



RAPPORT DE STAGE

Stage Clinique: Stage Hospitalier 8 Cycle 2

Stage clinique

Niveau 1 : A

Niveau 2 : A1

Niveau 3 : M4-A1-3

Service D'affectation : MÉDECINE A

Date debut de stage: 18-10-2021

Date fin de stage: 21-11-2021

Réalisé par : ABDELMOUTI Ibrahim

18-04-2022

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT : Radio thoracique normale		Etudiant : ABDELMOUTI Ibrahim	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INTITULE DOSSIER : radio thoracique normale		Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE :	Clinique		
TYPE :	CAS D'ETUDE		

Présentation

LE CLICH THORACIQUE DE FACE

QUALIT DU CLICH

Les critres pour vrifier quil est de bonne qualit sont les suivants :

- la distance sparant le bord interne des clavicules aux pineuses est galedroite etgauche et lpineuse de la 3me vertbre thoracique est centre (ainsi le clich est bien de face)
- il existe un niveau hydro-arique dans la poche gastrique (ainsi le patient est bien debout)
- la coupole diaphragmatique droite est au niveau ou sous la partie antrieure du sixime arc costal et les culs de sac costo-diaphragmatiques sont bien visibles (ainsi le clich a t ralis en inspiration profonde)
- le rachis et les vaisseaux sont visibles derrire le cur (ainsi lexposition est correcte).

ASPECT NORMAL:

On diffrencie tout dabord le contenant du contenu. Le contenant comprend les principales structures osseuses (clavicules, ctes, omoplates, rachis), les coupoles diaphragmatiques droites et gauches et la pocheair gastrique. Le contenu comprend le mdiastin et les poumons.

De face, on distingue les 2 champs pulmonaires clairs constitus du parenchyme pulmonaire et des hiles. Le parenchyme pulmonaire est constitudoite de 3 lobes (suprieur, moyen et infrieur) spars entre eux par 2 scissures (grande et petite) etgauche de deux lobes (suprieur et infrieur) spars par une scissure. Chaque lobe est subdivis en segments. Les poumons sont essentiellement constitus dair alvolaire et bronchique, c'est--dire que ce qui est visible, dit "trame pulmonaire" correspond en faitla vascularisation du poumon, qu'elle soit artrielle ou veineuse, entoure de tissu de soutien ou interstitium. La vascularisation pulmonaire est diffrente entre l'apex et les bases. En effet, les apex pulmonaires apparaissent plus clairs (noirs) que les bases pulmonaires car ils sont moins vasculariss.

Les hiles pulmonaires sont forms de chaque ct du mdiastin par les branches de division artrielles pulmonaires, et les divisions des bronches souches en bronches lobaires. Le hile gauche est souvent plus haut que le hile droit.

Entre les deux champs pulmonaires apparat la silhouette cardiaque telle une opacit paramdiane gauche grossirement triangulairebase diaphragmatique. On dcrit ses bords droit et gauche selon des arcs. Au niveau du bord droit , on dcrit un arc suprieur et un arc infrieur. Larc suprieur droit, rectiligne ou lgrement concave, est constitu du tronc veineux brachiocéphalique et de la veine cave suprieure. Larc infrieur droit, convexe, est constitu du bord latral de loreillette droite et de la veine cave infrieure.

Au niveau du bord gauche , on dcrit 3 arcs : suprieur gauche, moyen gauche et infrieur gauche. Larc suprieur gauche correspondlartre subclavire gauche etla portion horizontale de la crosse aortique. Larc moyen gauche correspond au tronc de lartre pulmonaire dans ses 2/3 suprieurs etlauricule gauche dans son 1/3infrieur. Enfin larc infrieur gauche correspond

au ventricule gauche. On mesure sur le cliché thoracique de face l'index cardio-thoracique qui correspond au rapport entre la plus grande largeur de la silhouette cardiaque et la plus grande largeur

du thorax. Il est normalement inférieur ou égal à 0,50.

LE CLICHÉ THORACIQUE DE PROFIL

CRITÈRES DE QUALITÉ:

Il ne doit y avoir qu'un seul cliché de profil gauche. Le profil est respecté si le sternum est vu de profil et les côtes bien espacées. L'inspiration est bien réalisée si les culs de sac postérieurs sont bien distingués et clairs et la coupole diaphragmatique droite visualisée sous la 6^{ème} côte.

ASPECT NORMAL:

On distingue les structures osseuses suivantes : le sternum, les côtes, les omoplates, le rachis et les têtes humérales. L'aorte ascendante n'est visible que si elle est saillante. La crosse de l'aorte est plus visible en arrière car elle refoule le poumon gauche qui lui est accolé. L'aorte descendante n'est visible que sur un court trajet sauf chez le sujet grêle chez qui elle fait généralement saillie dans le poumon gauche.

La silhouette cardiaque est délimitée en avant et en bas par l'arc antérieur, bords flous, constitué par le ventricule droit et en arrière, le bord postéro-inférieur constitué de haut en bas par les bords postérieurs de l'oreillette gauche et du ventricule gauche.

Les signes radiologiques :

Le signe de la silhouette

- DÉFINITION:

Une OPACITÉ thoracique, comparable à la densité "EAU", en contact avec le bord du cœur ou de l'aorte, viscères eux-mêmes de densité

"eau"

efface l'image de ce bord.

Cette opacité se fond avec l'opacité
cardiovasculaire. Les deux opacits ne sont
plus sparables. Comme dans une silhouette
on ne voit plus qu'une seule opacit; il
n'existe plus
qu'une seule limite priphrique.

Signe cervico-thoracique:

Il s'applique au niveau du dtroit suprieur du
THORAX. Son existence tient au fait anatomique que l'APEX pulmonaire ne dpasse qu'en arrire le plan
passant par le bord suprieur du manubrium sternal et des clavicules.

C'est pour cette raison qu'une tumeur mdiastinale
opaque qui dborde le plan des clavicules ne peut tre
situe qu'en arrire, car sa visibilité est due au fait qu'a
cet endroit elle est entoure d'air (densit "eau" versus
densit

"air") (cas du neurinome situ dans la gouttire
postrieure ou du goitre plongeant postrieur,droite).

A l'inverse une tumeur apicale, opaque,
de sige antro.

suprieur, voit ses bords s'arrter au niveau du bord
suprieur des clavicules. (image"en coupe
champagne" du goitre plongeant antrieur prvasculaire),

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Suivi

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT : Syndrome alveolaire		Etudiant : ABDELMOUTI Ibrahim	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INITITULE DOSSIER : Syndrome alveolaire		Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE :	Clinique		
TYPE :	CAS D'ETUDE		

Présentation

Syndrome alvolaire :

Sur un CT normal, on ne voit ni les alveoles, ni les bronches intra pulmonaires qui sont remplies d'air et qui ont des parois fines. Les arborisations visibles sont les vaisseaux qui ont une densité identique celle de l'eau.

Les alveoles ne deviennent visibles que si elles sont remplies de liquide: mucoscrptions, eau; ou par des cellules. C'est le signe du Bronchogramme arique, qui est toujours anormal. On sait alors que la lésion est au niveau des poumons et non dans le médiastin.

Dans le syndrome alvolaire, on retrouve des signes radiologiques thoraciques en rapport avec la disparition de l'air alvolaire plus ou moins important du parenchyme pulmonaire.

Cela se traduit par des opacités contours flous (bronchogramme arique), bilatéral ou homolatéral, systématisé ou non.

En revanche, les vaisseaux ne sont plus visibles, car de même densité que les alveoles. C'est donc l'inverse du syndrome interstitiel bronches invisibles, vaisseaux visibles.

Etiologie du syndrome alvolaire :

- pneumopathies infectieuses (bactériennes ou virales)
- oedèmes pulmonaires
- infarctus pulmonaires
- lymphomes
- lésions chroniques du poumon (tuberculose, cancer, ...)
- OAP (+ gros cœur, effacement des culs de sac pleuraux,

traiter par Lasilix)

Quand les bronches sont détruites par une tumeur, ou remplies par du mucus, on n'observe plus le bronchogramme arqué (signe de gravité)

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Suivi

INFORMATIONS PATIENT	INFORMATIONS ETUDIANT
PATIENT : pleuresie	Etudiant : ABDELMOUTI Ibrahim
IDENTIFIANT PATIENT :	Etablissement : Faculté de Médecine Générale
INTITULE DOSSIER : pleuresie	Formation : Médecine Générale

CATEGORIE	ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE : Clinique		
TYPE : CAS D'ETUDE		

Présentation

Epanchement liquidien dans le sac pleural.

Le contexte et le terrain sont des éléments essentiels de l'orientation étiologique.

SEMIOLOGIE

- sd fébrile, installation brutale ou au contraire installation progressive sans signe infectieux
- Douleur basithoracique modérée (type point de coté) irradiant vers l'omoplate
- Toux sèche, modérée réveillant la douleur
- La dyspnée est fonction de l'abondance et du terrain.
- Hoquet possible

EXAMEN CLINIQUE

Pas toujours évident sur des épanchements modérés ou sur un épanchement réactionnel une Pfla

Le contexte de l'OAP est différent.

L'embolie pulmonaire doit être également évoquée

- Baisse/abolition du murmure vésiculaire
- Baisse/abolition des vibrations vocales
- Matité à la percussion
- Frottement qui suit la respiration l'inverse du frottement péricardique

RADIO

- Confirme le diagnostic

CAT

La ponction pleurale est généralement indiquée sauf OAP, cirrhose, syndrome néphrotique, pneumopathie où l'indication n'existe qu'en cas de mauvaise tolérance et/ou échec du traitement diurétique.

Aspect du liquide, protines, cytopathologie, bactériologie

Biopsie pleurale : BK, mésothéliome, métastases, Kaposi, asbestose,...

ETIOLOGIES

Épanchement purulent

* Tous les pyogènes (4 semaines d'antibiothérapie guidée par l'antibiogramme ou empirique : AUGMENTIN/CIBLOR)

Transsudats

* Insuffisance cardiaque

* Cirrhose

* Syndrome néphrotique

* Pneumonie

* Embolie pulmonaire

* Maladies de système : Lupus, PR, etc..

Exsudats non purulents

* Virus

* Tuberculose

* Cancers (mésothéliome, métastases, Kaposi,)

* Asbestose (amiante)

* Radiothérapie

* Pancratite

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT : Semiologie Radio thorax		Etudiant : ABDELMOUTI Ibrahim	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INTITULE DOSSIER : Semiologie Radio thorax		Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE : Clinique			
TYPE : CAS D'ETUDE			

Présentation

Syndrome pleural = Ensembles des signes radiologiques qui traduisent la présence de liquide, d'air ou de tissu anormal entre les feuillets pleuraux. Caractéristiques radiologiques : Pleurésie : Epanchement pleural Pneumothorax Hydro-pneumothorax Epaissement des feuillets pleuraux tissulaire, inflammatoire ou réactionnel et squelleux et calcifications pleurales Pleurésie Epanchement de la grande cavité pleurale : Opacité basale en nappe Refoulant le médiastin si de grande abondance Sans broncho-gramme arien Limite sup souvent floue concavité supéro-interne: Ligne de Damoiseau Effacement de la coupole diaphragmatique et des CDS costo-diaphragmatiques Mobile Pf enkysté ou cloisonné Pleurésie cloisonnée : panchement scissural ou interlobaire Pleurésie enkystée Pneumothorax Hyperclair intrapleurale homogène du ct atteint Liser dense entourant le parenchyme pulmonaire collab correspondant la plèvre viscérale = ligne bordante Hydro-pneumothorax : panchement mixte, contenu liquidien dclive et arique supérieur de la grande cavité pleurale, NHA Syndrome interstitiel = Ensemble des signes radiologiques indiquant une atteinte du secteur interstitiel du poumon par de l'œdème, de l'infiltration cellulaire ou de la fibrose Une lésion interstitielle pure n'est visible que si les alvéoles qui l'entourent restent aérées Un Sd alvéolaire surajout dissimule le syndrome interstitiel sous-jacent. Caractéristiques radiologiques fonction : 1) Atteinte du secteur périphérique 2) Atteinte du secteur axial intra-lobulaire 3) Atteinte du secteur axial pré-broncho vasculaire 1) Atteinte du secteur périphérique : rticulations inter-lobulaires Les septa inter-lobulaires paissies correspondent aux lignes de Kerley (A,B,C): B=base (plus fréquentes) A=apex, C=croise Relies et perpendiculaires la plèvre (horizontales aux bases) courtes (2-3 cm de longueur) 2) Atteinte du secteur axial intralobulaire Opacités rticules : aspect en rayon de miel ou nid d'abeille : Fibrose pulm -Espaces kystiques ariques, limités par des parois paissies faites d'un tissu dense et fibreux -Jointifs -Disposés en couches dans les territoires périphériques sous-pleuraux 3) Atteinte du secteur axial pré-broncho-vasculaire -Opacités hili-fuges -Effacement des contours vasculaires dans les régions hilaires et para- hilaires Deux aspects diffrencier : Réguliers =paississement des parois bronchiques, non spécifiques Irréguliers, spiculés ou nodulaires lymphangite, sarcodose Les bronchectasies par traction -A diffrencier des vraies bronchectasies car la paroi bronchique est normale ! -L'élasticité du parenchyme diminue par le processus de fibrose qui exerce une traction sur les parois bronchiques Le syndrome pseudo-alvéolaire : verre dépoli Radiographie : Opacités peu denses Les contours des vaisseaux et les parois bronchiques restent visibles Rpartition et intensité très variables TDM : Hyperdensité, localisée, multifocale ou diffuse, réalisant parfois un aspect en mosaïque Lésions nodulaires diffuses disposition pré-bronchovasculaire et sous pleurale : Sarcodose = BBS

