

Un homme d'origine caucasienne, âgé de 27 ans, célibataire, en désinsertion familiale, vivant dans un squat, est amené par les pompiers aux Urgences de l'Hôpital. Cet ancien toxicomane se sait séropositif pour le V.I.H depuis plus de 10 ans. Il dit avoir reçu une bithérapie anti-rétrovirale dans les années 90 puis avoir perdu tout contact avec l'équipe qui le suivait. Il n'aurait présenté comme infection notable qu'un zona ophtalmique en automne 2003. A cette occasion, il a repris contact avec une équipe soignante "Médecins du monde". Son taux de lymphocytes CD4+ circulants était à $48/\text{mm}^3$. Il n'a accepté comme traitement que de la méthadone et du Bactrim Forte® (triméthoprime-sulfaméthoxazole) 1 cp/j qu'il dit prendre régulièrement. Depuis 4 mois, il se plaint d'asthénie, d'anorexie, d'amaigrissement sans que celui-ci soit chiffrable, ainsi que de toux, d'expectoration qu'il qualifie de purulente, et d'épisodes hémoptoïques. Il se dit dyspnéique. Sa température est à 39°C . Il est cachectique avec un poids de 38 kg pour 1m70. L'auscultation pulmonaire trouve des râles crépitants bilatéraux chez ce patient polypnéique.

QUESTION n°: 1

Quels signes de gravité immédiate de cette pneumopathie recherchez-vous aux Urgences dans les 5 premières minutes ?

QUESTION n°: 2

Après la mise en route du traitement symptomatique adéquat, une radiographie thoracique est effectuée (ci-joint). Quelles anomalies relevez-vous sur ce cliché ?

QUESTION n°: 3

Quelles sont les deux hypothèses étiologiques que vous émettez prioritairement en dehors d'une pneumopathie à pneumocoque ou d'une légionellose? Sur quels arguments ?

QUESTION n°: 4

Le patient a une polypnée à 34 /min avec tirage intercostal et sus-claviculaire. Les gaz du sang, sous 3L/min d'oxygène nasal, montrent : $\text{pH} = 7,40$; $\text{PaO}_2 = 39 \text{ mmHg}$ et $\text{PaCO}_2 = 51 \text{ mmHg}$.
Quel(s) traitement(s) symptomatique(s) instaurez-vous ?

QUESTION n°: 5

Quels médicaments prescrivez-vous pour chacune des deux hypothèses diagnostiques ?

QUESTION n°: 6

Après échec du traitement symptomatique que vous avez mis en route, le patient épuisé doit être intubé. L'évolution est marquée par la découverte, à l'échographie, d'un épanchement péricardique circonférentiel modéré.
Sur quels éléments, cliniques et paracliniques, surveillez-vous cet épanchement ?

QUESTION n°: 7

Le patient s'est amélioré progressivement. Compte tenu d'une charge virale à 115507 copies/mL et d'un taux de CD4+ circulants à $8/\text{mm}^3$, la mise sous anti-rétroviraux est évoquée.
Quel(s) est (sont) le(es) argument(s) en faveur d'une mise immédiate sous anti-rétroviraux ?
Quel(s) est (sont) l'(es) argument(s) en faveur d'une mise différée sous anti-rétroviraux ?

QUESTION n°: 8

Quelles démarches de santé publique allez-vous mettre en œuvre ?

