



Umed academy

NEW

Tutorat en

Pneumologie



Dr HOPE

Gacem Hadjer

Residente en Pneumologie

CLASSÉ 126 AU RÉSIDANAT 2023

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

6 ème séance

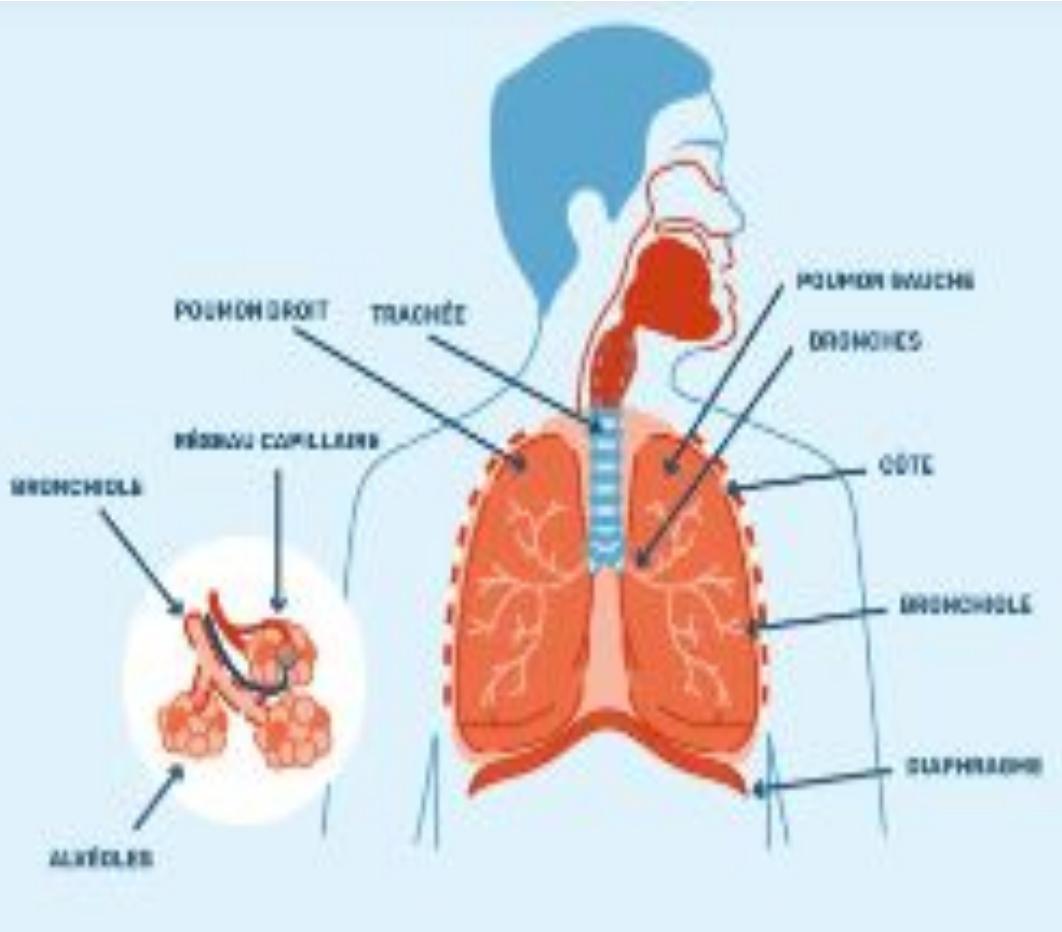
Cas cliniques et Questions divers



Première séance infections respiratoires partie 1

@DR_HOPE19

Introduction



Appareil respiratoire :

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

VAS

VAI

- FN.
- Cavité orale .
- Pharynx
- larynx

- 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 .



Étage supérieur
(60%)

Virus +++
(VRS/grippe /
adénovirus)

-OMA.
-sinusite .
-rhinite.
-angine
-laryngite

Étage inférieur
(40%)

Trachéo-
bronchites
(30%)

Virus +++

-bronchites .
-Trachéites .

Poumon
profond
(10%)