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Suivi

INFORMATIONS PATIENT	INFORMATIONS ETUDIANT
PATIENT : le pneumothorax	Etudiant : ABDELMOUTI Ibrahim
IDENTIFIANT PATIENT :	Etablissement : Faculté de Médecine Générale
INTITULE DOSSIER : le pneumothorax	Formation : Médecine Générale

CATEGORIE	ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE : Clinique		
TYPE : CAS D'ETUDE		

Présentation

Définition d'un pneumothorax : Effraction d'air entre les deux feuillets de la plèvre. Signes fonctionnels -> Douleur thoracique -> Toux sèche -> Dyspnée. Signes physiques : Tripied de Gaillard - DIM V.V - Abolition M.V - Tympanisme. Analyser :
- Étendue du décollement : Total : > 80 % Partiel : 3cm en apex et 2cm en axial - Tolérance : Fréquence respiratoire. Signes de détresse. Signes de lutte : SpO2. Conduite à tenir - Petite taille + Bien tolère : Surveillance + Antalgiques + Antitussifs si besoin + O2 (6l/min) - Pneumothorax total ou de grande taille ou mal tolère : Exsufflation - Pneumothorax suffocant : Drainage

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Suivi

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT : CAT devant une douleur thoracique		Etudiant : ABDELMOUTI Ibrahim	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INTITULE DOSSIER : CAT devant une douleur thoracique		Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE : Clinique			
TYPE : CAS D'ETUDE			

Présentation

Conduite a tenir devant une douleur thoracique

Origine :

- Plvre paritale
- Mdiastinale
- Paroi thoracique

Rechercher :

- Aigue ? (< 3 semaines) ou chronique
- Sige et lirradiation
- Facteurs dclenchants

Les douleurs dorigines cardio-vasculaires :

- Embolie pulmonaire
- Dissection aortique
- Pricardite
- Infarctus du myocarde

Dorigine pulmonaire :

- Pneumothorax
- Epanchement pleural
- Pneumopathie infectieuse

Dorigine oesophagienne :

- Reflux gastro-oesophagien, oesophagite
- Dysphagie
- Spasme oesophagien

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Suivi

INFORMATIONS PATIENT	INFORMATIONS ETUDIANT
PATIENT : CAT devant une hémoptysie	Etudiant : ABDELMOUTI Ibrahim
IDENTIFIANT PATIENT :	Etablissement : Faculté de Médecine Générale
INTITULE DOSSIER : CAT devant une hémoptysie	Formation : Médecine Générale

CATEGORIE	ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE : Clinique		
TYPE : CAS D'ETUDE		

Présentation

Hémoptysie CAT

Introduction:

= Rejet par la bouche, dans un effort de toux, de sang rouge vif, provenant des voies aériennes sous glottiques

Toute hémoptysie même minime. justifie une surveillance hospitalière

Marche diagnostique:

Éliminer un diagnostic différentiel:

Épistaxis. gingivorragies : examen ORL

Hématémèse: efforts de vomissement. rejets alimentaires.

Apprécier la gravité:

Quantification de l'hémoptysie: souvent surestimée par l'entourage

Faible abondance : crachats hémoptoïques (<50cc/24h)

Moyenne abondance : 1 verre (> 50cc/24h)

Grande abondance : plus de 200cc en une fois ou > 300cc/ 24h

Foudroyante: entraîne le décès par asphyxie en quelques secondes

Évaluation de la tolérance de l'hémoptysie : en recherchant

Signes

: de DR par inondation alvéolaire (menace pc vital+++): Polypnée, dyspnée, cyanose, tirage

Signes de retentissement circulatoire : Hypotension, tachycardie, oligoanurie, état de choc.

Signes d'anémie aiguë clinique. NFS.

On ne meurt jamais d'anémie aiguë lors des hémoptysies mais d'hypoxémie bien avant.

Décompensation d'une tare sous-jacente

Une cause tant elle-même une urgence (OAP, EP...)

Quel que soit son abondance, l'hémoptysie a une valeur symptomatologique et impose un bilan pour rechercher

T etiologie +- -

Modalités thérapeutiques en urgence :

But : arrêter l'hémoptysie et corriger son retentissement

2)

Dans tous les cas:

Hospitalisation de principe

Surveillance rapprochée car l'évolution est imprévisible.

Mettre le patient au repos en position demi-assise

Hémoptysie de faible abondance

Calmer le malade par des sédatifs au besoin

Anti-tussifs éventuellement.

Lutter contre le saignement : Hémostatiques

Vitamine K Konakion*

Antifibrinolytiques (Exacyl*)

Protecteurs vasculaires (éтамsylate Dicynone*)

Conduire les investigations en externe puis traitement étiologique.

Hémoptysie de moyenne à grande abondance ou récidivante

LVAS, O2

adapte (SaO₂ > 90%), VV de bon calibre.

Remplissage / macromolécule transfusion si nécessaire

Surveillance clinique expectoration, pouls, TA, diurèse.

FR), radio, GDS, ionogramme sanguin, ECG si coronarien

La fibroscopie bronchique permet de localiser l'origine du saignement, de faire la toilette bronchique, d'appliquer des traitements vasoconstricteurs locaux (adrenaline, glypressine).

En cas d'échec du traitement médical : Embolisation de l'artère bronchique responsable, au cours d'une artériographie bronchique. Dans de rares cas, l'abondance ou la persistance de l'hémorragie impose une sanction chirurgicale.

Toujours calmer malade : chlorhydrate de morphine 1 mg s/c x2/

hémoptysie catécholaminique:

PEC immédiat en US

Intubation sélective (afin d'exclure le poumon qui saigne et de préserver le poumon sain) peut être réalisée à l'aide de la sonde de Larlyns, avant l'intervention chirurgicale

Enquête étiologique:

Ne doit pas retarder la prise en charge thérapeutique en cas de mauvaise tolérance

Interrogatoire

Antcdents pulmonaires (notion de contag tuberculeuse, DDB, tumeur...) et cardiaques (notion de cardiopathie,...)

Tabagisme

Prises mdicamenteuses (anticoagulants)

Maladie generale

Histoire mdicale rcente

2) Examen bhysique

Signes focaux pulmonaires.

Hippocratisme digital (cancer, dilatation des bronches),

Signes extrathoraciques (phlbite MI, angiomes cutans...).

ADP, AEG, amaigrissement

xamens comblementaires

Certains

exame

ns complmentaires sans systematiques : NFS, TP-TCA, groupage, recherche BK dans explorations.

Radiographie thoracique: peut monter signes en rapport avec lesion responsable (opacite tumorale, atelectasie excavation.), une miliaire ou un granit post-hmoptoques confortant de

Fibroscopie bronchique : Systematique en urgence des l'etat du patient stabilise

Confirme le diagnostic.

Recherche une ventuelle cause endobronchique

Faire un geste local a hemostase.

TDM thoracique au cas par cas

Artriographie bronchique:

En cas d'hemoptvsie abondante ou recidivante

Retrouve l'artre bronchique l'origine du saignement

Permet un geste thrapeutique : Embolisation

Principales etiologies:

Tuberculose++!

Chez un ancien tuberculeux il faut evoauer les diaanostics suivants

Rcidive, aspergillome, DDB sequellaire, broncholithiase, cancer sur cicatrice

Dilatation de bronche DD

Cancer bronchique primitif ++

Embolie

pulmonaire

Causes cardio-vasculaire (ICG Ou RM)

Autres causes plus rares :

Bronchites - Pneumonies aiguës

Kyste hydatique du poumon

Aspergillose pulmonaires Invasives (immunodéprimée)

Hémorragies alvéolaires

Origine traumatique ou iatrogènes : Traumatisme thoracique, Corps étranger, surdosage en anticoagulants

Parfois aucune cause n'est retrouvée : surveillance régulière

Traitement biologique : fondamental

Hémoptysie CAT

Introduction:

= Rejet par la bouche, dans un effort de toux, de sang rouge vif, provenant des voies aériennes sous glottiques

Toute hémoptysie même minime. justifie une surveillance hospitalière

Démarche diagnostique:

Éliminer un diagnostic différentiel:

Épistaxis. gingivorragies : examen ORL

Hématémèse: efforts de vomissement. rejets alimentaires.

Apprécier la gravité:

Quantification de l'hémoptysie: souvent surestimée par l'entourage

Faible abondance : crachats hémoptoïques (<50cc/24h)

Moyenne abondance : 1 verre (> 50cc/24h)

Grande abondance : plus de 200cc en une fois ou > 300cc/ 24h

Foudroyante: entraîne le décès par asphyxie en quelques secondes

Évaluation de la tolérance de l'hémoptysie : en recherchant

Signes

: de DR par inondation alvéolaire (menace pc vital+++): Polypnée, dyspnée, cyanose, tirage

Signes de retentissement circulatoire : Hypotension, tachycardie, oligoanurie, état de choc.

Signes d'anémie aiguë clinique. NFS.

On ne meurt jamais d'anémie aiguë lors des hémoptysies mais d'hypoxémie bien avant.

Décompensation d'une tare sous-jacente

Une cause tant elle-même une urgence (OAP, EP...)

Quelque soit son abondance, l'hémoptysie a une valeur pronostic et impose un bilan pour rechercher

T étiologie +-

Modalités thérapeutiques en urgence :

But : arrêter l'hémoptysie et corriger son retentissement

2)

Dans tous les cas:

Hospitalisation de principe

Surveillance rapprochée car l'évolution est imprévisible.

Mettre le patient au repos en position demi-assise

Hémoptysie de faible abondance

Calmer le malade par des sédatifs au besoin

Anti-tussifs éventuellement.

Lutter contre le saignement : Hémostatiques

Vitamine K Konakion*

Antifibrinolytiques (Exacyl*)

Protecteurs vasculaires (étilamsylate Dicynone*)

Conduire les investigations en externe puis traitement étiologique.

Hémoptysie de moyenne à grande abondance ou récidivante

LVAS, O2

adapte (SaO2 > 90%), VV de bon calibre.

Remplissage / macromolécule transfusion si nécessaire

Surveillance clinique exsanguination. nous. TA. diurèse.

FR), radio, GDS, ionogramme sanguin, ECG si coronarien

La fibroscopie bronchique permet de localiser l'origine du saignement, de faire la toilette bronchique, d'appliquer des traitements vasoconstricteurs locaux (adrenaline, glivipressine).

En cas d'échec du traitement médical : Embolisation de l'artère bronchique responsable, au cours d'une artériographie bronchique. Dans de rares cas, l'abondance ou la persistance de l'hémorragie impose une sanction chirurgicale.

Toujours calmer malade : chlorhydrate de morphine 1 mg s/c x2/

hémoptysie catégorisée:

PEU IMMÉDIAT en US

Intubation sélective (afin d'exclure le poumon qui saigne et de préserver le poumon sain) peut être réalisée à l'aide de la sonde de Larly, avant l'intervention chirurgicale

Enquête étiologique:

Ne doit pas retarder la prise en charge thérapeutique en cas de mauvaise tolérance

1

Interrogatoire

Antécédents pulmonaires (notion de contagion tuberculeuse, DDB, tumeur...) et cardiaques (notion de cardiopathie,...)

Tabagisme

Prises médicamenteuses (anticoagulants)

Maladie générale

Histoire médicale récente

2) Examen physique

Signes focaux pulmonaires.

Hippocratisme digital (cancer, dilatation des bronches),

Signes extrathoraciques (phlébite MI, angiomes cutanés...).

ADP, AEG, amaigrissement

Examens complémentaires

Certains

examen

Examens complémentaires sans systématiques : NFS, TP-TCA, groupage, recherche BK dans explorations.

Radiographie thoracique: peut montrer signes en rapport avec lésion responsable (opacité tumorale, atelectasie excavation.), une miliaire ou un grêle post-hémoptoïque confortant de

Fibroskopie bronchique : Systématique en urgence dès l'état du patient stabilisé

Confirme le diagnostic.

