



جامعة سيدي محمد بن عبد الله
كلية الطب و الصيدلة بفاس



أطروحة رقم 15/187

سنة 2015

تعريب الملف الطبي : تدبير مرضى مصلحة الجهاز التنفسي نموذجاً

الأطروحة

قدمت و نوقشت علانية يوم 2015/12/16

من طرف

السيد الشادلي سيدي علي

المزداد في 15 \ 07 \ 1984 بالراشدية

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية

تعريب - الملف الطبي - مصلحة طب الجهاز التنفسي

اللجنة

الرئيس	السيد محمد شكيب بنجلون أستاذ في علم أمراض الرئة و السل
المشرف	السيد محمد البياز أستاذ في علم أمراض الرئة و السل
أعضاء	السيدة كريمة الغازي أستاذة مبرزة في الطب الجماعي
	السيد البشير بنجلون أستاذ مبرز في الجراحة العامة

الفهرس

3	مقدمة
4	منهجية العمل
10	النتائج
11	• . الملفات الطبية:
12	✓ الفصل الأول: الأمراض التعفنية:
13	الملف الأول: السل الرئوي إيجابي اللطاخة
23	الملف الثاني: الدخنية السلية
34	الملف الثالث: ذات الرئة الحادة المجتمعية
45	الملف الرابع: كيس مائي رئوي وحيد
53	الملف الخامس: التكيس المائي الصدري
62	✓ الفصل الثاني: الجنابات
63	الملف الأول: ذات الجنب بسائل صاف
71	الملف الثاني: ذات الجنب القيحية
81	الملف الثالث: ذات الجنب السلية
91	الملف الرابع: ذات الجنب الدموية
101	الملف الخامس: الاسترواح الصدري التلقائي
108	✓ الفصل الثالث: القصابات
109	الملف الأول: الربو
118	الملف الثاني: نوبة ربو
124	الملف الثالث: القصاب الرئوي الانسدادي المزمن (القرام)
132	الملف الرابع: سورة قرام (قصاب رئوي انسدادى مزمن)
144	الملف الخامس: توسّع القصابات الموضعي
150	الملف السادس: توسّع القصابات ثنائي الجانب منتشر
160	✓ الفصل الرابع: الواريات الخلالية
161	الملف الأول: الساركويد
173	الملف الثاني: التليف الرئوي مجهول السبب
185	الملف الثالث: ذات سنخ أرجية (وارية فرط التحسس)
198	✓ الفصل الخامس: الأمراض الورمية
199	الملف الأول: سرطان قصبي المنشأ (1)
211	الملف الثاني: سرطان قصبي المنشأ (2)
218	الملف الثالث: التوسع المنصفي
228	• . معجم التعابير و المصطلحات المتداولة
233	• . نتائج الاستبيان
235	المناقشة
240	الملخص

مقدمة

يُعتبر الملف الطبي ثمرة عمل الطبيب وخلاصة معلومات المريض المتعلقة بمرضه، ولما كانت له كل هذه الأهمية فإنه يحتاج كل الاهتمام والعناية وتوفير كل الشروط ليكون في أحسن صورة.

ولعل من أهم ركائز الملف الطبي لغته التي يصاغ ويتداول بها. و بما أن هذا الأخير هو نتاج حوار بين الطبيب والمريض فإنه من الأنسب أن يصاغ ويتداول بلغة مشتركة بين الطبيب والمريض. وعلى العكس من هذا فإن اختلاف لغة الملف الطبي عما يفهمه المريض يضطر الطبيب إلى توليد لغة هجينة للتواصل مع المريض، هاته اللغة هي مزيج بين مصطلحات فرنسية وأخرى عربية أو باللغة العامية مما يعيق التواصل بشكل كبير ويؤثر في العملية الاستشفائية برمتها عبر التأثير على:

➤ **الطبيب:** الذي يضطر إلى ترجمة تساؤلاته من اللغة الفرنسية إلى لغة المريض بلغة هجينة، ثم ترجمة أجوبة هذا الأخير إلى اللغة الفرنسية لغة الملف الطبي، و هي عملية مستغرقة لوقت الطبيب وجهده ومؤثرة على مردوديته.

➤ **المريض:** تؤثر لغة الطبيب الهجينة على المريض عبر طريقتين أساسيتين:

✓ عدم استيعاب المريض للحد الأدنى من المعلومات الضرورية حول مرضه مما يجعل نظرتهم لمرضه خاطئة تماماً مع ما لها من نتائج مختلفة ومتفاوتة بدءاً بعدم تصديق التشخيص ومروراً بالاستهانة بمضاعفات المرض الممكنة وعدم أخذ الأدوية اللازمة أو عدم إكمال مدة العلاج و انتهاء بإهمال طرق الوقاية والنتيجة: عدم فعالية العلاج.

✓ نظرة المريض للطبيب ذي اللغة الهجينة على أنه إنسان مغرب بل يعتبره في بعض الأحيان إنساناً أجنبياً لا يمكن البوح له بكل ما يعانيه و لا بنظرتهم لمرضه لأنه يعتبر الطبيب من بيئة مختلفة والنتيجة: صعوبة في التشخيص.

و أمام هذه المشاكل المتداخلة كان تساؤلنا مشروعا: هل يمكن صياغة وتداول الملف الطبي بلغة أقرب إلى فهم المرض؟ فكان جوابنا عمليا و حاولنا من خلاله تعريب الملف الطبي آخذين من الملفات الطبية لمرضى الجهاز التنفسي نمودجا للاستغلال ومتوخين لمجموعة من الأهداف نذكر منها:

✓ توفير مادة علمية طبية عربية تساعد الطبيب في تواصله مع مرضاه و تساهم من خلال هذا التواصل في تحسين مستوى الوعي الصحي عند عامة الناس.

✓ تحسين مردودية العملية الاستشفائية عبر تحسين مستوى التواصل بين الطبيب والمريض وعبر تخليص الطبيب من الأعباء الزائدة الناتجة عن اختلاف لغة الملف الطبي عن لغة المريض.

✓ توفير مادة علمية باللغتين العربية والفرنسية في متناول الطالب خلال التداريب الاستشفائية.

منهجية العمل

تعتبر منهجية العمل بمثابة حجر الأساس الذي تستوي عليه باقي الخطوات، ولما كانت للمنهجية كل هذه الأهمية فقد أوليناها كل الأهمية وفصلنا فيها حتى تتضح الرؤية وتتحدد باقي الخطوات على ضوءها فاتبعنا الخطوات التالية في تسطيرها:

- منهجية المادة العلمية.
- منهجية تعريب الملفات الطبية.
- منهجية صياغة الأطروحة.
- استبيان حول الملفات الطبية العربية.

منهجية المادة العلمية

I. مصادر المادة العلمية

اعتمدنا في هذه الدراسة بالدرجة الأولى على الملفات الطبية للمرضى المستشفين في مصلحة طب الجهاز التنفسي وفي بعض الأحيان لمرضى خارج هذه المصلحة وذلك عبر عدة وسائل:

1. بالنسبة للمرضى المستشفين والذين يشكلون أغلبية الملفات اعتمدنا على:

- النظام المعلوماتي المعمول به في المستشفى الجامعي " hosix " (1) في:
- ✓ الاطلاع المنتظم على معطيات الحالات الاستشفائية في مصلحة طب الجهاز التنفسي أساسا أو مصلحة جراحة الصدر قصد اختبار الحالات الممكن اعتمادها في بحثنا، وقد استمرت هذه المرحلة بضعة أشهر.
- ✓ استخلاص الملاحظة الطبية وكذا تقرير الخروج ونتائج الفحوصات المتوفرة أو على الأقل الرقم التعريفي للمريض "IP" للحصول بواسطته على النتائج المنصوص عليها كتابيا في النظام المعلوماتي من فحوصات مشعاعية و مختبرية وكذا الاستقصاءات الوظيفية التي أجريت للمريض داخل المستشفى الجامعي.
- الملفات الطبية للمرضى في أخذ نتائج الفحوصات التكميلية الغير متوفرة في النظام المعلوماتي المذكور سواء منها البيولوجية أو المشعاعية التي قمنا بتصويرها فوتوغرافيا.

2. بالنسبة للمرضى غير المستشفين اعتمدنا على:

- ✓ ملفات مرضى تم استشفائهم مؤقتا في قسم المستعجلات.
- ✓ ملفات المرضى المتقدمين لطلب الاستشارة الطبية في مركز التشخيص.
- ✓ الملفات الطبية لبعض المرضى الذين سبق استشفائهم في مصلحة أمراض السل والجهاز التنفسي بمستشفى ابن الخطيب أثناء زيارتهم من أجل المراقبة.

II. معايير اختيار الملفات الطبية:

1) معايير قبول الملفات :critères d'inclusion des dossiers:

- ✓ توفر أغلب المعطيات المحتاج إليها من معطيات سريرية ومختبرية وتلك المتعلقة بتدبير الحالة ومتابعتها.
- ✓ أهمية المواضيع والتشخيصات بالنسبة للطبيب العام سواء كونها حالات متعلقة بالصحة العمومية (الربو، الكيس المائي السل...) أو حالات استعجالية (نهيج حاد ...).
- ✓ الاستجابة الأقرب للشكل النموذجي للمرض ولتدبير الحالة المرضية كما هو متداول عند الطلبة والأطباء.

(2) معايير إقصاء الملفات :critères d'exclusion des dossiers

- ✓ عدم استجابتها لمعايير القبول.
- ✓ تعقد المعطيات بحيث يصبح الملف غير مفيد بيذاغوجيا وتطبيقيا للطبيب العام.

III. معالجة الملفات الطبية:

وقد تطلبت هذه المعالجة ثلاث مراحل:

(1) صياغة الملاحظة الطبية بشكل نموذجي:

مكننت هذه المرحلة من تقريب فهم مختلف مراحل تدبير الحالات السريرية وربط الجوانب النظرية بالجوانب التطبيقية، لهذا قمنا بإعادة ترتيب المعطيات كي تتلاءم مع الشكل العام للملف الطبي الذي حاولنا قدر الإمكان أن يكون موحدًا أو على الأقل أن تشترك كل الملفات في بنوده العريضة المتداولة الشكل التالي:

- ✓ عنوان الملف
 - ✓ تعريف المريض.
 - ✓ السوابق المرضية.
 - السوابق الشخصية.
 - السوابق الطبية.
 - السوابق الجراحية.
 - السوابق العائلية.
 - ✓ التاريخ المرضي.
 - ✓ الفحص السريري.
 - الفحص العام.
 - الفحص الجنبرئوي.
 - فحص القلب و الشرايين:
 - الفحص البطني.
 - فحص الباحات العقدية.
 - باقي الفحص الجسدي.
 - ✓ المشعاعية الصدرية.
 - ✓ الملخص المشعاعي السريري.
 - ✓ التشخيصات الممكنة.
- ✓ تدبير الحالة: وتتضمن هذه المرحلة خطوات مختلفة حسب نوعية الحالة من كونها حالة حادة تتطلب تدخلا علاجيا عاجلا أو حالة غير حادة تتطلب حل مشاكل تتعلق أساسا بالتشخيص قبل العلاج.

2) تعزيز الملاحظة الطبية بتفاصيل الفحوصات المتممة:

- ✓ الصور الشعاعية: حيث تم تصوير المشعاعيات الصدرية وصور المفراس الصدري مع تعليقات أكثر تفصيلاً مما تم وروده في المصدر الأصلي للملف الطبي.
- ✓ الاختبارات الوظيفية: تم توضيح معطياتها أكثر مع إيراد المعطيات الرقمية.
- ✓ اختبارات أخرى: كالاختبارات التشريحية و الجرثومية.

3) مراجعة المادة العلمية مع أستاذ التخصص الطبي: أستاذ طب الجهاز التنفسي (الأستاذ المشرف في حالتنا)**لتنقيحها وجعلها ملائمة للمعايير البيداغوجية.****منهجية تعريب الملفات الطبية****مصادر المادة اللغوية والمصطلحية:****1. من الناحية المصطلحية تم الاعتماد:**

- ✓ بالدرجة الأولى على المصطلحات الواردة في أطروحة الدكتور غزلان السليمان (2) والتي نوقشت قبل أقل من سنة بكلية الطب والصيدلة بفاس واهتمت بتعريب دروس علمي أعراض وأمراض الجهاز التنفسي وهو نفس التخصص الذي اعتمدنا على الملفات الطبية لمرضاه وقد أشرف عليها نفس الأستاذ المشرف على هذه الأطروحة.
- وقد اختيرت المصطلحات سواء من:
- الملحق اللغوي الموجود في آخر الأطروحة السابقة والذي يضم مصطلحات مولدة تم اعتمادها لدينا بداية في أطروحتنا ومصطلحات ذات مصادر أخرى نعتمدها عند غياب المصطلحات المولدة
- من خلال نص الدروس المعربة داخل الأطروحة في حالة عدم ورودها في الملحق اللغوي.
- ✓ بالدرجة الثانية:
- على توليد مصطلحات جديدة وفق نفس المنهجية المتبعة آنفاً في الأطروحة السابق ذكرها، والتي اعتمدت على عدة مراجع (-3-4-5-6-7-8-9-10) مما مكننا من إدراج معجم لغوي خاص بالمصطلحات المولدة و التعابير المتداولة معتمدين على مراجع لغوية في الشبكة العنكبوتية (11-12-13)

2. من الناحية اللغوية:

حرصنا على أن تكون اللغة المستعملة أقرب إلى المعنى المقصود علمياً وتجنبنا قدر الإمكان الترجمة الحرفية في حال عدم ملائمتها للغة العربية السليمة:

مثال:

- تعبير examen gynécologique
- ترجمته الحرفية: فحص أمراض النساء.
- اقتراحنا في الترجمة: الفحص النسائي.

منهجية صياغة الأطروحة

لقد تمت صياغة الأطروحة بحيث تكونت من:

- ✓ مقدمة: تم التعريف فيها بأهمية الموضوع
- ✓ المنهجية: تناولت التخطيط لتنفيذ الخطوات
- ✓ النتائج: تناولت الملفات الطبية ونتائج الاستبيان، وخلالها تم تقسيم الملفات الطبية إلى خمسة فصول، كما تم ترتيب الملفات الطبية بحيث يمكن الاستفادة من مادتها العلمية؛ سواء باللغة الفرنسية و باللغة العربية، ولهذا فقد أوردنا كل ملف طبي باللغة العربية متبوعا مباشرة بنسخته الفرنسية، مع إيراد المقابل الفرنسي لبعض المصطلحات العربية داخل النص العربي. إن هذه المنهجية في الصياغة، تفتح شهية القارئ للاستفادة علميا والاستئناس بالمصطلحات والتراكيب اللغوية الطبية العربية.
- ✓ المناقشة: تناولنا فيها تقييم النتائج.
- ✓ الملحق اللغوي: اشتمل على المصطلحات المولدة والتعابير المتداولة.
- ✓ ملخص: تناول أهم الخلاصات والاستنتاجات.

استبيان قبول واستيعاب الملفات الطبية باللغة العربية

لمعرفة مدى قبول واستيعاب الطلبة الأطباء للملف الطبي باللغة العربية، قمنا بعرض ملفين طبيين؛ أحدهما يتطرق لمرض حاد، والآخر يتناول مرضا مزمنًا؛ على شريحة من ستة طلبة أطباء متدربين بمصلحة طب الجهاز التنفسي، تم اختيارهم عشوائيا مع إعطائهم بعض الأسئلة التي تسمح بالإجابة عنها بتقييم مدى استيعاب الطالب للملف الطبي، وحرصا على ألا يؤثر أي سؤال على إجابة السؤال الذي يسبقه، فقد وضعنا تسلسلا زمنيا للأسئلة مع أخذ الجواب قبل وضع السؤال الموالي المحتمل تأثيره على الذي يسبقه، كما أعطينا لكل طالب رقما خاصا به يضعه على كل ورقة يكتب فيها أجوبته؛ حتى يتسنى لنا جمع أجوبة كل واحد منهم على حدة، كل ذلك وفق الخطوات التالية:

1. سلمناهم النسخة العربية للملفين غير مكتملة (تتقصها فقرة تدبير الحالة) وطلبنا منهم قراءة متأنية لكامل الملفين الطبيين.
2. طرحنا عليهم سؤالا - حول التشخيصات الممكنة- باللغة الفرنسية وطلبنا منهم الإجابة بالفرنسية.
Quels sont les diagnostics à évoquer ?
و أخذنا منهم الأجوبة ليتم تقييمها فيما بعد على 10 نقط في معزل عن باقي الأسئلة.
3. طرحنا عليهم سؤال رقم 1: هل تحتاجون النسخة الفرنسية لفهم الملف مع إمكانات الإجابة ب: نعم - جزئيا- لا .
وأخذنا أجوبتهم.
4. سلمناهم تنمة النسخة العربية مع النسخة الفرنسية وطلبنا منهم قراءة متأنية لكامل الملفين الطبيين.
5. طرحنا عليهم سؤال رقم 2: كيف كان فهمك للملف الطبي عند قراءة النسخة العربية فقط ؟ مع أربع أجوبة ممكنة:
ممتازا - جيدا - متوسطا - ضعيفا

6. طرحنا عليهم سؤالين:

- ✓ سؤال رقم 3: هل تقبل التحدث باللغة العربية في التداريب السريرية مع إعطائهم الإجابات الممكنة: أكيد - لا أمانع - لا أقبل
- ✓ سؤال رقم 4: هل تقبل كتابة الملف الطبي باللغة العربية مع إعطائهم الإجابات الممكنة: أكيد - لا أمانع - لا أقبل
- ✓ تم تجميع الأجوبة في جدولين:

النتائج:

الملفات الطبية

التعابير المتداولة

نتائج الاستبيان

الملفات الطبية

الفصل الأول: الأمراض التعفنية

السل الرئوي إيجابي اللطاخة

تعريف المريض:

يتعلق الأمر بالسيد عمر، يبلغ من العمر 35 سنة، مهنته مياوم، مشمول بنظام المساعدة الطبية، سكناه وأصله بمدينة فاس، متزوج وأب لستة أبناء.

سبب الاستشفاء: سعال شبه حاد مصحوب بحمى.

السوابق المرضية:

➤ السوابق الشخصية:

✓ السوابق الطبية:

- لم يسبق له أن أصيب بمرض السل.
- له عدوى سلية حديثة (أخ)
- لا يعاني من السكري و لا من أي مرض قلبي أو مرض كلوي و لا أي مرض آخر.
- لا يدخن و لا يمارس أي عادات ضارة بالجسم (تناول الكحول، الشيشة، المخدرات ...) .
- لا يتناول أية أدوية باستمرار.
- سكناه ناقصة التهوية و لا تتعرض لأشعة الشمس.

✓ السوابق الجراحية

- لم يسبق له أن أخضع لأي عملية جراحية

➤ السوابق العائلية:

- له أخ مسلول لا يزال قيد العلاج

التاريخ المرضي:

تعود بداية المرض إلى 20 يوماً بظهور سعال جاف بداية ثم تحول إلى سعال رطب بعد أسبوع وذلك بإصدار تنخيمية قيقحية وفي بعض الأحيان شبه دموية دون ألم صدري ودون أي أعراض مصاحبة خصوصاً أعراض الجهاز البولي والجهاز الهضمي والجهاز العصبي. كل هذه الأعراض تطورت في إطار من الهزال (نقص 3 كغ خلال 15 يوماً) وإحساس حموي sensations fébriles وتعرق ليلي. المريض ذهب للاستشارة الطبية عند طبيب عام وصف له دواء الأموكسيسيلين لمدة 7 أيام، لكن أمام استمرار وضعه الصحي على حاله بعد أسبوع من العلاج تقدم المريض للاستشفاء في قسم المستعجلات بالمستشفى الجامعي الحسن الثاني.

الفحص السريري:

➤ الفحص العام: المريض في وعي تام، درجة الحرارة في حدود $38,5^{\circ}$ ، سرعة النفس (س ن) عادية، ضغطه الدموي عادي في حدود 80/130 ميليمتر زئبقي (مم.ز)، س.ق بمعدل 70 نبضة في الدقيقة (ن/دق)، التشبع الشرياني بالأكسجين

"تشاك" في حدود 96 % في الهواء الطلق، ملتحمة المريض عادية اللون، مصع درجة (سلم منظمة الصحة العالمية (score OMS)، وزن المريض 66 كغ.

➤ الفحص الجنبرئوي:

- ✓ صدر ذو مظهر خارجي عادي.
- ✓ الاهتزازات الصوتية طبيعية.
- ✓ الهمس الحويصلي طبيعي.
- ✓ لا توجد خراخر أثناء التسمع.

➤ فحص القلب و الشرايين:

- ✓ الأصوات القلبية عادية.
- ✓ زمنا الانقباض والانبساط عاديان.
- ✓ لا يوجد صفير و لا صوت إضافي.
- ✓ لا توجد أعراض القصور القلبي الأيمن.

➤ الفحص البطني

- ✓ البطن لين وتنفسه طبيعي.
- ✓ لا يوجد تضخم كبدي و لا طحالي.
- ✓ لا توجد كتلة بطنية أثناء الجس.
- ✓ لا توجد أصمية تمايلية بجوانب البطن.
- فحص الباحات العقدية: الباحات العقدية عادية
- باقي الفحص الجسدي: دون علة تذكر.



المشعاعية الصدرية:

- وجود وضحة جار نقيرية يسارية ببيضوية الشكل محاطة بجدار سميك تتماشى مع الأشكال الكهفية السلية
- لا يوجد أي خلل آخر يذكر.
- لا يوجد أي خلل في الجانب الأيسر.

الملخص المشعاعي السريري:

يتعلق الأمر بمرضى يبلغ من العمر 35 سنة له أخ مسلول لا يزال قيد العلاج، يعاني منذ أسبوعين من سعال جاف ثم رطب منتج لتخيمة قححية وفي بعض الأحيان شبه دموية. كل هذه الأعراض تطورت في جو حموي وهزال وتعرق ليلي. الفحص السريري لم يظهر أي علة باستثناء الحمى. المشعاعية الصدرية الأمامية بينت آفة كهفية جار نقيرية يسرى.

التشخيصات الممكنة:

➤ السل الرئوي في صيغته الكهفية:

✓ ما يعززه:

- المظهر المشعاعي.
- الحمى.
- العرق الليلي.
- كيفية الظهور: دون الحادة.
- عمر المريض: صغر سن المريض.
- بصق الدم.
- وجود العدوى السلية.
- استمرار الحمى رغم تناول المضادات الحيوية.

➤ ذات الرئة الجرثومية المتكيفة:

✓ ما يعززه:

- البداية الحادة نسبياً.
- التخيمة القححية.

✓ ما يضعفه

- الحمى غير الشديدة.
- غياب الرعدات.

➤ ورم قسبي المنشأ متكيف: قليل الاحتمال.

تدبير الحالة:

1) إجراء ثلاث فحوصات خلوية جرثومية للتخيمة بحثاً عن العصيات المقاومة للحمضية والقاعدية (عصيات المحك)

لثلاثة أيام متتالية والتي كانت نتائجها كما يلي:

- اليوم الأول: 3 عصيات في الحقل.
- اليوم الثاني: 3 عصيات في الحقل.
- اليوم الثالث: 6 عصيات في الحقل.

← التشخيص المؤكد: سل رئوي إيجابي اللطاخة "**سلل(+)**" في صيغته الكهفية.

(2) التدبير العلاجي:

➤ توجيه المريض إلى مركز تشخيص السل والأمراض التنفسية مرفقا برسالة توضح نوع المرض والعلاج المقترح:

✓ التصنيف: الفئة 1 (س ر إ ل حالة جديدة):

- النظام العلاجي 2RHZE /4RH : régime thérapeutique

• شهران من:

ريفامبيسين (R)، إزونيديز (H)، بيرازيناميد (Z)، إيتومبيطول (E)

• أربعة أشهر من:

ريفامبيسين (R)، إزونيديز (H)

✓ الجرعات

ريفامبيسين: 10 مغ/كغ/اليوم (660 = 66 x) ≤ 600 مغ/اليوم.

إزونيديز: 5 مغ/كغ/اليوم (330 = 66 x) ≤ 300 مغ/اليوم.

بيرازيناميد: 25 مغ/كغ/اليوم (1650 = 66 x) ≤ 1650 مغ/اليوم.

إيتومبيطول: 15 مغ/كغ/اليوم (990 = 66 x) ≤ 990 مغ/اليوم.

✓ الوصفة:

أربع حبات في اليوم لمدة شهرين. ERIP K4 :

لمدة 4 أشهر. حبتان في اليوم RH300/150 :

(3) التربية الصحية والعلاجية:

- السل مرضٌ خطيرٌ لكن شفاؤه بشكل نهائي ممكن جدا ويتطلب احتراماً للعلاج.
- خطر العدوى قائم قبل العلاج، ويزول الخطر ابتداءً من الشهر الثاني للعلاج
- التهوية القصوى للمنزل.
- الوعي بأن السعال والبصاق يساهم في انتشار السل لهذا يُنصح المريض بتغطية فمه بيديه عند السعال وكذا استعمال المناديل الورقية ورميها في القمامة بعد كل استعمال.
- الحد من الاختلاط بالأطفال والزوج.
- لا يعتبر العزل وسيلة ناجعة للوقاية من السل، عكس ذلك فإن تهوية السكن والتقليل من الاختلاط وخاصة الحفاظ على العلاج هي الأكثر نجاعة.
- أهمية التغذية الجيدة.
- الإقلاع عن التدخين ضروري للعلاج، نظراً لدوره في خفض دفاعات الجسم وكونه مصدراً للمضاعفات وللتشخيص المتأخر..
- ضرورة أخذ الأدوية بانتظام.
- تناول جميع الحبات في الصباح على الريق وقبل ساعتين من الأكل.
- احترام مدة العلاج.
- التأكيد على أن تطور المرض قد يكون إيجابياً كما قد يكون شنيعاً وحتى مُميتاً إذا لم يؤخذ العلاج بصفة منتظمة.

- أهمية المتابعة المنتظمة: ضرورة الحضور لمركز تشخيص السل والأمراض الصدرية بانتظام كل أسبوعين من أجل التزود بالأدوية وكل شهرين لتقييم العلاج.
- ضرورة الاستشارة الطبية قبل تناول أي دواء جديد أو عند ظهور آثار جانبية.
- ضرورة إخبار الطبيب في حالة ظهور يرقان أو أعراض بصرية.
- يجب على المريض الإبلاغ في حالة تغير لمقر عمله أو سكنه.
- يجب على الأقارب الإبلاغ عن أي عرض خاصة عند الطفل والذهاب لاستشارة الطبيب.
- يجب إشراك العائلة حتى يتسنى للمريض الحضور في مواعيده وأخذ أدويته بانتظام.

Tuberculose pulmonaire à microscopie positive (TPM +)

IDENTITE:

Il s'agit de monsieur Omar, âgé de 35 ans, marié et père de 6 enfants, journalier de profession, ramédiste, originaire et habitant à Fès

MOTIF DE CONSULTATION: toux subaigüe avec fièvre

ANTECEDENTS:

➤ Antécédents personnels:

✓ Antécédents médicaux:

- Il n'est jamais traité pour la tuberculose.
- Il présente un contage tuberculeux récent (frère).
- Il n'existe pas de cardiopathie, ni de diabète, ni de néphropathie ou d'autres tares connues ou traitées.
- Patient non tabagique et n'a pas d'autres habitudes toxiques.
- Il n'existe pas de prise médicamenteuse au long cours.
- L'habitat est non ensoleillé et mal aéré.

✓ Antécédents chirurgicaux:

- il n'a jamais été opéré.

➤ Antécédents familiaux:

- il a un frère sous traitement anti bacillaire en cours.

