

Avertissement : notes prises au vol... erreurs possibles... prudence !

Mardi 22 août 2017
Hôpital cantonal de Genève
[Quiz Pneumo](#)
Dr Adler, Dr Plojoux

Nouveauté...on teste « b.socrative.com » avec nos iPhone...une façon interactive de répondre à des questions à choix multiple, à propos du cas présenté et de visualiser les réponses de la salle en temps réel.

On n'arrête pas le progrès...ça on le savait... Yuval Noah Harari nous l'avait prédit...la « connexion » c'est comme la nourriture et le sommeil...ça devient de plus en plus difficile de s'en passer...



1^{er} cas...Il s'agit d'un homme de 73 ans, navigateur sur Star...(j'y connais rien, mais il paraît que ça ressemble à ça...)



...il arrive avec une lombocruralgie, et une plaie au cuir chevelu, après avoir reçu un coup de bôme sur la tête... (pour les nuls la bôme c'est ça...)



...en dehors d'une modeste élévation de la CRP, pas grand-chose...mais un tassement vertébral L4 et une RX thorax avec un épanchement à D.

Question...à quoi pensons-nous ? etc...

Plus tard...le patient développe un pneumothorax...les D-dimères sont élevés à plus de 7000...et la thoracoscopie identifie une maladie pulmonaire kystique... (je résume...)

Diagnostic différentiel des maladies pulmonaires kystiques...on passe...et on s'arrête sur l'angiosarcome métastatique dans le poumon, la plèvre et les os...qui sera le diagnostic et dont le patient décédera quelques jours plus tard...

Bon...nous voilà instruits...on a au moins appris que le Star a une bôme...c'est déjà ça...

2^e cas...une femme du Rwanda, doit faire un bilan pneumo avant une greffe rénale pour polykystose rénale...

Elle a des râles « Velcro » aux deux bases...

Son VEMS est abaissé à 68%, avec un Tiffenau normal...Question : sommes-nous devant un syndrome restrictif ou obstructif ?

C'est plutôt « restrictif » car le Tiffenau est normal...

Un CT montre des bronchiectasies de traction et un infiltrat en « verre dépoli »...ça fait UIP soit « usual interstitial pneumonia » dont wikipedia nous dit que ça peut être...

- chronic hypersensitivity pneumonitis
- non-specific interstitial pneumonia
- sarcoidosis
- pulmonary Langerhans cell histiocytosis
- asbestosis [4]

Bon...on cherche l'exposition au jacuzzi, à l'humidité, à l'agriculture, aux oiseaux...rien de rien...

Le liquide de lavage bronchoalvéolaire montre 70% de lymphocytes...alors même s'il n'y a pas d'exposition flagrante, il faut suspecter une alvéolite allergique...nous dit-on.

Le colloque multidisciplinaire qui est le golden standard de la bonne décision actuellement, conseille les cryobiopsies à travers un bronchoscope rigide...

Voir film you tube : ErbeCryo2 - Cryobiopsie – YouTube

https://www.youtube.com/watch?v=DH2mXQHB_Ms

La cryobiopsie permet d'avoir une histologie parfaite, mais ça se complique d'hémoptysie et/ou de pneumothorax une fois sur 5...(tjrs mieux que la thoracoscopie qui nécessite un drain dans 100% des cas..., nous dit-on...).

L'histologie parlerait plutôt en faveur d'une alvéolite allergique d'origine indéterminée (présence de corps de Masson), et la patiente est mise sous 30mg de Prednisone /j avec une bonne amélioration...

Plus tard, comme l'éviction de l'allergène inconnu ne peut être effectué, la Prednisone sera remplacée par le Cellcept (Mycophenolate mofetil)...

Donc moi je retiens qu'une alvéolite allergique n'a plus besoin d'avoir un allergène identifié pour être nommée comme telle...Je pensais qu'il fallait au moins quelques éosinophiles dans le BAL (bronchioalveolar liquid)...mais là aussi je me trompe...les éosinophiles c'est dans d'autres maladies qu'on les trouve...(asthme, aspergilose, Churg Strauss etc...).

Mon ignorance va croissante...la médecine continue à s'accélérer...c'est comme le vieillissement...la sagesse c'est d'accepter...