Recherche une éventuelle cause endobronchique

Faire un geste local à hémostase.

TDM thoracique au cas par cas

Arthrographie bronchique:

En cas d'hémoptysie abondante ou récidivante

Retrouve l'artère bronchique l'origine du saignement

Permet un geste thérapeutique : Embolisation

Principales étiologies:

Tuberculose++!

Chez un ancien tuberculeux il faut évoquer les diagnostics suivants

Récidive, aspergillome, DDB séquellaire, broncholithiase, cancer sur cicatrice

Dilatation de bronche DD

Cancer bronchique primitif ++

Embolie

pulmonaire

Causes cardio-vasculaire (ICG Ou RM)

Autres causes plus rares :

Bronchites - Pneumonies aiguës

Kyste hydatique du poumon

Aspergillose pulmonaires Invasives (immunodéprimée)

Hémorragies alvéolaires

Origine traumatique ou iatrognes : Traumatisme thoracique, Corps étranger, surdosage en anticoagulants

Parfois aucune cause n'est retrouvée : surveillance régulière

Traitement biologique : fondamental

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Suivi

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT : L'asthme		Etudiant : ABDELMOUTI Ibrahim	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INTITULE DOSSIER : L'asthme		Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE : Clinique			
TYPE : CAS D'ETUDE			

Présentation

L'asthme est une Inflammation et hyperréactivité
bronchique permanentes

Étiopathogénie

A - Atopie

B - Les allergènes

C - Facteurs favorisant (la maladie)

D - Facteurs déclenchants (la crise)

Crise d'asthme : accès paroxystique de
symptômes de durée brève (< 1 jour)

Exacerbation : Enchaînement de crises
d'asthme subintrantes sur une période de
quelques jours

Asthme aigu grave (AAG) : Dès lors que le
pronostic vital est en jeu

Aggravation rapidement progressive sur qq jours
crise d'asthme brutale et de longue durée

Diagnostic positif :

-voqué devant les symptômes :

-sifflements aigus, toux sèche, dyspnée

-antécédents:

-toux (aggrave la nuit)

-sifflements rcurrents

-difficultés respiratoires rcurrentes

-blocages respiratoires rcurrents

- valuer la gravité (clinique, débit-métrie, gazométrie)

Rechercher un facteur déclenchant/aggravant de la

crise (clinique, radiologie, biologie)

-contexte d'apparition des symptômes:

-exercice

-infection virale

-irritants (tabac, produits chimiques)

-changements climatiques

- rires ou pleurs violents

-stress

-examen clinique:

-habituellement normal en état stable;

- en crise: le thorax est distendu, comme bloqué en inspiration
force;

-de nombreux râles sibilants, diffus dans les deux champs, de
temps essentiellement expiratoire.

les examens complémentaires

Imagerie thoracique:

-poumon normal (entre les crises)

-poumon distendu (au moment de la crise)

-largissement des espaces intercostaux;

-abaissement et aplatissement des coupes diaphragmatiques;

-augmentation de la transparence pulmonaire.

Bilan allergologique

EFR:

Recherche un TVO: VEMS/CV <70%, chute du VEMS

hors crise (difficile en crise) et surtout sa réversibilité

significative sous BD inhalés ou corticostéroïdes

-DEP +++ dans asthmes graves souvent instables

Diagnostic différentiel:

Dyspnée paroxystiques non bronchiques

-Asthme cardiaque

-Embolie pulmonaire

-Pathologie des cordes vocales

-Anxit, attaques de panique

Obstruction localise

-corps trangers intra-bronchiques

-compressions et tumeurs trachales

-stnose post-chirurgicale

Obstruction diffuse

-bronchite aigu, bronchiolite (enfants)

-exacerbation de bronchite chronique

-dilatation des bronches (DDB)

Traitement :

Bronchodilatateurs

a- 2 mimtiques de courte dure daction

b- 2 mimtiques de longue dure daction

c- Anticholinergiques de courte dure daction

d- Xanthiniques

e- Adrnaline

3- Anti-inflammatoires:

a-Corticostroides

b- Anti-leucotrines

c- Cromones

Traitement de fond

Corticodes inhals seuls

Corticodes inhals associs aux bronchodilatateurs de

longue dure daction

Antileucotriene

Xanthiniques

Corticotherapie faible dose parfois

Anti IGE

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Suivi

INFORMATIONS PATIENT	INFORMATIONS ETUDIANT
PATIENT : Cancer Bronchique primitif	Etudiant : ABDELMOUTI Ibrahim
IDENTIFIANT PATIENT :	Etablissement : Faculté de Médecine Générale
INTITULE DOSSIER : cancer bronchique primitif	Formation : Médecine Générale

CATEGORIE	ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE : Clinique		
TYPE : CAS D'ETUDE		

Présentation

Cancer bronchique primitif

TYPES HISTOLOGIQUES

On distingue 2 grands types histologiques :

les cancers non petites cellules: > 80% des cas, eux-mêmes se divisent en :

- adénocarcinomes : la majorité
- carcinomes épidermoïdes
- carcinomes indifférenciés

les cancers petites cellules 15% des cas Adénocarcinomes

En périphérie du poumon.

Positifs pour un marquage par le Thyroid Transcription Factor-1 (TTF1) en immunohistochimie Parfois associés à une addiction oncogénique (voir III).

Carcinomes épidermoïdes ou malpighiens

Localisation proximale.

Positifs pour un marquage par p40 en immunohistochimie

IV.3. Carcinomes petites cellules

Tumeurs volumineuses, localisées aux voies aériennes proximales et au médiastin, entraînant une compression extrinsèque de l'arbre bronchique et des syndromes de compression médiastinale. Syndrome paraneoplasique fréquent.

Positifs pour un marquage par la Neuron Specific Enolase (NSE) en immunohistochimie.

Les symptômes cliniques de la tumeur bronchique sont :

- signes pulmonaires : toux / expectoration / dyspnée / hémoptysie,
- signes de compression médiastinale : syndrome cave supérieur (obstruction de vaisseaux), syndrome de Pancoast-Tobias (tumeur localisée au niveau d'un des deux sommets des poumons),

- signes de dissémination métastatique responsables de manifestations neurologiques et hépatiques,
- signes de syndromes paraneoplasiques : troubles neurologiques, hypercalcémie, hyponatrémie.

Les différents stades du cancer du poumon:

Tx Pas de données sur la tumeur.

T0 Pas de tumeur primitive retrouvée.

T1s Carcinome in situ.

T1 Tumeur unique, inférieure ou égale 3 centimètres dans son plus grand diamètre, sur bronche lobaire ou segmentaire.

T2 Tumeur de plus de 3 centimètres de diamètre située plus de 2 centimètres de la cavité, ou atteinte de la plèvre viscérale, ou atelectasie inférieure d'un poumon.

T3 Tumeur étendant en dehors du poumon (paroi, diaphragme, médiastin, creux sus-claviculaire, plèvre médiastinale, péricarde) ou tumeur située moins de 2 centimètres de l'aponévrose trachéale, mais le respectant.

T4 Tumeur avec atteinte du médiastin, du cœur, des gros vaisseaux, de la trachée, de l'œsophage, des corps vertébraux, de la cavité ou association d'un épanchement (sauf si l'épanchement est confirmé non cancéreux).

N0 Pas de lymphadénopathie envahie histologiquement.

N1 Adénopathie péribronchique ou hilairale homolatérale envahie, y compris l'extension directe.

N2 Métastase aux ganglions médiastinaux ipsilatéraux ou sous-carinaux.

N3 Métastase dans les ganglions contralatéraux médiastinaux, ganglions scapulaires ou sus-claviculaires.

M0 Absence de métastase.

M1 Présence de métastase.

Stade I : T1 et T2, N0, M0.

Stade II : T1 et T2, N1, M0 et T3 N0.

Stade IIIA : T3 N1, M0 et tout N2, M0.

Stade IIIB : tout N3, M0 et tout T4, M0.

Stade IV : tout M1.

IMAGERIE THORACIQUE

Examen initial, devant tout signe d'appel chez un fumeur de 40 ans = radiographie (Rx) F + P

Si Rx anormale ou si forte suspicion clinique de CP malgré une Rx négative tomodensitométrie thoracique injectée (TDM), avec coupes abdominales hautes (foie, surrénales).

Radiographie thoracique

Une radiographie thoracique normale n'élimine pas le diagnostic de CP.

TDM

Outil de base pour le diagnostic (et la stadification TNM). Idéalement réalisée avant la bronchoscopie (orientation topographique des prélèvements)

Donne des précisions sur la lésion primitive, sa topographie, sa localisation hilare centrale ou périphérique, son caractère systématique, rétractile ou non rétractile, ses rapports avec les structures avoisinantes de la paroi thoracique, de la plèvre et du médiastin

Traitement:

Le traitement du cancer de poumon dépend d'un certain nombre de facteurs, tels que le type du cancer de poumon (CBPC ou CBNPC), le stade de la maladie, et la santé générale du patient. Les méthodes de traitement incluent la chirurgie, la chimiothérapie, la radiothérapie, ou la combinaison de différentes méthodes.

Chirurgie

La chirurgie est le traitement standard pour des cancers de stade précoce. Les médecins peuvent choisir la résection des tumeurs jusqu'au stade III A. Le type de chirurgie effectuée dépend de la localisation de la tumeur dans le poumon :

- résection segmentaire : suppression d'une petite partie du poumon,
- lobectomie : suppression d'un lobe entier du poumon,
- pneumonectomie : retrait d'un poumon entier.

Malheureusement, la majorité des tumeurs ne peut pas être enlevée par chirurgie en raison de leurs tailles ou de leurs emplacements.

Chimiothérapie

La chimiothérapie est l'utilisation de drogues pour tuer les cellules cancéreuses dans tout le corps. La chimiothérapie peut être employée pour contrôler la croissance de la tumeur ou pour en soulager les symptômes. La plupart des drogues anticancéreuses sont données par injection en intraveineuse ou par la mise en place d'un cathéter, certaines existent sous forme de comprimés.

Radiothérapie

La radiothérapie est l'utilisation de rayons de forte énergie pour tuer les cellules cancéreuses. La thérapie radiologique est dirigée vers la partie limitée et n'affecte que cette partie. Elle peut être employée avant la chirurgie pour réduire une tumeur, ou après la chirurgie pour détruire toutes les cellules qui demeurent dans le secteur traité. Elle est également combinée avec la chimiothérapie, en tant que traitement primaire au lieu de la chirurgie. La source de rayons est le plus souvent externe mais elle peut aussi provenir d'une source interne, un implant consistant en un petit récipient de matériel radioactif placé directement dans ou près de la tumeur.

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Suivi

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT : le kyste hydatique pulmonaire		Etudiant : ABDELMOUTI Ibrahim	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INTITULE DOSSIER : Le kyste hydatique pulmonaire		Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE :	Clinique		
TYPE :	CAS D'ETUDE		

Présentation

Kyste hydatique

I/Introduction:

Le kyste hydatique ou hydatidose est une maladie parasitaire due la forme larvaire d'une taenia du chien echinococcus granulosus

Vritable problme de sant publique au Maroc.

Tous les organes peuvent tre atteints, surtout le foie+++ et le poumon++.

Le traitement de l'hydatidose pulmonaire est chirurgical.

Si l'volution est souvent favorable, il existe des formes graves et parfois fatales.

A/Diagnostic positif

1/ Clinique

variable en fonction du stade

a- Kyste plein

Pendant des annes, compltement asymptomatique

=> dcouverte fortuite sur des radiographies thoraciques.

Parfois,

Douleurs thoraciques

Toux sche

Hmoptysies

Examen physique normal. Si gros kyste: un syndrome d'panchement liquidien localis.

b-Kystes fissur ou stade de dcollement de membrane

Ouintes de toux

Hmoptyxies minimes

C-Kyste rompu dans les bronches

2 signes pathognomoniques:+++

Vomique hydatique: rejet dans un effort de toux d'une quantit de liquide
hydatique de got sal.

Rejet de membrane: rejet de fragments de membrane hydatique;
blanchtres,peau de raisin .

Autres signes:

Expectorations purulentes

Hmoptyxies

Rles bronchiques

d-Kyste rompu dans la plvre:

Douleurs thoraciques, d'installation brutale en coup de poignard

Dyspne

fivre

parfois des ractions immunoallergiques: urticaire- choc anaphylactique!!

2-La radiographie thoracique:

Souvent suffisante pour voquer le diagnostic.