HISTOIRE DE LA MALADIE:

Remonte à 20 jours par l'installation d'une toux sèche au début devenant productive 7 jours après ramenant des expectorations purulentes et par fois hémoptoïque sans douleur thoracique, sans autres signes associées ni urinaires ni digestifs ni neurologiques. Le tout évoluant dans un contexte d'amaigrissement chiffré à 3 kg en 15 jours et de sensations fébriles et de sueurs nocturnes. le malade a consulté chez un médecin généraliste qui l'a mis sous amoxicilline simple pendant 7 jours. Devant la non amélioration clinique, le patient a consulté au urgences CHU HASSAN II FES.

EXAMEN CLINIQUE:

- Examen général: patient conscient, eupnéique, normo tendu à 130/80 mm Hg, fréquence cardiaque (FC) à 70 battements par minute (b/mn), saturation artérielle en oxygène (SaO2) à 96 % à l'air ambiant, conjonctives normo colorés, température à 38,5° , OMS à 1, poids à 66 kg.

- L'examen pleuro pulmonaire:
 - ✓ le thorax est de morphologie normale.
 - ✓ les vibrations vocales sont bien transmises.
 - ✓ le murmure vésiculaire est bien perçu.
 - ✓ il n'existe pas de Râle à l'auscultation.
- l'examen cardio-vasculaire:
 - ✓ les bruits B1et B2 sont bien perçus.
 - ✓ la systole et la diastole sont libres.
 - ✓ il n'existe pas de souffle ni de bruit surajouté.
 - ✓ il n'existe pas de signe d'insuffisance cardiaque droite.
- L'examen abdominal:
 - ✓ L'abdomen est souple et respire normalement.
 - ✓ il n'existe pas d'hépatomégalie ni de splénomégalie.
 - ✓ il n'existe pas de masse abdominale palpable.
- L'examen des aires ganglionnaires: les aires ganglionnaires sont libres.
- Le reste de l'examen somatique est sans particularité.

RADIOGRAPHIE THORACIQUE DE FACE:

- Présence en para hilaire gauche d'une clarté ovale entourée d'une paroi épaisse en faveur de lésions caverneuses tuberculeuses.
- pas d'autre anomalie décelée.
- l'hémi thorax droit est sans anomalie décelable.



CONCLUSION RADIO-CLINIQUE:

Patient de 35 ans ayant comme antécédents un frère tuberculeux en cours de traitement par anti bacillaires qui présente depuis 15 jours une toux sèche puis productive ramenant des expectorations purulentes et parfois hémoptoïque. Ceci évolue dans un contexte d'amaigrissement et de sensations fébriles et de sueurs nocturnes. L'examen clinique est sans particularité en dehors d'une fièvre de 38,5. La radiographie thoracique de face a montré une lésion caverneuse para hilare gauche.

DIAGNOSTICS A EVOQUER:

- Tuberculose pulmonaire dans sa forme caverneuse:
 - ✓ Pour:
 - Aspect radiologique.
 - Sensations fébriles.
 - Sueurs nocturnes.
 - L'installation subaigu.
 - L'âge jeune.
 - L'hémoptysie.
 - Le contage tuberculeux.
 - La persistance de la fièvre sous antibiotiques.
- Pneumonie bactérienne excavé:
 - ✓ Pour :
 - début relativement aigue.
 - expectorations purulentes.
 - ✓ Contre :
 - pas de fièvre importante.
 - Pas de frissons
- Néo broncho-génique excavé: peu probable.

CONDUITE A TENIR:

- 1) Faire 3 examens cyto bactériologiques des expectorations à la recherche de bacilles acido-alcoolo-résistantes 3 jours de suite dont les résultats revenant comme le suivant :

Premier jour: 3 bacilles par champs.

Deuxième jour: 3 bacilles par champs.

Troisième jour: 6 bacilles par champs.

⇒Diagnostic confirmé: tuberculose pulmonaire à microscopie positive (TPM +) dans sa forme caverneuse

2) Prise en charge thérapeutique:

- Adresser le malade au CDTMR pour démarrer le traitement anti bacillaire avec une lettre expliquant la maladie et le traitement indiqué:

✓ régime thérapeutique: 2RHZE /4RH:

- deux mois de:

Rifampicine (R), Isoniazide (H), Pyrazinamide (Z), Ethambutol (E)

- 4 mois de:

Rifampicine (R), Isoniazide (H)

-Posologie de chaque médicament (poids du malade: 70 kg)

Rifampicine: 10 mg/kg/j (x 70 = 700) ⇒ 600 mg /j

Isoniazide: 5 mg /kg/j (x 70 = 350) ⇒ 300 mg/j

Pyrazinamide: 25 mg /kg/j (x 70=1750) ⇒ 1750 mg/j

Ethambutol: 15 mg /kg/j(x 70 = 1050) ⇒1050 mg/j

✓ Ordonnance:

ERIP K4: 4 comprimé par jour pendant 2 mois

RH: 2 gélules de RH 300/150 par jour pendant 4 mois.

3) Education sanitaire et thérapeutique:

- La tuberculose est une maladie grave mais la guérison définitive est fortement possible à condition de respecter le traitement anti bacillaire.
- le risque de contamination est possible avant le traitement et le malade devient non contagieux à partir du 2^{em} mois du traitement.
- l'aération de l'habitat est très importante.
- il faut savoir que la contamination se fait par les voies aériennes à travers la toux et les crachats et donc il faut protéger la bouche lors de la toux et utiliser des mouchoirs jetables et les jeter après chaque usage.
- il faut limiter les contacts avec les enfants et le conjoint.
- l'isolement du malade n'est pas indiqué et n'a pas d'intérêt dans la prévention, par contre l'aération de l'habitat et la minimisation des contacts et surtout le respect du traitement sont les moyens les plus efficaces.
- l'alimentation équilibrée est très importante.
- le sevrage tabagique est indispensable pour la guérison.
- il faut prendre les médicaments régulièrement.

- il faut prendre tous les médicaments le matin à jeûne 2 heures avant le repas.
- il faut respecter la durée du traitement.
- il faut savoir que l'évolution de la maladie peut être favorable mais aussi défavorable et même mortelle si le traitement n'est pas pris régulièrement.
- la présence régulière au centre de diagnostic de la tuberculose et des maladies respiratoires (CDTMR) chaque 2 semaines pour prendre les médicaments et chaque 2 mois pour l'évaluation.
- il faut aviser le médecin avant de prendre tout autre médicament ou si apparition d'un effet indésirable.
- il faut informer le médecin si apparition d'un ictère ou des troubles visuels.
- il faut informer le médecin en cas de changement du logement ou du travail.
- la famille doit déclarer pour tout signe et surtout chez l'enfant.
- il faut impliquer la famille afin d'assurer une bonne observance.

الدخنية السلية

تعريف المريض:

يتعلق الأمر بالشيد عبد الفتاح، يبلغ من العمر 50 سنة، متزوج وأب لسبعة أبناء، مهنته مستخدم في معمل للنسيج، مشمول بالتغطية الصحية، سكناه وأصله بمدينة فاس.

سبب الاستشفاء: نهيج حاد.

السوابق المرضية:

➤ السوابق الشخصية:

✓ السوابق الطبية:

- لم يسبق له أن أصيب بمرض السل.
- وجود حالة عدوى سلية حديثة (زوجة).
- لا يعاني من السكري و لا من أي مرض قلبي أو مرض كلوي و لا أي مرض آخر.
- لا يدخن و لا يمارس أي عادات ضارة بالجسم (تناول الكحول، الشيشة، المخدرات ...).
- لا يتناول أية أدوية باستمرار.
- سكناه ناقصة التهوية و لا تتعرض لأشعة الشمس.

✓ السوابق الجراحية:

- لم يسبق له أن خضع لأي عملية جراحية.

➤ السوابق العائلية:

- زوجته تخضع حالياً للعلاج ضد داء السل.

التاريخ المرضي:

تعود بداية المرض إلى 10 أيام وذلك بظهور حاد لسعال جاف أصبح رطباً بعد يومين مصدراً تنخيمية قيحية وشبه دموية مصحوباً بنهيج من الدرجة 3 من ترتيب سادول وهو ما دفعه للاستشفاء بقسم المستعجلات بالمركز الاستشفائي الجامعي الحسن الثاني بفاس حيث استفاد من إجراء مشعاعية صدرية ثم نقل إلى مصلحة طب الجهاز التنفسي لمتابعة العلاج. كل هذه الأعراض تطورت في جو من حمى لم يتم قياسها و عرق ليلي وتدهور للحالة العامة. وباستثناء هذه الأعراض فالمريض لم تظهر عليه أعراض خارج تنفسية وخصوصاً أعراض إصابة الجهاز العصبي والبولي.

الفحص السريري:

➤ الفحص العام: المريض في وعي تام، حالته العامة متدهورة مصع درجة 2، سريع النفس (س ن) بلغت 24 دورة في الدقيقة (د/دق)، درجة الحرارة في حدود 38,5°، ضغطه الدموي عادي في حدود 80/130 ميليمتر زئبقي (مم.ز)، س.ق بمعدل 90 نبضة في الدقيقة (ن/دق)، التشبع الشرياني بالأكسجين "تشاك" في حدود 90 % في الهواء الطلق، ملتحة المريض عادية اللون ووزنه 70 كغ.

➤ الفحص الجنبرثوي:

- ✓ صدر ذو مظهر خارجي عادي.
- ✓ الاهتزازات الصوتية طبيعية.

- ✓ الهمس الحويصلي طبيعي.
- ✓ توجد خراخر فرقية منتشرة وثنائية الجانب أثناء التسمع وتسمع أكثر في قاعدة الرنتين.
- ✓ لا توجد متلازمة الانصباب السائلي و لا الهوائي.
- فحص القلب و الشرايين:
- ✓ الأصوات القلبية عادية
- ✓ زمن الانقباض والانقباض عاديان
- ✓ لا يوجد صفير و لا صوت إضافي
- ✓ لا توجد أعراض القصور القلبي الأيمن
- ✓ لا يوجد حسيس تاموري
- الفحص البطني
- ✓ البطن لين وتنفسه طبيعي.
- ✓ لا يوجد تضخم كبدي و لا طحالي.
- ✓ لا توجد كتلة بطنية أثناء الجس.
- ✓ لا يوجد استسقاء ascite.
- فحص الجهاز العصبي:
- ✓ لا توجد متلازمة سحائية syndrome méningé.
- لا يوجد تصلب القفا raideur de la nuque.
- غياب علامة كيرنين: signe de Kernig est négatif
- غياب علامة بريدزانسكي: signe de Brudzinski est négatif
- ✓ الانعكاسات العظمية الوترية موجودة ومتماثلة.
- فحص العظام والمفاصل:
- ✓ حركات المفاصل طبيعية: les articulations sont libres
- ✓ لا توجد أعراض التهاب مفصلي.
- فحص الباحات العقدية: الباحات العقدية عادية
- باقي الفحص الجسدي: دون علة تذكر.

المشعاعية الصدرية:

- وجود عتامات عقيدية منتشرة وثنائية الجانب مشكلة مظهرا لدخنية مع عتامات أخرى عقيدية بعضها متكهف في كلتا الحقلين الرئويين.
- وجود عقد وعقيدات خلفقلبية يميني.

الملخص المشعاعي السريري:

يتعلق الأمر بدخنية حموية لدى مريض يبلغ من العمر 50 سنة لديه عدوى سلية حديثة مع تدهور للحالة العامة.

التشخيصات الممكنة:

- دخنية سلية نظرا لما يلي:
 - ✓ المظهر المشعاعي
 - ✓ الأعراض السريرية
 - دخنيات حموية أخرى:
 - ✓ العنقودية الرئوية staphylococcie pulmonaire
 - ✓ متكيسة رئوية جوجوية Pneumocystose
 - ✓ التهاب فيروسي رئوي virose pulmonaire
- التشخيص الراجح: دخينة سلية مع إصابة تامة، اعتمدنا هذا التشخيص لتدبير الحالة.

تدبير الحالة :

- (1) استشفاء المريض وعزله طبيا.
- (2) الفحوصات التكميلية:
 - ✓ تعداد عناصر الدم "تعد": عدد الكريات البيضاء بلغ 12000 كرية في الملي في لتر مع غلبة اللمفاويات.
 - ✓ بزل قطني: ponction lombaire
 - مظهر السائل النخاعي: صافي.
 - الفحص المباشر: لا توجد جراثيم مرئية.
 - زراعة السائل: سلبية.
 - ✓ فحص الصدى القلبي خلال صدري:

- ✓ انصباب تاموري (épanchement péricardique) في حدود 3 ملمترات، غير قابل للبرل.
- ✓ فحص خلوي جرثومي للبول:
- الكريات البيضاء: 2000 كرية في الملي لتر.
- اللون: أصفر.
- زراعة البول: سلبية.
- ⇐ الفحص الخلوي الجرثومي للبول (فخجب) : نقي.

(3) التدبير العلاجي:

- الأكسلاجية: 3 لترات في الدقيقة.
- العلاج ضد عصوي:
- ✓ التصنيف: الفئة 1 (حالة خطيرة في صيغتها الدخنية).
- النظام العلاجي: 2RHZE /7RH
- شهران من:
- ريفامبيسين (R)، إزونيديد (H)، بيرازيناميد (Z)، إيتومبيطول (E)
- سبعة أشهر من:
- ريفامبيسين (R)، إزونيديد (H)
- الجرعات
- ✓ ريفامبيسين: 10 مغ/كغ/اليوم (700 = 70 x) ⇐ 600 مغ/اليوم
- ✓ إزونيديد: 5 مغ/كغ/اليوم (350 = 70 x) ⇐ 300 مغ/اليوم
- ✓ بيرازيناميد: 25 مغ/كغ/اليوم (1750 = 70 x) ⇐ 1750 مغ/اليوم
- ✓ إيتومبيطول: 15 مغ/كغ/اليوم (1050 = 70 x) ⇐ 1050 مغ/اليوم
- الوصفة:

أربع حبات في اليوم لمدة شهرين ERIP K4 :

لمدة 7 أشهر. حبتان في اليوم RH300/150 :

(4) تطور الحالة المرضية :

بعد 10 أيام من الاستشفاء والعلاج بمضادات العصبية :

- تحسن سريري:
- ✓ تلاشي سرعة النفس.
- ✓ تلاشي الحمى.
- تحسن بيولوجي:
- ✓ تعداد عناصر الدم "تعد": عدد الكريات البيضاء تراجع إلى حدود 9000 كرية في الملي لتر (مل).

(5) التربية الصحية والعلاجية:

- السل مرض خطي لكن شفاه بشكل نهائي ممكن جدا ويتطلب احتراماً للعلاج.
- خطر العدوى قائم قبل العلاج، ويزول الخطر ابتداءً من الشهر الثاني للعلاج.

- التهوية القصوى للمنزل.
- الوعي بأن السعال والبصاق يساهم في انتشار السل لهذا يُنصح المريض بتغطية فمه بيديه عند السعال وكذا استعمال المناديل الورقية ورميها في القمامة بعد كل استعمال.
- الحد من الاختلاط بالأطفال والزوج.
- لا يعتبر العزل وسيلة ناجعة للوقاية من السل، عكس ذلك فإن تهوية السكن والتقليل من الاختلاط وخاصة الحفاظ على العلاج هي الأكثر نجاعة.
- أهمية التغذية الجيدة.
- الإقلاع عن التدخين ضروري للعلاج، نظراً لدوره في خفض دفاعات الجسم وكونه مصدراً للمضاعفات وللتشخيص المتأخر..
- ضرورة أخذ الأدوية بانتظام.
- تناول جميع الحبات في الصباح على الريق وقبل ساعتين من الأكل.
- احترام مدة العلاج.
- التأكيد على أن تطور المرض قد يكون إيجابياً كما قد يكون شنيعاً وحتى مُميتاً إذا لم يؤخذ العلاج بصفة منتظمة.
- أهمية المتابعة المنتظمة: ضرورة الحضور لمركز تشخيص السل والأمراض الصدرية بانتظام كل أسبوعين من أجل التزود بالأدوية وكل شهرين لتقييم العلاج.
- ضرورة الاستشارة الطبية قبل تناول أي دواء جديد أو عند ظهور آثار جانبية.
- ضرورة إخبار الطبيب في حالة ظهور يرقان أو أعراض بصرية.
- يجب على المريض الإبلاغ في حالة تغير لمقر عمله أو سكنه.
- يجب على الأقارب الإبلاغ عن أي عرض خاصة عند الطفل والذهاب لاستشارة الطبيب.
- يجب إشراك العائلة حتى يتسنى للمريض الحضور في مواعيده وأخذ أدويته بانتظام.

(6) خروج المريض:

بعد استقرار حالته السريرية، المريض خرج من المستشفى برسالة موجهة إلى مركز تشخيص السل والأمراض الصدرية لمتابعة العلاج ضد عصوي.

Miliaire tuberculeuse

IDENTITE:

Il s'agit de monsieur Mohamed âgé de 50 ans, père de 7 enfants , ouvrier dans une usine de confection , mutualiste , originaire et habitant a Fès.

MOTIF DE CONSULTATION: dyspnée aigue

ANTECEDENTS:

- Antécédents personnels:
 - ✓ Antécédents médicaux:
 - il n'est jamais traité pour la tuberculose.
 - il existe un contage tuberculeux récent (sa femme).
 - il n'existe pas de cardiopathie , ni de diabète, ni de néphropathie ou d'autres tares connues ou traitées.
 - patient non tabagique et n'a pas d'autres habitudes toxiques.
 - il n'existe pas de prise médicamenteuse au long cours.
 - l'habitat du malade est non ensoleillé mal aéré.
 - ✓ Antécédents chirurgicaux:
 - le patient n'a jamais été opéré.
- Antécédents familiaux:
 - à noter que sa femme est sous traitement anti bacillaire en cours.

HISTOIRE DE LA MALADIE:

Remonte à 10 jours par l'installation brutale d'une toux sèche devenant productive après 2 jours ramenant des expectorations purulentes et hémoptoïques avec dyspnée stade III de la classification de SADOUL motivant sa consultation aux urgences du centre hospitalier universitaire Hassan II où il a bénéficié d'une radiographie thoracique puis fut référé au service de pneumologie pour prise en charge, le tout évoluant dans un contexte de fièvre non chiffrée, sueurs nocturnes et altération de l'état général. Par ailleurs le malade n'a pas présenté de signes extra respiratoires notamment pas de syndrome méningé et pas de signes urinaires.

EXAMEN CLINIQUE:

- Examen général: patient conscient, état général altéré OMS à 2 , polypnéique à 24 c/mn, normo tendu à 130 /80 mm Hg, fréquence cardiaque (fc) à 90 battements par minute(b/mn), saturation

artérielle en oxygène (SaO₂) à 90 % à l'air ambiant, conjonctives normo colorées, température à 38,5, poids à 70 kg.

- L'examen pleuro pulmonaire:
 - ✓ le thorax est de morphologie normale.
 - ✓ les vibrations vocales sont bien transmises.
 - ✓ le murmure vésiculaire est bien perçu.
 - ✓ il existe des râles crépitants diffus et bilatéraux prédominant au niveau des bases.
 - ✓ Il n'existe pas de syndrome d'épanchement liquidien ni aérien.
- l'examen cardio-vasculaire:
 - ✓ les bruits B1et B2 sont bien perçus.
 - ✓ la systole et la diastole sont libres.
 - ✓ il n'existe pas de souffle ni de bruit surajouté.
 - ✓ il n'existe pas de signe d'insuffisance cardiaque droite.
 - ✓ il n'existe pas de frottement péricardique.
- L'examen abdominal:
 - ✓ L'abdomen est souple et respire normalement.
 - ✓ il n'existe pas d'hépatomégalie ni de splénomégalie.
 - ✓ il n'existe pas de masse abdominale palpable.
 - ✓ il n'existe pas d'ascite.
- L'examen neurologique:
 - ✓ Il n'existe pas de syndrome méningé
 - Il n'existe pas de raideur de la nuque
 - Le signe de Kernig est négatif
 - Le signe de Brudzinski est négatif
 - ✓ Les réflexes ostéo-tendineux sont présents et symétriques
- L'examen ostéo-articulaire:
 - ✓ les articulations sont libres.
 - ✓ Il n'existe pas de signe d'arthrite.
- L'examen des aires ganglionnaires: les aires ganglionnaires sont libres.
- Le reste de l'examen somatique est sans particularité.

RADIOGRAPHIE THORACIQUE DE FACE:

- Opacités micro nodulaires diffus bilatérales réalisant un aspect de miliaire avec d'autres opacités nodulaires dont certaines sont excavées.
- lésions excavées intéressant les deux hémichamps pulmonaires.
- Présence des nodules et micro nodules en rétro cardiaque droit.

**CONCLUSION RADIO-CLINIQUE:**

Il s'agit d'un tableau radio-clinique d'une miliaire fébrile chez un patient de 50 ans un contage tuberculeux récent avec altération de l'état général.

DIAGNOSTICS A EVOQUER:

- Miliaire tuberculeuse vu:
 - ✓ Aspect radiologique.
 - ✓ Tableau clinique.
- Autres miliaires fébriles:
 - ✓ Staphylococcie pulmonaire.
 - ✓ Pneumocystose.
 - ✓ Virose pulmonaire.

DIAGNOSTIC RETENU : miliaire avec épanchement péricardique. On s'est basé sur ce diagnostic pour la conduite à tenir.

CONDUITE A TENIR:**1) Hospitalisation en isolement médical****2) Examens complémentaires:**

- ✓ numération formule sanguine: globules blanc à 12000 éléments à prédominance lymphocytaire.
- ✓ Ponction lombaire:
 - aspect du liquide céphalo-rachidien (LCR): clair.
 - examen direct: absence de germe visible.
 - culture: négative.
- ✓ Echographie cardiaque trans thoracique:
 - Epanchement péricardique de 3 mm non ponctionable
- ✓ Examen cyto bactériologique des urines (ECBU):
 - Leucocytes: 2000 élément par ml
 - Couleur: jaune
 - Aspect: clair
 - Culture: négative

3) Traitement:

- Oxygénothérapie: 3 litres par minute
- Traitement anti bacillaire:
 - ✓ catégorie 1 (forme grave dans sa forme miliaire)

-régime thérapeutique: 2RHZE /7RH:

- Deux mois de:

Rifampicine (R), Isoniazide (H), Pyrazinamide (Z), Ethambutol (E)

- 7 mois de:

Rifampicine (R), Isoniazide (H)

- ✓ Posologie de chaque médicament (poids du malade à 70 kg):

Rifampicine: 10 mg/kg/j (x 70 = 700) $\Rightarrow$ 600 mg /j

Isoniazide: 5 mg /kg/j (x 70 = 350) $\Rightarrow$ 300 mg/j

Pyrazinamide: 25 mg /kg/j (x 70=1750) $\Rightarrow$ 1750 mg/j

Ethambutol: 15 mg /kg/j(x 70 = 1050) $\Rightarrow$ 1050 mg/j

✓ Ordonnance:

ERIP K4: 4 comprimés par jour pendant 2 mois

RH: 2 gélules de RH 300/150 par jour pendant 7 mois.

4) Evolution:

Après 10 jours d'hospitalisation et de traitement anti bacillaire:

➤ Amélioration clinique:

Patient eupnéique à l'air ambiant, apyrexie.

➤ Amélioration biologique:

NFS: globules blancs à 9000/ml

5) Education sanitaire et thérapeutique:

- La tuberculose est une maladie grave mais la guérison définitive est fortement possible à condition de respecter le traitement anti bacillaire.
- Le risque de contamination est possible avant le traitement et le malade devient non contagieux à partir du 2^{em} mois du traitement.
- L'aération de l'habitat est très importante.
- Il faut savoir que la contamination se fait par les voie aérienne à travers la toux et les crachats et donc il faut protéger la bouche lors de la toux et utiliser des . mouchoirs jetables et les jeter après chaque usage.
- Il faut limiter les contacts avec les enfants et le conjoint.
- L'isolement du malade n'est pas indiqué et n'a pas d'intérêt dans la prévention, par contre l'aération de l'habitat et la minimisation des contacts et surtout le respect du traitement sont les moyens les plus efficaces.
- L'alimentation équilibrée est très importante.
- Le sevrage tabagique est indispensable pour la guérison.
- Il faut prendre les médicaments régulièrement.
- Il faut prendre tous les médicaments le matin à jeûne 2 heures avant le repas.
- Il faut respecter la durée du traitement.
- Il faut savoir que l'évolution de la maladie peut être favorable mais aussi défavorable et même mortelle si le traitement n'est pas pris régulièrement.
- La présence régulière au centre de diagnostic de la tuberculose et des maladies respiratoires (CDTMR) chaque 2 semaines pour prendre les médicaments et chaque 2 mois pour l'évaluation.

- Il faut aviser le médecin avant de prendre tout autre médicament ou si apparition d'un effet indésirable.
 - Il faut informer le médecin si apparition d'un ictère ou des troubles visuels.
 - Il faut informer le médecin en cas de changement du logement ou du travail.
 - la famille doit déclarer pour tout signe et surtout chez l'enfant.
 - Il faut impliquer la famille afin d'assurer une bonne observance.
- 6) Sortie du malade:** après stabilité clinique, le malade est sortant avec lettre de référence au CDTMR pour surveillance du traitement anti tuberculeux.

ذات الرئة الحادة المجتمعية

تعريف المريض:

يتعلق الأمر بالسيد جمال، يبلغ من العمر 70 سنة، مهنته فلاح، مشمول بالتغطية الصحية، سكناه وأصله بمدينة تاونات، متزوج وأب لخمس أبناء.

سبب الاستشفاء: نهيج حاد

السوابق المرضية:

➤ السوابق الشخصية:

✓ السوابق الطبية:

- لم يسبق له أن أصيب بمرض السل و لا وجود لعدوى بهذا المرض.
- لا يعاني من السكري و لا من أي مرض قلبي أو مرض كلوي و لا أي مرض آخر.
- لا يدخن و لا يمارس أي عادات ضارة بالجسم (تناول الكحول، الشيشة، المخدرات ...).
- لم يكن لديه أي تعرض نوعي لمواد ضارة (ملوثات مهنية)
- لا يعاني من التهاب القصبات المزمن

✓ السوابق الجراحية

- لم يسبق له أن أخضع لأي عملية جراحية

➤ السوابق العائلية

ليست هناك سوابق عائلية تذكر.

التاريخ المرضي:

ترجع بداية المرض إلى 6 أيام. بعد حمام تقليدي خارجي حيث تعرض لمتلازمة نزلية مكونة من آلام في العضلات والمفاصل، سعال جاف، حمى حيث بلغت درجة الحرارة 38، ذات الحلق، سيلان أنفي. هذه المتلازمة دامت يومين ثم بدأ المريض يتنخم تنخيمات مخاطية قيحية صدئة بالتزامن مع آلام صدرية ناعسة متواصلة خفيفة وتهدأ بطريقة تلقائية ودون تشعع همت الشق الأيمن من الصدر، دون بصق للدم، دون نهيج استلقائي، دون أعراض الفرطكربية ودون أي أعراض أخرى. كل هذه الأعراض تطورت في إطار من الحمى التي بلغت 39 درجة والرعادات والوهن، دون أعراض خارج تنفسية وبالأخص دون أعراض للمسالك الهوائية العليا، دون أعراض للجهاز البولي ودون أعراض للجهاز العصبي. كل هذا دفع المريض إلى الاستشفاء في قسم المستعجلات بالمستشفى الجامعي الحسن الثاني.

