvaise hygiène bucco-dentaire .
-Obstruction de la bronche de territoire abcédée (tumeur / CE)

PE

-cutanée / ORL/dentaire

Germes :

-anaérobies : alcoolique / mauvaise hygiène BD
-BGN: milieu H
-staph : NRS / lésions multiples

Stades cliniques

| Constitution (foyer fermé) | Vomique | Foyer ouvert |
|---------------------------------|---|------------------------------------|
| Alvéolite suppurée | évacuation | Se draine dans une bronche |
| AEG / Fièvre ↑ /toux productive | -Expectoration purulente fétide très abd +/- Hémoptoïque - ↓ Fièvre | - expectoration. ↓ - ↑ fièvre . |

Radio :



Biologie :

-NFS: GB ↑
-hémocultures .
-VS / CRP ↑
-Prélèvements PE

TDM thoracique:

Cause locale .

Fibroscopie
bronchique :

-Néoplasie
-Prélèvements
protèges .



PEC:

-Terrain

-symptomatique

-kinésithérapie

-chirurgie

-ATB: 6 à 8 semaines

-augmentin/C3G +
aminoside
+ flagyl si germe
anaérobie

Surveillance :

-T°
-Volumétrie des
crachats
-NFS
-RADIO



KYSTE HYDATIQUE

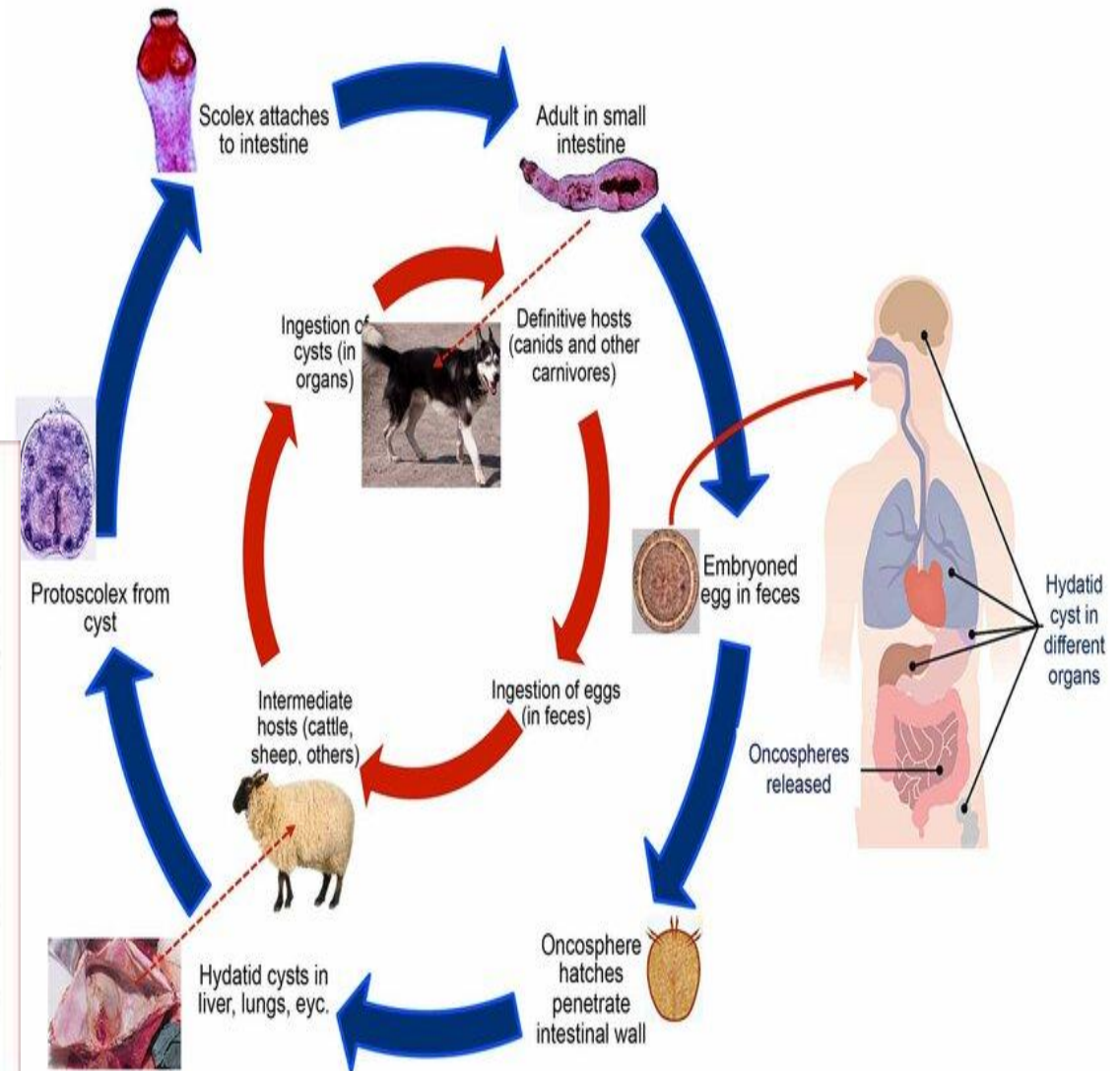
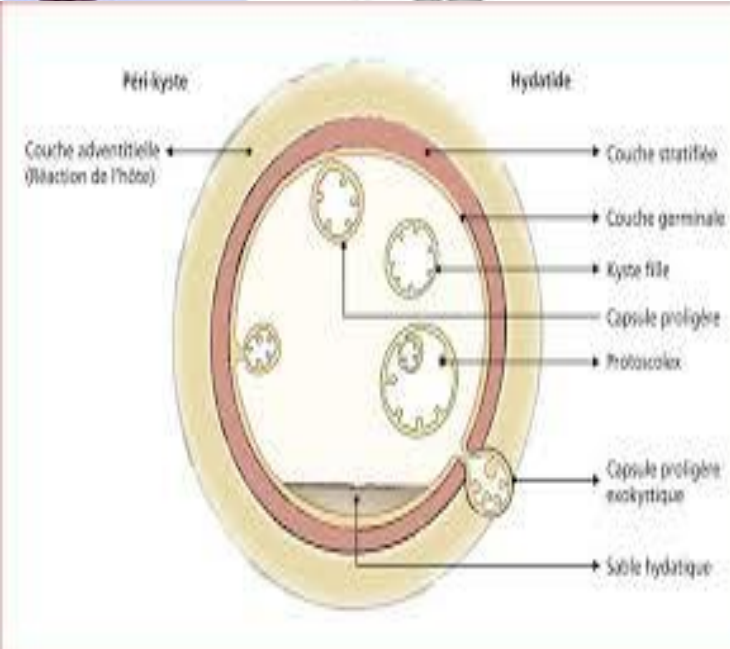
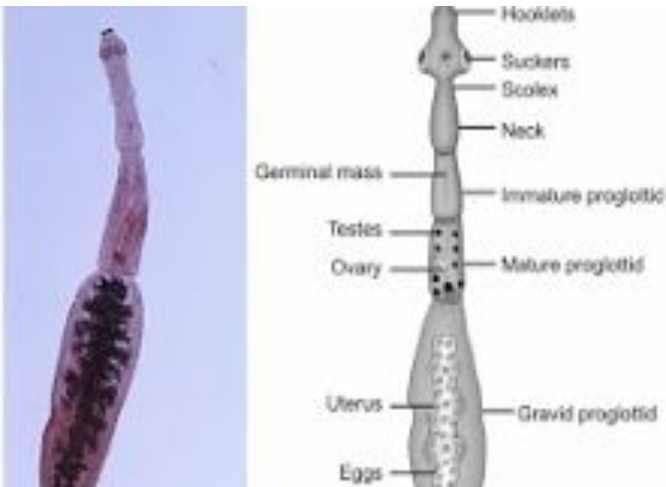
Une maladie infectieuse , non contagieuse, commune à l'homme et à certains animaux(anthro-po-zoonose) .

- Larve : Echinococcus granulosus

-HD:chien

-HI : moutons

-HI accidentelle : homme



Diagnostic +

Interrogatoire :

- Habitat : zone d'endémie , rurale
- Profession : berger / agriculteur / boucher
- Chiens dans l'entourage .