Images variables en fonction du stade

Certaines sont pathognomoniques.

a-Kyste plein

Opacit ronde ou ovalaire enBoulet de canon ,

Diamtre variable

Tonalit hydrique, homogne

Contours nets et rguliers

b-Kyste fissur

Opacit ronde surmont d'une clart encroissant gazeux

c-Kvste rompu dans les bronches

Plusieurs aspects sont possibles

Opacités hétérogènes limites irrégulières

syndrome alvéolaire autour de la lésion (pneumopathie péri-lésionnelle)

Opacités avec un niveau hydro-aérique en pont

+++:

Membrane qui flotte sur le liquide hydatique.

d-Kyste rompu dans la plèvre.

panchement pleural, liquidien ou hydro-aérique

parfois une image de membrane flottante

3-La TDM thoracique

En complément de la radiographie surtout dans les formes douteuses

Une densité liquidienne dans les kystes pleins, ou mixte dans les formes rompues.

si liquide complètement vacu: aspect serpiginieux et tortueux de la membrane dans une cavité vidée

Localisation exacte, rapport avec les organes de voisinage

Autres kystes

Orienté le traitement chirurgical

4-Echographie abdominale

Systématique la recherche d'une localisation hépatique +++

5-Fibroscopie bronchique

Peut montrer une membrane hydatique dans une bronche

Faire des fibro-aspirations pour examen parasitologique

6-Biologie

Sérologie hydatique:

Plusieurs techniques: recherche d'Ac ou d'Ag

Associer deux techniques: sensibilité 60-70%

Positive surtout dans les formes rompues

Hyperéosinophilie

Hyperleucocytose si surinfection

Anémie inflammatoire.

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Suivi

INFORMATIONS PATIENT	INFORMATIONS ETUDIANT
PATIENT : La dyspnée	Etudiant : ABDELMOUTI Ibrahim
IDENTIFIANT PATIENT :	Etablissement : Faculté de Médecine Générale
INTITULE DOSSIER : La dyspnée	Formation : Médecine Générale

CATEGORIE	ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE : Clinique		
TYPE : CAS D'ETUDE		

Présentation

DEFINITION DE LA DYSPNEE :

Inconfort respiratoire pour un niveau d'activité n'entraînant normalement pas de gêne. Sensation subjective (comme la douleur).

Circonstances de survenue:

1-Chronologie : C'est la première caractéristique à déterminer car elle conditionne toute la démarche qui va suivre car dyspnée aiguë et dyspnée chronique ne font pas appel aux mêmes physiologies.

Dyspnée aiguë : installation brutale en quelques heures/quelques jours, on peut dater le début des symptômes

Dyspnée chronique : installation progressive sur plusieurs semaines/plusieurs mois.

2 - Cycle respiratoire Il faut déterminer si la dyspnée survient spécifiquement au temps inspiratoire et s'accompagne de bruits particuliers.

Dyspnée inspiratoire avec cornage = pathologie des voies aériennes supérieures

Dyspnée avec wheezing = pathologie des bronches

Signes cliniques associés

- Modification du rythme ventilatoire

Volume courant : hyperpnée : augmentation de l'amplitude du volume courant ; hypopnée : diminution de l'amplitude du volume courant
Fréquence respiratoire : tachypnée (ou polypnée) : augmentation de la fréquence respiratoire ; bradypnée : réduction de la fréquence respiratoire

Symptômes associés

Les symptômes associés à rechercher sont : douleur thoracique, toux, expectorations, bruits respiratoires associés : wheezing (sifflements), cornage

Signes physiques associés :

anomalies auscultatoires (crépitations, sibilants, râles bronchiques, abolition localisée du murmure vésiculaire)

anomalies de percussion : matité ou tympanisme

anomalies de palpation : augmentation ou réduction des vibrations vocales

LA DYSPNÉE AIGUE

signes de gravité respiratoire

La première urgence est de rechercher les signes de gravité respiratoire faisant craindre une détresse respiratoire aiguë imminente.

Signes de détresse respiratoire aiguë :

cyanoses muqueuses (choc, hypercapnie)

polypnée (> 30/min) / bradypnée (< 10/min)

tirage et mise en jeu des muscles respiratoires accessoires (intercostaux, sternocleido-mastodiens, battement des ailes du nez) respiration abdominale paradoxale

Retentissement hémodynamique :

tachycardie > 110/min

signes de choc (marbrures, oligurie, angoisse, extrémités froides)

collapsus avec chute de la PAS < 80 mmHg signes d'insuffisance ventriculaire droite aiguë (turgescence jugulaire, OMI, signe de Harzer)

Retentissement neuropsychique : angoisse, agitation, torpeur, astrie (flapping tremor) au maximum coma Le diagnostic est une urgence afin de débuter un traitement.

Étiologie de la dyspnée est orientée par l'interrogatoire : recherche d'antécédents respiratoires (asthme, BPCO, allergie), antécédents cardiaques

interruption de régime hyposodé ou médicaments : OAP, asthme

notion de voyage aérien ou chirurgie : embolie pulmonaire

inhalation d'un corps étranger

exposition allergénique : œdème de Quincke, asthme

syndrome infectieux pré-existant : pneumopathie, pleurésie, laryngite douleur thoracique (douleur pleurale, douleur angineuse, douleur localisée) : pneumothorax, pleurésie, pneumopathie, OAP;

LA DYSPNÉE CHRONIQUE

Étiologie dépend :

du terrain : âge, tabagisme, facteurs de risque cardio-vasculaires, allergie;

des circonstances de survenue :

- horaire : nocturne ou diurne, caractère saisonnier, variabilité

- position : orthopnée, antépnée, platypnée

- facteurs déclenchants : effort, exposition allergénique, froid, infection, arrêt d'un traitement de fond des signes cliniques associés :

- anomalies parietales : obésité, scoliose

- signes d'insuffisance respiratoire chronique : hypertrophie des muscles sternoclido-mastoïdiens, respiration en pince, signes de Hoover
- signe de dysfonction diaphragmatique : respiration abdominale

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Suivi

INFORMATIONS PATIENT	INFORMATIONS ETUDIANT
PATIENT : Sarcoidose	Etudiant : ABDELMOUTI Ibrahim
IDENTIFIANT PATIENT :	Etablissement : Faculté de Médecine Générale
INTITULE DOSSIER : Sarcoidose	Formation : Médecine Générale

CATEGORIE	ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE : Clinique		
TYPE : CAS D'ETUDE		

Présentation

Infiltration des organes par une granulomatose pithelode giganto-cellulaire sans ncrose caseuse

Avec un tropisme pulmonaire (frquence: 90% sarcoidose mdiastino-pulmonaire) et peut tre isole ou associe.

Les Localisations extra-thoraciques les plus frquentes :

oculaire , cutane, ADP priphriques ,hpatique

Les plus graves sont les localisations neurologiques et cardiaques

L Evolution est souvent favorable, la fibrose est le principal risque volutif.

La Corticothrapie constitue le Traitement de rfrence

Circonstances de dcouverte :

Dcouverte fortuite: sur un clich thoracique

A loccasion de symptmes:

1respiratoires ou extra respiratoires

2 - Expression multi viscérale:

signes généraux:

Manifestations respiratoires

Atteinte médiastino-pulmonaire

1- asymptomatique (2/3 des cas): découverte Rx

2-Symptomatique: (1/3 des cas):

- toux sèche : principal signe fonctionnel

- dyspnée d'effort: plus rare

- douleurs thoraciques

-symptomatologie asthmatiforme (sifflements)

- hémoptysie: greffe aspergillaire (complication)

L'examen clinique:

Auscultation pulmonaire: normale (souvent),

rales crépittantes aux bases (formes volues et/ou sévères)

examen clinique général: cyanose, ictère digital

(formes volues avec insuffisance respiratoire chronique)

Imagerie:

1- Radiographie pulmonaire :

Les adénopathies hilaires et médiastinales:

bilatérales, symétriques, volumineuses mais non compressives

parfois calcifiées et latro trachéales droites

L'atteinte parenchymateuse:

le plus souvent réticulonodulaire ou nodulaire, bilatérale et symétrique, prédominant dans les régions supérieures et moyennes des poumons.

Ces deux types d'anomalies définissent 5 types radiologiques dont l'intérêt est pronostique :

type 0 : Radiographie thoracique normale

type I : adénopathies hilaires et/ou médiastinales isolées sans atteinte parenchymateuse

type II : adénopathies hilaires et/ou médiastinales associées à une atteinte parenchymateuse

type III : atteinte parenchymateuse sans adénopathies

type IV : signes radiographiques de fibrose pulmonaire

2- Tomodensitométrie haute résolution sans et avec injection du produit de contraste

Plus sensible que la radiographie standard, elle détecte:

- Des lésions parenchymateuses minimales

- Des Micronodules de diamètre inférieur 5 mm

- Des Nodules contours nets mais irréguliers (5 et 20 mm) ou des nodules confluents

- Des Épaississements peribronchovasculaires.

- Un Aspect en verre dépoli

3- Exploration fonctionnelle respiratoire

1/ Syndrome restrictif: baisse de la capacité vitale (CV)

Baisse de la capacité pulmonaire totale (CPT)

2/ Altération du transfert du CO : DLCO:

précoce, sensible

3/ Diminution de la compliance du parenchyme

pulmonaire, en cas de fibrose

4/ GDS: hypoxémie

4- Endoscopie bronchique

- Indication: surtout diagnostique

Lavage bronchoalvéolaire (LBA): Valeur d'orientation diagnostique

Valeur d'orientation diagnostique et pronostic :

- Alvéolite lymphocytaire

5- Mediastinoscopie:

En présence d'adénopathies

Manifestations extra-respiratoires

Les localisations cutano-muqueuses : 20-25%

Les localisations ganglionnaires

périphériques: (25-30%)

Localisations oculaires: 25 % des cas

Traitement

Corticothérapie: base du traitement

-Indications

- Atteintes respiratoires:

Type 0 et Type I: Abstention thérapeutique

Type II et Type III: Corticothérapie

Type IV: * activité résiduelle: Corticothérapie

* Fibrose: traitement symptomatique

- Manifestations extra- respiratoires

*Mise en jeu du pronostic vital ou fonctionnel:

corticothérapie

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Suivi

INFORMATIONS PATIENT	INFORMATIONS ETUDIANT
PATIENT : Bronchectasie	Etudiant : ABDELMOUTI Ibrahim
IDENTIFIANT PATIENT :	Etablissement : Faculté de Médecine Générale
INTITULE DOSSIER : Bronchectasie	Formation : Médecine Générale

CATEGORIE	ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE : Clinique		
TYPE : CAS D'ETUDE		

Présentation

Bronchectasie

Augmentation permanente du calibre bronchique

d'une ou plusieurs bronches par destruction

irréversible de l'armature fibroblastique et

cartilagineuse. Existence concomitante de

sténoses qui participent à la stagnation des

sécrétions bronchiques.

Bronchectasies localisées ou diffuses

Bronchectasies cylindriques et/ou fusiformes:

dilatations à bords réguliers se terminant brutalement sur

un bouchon muqueux

Bronchectasies kystiques: les bronches augmentent

progressivement de diamètre et se terminent au niveau de:

4^{me} et 5^{me} générations en cul de sac kystique, borgne qui

confinent le pus par suite de la destruction rétractile du

parenchyme.

Bronchectasies variqueuses: dilatations irrégulières

en chapelet

Causes

Le plus souvent maladie acquise

Localisée

- Corps étranger

- Tumeur bnigne

Squelles d'infections pulmonaires localises

(tuberculose)

Diffuse

- Bronchopneumonies aigues de l'enfance

- Coqueluche

- Bronchiolites

- Inhalation de produits toxiques

Tableaux cliniques

Toux grasse rcidivante

Expectoration quotidienne (matinale) d'abondant

variable > 100ml/jr bronchorrhe)

Crachats purulents selon l'tat de surinfection,

parfois hmoptysiques

Infections broncho-pulmonaires rptes

Essoufflement

crpitant Crpitant fin

A l'auscultation: rles bronchiques et gros

crpitants signifiant l'encombrement bronchique

Hippocratisme digital

Association de rhino sinusite et foyer dentaire

possible

volution-Pronostic

Formes localises

- Evolution simple. Surinfections rares et bien

tolres

Formes diffuses

- Surinfections frquentes

- Pneumonies, abcs pulmonaire

- Hmorragies bronchiques

- Insuffisance respiratoire

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Suivi

INFORMATIONS PATIENT	INFORMATIONS ETUDIANT
PATIENT : Bencherif Karima	Etudiant : ABDELMOUTI Ibrahim
IDENTIFIANT PATIENT :	Etablissement : Faculté de Médecine Générale
INTITULE DOSSIER : Bencherif Karima	Formation : Médecine Générale

CATEGORIE	ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE : Clinique		
TYPE : OBSERVATION PATIENT		

Présentation

Identité :

Il s'agit de Mme. Karima âgée de 41 ans sans profession et mère de 4 enfants, originaire de Nador et habitante de Rabat.