الفحص السريري:

➤ الفحص العام:

- ✓ المريض في وعي تام، درجة الحرارة في حدود $38,7^{\circ}$ ، سريع النفس بمعدل 26 (د/دق)، ضغطه الدموي عادي في حدود 80/120 مم.ز، س.ق بمعدل 90 نبضة في الدقيقة (ن/دق)، التشبع الشرياني بالأكسجين "تشاك" في حدود 70 % وبلغ 96 % بعد خضوع المريض للعلاج بالأكسجين (الأكسلاجية oxygénotherapie) بصبيب لترين في الدقيقة، ملتحمة المريض عادية اللون.

✓ وجود زراق الشفتين والأطراف.

✓ عدم وجود علامات مجاهدة تهوية signes de lutte ventilatoire.

➤ الفحص الجنبري:

- ✓ صدر ذو مظهر خارجي عادي.
- ✓ على مستوى الشق الأيمن من الصدر تمت معاينة:
 - الاهتزازات الصوتية تسمع بشكل مبالغ فيه.
 - الهمس الحويصلي يسمع بشكل أقل من الطبيعي.
 - وجود أصمية أثناء الجس.
- ✓ وجود خراخر فرقعية râles crépitants في الجزء الأسفل من الصدر.

⇐ متلازمة التكثف syndrome de condensation تهم كل الشق الأيمن الصدري.

➤ فحص القلب و الشرايين:

- ✓ الأصوات القلبية عادية.
- ✓ زمنا الانقباض والانقباض عاديان.
- ✓ لا يوجد صفير و لا صوت إضافي.
- ✓ لا توجد أعراض القصور القلبي الأيمن.

➤ الفحص البطني:

- ✓ البطن لين وتنفسه طبيعي.
- ✓ لا يوجد تضخم كبدي و لا طحالي.
- ✓ لا توجد كتلة بطنية أثناء الجس.
- ✓ لا توجد أصمية تمايلية بجوانب البطن. il n'existe pas de matité déclive des flancs.

➤ فحص الجهاز العصبي:

- ✓ لا يوجد أي خلل حركي.
- ✓ لا يوجد أي خلل حسي.
- ✓ الانعكاسات العظمية الوترية موجودة ومتماثلة.

➤ فحص الأنف والأذن والحنجرة:

حالة الفم والأسنان سيئة.

لا يوجد هربس شفاهي أو أنفي.

لا يوجد ألم مبرح أثناء جس تجويفات الوجه les sinus .

فحص الباحات العقدية: الباحات العقدية طبيعية.

➤ باقي الفحص الجسدي: دون علة تذكر.

المشعاعية الصدرية الأمامية:



➤ وجود عتامة على امتداد الشق الأيمن من الصدر

بأكمله، كثافتها متغايرة، تحتوي على عدة وضحات أكثر كثافة في المنطقة المحيطة بالقلب من جهة اليمين وبدايات لتشجرات هوائية.

➤ وجود عتامة هامشية في أسفل الشق الأيمن من

الصدر متجانسة وكثافتها مائية، حدها الأسفل

يمحو القلبية الحجابية اليمنى ويملاً الخندق

الضلع حجابي الخارجي الأيمن تمتد على طول

الجدار الصدري بعتامة حافية.

➤ لا يوجد أي خلل في الجانب الأيسر

⇐ يتعلق الأمر بعتامة سنخية تهم الشق الأيمن

من الصدر بأكمله بالإضافة إلى صورة موافقة

لذات الجنب لنفس الشق من الصدر.

الملخص المشعاعي السريري:

يتعلق الأمر بمرضى يبلغ من العمر 70 سنة، ليس لديه سوابق مرضية تذكر، تم استشفاه في قسم المستعجلات من أجل

مجموعة أعراض ألفت به بشكل مفاجئ منذ 6 أيام. بعد الإصابة بمتلازمة نزلية تعرض المريض لآلام صدرية ناعسة في

الشق الأيمن من الصدر صاحبها تنخيمه مخاطية قيحية صدنة وأثناء الفحص السريري وجدنا متلازمة التكثف تهم الشق

الأيمن من الصدر بأكمله. كل هذا في إطار من الحمى والرعادات. المشعاعية الصدرية تبين عتامة من نوع سنخي تهم الشق

الأيمن من الصدر بأكمله مصحوبة بصورة موافقة لذات جنب قليلة الوفرة في نفس الشق من الصدر.

التشخيص الراجع:

يتعلق الأمر بذات رئة حادة مجتمعية خطيرة في صيغتها الواضحة الفصية الحادة بجرثومة المكورة الرئوية مصحوبة بذات جنب قليلة الوفرة نظراً لأنها تحقق الشروط التالية:

✓ وجود المتلازمة النزلية.

✓ وقوعها بعد الخروج من الحمام.

✓ التنخيم الصدنة

✓ الآلام الناجمة

✓ الحمى والرعادات

✓ المظهر المشعاعي

تقييم الخطورة:

➤ هناك عناصر خطورة:

✓ العناصر السريرية:

• اللا تشبع الأكسجيني لدرجة 77 %.

• وجود زراق الشفتين والأطراف.

• درجة الحرارة بلغت 39.2°.

✓ العناصر المشعاعية:

• عتامة ممتدة تشمل على الأقل فصين.

• ذات الجنب المجاورة.

➤ يوجد كذلك:

✓ عوامل الاختطار:

• عمر المريض الذي يتجاوز 65 سنة.

⇐ هذه المعطيات تستدعي استشفاء المريض بوحدة العناية المركزة بمصلحة طب الجهاز التنفسي (طبقاً

لدواعي استشفاء ذات الرئة المتعارف عليها عالمياً).

➤ البحث عن علامات خطورة بيولوجية:

✓ فحوصات بيولوجية مكتملة أجريت للمريض في المستعجلات وضحت علامات الخطورة بيولوجياً:

• فرط الكريات البيضاء حيث بلغ عددها 26580 كرية في الملي لتر من الدم ويغلب عليها

مفصصات النوات العذلة بعدد 25100 وتقل فيها اللمفاويات بعدد 280 في الملي لتر.

• وجود قصور كلوي:

سيوريا بنسبة 1,74 غ/ل

-كرياتينين بنسبة 16 مغ/ل

- نقص تأكسج الدم بمعدل 52 مم.ز، وفرط كبريتة بمعدل 47,8 مم.ز، في مقياس الغاز الشرياني.

✓ بقية الفحوصات البيولوجية:

- بروتين س التفاعلي "بست": 320 مغ/ل
- صوديوم مدمية عادية بنسبة 135
- زرع الدم: نقي (من المكروبات)
- الفحص الخلوي الجرثومي للتنخيمة "فخجت": زرع شُكّل (متعدد الأشكال)

الحصيلة: يتعلق الأمر بذات الرئة حادة مجتمعية خطيرة مع ذات جنب قليلة الوفرة معقدة بقصور تنفسي حاد في الغالب راجعة إلى جرثومة المكورة الرئوية

التدبير العلاجي:

- أوكسيلاتجية: 4 لترات في الدقيقة رافقها تحسن سريري: تلاشي الزراق وارتفاع معدل التشبع الشرياني بالأكسجين "تشاك" إلى 92 بالمائة بعد ساعتين
- علاج ضد حيوي احتمالي بواسطة سيفترياكسون 2 غ في اليوم عبر الحقن الوريدي وسيبيروفلو كساسين 500 مع مرتين في اليوم عبر الفم.
- إعادة التمثية.
- الوقاية من تخثر الدم: إنوكسابارين الصوديوم 0,4 مل في اليوم عبر الطريق تحجلدي.
- مراقبة:
- ✓ متابعة سريرية: حالة وعي المريض، درجة حرارته، الحالة الديناميكية للدم، سرعة التنفس (س/ت)، "تشاك"، التنخيمة (الكمية والمظهر والرائحة)، علامات الفرط كبريتة.
- ✓ متابعة بيولوجية:
- تعداد عناصر الدم (تعد).
- بروتين س التفاعلي (ب.س.ت).
- أيونية للدم.

التطور:

- على المستوى السريري: تلاشي الألام الصدرية، تحسن التنخيمة حيث كانت مخاطية قيحية في البداية ثم أصبحت مخاطية ودون سعال ولا بصق للدم، تحسن النهيخ حيث أصبحت سرعة النفس عادية.
- على المستوى البيولوجي: أجرينا فحوصين بيولوجيين على التوالي في اليوم الرابع واليوم العاشر من استشفائه بينا ما يلي:
- ✓ نقصان عدد الكريات البيضاء في الدم من 26000 إلى 16000 ثم إلى 7000 كرية في مل.

- ✓ الهيموكلوبين (خضاب الدم) عادي بنسبة 12,8 غ في الدسي لتر
- ✓ نقصان تركيز البروتين س التفاعلي من 320 إلى 126 ثم إلى 67 مغ/ل
- ✓ تحسن الوظيفة الكلوية حيث نقصت اليوريا (الدموية) من 1,74 إلى 0,47 غ/ل والكرياتينين الدموي من 16 إلى 7 مغ/ل
- على مستوى قياس الغاز الشرياني تحت أوكسيلاجية 4 لترات في الدقيقة:
- ✓ تحسن نقص تأكسج الدم حيث أصبحت 75 مم ز، والكربونية حيث أصبحت 46 مم ز، الباهاء الدموي في حدود 7,44 و"تشاك" أصبح 94,4 بالمائة.
- على مستوى المشعاعية الصدرية: أجريت في اليوم العاشر للاستشفاء وأظهرت تلاشي ذات الجنب وتراجعا ملحوظا للعنامة السخية.

قرار خروج المريض:

- خرج المريض بالوصفة التالية (المتممة للعلاج):
- ✓ سيفالوسبورين الجيل الثالث 200 مغ: حبة في الصباح وأخرى في المساء لمدة 11 يوما (المدة المتممة ل 21 يوم من العلاج)
- ✓ سيبروفلووكساسين 500 مغ: حبة في الصباح وأخرى في المساء لمدة 11 يوما (المدة المتممة ل 21 يوم من العلاج)
- ✓ تمت معاينة المريض سريريا في مركز التشخيص بعد شهر وأثبت الفحص السريري عودة الأمور إلى طبيعتها وأظهرت المشعاعية الصدرية سلامة الرئتين.

Pneumonie aigue communautaire

IDENTITE:

Il s'agit de monsieur Jamal, âgé de 70 ans, fellah, Ramédiste, originaire et habitant à Taounat, marié et père de 5 enfants.

MOTIF D'HOSPITALISATION: dyspnée aigue

ANTECEDENTS:

➤ Antécédents personnels:

✓ Antécédents médicaux:

- le patient n'est jamais traité pour tuberculose
- il n'existe pas de contag tuberculeux récent
- il n'existe pas de cardiopathie, ni de néphropathie ou d'autres tares connues ou traitées.
- Le patient est non tabagique et n'a pas d'autres habitudes toxiques.
- il n'a pas d'exposition particulière.
- le patient est non bronchitique chronique.

✓ Antécédents chirurgicaux:

- le patient n'a jamais été opéré.

➤ Antécédents familiaux:

- il n'existe pas de cas similaires dans la famille.

HISTOIRE DE LA MALADIE:

Remonte à 6 jours, à la suite d'un bain maird où le patient a présenté un syndrome grippal (myalgies, arthralgies, toux sèche, fièvre à 38,5, irritation pharyngée, écoulement nasal) durant 2 jours puis il a présenté des expectorations muco-purulentes rouillées associées à des douleurs de l'hémi thorax droit à type point de côté continues peu intenses soulagées spontanément sans irradiation sans hémoptysie ni orthopnée ni signes cliniques d'hypercapnie ni autres signes associés. Le tout évoluant dans un contexte de fièvre chiffré à 39° avec frissons et asthénie, sans signes extra respiratoires en particulier des voies aériens supérieures, urinaires ou neurologiques.

Cette symptomatologie a motivé le patient à consulter aux urgence du CHU HASSAN II FES.

EXAMEN CLINIQUE:

➤ Examen général:

- ✓ Patient conscient, fébrile à 38,7 , tachycarde à 100 battements par minute (b/mn), polypnéique à 26c/mn, saturation artérielle en oxygène (SaO2) à l'air ambiant à 70% devenant à 96% sous 2 litres d'oxygène. Conjonctives normo colorées.
- ✓ présence de cyanose des lèvres et des extrémités.
- ✓ il n'existe pas de signes de lutte ventilatoire.

➤ L'examen pleuro pulmonaire:

- ✓ Le thorax est de morphologie normale.
- ✓ On note au niveau de tout l'hémithorax droit:
 - Les vibrations vocales sont exagérées.
 - Le murmure vésiculaire est mal perçu.
 - Il existe une matité à la percussion.
- ✓ Il existe des râles crépitants en basi-thoracique bilatéraux.

⇒ syndrome de condensation de tout l'hémithorax droit

➤ l'examen cardio-vasculaire:

- ✓ Les bruits B1et B2 sont bien perçus.
- ✓ La systole et la diastole sont libres.
- ✓ Il n'existe pas de souffle ni de bruit surajouté.
- ✓ Il n'existe pas de signe d'insuffisance cardiaque droite.

➤ L'examen abdominal:

- ✓ L'abdomen est souple et respire normalement.
- ✓ il n'existe pas d'hépatomégalie ni de splénomégalie.
- ✓ il n'existe pas de masse abdominal palpable.
- ✓ il n'existe pas de matité déclive des flancs.

➤ L'examen neurologique:

- ✓ Il n'existe pas de trouble de la motricité
- ✓ Il n'existe pas de trouble de la sensibilité
- ✓ Les réflexes ostéo-tendineux sont présents et symétriques

➤ L'examen ORL:

- ✓ Mauvais état buccodentaire.
- ✓ Il n'existe pas d'herpès labial.
- ✓ Il n'existe pas de douleurs exquises à la palpation des sinus.

➤ Le reste de l'examen clinique est sans particularité.

RADIOGRAPHIE THORACIQUE DE FACE:

- opacité occupant la totalité de l'hémi thorax droit de tonalite hydrique hétérogène contenant de multiples clartés plus denses en para cardiaque droit avec des ébauches de bronchogramme aérique.
- opacité périphérique basi thoracique droite homogène de tonalite hydrique à limite inférieure effaçant la coupole diaphragmatique droite et comblant le culs de sac costo-diaphragmatique externe droit et se continue avec la paroi par une opacité bordante.
- Pas d'anomalie du côté gauche.



⇒ opacité alvéolaire de tout l'hémithorax droit associée à une image de pleurésie homolatérale de faible abondance.

CONCLUSION RADIO-CLINIQUE :

Patient de 70 ans sans antécédents pathologiques notables, admis aux urgences pour une symptomatologie d'installation brutale il y a 6 jours. A la suite d'un syndrome grippal, le patient a présenté un point de côté de l'hémithorax droit avec des expectorations muco-purulentes et rouillées avec à l'examen clinique un syndrome de condensation de tout l'hémithorax droit. Ceci évoluant dans un contexte fébrile avec frissons. La radio montre une opacité de tout l'hémi thorax droit de type alvéolaire et une image de pleurésie de faible abondance

DIAGNOSTIC RETENU:

Il s'agit d'une pneumonie aigue grave communautaire dans sa forme de pneumonie franche lobaire aigue à pneumocoque avec pleurésie de faible abondance parapneumonique vus les éléments suivants:

- ✓ Syndrome grippal
- ✓ Installation suite d'un bain maird
- ✓ Expectorations rouillées
- ✓ Point de côté

- ✓ Fièvre et frissons
- ✓ Aspect radiologique

DIAGNOSTIC DE GRAVITE:

- Il existe des signes de gravité:
 - ✓ Cliniques:
 - déssaturation à 70%.
 - cyanose des lèvres et des extrémités.
 - ✓ Radiologique:
 - opacité étendue à au moins 2 lobes
 - pleurésie para pneumonique.

- Il existe en plus:

Un facteurs de risque: l'âge supérieur à 65 ans.

⇒ indication de l'hospitalisation au service de pneumologie en unité de soins intensifs.

- Recherche des signes de gravité biologiques:
 - ✓ Bilan biologique fait au urgences montre des signes de gravité biologiques:
 - Hyperleucocytose à 26580 à prédominance PNN à 25100 élément/ml avec lymphopénie à 280 éléments/ml.
 - Insuffisance rénale avec urée à 1,74 g/l et créatininémie à 16mg/l.
 - hypoxémie à 52 mm Hg avec hypercapnie à 47,8 à la gazométrie.
 - ✓ le reste du bilan:
 - CRP à 320mg/l.
 - Natrémie normale à 137.
 - Hémoculture: stérile.
 - Examen cytobactériologique des expectorations: culture polymorphe

Au total: c'est un tableau de pneumonie aigue communautaire grave compliquée d'insuffisance respiratoire aigue très probablement à pneumocoque avec pleurésie parapneumonique.

CONDUITE A TENIR THERAPEUTIQUE:

- Oxygénothérapie: 4 litres par minute avec amélioration clinique: disparition du cyanose et saturation en oxygène devenant à 92% après 2h.
- Antibiothérapie probabiliste à base de CEFTRIAXONE 2g par jour par voie parentérale et CIPROFLOXACINE 500 mg x 2 par jour par voie orale.
- Réhydratation

- ENOXAPARINE SODIQUE 0,4 cc/jour par voie sous cutané.
- Surveillance:
 - ✓ surveillance clinique: état de conscience, température, état hémodynamique, fréquence respiratoire, SaO₂, expectorations(quantité, aspect, odeur), signes cliniques d'hypercapnie,
 - ✓ surveillance biologique: NFS, CRP, ionogramme sanguin.

L'EVOLUTION:

- Sur le plan clinique: disparition des douleurs thoraciques, amélioration des expectorations initialement muco-purulentes devenant muqueuses sans notion de toux ni hémoptysie, amélioration de sa dyspnée devenue stade II.
- Sur le plan biologique: bilan fait au 4ème jour de son hospitalisation: on a une diminution des globules blancs de 26000 à l'admission à 16000 puis à 7000 au 10ème jour, hémoglobine à 12,8 , diminution de la CRP de 320 à son admission à 126 puis à 67 mg/l au 10ème jour , amélioration de la fonction rénale avec urée à 0,47 g/l et créatininémie à 7 mg/l.
- Sur le plan gazométrique sous 4 litres d'oxygène: amélioration de l'hypoxémie à 75 mm Hg avec capnie à 46 mmhg ,pH à 7,44 et SaO₂ à 94,4%.
- Sur le plan radiologique:

Une radiographie thoracique de face réalisé au 10ème jour de traitement montre une disparition de la pleurésie avec régression nette de l'opacité alvéolaire.

LA DECISION DE SORTIE:

- Patient sortant sous:
 - ✓ Céphalosporine 3ème génération 200mg: 1cp*2 par jour pendant 11 jours (durée totale du traitement 21 jours)
 - ✓ Ciprofloxacine 500mg: 1cp *2 par jour pendant 11 jours (durée totale du traitement 21 jours)
- Malade revu après un mois en consultation avec examen clinique normal et radiographie thoracique de contrôle est sans anomalie décelable.

كيس مائي رئوي وحيد

تعريف المريض:

يتعلق الأمر بالسيدة حسناء، تبلغ من العمر 40 سنة، مهنتها ربة بيت، مشمولة بنظام المساعدة الطبية، سكناها وأصلها بمدينة فاس، متزوجة وأم لثلاثة أبناء.

سبب الاستشفاء: بصق الدم.

السوابق المرضية:

➤ السوابق الشخصية:

✓ السوابق الطبية:

- لم يسبق لها أن أصيبت بمرض السل و لا وجود لعدوى بهذا المرض.
- لا تعاني من السكري و لا من أي مرض قلبي أو مرض كلوي و لا أي مرض آخر.
- لا تدخن و لا تمارس أي عادات ضارة بالجسم (تناول الكحول، الشيشة، المخدرات ...)
- لا تتناول أية أدوية باستمرار.
- تمضي أوقات طويلة في البادية ولها مخالطة للكلاب

✓ السوابق الجراحية:

- لم يسبق لها أن خضعت لأي عملية جراحية.

✓ سوابق أمراض النساء والتوليد:

- حملت 3 مرات وأنجبت 3 مرات.
- لم يحدث لها إجهاض.
- تاريخ آخر دورة شهرية: منذ 15 يوماً.

➤ السوابق العائلية:

- ليس لديها سوابق عائلية تذكر.

التاريخ المرضي:

تعود بداية المرض إلى 6 أشهر حيث ظهرت عند المريضة آلام صدرية يسرى حداثها متغيرة تغيب وتعود من حين لآخر ودون تشعع عنقي أو إلى الطرف العلوي الأيسر صاحبها في الشهر الأخير عدة نوبات من بصق الدم بوفرة قليلة تعود آخرها إلى أربعة أيام، دون نهيج ودون سعال و لا تنخيم و لا علامات تنفسية أو خارج تنفسية مصاحبة، كل هذا دفع المريضة لطلب الاستشارة الطبية بقسم طب الأمراض التنفسية. كل هذه الأعراض تطورت في جومن الحفاظ على الحالة العامة واللاحمى.

الفحص السريري:

➤ الفحص العام: المريضة في وعي تام، عادية النفس، ضغطها الدموي عادي في حدود 80/120 مم.ز، س.ق بمعدل

65 ن/دق، "تشاك" في حدود 100 % في الهواء الطلق، ملتحمة المريضة عادية اللون. درجة حرارتها 37°.

➤ الفحص الجنبري:

✓ صدر ذو مظهر خارجي عادي

- ✓ على مستوى قاعدة الشق الأيسر من الصدر لاحظنا ما يلي:
 - ضعف انتشار الاهتزازات الصوتية.
 - ضعف الهمس الحويصلي.
 - وجود أصمية أثناء القرع.
- ✓ لا توجد خراخر أثناء التسمع
- ⇐ يتعلق الأمر بمتلازمة انصباب سائل أيسر.
- فحص القلب و الشرايين:
 - ✓ الأصوات القلبية عادية.
 - ✓ زمنا الانقباض والانقباض عاديان.
 - ✓ لا يوجد صفير و لا صوت إضافي.
 - ✓ لا توجد أعراض القصور القلبي الأيمن.
- الفحص البطني:
 - ✓ البطن لين وتنفسه طبيعي.
 - ✓ لا يوجد تضخم كبد و لا طحالي.
 - ✓ لا توجد كتلة بطنية أثناء الجس.
- ✓ لا توجد أصمية تمايلية بجوانب البطن. matité déclive
- الفحص أمراض النسائي:
 - ✓ الفحص تحت الموسع المهبل:
 - لا يوجد إفراز مخاطي و لا دموي.
 - عنق الرحم مغلق ودون علامات التهابية.
 - ✓ اللمس المهبل:
 - لا توجد كتلة ملموسة أثناء تحريك الرحم.
- خندق دو كلا حر cul de sac de douglas libre
- ✓ فحص الثديين:
 - محيط الثديين متماثلان.
 - لا توجد علامات التهابية.
 - لا توجد كتلة ملموسة.
- فحص الباحات العقدية: الباحات العقدية عادية.
- باقي الفحص الجسدي: دون علة تذكر.

المشعاعية الصدرية الأمامية:

- عتامة جارية يسرى دائرية متجانسة، وحدودها واضحة إلا في جزئها الداخلي العلوي الذي يبدو ضبابيا، مع احتمال محوها للحرف الأيسر للقلب، بتطبيق قاعدة الصورة الظلية يتضح أنها تتموضع في الأمام.
- ليس هناك تحلل عظمي من خلال العتامة.
- هناك ارتقاء طفيف للقببية الحجابية اليمنى.



الملخص المشعاعي السريري:

يتعلق الأمر بمریضة تبلغ من العمر 40 سنة لها سوابق مخالطة الكلاب قدمت للاستشارة الطبية من أجل نوبات لبصق الدم بوفرة قليلة معزولة تطورت منذ شهر في إطار من المحافظة على الحالة العامة واللاحمى. الفحص السريري بين وجود متلازمة انصباب سائلي قاعدية يسرى أمامية. المشعاعية الصدرية بينت عتامة دائرية جار قلبية يسرى.

التشخيصات الممكنة:

- كيس مائي ممزق متغير remanié ✓ ما يعززه:
- مخالطة الكلاب.
- الحفاظ على الحالة العامة.
- المظهر المشعاعي.
- ✓ ما يضعفه:
- معاودة مسائلة المريض لم تبين وجود نفث مائي hydatidoptysie و لا تنخيمات تحتوي على أغشية كيسية.
- السل الرئوي: لكن هناك ما يضعفه:
- التوضع القاعدي.
- غياب العدوى السلية.
- غياب الحمى.
- الحفاظ على الحالة العامة.
- ورم قسبي المنشأ أونقلي لورم خارج صدري خصوصاً ثديي أو عنق رحمي: لكن هناك ما يضعف هذا الاحتمال:
- فحص أمراض النساء والتوليد دون علة تذكر.
- المحافظة على الحالة العامة.
- تشخيصات أخرى ممكنة:
- أم الدم الشريان الرئوي.

تدبير الحالة:

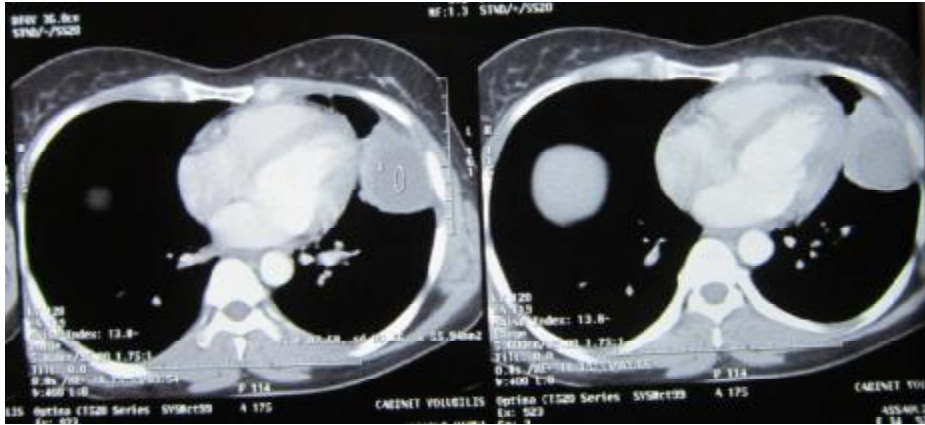
- (1) استشفاء المريضة لإجراء استقصاءات حول بصق الدم bilan d'hémoptysis
- (2) إجراء مشعاعية صدرية جانبية لتحديد موقع العتامة الدائرية.
- (3) إجراء فحوصات بيولوجية:
- "تعد" NFS: الهيموكلوبين عادي بنسبة 12 غ/دل مع وجود فرط الكريات البيض الحمضية حيث بلغت 800 كرية/مل.
- إجراء دراسة مصلية كيسية حيث كانت إيجابية بمعيار 1280/1.
- فحوصات تجلط الدم: دون علة تذكر:
- ✓ نسبة البروترونيين: 85 %.
- ✓ نسبة سيفالين المنشط: 30/30.
- (4) إجراء مقصاب أليافي بعد إجراء ثلاث فحوصات خلوية جرثومية للتنخيمة بحثاً عن العصيات المقاومة للحمضية والقاعدية لثلاثة أيام متتاليات بينت:
- ✓ وجود نزيف قادم من فوهة الفص الأوسط الأيسر la lingula
- ✓ مظهر لغشاء أبيض يسد إحدى قصبات الفص الأوسط الأيسر.

✓ الرشف القصي تمكن من إنتزاع أغشية بيضاء صدفية متماشية مع أغشية الأكياس المائية والتي أكدت دراستها الفطرية طبيعتها الكيسية المائية.

(5) إجراء فحص الصدى الكبدى: بين عدم وجود أكياس مائية في الكبد.

