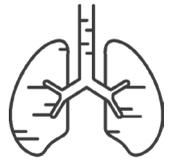


PNEUMOLOGIE



PRÉSENTATION DU SERVICE

Patients : variés, du patient très jeune ayant fait un pneumothorax (PNO), au patient âgé qui décompense une pathologie respiratoire chronique, ainsi que des patients avec une infection pulmonaire nécessitant une hospitalisation

Service : 2B -> étude du sommeil et un peu des «post urgences» donc très variés : PNO, épanchements pleuraux (EP), décompensations de pathologies sous-jacentes...

2A -> oncologie pneumo // 3A -> bilan de fibrose, HTAP, endoscopie //

3B -> pneumo polyvalente, infectio et muco // Soins intensifs



LEXIQUE

BPCO = bronchopneumopathie chronique obstructive

GDS = gaz du sang ou gazo

OAP = oedème aigu du poumon

PFLA = pneumopathie franche lobaire aiguë

TVO = trouble ventilatoire obstructif

TVR = trouble ventilatoire restrictif

VNI = ventilation non invasive

BD = Bronchodilatateur

CVF = Capacité

Vitale Forcée

EFR = Epreuve Fonctionnelle

Respiratoire

HTAP = Hypertension Artérielle Pulmonaire

MV = Murmure Vésiculaire

TVO = Trouble Ventilatoire Obs-

tructif

VEMS = Volume Expiratoire Maximal par Seconde

VV = Vibrations Vocales





PRINCIPALES PATHOLOGIES

BPCO : obstruction permanente et progressive des voies aériennes = trouble ventilatoire obstructif (TVO) non complètement réversible. Typique du fumeur, risque de décompensation sur des infections (*grippe, rhume, bactériennes...*)

Traitement -> O2 au long cours, VNI et aérosols de bronchodilatateurs (BD)

Asthme : maladie inflammatoire chronique conduisant à des modifications de la structure des voies aériennes inférieures associant des symptômes respiratoires (*dyspnée, sifflements, oppression thoracique et/ou toux*) ET une obstruction des voies aériennes (TVO) réversible après BD

Traitement -> inhalation de corticoïdes et/ou B2-mimétiques (*utilisation de BD*)

Évaluation BPCO/asthme : débit expiratoire de pointe (DEP ou peak flow) et épreuve fonctionnelle respiratoire (EFR). TVO si VEMS/CVF < 70%

Pneumopathie (PNP) : infection aiguë du poumon, très fréquente notamment chez les personnes âgées. Souvent pneumocoque, on retrouve aussi l'*Haemophilus influenzae* ou parfois bactéries atypiques (*ttt + complexe*)

Traitement -> antibiotique (ATB) probabiliste puis adapté, rééval à 48h

Tuberculose : maladie infectieuse très contagieuse due au *M. tuberculosis* ou bacille de Koch (BK). Pouvant rester latent dans le poumon. Si sympto (*peu fréquent*) -> toux, hémoptysie et altération de l'état général (AEG)

Pleurésie : liquide entre les deux feuillets de la plèvre. Potentiellement purulent (*fièvre ?*) et invalidant si important ou compressif. Ponction si cause inconnue

Syndrome pleural -> diminution du murmure vésiculaire (MV) bilatéral, matité à la percussion, abolition des vibrations vocales (VV)

PNO : épanchement aérique dans la plèvre, espace normalement virtuel se traduit par une hyperclarté sur la radio thoracique (RT)

Risque -> compression du poumon avec détresse respiratoire aiguë (DRA)

Traitement -> drainage en aspiration continue +/- intervention chir par talcage afin de recoller les deux plèvres (*cf fiche chirurgie thoracique*)

Hemotypsie : expectoration de sang. Risque : asphyxie. Bilan : RT, angioTDM. Traitement : embolisation artère

Cancer : enquête diagnostique (*scanner +/- biopsie*), consultation d'annonce
Différents types -> adénocarcinome, cancer à petites cellules, carcinome épidermoïde. Ce sont des différences histologiques qui conditionnent le traitement = intérêt de l'anatomopathologie

Traitement -> complexe (*chirurgie si possible sinon radio-chimiothérapie*)



EXAMEN CLINIQUE

Examen clinique complet : cf fiche urgences/médecine interne, ici spécifique

INTERROGATOIRE

L'interrogatoire visera à faire préciser les modalités d'apparition, l'évolution...