Motif de consultation : Syndrome fébrile

Antécédents :

Personnels :

Médicaux

- Non diabétique
- Non hypertendue
- Dyslipidémique (Depuis 4 ans sous Crstor)
- Hypothyroïdie (Depuis 20 ans, sous levothyrox 75 mg)
- Absence de cardiopathie, pneumopathie ou de maladie de système
- Non vaccinée contre le Covid-19
- Absence de contact tuberculeux ou au covid-19

Gynco-obsttricaux :

- Mnarche : 12 ans
- G4P4E4 (Voie basse)
- Cycle irrulier (Depuis sa dysthyroidie)
- Moyens de contraception : Oral (Pillule)

Allergique

- Allergie saisonnire

Toxique

- Tabagisme passif (Depuis 20 ans)
- Non alcoolique

Chirurgicaux : Aucune

Familiaux :

- Dyslipidmie (Paternel)
- Noplasie familiale : Sein (Maternel)
- Cas similaires : Aucun

Histoire de la maladie :

- La symptomatologie remonte il ya plus de 3 mois par lapparition dune polyarthralgie dvolution progressive depuis les paules au pied, sans facteur calmant et persistante toute la journe, accompagner dune rhinorrhoe daspect clair et transparente, dune dyspne nocturne et dun pisode de vomissement bilieux matinal, le tout voluant dans un contexte de

fivre sans altration de ltat gnral.

- Examen clinique :

Examen gnral :

- Patient conscient bien orient dans le temps et dans l'espace

- Bon tat gnral

- Conjonctives normocolores

- Score de Glasgow (15/15)

- Frquence cardiaque : 74 BPM

- Frquence respiratoire : 20 Cycles/min

- Tension artrielle : 124/70 mmhg

- SaO₂ : (97%) AA

- Température : 37 degré

Examen abdominal : RAS

Inspection :

Pas de cicatrices, pas de voussure, de ballonnement,

Pas de circulation veineuse collatérale

Pas d'angiome stellaire

Pas de Mtorisme

Pas dOmbilic dpliss

Palpation :

Sensibilit normale

Pas de dfense ou de contracture.

Pas de masse

Pas de globe vsical

Pas dhpatomgalie

Pas de splnomgalie

Les orifices herniaires sont libres

Percussion :

Matit pr-hpatique conserver

Auscultation :

Les bruits hydro-ariques sont prsents et normaux.

Pas de souffle vasculaire abdominal.

Examen cardiovasculaire : RAS

- Inspection :

- Pas de circulation veineuse collatérale,
- Pas d'angiomes stellaires
- Pas de cicatrices,
- Pas de turgescence des veines jugulaires,
- Pas d'œdèmes des membres inférieurs
- Palpation :
- Pas de reflux hépato-jugulaire,
- Pas de thrill sus-sternal,
- Choc de pointe bien perçu au niveau du 5^{ème} espace intercostal gauche sur la ligne médio-claviculaire,
- Signe de Harzer négatif
- Auscultation :
- B1 et B2 bien perçus et réguliers au niveau des différents foyers,
- Absence de souffles, de bruit surajouté ou de bruit de galop.

Examen vasculaire :

Palpation :

Pouls (carotidiens, huméraux, cubitaux, fémoraux, poplités, pédiés, tibiaux) symétriques et bien perçus

Signe de Homans négatif

Examen pleuropulmonaire : RAS

Inspection :

- La morphologie du thorax est normale
- Absence de cicatrices et de voussures
- Absence d'une circulation veineuse collatérale
- Absence de signes de lutte respiratoire (Tirage)
- Absence de cyanose ni d'hippocratisme digital

Palpation :

Vibrations vocales (Transmises au niveau des deux champs, de façon symétrique)

Percussion :

Sonorité normale

Auscultation :

Murmure vésiculaire (Perçu au niveau des champs pulmonaires droit et gauche),

Absence de râles sibilants, ronflants, crépitants

Absence de frottement pleural.

Examen ostéo-articulaire :

Inspection :

Pas de déformations

L'aspect cutané est sans particularité.

Absence de masse.

Pas de raideur ou d'ankylose. Pas de boiterie ou d'impotence fonctionnelle.

Palpation : pas de chaleur ni de distension articulaire

Mobilité : normale

Examen des aires ganglionnaires :

Inspection : pas de voussure, ni de rougeur, ni de fistule, tat cutané normale

Palpation : Ganglions : aires cervicales, axillaires, p. trochléennes normaux

Examen neurologique :

Examen de la marche :

Le patient balance les bras en marchant

La marche équilibrée.

Examen de la station debout :

Il est normal, sans particularité, il est debout les pieds joints, yeux ouverts puis fermés le signe de Romberg est négatif.

Examen de la force musculaire :

Absence d'atrophie ou d'hypertrophie musculaire

Force musculaire globale : le patient tient le Barr et le Mingazzini et l'épreuve des bras tendus est normale

Force segmentaire est conservée dans tout le corps

L'examen du tonus musculaire est présent (signe de Froment négatif)

L'examen des réflexes ostéotendineux (bicipital, tricipital, cubito-pronateur, stylo-radial, rotulien et achillien) montre des réflexes normaux (ils ne sont pas vifs ni abolis)

Le réflexe cutané plantaire est présent, le signe de Babinski est négatif

L'examen des sensibilités thermo-algique, proprioceptive,

arthrokinétique, tactile est sans particularité

L'examen de la coordination des mouvements :

Manœuvre doigt / nez au MS normale Manœuvre talon / genou au MI normale

Manœuvre marionnettes normale

L'examen des nerfs crâniens:

Nerf I : pas de troubles de l'odorat

Nerf II : il n'y a pas atteinte des champs visuels ni de baisse de l'acuité visuelle

Nerf III, IV, VI: le patient peut mobiliser ses yeux en dedans, en dehors,

en haut et en bas (pas de strabisme, pas de diplopie horizontale ou verticale, pas de ptosis)

Nerf V: Sensibilité thermo-algique de la face et les 2/3 antérieurs de la langue est présente et est conservée, le réflexe cornéen est présent et la mastication est normale.

Nerf VII: Le visage du patient est symétrique, il ne présente pas de paralysie faciale

Nerf VIII: Pas d'hypoacousie ni de surdit, pas de vertiges ou de dviation de l'index (les yeux fermes)

Nerf IX: Le rflexe nausieux est prsent, il n'y a pas de gne dans la dglutition.

Nerf X: pas de troubles de la phonation

Nerf XI: Le patient lve et abaisse les paules normalement et il est capable de faire la rotation, l'extension et la flexion de la tte

Nerf XII: Le patient a une motricit normale de la langue

Conclusion :

Patiente ag de 41 ans, hypothyroïdique depuis 20 ans sous Levothyrox et dyslipidémique depuis 4 ans sous Crstor, tabagique passive depuis 20 ans, hospitaliser pour un syndrome fébrile associé à une polyarthralgie, rhinorrhée et dyspnée nocturne, chez qui l'examen clinique est sans particularité, le tout évoluant dans un contexte de fièvre, sans altération de l'état général.

Hypothèses diagnostique :

- Lupus systémique

- Polyarthrite rhumatoïde

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Suivi

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT : Mr Briari		Etudiant : ABDELMOUTI Ibrahim	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INITITULE DOSSIER : Mr Briari Mr Briari		Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE :	Clinique		
TYPE :	OBSERVATION PATIENT		

Présentation

Identit : Il s'agit de Mr. Biari ag de 56 ans.

Motif de consultation : Dtresse respiratoire

Antcdents :

Personnels :

Mdicaux

- Non diabtique

- Absence dhypertension artrielle

- Absence de dyslipidmie

- Absence de nphropathie, de cardiopathie ou de maladie de systme-

Absence de contage tuberculeux ou covid-19

- Non vacciner contre le covid-19

Allergique

- Absence de terrain atopique

Toxique

- Non tabagique

- Non alcoolique

- Non toxicomane

Chirurgicaux :

- Le patient a subi aucune chirurgie

Familiaux :

- RAS

Histoire de la maladie :

- Symptomatologie remonte il y a 10 jours par l'installation d'un syndrome grippal accompagné d'une céphalée, toux, rhinorrhée, myalgies, arthralgie, d'une dysgueusie et d'une anosmie, le tout évoluant dans un contexte de fièvre, et d'une altération de l'état général

- Examen clinique :

Examen général :

- Patient conscient bien orienté dans le temps et dans l'espace

- Mauvais état général

- Conjonctives normocolores

- Score de Glasgow (15/15)

- Fréquence cardiaque : 119 BPM

- Frquence respiratoire : 25 Cycles/min

- Tension artrielle : 13/8 cmhg

- SaO2 : (86%) a AA

- Temperature : 38.8 degr

Examen abdominal :

Inspection :

Pas de cicatrices, pas de voussure, de ballonnement,

Pas de circulation veineuse collatrale

Pas dangiome stellaire

Pas de Mtorisme

Pas dOmbilic dpliss

Palpation :

Sensibilit normale

Pas de dfense ou de contracture.

Pas de masse

Pas de globe vsical

Pas d'hépatomégalie

Pas de splénomégalie

Les orifices herniaires sont libres

Percussion :

Matité pré-hépatique conservée

Auscultation :

Les bruits hydro-aériques sont présents et normaux.

Pas de souffle vasculaire abdominal.

Examen cardiovasculaire :

- Inspection :

- Pas de circulation veineuse collatérale,

- Pas de tangles stellaires

- Pas de cicatrices,

- Pas de turgescence des veines jugulaires,

- Pas d'œdèmes des membres inférieurs

- Palpation : -

Pas de reflux hépato-jugulaire,

- Pas de thrill sus-sternal,

- Choc de pointe bien perçu au niveau du 5^{me} espace intercostal gauche sur la ligne médio-claviculaire,

- Signe de Harzer négatif

- Auscultation :

- B1 et B2 bien perçus et réguliers au niveau des différents foyers,

- Absence de souffles, absence de bruit surajout, Pas de bruit de galop.

Examen vasculaire :

Palpation : Pouls (carotidiens, huméraux, cubitaux, fémoraux, poplites, pédiens, tibiaux) symétriques et bien perçus

Signe de Homans négatif

Examen pleuropulmonaire :

Inspection :

- La morphologie du thorax est normale

- Absence de cicatrices

- Signes de lutte respiratoire

- Absence d'empyème digital

- Pas de Syndrome de Claude Bernard Horner

- Absence de stridor ou de cornage

Palpation :

Vibrations vocales (Transmises au niveau les deux champs, de façon symétrique)

Percussion :

Sonorité normale

Auscultation :

Murmure vésiculaire (Perçu au niveau des champs pulmonaires droit et gauche),

Roules crépitants et bronchiques bilatéraux

Absence de frottement pleural.

Examen ostéo-articulaire :

Inspection :

Pas de déformations

L'aspect cutané est sans particularité.

Absence de masse.

Pas de raideur ou deankylose.

Pas de boiterie ou dimpotence fonctionnelle.

Palpation : pas de chaleur ni de distension articulaire

Mobilit : normale

Examen des aires ganglionnaires :

Inspection : pas de voussure, ni de rougeur, ni de fistule, tat cutan normale

Palpation : Ganglions : aires cervicales, axillaires, pi trochlennes normales

Examen neurologique :

Lexamen de la marche :Le patient balance les bras en marchant

La marche quilibr.

Lexamen de la station debout :Il est normal, sans particularit, il est debout les pieds joints, yeux ouverts puis fermes le signe de Romberg est ngatif.

Lexamen de la force musculaire :Absence datrophie ou dhypertrophie musculaire

Force musculaire globale : le patient tient le Barr et le Mingazzini et lpreuve des bras tendus est normale

Force segmentaire est conserve dans tout le corps

Lexamen du tonus musculaire est prsent (signe de Froment ngatif)

Lexamen des rflexes ostotendineux (bicipital, tricipital, cubito-pronateur, stylo-radial, rotulien et achillen) montre des rflexes normaux (ils ne sont pas vifs ni abolis)

Le rflexe cutan plantaire est prsent, le signe de Babinski est ngatif

Lexamen des sensibilités thermo-algique, proprioceptive, arthrokinétique, tactile est sans particularité

Lexamen de la coordination des mouvements : Manœuvre doigt / nez au MS normale
Manœuvre talon / genou au MI normale
Manœuvre marionnettes normale

L'examen des nerfs crâniens:

Nerf I : pas de troubles de l'odorat

Nerf II : il n'y a pas atteinte des champs visuels ni de baisse de l'acuit visuelle

Nerf III, IV, VI: le patient peut mobiliser ses yeux en dedans, en dehors, en haut et en bas (pas de strabisme, pas de diplopie horizontale ou verticale, pas de ptosis)

Nerf V: Sensibilité thermo-algique de la face et les 2/3 antérieurs de la langue est présente et est conservée, le réflexe cornéen est présent et la mastication est normale.

Nerf VII: Le visage du patient est symétrique, il ne présente pas de paralysie faciale

Nerf VIII: Pas d'hypoacousie ni de surdité, pas de vertiges ou de déviation de l'index (les yeux fermés)

Nerf IX: Le réflexe nauséux est présent, il n'y a pas de gêne dans la déglutition.

