

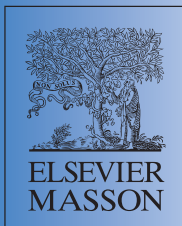
Revue
des **Maladies**

Respiratoires

Organe Officiel de la Société de Pneumologie de Langue Française

Actualités

**Confrontations
anatomo-cliniques
du CPLF 2009**



janvier
2009

La clinique, base de notre pratique, est bien sûr au centre de ces confrontations où deux équipes (Équipe du Nord et Ile-de-France) vont s'affronter en des joues amicales orchestrées par la participation active de la salle. Chaque équipe a sélectionné deux cas sur l'aspect pédagogique et l'approche transdisciplinaire plus que sur la rareté. L'équipe adverse aidée par les auditeurs discutera le cas et proposera un diagnostic avec vote de la salle.

Confrontations anatomo-cliniques

1 Cas 1

Île de France : Un boulanger dans le pétrin
Présentation - *Sandra de Miranda (Paris)*
Discussion - *Arnaud Scherpereel (Lille)*

2 Cas 2

Île de France : Une histoire sans fin
Présentation - *Anne Bergeron (Paris)*
Discussion - *T Perez (Lille)*

1 Cas 1

Équipe du Nord : Un enseignant poussif
Présentation - *T Perez (Lille)*
Discussion - *Anne Bergeron (Paris)*

2 Cas 2

Équipe du Nord : Un ancien soldat asthmatique
Présentation - *Arnaud Scherpereel (Lille)*
Discussion - *Sandra de Miranda (Paris)*

Numéro réalisé grâce au soutien financier des laboratoires



Boehringer
Ingelheim



Cas clinique n°1 - Île-de-France Un boulanger dans le pétrin

S. de Miranda

Un patient de 53 ans, boulanger-pâtissier, fumeur à 20 PA non sevré, consulte pour des nodules pulmonaires.

Son principal antécédent est un asthme apparu dans l'enfance, aggravé par son exposition professionnelle et suivi en médecine du travail depuis plus de 10 ans. La symptomatologie est contrôlée par un traitement associant Seretide[®], Singulair[®] et Euphylline[®]. Il n'y a pas de symptomatologie de rhinite allergique associée, pas de reflux gastro-oesophagien, et le scanner des sinus est normal. Les épreuves fonctionnelles respiratoires révèlent un trouble ventilatoire obstructif fixé stable depuis plusieurs années : VEMS/CV à 41 %, VEMS à 1 480 ml (43 % de la valeur théorique) non réversible après inhalation de bronchodilatateur, CPT à 6 860 ml (102 % de la valeur théorique), CVF à 3590 (84 % de la valeur théorique), VR à 3 270 ml (148 % de la valeur théorique). Le patient a jusqu'à présent refusé le changement de poste proposé par la médecine du travail.

Au cours du suivi, apparaît sur la radiographie thoracique un nodule lobaire supérieur droit qui justifie la réalisation d'un scanner révélant un nodule excavé de 15 mm du lobe supérieur droit, un second nodule du lobe supérieur droit de 5 mm, un nodule du lobe moyen de 5 mm, un nodule de 8 mm du lobe inférieur droit, et un nodule de 12 mm du lobe supérieur gauche (*fig. 1A et 2A*).

Service de Pneumologie,
Hôpital Saint Louis, 1 avenue Claude Vellefaux,
75010 Paris, France.

Correspondance :
Sandra.de-miranda@sls.aphp.fr

Après une antibiothérapie par amoxicilline-acide clavulanique d'une durée de 10 jours, le scanner thoracique montre la persistance des images à l'identique.

Le patient est alors adressé en pneumologie par le médecin du travail.

Cliniquement, le patient est en bon état général, apyrétique et présente une dyspnée d'effort à 4 étages stable depuis plusieurs années. Le reste de l'examen clinique est normal.