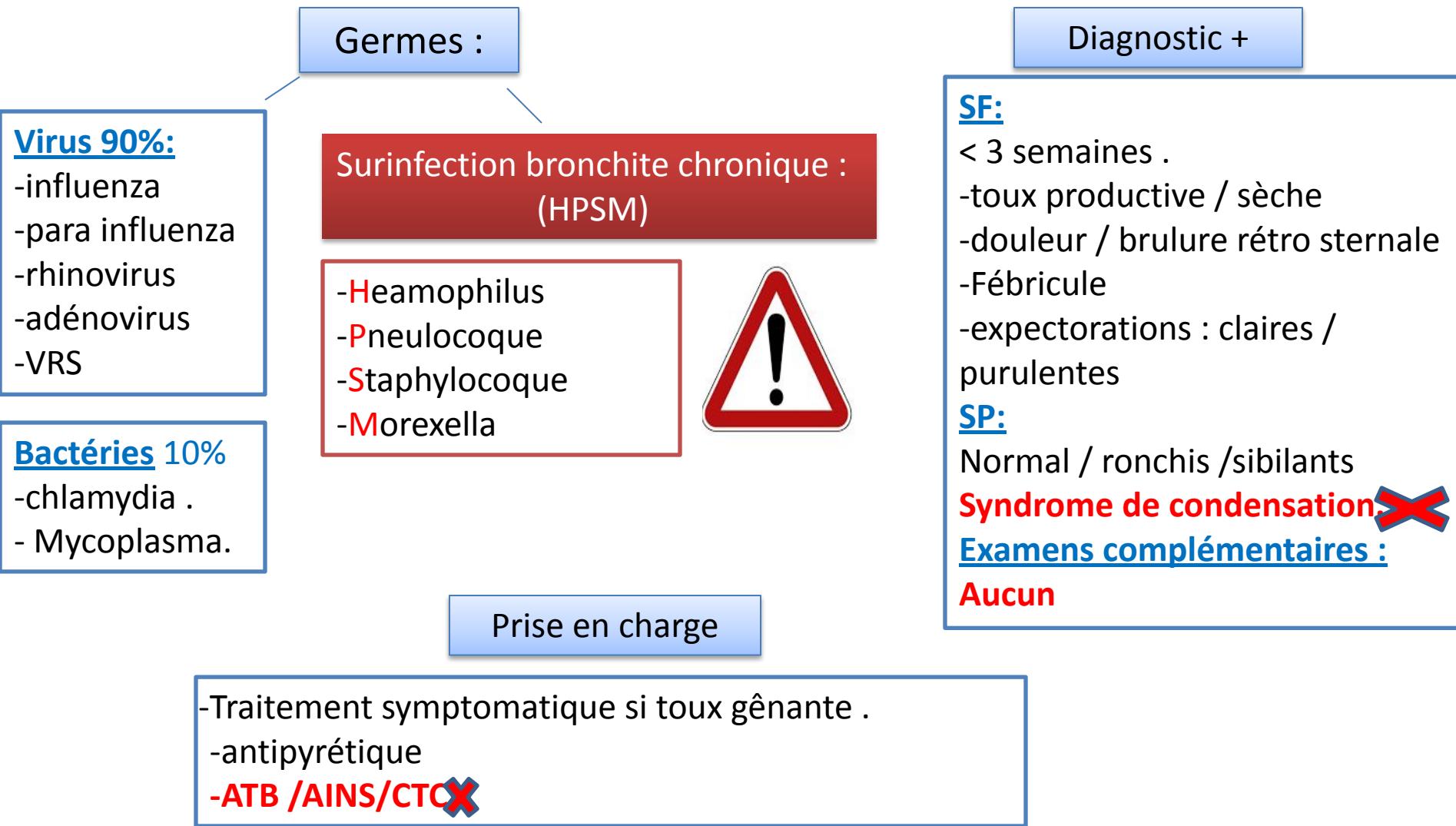
Bactéries +++

- Pneumonies



Bronchite aigue

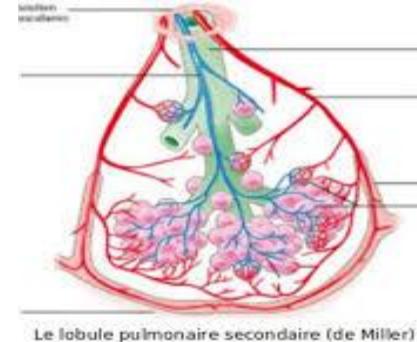
- elle correspond à une atteinte infectieuse des bronches / bronchioles .
- Cause virale +++ 90%
- Automne / hiver +++
- Évolution bénigne +++





Pneumonies communautaires

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



Communautaires

Nosocomiales

Opportunistes

D'inhalation

Bactéries +++ 90%

- pneumocoque
- hemophilus influenza
- moraxella

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

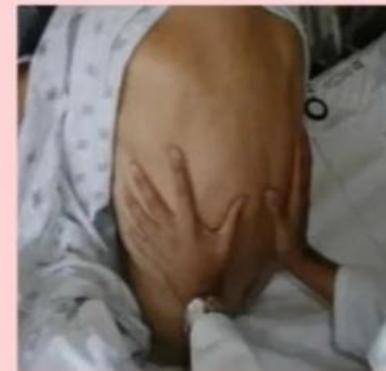
Opacité systématisée



Clinique:



-  mobilité du thorax.



-  vibrations vocales.



- Matité.