Nerf X: pas de troubles de la phonation
Nerf XI: Le patient lève et abaisse les paupières normalement et il est capable de faire la rotation, l'extension et la flexion de la tête

Nerf XII: Le patient a une motricité normale de la langue

Conclusion :

Patient âgé de 56 ans, sans antécédent particulier, hospitalisé pour détresse respiratoire, associée à un syndrome grippal, une rhinorrhée, une toux, une dysgueusie, une anosmie et des céphalées chez qui l'examen clinique trouve un patient tachycarde, polypnéique, une désaturation des râles crépitants et bronchiques bilatéraux, des signes de lutte respiratoire, le tout évoluant dans un contexte de fièvre, avec altération de l'état général

Hypotheses diagnostic :

- Covid-19

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Suivi

INFORMATIONS PATIENT	INFORMATIONS ETUDIANT
PATIENT : EL Hadfi EL Mahjoub	Etudiant : ABDELMOUTI Ibrahim
IDENTIFIANT PATIENT :	Etablissement : Faculté de Médecine Générale
INTITULE DOSSIER : El Hadfi El Mahjoub	Formation : Médecine Générale

CATEGORIE	ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE : Clinique		
TYPE : OBSERVATION PATIENT		

Présentation

Identit :

Il s'agit de Mr. Hadfi El Mahjoub ag de 60 ans diplomate pre de 3 enfants, originaire de Meknes et habitant en Zambie.

Motif de consultation : Dtresse respiratoire

Antcdents :

Personnels :

Mdicaux

- Non diabtique, pas dhypertension artrielle, non dyslipidmique
- Absence de nphropathie, de cardiopathie ou de maladies de systme.
- Fibrose pulmonaire diffuse (Diagnostiquer il ya 1 an)
- Vacciner contre le covid-19
- Oxygnothrapie depuis Dcembre 2020

Allergique

- Absence de terrain atopique

Toxique

- Tabagisme chronique sevr depuis 2011 (40 PA)

- Non alcoolique

- Non toxicomane

Chirurgicaux :

- Aucun

Familiaux :

- RAS

Histoire de la maladie :

- Symptomatologie remonte il y a 12 jours par l'installation d'une toux sèche à l'effort associée à une dyspnée d'aggravation progressive, par contre le patient ne rapporte pas la présence de douleurs thoraciques, ni d'œdème des membres inférieurs le tout évoluant dans un contexte d'apyrexie, sans altération de l'état général (Uniquement asthme)

- Examen clinique :

Examen général :

- Patient conscient bien orienté dans le temps et dans l'espace

- Bon état général

- Conjonctives normocolores

- Score de Glasgow (15/15)

- Frquence cardiaque : 70 BPM

- Frquence respiratoire :

- IMC : 24 kg/m

- Tension artrielle : 100/80 mmhg

- SaO2 : (95%) a AA

- Temprature : 37 degr

Examen abdominal :

Inspection :

Pas de cicatrices, pas de voussure, de ballonnement,

Pas de circulation veineuse collatrale

Pas dangiome stellaire

Pas de Mtorisme

Pas dOmbilic dpliss

Palpation :

Sensibilit normale

Pas de dfense ou de contracture.

Pas de masse

Pas de globe vsical

Pas dhpatomgalie

Pas de splnomgalie

Les orifices herniaires sont libres

Percussion :

Matit pr-hpatique conserver

Auscultation :

Les bruits hydro-riques sont prsents et normaux.

Pas de souffle vasculaire abdominal.

Examen cardiovasculaire :

- Inspection :

- Pas de circulation veineuse collatrale,

- Pas d'angiomes stellaires
- Pas de cicatrices,
- Pas de turgescence des veines jugulaires,
- Pas d'œdèmes des membres inférieurs
- Palpation :
- Pas de reflux hépato-jugulaire,
- Pas de thrill sus-sternal,
- Choc de pointe bien perçu au niveau du 5^{ème} espace intercostal gauche sur la ligne médio-claviculaire,
- Signe de Harzer négatif
- Auscultation :
- B1 et B2 bien perçus et réguliers au niveau des différents foyers,
- Absence de souffles, absence de bruit surajout, Pas de bruit de galop.

Examen vasculaire :

Palpation :

Pouls (carotidiens, huméraux, cubitaux, fémoraux, poplités, pédiens, tibiaux) symétriques et bien perçus

Signe de Homans négatif

Examen pleuropulmonaire :

Inspection :

- La morphologie du thorax est normale
- Absence de cicatrices
- Absence de signes de lutte respiratoire (Tirage + Cyanose)
- Présence d'Hippocratisme digital
- Pas de Syndrome de Claude Bernard Horner
- Absence de stridor ou de cornage

Palpation :

Vibrations vocales (Transmises au niveau les deux champs, de façon symétrique)

Percussion :

Sonorité normale

Auscultation :

Présence de murmure vésiculaire (Perçu au niveau des champs pulmonaires droit et gauche),

Râles crépitants à l'inspiration

Absence de frottement pleural.

Examen ostéo-articulaire :

Inspection :

Pas de déformations

L'aspect cutané est sans particularité.

Absence de masse.

Pas de raideur ou d'ankylose.

Pas de boiterie ou d'impotence fonctionnelle.

Palpation : pas de chaleur ni de distension articulaire

Mobilité : normale

Examen des aires ganglionnaires :

Inspection : pas de voussure, ni de rougeur, ni de fistule, tat cutané normale

Palpation : Ganglions : aires cervicales, axillaires, p. trochléennes normales

Examen neurologique :

L'examen de la marche :

Le patient balance les bras en marchant

La marche quilibre.

L'examen de la station debout :

Il est normal, sans particularité, il est debout les pieds joints, yeux ouverts puis fermés le signe de Romberg est négatif.

L'examen de la force musculaire :

Absence d'atrophie ou d'hypertrophie musculaire

Force musculaire globale : le patient tient le Barr et le Mingazzini et l'épreuve des bras tendus est normale

Force segmentaire est conservée dans tout le corps

L'examen du tonus musculaire est présent (signe de Froment négatif)

L'examen des réflexes ostéotendineux (bicipital, tricipital, cubito-pronateur, stylo-radial, rotulien et achillien) montre des réflexes normaux (ils ne sont pas vifs ni abolis)

Le réflexe cutané plantaire est présent, le signe de Babinski est négatif

L'examen des sensibilités thermo-algique, proprioceptive, arthrokinétique, tactile est sans particularité

L'examen de la coordination des mouvements :

Manœuvre doigt / nez au MS normale

Manœuvre talon / genou au MI normale

Manœuvre marionnettes normale

L'examen des nerfs crâniens:

Nerf I : pas de troubles de l'odorat

Nerf II : il n'y a pas atteinte des champs visuels ni de baisse de l'acuité visuelle

Nerf III, IV, VI: le patient peut mobiliser ses yeux en dedans, en dehors, en haut et en bas (pas de strabisme, pas de diplopie horizontale ou verticale, pas de ptosis)

Nerf V: Sensibilité thermo-algique de la face et les 2/3 antérieurs de la langue est présente et est conservée, le réflexe cornéen est présent et la mastication est normale.

Nerf VII: Le visage du patient est symétrique, il ne présente pas de paralysie faciale

Nerf VIII: Pas d'hypoacousie ni de surdité, pas de vertiges ou de déviation de l'index (les yeux fermés)

Nerf IX: Le réflexe nauséux est présent, il n'y a pas de gêne dans la déglutition.

Nerf X: pas de troubles de la phonation

Nerf XI: Le patient lève et abaisse les paupières normalement et il est capable de faire la rotation, l'extension et la flexion de la tête

Nerf XII: Le patient a une motricité normale de la langue

Conclusion :

Patient âgé de 60 ans, qui a pour antécédent un tabagisme chronique (40 PA) sevré il y a 10 ans, une fibrose pulmonaire (Diagnostiquée il y a 1 an) et sous oxygénothérapie, hospitalisée pour détresse respiratoire, chez qui l'examen clinique trouve des râles crépitants bilatéraux à l'inspiration et un hippocratisme digital, le tout évoluant dans un contexte d'apyraxie, sans altération de l'état général (asthénie uniquement)

Hypothèses diagnostiques :

- Exacerbation fibrose

- BPCO

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Suivi

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT : Driouche Khadija		Etudiant : ABDELMOUTI Ibrahim	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INTITULE DOSSIER : Driouche Khadija		Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE : Clinique			
TYPE : OBSERVATION PATIENT			

Présentation

Identit :

Il s'agit de Driouche Khadija age de 75 ans mre de 10 enfants, originaire et habitanteRabat.

Motif de consultation : Fivre

Antcdents :

Personnels :

Mdicaux

- Diabtique (Depuis 15 ans sous Mtformine)
- Absence dhypertension artrielle
- Dyslipidmique (Sans traitement)
- Absence de nphropathie, de cardiopathie, de pneumopathie
- Vacciner contre le covid-19
- Pas de contage tuberculeux ou covid

Gynco-obsttricaux :

- Mnarche : 14 ans

- Cycle rgulier

- Mnopause : 50 ans

- Moyens de contraception : Pilule (1 ans)

Allergique

- Allergique aux acariens

Toxique

- Non tabagique

- Non thylique

- Non toxicomane

Chirurgicaux :

- Fistule anale (1994)

- Stunt coronaires (2000)

Familiaux :

- RAS

Histoire de la maladie :

- Symptomatologie remonte il y a 3 jours par l'installation d'une fièvre nocturne associée à une dyspnée (Stade 2 mMRC), des céphalées en casque, des nausées, vertiges et phonobie, la patiente rapporte aussi la présence de chaleur au niveau du membre inférieur gauche, le tout évoluant dans un contexte de fièvre, avec altération de l'état général (amaigrissement chiffré à 8kg en 1 mois)

- Examen clinique :

Examen général :

- Patient conscient bien orienté dans le temps et dans l'espace

- Mauvais état général

- Conjonctives normocolores

- Score de Glasgow (15/15)

- Fréquence cardiaque : 117 BPM

- Fréquence respiratoire : 16 Cycles/min

- Tension artérielle : 12/7 mmHg

- SaO₂ : (96%) à AA

- Glycémie jeun (1.47 g/l)

- Température : 39 °C

Examen abdominal :

Inspection :

Pas de cicatrices, pas de voussure, de ballonnement,

Pas de circulation veineuse collatrale

Pas dangiome stellaire

Pas de Mtorisme

Pas dOmbilic dpliss

Palpation :

Sensibilit normale

Pas de dfense ou de contracture.

Pas de masse

Pas de globe vsical

Pas dhpatomgalie

Pas de splnomgalie

Les orifices herniaires sont libres

Percussion :

Matit pr-hpatique conserver

Auscultation :

Les bruits hydro-aériques sont présents et normaux.

Pas de souffle vasculaire abdominal.

TR: prostate (Volume, consistance, sillon médian , sensibilité.

Tonus sphincter

Masse

Muqueuse rectale (Lisse)

Le doigtier (Selles/Sang/Pus, couleur, odeur)

Examen cardiovasculaire :

- Inspection :

- Pas de circulation veineuse collatérale,

- Pas d'angiomes stellaires

- Pas de cicatrices,

- Pas de turgescence des veines jugulaires,

- Pas d'œdèmes des membres inférieurs

- Palpation :

- Pas de reflux hépato-jugulaire,
- Pas de thrill sus-sternal,
- Choc de pointe bien perçu au niveau du 5^{me} espace intercostal gauche sur la ligne médio-claviculaire,
- Signe de Harzer négative
- Auscultation :
- B1 et B2 bien perçus et réguliers au niveau des différents foyers,
- Absence de souffles, absence de bruit surajout, Pas de bruit de galop.

Examen vasculaire :

Palpation :

Pouls (carotidiens, huméraux, cubitaux, fémoraux, poplités, pédiens, tibiaux) symétriques et bien perçus

Signe de Homans négatif

Examen pleuropulmonaire :

Inspection :

- La morphologie du thorax est normale
- Absence de cicatrices

- Absence de signes de lutte respiratoire

- Pas d'Hippocratisme digital

- Pas de Syndrome de Claude Bernard Horner

- Absence de stridor ou de cornage

Palpation :

Vibrations vocales (Abolies au niveau du champ pulmonaire droit)

Percussion :

Matité au niveau du poumon droit

Auscultation :

Murmure vésiculaire (Diminué au niveau du champ pulmonaire droit),

Râles crépitants au niveau de la base pulmonaire droite

Absence de frottement pleural.

Examen ostéo-articulaire :

Inspection :

Pas de déformations

L'aspect cutané est sans particularité.

Absence de masse.

Pas de raideur ou d'ankylose.

Pas de boiterie ou d'impotence fonctionnelle.