SF:

- Vomique : liquide clair salé .
- Dyspnée / hémoptysie
- Fièvre / asthénie / AEG : **surinfection**
- Ictère / douleur abdominale : localisation secondaire.

SP:

KH volumineux : syndrome d'EPL

RADIO

6 stades

Sérologies : 2 techniques

Qualitative

Quantétative

-arc 5

-IFI >1/100
-HI: >1/320

TDM

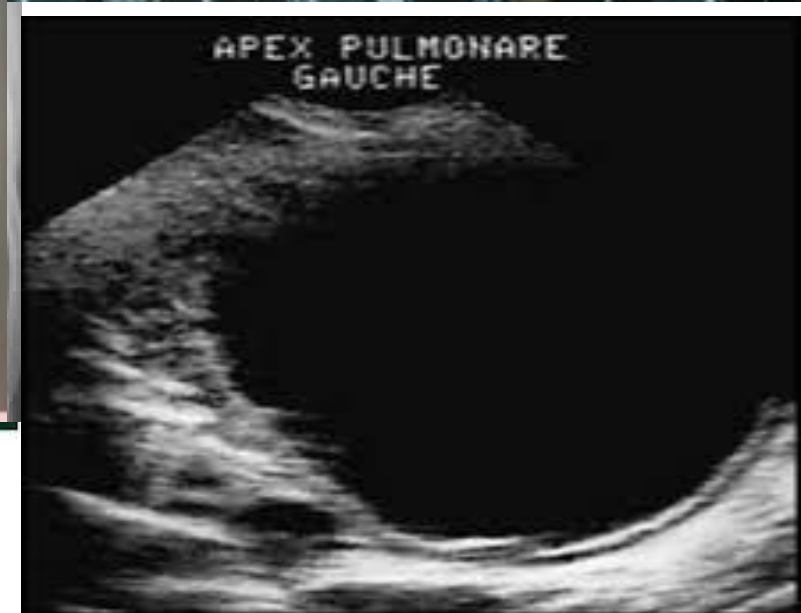
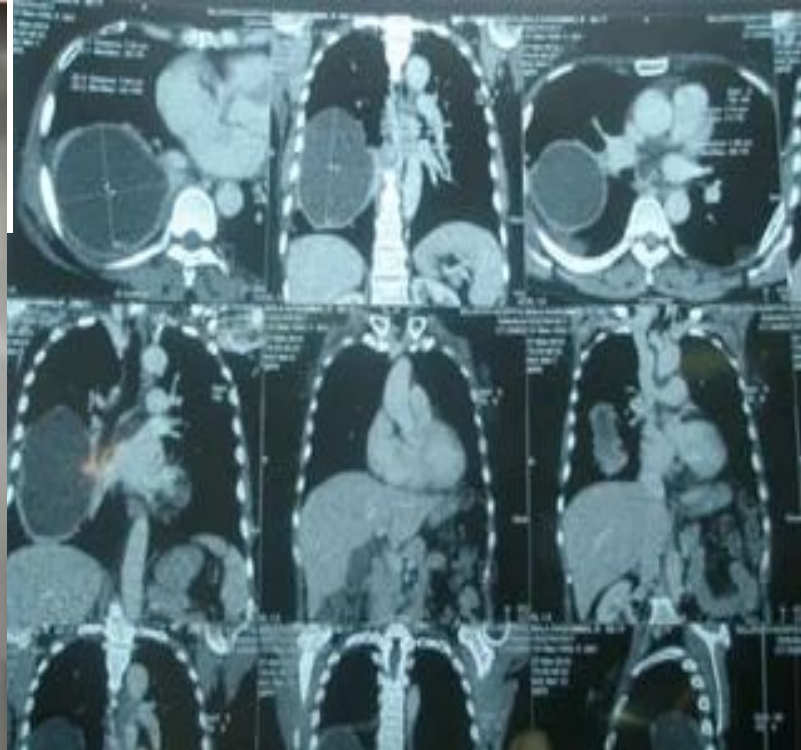
- Densité liquidienne
- **Image non pathognomonique**
- Pré op si non faite