Le bilan de ces nodules comprend une endoscopie bronchique qui est macroscopiquement normale. Les prélèvements microbiologiques sont négatifs, les biopsies bronchiques étagées montrent des remaniements dystrophiques sans signe de prolifération tumorale. Dans l'hypothèse d'une néoplasie, on réalise un scanner cérébral avec injection qui est normal, une échographie abdominale qui révèle une formation kystique polaire inférieure du rein droit de 30 mm ainsi que plusieurs formations similaires du rein gauche de 35, 18 et 10 mm. La palpation prostatique et le dosage de l'antigène prostatique spécifique (PSA) sont normaux. Le PETSCAN

montre une fixation de faible intensité au niveau des deux nodules situés dans les deux lobes supérieurs (SUV 1 et 0,8). L'intradermoréaction à la tuberculine est négative, de même que la recherche de BK sur les expectorations à l'examen direct et en culture, ainsi que la sérologie aspergillaire. Le facteur rhumatoïde et les ANCA sont négatifs, les éosinophiles sanguins sont à $210/\text{mm}^3$. Compte-tenu de l'ensemble de ces résultats, il est décidé d'une surveillance rapprochée.

Au cours du suivi, un nouveau scanner révèle une augmentation de taille du nodule lobaire supérieur droit qui est passé de 15 à 20 mm (*fig. 2A et 2B*). De manière contemporaine, on note l'apparition d'une hyperéosinophilie à $2\,230/\text{mm}^3$. Les ANCA restent négatifs. Un EMG est réalisé en raison de l'apparition de paresthésies de la main gauche, qui conclue à un syndrome du canal carpien.

Question

Quel diagnostic évoquez-vous ?



Fig 1A.
Mai 2006



Fig. 1B.
Octobre 2006



Fig. 2A.
Mai 2006



Fig. 2B.
Octobre 2006

Cas clinique n°2 - Île-de-France Une histoire sans fin

A. Bergeron

Une femme de 38 ans est adressée en consultation en juin 2007 pour l'exploration d'opacités parenchymateuses pulmonaires découvertes lors du suivi systématique d'une hémopathie lymphoïde. Elle n'a jamais fumé, vit en milieu rural et travaille dans une société d'assurances. Outre une péricardite aiguë sans cause retrouvée et d'évolution favorable sous Aspégic® en 2001, son principal antécédent est un lymphome B de haut grade à grandes cellules centroblastiques. Une toux irritative associée à des douleurs scapulaires avaient conduit à la découverte, en décembre 2002, d'une volumineuse masse du médiastin antérieur et moyen sans atteinte parenchymateuse ni extra-thoracique. Le diagnostic histologique avait été porté sur des biopsies de la masse médiastinale obtenues par thoracotomie antérieure gauche. Le traitement a compris 4 cures de chimiothérapie par ACVBP (adriamycine, cyclophosphamide, vindésine, bléomycine, prednisone) associées à des injections intra-thécales prophylactiques de Méthotrexate®.

Au terme de ce traitement, en avril 2003, malgré une bonne réponse tumorale, il persistait un reliquat médiastinal conduisant à intensifier le traitement. Elle a donc reçu deux cures de Méthotrexate® à haute dose, puis une intensification par BEAM (BCNU, VP 16, aracytine, melphalan) suivie

Service de pneumologie,
Hôpital Saint Louis, 1 Avenue Claude Vellefaux,
75010 Paris, France.

Correspondance :
anne.bergeron-lafaurie@sls.aphp.fr

d'une autogreffe de cellules souches périphériques. Un mois après l'autogreffe, il persiste quelques adénopathies médiastinales captant modérément le 18 Fluoro Deoxy Glucose. Le traitement est alors complété par une irradiation médiastinale de 30 grays suivie d'un complément jusqu'à 41 Gy sur le reliquat. Le traitement s'est terminé en août 2003. À ce stade, il existait des adénopathies médiastinales centimétriques sur le scanner thoracique et quelques nodules sous pleuraux d'apparition récente (*figure 1*).