Palpation : pas de chaleur ni de distension articulaire

Mobilité : normale

Examen des aires ganglionnaires :

Inspection : pas de voussure, ni de rougeur, ni de fistule, tat cutan normale

Palpation : Ganglions : aires cervicales, axillaires, pi trochlennas normales

Examen neurologique :

Examen de la marche :

Patiente alerte

Examen de la station debout :

Patiente alerte

Examen de la force musculaire :

Absence d'atrophie ou d'hypertrophie musculaire

Force musculaire globale : le patient tient le Barr et le Mingazzini et l'épreuve des bras tendus est normale

Force segmentaire est conservée dans tout le corps

L'examen du tonus musculaire est présent (signe de Froment négatif)

L'examen des réflexes ostéotendineux (bicipital, tricipital, cubito-pronateur, stylo-radial, rotulien et achillien) montre des réflexes normaux (ils ne sont pas vifs ni abolis)

Le réflexe cutané plantaire est présent, le signe de Babinski est négatif

L'examen des sensibilités thermo-algique, proprioceptive, arthrokinétique, tactile est sans particularité

L'examen de la coordination des mouvements :

Manœuvre doigt / nez au MS normale

Manœuvre talon / genou au MI normale

Manœuvre marionnettes normale

L'examen des nerfs crâniens:

Nerf I : pas de troubles de l'odorat

Nerf II : il n'y a pas atteinte des champs visuels ni de baisse de l'acuit visuelle

Nerf III, IV, VI: le patient peut mobiliser ses yeux en dedans, en dehors, en haut et en bas (pas de strabisme, pas de diplopie horizontale ou verticale, pas de ptosis)

Nerf V: Sensibilité thermo-algique de la face et les 2/3 antérieurs de la langue est présente et est conservée, le réflexe cornéen est présent et la mastication est normale.

Nerf VII: Le visage du patient est symétrique, il ne présente pas de paralysie faciale

Nerf VIII: Pas d'hypoacousie ni de surdit, pas de vertiges ou de dviation de l'index (les yeux fermes)

Nerf IX: Le rflexe nausieux est prsent, il n'y a pas de gne dans la dglutition.

Nerf X: pas de troubles de la phonation

Nerf XI: Le patient lve et abaisse les paules normalement et il est capable de faire la rotation, l'extension et la flexion de la tte

Nerf XII: Le patient a une motricit normale de la langue

Conclusion :

Patiente age de 75 ans, qui a pour antcedent un diabte de type 2 sous Metformine, et dyslipidmique sans traitement, hospitaliser pour fivre nocturne associe a une dyspne (Stade 2 mMRC), des cphales en casque, des nauses, vertiges et phonobie, la patiente rapporte aussi la prsence de chaleur au niveau du membre infrieur gauche, chez qui lexamen clinique trouve une fivre a 39 degr, une tachycardie et une hyperglycmie, des vibrations vocales abolies, des murmures vsiculaires diminuees et des rales crpitants au niveau de la base du poumon droit, le tout voluant dans un contexte de fivre, avec altration de l'tat gnral

Hypotheses diagnostic :

- Pneumonie

- Pneumothorax (Radiographie thoracique : Hyperclart avasculaire du poumon droit avec un moignon pulmonaire)

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Suivi

INFORMATIONS PATIENT	INFORMATIONS ETUDIANT
PATIENT : Azeroual Issa	Etudiant : ABDELMOUTI Ibrahim
IDENTIFIANT PATIENT :	Etablissement : Faculté de Médecine Générale
INITITULE DOSSIER : Issa Azeroual	Formation : Médecine Générale

CATEGORIE	ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE : Clinique		
TYPE : OBSERVATION PATIENT		

Présentation

Identit :

Il s'agit de Azeroual Issa ag de 48 ans commerçant et pre de 3 enfants, originaire et habitantLaarache.

Motif de consultation : Epigastralgie

Antcdents :

Personnels :

Mdicaux

- Diabtique (Depuis 3 mois)

- Absence dhypertension artrielle

- Non dyslipidmique

- Absence de nphropathie, de cardiopathie, de pneumopathie

- Pas de contage tuberculeux ou covid

Allergique

- Absence de terrain atopique

Toxique

- Non tabagique

- Non thylique

- Non toxicomane

Chirurgicaux :

- Jamais opr

Familiaux :

- RAS

Histoire de la maladie :

- Symptomatologie remonte il y a 3 mois par l'installation d'une douleur épigastrique progressive et irradiante vers le dos associée à des nausées et des vomissements post-prandiaux, le patient rapporte aussi la présence de selles noires et de urines foncées le tout évoluant dans un contexte d'apyraxie, avec altération de l'état général (Amaigrissement chiffré à 16kg en 6mois)

- Examen clinique :

Examen général :

- Patient conscient bien orienté dans le temps et dans l'espace

- Mauvais état général

- Conjonctives normocolores
- Score de Glasgow (15/15)
- Frquence cardiaque : 78 BPM
- Frquence respiratoire : 15 Cycles/min
- Tension artrielle : 10/7 cmhg
- SaO2 : (97%) a AA
- Glycmiejeun (1.67 g/l)
- Temprature : 37 degr

Examen abdominal :

Inspection :

Pas de cicatrices, pas de voussure, de ballonnement,

Pas de circulation veineuse collatrale

Pas dangiome stellaire

Pas de Mtorisme

Pas dOmbilic dpliss

Palpation :

Sensibilit anormale au niveau de lhypochondre droit et pigastre

Pas de de contracture.

Pas de masse

Pas de globe vsical

Pas dhpatomgalie

Pas de splnomgalie

Les orifices herniaires sont libres

Percussion :

Matit pr-hpatique conserver

Auscultation :

Les bruits hydro-ariques sont prsents et normaux.

Pas de souffle vasculaire abdominal.

Examen cardiovasculaire :

- Inspection :

- Pas de circulation veineuse collatrale,

- Pas d'angiomes stellaires
- Pas de cicatrices,
- Pas de turgescence des veines jugulaires,
- Pas d'œdèmes des membres inférieurs
- Palpation :
- Pas de reflux hépato-jugulaire,
- Pas de thrill sus-sternal,
- Choc de pointe bien perçu au niveau du 5^{ème} espace intercostal gauche sur la ligne médio-claviculaire,
- Signe de Harzer négatif
- Auscultation :
- B1 et B2 bien perçus et réguliers au niveau des différents foyers,
- Absence de souffles, absence de bruit surajout, Pas de bruit de galop.

Examen vasculaire :

Palpation :

Pouls (carotidiens, huméraux, cubitaux, fémoraux, poplités, pédiens, tibiaux) symétriques et bien perçus

Signe de Homans négatif

Examen pleuropulmonaire :

Inspection :

- La morphologie du thorax est normale
- Absence de cicatrices
- Absence de signes de lutte respiratoire
- Pas d'Hippocratisme digital
- Pas de Syndrome de Claude Bernard Horner
- Absence de stridor ou de cornage

Palpation :

Vibrations vocales (transmises au niveau des deux champs pulmonaires)

Percussion :

Sonorité normale

Auscultation :

Murmure vésiculaire (normales au niveau des deux champs pulmonaires),

Absence de râles

Absence de frottement pleural.

Examen ostéo-articulaire :

Inspection :

Pas de déformations

L'aspect cutané est sans particularité.

Absence de masse.

Pas de raideur ou d'ankylose.

Pas de boiterie ou d'impotence fonctionnelle.

Palpation : pas de chaleur ni de distension articulaire

Mobilité : normale

Examen des aires ganglionnaires :

Inspection : pas de voussure, ni de rougeur, ni de fistule, tat cutané normale

Palpation : Ganglions : aires cervicales, axillaires, p. trochléennes normales

Examen neurologique :

L'examen de la marche :

Le patient balance les bras en marchant

La marche quilibre.

L'examen de la station debout :

Il est normal, sans particularité, il est debout les pieds joints, yeux ouverts puis fermés le signe de Romberg est négatif.

L'examen de la force musculaire :

Absence d'atrophie ou d'hypertrophie musculaire

Force musculaire globale : le patient tient le Barr et le Mingazzini et l'épreuve des bras tendus est normale

Force segmentaire est conservée dans tout le corps

L'examen du tonus musculaire est présent (signe de Froment négatif)

L'examen des réflexes ostéotendineux (bicipital, tricipital, cubito-pronateur, stylo-radial, rotulien et achillien) montre des réflexes normaux (ils ne sont pas vifs ni abolis)

Le réflexe cutané plantaire est présent, le signe de Babinski est négatif

L'examen des sensibilités thermo-algique, proprioceptive, arthrokinétique, tactile est sans particularité

L'examen de la coordination des mouvements :

Manœuvre doigt / nez au MS normale

Manœuvre talon / genou au MI normale

Manœuvre marionnettes normale

L'examen des nerfs crâniens:

Nerf I : pas de troubles de l'odorat

Nerf II : il n'y a pas atteinte des champs visuels ni de baisse de l'acuité visuelle

Nerf III, IV, VI: le patient peut mobiliser ses yeux en dedans, en dehors, en haut et en bas (pas de strabisme, pas de diplopie horizontale ou verticale, pas de ptosis)

Nerf V: Sensibilité thermo-algique de la face et les 2/3 antérieurs de la langue est présente et est conservée, le réflexe corneen est présent et la mastication est normale.

Nerf VII: Le visage du patient est symétrique, il ne présente pas de paralysie faciale

Nerf VIII: Pas d'hypoacousie ni de surdité, pas de vertiges ou de déviation de l'index (les yeux fermés)

Nerf IX: Le réflexe nauséeux est présent, il n'y a pas de gêne dans la déglutition.

Nerf X: pas de troubles de la phonation

Nerf XI: Le patient lève et abaisse les paupières normalement et il est capable de faire la rotation, l'extension et la flexion de la tête

Nerf XII: Le patient a une motricité normale de la langue

Conclusion :

Patient âgé de 48 ans, qui a pour antécédent un diabète depuis 3 mois, hospitalisé pour épigastralgies, associées à des nausées et des vomissements post-prandiaux, le patient rapporte aussi la présence de selles noires et d'urines foncées, chez qui l'examen clinique trouve une sensibilité anormale au niveau de l'hypochondre droit et l'épigastre le tout évoluant dans un contexte d'hyperglycémie, avec altération de l'état général

Hypothèses diagnostiques :

- Cancer du pancréas

- Pancréatite chronique

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Suivi

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT : Boudmagh Fatima		Etudiant : ABDELMOUTI Ibrahim	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INITITULE DOSSIER : Boudmagh Fatima		Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE :	Clinique		
TYPE :	OBSERVATION PATIENT		

Présentation

Identit :

Il s'agit de Boudmagh Fatima age de 71 ans mre de 5 enfants, originaire de Taounat et habite a Sal.

Motif de consultation : Toux et dyspne

Antcdents :

Personnels :

Mdicaux

- Diabtique (Depuis 16 ans sous diamicron)
- Hypertendue (Depuis 20 ans sous Corvasal, Captopril et Bipreterax)
- Non dyslipidmique
- Absence de nphropathie, de cardiopathie ou de pneumopathie
- Pas de contage tuberculeux ou covid

Allergique

- Absence de terrain atopique

Toxique

- Non tabagique

- Non thylique

- Non toxicomane

Chirurgicaux :

- Appendicectomie (2016)

- Rupture du tendon (paule droite en 2018)

Familiaux :

- RAS

Histoire de la maladie :

La symptomatologie remonte a 2 ans, par l'installation progressive de toux chronique avec expectorations blanchâtres accompagnée d'épisodes aigus de dyspnée, avec notion de sécheresse bucale et oculaire, d'arthralgies et de sueurs nocturnes.

Le tout évoluant dans un contexte d'apyrexie, avec altération de l'état général.

- Examen clinique :

Examen général :

- Patient conscient bien orient dans le temps et dans l'espace

- Mauvais tat gnral

- Conjonctives normocolores

- Score de Glasgow (15/15)

- Frquence cardiaque : 89 BPM

- Frquence respiratoire : 22 Cycles/min

- Tension artérielle : 110/60 mmHg

- SaO₂ : (97%) sous oxygène 4l/min

- Température : 37 °C

Examen abdominal :

Inspection :

Pas de cicatrices, pas de voussure, de ballonnement,

Pas de circulation veineuse collatérale

Pas d'angiome stellaire

Pas de Mtorisme

Pas d'ombilic déplié

Palpation :

Sensibilité normale

Pas de défense ou de contracture.

Pas de masse

Pas de globe vésical

Pas d'hépatomégalie

Pas de splénomégalie

Les orifices herniaires sont libres

Percussion :

Matité pré-hépatique conservée

Auscultation :

Les bruits hydro-aériques sont présents et normaux.

Pas de souffle vasculaire abdominal.