Signes fonctionnels respiratoires : constantes (*fréquence respiratoire (FR) et saturation O₂*), dyspnée, toux, expectorations, hémoptysie, douleur thoracique

Signes généraux : fièvre, asthénie, anorexie, amaigrissement, AEG...

Motif d'hospitalisation (MDH)

Histoire de la maladie (HDM) : la date d'apparition au jour près, voire à l'heure, le mode d'apparition (*progressif ou brutal*), les changements depuis l'apparition des symptômes, les éléments déclencheurs ou au contraire apaisants, la couleur et la quantité pour les crachats (*rouge ou pas, aspect mousseux, blanchâtre, verdâtre, jaunâtre...*)

Interrogatoire classique : mode de vie (MDV), antécédents (ATCD) personnels et familiaux, traitements (TTT) et allergies

EXAMEN PHYSIQUE

Inspection : recherche des signes de lutte respiratoire -> tirage sus-sternal, respiration abdominale (*contraction de l'abdomen à l'inspiration*), cyanose, polypnée

Palpation : rechercher les VV en appliquant les mains sur le dos du patient et en le faisant dire «trente-trois»

Auscultation : *bilatérale et symétrique, patient assis, torse nu et respirant par la bouche, niveau dos (parties inf), flanc droit (lobe moyen) et face antérieure du thorax (parties sup) pour pouvoir comparer les deux poumons*

Recherche d'un MV bilatéral et symétrique

Crépitants -> comme des bruits de pas dans la neige retrouvés à l'inspiration. Signent une infection pneumo si foyer isolé ou un OAP si bilatéral

Sibilants -> sifflements expiratoires, signent un rétrécissement des voies aériennes basses (*ex : asthme, BPCO*). Si inspiratoire = stridor (*rétré. laryngé*)

Ronchis -> comme des bruits bulleux, râles graves, modifiés à la toux. Signent un encombrement des voies aériennes (*plus hauts que les sibilants en général*)

Percussion : bilatérale et comparative, normale ou PNO si sonorité tympanique

Percussion mate -> présence d'un épanchement liquidien



EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Bio : gazo (O_2 , CO_2 , pH , *bicar*) et ECBC (examen cyto bactériologique des crachats) -> analyse cytologique, bactériologique, mycologique des crachats

Imagerie : RT -> standard, fait à pratiquement tous les patients

Scanner thoracique +/- injecté (*APC = avec produit de contraste, SPC = sans*)

Lavage broncho-alvéolaire (LBA) : sous fibroscopie avec anesthésie locale ou générale, sérum physiologique dans les bronches, réaspiré et analysé

Fibroscopie : tube dans le nez -> larynx -> cordes vocales (CV) -> bronches
Caméra avec visualisation en direct et possibilité de faire des biopsies

Fonction respiratoire : EFR, *Peack Flow*, volume expiratoire maximal en une seconde (VEMS) et volume total (VT) -> Calcul du coefficient de Tiffeneau (VEMS/CVF exprimé en %)



THERAPEUTIQUES

BD : anti-cholinergiques, béta2-mimétiques et corticoïdes

Inhalés sous forme d'aérosols, per os ou par voie IV

Antibiotiques : principalement Augmentin° (*amoxicilline-acide clavulanique*)
mais toutes les classes d'ATB sont retrouvées

Chimiothérapie : penser à rechercher les EI *cf fiche cancérologie*

Oxygénothérapie : au long cours ou juste pendant l'hospitalisation. Masque classique (3-8L), lunettes (6L) ou masque haute concentration (>8L)

VNI : support ventilatoire non invasif à 1 ou 2 niveaux de pression



RAPPELS ANATOMO-PHYSIOLOGIQUES

Anatomie : poumon droit = trois lobes avec trois bronches (*sup, moyenne et inf D*) et poumon gauche = deux lobes avec deux bronches (*sup et inf G*)

Air -> cavité buccale -> larynx -> trachée -> carène = division dans les deux bronches souches -> bronchioles -> alvéoles. Grâce aux mvts du diaphragme

Physiologie : alvéoles au contact des capillaires -> hématoxe = échanges O_2 vers sang et CO_2 vers l'extérieur. Inspiration active et expiration passive

NOTES