NFS

- Hyper éosinophilie
- PNN : si surinfection

Bilan pré op

NFS/ groupage /Echo abd / spirométrie



Prise en charge :

-abstention

Chirurgie :
+++

Albendazole

ATB

-Petit kyste
-chirurgie CI
-Sujet âgé

-Enucléation
-Kystéctomie
-Périkystectomie

-3 semaines / mois
-KH multiples
-Non opérable

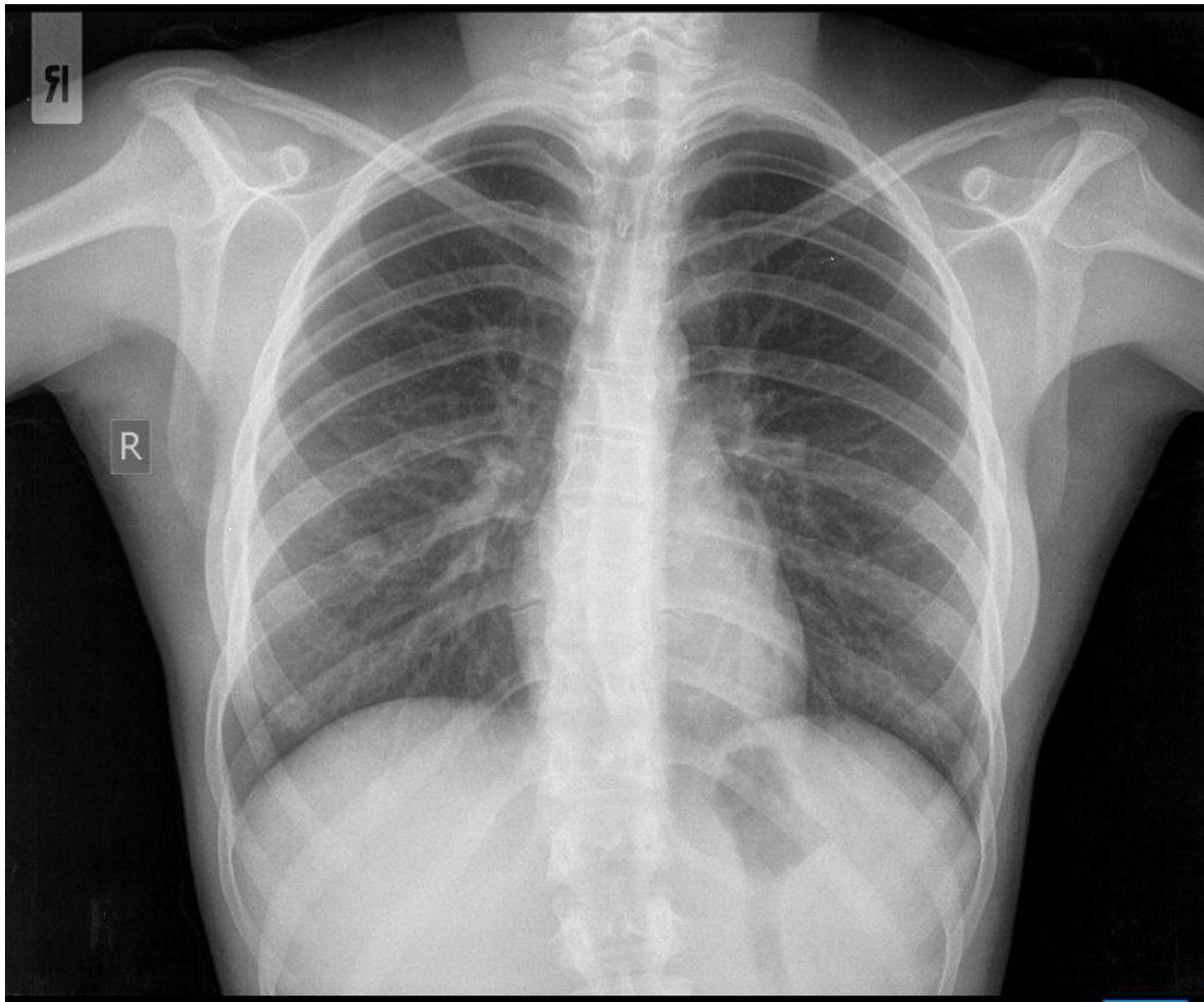
Augmentin ou
C3G + FLAGYL
6-8 semaines

Prophylaxie +++



QUIZ RADIO

@DR_HOPE19



Radio normal

S'agit il d'une pneumonie ou atélectasie ?