En décembre 2003, elle est hospitalisée à proximité de



Fig. 1. Scanner thoracique de fin de traitement du lymphome (août 2003)

chez elle pour une pneumopathie basale gauche fébrile associée à une sinusite, sans documentation microbiologique. Cette pneumonie était contemporaine d'une éruption cutanée rapportée à une varicelle confirmée par les prélèvements virologiques cutanés. L'évolution de la pneumopathie infectieuse a été favorable avec une antibiothérapie par Augmentin.

En avril 2004, un PET-SCAN de contrôle montre une fixation significative des adénopathies s'étendant sur toute la hauteur du médiastin en partant de la base du cou et au niveau de la région cœliaque et du hile hépatique. Il est décidé de surveiller ces adénopathies qui resteront stables jusqu'en 2007.

À cette date, la seule plainte fonctionnelle de la patiente est une toux sèche. Elle est apyrétique. L'auscultation cardio-pulmonaire est normale. La saturation en air ambiant est de 98 %. On palpe une petite adénopathie sus-claviculaire droite de 1 cm de diamètre dont la cytoponction ne sera pas contributive. Le bilan biologique est normal (NFS, LDH, bilan hépatique, CRP, ionogramme sanguin, EPP). La radiographie thoracique est présentée sur la *figure 2* et différentes coupes du scanner thoracique sur la *figure 3*.



Fig. 2. Radiographie thoracique de 2007, lors de la consultation de pneumologie.

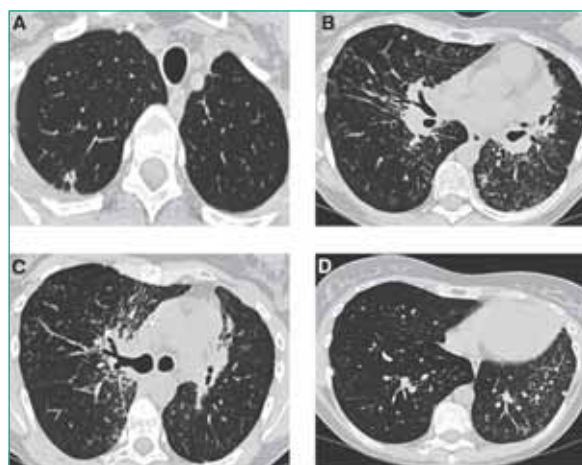


Fig. 3. Scanner thoracique contemporain de la radiographie thoracique (*figure 2*).

Question

Quel est votre diagnostic ?

Cas clinique n°1 - Équipe du Nord Un enseignant poussif

T. Perez

Un patient de 53 ans, enseignant ex-fumeur (50 PA arrêté il y a 10 ans) consulte pour une dyspnée d'effort. Ses seuls antécédents sont des rectorragies sur polypes bénins.

Depuis 3 semaines environ, le patient présente des douleurs cervicales et scapulaires bilatérales ayant conduit, dans un premier temps, à une corticothérapie orale par son médecin traitant puis une antibiothérapie devant la survenue d'une dyspnée intense avec suspicion de pleuro-pneumopathie gauche avec minime péricardite résolutive. Devant l'absence d'amélioration, un bilan rhumatologique effectué était sans particularité. Une radiographie pulmonaire (*figure 1a et b*) et un scanner thoracique sont réalisés (*figure 2a et b*). Le bilan biologique inflammatoire de ville (VS, CRP) est normal de même que le dosage des D-dimères.

À l'examen clinique, hormis la dyspnée d'effort modérée, on note une apyrexie, une hypoventilation à l'auscultation aux 2 bases et une orthopnée majeure. La gazométrie artérielle en air ambiant mesure la PaO₂ à 67 mmHg, la PaCO₂ à 36 mmHg et le pH à 7,44.

On réalise un bilan biologique avec dosage normal des enzymes musculaires et recherche négative d'auto-anticorps. Les résultats des EFR (poids 74 kg pour taille 175 cm), comprenant une mesure de la CV chez le patient assis puis couché et des SNIP et PImax sont fournis (*figures 3 et 4*).

Question

Quel diagnostic évoquez-vous ?