(6) استشارة أطباء الجراحة الصدرية:

المريض مرشح لاستئصال الفص الأوسط الأيسر بعد إجراء المفراس الصدري الذي أظهر:



✓ كتلة رئوية متموضعة في الفص الأوسط الأيسر كثافتها مائية وذات جدران سميكة ودائرية في مجملها مصحوبة بخلل التهوية وعقد لمفاوية جار نقيرية وبيقصية يسرى حيث المظهر يشير بشكل كبير إلى كيس مائي ممزق داخل القصبات.

✓ غياب أي علة تذكر على مستوى بقية المتن الرئوي الأيسر كما هوشأن الرئة اليمنى كذلك.

(7) تم إرسال المريض إلى مصلحة جراحة الصدر قصد إتمام التدابير العلاجية.

Kyste hydatique unique

IDENTITE:

Il s'agit de madame Hasnae, âgé de 40 ans, femme au foyer, mère de 3 enfants, originaire et habitante à Fès, ramediste.

MOTIF DE CONSULTATION: hémoptysie

ANTECEDENTS:

➤ Antécédents personnels

✓ Antécédents médicaux:

- elle n'est jamais traitée pour la tuberculose et ne présente pas de contagement tuberculeux récent.
- il n'existe pas de cardiopathie, ni de diabète, ni de néphropathie ou d'autres tares connues ou traitées.
- la patiente est non tabagique et n'a pas d'autres habitudes toxiques.
- il n'existe pas de prise médicamenteuse au long cours.
- elle séjourne fréquemment à la campagne avec notion de contact avec les chiens.

✓ Antécédents chirurgicaux:

- la patiente n'a jamais été opérée.

✓ Antécédents gynéco-obstétricaux:

- 3 gestes, 3 parité.
- elle n'a jamais eu d'avortement.
- date des dernières règles remonte à 15 jours.

➤ Antécédents familiaux:

- il n'existe pas de cas similaire dans la famille.

HISTOIRE DE LA MALADIE:

Remonte à 6 mois par l'installation d'une douleur thoracique gauche intermittente, d'intensité variable et sans irradiation cervicale ou vers le membre supérieur gauche aggravée il y a 1 mois par plusieurs épisodes d'hémoptysie de faible abondance dont la dernière remonte à 4 jours, sans dyspnée sans toux ni expectorations ni autres signes respiratoires ou extra respiratoires associés, ceci a motivé sa consultation au service de pneumologie. Le tout évoluant dans un contexte d'apyrexie et de conservation de l'état général.

EXAMEN CLINIQUE:

- Examen général: patiente consciente, eupnéique, normo tendue à 12/08, fréquence cardiaque (FC) à 65 b/mn, SaO2 à 100 % à l'air ambiant, conjonctives normo colorées, température à 37°.
- L'examen pleuro pulmonaire:

- ✓ le thorax est de morphologie normale.
 - ✓ on note en basi thoracique gauche:
 - les vibrations vocales sont mal transmises.
 - le murmure vésiculaire est mal perçu.
 - présence d'une matité à la percussion.
 - ✓ il n'existe pas des râles à l'auscultation.
- ⇒ c'est un syndrome d'épanchement liquidien basi-thoracique gauche.
- L'examen cardio-vasculaire:
 - ✓ les bruits B1et B2 sont bien perçus.
 - ✓ la systole et la diastole sont libres.
 - ✓ il n'existe pas de souffle ni de bruit surajouté.
 - ✓ il n'existe pas de signe d'insuffisance cardiaque droite.
 - L'examen abdominal:
 - ✓ l'abdomen est souple et respire normalement.
 - ✓ il n'existe pas d'hépatomégalie ni de splénomégalie.
 - ✓ il n'existe pas de masse abdominal palpable.
 - ✓ il n'existe pas de matité déclive.
 - L'examen des aires ganglionnaire: les aires ganglionnaires sont libres.
 - L'examen gynécologique:
 - ✓ examen sous spéculum:
 - pas de sécrétion muqueuse ni sanglante.
 - col fermé sans signe inflammatoire.
 - ✓ touchet vaginale:
 - pas de masse palpable à la mobilisation de l'utérus
 - cul de sac de douglas libre
 - ✓ examen des seins:
 - seins de contours symétrique.
 - pas de signe inflammatoire.
 - pas de masse palpable.
 - L'examen des aires ganglionnaires: les aires ganglionnaires sont libres
 - Le reste de l'examen somatique est sans particularité

RADIOGRAPHIE THORACIQUE DE FACE:

- ✓ opacité à projection para-cardiaque gauche arrondie homogène avec des limites nettes sauf au niveau de sa partie supéro-interne qui paraît floue et effacerait le bord gauche du cœur, en appliquant le signe de la silhouette, le siège serait antérieur.
- ✓ pas de lyse osseuse à travers l'opacité.
- ✓ aspect de légère ascension de la coupole diaphragmatique droite.

**CONCLUSION RADIO-CLINIQUE:**

Patiente de 40 ans ayant comme antécédents notion de contact avec les chiens qui consulte pour des épisodes d'hémoptysie de faible abondance isolée évoluant depuis 1 mois dans un contexte de conservation de l'état général chez qui l'examen clinique trouve un syndrome d'épanchement liquidien basi-thoracique gauche antérieur, la radio thorax montre une opacité ronde para-cardiaque gauche.

DIAGNOSTICS A EVOQUER:

1) Kyste hydatique pulmonaire rompu et remanié:

✓ Pour:

- Le contact avec les chiens.
- La conservation de l'état général.
- L'aspect radiologique.

✓ Contre:

La reprise de l'interrogatoire ne montre pas d'hydatidoptysie ni d'expectorations contenant de membrane hydatique.

2) Tuberculose pulmonaire mais ce qui est contre c'est:

- le siège basal
- absence de contage tuberculeux
- absence de fièvre
- la conservation de l'état général

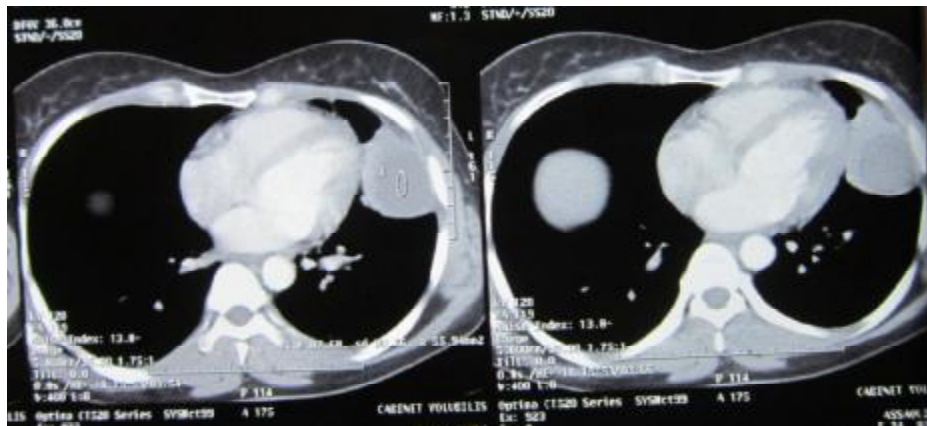
3) Néo broncho-génique ou métastase d'un néo extra thoracique notamment le sein et le col utérin mais ce qui est contre c'est l'examen gynécologique sans anomalie et la conservation de l'état général.

4) Autres causes: anévrysme de l'artère pulmonaire

CONDUITE A TENIR:

- 1) Hospitalisation pour bilan d'hémoptysie
- 2) Faire radiographie thoracique de profil pour préciser le siège de l'opacité ronde.
- 3) Examens biologiques:
 - Faire une numération formule sanguine: hyper éosinophilie à 800 éléments par ml avec hémoglobine à 12g /dl.
 - La sérologie hydatique revenant positif à titre de 1/1280
 - Bilan de coagulation: correct
 - ✓ Taux de prothrombine: 85 %
 - ✓ Taux de céphaline activé: 30s /30s
- 4) Une fibroscopie bronchique après avoir réalisé 3 examens cytot bactériologiques des expectorations à la recherche des bacilles acido-alcool- résistants montre:
 - un saignement provenant de l'orifice de la lingula.
 - aspect de membrane blanchâtre obstruant une des deux bronches de la lingula .
 - l'aspiration bronchique a retiré des membranes blanc nacréés compatibles avec des membranes hydatique dont l'étude parasitologique a confirmé la nature hydatique de ces membranes.
- 5) Une échographie hépatique: pas de kyste hydatique du foie
- 6) Décision après avis des chirurgiens thoracique

Patiente candidate à une lobectomie au dépend de la lingula après TDM thoracique :



- masse de densité hydrique à parois épaisses grossièrement arrondie au dépend de la lingula , associée à un trouble ventilatoire ainsi qu'à des adénopathies para-hilaires et inter-bronchiques gauches dont l'aspect est très en faveur d'un kyste hydatique rompu dans les bronches
 - Absence d'autres anomalies décelables au niveau du reste du parenchyme pulmonaire gauche ainsi qu'au niveau du champ pulmonaire droit.
- la patiente adressée au service de chirurgie thoracique pour complément de prise en charge.

التكيس المائي الصدري

تعريف المريض:

يتعلق الأمر بالسيد عبد الصمد، يبلغ من العمر 23 سنة، أعزب، مهنته مياوم، مشمول بنظام المساعدة الطبية، من أصل قروي، سكناه وأصله بمدينة تاونات.

سبب الاستشفاء:

بصق الدم بوفرة قليلة.

السوابق المرضية:

➤ السوابق الشخصية:

✓ السوابق الطبية:

- لم يسبق له أن أصيب بمرض السل و لا وجود لعدوى بهذا المرض.
- لا يعاني من السكري و لا من أي مرض قلبي أو مرض كلوي و لا أي مرض آخر.
- لا يدخن و لا يمارس أي عادات ضارة بالجسم (تناول الكحول، الشيشة، المخدرات ...)
- لا يتناول أية أدوية باستمرار.
- لديه مخالطة للكلاب

✓ السوابق الجراحية:

✓ - لم يسبق له أن خضع لأي عملية جراحية.

➤ السوابق العائلية:

- ليس لديه سوابق عائلية تذكر.

التاريخ المرضي:

تعود بداية المرض إلى 10 أشهر بظهور آلام صدرية خفيفة يمين أمامية وخلفية متقطعة، دون تشعع، تستجيب جزئياً للباراسيتامول ومصحوبة بعدة نوبات من بصق الدم بوفرة قليلة تعود آخرها إلى خمسة أيام، دون خُرجة مائية vomique hydatique و لا تنخيمة و لا علامات الفرطكربية. كل هذه الأعراض تطورت في جومن الحفاظ على الحالة العامة واللاحمى ودفعت المريض لاستشارة طبيب عام أرسله إلى قسم طب الأمراض التنفسية بالمركز الاستشفائي الجامعي الحسن الثاني قصد العلاج.

الفحص السريري:

➤ الفحص العام: المريض في وعي تام، عادي النفس، ضغطه الدموي عادي في حدود 80/120 مم ز، س.ق بمعدل 70

ن/دق، "تشاك" في حدود 98 % في الهواء الطلق، ملتحمة المريض عادية اللون. درجة حرارته 37°.

➤ الفحص الجنبرئوي:

✓ صدر ذو مظهر خارجي عادي

✓ على مستوى الشق الأيمن من الصدر بأكمله لاحظنا ما يلي:

- ضعف انتشار الاهتزازات الصوتية.
- ضعف الهمس الحويصلي.
- وجود أصمية أثناء القرع.

« يتعلق الأمر بمتلازمة انصباب سائلي تهم الشق الأيمن من الصدر بأكمله.

- ✓ لا توجد خراخر أثناء التسمع.
- فحص القلب و الشرايين:
- ✓ الأصوات القلبية عادية.
- ✓ زمن الانقباض والانقباض عاديان.
- ✓ لا يوجد صفير و لا صوت إضافي.
- ✓ لا توجد أعراض القصور القلبي الأيمن.
- الفحص البطني
- ✓ البطن لين و تنفسه طبيعي.
- ✓ لا يوجد تضخم كبدي و لا طحالي.
- ✓ لا توجد كتلة بطنية أثناء الجس.
- ✓ لا توجد أصمية تمايلية بجوانب البطن. *matité déclive*
- فحص الباحات العقدية: الباحات العقدية عادية.
- باقي الفحص الجسدي: دون علة تذكر.

المشعاعية الصدرية:



- عتامة في القمة اليمنى ثنائية التفصص كثافتها مائية، حدها الداخلي يختفي في المنصف، حدها العلوي يختفي في العتامة العنقية، حدها الخارجي واضح وثنائي التفصص، دون دفع للرغامى وليس هناك تحلل عظمي. ⇐ عتامة منصفية عليا اليمنى ثنائية التفصص.
- عتامة جارية قلبية وجار قفيرية اليمنى، حدها الخارجي واضح وثنائي التفصص، حدها الداخلي يحو الحرف الأيمن للقلب، في الأسفل تمحو الخندق قلب حجج جاري الأيمن: بتطبيق قاعدة الصورة الظلية يتضح أنها عتامة أمامية. ليس هناك تحلل عظمي من خلال العتامة.
- الرئة المقابلة دون علة تذكر.

الملخص المشعاعي السريري:

يتعلق الأمر بعتامات منصفية متعددة عليا وجار قلبية اليمنى متعددة التفصص

لدى شاب يبلغ من العمر 23 سنة له سوابق مخالطة الكلاب يشكو منذ 10 أشهر من نوبات لبصق الدم بوفرة قليلة مصحوبة بألم صدري أيمن. كل هذه الأعراض تطورت في جومن الحفاظ على الحالة العامة. الفحص السريري أظهر متلازمة انصباب ساتلي تهم الشق الأيمن من الصدر بأكمله.

التشخيصات الممكنة:

- لمفومة خبيثة لا هودشكينية منصفية:
- ✓ ما يعززه: المظهر المشعاعي المتماشي مع عقادات منصفية.
- ✓ ما يضعفه:
- الحفاظ على الحالة العامة.
- غياب العقادات الهامشية.
- غياب انضغاط المنصف.

- سل عقدي منصفي
- ✓ ما يعززه:
- المظهر متعدد التفصص المتماشي مع عقادات منصفية.
- العمر: صغر السن.
- ✓ ما يضعفه:
- الحفاظ على الحالة العامة.
- غياب الحمى.
- أكياس مائية رئوية متمزقة و متغيرة ومنصفية متعددة.
- ✓ ما يعززه:
- بصق الدم.
- مخالطة الكلاب.
- الحفاظ على الحالة العامة.
- التطور البطيء.
- نقائل ورمية رئوية ومنصفية لورم صدري أو خارج صدري:
- ✓ ما يضعفه:
- الحفاظ على الحالة العامة.
- العمر: صغر السن.
- لا يدخن.
- لا توجد علامات خارج صدرية.

تدبير الحالة:

(1) فحوصات بيولوجية:

- ✓ دراسة مصلية كيسية حيث كانت إيجابية بمعيار 640/1
- ✓ "تعد" NFS: الهيموكلوبين عادي بنسبة 13 غ/دل مع وجود فرط الكريات البيض الحمضية حيث بلغت 400 كرية/مل.

(2) فحص الصدى الكبدي: لا يوجد مظهر يتماشي مع كيس مائي كبدي و لا نقائل ورمية.

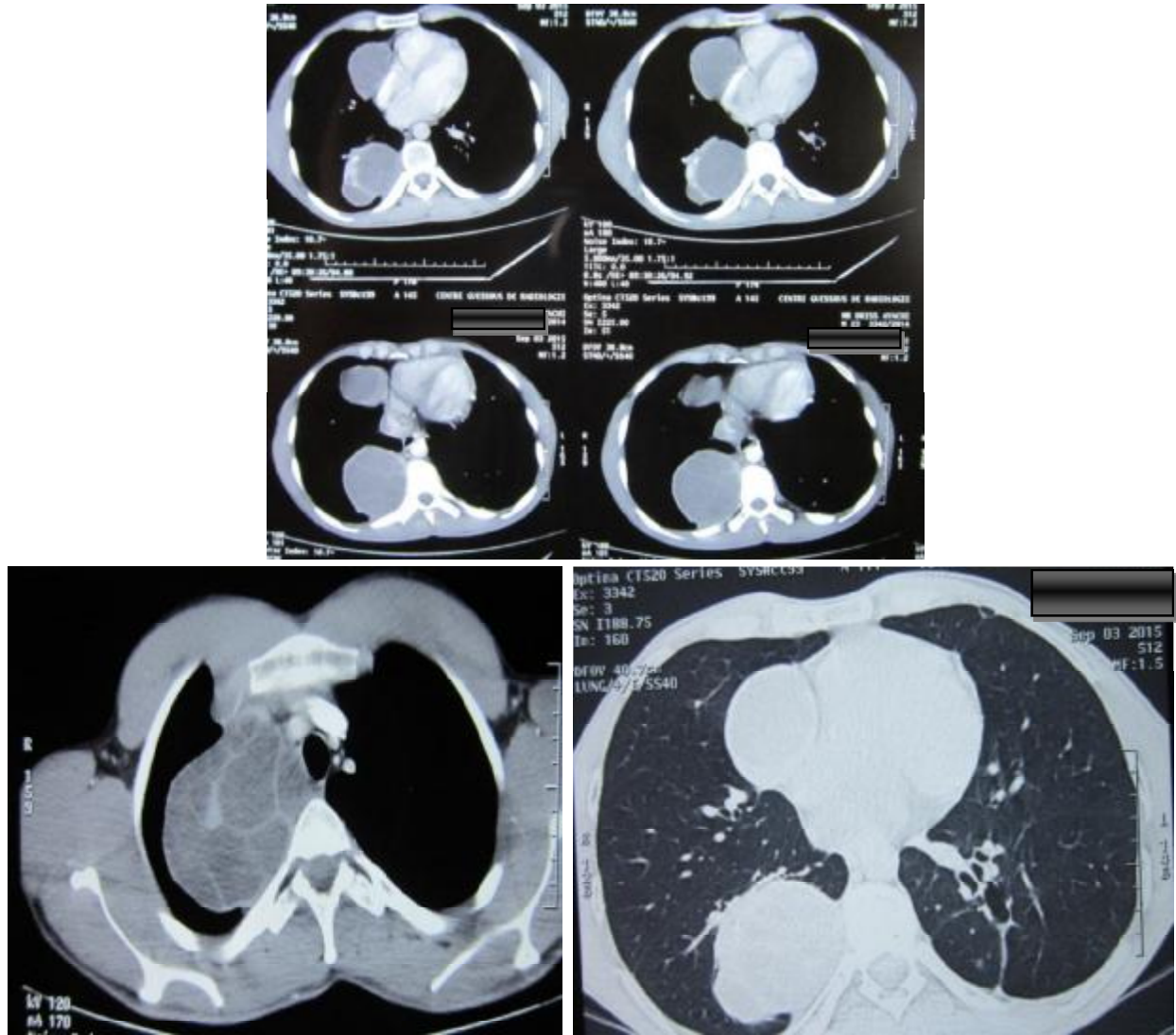
(3) المفراس الصدري: لتحليل الطبيعة النسيجية أو المائية للكتامات، أظهر:

- وجود عدة تشكلات كيسية متعددة التحوجز نشأت في الرئة اليمنى.
- بعض هذه الأكياس تتخلله تكلسات دقيقة محيطية تدل على طبيعتها المائية.
- هذه الأكياس متعددة وتتموقع في:



- ✓ أحدها في المنطقة القمية للرئة وطول محوره الأكبر 10 سم.
- ✓ الثاني في الجهة الأمامية العلوية المنصفية وطول محوره الأكبر 9,5 سم.
- ✓ الثالث في الجهة الجار قلبية وطول محوره الأكبر 6,2 سم.
- ✓ الرابع في القاعدة الرئوية جار نخاعي وطول قطره الأكبر 15 سم.

⇐ التشخيص النهائي المؤكد: التكتيس الصدري مع تموضع رئوي ومنصفي.



(4) التدبير العلاجي:

- مناقشة الحالة مع جراحي الصدر: قرار بعدم التدخل الجراحي نظرا لانتشار الآفة، والاكتفاء بالعلاج الدوائي.
- الوصفة: ألبونداзол 400 مغ: حبة واحدة في اليوم لمدة 6 أشهر.
- متابعة ومراقبة سريرية ومشعاعية.

L'hydatidose thoracique

IDENTITE:

Il s'agit de monsieur Abdessamad, âgé de 23 ans, célibataire, journalier de profession, d'origine rurale, originaire et habitant à Taounat, ramédiste.

MOTIF D'HOSPITALISATION:

hémoptysie de faible abondance.

ANTECEDENTS:

- Antécédents personnels
 - ✓ Antécédents médicaux:
 - il n'est jamais traité pour la tuberculose et ne présente pas de contagio tuberculeux récent.
 - il n'existe pas de cardiopathie, ni de diabète, ni de néphropathie ou d'autres tares connues ou traitées.
 - le patient est non tabagique et n'a pas d'autres habitudes toxiques.
 - il n'existe pas de prise médicamenteuse au long cours.
 - il a un contact avec les chiens.
 - ✓ Antécédents chirurgicaux:
 - le patient n'a jamais été opéré.
- Antécédents familiaux:
 - il n'existe pas d'antécédents familiaux notables.

HISTOIRE DE LA MALADIE

Remonte à 10 mois par l'apparition des douleurs thoraciques droites antérieure et postérieure intermittentes peu intenses sans irradiation, répond partiellement au paracétamol, associées à plusieurs épisodes d'hémoptysie de faible abondance. Le dernier épisode remonte à 5 jours sans vomique hydatique sans expectorations ni signes d'hypercapnie. Le tout évoluant dans un contexte d'apyrexie et de conservation de l'état générale, ce qui a motivé le patient à consulter chez un médecin généraliste qui l'a référé au service de pneumologie au centre hospitalier universitaire HASSAN II pour prise en charge.

EXAMEN CLINIQUE:

- Examen général: patient conscient, eupnéique, normo tendu à 120/80 mm Hg, FC à 70 b/mn, SaO₂ à 98 % à l'air ambiant, conjonctives normo colorées, température à 37°.
- L'examen pleuro pulmonaire:
 - ✓ le thorax est de morphologie normale.
 - ✓ On note au niveau de tout l'hémi thorax droit:
 - les vibrations vocales sont mal transmises.

-le murmure vésiculaire est mal perçu.

-il existe une matité à la percussion.

⇒ Syndrome d'épanchement liquidien de tout l'hémi thorax droit

✓ pas de râle à l'auscultation

➤ l'examen cardio-vasculaire:

✓ les bruits B1 et B2 sont bien perçus.

✓ la systole et la diastole sont libres.

✓ il n'existe pas de souffle ni de bruit surajouté.

✓ il n'existe pas de signe d'insuffisance cardiaque droite.

➤ L'examen abdominal:

✓ L'abdomen est souple et respire normalement.

✓ il n'existe pas d'hépatomégalie ni de splénomégalie.

✓ il n'existe pas de masse abdominale palpable.

✓ il n'existe pas d'ascite.

➤ l'examen des aires ganglionnaires: les aires ganglionnaires sont libres

➤ Le reste de l'examen somatique est sans particularité

RADIOGRAPHIE THORACIQUE DE FACE:

➤ Opacité du sommet droit bilobée de tonalité hydrique, sa limite interne se continue avec le médiastin, sa limite supérieure se continue avec l'opacité cervicale, sa limite externe est nette et bilobée, sans refoulement de la trachée. Pas de signe de lyse osseuse.

⇒ opacité médiastinale supérieure droite bilobée.

➤ Opacité para cardiaque et para hilare droite, avec une limite externe nette et bilobée, une limite interne qui efface le bord droit du cœur, et en bas elle efface le cul de sac cardio-diaphragmatique droit: en appliquant le signe de la silhouette

⇒ il s'agit d'une opacité antérieure. A travers cette opacité on n'objective pas de signes de lyse osseuse.

- Le poumon controlatéral est sans anomalie décelée.



CONCLUSION RADIO-CLINIQUE:

Multiples opacités médiastinales supérieures et para cardiaques droites polylobées chez un jeune de 23 ans avec un antécédent de contact avec les chiens et qui présente depuis 10 mois des épisodes intermittents d'hémoptysie de faible abondance associés à des douleurs thoraciques droites. Ceci évolue dans un contexte de conservation de l'état général. L'examen clinique objective un syndrome d'épanchement liquidien de tout l'hémithorax droit.

DIAGNOSTICS A EVOQUER:

- Lymphome malin non hodgkinien médiastinal
 - ✓ Pour: l'aspect radiologique en faveur d'adénopathies médiastinales.
 - ✓ Contre:
 - conservation de l'état générale.
 - absence d'adénopathie périphérique.
 - pas de compression médiastinale.
- Tuberculose ganglionnaire médiastinale
 - ✓ Pour:
 - âge jeune.
 - aspect polylobé des opacités évocateur d'adénopathies médiastinales.
 - ✓ Contre:
 - conservation de l'état général.
 - pas de fièvre.
- Kystes hydatiques pulmonaires rompus et remanés et médiastinales multiples:
 - ✓ Pour:
 - le contact avec les chiens.
 - conservation de l'état général.
 - évolution insidieuses.
- Métastases pulmonaires et médiastinales d'un néo thoracique ou extra thoracique:
 - ✓ Contre:
 - conservation de l'état général.
 - l'âge jeune.
 - pas de tabagisme.
 - absence des signes extra thoracique.

CONDUITE A TENIR:

- 1) Examens biologiques:
 - sérologie hydatique revenant positive à titre de 1 /640

➤ NFS:

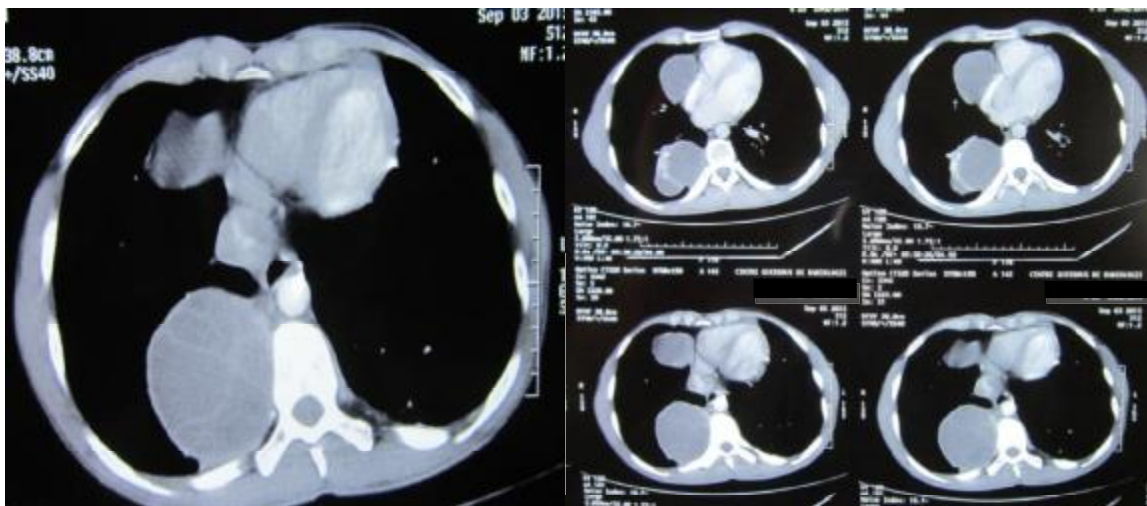
- ✓ Hémoglobine à 13/dl.
- ✓ L'hyper-éosinophilie à 400 élément par ml.