Examen cardiovasculaire :

- Inspection :

- Pas de circulation veineuse collatérale,
- Pas d'angiomes stellaires
- Pas de cicatrices,
- Pas de turgescence des veines jugulaires,
- Pas d'œdèmes des membres inférieurs
- Palpation :
- Pas de reflux hépato-jugulaire,
- Pas de thrill sus-sternal,
- Choc de pointe bien perçu au niveau du 5^{ème} espace intercostal gauche sur la ligne médio-claviculaire,
- Signe de Harzer négative
- Auscultation :
- B1 et B2 bien perçus et réguliers au niveau des différents foyers,
- Absence de souffles, absence de bruit surajout, Pas de bruit de galop.

Examen vasculaire :

Palpation :

Pouls (carotidiens, huméraux, cubitaux, fémoraux, poplités, pédiens, tibiaux) symétriques et bien perçus

Signe de Homans ngatif

Examen pleuropulmonaire :

Inspection :

- La morphologie du thorax est normale
- Absence de cicatrices
- Absence de signes de lutte respiratoire
- Absence dHippocratisme digital
- Pas de Syndrome de Claude Bernard Horner
- Absence de stridor ou de cornage

Palpation :

Vibrations vocales (Transmises au niveau les deux champs, de faon symtrique)

Percussion :

Sonorit normale

Auscultation :

Murmure vsiculaire (Peru au niveau des champs pulmonaires droit et gauche),

Rles sibilants aprs la toux et des rales crpitants aux bases pulmonaires

Absence de frottement pleural.

Examen ostéo-articulaire :

Inspection :

Pas de déformations

L'aspect cutané est sans particularité.

Absence de masse.

Pas de raideur ou d'ankylose.

Pas de boiterie ou d'impotence fonctionnelle.

Palpation : pas de chaleur ni de distension articulaire

Mobilité : normale

Examen des aires ganglionnaires :

Inspection : pas de voussure, ni de rougeur, ni de fistule, tat cutané normale

Palpation : Ganglions : aires cervicales, axillaires, pi trochléennes normales

Examen neurologique :

Lexamen de la marche :

Le patient balance les bras en marchant

La marche quilibre.

Lexamen de la station debout :

Il est normal, sans particularité, il est debout les pieds joints, yeux ouverts puis fermés le signe de Romberg est négatif.

Lexamen de la force musculaire :

Absence d'atrophie ou d'hypertrophie musculaire

Force musculaire globale : le patient tient le Barr et le Mingazzini et l'épreuve des bras tendus est normale

Force segmentaire est conservée dans tout le corps

Lexamen du tonus musculaire est présent (signe de Froment négatif)

Lexamen des réflexes ostéotendineux (bicipital, tricipital, cubito-pronateur, stylo-radial, rotulien et achillien) montre des réflexes normaux (ils ne sont pas vifs ni abolis)

Le réflexe cutané plantaire est présent, le signe de Babinski est négatif

Lexamen des sensibilités thermo-algique, proprioceptive, arthrokinétique, tactile est sans particularité

Lexamen de la coordination des mouvements :

Manœuvre doigt / nez au MS normale

Manœuvre talon / genou au MI normale

Manœuvre marionnettes normale

L'examen des nerfs crâniens:

Nerf I : pas de troubles de l'odorat

Nerf II : il n'y a pas atteinte des champs visuels ni de baisse de l'acuit visuelle

Nerf III, IV, VI: le patient peut mobiliser ses yeux en dedans, en dehors, en haut et en bas (pas de strabisme, pas de diplopie horizontale ou verticale, pas de ptosis)

Nerf V: Sensibilité thermo-algique de la face et les 2/3 antérieurs de la langue est présente et est conservée, le réflexe cornéen est présent et la mastication est normale.

Nerf VII: Le visage du patient est symétrique, il ne présente pas de paralysie faciale

Nerf VIII: Pas d'hypoacousie ni de surdité, pas de vertiges ou de déviation de l'index (les yeux fermés)

Nerf IX: Le réflexe nauséux est présent, il n'y a pas de gêne dans la déglutition.

Nerf X: pas de troubles de la phonation

Nerf XI: Le patient lève et abaisse les épaules normalement et il est capable de faire la rotation, l'extension et la flexion de la tête

Nerf XII: Le patient a une motricité normale de la langue

Conclusion :

Patiente âgée de 71 ans ayant comme antécédents une hypertension artérielle depuis 20 ans, sous Corvasal, Captopril, Bipreterax, diabétique depuis 16 ans sous diamicron, appendicectomie en 2016 et opérée pour rupture du tendon (épaule droite), hospitalisée pour toux et dyspnée chez qui l'examen clinique trouve une sécheresse buccale et oculaire. Présence de râles sibilants après la toux, ainsi que de râles crépitants aux bases pulmonaires. Auscultation pleuro-pulmonaire, le tout évoluant dans un contexte d'apyrexie et d'alération de l'état général.

Hypotheses diagnostic :

- Syndrome sec (Scheresses buccale et oculaire)

- Sarcoidose (Toux, dyspne, rales crpitants et sibilants)

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Suivi

INFORMATIONS PATIENT	INFORMATIONS ETUDIANT
PATIENT : Mme A	Etudiant : ABDELMOUTI Ibrahim
IDENTIFIANT PATIENT :	Etablissement : Faculté de Médecine Générale
INTITULE DOSSIER : Mme A Mme A	Formation : Médecine Générale

CATEGORIE	ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE : Clinique		
TYPE : OBSERVATION PATIENT		

Présentation

Identité : Il s'agit de Madame A, âgée de 48 ans, mariée et mère d'un enfant, femme au foyer, Originaire et habitante de Sal, pas de couverture médicale.

Motif de consultation : hémoptysie

Antécédents Personnels : Tuberculose traitée il y a 3 ans.

Contage tuberculeux

Pas de diabète.

Pas d'HTA.

Pas d'antécédents de cancer pulmonaire.

Pas d'antécédents d'asthme.

Pas d'antécédents de maladies de système.

Pas de contact récent avec les chiens.

Pas de notion de traumatisme thoracique récent.

Pas d'exposition professionnelle aux facteurs carcinogènes (amiante...)

Chirurgicaux : Jamais opéré

Habitudes toxiques : pas d'antécédents toxiques

Allergie : n'est pas connue allergique.

Familiaux : Pas de cas similaire.

Histoire de la maladie : Le début de la symptomatologie remonte il y a un mois par l'apparition progressive d'une toux sèche compliquée il y a deux jours par l'apparition des hémoptysies de moyenne abondance sans dyspnée ni douleur thoracique. La patiente rapporte une survenue des sueurs nocturnes. Le tout évoluant dans un contexte de fièvre, d'alimentation de l'état général, avec amaigrissement 7 kg en un mois, d'anorexie et d'asthénie.

Examen clinique :

Examen général :

GSC=15

Conjonctives légèrement d'écoulement

Poids : 67kg Taille : 162cm

Fc : 89batt/min FR : 20c/min

Tension artérielle : 100/70 mm Hg normo-tendu

Température : 37°C

SpO₂ : 96%

Dextro 1,1g/L après repas.

Patient Conscient.

bien orienté dans le temps et dans l'espace.

pas d'œdème des membres inférieurs.

Examen pleuropulmonaire :

Inspection : La morphologie du thorax est normale Pas de Syndrome de Claude Bernard Horner Absence de stridor ou de cornage

- Absence de cicatrices et de voussures

- Absence d'une circulation veineuse collatérale

- Absence de signes de lutte respiratoire (Tirage)

- Absence de cyanose ni d'hyppocratisme digital La respiration est normale, il n'y a pas de tirage ou de respiration paradoxale

Palpation : Vibrations vocales (Transmises au niveau des deux champs, de façon symétrique)

Percussion : Sonorité normale pas de matité ni d'hyper tympanisme

Auscultation : Murmure vésiculaire (Perçu au niveau des champs pulmonaires droit et gauche), Absence de râles sibilants, ronflants, crépitants Absence de frottement pleural.

Examen cardiovasculaire : - Inspection : pas de circulation veineuse collatérale, pas d'angiomes stellaires, pas de cicatrices, pas de turgescence des veines jugulaires, pas d'œdèmes des membres inférieurs

- Palpation : pouls périphériques présents de façon bilatérale et symétrique jusqu'en distalité, pas de reflux hépato-jugulaire, pas de thrill sus-sternal, choc de pointe bien perçu au niveau du 5^{ème} espace intercostal gauche sur la ligne médio-claviculaire,

Signe de Harzer négatif

- Auscultation : B1 et B2 bien perçus et réguliers au niveau des différents foyers, absence de souffles, absence de bruit surajouté, Pas de bruit de galop.

Examen vasculaire : Palpation : Pouls (carotidiens, huméraux, cubitaux, fémoraux, poplites, pédiens, tibiaux) symétriques et bien perçus Signe de Homans négatif

Examen abdominal : Inspection : Respiration abdominale normale Pas de cicatrice, pas de voussure, de ballonnement, Pas de circulation veineuse collatérale Pas de Mtorisme Pas d'Ombilic déplissé Palpation : Pas de sensibilité, pas de défense ou de contracture. Pas de globe vésical Pas d'hépatomégalie Pas de splénomégalie Les orifices herniaires sont libres

Percussion : Sonorité abdominale normale Auscultation : Les bruits hydro-aériques sont présents et normaux. Pas de souffle vasculaire abdominal.

Examen osseux : Inspection : Pas de déformations L'aspect cutané est sans particularité. Absence de masse. Pas de raideur ou d'ankylose. Pas de boiterie ou d'impotence fonctionnelle.

Palpation : pas de chaleur ni de distension articulaire Mobilité : normale

Examen des aires ganglionnaires :

Inspection : pas de voussure, ni de rougeur, ni de fistule, tatouage cutané normale

Palpation :

Ganglions : aires cervicales, axillaires, pi trochlenns normales

Examen neurologique :

Lexamen de la marche : La marche quilibr.

Lexamen de la station debout : Il est normal, sans particularit, il est debout les pieds joints, yeux ouverts puis fermes le signe de Romberg est ngatif.

Lexamen de la force musculaire : Absence datrophie ou dhypertrophie musculaire Force musculaire globale : le patient tient le Barr et le Mingazzini et lpreuve des bras tendus est normale Force segmentaire est conserve dans tout le corps Lexamen du tonus musculaire est prsent (signe de Froment ngatif)

Lexamen des rflexes ostotendineux (bicipital, tricipital, cubito-pronateur, stylo-radial, rotulien et achillen) montre des rflexes normaux (ils ne sont pas vifs ni abolis)

Le rflexe cutan plantaire est prsent, le signe de Babinski est ngatif

Lexamen des sensibilits thermo-algique, propioceptive, arthrokintique, tactile est sans particularit

Lexamen de la coordination des mouvements : Manuvre doigt / nez au MS normale Manuvre talon / genou au MI normale

L'examen des nerfs crniens: Nerf I : pas de troubles de l'odorat Nerf II : il n'y a pas datteinte des champs visuels ni de baisse de l'acuit visuelle Nerf III, IV, VI: le patient peut mobiliser ses yeux en dedans, en dehors, en haut et en bas (pas de strabisme, pas de diplopie horizontale ou verticale, pas de ptosis) Nerf V: Sensibilit thermo-algique de la face et les 2/3 antrieurs de la langue est prsente et est conserve, le rflexe cornen est prsent et la mastication est normale. Nerf VII: Le visage du patient est symtrique, il ne prsente pas de paralysie faciale Nerf VIII: Pas d'hypoacousie ni de surdit, pas de vertiges ou de dviation de l'index (les yeux fermes) Nerf IX: Le rflexe nauseux est prsent, il n'y a pas de gne dans la dglutition. Nerf X: pas de troubles de la phonation Nerf XI: Le patient lve et abaisse les paules normalement et il est capable de faire la rotation, l'extension et la flexion de la tte Nerf XII: Le patient a une motricit normale de la langue

Le reste de lexamen clinique est sans particularit.

Conclusion : Il sagit dune patiente age de 48 ans ayant comme antcdents de tuberculose traite depuis 3 ans et notion de contag tuberculeux qui se prsente pour hmoptysis de moyenne abondance depuis 2 jours prcds depuis un mois par dune toux sche, sueurs nocturnes. Le tout voluant dans un contexte de fivre, daltration de ltat gnral, avec amaigrissement 7 kg en un mois, danorexie et dasthnie.

Diagnosticvoquer devant hmoptysie : cancer bronchique primitif Tuberculose squelles : cicatrices, dilatations des bronches secondaires, aspergillome sur une caverne dterge, broncholithiase) Dilatations des bronches (bronchectasies) localises ou diffuses*toutes causesmucoviscidose* infections aspergillaires (aspergillomes*, aspergillose invasive ou semi-invasive) insuffisance cardiaque gauche et rtcissement mitral embolie pulmonaire

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Suivi