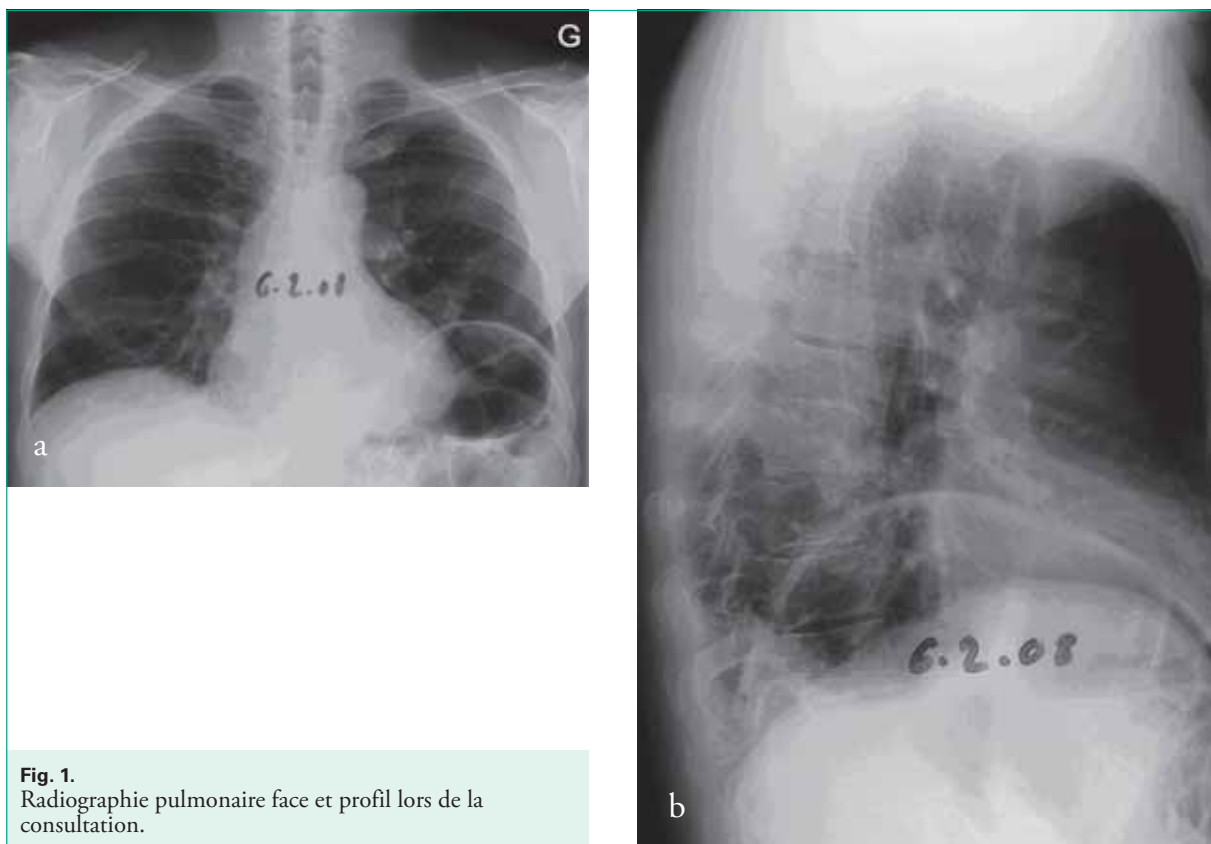


Fig. 1. Radiographie pulmonaire face et profil lors de la consultation.