1-Il s'agit une PFLA de LSD

S'agit il d'une pneumonie ou atélectasie ?



1-II s'agit d'une atélectasie LSD

La différence entre une atélectasie et pneumonie :

| Atélectasie | Pneumonie |
|--|--|
| <p>Opacité de densité hydrique effaçant les vaisseaux et les parois bronchiques .</p> <p>Systématisée</p> <p>Sans broncho gramme aérique</p> <p>Attraction homolatérale du médiastins</p> <p>Pincement intercostal</p> <p>Réduction du volume pulmonaire</p> <p>Ascension de la coupole diaphragmatique</p> <p>.</p> | <p>Opacité de densité hydrique a bords floues effaçant les vaisseaux et les parois bronchiques</p> <p>Systématisée</p> <p>Avec ou sans bronchogramme aréique</p> <p>Confluente</p> |

Quel est le siège de cette anomalie ?

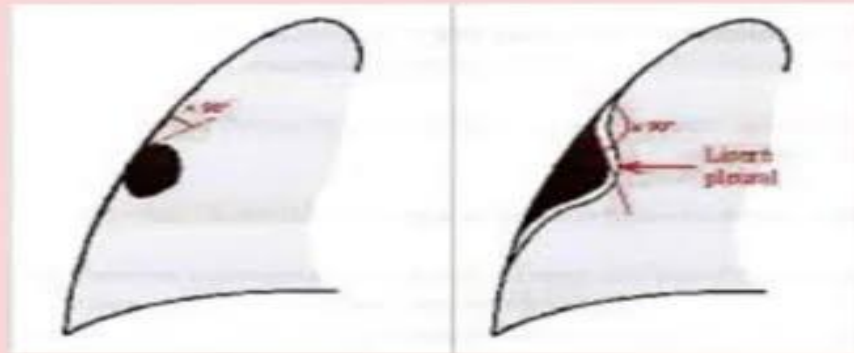
- A.Siège antérieur lobe moyen
- B.Siège postérieur LID
- C.Siège antérieur LSD



Elle est de siège antérieur (lobe moyen) en appliquant le signe de la silhouette la limite interne de l'opacité efface le bord droit du cœur cela veut dire que les deux opacités sont situées au même plan (antérieur)

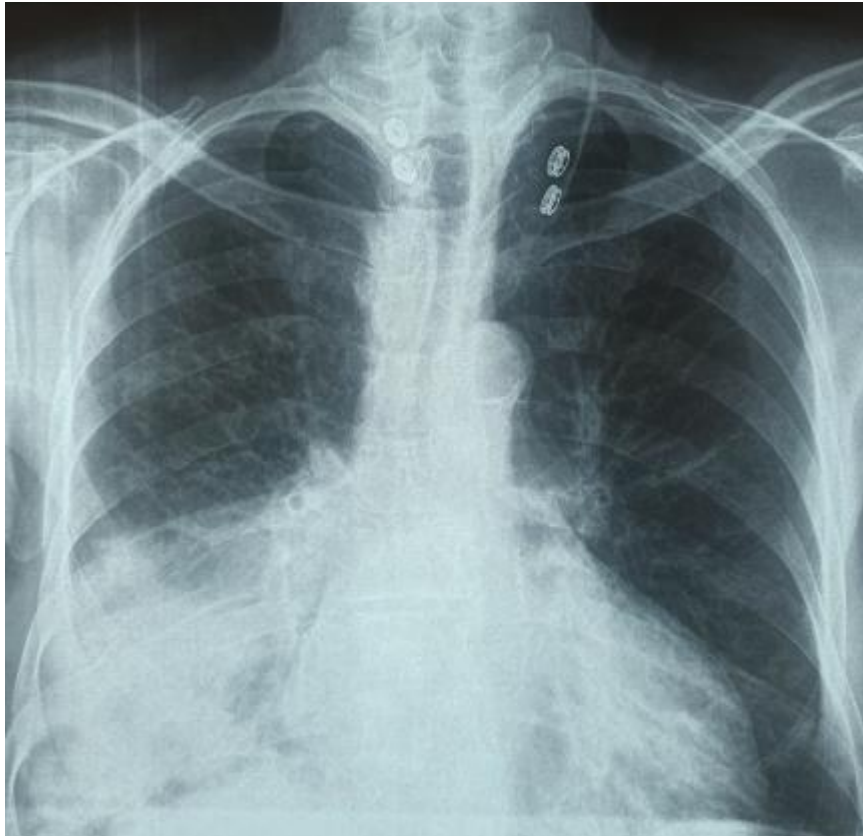
cette opacité est de siège parenchymateuse ou extra parenchymateuse ?