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

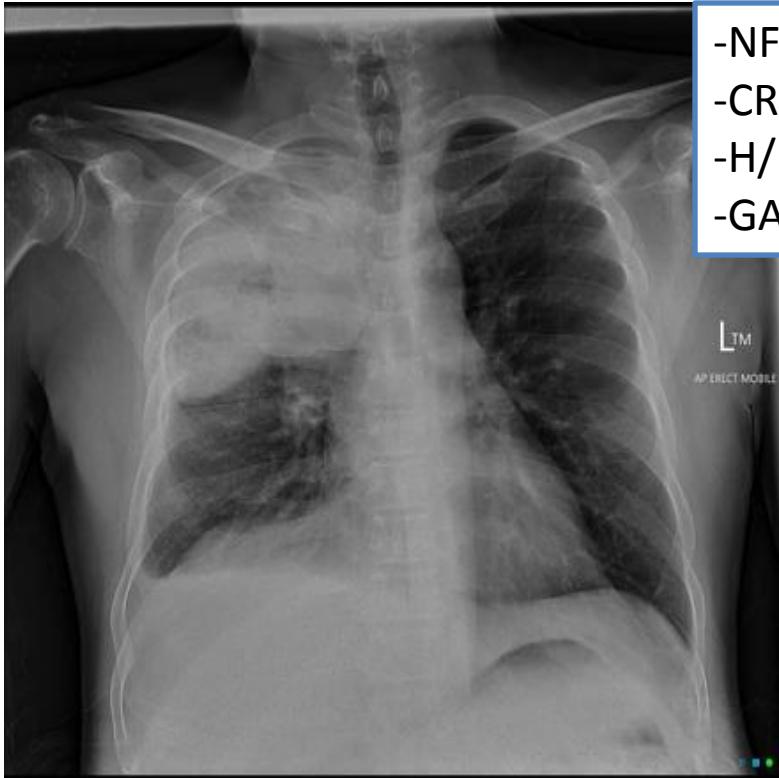
Diagnostic positif

Clinique

Radiologique

Biologique

Microbiologique



- NFS : GB
- CRP
- H/R
- GAZO

- 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

Heamophilus 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 hémoptoïques

Staphylocoque :

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

Évaluation de la sévérité :

- **3-CRB65 (score simplifié)**



C	Mental Confusion
R	Respiratory rate $\geq 30/\text{min}$
B	Blood pressure: systolic $< 90 \text{ mmHg}$ or diastolic $\leq 60 \text{ mmHg}$
65	Age ≥ 65

Ce score est utilisable en ville
(si 0 critère : traitement ambulatoire possible,
 ≥ 1 critère : évaluation à l'hôpital)

-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

Réa:
-IRA
-état de choc

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

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

Traitemen^t 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

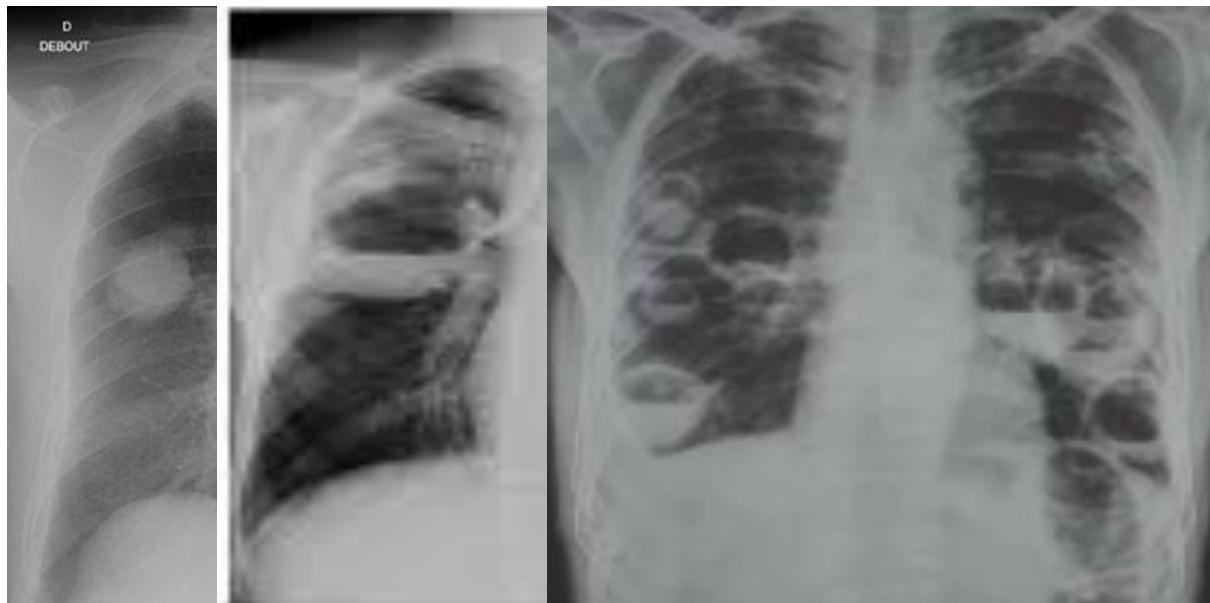
Germes :