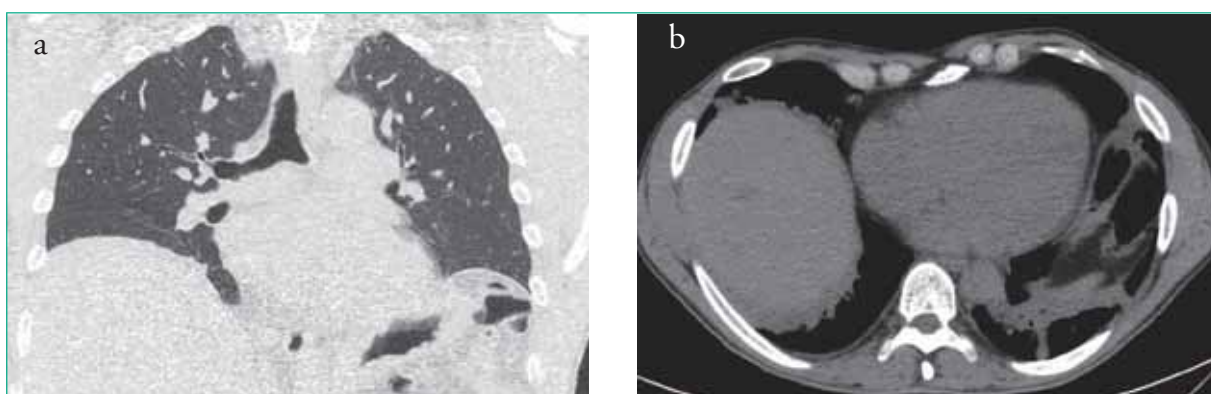


Fig. 2. Scanner thoracique réalisé juste après la consultation.

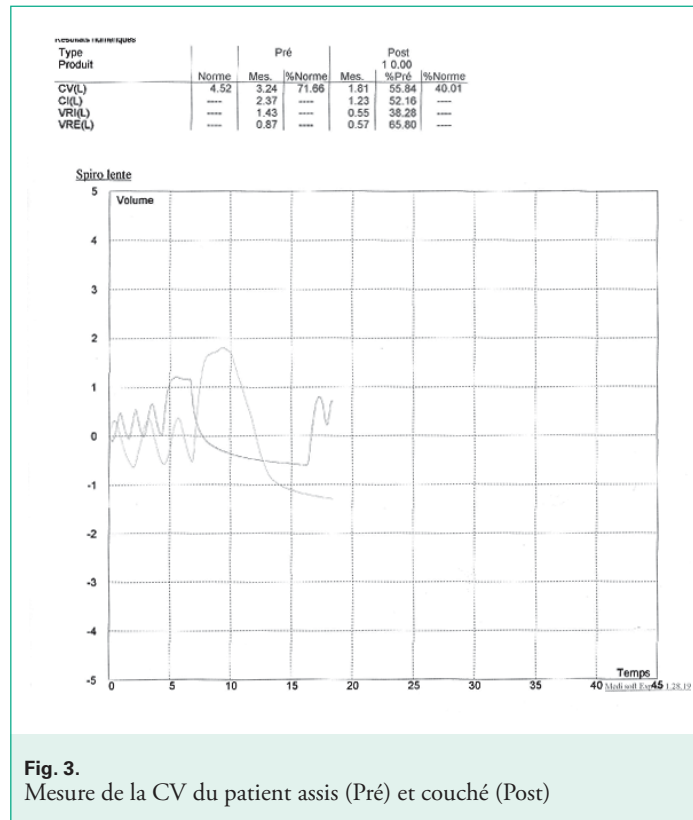


Fig. 3.
Mesure de la CV du patient assis (Pré) et couché (Post)