Angle de raccordement de Bernou



En mesurant l'angle de raccordement , cette opacité est de siège parenchymateuse (angle de raccordement $< 90^\circ$)

quel est le diagnostic radiologique ?



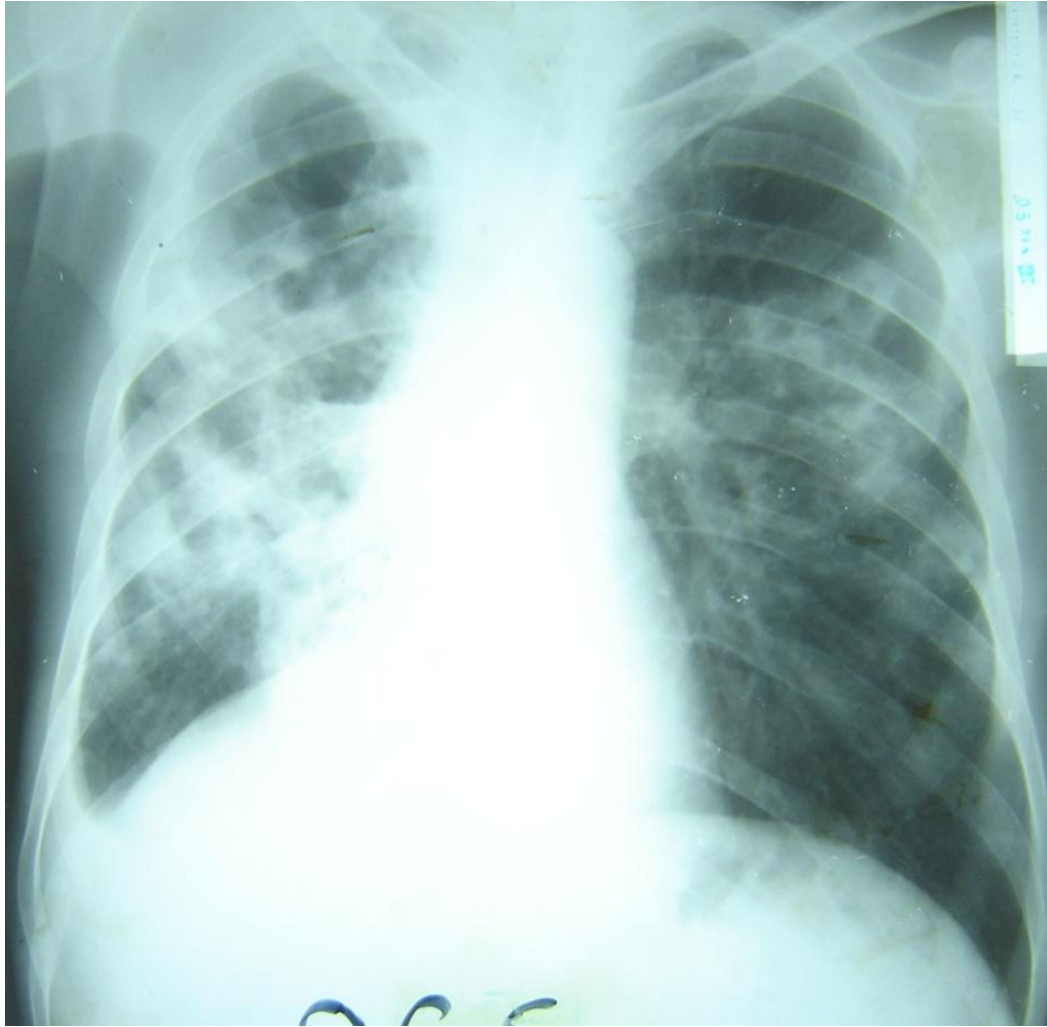
PFLA du LID

quel est le diagnostic radiologique ?