-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	<ul style="list-style-type: none"> -Expectoration purulente fétide très abd +/- Hémoptoïque - ↓Fièvre 	<ul style="list-style-type: none"> - 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

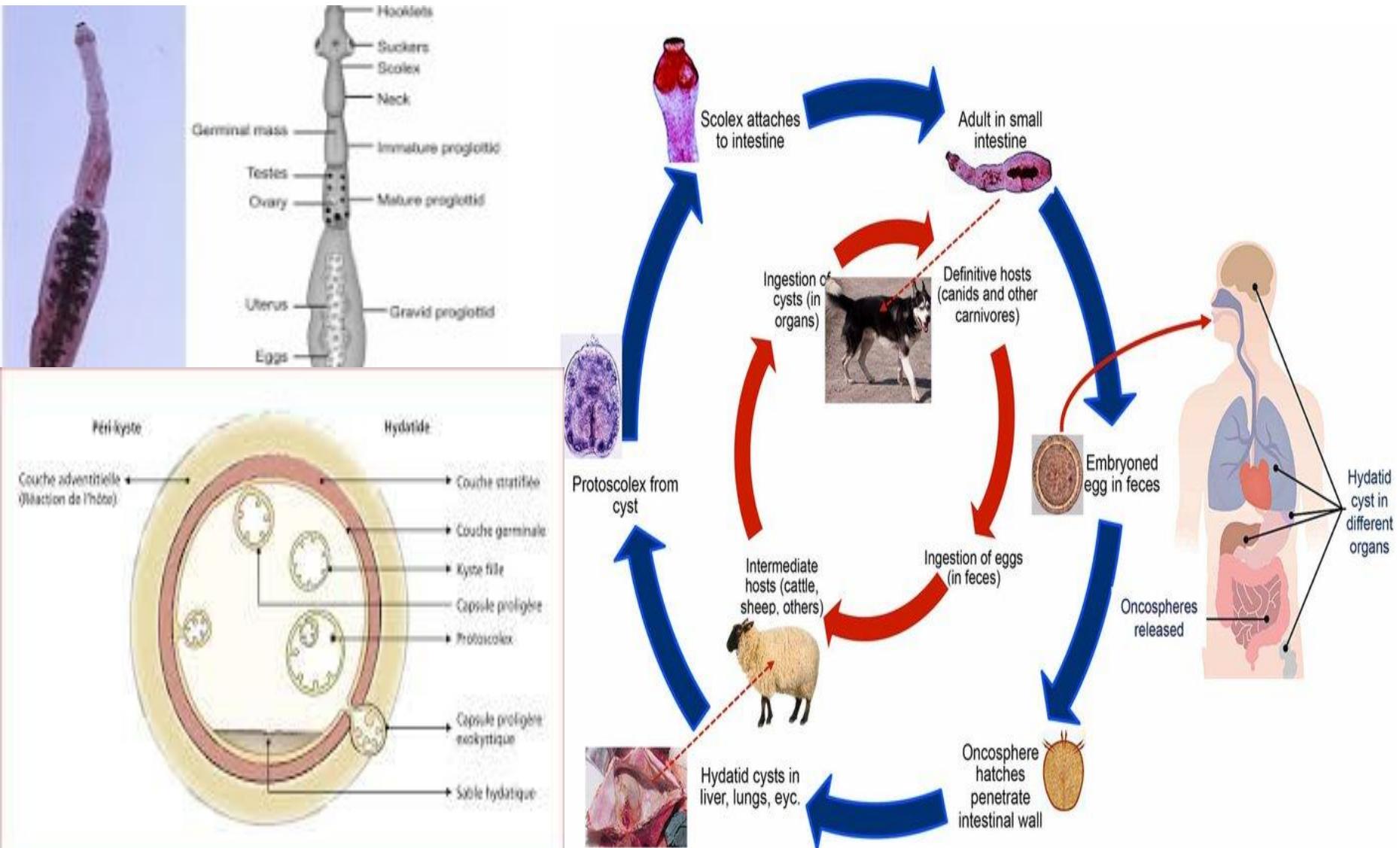
Une maladie infectieuse , non contagieuse, commune à l'homme et à certains animaux(anthropo-zoonose) .