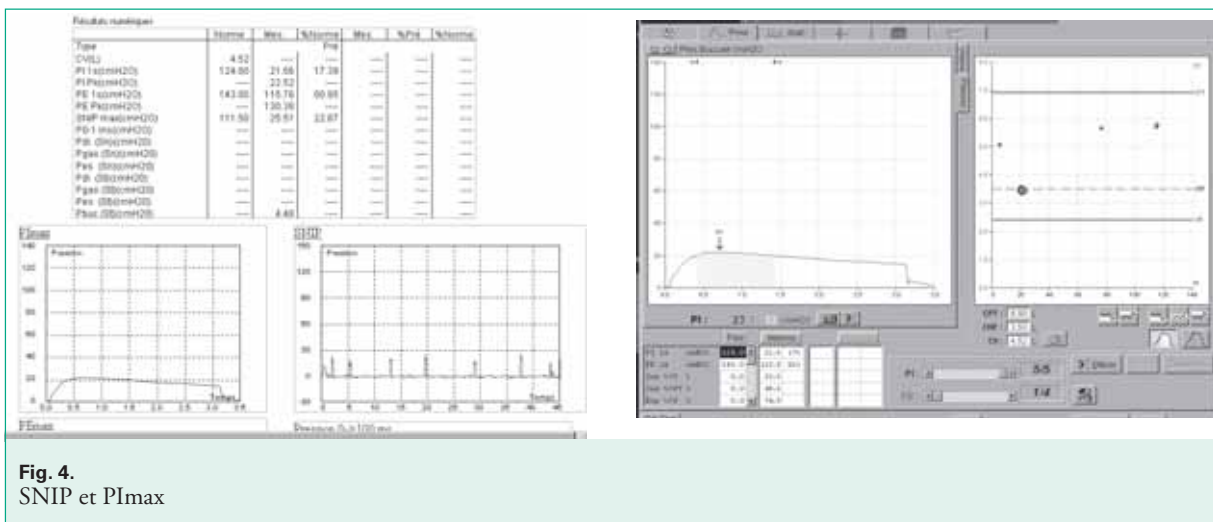


Fig. 4.
SNIP et Pmax

Cas clinique n°2 - Équipe du Nord Un ancien soldat asthmatique

A. Scherpereel

Un patient de 79 ans est hospitalisé pour crise d'asthme. Ancien soldat colonial (Indochine, Algérie) et travailleur du bâtiment, il a pour antécédents :

- un asthme cortico-dépendant (prednisone 10 mg/j) ancien, allergique avec sensibilisation à *Candida Albicans* et aux acariens, mal équilibré ;
- une hyper éosinophilie découverte en 1988 étiquetée idiopathique après de nombreux bilans étiologiques négatifs réalisés en périodes de stabilité de l'asthme (auto-immunité, sérologies des parasites autochtones et du Maghreb, examens des selles...) ;
- un tabagisme sévère (20 PA arrêté il y a 38 ans) compliqué d'une bronchite chronique ;
- un kyste hydatique hépatique opéré en 1983 ;
- des plaques pleurales associées à une fibrose débutante, non reconnues en MP ;
- un diabète insulino réquérant.

Le patient, hospitalisé une semaine auparavant pour crise d'asthme secondaire à une surinfection bronchique, était sorti avec un antibiotique et une majoration de la prednisone à 40 mg/j. Depuis, il présentait une majoration de dyspnée progressive sans signes infectieux.

L'examen clinique retrouve une dyspnée de repos, un bronchospasme et des signes cardiaques droits. L'abdomen est indolore, souple et très météorisé sans signe d'occlusion intestinale mais avec une alternance de diarrhée et de constipation.

Le bilan biologique comprend un hémogramme, une CRP et des D-dimères normaux. La gazométrie artérielle en air ambiant mesure un pH à 7,39, une PCO₂ à 46 mmHg, une PO₂ à 64 mmHg, des bicarbonates à 27 mmol/l.

La radiographie puis un scanner thoracique sont réalisés (figures 1 et 2).

Une échographie transthoracique montre une hyperkinésie globale, une fraction d'éjection > 65 % sans dilatation des cavités ni valvulopathie ou argument pour une embolie pulmonaire.

Question

Quel(s) diagnostic(s) évoquez-vous ?



Fig. 1. Radiographie pulmonaire lors de l'hospitalisation.

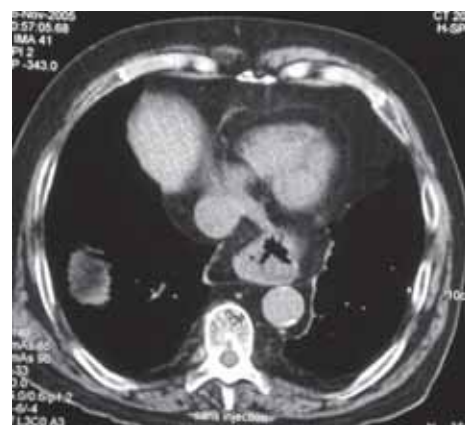


Fig. 2. Scanner thoracique réalisé lors de l'hospitalisation.