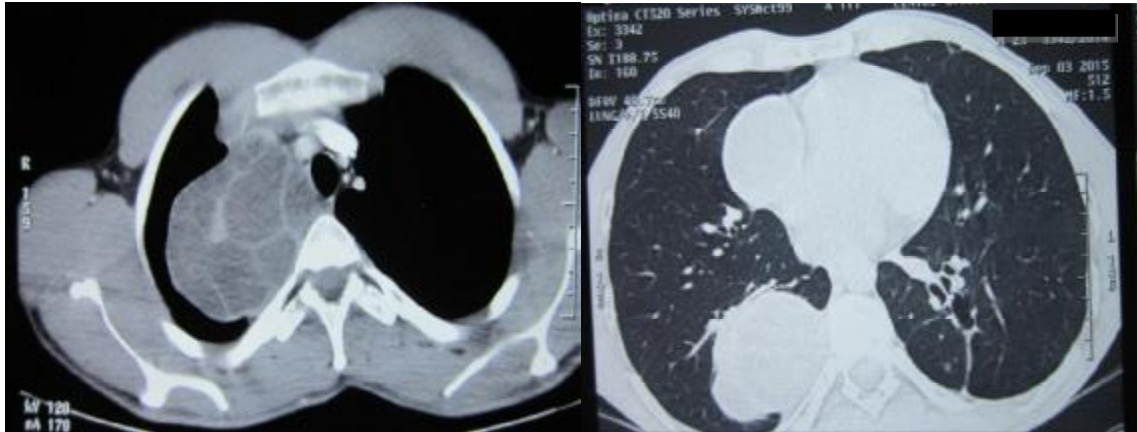
2) Echographie hépatique: pas d'aspect évocateur de kyste hydatique hépatique ni de métastases.

3) TDM thoracique pour analyser la nature tissulaire ou liquidienne des opacités:

Objective :

- Plusieurs formations kystiques multi cloisonnées qui se développent au niveau de la région pulmonaire droite.
 - certaines de ces kystes présentent de petites calcifications périphériques témoignant de leur origine hydatique.
 - ces kystes sont multiples siègent:
 - un au niveau de la région apicale mesurant 10 cm de grand axe.
 - le deuxième au niveau de la région Antéro-supérieure médiastinale mesurant 9,5 cm de grand axe.
 - le troisième au niveau de la région para cardiaque mesurant 6,2 cm de grand axe.
 - un quatrième au niveau de la base pulmonaire para rachidien droit mesurant 15 cm de grand axe.
- ⇒ Diagnostic final confirmé: hydatidose thoracique avec localisations pulmonaires et médiastinales.





4) Prise en charge thérapeutique:

- Discussion du cas avec les chirurgiens thoraciques: décision d'abstention chirurgicale vue la diffusion des lésions et se contenter d'un traitement médical.
- Ordonnance:
albendazole 400 mg: 1comprimé par jour pendant 6 mois.
- Suivi et contrôle clinique et radiologique.

الجُنَابَات

ذات الجنب بسائل صاف

تعريف المريض:

يتعلق الأمر بالسيد منصف، يبلغ من العمر 58 سنة، مهنته عامل بمصنع، مشمول بالتغطية الصحية، سكناه وأصله بمدينة فاس، متزوج وأب لثلاثة أبناء.

سبب الاستشارة الطبية: تفاقم نهيج مزمن.

السوابق المرضية:

➤ السوابق الشخصية:

✓ السوابق الطبية:

- لم يسبق له أن أصيب بمرض السل و لا وجود لعدوى بهذا المرض.
- لا يعاني من السكري و لا من أي مرض قلبي أو مرض كلوي و لا أي مرض آخر
- لا يدخن و لا يمارس أي عادات ضارة بالجسم (تناول الكحول، التدخين، المخدرات ...) .
- سبق له وأن أصيب باحتشاء عضلة القلب infarctus de myocardec
- المريض يعاني من ارتفاع الضغط الشرياني منذ 10 سنوات.

✓ السوابق الجراحية

- لم يسبق له أن خضع لأي عملية جراحية

➤ السوابق العائلية:

- ليس لديه سوابق عائلية تذكر

التاريخ المرضي:

تعود بداية المرض إلى سنة وذلك بظهور تدريجي لنهيج من الدرجة 1 وفق ترتيب سادول وتزداد شدته كلما

كان المريض مضطجعا ثم أصبح من الرتبة 2 قبل الاستشارة الطبية بشهر، مصحوب بسعال جاف يثار بتغيير الوضعية وألم صدري ناخس في الشق الأيسر من الصدر يزداد مع الشهيق ودون تشعع عنقي أو إلى الطرف العلوي الأيسر، دون بصق للدم و لا علامات الفرطكربية و لا أي أعراض أخرى. كل هذه الأعراض تطورت في جومن الحفاظ على الحالة العامة واللاحمى.

الفحص السريري

➤ الفحص العام: المريض في وعي تام، سريع النفس بمعدل 22 دورة في الدقيقة (د/دق)، ضغطه الدموي مرتفع في حدود

100/170 مم.ز. س.ق بمعدل 80 ن/دق، "تشاك" في حدود 98 % في الهواء الطلق، ملتحمة المريض عادية

اللون. درجة الحرارة في حدود 37°.

➤ الفحص الجنبري:

- ✓ صدر ذو مظهر خارجي عادي
- ✓ على مستوى النصف الأسفل من الشق الأيسر من الصدر تمت معاينة ما يلي:
 - ضعف انتشار الاهتزازات الصوتية.
 - ضعف الهمس الحويصلي.
 - وجود أصمية أثناء القرع.
- ✓ لا توجد خراخر أثناء التسمع
- ⇐ يتعلق الأمر بمتلازمة انصباب سائلي أيسر.

➤ فحص القلب و الشرايين:

- ✓ الأصوات القلبية عادية.
- ✓ وجود جزر كبدي وداجي reflux hépato-jugulaire
- ✓ زما الانقباض والانبساط عاديان.
- ✓ لا يوجد صفير و لا صوت إضافي.
- ✓ وجود وذمة للأطراف السفلى ثنائية الجانب.
- ✓ انتفاخ تلقائي للأوردة الوداجية turgescence spontanée des veines jugulaires

➤ الفحص البطني

- ✓ البطن لين وتنفسه طبيعي.
- ✓ لا يوجد تضخم كبدي و لا طحالي.
- ✓ لا توجد كتلة بطنية أثناء الجس.
- ✓ لا توجد أصمية تمايلية بجوانب البطن.
- ✓ لا يوجد استقساء ascite.

➤ فحص الباحات العقدية: الباحات العقدية عادية

➤ باقي الفحص الجسدي: دون علة تذكر.

المشعاعية الصدرية الأمامية:



- عتامة متجانسة كثافتها مائية تشغل الثلثين السفليين من الشق الأيسر الصدري
- تمحو الخندق ضلع حجابي الأيسر، حدها العلوي مقعر نحو الأعلى والداخل وتمتد على طول الجدار الصدري بعتامة حافية.
- الشق الأيمن من الصدر دون علة تذكر.

الملخص المشعاعي السريري:

يتعلق الأمر بذات الجنب يسرى كثيرة الوفرة لدى مريض يبلغ من العمر 58 سنة يعاني من ارتفاع الضغط الدموي وسبق أن أصيب باحتشاء عضلة القلب، قدم للاستشارة الطبية بسبب تفاقم منذ شهر لنهيج مزمن في تطور منذ سنة مصحوب بسعال جاف وألم صدري من نوع جنبي. الفحص السريري أظهر وجود أعراض القصور القلبي الشامل

تدبير الحالة:**1. استشفاء المريض بمصلحة طب الجهاز التنفسي****2. بزل جنبي استكشافي:**

✓ التقنية:

- نستعمل ميزل كيس.
- نحدد مكان البزل في مركز الأصمية.
- ننظف مكان البزل بواسطة مطهر.
- ندخل الإبرة بشكل عمودي على جدار الصدر وذلك بمحاذاة الحرف العلوي من الضلع الأسفل، نسحب المروود ونعوضه بمحقنة.

- بمجرد اختراق الجنبية الجدارية يتدفق السائل عبر المحقنة

✓ النتيجة:

- اللون: أصفر ليموني صافي.
- دراسة بيوكيميائية:

■ نسبة البروتينات في الدم: 70 غ في اللتر.

■ نسبة البروتينات في السائل الجنبية: 25 غ في اللتر.

■ خارج البروتينات الجنبية / البروتينات الدموية أصغر من 0,5.

3. التشخيصات الممكنة:

لقد تأكد لدينا تشخيص ذات الجنب بسائل صافي ارتشاحية ونستحضر أهم أسبابها:

✓ ذات الجنب ارتشاحية قلبية نظراً لوجود:

- لديه سابقة احتشاء عضلة القلب.
- أعراض القصور القلبي الأيسر.
- ارتفاع الضغط الدموي.

✓ ذات الجنب ارتشاحية transsudatif بسبب آخر:

- كلوي.
- كبدي.

4. الفحوصات المتممة:

✓ الوظيفة الكلوية:

- اليوريا: عادية بنسبة 0,2 غ/ل.
- نسبة الكرياتينين عادي في حدود 9 مغ/ل.
- البيلة البروتينية ليوم كامل: عادية بنسبة 0,02 غ في اللتر.
- ✓ نسبة البروتينات في الدم: عادي بنسبة 70 غ في اللتر.
- ✓ الوظيفة الكبدية:
- مصل كليطاموبيريفات طرونسفيراز SGPT "مكبت ": عادي بمعدل 30 وحدة في اللتر.
- مصل كليطامواكز الواسيتا طرونسفيراز SGOT "مكات" عادي بمعدل 19 وحدة في اللتر.
- ✓ نسبة ألبومين في الدم: عادي بقيمة 36 غ في اللتر.

5. أخذ رأي طبيب القلب:

✓ الكهربية القلبية:

- تضخم البطين الأيسر.

- إحصار الحزيمة اليسرى.

✓ فحص الصدى القلبي خلال صدري:

قصور قلبي شامل.

← لقد تأكدنا من السبب القلبي لذات الجنب الارتشاحية

6. التدبير العلاجي:

✓ البزل الجنبي الإفراغي.

✓ نقل المريض إلى مصلحة طب القلب والشرابين لإتمام العلاج.

Pleurésie à liquide clair

IDENTITE:

Il s'agit de monsieur Monsif, âgé de 58 ans, père de 3 enfants, ouvrier dans une usine, mutualiste, originaire et habitant à Fès.

MOTIF DE CONSULTATION: aggravation d'une dyspnée chronique.

ANTECEDENTS:

- Antécédents personnels:
 - ✓ Antécédents médicaux:
 - Il n'est jamais traité pour la tuberculose et ne présente.
 - il n'y a pas de contact tuberculeux récent.
 - il n'existe pas de diabète, ni de néphropathie.
 - patient non tabagique et n'a pas d'autres habitudes toxiques.
 - il a un antécédent d'infarctus de myocarde.
 - il est suivi pour hypertension artérielle depuis 10 ans.
 - ✓ Les antécédents chirurgicaux:
 - Le patient n'a jamais été opéré.
- Antécédents familiaux:
 - il n'a pas d'antécédent familial notable.

HISTOIRE DE LA MALADIE:

Remonte à un an par l'installation progressive d'une dyspnée chronique majorée par le décubitus classé stade I de la classification de SADOUL devenant stade II un mois avant sa consultation, associée à une toux sèche déclenchée par le changement de position et une douleur en point de côté gauche augmentée à l'inspiration sans irradiation cervicale ou au membre supérieur gauche, sans hémoptysie ni signes d'hypercapnie ou autres signes associés. Le tout évoluant dans un contexte d'apyrexie et de conservation de l'état général.

EXAMEN CLINIQUE:

- Examen général: patient conscient, dyspnéique à 22 c/mn, tension artérielle à 170/100 mm Hg, FC à 80 b/mn, SaO₂ à 98 % à l'air ambiant, conjonctives normo colorées, température à 37.
- L'examen pleuro pulmonaire:
 - ✓ le thorax est de morphologie normale.
 - ✓ il n'existe pas de circulation veineuse collatérale.
 - ✓ on note au niveau de la moitié inférieure de l'hémithorax gauche:
 - les vibrations vocales sont mal transmises.
 - le murmure vésiculaire est mal perçu.

- présence d'une matité à la percussion.

✓ Il n'existe pas de râle à l'auscultation.

⇒ Ce tableau clinique évoque un Syndrome d'épanchement liquidien gauche

➤ L'examen cardio-vasculaire:

- ✓ les bruits B1 et B2 sont bien perçus.
- ✓ la systole et la diastole sont libres.
- ✓ reflux hépato-jugulaire
- ✓ il n'existe pas de souffle ni de bruit surajouté.
- ✓ il n'existe pas de signe d'insuffisance cardiaque droite.
- ✓ présence d'un œdème bilatéral des membres inférieurs bilatérale.
- ✓ turgescence spontanée des veines jugulaires.

➤ L'examen abdominal:

- ✓ L'abdomen est souple et respire normalement.
- ✓ il n'existe pas d'hépatomégalie ni de splénomégalie.
- ✓ il n'existe pas d'ascite.
- ✓ il n'existe pas de masse abdominale palpable.

➤ L'examen des aires ganglionnaires: les aires ganglionnaires sont libres.

➤ Le reste de l'examen somatique est sans particularité.

RADIOGRAPHIE THORACIQUE DE FACE:

- une opacité homogène de densité hydrique occupant les deux tiers inférieurs de l'hémi-champs thoracique gauche, effaçant le cul-de-sac costo-diaphragmatique gauche. Le bord supérieur est concave en haut et en dedans et se continue par une opacité bordante pleurale.
- L'hémi thorax controlatéral est sans anomalie décelable.



CONCLUSION RADIO-CLINIQUE:

Pleurésie gauche de grande abondance chez un patient de 58 ans connu hypertendu et ayant comme antécédent une infarctus de myocarde qui se présente en consultation pour une aggravation d'une dyspnée chronique évoluant depuis 1 an associée à une toux sèche et une douleur de type pleural chez qui l'examen clinique trouve des signes d'insuffisance cardiaque globale.

CONDUITE A TENIR:**1. Hospitalisation****2. Ponction pleurale exploratrice:**

✓ Technique:

- trocart de ponction par aiguille de KUSS.
- on repère le lieu de ponction en pleine matité.
- on désinfecte la peau par un antiseptique.
- on pique à l'aiguille perpendiculairement à la paroi en rasant le bord supérieur de la côte inférieure, on retire le mandrin et on adapte une seringue au trocart.
- une fois, le feuillet pariétal franchi, le liquide afflue dans la seringue.

✓ Couleur: jaune citrin clair.

✓ Etude biochimique: pleurésie transudative avec:

- taux de protide pleurale à 25 g/L
- taux de protide sérique à 70 g /L
- rapport taux de protide pleurale/ taux de protide sérique inférieur à 0,5.

3. Les diagnostics à évoquer:

On a confirmé le diagnostic de pleurésie à liquide clair transudative pour laquelle on évoque les principales étiologies:

1) Pleurésie transudative d'origine cardiaque vu:

- ✓ L'antécédent d'infarctus de myocarde.
- ✓ Le tableau clinique d'insuffisance cardiaque gauche.
- ✓ L'hypertension artérielle.

2) Pleurésie transsudative d'autres origines:

- ✓ Rénale.
- ✓ Hépatique.

4. Examens complémentaires:

✓ Bilan rénal:

- urée: normale à 0,2 g/l
- créatininémie normale à 9 mg/l.

- protéinurie de 24h: normale à 0,02g/24h.
- ✓ Taux de protides: normal à 70g/l.
- ✓ Bilan hépatique: normal avec.
 - Sérum Glutamopyruvate Transférase (SGOT): normal à 19 UI /l.
 - Sérum Glutamooxaloacétate Transférase (SGPT): normal à 30 UI /l.
- ✓ Taux d'albumine: normal à 36 G/L.

5. Avis cardio-vasculaire:

- ✓ ECG:
 - hypertrophie ventriculaire gauche.
 - Bloc de branche gauche.
 - ✓ Echographie trans-thoracique: insuffisance cardiaque globale.
- Le diagnostic de pleurésie transudative d'origine cardiaque est confirmé.

6. Conduite à tenir thérapeutique:

- ✓ Ponction pleurale exploratrice.
- ⇒ transfert du patient en cardiologie pour complément de prise en charge.

ذات الجنب القحيحة

تعريف المريض:

يتعلق الأمر بالسيدة عائشة، تبلغ من العمر 40 سنة، مهندتها ربة بيت، مشمولة بنظام المساعدة الطبية، سكناها وأصلها بمدينة فاس، متزوجة وأم لطفلين.

سبب الاستشفاء: نهيج حاد مصحوب بألم صدري.

السوابق المرضية:

➤ السوابق الشخصية:

✓ السوابق الطبية:

- لم يسبق لها أن أصيبت بمرض السل و لا وجود لعدوى بهذا المرض.
- لا تعاني من السكري و لا من أي مرض قلبي أو مرض كلوي و لا أي مرض آخر.
- لا تدخن و لا تمارس أي عادات ضارة بالجسم (تناول الكحول، الشيشة، المخدرات ...
- لا تتناول أية أدوية باستمرار.

✓ سوابق أمراض النساء والتوليد:

- حملت مرتين وأنجبت مرتين.
- لم يحدث لها إجهاض.
- تاريخ آخر دورة شهرية: منذ 10 أيام.

✓ السوابق الجراحية :

- لم يسبق لها أن خضعت لأي عملية جراحية.

➤ السوابق العائلية:

✓ ليس لديها سوابق عائلية تذكر

التاريخ المرضي:

ترجع بداية المرض إلى 3 أيام وذلك بإصابة المريضة بسعال جاف يثيره تغيير الوضعية مصحوب بألم صدري ناخس أيمن يزداد أثناء الشهيق ونهيج من الدرجة 2 يزداد في وضعية الاضطجاع، دون بصق للدم و لا علامات الفرطكربية و لا علامات أخرى مصاحبة، كل هذه الأعراض تطورت في جومن حمى لم يتم قياسها ودون ترد للحالة العامة، كل هذا دفعها إلى الاستشارة الطبية بمصلحة طب الجهاز التنفسي

الفحص السريري:

➤ الفحص العام: المريضة في وعي تام. درجة حرارتها مرتفعة حيث بلغت $39,5^{\circ}$ ، سريعة النفس بمعدل 24 د/دق، ضغطها الدموي عادي: 70/120 مم.ز، س.ق بمعدل 70 ن/دق، "تشاك" في حدود 96 % في الهواء الطلق، ملتحمة المريضة عادية اللون.

➤ الفحص الجنبرئوي:

- ✓ صدر ذو مظهر خارجي عادي
- ✓ ليس هناك دورة وريدية رادفة
- ✓ على مستوى الشق الأيمن من الصدر بأكمله تبين ما يلي:
 - ضعف انتشار الاهتزازات الصوتية.
 - ضعف الهمس الحويصلي.
 - وجود أصمية أثناء القرع.
- ✓ لا توجد خراخر أثناء التسمع

⇐ هذه الأعراض تدل على وجود متلازمة انصباب سائلي أيمن.

➤ فحص القلب و الشرايين:

- ✓ الأصوات القلبية عادية.
- ✓ زمن الانقباض والانقباض عاديان.
- ✓ لا يوجد صفير و لا صوت إضافي.
- ✓ الأصوات القلبية منزاحة نحو الأيسر *déplacé à gauche*.

➤ الفحص البطني

- ✓ البطن لين وتنفسه طبيعي.
- ✓ لا يوجد تضخم كبدي و لا طحالي.
- ✓ لا توجد كتلة بطنية أثناء الجس.
- ✓ لا توجد أصمية تمايلية بجوانب البطن.

✓ لا يوجد استسقاء *ascite*.

✓ لا توجد دورة وريدية رادفة

➤ فحص الأنف والأذن و الحنجرة

✓ حالة الفم والأسنان سيئة مع وجود تسوس للأسنان.

➤ فحص الجهاز العصبي:

✓ لا توجد متلازمة سحائية *syndrome méningé*.

• لا يوجد تصلب القفا *raideur de la nuque*.

• غياب علامة كيرنين: *signe de Kernig est négatif*

• غياب علامة بريدزانسكي: *signe de Brudzinski est négatif*

✓ الانعكاسات العظمية الوترية موجودة و متماثلة.

➤ فحص العظام و المفاصل:

✓ حركات المفاصل طبيعية: *les articulations sont libres*

✓ لا توجد أعراض التهاب مفصلي.

➤ فحص الباحات العقدية: الباحات العقدية عادية

➤ باقي الفحص الجسدي: دون علة تذكر.

المشعاعية الصدرية:



- عتامة متجانسة كثافتها مائبة تهم الثلاثة أرباع السفلى من الشق الأيسر من الصدر، تمحو الخندق الضلعحجابي الخارجي الأيمن والخندق قَلْبَحجابي والقبيبة الحجابية اليمنى، يحدها الجدار الصدري من جهة الخارج وحدها العلوي مقعر نحو الأعلى والداخل وتمتد على طول الجدار الصدري بعتامة حافية.
- علامات الدفع: الرغامى مدفوعة نحو اليسار، القلب والقصبية الرئيسية اليمنى مدفوعان نحو اليسار.
- الشق الصدري الأيسر دون علة تذكر.
- ⇐ صورة لذات الجنب اليمنى بوفرة كبيرة، حرة في التجويف الأكبر.

الملخص المشعاعي السريري:

صورة لذات الجنب اليمنى بوفرة كبيرة لدى مريضة تبلغ من العمر 40 سنة أَلَمَتَ بها بطريقة مفاجئة كشفها ظهور حاد لسعال، نهيج وألم صدري من نوع جنبي، هذه الأعراض تطورت في جو من الحمى. الفحص السريري يبين وجود متلازمة الانصباب السانلي الأيمن مصحوب بحمى بلغت 39°.

تدبير الحالة:

1. استشفاء المريضة بمصلحة طب الجهاز التنفسي
2. بزل جنبي استكشافي:
 - ✓ اللون: مخضر.
 - ✓ الخلوية: مفصصات النوات مفسدة poly nucléaires altérées.
3. التشخيصات الممكنة

لقد تأكد لدينا تشخيص ذات الجنب القيحية ونستحضر أهم أسبابها:

(1 ذات الجنب قيحية جرثومية نظرا لوجود:

 - البداية المفاجئة.
 - الحمى المرتفعة.
 - اللون المخضر للسائل.
 - مفصصات النوات العدلة المفسدة.

(2) بالدرجة الثانية: ذات الجنب قيحية سلية.

4. الفحوصات المتممة:

✓ "تعد": بينت فرط الكريات البيض حيث بلغت 12000 كرية/ مل مع غلبة مفصصات النواة العدلة.

✓ بروتين س التفاعلي "بست": مرتفع حيث بلغ 200 مع/ل.

✓ دراسة جرثومية:

• التحليل الجرثومي للسائل الجنب:

▪ الفحص المباشر: سلبي.

▪ زرع السائل: قيد الإنجاز.

• زرع الدم في أوقات ذروة الحمى: زرع سلبي

✓ استقصاء أرضية المريض bila du terrain:

• سكر دموية: 2 غ في اللتر.

• الوظيفة الكبدية:

▪ مصل كليطاموبيريفات طرونسفيراز "مكبث" SGPT : عادي بمعدل 24 وحدة عالمية في

اللت

▪ مصل كليطامواكز الواسيتا طرونسفيراز "مكات" (SGOT) عادي بمعدل 20 وحدة عالمية

في اللتر

⇒ لقد تأكد السبب الجرثومي "البكتيري" لذات الجنب القيحية نظرا لما يلي:

• مفصصات النواة المفسدة.

• فرط الكريات البيض.

5. التدبير العلاجي:

➤ نبدأ العلاج ضد حيوي بطيف واسع في انتظار نتائج التقويم ضد حيوي:

✓ الأموكسيسيلين المحمي protégé 1 غ: 3 مرات في اليوم بالحقن الداخل وريدي.

✓ سيبروفلوكساسين 500 مغ: حبة في الصباح وأخرى في المساء

➤ موازنة السكري: باتباع رأي طبيب الغدد الصماء والسكري الذي أضاف الأنسولين إلى العلاج.

➤ الإفراغ السريع للانصباب بواسطة نزح صدري نظرا لإمكانية التحوجز:

✓ إدخال أنبوب النزح في الفراغ البضلي espace inter costal الرابع على الخط الإبطني الأوسط وتثبيتته بإحكام

على الجدار الصدري.

✓ ربط أنبوب النزح بنظام للرشف système d'aspiration .

✓ إفراغ 3 لترات من السائل القيحي على مراحل.

➤ إجراء مشعاعية صدرية أمامية للمراقبة والتي بينت رجوع الرئة إلى مكانها الطبيعي مع وجود بؤرة تعفنية سنخية

6. التطور السريري والبيولوجي

- متابعة الحمى: تلاشي الحمى في اليوم الثالث وتحسن النهيج.
- "تعد": أجريت في اليوم السابع للاستشفاء وبيئت تراجع عدد الكريات البيضاء حيث أصبحت في حدود 8000 كرية /مل.
- البروتين س التفاعلي: أصبح في حدود 25 مع/مل.
- زرع السائل الجنبى: بين وجود جرثومة العقدية الرئوية *streptococcus pneumoniae* مع:
- ✓ تقييم ضد حيوي: عقدية رئوية حساسة للأموكسيسيلين-أسيد كلافلانك.
- نتابع نفس العلاج.

7. خروج المريض في اليوم العاشر:

- إزالة أنبوب النزح بعد فحص سريري بين عدم وجود متلازمة الانصباب السائلي مع استمرار غياب الحمى ومشعاعية صدرية بينت استمرار الرئة في وضعها الطبيعي الملائق للجدار.
- بداية الترويض الجنبى لتجنب ذات الجنب المُثخنة
- وصفة الخروج:
- ✓ الأموكسيسيلين-أسيد كلافلانك 1 غ: 3 مرات في اليوم عن طريق الفم لمدة 5 أسابيع.
- ✓ سيبروفلوكساسين 500 مغ: حبة في الصباح وأخرى في المساء لمدة أسبوعين
- موعد للاستشفاء بمركز التشخيص مع إجراء مشعاعية صدرية للمراقبة.

Pleurésie purulente

IDENTITE:

Il s'agit de madame Aicha, âgée de 40 ans, femme au foyer, mère de 2 enfants, ramediste, originaire et habitante à Fès.

MOTIF D'HOSPITALISATION:

Dyspnée aigue avec douleurs thoraciques

ANTECEDENTS:

➤ Antécédents personnels

✓ Antécédents médicaux:

- elle n'est jamais traitée pour la tuberculose et ne présente pas de contagement tuberculeux récent.
- il n'existe pas de cardiopathie, ni de diabète, ni de néphropathie ou d'autres tares connues ou traitées.
- la patiente est non tabagique et n'a pas d'autres habitudes toxiques.
- il n'existe pas de prise médicamenteuse au long cours.
- il n'existe pas de notion de contact avec les chiens.

✓ Antécédents chirurgicaux:

- la patiente n'a jamais été opérée

✓ Antécédents gynéco-obstétricaux:

- 2 gestes, 2 parités.
- elle n'a jamais eu d'avortement.
- la date des dernières règles remonte à 10 jours.

➤ Antécédents familiaux:

- il n'existe pas d'antécédent familial notable.

HISTOIRE DE LA MALADIE:

Remonte à 3 jours par l'installation d'une toux sèche déclenchée par le changement de position associée à une douleur thoracique de type point de côté droit augmentée à l'inspiration, avec une dyspnée majorée par le décubitus classé stade II de la classification de SADOUL, sans hémoptysie ni signes d'hypercapnie, ni autres signes associés, le tout évoluant dans un contexte de fièvre non chiffrée et d'assez bon état général, ce qui a motivé sa consultation au service de pneumologie pour prise en charge.