- 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

TDM

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

NFS

- Hyper éosinophilie
- PNN : si surinfection

Sérologies : 2 techniques

Qualitative

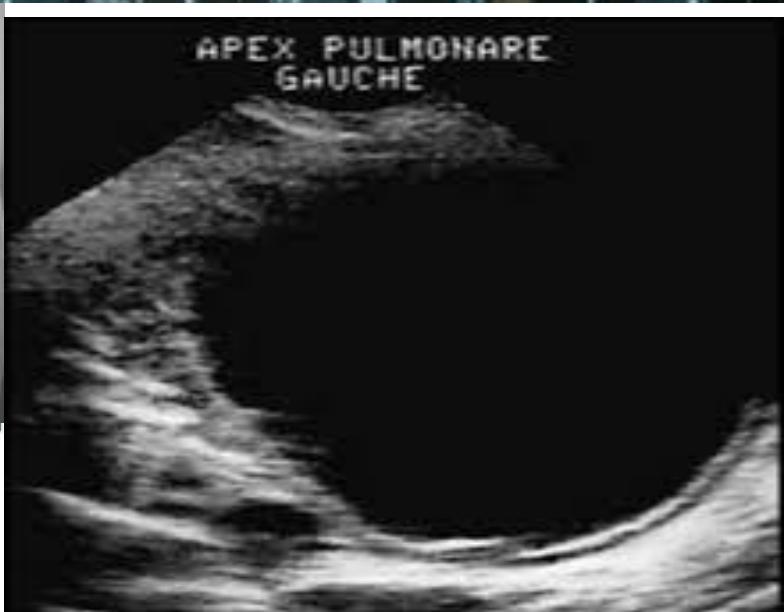
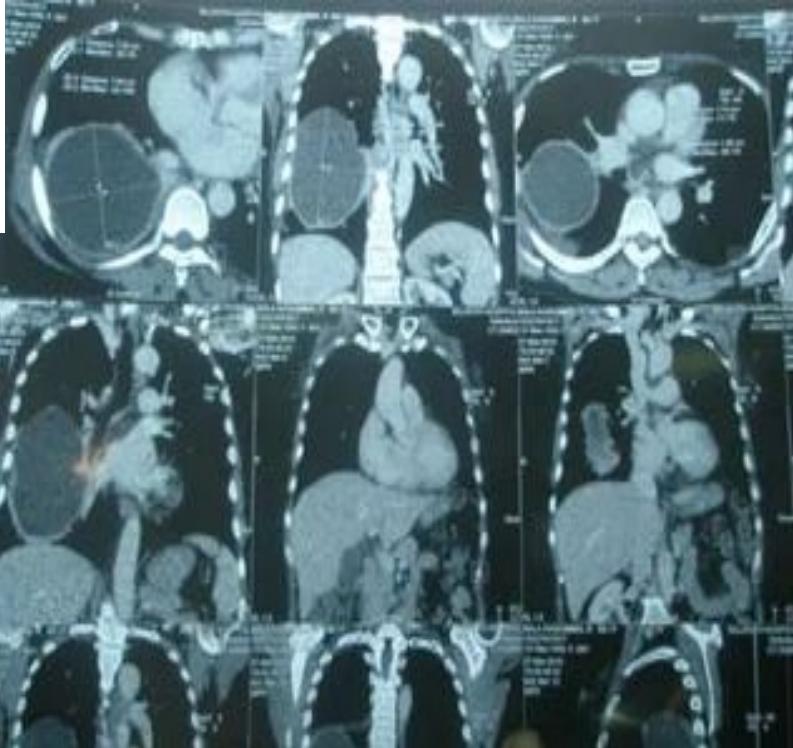
-arc 5

Quantitative

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

Bilan pré op

NFS/ groupage /Echo abd / spirométrie



Prise en charge :