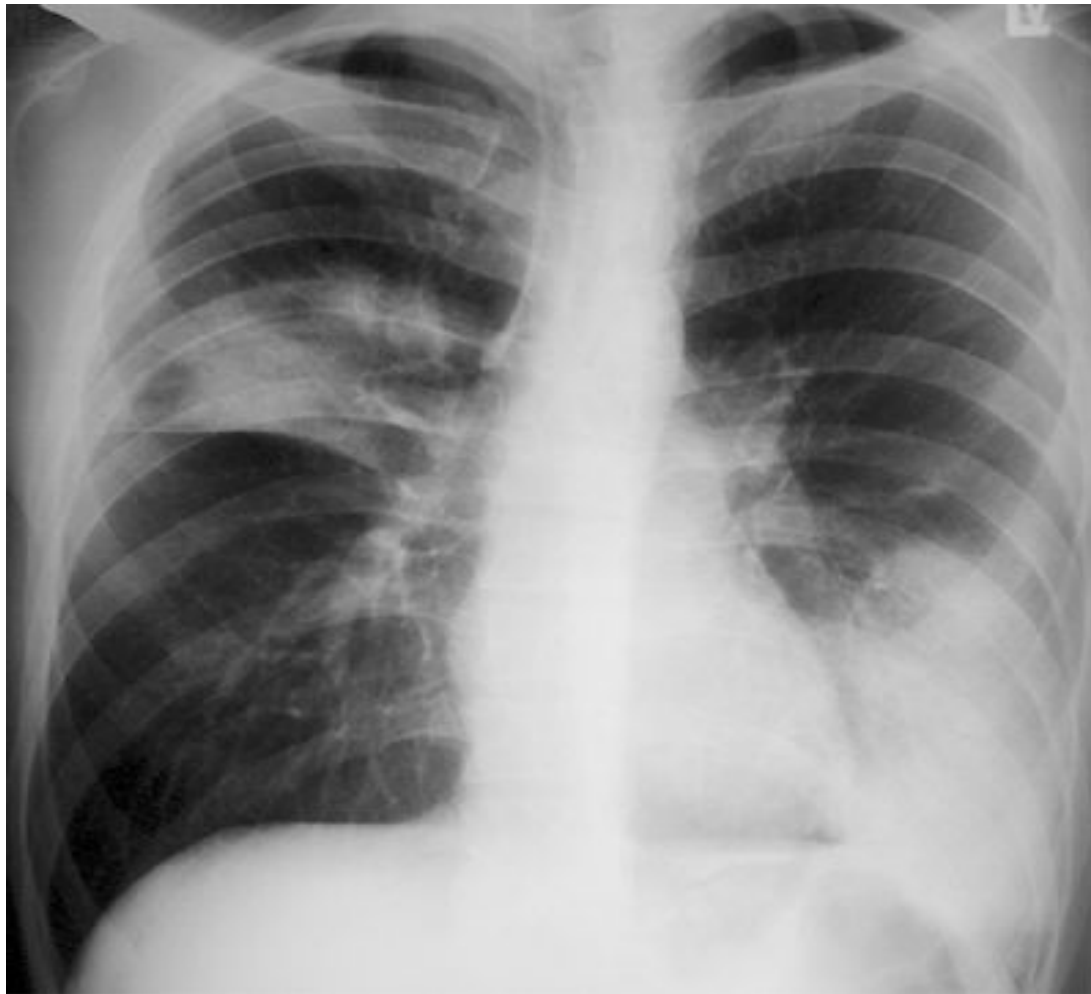
opacité ronde intra parenchymateuse droite

quel est le diagnostic radiologique ?



opacités alvéolaire excavée bilatérale

quel est le diagnostic radiologique ?