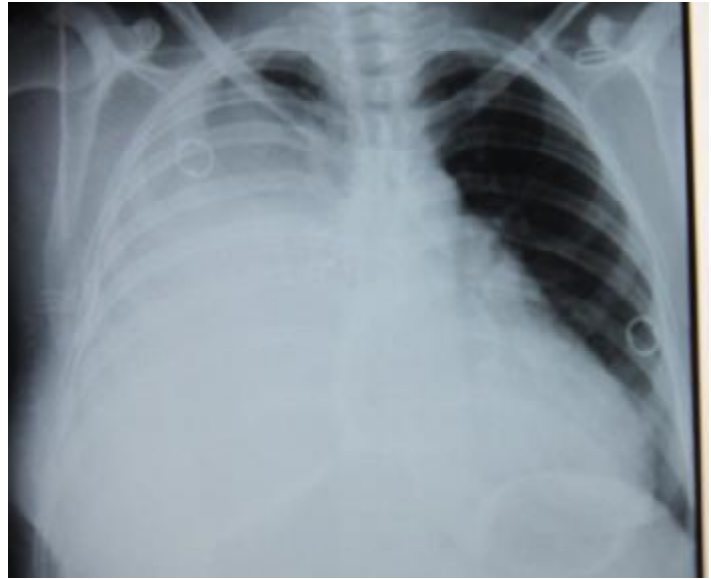
EXAMEN CLINIQUE:

- Examen général: patiente consciente, polypnéique avec FR à 24 c/mn, normo tendue à 120/70 mm Hg, FC à 70 b/mn, SaO₂ à 96 % à l'air ambiant, conjonctives normo colorées, température à 39,5.
- L'examen pleuro pulmonaire:
 - ✓ le thorax est de morphologie normale.
 - ✓ il n'existe pas de circulation veineuse collatérale.
 - ✓ on note au niveau de tout l'hémi-champ thoracique droit:
 - les vibrations vocales sont mal transmises.
 - le murmure vésiculaire est mal perçu.
 - présence d'une matité à la percussion.
 - ✓ il n'existe pas de râle à l'auscultation.

⇒ L'examen pleuro pulmonaire est en faveur d'un syndrome d'épanchement liquidien droit
- L'examen cardio-vasculaire:
 - ✓ les bruits B1et B2 sont bien perçus.
 - ✓ la systole et la diastole sont libres.
 - ✓ il n'existe pas de souffle ni de bruit surajouté.
 - ✓ Les bruits du cœur sont déplacés à gauche.
- L'examen abdominal:
 - ✓ L'abdomen est souple et respire normalement.
 - ✓ il n'existe pas de circulation veineuse collatérale.
 - ✓ il n'existe pas d'hépatomégalie ni de splénomégalie.
 - ✓ il n'existe pas de masse abdominale palpable.
 - ✓ Il n'existe pas d'ascite.
- L'examen ORL:
 - ✓ mauvaise état bucco-dentaire
 - ✓ caries bucco-dentaires
- L'examen neurologique:
 - ✓ Il n'existe pas de syndrome méningé
 - Il n'existe pas de raideur de la nuque
 - Le signe de Kernig est négatif
 - Le signe de Brudzinski est négatif
 - ✓ Les réflexes ostéo-tendineux sont présents et symétriques
- L'examen des aires ganglionnaires: les aires ganglionnaires sont libres
- Le reste de l'examen clinique est sans particularité.

RADIOGRAPHIE THORACIQUE DE FACE:

- opacité de tonalité hydrique homogène intéressant les trois quarts inférieurs de l'hémi champ thoracique droit, effaçant le cul de sac costo-diaphragmatique externe droit, le cul de sac cardio-phrénique et le coupole diaphragmatique. limité en dehors par la paroi thoracique. La limite supérieure est concave en haut et en dedans et se continue par une ligne bordante.



- signes de refoulement:

Trachée refoulée à gauche, cœur refoulé à gauche et bronche souche droite refoulée à gauche.

- L'hémi champ thoracique gauche est sans anomalies décelées.

⇒ Il s'agit d'une image de pleurésie droite de grande abondance libre dans la grande cavité.

CONCLUSION RADIO-CLINIQUE:

Image d'une pleurésie droite de grande abondance chez une patiente de 40 ans d'installation brutale révélée par une toux sèche et une douleur thoracique évoluant dans un contexte fébrile avec à l'examen clinique un syndrome d'épanchement liquidien de tout l'hémi thorax droit avec fièvre à 39°.

CONDUITE A TENIR:

1. Hospitalisation
2. Ponction pleurale exploratrice:
 - ✓ Couleur: verdâtre
 - ✓ Aspect: trouble
 - ✓ Cytologie: polynucléaires altérées
3. Les diagnostics à évoquer:

On a confirmé la pleurésie purulente pour laquelle on évoque les principales étiologies:

- 1) la pleurésie purulente bactérienne vu:
 - le début brutal.
 - la fièvre importante.
 - la couleur verdâtre du liquide.
 - polynucléaires altérées.

2) La pleurésie purulente tuberculeuse.

4. Examens complémentaires:

- ✓ NFS: a révélé une hyperleucocytose à 12000 à prédominance des polynucléaires neutrophiles
- ✓ CRP: 200 mg/l
- ✓ étude bactériologique:

- analyse bactériologique du liquide pleurale:
 - examen direct: négatif.
 - culture: en cours.
- hémoculture aux moments des pics fébriles: culture négative

➤ Bilan du terrain:

- ✓ glycémie à jeun: 2g par litre.
- ✓ bilan hépatique:
 - SGOT normal à 20 UI /L.
 - SGPT normal à 24 UI/L.

⇒ On a confirmé la nature bactérienne de la pleurésie purulente vu :

- l'existence des PNN dans le liquide pleural.
- l'hyperleucocytose à PNN à la numération formule sanguine.

on a retenu la pleurésie purulente bactérienne et le liquide pleural envoyé pour étude bactériologique.

5. CONDUITE A TENIR THERAPEUTIQUE:

- Démarrer l'antibiothérapie à large spectre en attendant les résultats de l'antibiogramme:
 - ✓ Amoxicilline protégée: 1g fois 3 par jour par injection intra veineuse.
 - ✓ Ciprofloxacine 500 mg: 1 comprimé fois 2 par jour.
- Equilibre du diabète: selon la vie de l'endocrinologue qui a ajouté l'insulinothérapie.
- Evacuation urgente par drainage thoracique vu le risque de cloisonnement:
 - ✓ mise en place d'un drain au niveau du 4ème espace inter costal sur la ligne axillaire moyenne
 - ✓ relier le drain au système d'aspiration (aspirateur puis siphonage).
 - ✓ évacuation de 3 litres de liquide purulent en plusieurs séances.
- Une radio thoracique de face de contrôle a été réalisée montrant le retour du poumon à la paroi avec un petit foyer alvéolaire

6. EVOLUTION CLINIQUE ET BIOLOGIQUE:

- Surveillance de la température: apyrexie au 3ème jour avec amélioration de la dyspnée.
- NFS de contrôle montre au 7ème jour d'antibiothérapie une diminution des globules blancs de devenant à 8000 éléments par ml

- CRP à devenant à 25 mg /l
- La culture: liquide pleural positif à streptococcus pneumoniae avec:
 - ✓ AntibioGramme: sensible à l'amoxicilline protégée
- On a continué le même traitement.

7. SORTIE DE L'HOPITAL AU 10EME JOUR

- Retrait du drain après un examen clinique qui n'a pas montré un syndrome d'épanchement liquidien et qui a objectivé une persistance de l'apyrexie et la radio thoracique qui montre une persistance du poumon à la paroi.
- Démarrage d'une kinésithérapie pleurale pour éviter la pachypleurite.
- Ordonnance de sortie:
 - ✓ Amoxicilline protégée 1g: 1comprimé fois 3 par jour pendant 5 semaines.
 - ✓ Ciprofloxacin 500 mg: 1comprimé fois 2 par jour pendant 15 jours.
- Rendez-vous de consultation après un mois avec radiographie thoracique de contrôle.

ذات الجنب السلية

تعريف المريض:

يتعلق الأمر بالسيد فؤاد، يبلغ من العمر 39 سنة، مهنته مياوم، مشمول بنظام المساعدة الطبية، سكناه وأصله بمدينة فاس، متزوج وأب لطفلين.

سبب الاستشفاء: نهيج حاد

السوابق المرضية:

➤ السوابق الشخصية:

✓ السوابق الطبية:

- لم يسبق له أن أصيب بمرض السل و لا وجود لعدوى بهذا المرض.
- لا يعاني من السكري و لا من أي مرض قلبي أو مرض كلوي و لا أي مرض آخر.
- لا يدخن و لا يمارس أي عادات ضارة بالجسم (تناول الكحول، الشيشة، المخدرات...)
- لا يتناول أي أدوية باستمرار.

✓ السوابق الجراحية:

- لم يسبق له أن خضع لأي عملية جراحية.

➤ السوابق العائلية:

- ليس لديه سوابق عائلية تذكر.

التاريخ المرضي:

ترجع بداية المرض إلى 15 يوما قبل استشفائه وذلك بظهور نوبات سعال جاف يثيره تغيير الوضعية ونهيج يزداد في وضعية الاضطجاع وآلام صدرية ناعسة يمتد أثناء الشهيق، دون علامات فرط الاستثارة القصبية و لا بصق للدم و لا علامات الفرطكربية و لا أعراض خارج صدرية وبالأخص دون أعراض مفصلية، بولية أو عصبية. كل هذه الأعراض تطورت في جو من الوهن والحمى والتعرق الليلي وتدهور نسبي للحالة العامة مع هزال يقدر ب 5 كغ.

الفحص السريري:

➤ الفحص العام: المريض في وعي تام، سريع النفس بمعدل 22 د/دق، ضغطه الدموي عادي في حدود 70/130 مم.ز،

س.ق بمعدل 90 ن/دق، "تشاك" في حدود 96 % في الهواء الطلق، ملتحمة المريض عادية اللون. درجة حرارته

مرتفعة حيث بلغت 38,2°، وزنه 66 كغ.

➤ الفحص الجنبري:

✓ صدر ذو مظهر خارجي عادي.

✓ على مستوى النصف السفلي للشق الأيمن من الصدر تبيين ما يلي:

- ضعف انتشار الاهتزازات الصوتية.

■ ضعف الهمس الحويصلي.

■ وجود أصمية أثناء القرع.

✓ لا توجد خراخر أثناء التسمع.

✓ لا يوجد ألم مبرح أثناء جس الأضلاع.

⇐ متلازمة انصباب سائلي تهم النصف الأسفل للشق الأيمن من الصدر.

➤ فحص القلب و الشرايين:

✓ الأصوات القلبية عادية وفي مكانها الطبيعي.

✓ طرفة القلب في مكانها الطبيعي

✓ زمنا الانقباض والانبساط عاديان.

✓ لا يوجد صفير و لا صوت إضافي.

✓ لا توجد أعراض القصور القلبي الأيمن

✓ لا يوجد حسيب تاموري.

➤ الفحص البطني

✓ البطن لين وتنفسه طبيعي.

✓ لا توجد دورة وريدية رادفة.

✓ لا يوجد تضخم كبدي و لا طحالي.

✓ لا توجد كتلة بطنية أثناء الجس و لا أصمية تمايلية بجوانب البطن.

✓ لا يوجد استسقاء.

➤ فحص الجهاز العصبي:

✓ لا توجد متلازمة سحائية syndrome méningé

• لا يوجد تصلب القفا raideur de la nuque.

• غياب علامة كيرنين: signe de Kernig est négatif

• غياب علامة بريدزانسكي: signe de Brudzinski est négatif

✓ الانعكاسات العظمية الوترية موجودة ومتماثلة.

➤ فحص العظام والمفاصل:

✓ حركات المفاصل طبيعية: les articulations sont libres

✓ لا توجد أعراض التهاب مفصلي.

➤ فحص الباحات العقدية: الباحات العقدية عادية

➤ باقي الفحص الجسدي: دون علة تذكر.

المشعاعية الصدرية

- عتامة متجانسة كثافتها مائية تشغل النصف الأسفل من الشق الأيمن للصدر، تمحو الخندق ضلعحجابي الأيمن والقببية الحجابية اليمنى والخندق قلبحجابي الأيمن، حددها العلوي مقعر نحو الأعلى والداخل وتمتد على طول الجدار الصدري بعتامة حافية.
- ليست هناك علامات تحلل عظمي من خلال هذه العتامة.
- ليس هناك دفع للرغامى والقلب.
- ← صورة لذات الجنب اليمنى نموذجية بوفرة متوسطة.

الملخص المشعاعي السريري:

يتعلق الأمر بصورة لذات الجنب اليمنى نموذجية بوفرة متوسطة لدى شاب يبلغ من العمر 39 سنة بدون سوابق مرضية تذكر اكتشفت بسعال ونهيج وألم صدري من نوع جنبي تطورت منذ 15 يوماً في جو من حمى لم يتم قياسها وتعرق ليلي وتدهور نسبي للحالة العامة. الفحص السريري أظهر متلازمة انصباب مائي اليمنى.

← أمام هذا المظهر النموذجي لذات الجنب أجرينا بزلاً جنبياً استكشافياً فتم استخراج سائل بلون أصفر ليموني تم إرساله إلى المختبر للدراسة البايوكيميائية والخلوية.

التشخيصات الممكنة:

يتعلق الأمر بذات الجنب بسائل أصفر ليموني ونستحضر أهم أسبابها:

1. ذات الجنب السلية:

✓ ما يعززه:

- عمر المريض: شاب.
- الحمى و العرق الليلي.
- السياق الوبائي
- الهزال

2. ذات الجنب الخبيثة: تموضع جنبي محتمل للمفومة خبيثة لا هودشكينية: لكن ليس لديه عقادات هامشية وليس هناك أي إصابة منصفية ظاهرة.

3. أسباب أخرى: أمراض مجموعية.

تدبير الحالة:

(1) استشفاء المريض.

(2) نسبة البروتينات المصلية: 68 غ في اللتر.

(3) دراسة السائل الجنبى:

✓ الدراسة البيوكيميائية: ذات الجنب رشحية مع:

• نسبة البروتينات الجنبية في حدود 40 غ/ل.

• خارج نسبة البروتينات الجنبية / نسبة البروتينات في المصل أكبر من 0,5.

✓ الدراسة الخلوية: فرطخلوية مع غلبة للمفاويات بنسبة 80 %.

⇨ التشخيص الأكثر احتمالا هو ذات الجنب السلية.

(4) الخزعة البزلية الجنبية: مع دراسة تشريحية بينت تخلل الغشاء الجنبى من طرف عدة ركامات من عناصر التهابيةلمفاوية-بلازمية-منسجة nombreux amas d'éléments inflammatoires lymphoplasmo-histocytaires تأخذ

في بعض الأحيان مظهرا شبه ظهاري، لاحظنا كذلك وجود خلايا عملاقة بالإضافة إلى نخر جنبى ⇨ مظهر يتوافق مع

حبيوم ظهيري ضخم الخلايا جنبى.

(5) البزل الجنبى الإفراغى: تم الإفراغ عبر مرحلتين: لترين ثم لتر ونصف.**(6) الترويض الطبى الجنبى بواسطة حركات تقريب وتبعد الأطراف العليا في وضعية استقلال على الجانب المقابل.****(7) العلاج الضد عصوي:**

➤ توجيه المريض إلى مركز تشخيص السل والأمراض التنفسية مرفقا برسالة توضح نوع المرض والعلاج المقترح:

✓ التصنيف: الفئة 3 (سل جنبى) tuberculose pleurale:

- النظام العلاجي 2RHZE /4RH:

• شهران من:

ريفامبيسين (R)، إزونيديد (H)، بيرازيناميد (Z)، إيتومبيطول (E).

• أربعة أشهر من:

ريفامبيسين (R)، إزونيديد (H).

✓ الجرعات

ريفامبيسين: 10 مغ/كغ/اليوم (660 = 66 x) ⇨ 600 مغ/اليوم.

إزونيديد: 5 مغ/كغ/اليوم (330 = 66 x) ⇨ 300 مغ/اليوم.

بيرازيناميد: 25 مغ/كغ/اليوم (1650 = 66 x) ⇨ 1650 مغ/اليوم.

إتومبيطول: 15 مغ/كغ/اليوم (990 = 66 x) ⇨ 990 مغ/اليوم.

✓ الوصفة:

ERIP K4 : أربع حبات في اليوم لمدة شهرين

RH300/150 : لمدة 4 أشهر. حبتان في اليوم

(8) التربية الصحية والعلاجية:

- السل مرضٌ خطيرٌ لكن شفاؤه بشكل نهائي ممكن جداً ويتطلب احتراماً للعلاج.
- خطر العدوى غير قائم في حالة السل الجنبى
- التهوية القسوى للمنزل.
- الحد من الاختلاط بالأطفال و الزوج.
- أهمية التغذية المتوازنة.
- الإقلاع عن التدخين ضروريٌ للعلاج، نظراً لدوره في خفض دفاعات الجسم وكونه مصدراً للمضاعفات وللتشخيص المتأخر..
- ضرورة أخذ الأدوية بانتظام.
- تناول جميع الحبات في الصباح على الريق وقبل ساعتين من الأكل.
- احترام مدة العلاج.
- التأكيد على أن تطور المرض قد يكون إيجابياً كما قد يكون شنيعاً وحتى مُميتاً إذا لم يؤخذ العلاج بصفة منتظمة.
- أهمية المتابعة المنتظمة: ضرورة الحضور لمركز تشخيص السل والأمراض الصدرية بانتظام كل أسبوعين من أجل التزود بالأدوية وكل شهرين لتقييم العلاج.
- ضرورة الاستشارة الطبية قبل تناول أي دواء جديد أو عند ظهور آثار جانبية.
- ضرورة إخبار الطبيب في حالة ظهور يرقان أو أعراض بصرية.
- يجب على المريض الإبلاغ في حالة تغير لمقر عمله أو سكناه
- يجب على الأقارب الإبلاغ عن أي عرض خاصة عند الطفل والذهاب لاستشارة الطبيب.
- يجب إشراك العائلة حتى يتسنى للمريض الحضور في مواعيده وأخذ أدويته بانتظام.

(9) المتابعة:

- ✓ موعد الاستشارة الطبية خلال شهرين مع مشعاعية صدرية.

Pleurésie tuberculeuse

IDENTITE:

Il s'agit de monsieur Fouad, âgé 39 ans, marié et père de 2 enfants, journalier de profession, ramediste, originaire et habitant à Fès.

MOTIF D'HOSPITALISATION: Dyspnée aigue

ANTECEDENTS:

- Antécédents personnels
 - ✓ Antécédents médicaux:
 - il n'est jamais traité pour la tuberculose et ne présente pas de contag tuberculeux récent.
 - il n'existe pas de cardiopathie, ni de néphropathie ou d'autres tares connues ou traitées.
 - le patient est non tabagique et n'a pas d'autres habitudes toxiques.
 - il n'existe pas de prise médicamenteuse au long cours
 - ✓ Antécédents chirurgicaux:
 - Le patient n'a jamais été opéré
 - ✓ Antécédents familiaux:
 - Il n'existe pas d'antécédent familial notable.

HISTOIRE DE LA MALADIE:

Remonte à 15 jours avant son admission par l'apparition d'épisodes de toux sèche déclenchée par le changement de position et de dyspnée s'aggravant à la position de décubitus latéral, avec des douleurs thoraciques droites de type point de côté s'aggravant à l'inspiration, sans signes d'hyperréactivité bronchique ni hémoptysie ni signe d'hypercapnie ni symptôme extra thoracique en particulier pas de signe urinaire ni articulaire ni neurologique. Le tout évoluant dans un contexte d'asthénie, fièvre et sueurs nocturnes et de relative altération de l'état général avec amaigrissement chiffré à 5 kg.

EXAMEN CLINIQUE:

- L'examen général:

patient conscient, FR à 22 c/mn, normo tendu à 130/70 mm Hg, FC à 90 b/mn, SaO2 à 96 % à l'air ambiant, conjonctives normo colorées, température à 38,2°, poids à 60 kg.
- L'examen Pleuro-pulmonaire:
 - ✓ le thorax est de morphologie normale.
 - ✓ on note au niveau de la moitié inférieure de l'hémithorax droit:
 - les vibrations vocales sont mal transmises.

- le murmure vésiculaire est mal perçu.
 - il existe une matité.
 - ✓ Il n'existe pas de râle à l'auscultation
 - ✓ Il n'existe pas de douleur exquise à la palpation des côtes.
- ⇒ syndrome d'épanchement liquidien de la moitié inférieure de l'hémithorax droit.
- L'examen cardio-vasculaire :
 - ✓ les bruits B1 et b2 sont bien perçus et en place.
 - ✓ pas de déviation de la pointe du cœur.
 - ✓ la systole et la diastole sont libres.
 - ✓ il n'existe pas de souffle ni de bruit surajouté.
 - ✓ il n'existe pas de signe d'insuffisance cardiaque droite.
 - ✓ il n'existe pas de frottement péricardique.
 - L'examen Abdominal:
 - ✓ l'abdomen est souple et respire normalement.
 - ✓ il n'existe pas de circulation veineuse collatérale.
 - ✓ il n'existe pas d'hépatomégalie ni de splénomégalie.
 - ✓ il n'existe pas de masse palpable ni de matité déclive.
 - ✓ il n'existe pas d'ascite.
 - L'examen neurologique:
 - ✓ pas de syndrome méningé:
 - pas de raideur de la nuque
 - le signe de Kernig est négatif
 - Le signe de Brudzinski est négatif
 - les réflexes ostéo-tendineux sont présents et symétriques
 - L'examen ostéo-articulaire:
 - ✓ les articulations sont libres
 - ✓ il n'existe pas de signe d'arthrite
 - L'examen des aires ganglionnaires: les aires ganglionnaires sont libres.
 - Le reste de l'examen clinique est sans particularité.

RADIOGRAPHIE THORACIQUE DE FACE:

- une opacité homogène de densité hydrique occupant la moitié inférieure de l'hémi champ thoracique droit, effaçant le cul-de-sac costo-diaphragmatique droit, la coupole diaphragmatique droite et le cul de sac cardio-phrénique droit, le bord supérieur est concave en haut et en dedans et se continue par une ligne bordante pleurale.
 - à travers cette opacité: pas de signe de lyse osseuse.
 - il n'existe pas de refoulement de la trachée ni du cœur.
- ⇒ c'est une image de pleurésie droite typique de moyenne abondance.

**CONCLUSION RADIO-CLINIQUE:**

Il s'agit d' une image de pleurésie droite typique de moyenne abondance chez un patient de 39 ans sans antécédent pathologique notable révélée par une douleur thoracique, dyspnée et toux de type pleural évoluant depuis 15 jours dans un contexte de fièvre non chiffrée, sueurs nocturnes et de relative altération de l'état général. L'examen clinique a objectivé un syndrome d'épanchement liquidien droit.

⇒une ponction pleurale exploratrice a été réalisée devant l'aspect typique de pleurésie ramenant un liquide jaune citrin et le prélèvement adressé au laboratoire pour étude biochimique et cytologique.

DIAGNOSTICS A EVOQUER:

Il s'agit d'une pleurésie à liquide jaune citrin dont les étiologies possible sont:

1. Pleurésie tuberculeuse:

✓ Pour:

- l'âge jeune.
- les sueurs et la fièvre nocturnes.
- le contexte endémique.
- l'amaigrissement.

2. Pleurésie maligne:

Localisation pleurale d'un éventuel lymphome malin non hodgkinien: mais il n'y a pas d'adénopathie périphériques et absence d'atteinte médiastinale visible.

3. Autres: localisation pleurale d'une maladie de système.

CONDUITE A TENIR:

1. Hospitalisation
 2. Taux de protide sérique: revenant à 68g /l.
 3. Etude du liquide pleural:
 - ✓ Etude biochimique: pleurésie exsudative avec:
 - taux de protides pleurale à 40 g/L
 - rapport taux de protide pleurale/ taux de protide sérique supérieur à 0,5.
 - ✓ Etude cytologique: hyper cellularité à prédominance lymphocytaire à 80%.
- ⇒le diagnostic le plus probable est la pleurésie tuberculeuse.
4. Ponction biopsie pleurale:

avec étude anatomopathologique objectivant une infiltration de la membrane pleurale par de nombreux amas d'éléments inflammatoires lymphoplasmo-histocytaires prenant parfois un aspect épithélioïde, on note la présence des cellules géantes avec en plus un aspect de nécrose caséuse ⇒ aspect compatible avec un granulome épithélioïde et giganto-cellulaire avec nécrose caséuse.
 5. Ponction pleurale évacuatrice: ayant ramené à 2 reprises 1,5 litre puis 1 litre
 6. Kinésithérapie pleurale: par des mouvements d'adduction et d'abduction des membres supérieurs en décubitus latéral contre latéral
 7. Traitement anti bacillaire:
 - Adresser le malade au CDTMR avec une lettre expliquant la maladie et le traitement proposé.
 - ✓ catégorie III: tuberculose pleurale (TP)
 - régime: 2RHZE /4RH:
 - 2 mois de:

Rifampicine (R), Isoniazide (H), Pyrazinamide (Z), Ethambutol (E)
 - 4 mois de: Rifampicine (R), Isoniazide (H),
- Posologie de chaque médicament:
- Rifampicine: 10 mg/kg/j (x 60) = 600 mg
- Isoniazide: 5 mg /kg/j (x 60) = 300 mg
- Pyrazinamide: 25 mg /kg/j (x 60)=1500 mg
- Ethambutol: 15 mg /kg/j(x 60) = 900 mg
- ✓ ordonnance:
 - ERIP K4: 4 comprimé par jours pendant 2 mois.
 - RH 300 /150: 2 comprimé par jour pendant 4 mois.

8. Education sanitaire et thérapeutique:

- la tuberculose est une maladie grave mais la guérison définitive est fortement possible à condition de respecter le traitement anti bacillaire.
- le risque de contamination n'est pas possible dans le cas de tuberculose pleurale.
- l'aération de l'habitat est très importante.
- il faut limiter les contacts avec les enfants et le conjoint.
- l'alimentation équilibrée est très importante.
- le sevrage tabagique est indispensable pour la guérison.
- il faut prendre les médicaments régulièrement..
- il faut prendre tous les médicaments le matin à jeûne 2 heures avant le repas.
- il faut respecter la durée du traitement.
- il faut savoir que l'évolution de la maladie peut être favorable mais aussi défavorable et même mortelle si le traitement n'est pas pris régulièrement.
- la présence régulière au centre de diagnostic de la tuberculose et des maladies respiratoires (CDTMR) chaque 2 semaines pour prendre les médicaments et chaque 2 mois pour l'évaluation.
- il faut aviser le médecin avant de prendre tout autre médicament ou si apparition d'un effet indésirable.
- il faut informer le médecin si apparition d'un ictère ou des troubles visuels
- il faut informer le médecin en cas de changement du logement ou du travail.
- la famille doit déclarer pour tout signe et surtout chez l'enfant.
- il faut impliquer la famille afin d'assurer une bonne observance.

9. Rendez-vous de consultation dans 2 mois avec radiographie thoracique.

ذات الجنب الدموية

تعريف المريض:

يتعلق الأمر بالسيدة خديجة، تبلغ من العمر 77 سنة، ربة بيت، مشمولة بنظام المساعدة الطبية، متزوجة و أم لأحد عشر ابناً سكانها وأصلها بمدينة الناظور.