-abstention

-Petit kyste
-chirurgie CI
-Sujet âgé

Chirurgie :
+++

-Enucléation
-Kystéctomie
-Périkystectomie

Albendazole

-3 semaines / mois
-KH multiples
-Non opérable

ATB

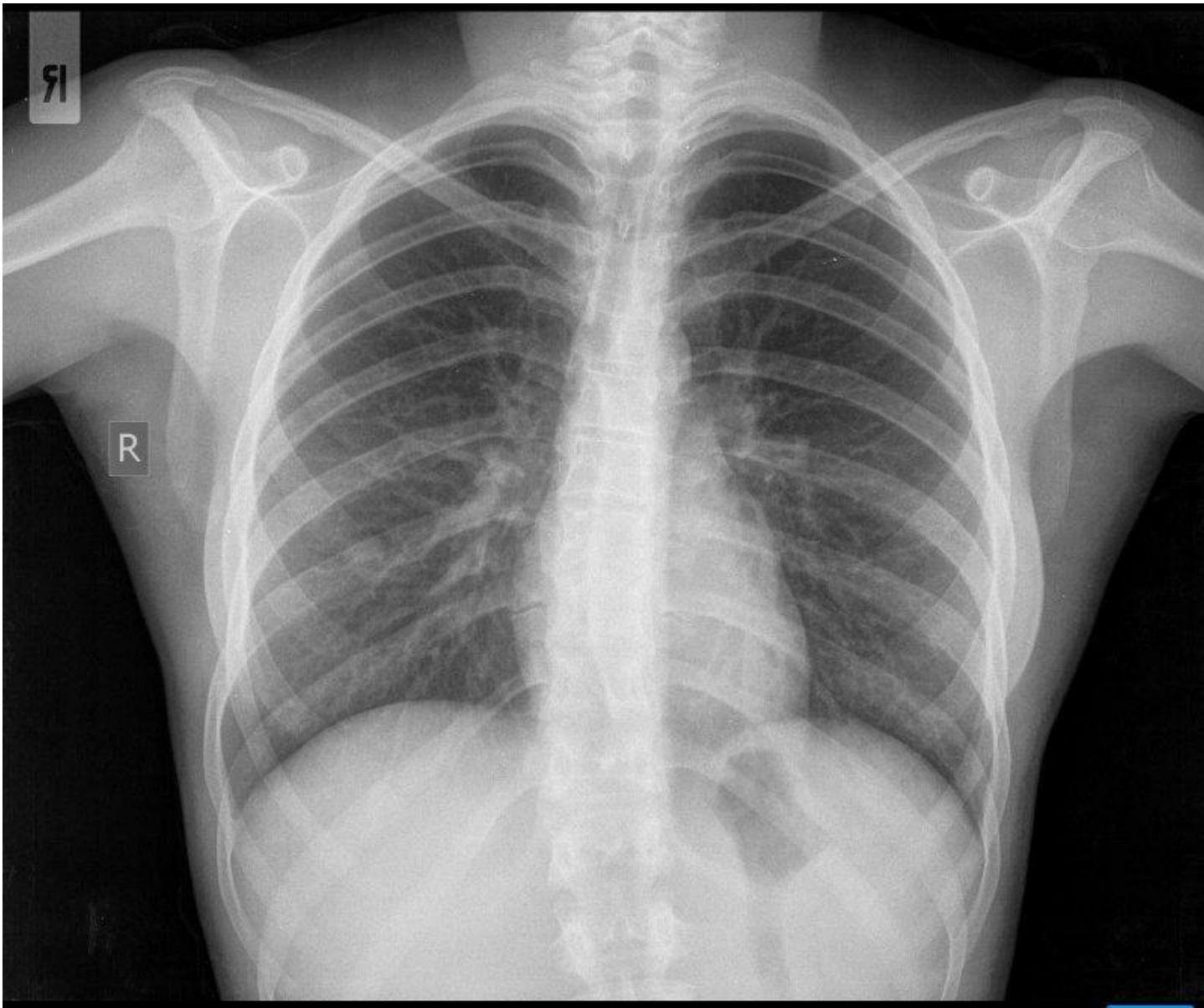
Augmentin ou
C3G + FLAGYL
6-8 semaines

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-Il s'agit d'une atélectasie LSD

La différence entre une atélectasie et pneumonie :

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

Quel est le siège de cette anomalie ?

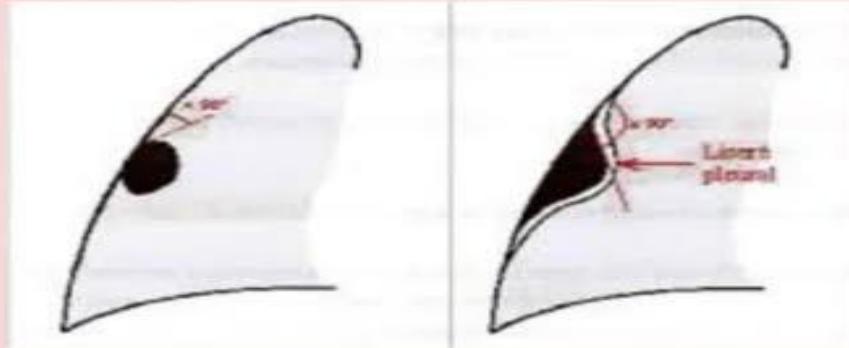
- A.Siège antérieur lobe moyen
- B.Siège postérieur LID
- C.Siège antérieur LSD



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)