:Opacité systématisée sup droite homogène non rétractile + opacité alvéolaire inf. gauche.

quel est le diagnostic radiologique ?



Image mixte G + EPL homolatéral



Image en grelot

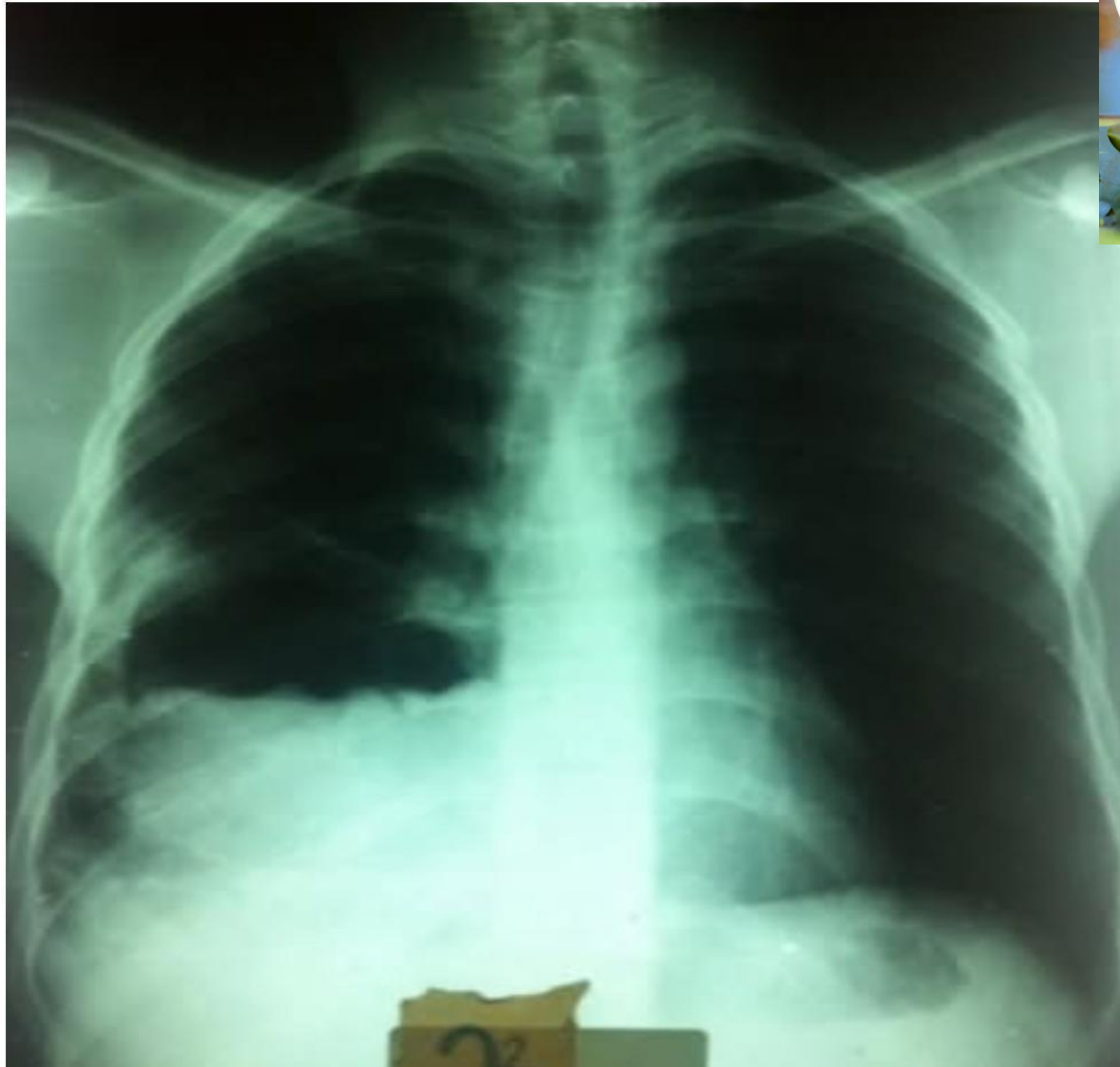


Image en nénuphar = KH stade 4



KH au differents stades



3 images mixtes