سبب الاستشفاء: تفاقم لنهيج مزمن مصحوب بآلام صدرية حادة.

السوابق المرضية:

➤ السوابق الشخصية:

✓ السوابق الطبية:

- لا تدخن لكن لديها تدخين سلبي لمدة 50 سنة وتوقف منذ شهرين.
- لديها تعرض للدخان المنزلي منذ صغرها وتوقف منذ 20 سنة.
- لم يسبق لها أن أصيبت بمرض السل و لا وجود لعدوى بهذا المرض.
- لا تعاني من السكري و لا من أي مرض قلبي أو مرض كلوي و لا أي مرض آخر.
- لا تتناول أية أدوية باستمرار.

✓ السوابق الجراحية

- لم يسبق لها أن خضعت لأي عملية جراحية

✓ سوابق أمراض النساء و التوليد:

- حملت 11 مرة وأنجبت 11 مرة.
- لم يحدث لها إجهاض.
- بلغت سن الضهي منذ 20 سنة.

➤ السوابق العائلية:

- ليس لديها سوابق عائلية تذكر.

التاريخ المرضي:

تعود بداية المرض إلى 9 أشهر بظهور نهيج يتفاقم تدريجياً حيث أصبح من الدرجة 2 حسب ترتيب سادول منذ 3 أشهر دون أعراض مصاحبة. الأعراض تفاقت منذ شهر بتفاقم النهيج حيث أصبح من الدرجة 4 مصحوباً بسعال جاف وآلام صدرية ناعسة في الشق الأيمن من الصدر توقف النفس وتزداد بتغيير الموضع ودون بصق للدم. كل هذه الأعراض تطورت في إطار من الإحساس بالحمى ووهن وهزال لم يتم قياسه. أمام كل هذه الأعراض تقدمت المريضة لطلب الاستشارة الطبية بمصلحة طب الجهاز التنفسي طلباً للعلاج.

الفحص السريري:

- الفحص العام: المريضة في وعي تام، مصع درجة 2، سريعة النفس (س ن) بلغت 24 د/دق، ضغطها الدموي عادي في حدود 70/130 مم.ز، س.ق بمعدل 100 ن/دق، "تشاك" في حدود 96 % في الهواء الطلق، ملتحمة المريضة عادية اللون ودرجة حرارتها عادية بلغت 37°.

➤ الفحص الجنبرئوي:

- ✓ صدر ذو مظهر خارجي عادي
 - ✓ ليس هناك دورة وريدية رادفة
 - ✓ على مستوى الشق الأيمن من الصدر بأكمله تبيين ما يلي:
 - ضعف انتشار الاهتزازات الصوتية.
 - ضعف الهمس الحويصلي.
 - وجود أصمية أثناء القرع.
 - ✓ لا يوجد ألم مستثار بجس الأضلاع.
- ⇐ وجود متلازمة انصباب سائلي تهم الشق الأيمن من الصدر بأكمله.

➤ فحص القلب و الشرايين:

- ✓ الأصوات القلبية عادية ومنحازة نحو اليسار.
- ✓ طرفة القلب منحازة نحو اليسار.
- ✓ زمن الانقباض والانقباض عاديان
- ✓ لا يوجد صفير و لا صوت إضافي
- ✓ لا توجد أعراض القصور القلبي الأيمن
- ✓ لا يوجد حسيب تاموري

➤ الفحص البطني

- ✓ البطن لين وتنفسه طبيعي.
- ✓ لا يوجد تضخم كبدي و لا طحالي.
- ✓ لا توجد كتلة بطنية أثناء الجس.
- ✓ لا يوجد استسقاء و لا أصمية تمايلية matité décline.

➤ الفحص النسائي:

- ✓ الفحص تحت الموسع المهبلي:
 - لا يوجد إفراز مخاطي و لا دموي.
 - عنق الرحم مغلق ودون علامات التهابية.
- ✓ اللمس المهبلي:
 - لا توجد كتلة ملموسة أثناء تحريك الرحم.
 - خندق دوغلاس حر cul de sac de douglas libre

✓ فحص الثديين:

- محيطا الثديين متماثلان.
- لا توجد علامات التهابية.
- لا توجد كتلة ملموسة.
- فحص الباحات العقدية: الباحات العقدية عادية
- باقي الفحص الجسدي: دون علة تذكر.

المشعاعية الصدرية الأمامية:

- مظهر لنصف صدر معتم أيمن متشكل من:
- ✓ عتامة متجانسة كثافتها مائية تشغل الشق الأيمن من الصدر بأكمله. تمحو في الأسفل الخندق الضلعحجابي الخارجي والقببية الحجابية اليمنى والخندق القلبحجابي الأيمن، من الداخل تمحو الحرف الأيمن للقلب.
- ✓ توسع الفراغات البيضلية.
- ✓ ليس هناك آفة عظمية قباله العتامة.
- ✓ الرغامى والقلب مدفوعان نحو اليسار.
- ✓ الرئة المقابلة دون علة ظاهرة.

الملخص المشعاعي السريري:

- يتعلق الأمر بمریضة تبلغ من العمر 77 سنة، تتلخص سوابقها المرضية في التدخين السلبي لمدة 50 سنة وتعرضها للدخان المنزلي منذ صغرها مع توقفه منذ 20 سنة قدمت للاستشارة الطبية من أجل نهيج في تطور منذ 9 أشهر، تفاقم منذ 3 أشهر مع آلام صدرية، هذه الأعراض تطورت في إطار من تدهور للحالة العامة. الفحص السريري أظهر متلازمة انصباب مائي أيمن. المشعاعية الصدرية بينت نصف صدر معتم أيمن مع علامات الدفع.

التشخيصات الممكنة:

- ذات الجنب بوفرة كبيرة جدا نظرا للعناصر التالية:
- ✓ ميزة التجانس le caractère homogène
- ✓ متلازمة الانصباب السائلي
- ✓ دفع القلب و الرغامى
- تكيس مائي منتشر في الشق الأيمن للصدر بأكمله لكن ليس لديها مخالطة للكلاّب.

تدبير الحالة:**(1) استشفاء المريضة****(2) فحص الصدى الصدري: بين وجود ذات الجنب بوفرة كبيرة تهم الشق الأيمن للصدر بأكمله.****(3) بزل جنبي:**

✓ اللون: أحمر دموي.

✓ دراسة بيوكيميائية:

■ نسبة البروتينات في السائل الجنب: 41/ل.

✓ الخلوية: فرط خلوية hypercellularité مع غلبة اللمفاويات بنسبة 57 % والكريات الحمراء بنسبة

100000/مل

(4) نسبة البروتينات في الدم: 70 غ/ل.

⇐ خارج البروتينات الجنبية / البروتينات الدموية أكبر من 0,5 مما يؤكد المظهر الرشحي لذات الجنب. نحن إذن أمام ذات

الجنب دموية يمنية كتلية (بوفرة كبيرة) ونستحضر أهم أسبابها:

➤ ذات الجنب خبيثة مع إمكانية أن تكون:

✓ ذات الجنب نقيلية لكن لا توجد علامات خارج صدرية.

✓ تموقع جنبي للمفومة خبيثة لا هودشكينية، لكن ليس لدينا عقادات هامشية.

✓ ذات الجنب خبيثة أولية وبالخصوص ورم المتوسطة الجنبية mésothéliome pleural malin، لكن ليس

لديها تعرض لمواد خاصة.

➤ ذات الجنب سلية: نظرا لغلبة اللمفاويات في السائل الجنبية

(5) الخزعة البزلية الجنبية: أجريناها لثلاث مرات وبيئت التهاب دون حاد للجنبية.**(6) مقصاب أليافي بعد بزل إفراغي:**

➤ الرغامى: مظهر انضغاط خارجي على الحرف الجانبي الأيمن للرغامى في جزئه السفلي.

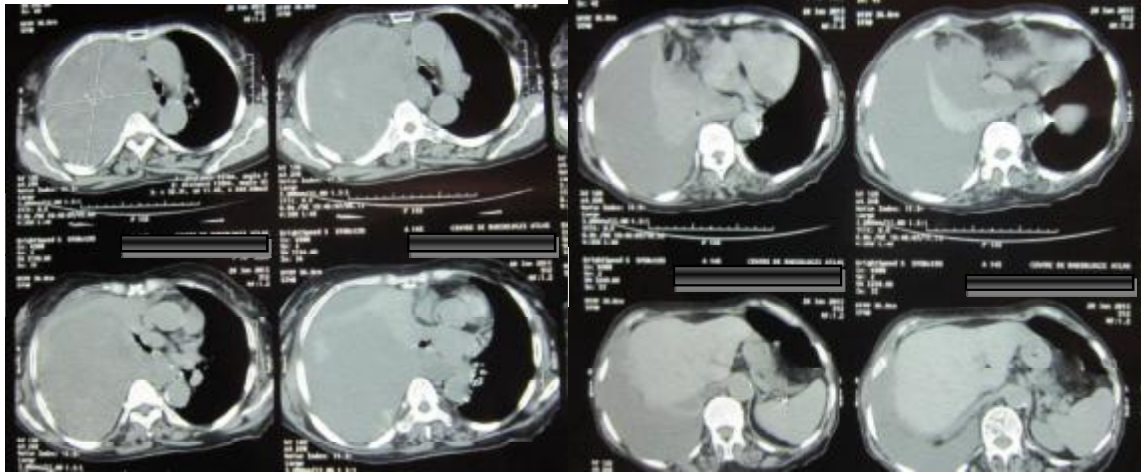
➤ جؤجؤ الرغامى: دقيق، منحاز نحو اليسار.

➤ الشجرة القصيبية اليمنى: مظهر انضغاط خارجي على القصبة الرئيسية اليمنى وعلى القصبة العليا اليمنى، الاستقصاء

التنظيري لم يبين أي آفة غير التنتونات القصيبية المتمسكة قليلا.

➤ الشجرة القصيبية اليسرى: مظهر تنظيري عادي.

(7) المفراس الصدري: بحثا عن آفة جنبية نستطيع بزلها خلالجداريا:



ورم كبير الحجم على مستوى الفص العلوي الأيمن مع ذات الجنب بوفرة كبيرة وانخماص سلبي للفص السفلي لنفس الجهة.

(8) بزل خللجداري أجريناه لورم الفص العلوي الأيمن مع دراسة تشريحية بينت: تكاثر *proliferation* دائري مغزلائي

للخلايا *fuso-cellulaire* يستدعي بالدرجة الأولى مصدرًا باطنرحمياً.

(9) حالة المريضة نوقشت خلال الاجتماع التشاوري المتعدد الاختصاصات (طبيب الأمراض التنفسية، طبيب جراحة الصدر،

طبيب الأشعة، طبيب التشريح) وتم اقتراحها للكيميلاجية بعد استقصاء الورم الأولي.

Pleurésie hématique

IDENTITE:

Il s'agit de madame Khadija, âgée de 77 ans, femme au foyer, mariée et mère de 11 enfants, originaire et habitante à Nador, ramédiste.

MOTIF D'HOSPITALISATION:

Aggravation d'une dyspnée chronique avec douleurs thoraciques aiguës.

ANTECEDENTS:

➤ Antécédents personnels

✓ Antécédents médicaux:

- la patiente est non tabagique mais elle a un tabagisme passif pendant 50 ans arrêté il y a 2 mois.
- elle n'est jamais traitée pour la tuberculose et ne présente pas de contag tuberculeux récent.
- elle a une exposition aux fumées domestiques depuis le jeune âge arrêtée depuis 20 ans.
- Elle n'a pas de contact avec les chiens.
- elle n'existe pas de cardiopathie, ni de diabète, ni de néphropathie ou d'autres tares connues ou traitées.
- il n'existe pas de prise médicamenteuse au long cours

✓ Antécédents chirurgicaux:

- La patiente n'est jamais opérée.

✓ Antécédents gynéco-obstétricaux:

- 3 gestes, 3 parités.
- La patiente n'a jamais fait d'avortement.
- La patiente est ménopausée depuis 30 ans.

➤ Antécédents familiaux

- Il n'existe pas d'antécédent familial notable.

HISTOIRE DE LA MALADIE:

Remonte à 9 mois par l'apparition d'une dyspnée d'aggravation progressive devenant depuis 3 mois stade II de SADOUL sans autres signes associés. La symptomatologie s'est aggravée il y a 1 mois par l'aggravation de la dyspnée devenant stade IV associée à une toux sèche et des douleurs de l'hémithorax

droit en point de côté bloquant la respiration et s'exagérant au changement de la position sans hémoptysie associée. Le tout évoluant dans un contexte de sensations fébriles, asthénie et amaigrissement non chiffré. Devant cette symptomatologie, la patiente a consulté au service de pneumologie pour prise en charge

L'EXAMEN CLINIQUE:

- L'examen général: patiente consciente, OMS à 2, polypnéique à 24 c/mn, normo tendue à 130/70, tachycarde à 100 b/mn, SaO2 à 96 % à l'air ambiant, conjonctives normo-colorées, apyrétique, poids à 56 kg, taille à 1m66.
- L'examen pleuro pulmonaire:
 - ✓ le thorax est de morphologie normale.
 - ✓ on note au niveau de tout l'hémi-champ thoracique droit:
 - les vibrations vocales sont mal transmises.
 - le murmure vésiculaire mal perçu.
 - matité à la percussion.
 - ✓ Il n'existe pas douleur exquise à la palpation des côtes.

⇒ syndrome d'épanchement liquidien de tout l'hémithorax droit.

- L'examen cardio-vasculaire:
 - ✓ les bruits B1, B2 sont bien perçus et déviés à gauche.
 - ✓ la pointe du cœur est déplacée à gauche.
 - ✓ la systole et la diastole sont libres.
 - ✓ il n'existe pas de souffle ni bruit surajouté.
 - ✓ il n'existe pas de signe d'insuffisance cardiaque droite.
 - ✓ Il n'existe pas de frottement péricardique.
- L'examen abdominal:
 - ✓ l'abdomen est souple et respire normalement.
 - ✓ il n'existe pas d'hépatomégalie ni de splénomégalie.
 - ✓ il n'existe pas de masse abdominale palpable.
 - ✓ il n'existe pas d'ascite ni de matité déclive.
- L'examen gynécologique:
 - ✓ examen sous spéculum:
 - pas de sécrétion muqueuse ni sanglante
 - col fermé sans signe inflammatoire
 - ✓ Toucher vaginal:
 - pas de masse palpable à la mobilisation de l'utérus
 - cul de sac de douglas libre
 - ✓ examen des seins:

- seins de contours symétriques
 - pas de signe inflammatoire
 - pas de masse palpable
- L'examen des aires ganglionnaires: les aires ganglionnaires sont libres
- Le reste de l'examen somatique est sans particularité.

RADIOGRAPHIE THORACIQUE

Un aspect d'hémithorax opaque droit fait de:

- ✓ opacité de tonalité hydrique homogène occupant tout l'hémi-champ thoracique droit. En bas elle efface le cul de sac costo-diaphragmatique externe, la coupole diaphragmatique droite et le cul de sac cardio-phrénique droit. En interne elle efface le bord droit du cœur.
- élargissement des espaces inter costaux
- pas de lésion osseuse en regard
- la trachée et le cœur sont refoulés à gauche
- le poumon contre latéral est sans anomalie visible



CONCLUSION RADIO-CLINIQUE:

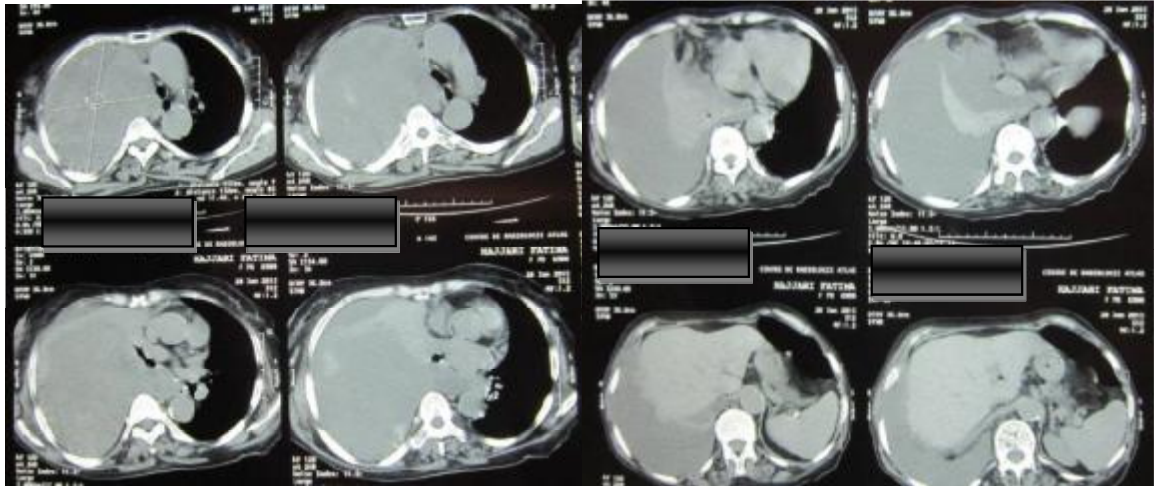
Patiente de 77 ans, ayant comme antécédents un tabagisme passif pendant 50 ans et exposition aux fumées domestiques depuis le jeune âge arrêtée depuis 20 ans. Elle consulte pour une dyspnée évoluant depuis 9 mois, s'aggravant depuis 3 mois avec douleur thoracique droite. Ceci évolue dans un contexte d'altération de l'état général. L'examen clinique trouve un syndrome d'épanchement liquidien de tout l'hémi thorax droit. La radiographie thoracique montre un hémithorax droit opaque avec signes de refoulement.

DIAGNOSTICS A EVOQUER

- Pleurésie de très grande abondance vus les éléments suivants:
 - ✓ le caractère homogène
 - ✓ Syndrome d'épanchement liquidien
 - ✓ Le refoulement cardiaque et trachéal
- Hydatidose diffuse de l'hémithorax droit mais elle n'a pas de contact avec les chéens.

CONDUITE A TENIR

1. hospitalisation
2. echographie thoracique:
Montre une pleurésie de grande abondance de tout l'hémithorax droit.
3. Ponction pleurale:
 - ✓ couleur: rouge hématique
 - ✓ étude biochimique: taux de protides dans le liquide pleural à 41g/l
 - ✓ La cellularité: Hypercellularité à prédominance lymphocytaire de 57 % et globules rouges à 100000/ml
4. taux de protides sériques: 70g/l
 ⇒ Le rapport taux de protides sériques / taux de protides sanguines est supérieur à 0,5 et donc la pleurésie est exsudative.
 On est donc devant une pleurésie hématique droite massive, on évoque comme étiologies :
 - Pleurésie maligne avec comme possibilités:
 - ✓ pleurésie métastatique, mais pas de signes extra thoracique
 - ✓ localisation pleurale d'un lymphome malin non hodgkinien, mais pas d'adénopathies périphériques.
 - ✓ pleurésie maligne primitive en particulier un mésothéliome pleural malin, mais pas d'exposition particulière.
 - Pleurésie tuberculeuse: vu le caractère lymphocytaire du liquide pleural.
 5. La ponction biopsie pleurale: faite à 3 reprises et objective une pleurite subaigüe
 6. fibroscopie bronchique après ponction pleurale évacuatrice:
 - rachée: aspect de compression extrinsèque sur le bord latéral droit de la trachée sur sa partie inférieure
 - carène: fine, déviée à gauche
 - rbre bronchique droit: aspect de compression extrinsèque sur la bronche souche droite et la lobaire supérieure droite. L'exploration endoscopique ne révèle pas de lésions en dehors d'éperons légèrement épaissis.
 - rbre bronchique gauche: aspect endoscopique normal.
 7. Scanner thoracique: à la recherche d'une lésion pleurale pour la quelle on peut faire une ponction biopsie trans pariétale:



Volumineuse tumeur du lobe supérieur droit avec pleurésie de grande abondance et atélectasie passive du lobe inférieur homo latéral.

8. La ponction trans-pariétale de la tumeur du lobe supérieur droit a été faite avec une étude anatomopathologique objectivant une prolifération ronde fuso-cellulaire évoquant en premier lieu une origine endométriale.
9. Le cas de la patiente a été discuté dans une réunion de concertation pluridisciplinaire (pneumologue, chirurgien thoracique, radiologue et anatomopathologiste) et a été proposé pour une chimiothérapie après bilan du néo primitif.

الاسترواح الصدري التلقائي

تعريف المريض:

يتعلق الأمر بالسيد يوسف، يبلغ من العمر 22 سنة، أعزب، مهنته مياوم، مشمول بنظام المساعدة الطبية، سكناه وأصله بمدينة صفرو.

سبب الاستشفاء: ألم صدري حاد مصحوب بنهيج حاد

السوابق المرضية:

➤ السوابق الشخصية:

✓ السوابق الطبية:

- لم يسبق له أن أصيب بمرض السل و لا وجود لعدوى بهذا المرض.
- لا يعاني من السكري و لا من أي مرض قلبي أو مرض كلوي و لا أي مرض آخر.
- لا يدخن و لا يمارس أي عادات ضارة بالجسم (تناول الكحول، الشيشة، المخدرات ...).
- لا يتناول أي أدوية باستمرار

✓ السوابق الجراحية

- لم يسبق له أن خضع لأي عملية جراحية

➤ السوابق العائلية:

- ليس لديه سوابق عائلية تذكر

التاريخ المرضي:

تعود بداية المرض إلى يوم واحد قبل استشفائه بعد حمله لوزن ثقيل حيث أُلِّمَّ بالمريض ألم صدري خنجري coup de poignard أسفل ترقوي أيمن مصحوب بنهيج أرغم المريض على ترك عمله، دون بصق للدم، دون سعال، دون تنخيم و دون أي أعراض أخرى، كل هذه الأعراض تطورت في إطار من الحفاظ على الحالة العامة و اللاحمى. كل هذا دفع المريض للاستشفاء بقسم المستعجلات بمستشفى الحسن الثاني بفاس.

الفحص السريري:

➤ الفحص العام:

المريض في وعي تام، سريع النفس بمعدل 23 د/دق، ضغطه الدموي عادي في حدود 70/110 مم.ز، س.ق بمعدل 96 ن/دق، "تشاك" في حدود 93 % في الهواء الطلق، ملتحمة المريض عادية اللون. درجة الحرارة في حدود 37°. وزنه 55 كغ طوله 1م و 90 سم. مظهر طويل للمريض longiligne.

➤ الفحص الجنبري:

- ✓ صدر ذو مظهر خارجي عادي
- ✓ على مستوى الشق الأيمن من الصدر تمت معاينة:
 - ضعف انتشار الاهتزازات الصوتية.
 - ضعف الهمس الحويصلي.
 - فرط التنبُّل أثناء القرع.

← انصباب هوائي syndrome d'épanchement aérie يهم كل الشق الأيمن للصدر.

➤ فحص القلب و الشرايين:

- ✓ الأصوات القلبية عادية وفي مكانها الطبيعي.
- ✓ طرفة القلب pointe du cœur في مكانها الطبيعي.
- ✓ زمنا الانقباض والانبساط عاديان.
- ✓ لا يوجد صفير و لا صوت إضافي.
- ✓ لا توجد أعراض القصور القلبي الأيمن.

➤ الفحص البطني:

- ✓ البطن لين وتنفسه طبيعي.
- ✓ لا يوجد تضخم كبدي و لا طحالي.
- ✓ لا توجد كتلة بطنية أثناء الجس.
- فحص الباحات العقدية: الباحات العقدية طبيعية.
- باقي الفحص الجسدي: دون علة تذكر.

المشعاعية الصدرية الأمامية:



- وضحة خالية من الأوعية متجانسة و هامشية تكاد تهم كل الشق الأيمن من الصدر، يحدها من الداخل عتامة للجذعة الرئوية moignon

pulmonaire.

- فرط تمدد الفراغات البيضلية.
- الرغامى والقلب في مكانهما الطبيعي وكذلك القبية الحجابية اليمنى.
- الشق الأيسر من الصدر دون علة تذكر.

الملخص المشعاعي السريري:

يتعلق الأمر بمتلازمة انصباب هوائي أيمن أَلَمَّت بشاب دون سوابق مرضية تذكر بطريقة مفاجئة اكتشفت بآلم صدري خنجري أسفل ترقوي أيمن مصحوب بنهيج حاد. المشعاعية الصدرية بينت استرواح صدرايمن بوفرة كبيرة.
 ← استرواح صدر أيمن بوفرة كبيرة تلقائي.

تدبير الحالة:

(1) استشفاء المريض

(2) استقصاء تجلط الدم bilan de coagulation طبيعى:

✓ نسبة البروترومبين: 80 %

✓ نسبة السيغالين المنشط: 30/30

(3) نزح صدري: drainage thoracique

✓ إدخال أنبوب النزح في الفراغ البيضلي espace inter costal الرابع على الخط الإبطي الأوسط وتثبيتته

بإحكام على الجدار الصدري.

✓ ربط أنبوب النزح بنظام للرشف système d'aspiration يتكون من وعاء زجاجي مرتبط بمصدر للفراغ

source de vide أو رشاف

✓ مراقبة الفقاعات في سطح السائل بالوعاء الزجاجي.

(4) التطور السريري والبيولوجي:

➤ سريريا: التطور اللحظي تميز بتحسن النهيج وارتفاع "تشاك" إلى 100 % مع تلاشي الألم والفحص السريري بين غياب متلازمة الانصباب الهوائي لكن الفقاعات استمرت في التدفق عبر أنبوب النزح بشكل خفيف.

➤ مشعاعيا:

✓ المشعاعية الصدرية ما بعد النزح بينت أن أنبوب النزح في تموضع صحيح وموجه نحو الأعلى ومثبت خلف

الجدار الصدري وأن الرئة قد عادت بطريقة شبه تامة إلى مكانها الطبيعي وأن ليس هناك أذى متني lésion

parenchymateuse وخصوصا ليس هناك فقاعات النفاخ les bulles d'emphysème.

⇐ نترك أنبوب النزح تحت رشف بضغط قليل.

✓ في اليوم الثاني للنزح: الأنبوب في تموضع صحيح و لا تتدفق عبره أي فقاعات و لا يوجد تآرجح للسائل، الجدار

الصدري نظيف la paroi est propre وسرعة نفس المريض عادية وليس لديه ألم و الفحص السريري بين

غياب متلازمة الانصباب الهوائي.

✓ قمنا باختبار إغلاق الأنبوب test de clampage لمدة يومين ثم أجريت مشعاعية صدرية للمراقبة و التي

بينت أن الرئة دائما في مكانها الطبيعي.

✓ تمت إزالة الأنبوب ثم إجراء مشعاعية للمراقبة بينت أن الرئة دائما في مكانها الطبيعي.

✓ تمت الموافقة على خروج المريض مع إعطائه موعدا للعيادة الطبية بمركز التشخيص بعد شهر.

Pneumothorax spontané

IDENTITE:

Il s'agit de monsieur Youssef, âgé de 22 ans, journalier de profession, célibataire, ramediste, originaire et habitant à Sefrou.

MOTIF DE CONSULTATION:

Douleur thoracique aigue avec dyspnée aigue.

ANTECEDENTS:

➤ Antécédents personnels:

✓ Antécédents médicaux:

- le patient n'est jamais traité pour tuberculose et ne présente pas de contagement tuberculeux récent.
- il n'existe pas d'hypertension artérielle ni de cardiopathie.
- il n'existe pas de diabète ni de néphropathie.
- le patient est non tabagique et n'a pas d'autres habitudes toxiques.
- il n'existe pas de prise médicamenteuse au long cours.