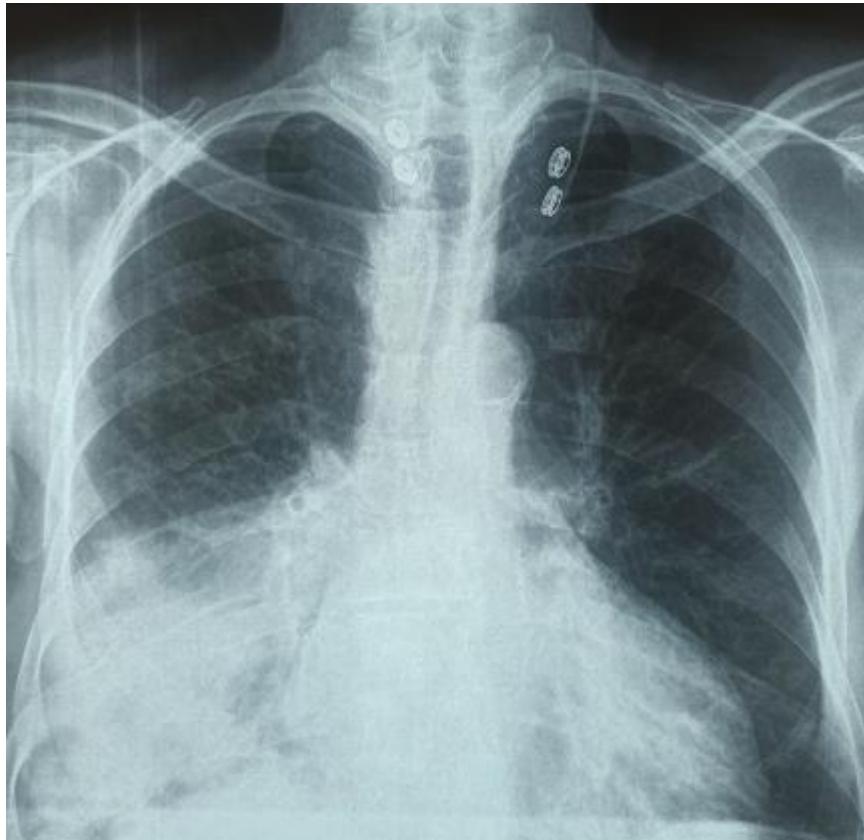
cette opacité est de siège parenchymateuse ou extra parenchymateuse ?

Angle de raccordement de Bernou



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

quel est le diagnostic radiologique ?



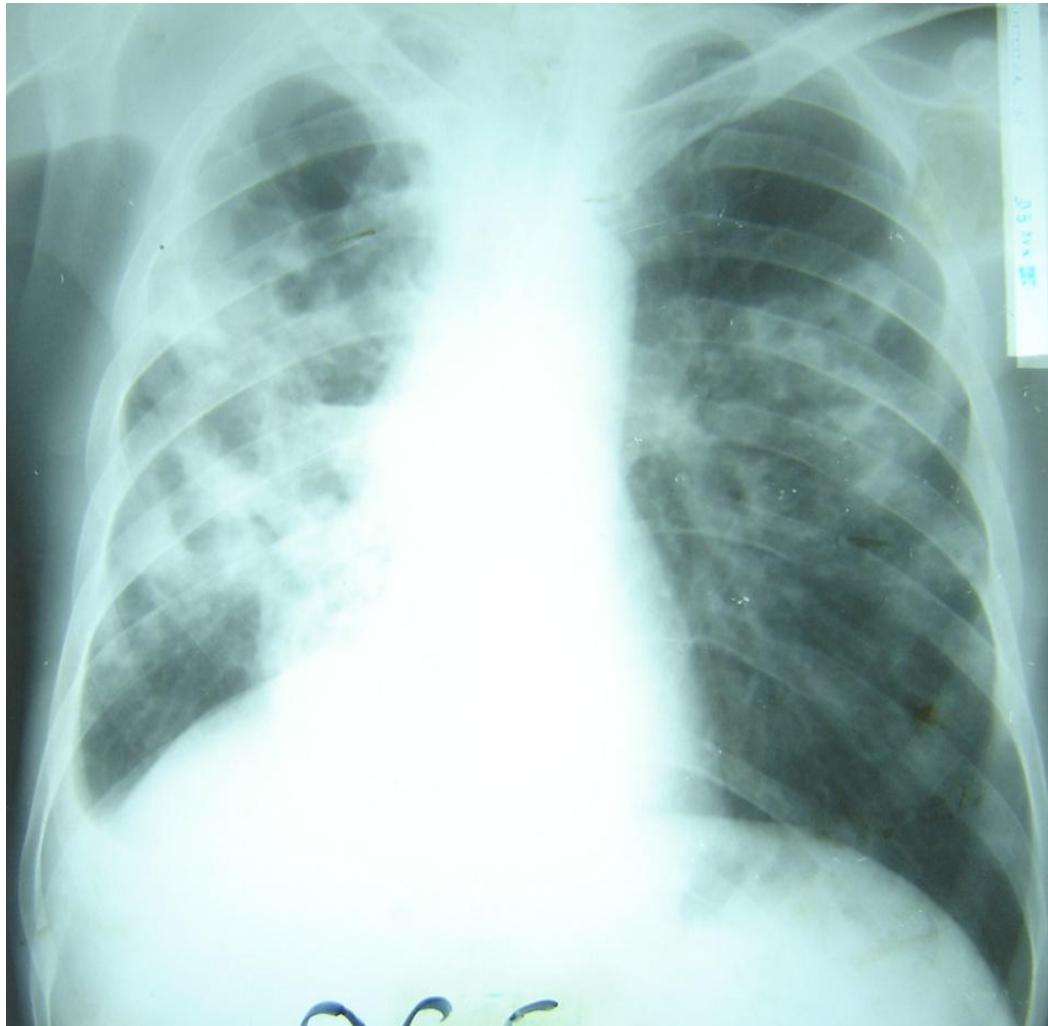
PFLA du LID

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



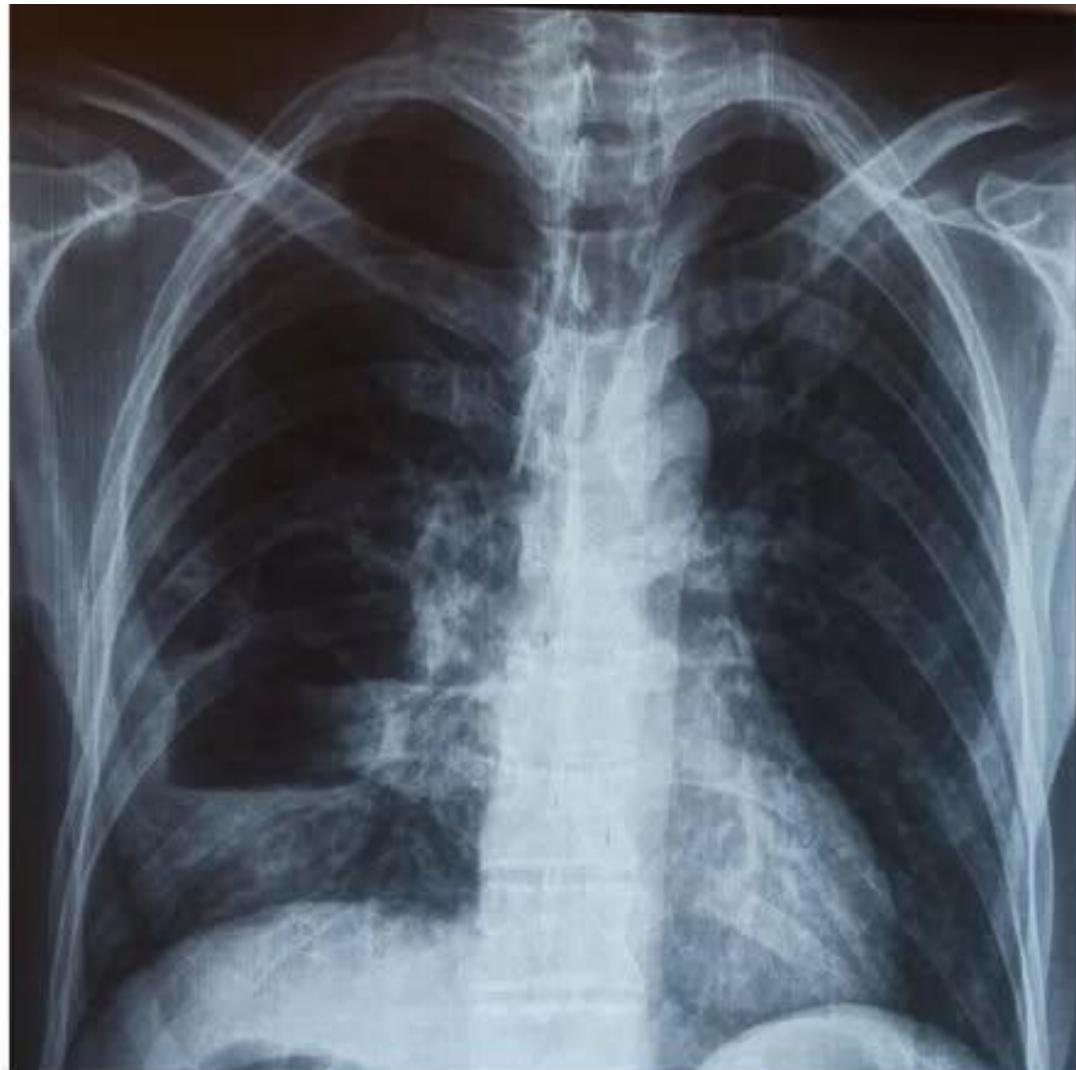
Image en grelot



Image en nénuphar = KH stade 4



KH au differents stades



3 images mixtes