✓ Antécédents chirurgicaux:

- le patient n'a jamais été opéré.

➤ Antécédents familiaux:

- Il n'existe pas d'antécédent familial notable.

HISTOIRE DE LA MALADIE:

Remonte à 1jour avant son admission, à la suite du soulèvement d'un poids lourd, le patient a présenté une douleur thoracique à type de coup de poignard en sous claviculaire droit avec dyspnée obligeant le malade à arrêter ses activités sans hémoptysie ni toux ni expectorations ni autres signes associés, le tout évoluant dans un contexte d'apyrexie et de conservation de l'état général motivant sa consultation aux urgences du CHU HASSAN II FES.

EXAMEN CLINIQUE:

➤ Examen général:

patient conscient, polypnéique à 23 c/mn, normo tendu à 110/70 mm Hg, FC à 98 b/mn, SaO₂ à 96 % à l'air ambiant, conjonctives normo colorées, température à 37°,
à noter que le patient est longiligne, taille à 1m90 et poids à 55kg

- Examen pleuro pulmonaire:
 - ✓ le thorax est de morphologie normale.
 - ✓ on note au niveau de tout l'hémi-champ thoracique droit:
 - les vibrations vocales sont mal transmises.
 - le murmure vésiculaire est mal perçu.
 - présence d'un hypertympanisme à la percussion.

⇒ syndrome d'épanchement aérien thoracique droit.
- Examen cardio-vasculaire:
 - ✓ les bruits B1 et B2 sont bien perçus et en place.
 - ✓ il n'existe pas de déviation de la pointe du cœur.
 - ✓ la systole et la diastole sont libres
 - ✓ il n'existe pas de souffle ni de bruit surajouté
 - ✓ il n'existe pas de signe d'insuffisance cardiaque droite
- Examen abdominal:
 - ✓ l'abdomen est souple et respire normalement.
 - ✓ il n'existe pas d'hépatomégalie ni de splénomégalie.
 - ✓ il n'existe pas de masse abdominale palpable.
- Examen des aires ganglionnaires: les aires ganglionnaires sont libres.
- Le reste de l'examen somatique est sans particularité.

RADIO THORACIQUE DE FACE:

- Hyper clarté avasculaire homogène périphérique occupant presque tout l'hémithorax droit. Elle est limitée en dedans par une opacité qui correspond au moignon pulmonaire.
- Pas de déplacement de la trachée, ni de la silhouette cardiaque, ni de la coupole diaphragmatique homolatérale.
- L'hémithorax gauche est sans anomalie décelable.

**CONCLUSION RADIO-CLINIQUE:**

Syndrome d'épanchement aérien droit chez un patient jeune, sans antécédents pathologiques notable, d'installation brutale, révélé par une douleur thoracique à type de coup de poignard en sous claviculaire droit avec une dyspnée aigue. La radio thorax montre un Pneumothorax droit de grande abondance.

⇒ pneumothorax droit de grande abondance spontané.

CONDUITE A TENIR:

- 1) Hospitalisation.
- 2) Bilan de coagulation: correct
 - ✓ taux de prothrombine: 80 %
 - ✓ taux de céphaline activé: 30 /30
- 3) Drainage thoracique:
 - ✓ mise en place d'un drain au niveau du 4ème espace inter costal sur la ligne axillaire moyenne et fixation du drain sur la paroi thoracique.
 - ✓ relier le drain au système d'aspiration (bocal relié à une source de vide ou à un aspirateur).
 - ✓ surveillance du bullage

4) Evolution clinique et radiologique:

- Clinique: l'évolution immédiate a été marquée par l'amélioration de la dyspnée et la saturation devenant à 100 % à l'air ambiant avec disparition de la douleur et l'examen clinique ne montre pas de syndrome d'épanchement aérique mais le drain continue à buller légèrement.
- Radiographie thoracique post-drainage: montre le drain en place et dirigé en haut et plaqué contre la paroi thoracique avec un retour presque total du poumon à la paroi thoracique, et on note pas de lésion parenchymateuse en particulier pas de bulle d'emphysème.
⇒ le drain est maintenu sous aspiration à faible pression.
- A j2 de drainage: le drain est toujours en place avec arrêt de bullage et absence d'oscillation. La paroi est propre. Le malade est toujours eupnéique, sans douleur et avec absence de syndrome d'épanchement aérique à l'examen clinique.

L'épreuve de clampage est démarrée pendant 48 heures avec à la radio de contrôle un poumon qui est toujours à la paroi.

- retrait du drain avec à la radio de contrôle: poumon toujours à la paroi.
- Patient sortant et revu en consultation de pneumologie après 1 mois.

القُصَايَات

الربو

تعريف المريض:

يتعلق الأمر بالسيد عبد الحفيظ، يبلغ من العمر 25 سنة، أعزب، مهنته مستخدم في معمل للنسيج، مشمول بالتغطية الصحية، سكانه وأصله بمدينة فاس.

سبب العيادة الطبية: نوبات انتكاسية من النهيح

السوابق المرضية:

➤ السوابق الشخصية:

✓ السوابق الطبية:

- متابع طبياً منذ 3 سنوات من أجل ذات الأنف الأرجية من طرف طبيب الأنف و الأذن و الحنجرة ويستعمل القشرانيات الأنفية.
- لديه تعرض لغبار المنسوجات.
- غرفة النوم غير مهوَّات non aéré و غير مشمَّسة non ensoleillé.
- ليس لديه حيوانات منزلية محيطة.
- ليس لديه صراصير و لا عفونة في محيطه.
- ليست لديه عناصر تتوافق مع الإكزيما.
- ليس لديه نباتات و لا أشجار في المنزل.
- ليس لديه ذات القصبة المزمنة.
- لم يسبق له أن أصيب بمرض السل و لا وجود لعدوى بهذا المرض.
- لا يعاني من السكري و لا من أي مرض قلبي أو مرض كلوي و لا أي مرض آخر.
- لا يدخن و لا يمارس أي عادات ضارة بالجسم (تناول الكحول، الشيشة، المخدرات ...).

✓ السوابق الجراحية

- لم يسبق له أن خضع لأي عملية جراحية

➤ السوابق العائلية:

- أب المريض متابع طبياً من أجل الربو.

التاريخ المرضي:

تعود بداية المرض إلى 6 أشهر بظهور نوبات انتكاسية بمعدل 10 نوبات نهائية وثلاث نوبات ليلية في الشهر تتكون من نهيح مصحوب بكحة جافة، عطاس مع صفير وزيار صدرين، دون ألم صدري و لا بصق للدم أو علامات أخرى مصاحبة. هذه العلامات تثار عند التعرض للغبار المنزلي أو غبار العمل. تجدر الإشارة إلى أن المريض منذ شهر يحس بتحسّن تلقائي لأعراضه مع القيام بعمله بشكل طبيعي ولم يعد يستيقظ ليلاً. الكل تطور في جو من الحفاظ على الحالة العامة و اللاحمى.

الفحص السريري:

➤ الفحص العام:

المريض في وعي تام، عادي النفس، ضغطه الدموي عادي في حدود 80/120 مم.ز، س.ق بمعدل 70 ن/دق، "تشاك"

في حدود 96 % في الهواء الطلق، ملتحمة المريض عادية اللون. درجة حرارته عادية حيث بلغت 37°

➤ الصبيب الزفيري الأقصى "صزا" DEP : 420 مل في الدقيقة بما يعادل 89 %: "صزا" أكبر من 80 % ⇒ لا يوجد انسداد قصبي.

➤ الفحص الجنبوني:

✓ صدر ذو مظهر خارجي عادي.

✓ لا توجد دورة وريدية رادفة.

✓ الاهتزازات الصوتية طبيعية.

✓ الهمس الحويصلي طبيعي.

✓ وجود خراخر صفيرية زفيرية خفيفة في قاعدة الصدر.

➤ فحص القلب و الشرايين:

✓ الأصوات القلبية عادية.

✓ زمنا الانقباض و الانبساط عاديان.

✓ لا يوجد صفير و لا صوت إضافي.

✓ لا توجد أعراض القصور القلبي الأيمن.

➤ الفحص البطني

✓ البطن لين وتنفسه طبيعي.

✓ لا يوجد تضخم كبدي و لا طحالي.

✓ لا توجد كتلة بطنية أثناء الجس.

➤ الفحص الجلدمخاطي: لا توجد علامات الإكزيما

➤ فحص الأنف و الأذن و الحنجرة: سيلان أنفي خفيف.

➤ باقي الفحص الجسدي: دون علة تذكر.

الملخص السريري:

يتعلق الأمر بمرضى يبلغ من العمر 25 سنة، مستخدم في معمل للخياطة متابع طبياً من أجل ذات الأنف الأرجية وأبوه متابع طبياً من أجل الربو. قدم للعيادة من أجل نوبات انتكاسية ليلية ونهارية تتكون من نهيج، كحبة، عطاس، صفير وزيار صدريين منذ 6 أشهر مع تلاشي تلقائي للنوبات، هذه النوبات تستثار خاصة بالغبار المنزلي وكذا في مقر العمل. الفحص السريري دون خصوصية باستثناء خراخر صفيرية زفيرية خفيفة في قاعدة الصدر.

المشعاعية الصدرية الأمامية:

✓ المشعاعية الصدرية دون علة تذكر: بالخصوص لا يوجد أي أو إصابة متتية.

التشخيصات الممكنة:

➤ نرجح مرض الربو بناء على الدلائل الآتية:

✓ النوبات الانتكاسية.

✓ التلاشي التلقائي للأعراض.

✓ العامل المثير: الغبار.

✓ الظهور الليلي للنوبات.

✓ المشعاعية الصدرية العادية.

➤ القصاب الرئوي الانسدادي المزمن "القرام": لكن هناك ما يضعفه:

✓ عمر المريض: صغر السن.

✓ ليس لديه ذات القصبة المزمنة.

✓ المريض لا يدخن.

تدبير الحالة:

(1) تَغْيِيرِيَّة **variabilité** الصبيب الزفيري الأقصى خلال 15 يوم: " Δ صزا" أو Δ DEP:

وذلك بقياس "صزا" أو DEP صباحاً و مساءً وحساب الفرق بين أعلى قيمة صباحية و أدنى قيمة مسائية:

$$(\text{صزا أدنى} + \text{صزا أقصى}) \times 0,5 / \text{صزا أدنى} - \text{صزا أقصى} =$$

✓ صزا أقصى = 450 لتر في الدقيقة.

✓ صزا أدنى = 381 لتر في الدقيقة.

✓ " Δ صزا": 17 %.

⇐ تغييرية الصبيب الزفيري الأقصى في الحدود الطبيعية (أقل من 20 %) مما يستلزم إجراء مقياس النفس.

2) مقياس النفس:

✓ قبل استعمال الموسع القصبي:

- السعة الحيوية القسرية "سحق": 2,5 لتر بما يعادل 88 %.
- الحجم الزفيري الأقصى في الثانية "حزاث" VEMS : 1,82 لتر بما يعادل 81 %.
- معامل تيفنو: 0,69 أصغر من 0,7 إذن هناك خلل تهوية انسدادى (ختا).

✓ بعد استعمال الموسع القصبي:

- السعة الحيوية القسرية "سحق": 2,5 لتر بما يعادل 88 %.
 - الحجم الزفيري الأقصى في الثانية "حزاث": 2,1 لترات بما يعادل 94 %.
 - معامل تيفنو: 0,84
- ⇐ حزاث أو VEMS ارتفع بأكثر من 200 مل وأكثر من 12 % ⇐ خلل تهوية انسدادى عكوس.

3) التشخيص المؤكد: ربو أرجي:

النوعية الأرجية رجحت حسب المعطيات الاستجوابية.

بحسب معايير الشدة GINA فإن هذا الربو مرتب كربو متوسط:

- الأعراض النهارية أكثر من مرة في الأسبوع وأقل من يومية: 10 مرات في الشهر
- الأعراض الليلية أكثر من مرتين في الشهر: 3 مرات في الشهر
- "حزاث" VEMS أكبر من 80 %: 81 %

4) التدبير العلاجي

هذا المريض يجب أن يعالج كحالة فطرية naïf حسب درجة شدة المرض.

- ✓ علاج الربو:
- القشرانلاجية الاستنشاقية بجرعة خفيفة.
- موسع القصبات قصير الأمد عند الحاجة.
- ✓ علاج ذات الأنف الأرجية:
- قشراني أنفي.
- ضد هيستاميني antihistaminique.
- ✓ الوصفة
- ببيكلوميثازون: 250 ميكروغرام بخة واحدة في اليوم
- سالبوتامول: بختان عند الحاجة
- فلوتيكازون استنشاقى أنفي: مرتين في اليوم

▪ سيتيريزين 10 مغ: حبة واحدة في اليوم

التوعية العلاجية: تعليم تقنية استعمال البخاخ و التحكم في المحيط البيئي.

✓ إعادة التصنيف المهني: تغيير المهمة الموكلة إليه في المعمل إن أمكن.

Asthme

IDENTITE:

Il s'agit de monsieur Abdelhafid, âgé de 25 ans, célibataire, fonctionnaire dans une usine de textile, mutualiste, originaire et habitant à Fès.

MOTIF DE CONSULTATION: épisodes récurrents de dyspnée.

ANTECEDENTS:

➤ Antécédents personnels

✓ Antécédents médicaux:

- Le patient est suivi pour rhinite allergique chez un médecin ORL depuis 3 ans sous corticoïde nasal.
- le patient est exposé aux poussières de tissu.
- La chambre à coucher est non aérée et non ensoleillée.
- il n'existe pas d'animaux domestique dans l'environnement.
- il n'existe pas de blattes ni de moisissures dans l'environnement.
- il n'existe pas d'éléments en faveur de l'eczéma.
- il n'existe pas d'arbres ni de plantes dans la maison.
- il n'est pas bronchitique chronique.
- il n'est jamais traité pour la tuberculose et ne présente pas de contage tuberculeux récent.
- il n'existe pas de cardiopathie, ni de diabète, ni de néphropathie ou d'autres tares connues ou traitées.
- Le patient est non tabagique et n'a pas d'autres habitudes toxiques.

✓ Antécédents chirurgicaux:

- Le patient n'a jamais été opéré.

➤ Antécédents familiaux:

- Père suivi pour asthme.

HISTOIRE DE LA MALADIE:

Remonte à 6 mois par l'apparition d'épisodes récurrents à raison de 10 épisodes diurnes et 3 épisodes nocturnes par mois faites de dyspnée associée à une toux sèche, éternuement, sensation d'oppression et sifflement thoracique, sans douleur thoracique ni hémoptysie ni autres signes associés. Ces symptômes sont déclenchés par la poussière de maison et la poussière du travail.

A noter que le patient rapporte depuis 1 mois la notion d'une amélioration spontanée de ces symptômes avec une activité physique conservée et pas de réveil nocturne.

Le tout évoluant dans un contexte d'apyrexie et de conservation de l'état général.

EXAMEN CLINIQUE:

- L'examen général:
 - patient conscient, eupnéique, normo tendu à 120/80 mm Hg, FC à 70 b/mn, SaO₂ à 96 % à l'air ambiant, conjonctives normo colorées, apyrétique à 37°.
- Débit expiratoire de pointe (DEP): 420 litres par minute soit 89%: DEP supérieur à 80% ⇒ pas d'obstruction bronchique.
- Examen pleuro pulmonaire:
 - ✓ le thorax est de morphologie normale.
 - ✓ il n'existe pas de circulation veineuse collatérale.
 - ✓ les vibrations vocales sont bien transmises.
 - ✓ le murmure vésiculaire est bien perçu.
 - ✓ il existe des râles sibilants basi-thoraciques discrets à l'expiration.
- l'examen cardio-vasculaire:
 - ✓ les bruits B1et B2 sont bien perçus.
 - ✓ la systole et la diastole sont libres.
 - ✓ il n'existe pas de souffle, ni de bruit surajouté.
 - ✓ il n'existe pas de signe d'insuffisance cardiaque droite.
- L'examen abdominal:
 - ✓ L'abdomen est souple et respire normalement.
 - ✓ il n'existe pas d'hépatomégalie ni de splénomégalie.
 - ✓ il n'existe pas de masse abdominal palpable.
- L'examen cutanéomuqueux: pas de signes d'eczéma
- Examen ORL: petite écoulement nasal.
- Le reste de l'examen somatique est sans particularité

CONCLUSION CLINIQUE:

Patient de 25 ans, fonctionnaire dans une usine de textile, suivi pour rhinite allergique et ayant la notion de père asthmatique qui consulte pour des épisodes récurrents de dyspnée, de toux, d'éternuement, sifflements et oppression thoraciques depuis 6 mois, à prédominance nocturne avec résolution spontanée. Ces épisodes sont déclenchés surtout par la poussière aussi bien domestique qu'au lieu de travail. L'examen clinique est sans particularité en dehors de discrets râles sibilants basi-thoraciques.

RADIOGRAPHIE THORACIQUE DE FACE:

sans anomalie décelable en particulier, pas de distension thoracique et pas d'anomalie parenchymateuse.

DIAGNOSTICS A EVOQUER:

- On retient l'asthme sur les arguments suivants:
 - ✓ les épisodes récurrents
 - ✓ résolution spontanée des symptômes
 - ✓ facteur déclenchant: la poussière
 - ✓ le caractère nocturne
 - ✓ la radiographie thoracique normale
- BPCO mais:
 - ✓ L'âge jeune.
 - ✓ pas de dyspnée continue.
 - ✓ pas de tabagisme.
 - ✓ Le patient est non bronchitique chronique

CONDUITE A TENIR:

- 1) Etude de la variabilité du DEP pendant 15 jours: par la mesure du DEP matin et soir et la calcul de la différence entre DEP maximal matinal (DEP max) et DEP minimal du soir (DEP min):

$$\text{delta DEP} = \text{DEP max} - \text{DEP min} / 0,5 \times (\text{DEP max} + \text{DEP min}).$$
 - ✓ DEP max = 450 litres par minute
 - ✓ DEP min = 381 litres par minute

⇒ delta DEP = 17% inférieur à 20 %

⇒ la variabilité du DEP est normale. Ce qui nécessite une spirométrie

2) Spirométrie:

✓ avant béta 2 mimétique:

- capacité vitale forcée à 2,5 litres soit 88 %
 - volume expiratoire maximal seconde VEMS à 1,82 litres soit 81%
 - rapport de Tiffenau à 0,69
- ⇒ Rapport de Tiffenau inférieur à 0,7 ⇒ trouble ventilatoire obstructif

✓ Après beta 2 mimétique:

- Capacité vitale forcée à 2,5 litres soit 88 %
- Volume expiratoire maximal seconde à 2,1 litres soit 94%
- Rapport de Tiffenau à 0,84

⇒ le VEMS a augmenté de plus de 200 ml et de plus de 12% ⇒ trouble ventilatoire obstructif réversible.

3) Diagnostic confirmé: asthme allergique

- ✓ le caractère allergique retenu sur les données de l'interrogatoire.
- ✓ selon les critères de sévérité GINA l'asthme est classé asthme modéré:
- ✓ symptômes diurne plus de 1 fois par semaine et moins que quotidien: 10 fois par mois.
- ✓ symptômes nocturnes plus de 2 fois par mois: 3 fois par mois.
- ✓ VEMS supérieur à 80 %: 81%.

4) Traitement:

malade à traiter comme sujet naïf selon le stade de sévérité

✓ traitement de l'asthme:

- corticoïdes inhalés faible doses
- bronchodilatateur courte durée d'action

✓ traitement de la rhinite allergique:

- corticoïde nasal.
- anti histaminique oral: cétirizine.

✓ ordonnance:

- Beclométazone 250 mg: 1 bouffée par jour.
- Salbutamol: 2 bouffées à la demande.
- fluticazone aérosol: 1 inhalation nasal 2 X par jour.
- cétirizine 10 mg: 1 comprimé par jour.

✓ éducation du patient pour la technique d'utilisation du spray et le contrôle de l'environnement.

✓ reclassement professionnel: changement de poste de travail si possible.

أزمة ربو

تعريف المريض:

يتعلق الأمر بالسيد توفيق، يبلغ من العمر 40 سنة، متزوج وأب لأربعة أبناء، مهنته تاجر، مشمول بالتغطية الصحية، سكناه وأصله بمدينة فاس.

سبب العيادة الطبية: نوبة ربو.

السوابق المرضية:

➤ السوابق الشخصية:

✓ السوابق الطبية:

- المريض يعاني من مرض الربو منذ 10 سنوات تم تشخيصه بواسطة مقياس النفس من طرف طبيب أخصائي في الأمراض الصدرية وتم وضع المريض تحت علاج أساس يتكون من: بيكلوميثازول 250 ميكروغرام بختين في اليوم وعلاج أعراضه: سالبوتامول عند الحاجة مع تلاشي الأعراض تحت العلاج.
- يصاب المريض نوبة ليلية أسبوعياً تختفي باستعمال السالبوتامول.
- لديه نباتات وزراعي في المنزل.
- لم يسبق له أن أصيب بمرض السل ولا وجود لعدوى بهذا المرض.
- لا يعاني من السكري ولا من أي مرض قلبي أو مرض كلوي ولا أي مرض آخر.
- لا يدخن ولا يمارس أي عادات ضارة بالجسم (تناول الكحول، الشيشة، المخدرات...).

✓ السوابق الجراحية

- لم يسبق له أن خضع لأي عملية جراحية

➤ السوابق العائلية:

- لا توجد حالات مماثلة في العائلة.

التاريخ المرضي:

تعود بداية المرض إلى أسبوع قبل قدومه للعيادة وذلك بعد حمام تقليدي حيث أُلْمِتَ بالمريض متلازمة شبه نزلية ونوبات يومية تتكون من صفير زفير مصحوب بكحة جافة ثم رطوبة وزيار صدري. هذه النوبات كانت تتلاشى في البداية بشكل تلقائي، منذ يومين هذه الأعراض لم تعد تتحسن رغم استعمال المحاكيات بيطا 2 وهوما دفع المريض إلى العيادة الطبية بقسم المستعجلات.

الفحص السريري:

➤ الفحص العام:

- ✓ المريض في وعي تام، سريع النفس س.ن في حدود 26 د/دق، ضغطه الدموي عادي في حدود 80/120 مم.ز،
- سرعة القلب بمعدل 105 ن/دق، "تشاك" في حدود 92 % في الهواء الطلق وأصبحت 98 في الماء تحت لترين من الأكسجين، ملتحمة المريض عادية اللون. درجة حرارته 37,2°.
- ✓ هناك علامات مجاهدة التهوية: الاجتذاب tirage فوق قصي خفيف.

➤ الفحص الجنبرئوي:

- ✓ صدر ذو مظهر متمدّد.
- ✓ لا توجد دورة وريدية رادفة.
- ✓ الاهتزازات الصوتية طبيعية.
- ✓ الهمس الحويصلي طبيعي.
- ✓ لا توجد أصمية.
- ✓ وجود فرط التطبّل خفيف.
- ✓ وجود خراخر صفيرية منتشرة أثناء التسمع.
- ✓ ليس لديه تعجر الأصابع.
- ✓ تجدر الإشارة إلى وجود علامات مجاهدة التهوية على شكل الاجتذاب الفوق قصي.

➤ فحص القلب و الشرايين:

- ✓ الأصوات القلبية عادية.
- ✓ زمنا الانقباض و الانبساط عاديان.
- ✓ لا يوجد صوت و لا صفير إضافي.
- ✓ لا توجد أعراض القصور القلبي الأيمن.

➤ الفحص البطني

- ✓ البطن لين وتنفسه طبيعي.
- ✓ لا يوجد تضخم كبدي و لا طحالي.
- ✓ لا توجد كتلة بطنية أثناء الجس.
- ✓ فحص الباحات العقدية: الباحات العقدية عادية.

➤ الفحص الجلدمخاطي: لا توجد علامات الإكزيما

➤ فحص الأنف و الأذن و الحنجرة: سيلان أنفي خفيف.

➤ باقي الفحص الجسدي: دون علة تذكر.

الملخص السريري:

يتعلق الأمر بنوبة ربو متوسطة نظراً للمعايير التالية:

✓ الربو: رجح أمام معطيات الاستجواب: مريض معروف متابع من أجل ربو تحت العلاج

✓ الصفة المتوسطة: رجحت أمام:

■ سرعة النفس في حدود 26 د/دق.

■ سرعة القلب بمعدل 105 ن/دق.

■ "تشاك" في حدود 92 % في الهواء الطلق.

تدبير الحالة:

(1) إبقاء المريض في المستعجلات.

(2) علاج النوبة:

✓ موسع القصبات قصير الأمد الاستنشاق:

سالبو تامول: 4 بخات/20 دقيقة/1 ساعة باستعمال غرفة الاستنشاق.

⇐ بعد ساعة: تحسن واضح للمريض مع استجابة جيدة استمرت لمدة 3 ساعات: اختفاء النهيغ، سرعة القلب

أصبحت 90 ن/دق، التشبع الشرياني أصبح 98 % في الهواء الطلق، اختفاء الاجتذاب و الخراخر الصفيرية.

✓ نرجح أن العامل المثير هو التهاب فيروسي وبالتالي لم نعطه علاج ضدحياحي.

(3) العلاج الأساس:

✓ إعادة استجواب المريض بينت أن المريض قبل العلاج الأساس كان يعاني من ثلاث نوبات نهائية في الأسبوع وثلاث نوبات ليلية في الشهر.

✓ العلاج الأساس (المستوى 2) كان ملائماً لدرجة شدة الربو (الدرجة 2) تحت هذا العلاج يعتبر الربو متحكم فيه جزئياً (نوبة ليلية في الأسبوع)

✓ اكتشفنا طريقة استنشاق سيئة هي المسؤولة عن التحكم الجزئي في المرض.

✓ تمت تربية المريض على طريقة استنشاق جيدة لكن دون نتيجة.

✓ قررنا الحفاظ على نفس العلاج الأساس مع غرفة الاستنشاق.

✓ أرسلنا المريض إلى طبيبه الأول من أجل تقييم الوظيفة التنفسية (مقياس النفس) و المتابعة.

✓ الوصفة:

■ بيكلوميتازول بخاخ: 250 ميكروغرام (مكغ) بختين في اليوم.

■ سالبو تامول بخاخ: 3 بخات 5 مرات في اليوم لمدة 6 أيام ثم بختين عند الحاجة.

■ غرفة الاستنشاق

Episode d'asthme (crise d'asthme)

IDENTITE:

Il s'agit de monsieur Toufik, âgé de 40 ans marié et père de 4 enfants, originaire et habitant à Fès, commerçant, mutualiste.

MOTIF DE CONSULTATION: crise d'asthme

ANTECEDENTS:

➤ Antécédents personnels

✓ Antécédents médicaux:

- le patient est connue asthmatique depuis 10 ans, diagnostic retenu par un pneumologue sur spirométrie et le patient mis sous beclométasone 250 micro gramme. 2 bouffées par jour et salbutamol à la demande avec disparition des symptômes
- le malade fait un épisode nocturne par semaine cédant au salbutamol
- présence de plantes et de moquettes dans la maison.
- il n'est jamais traité pour la tuberculose et ne présente pas de contag tuberculeux récent.
- il n'existe pas de cardiopathie, ni de diabète, ni de néphropathie ou d'autres tares connues ou traitées.
- le patient est non tabagique et n'a pas d'autres habitudes toxiques.

✓ Antécédents chirurgicaux:

- le patient n'a jamais été opéré.

➤ Antécédents familiaux:

- il n'existe pas de cas similaires dans la famille.

HISTOIRE DE LA MALADIE:

Remonte à une semaine avant sa consultation suite à un bain maud le patient a présenté un syndrome pseudo grippal avec des épisodes quotidiens faites de: sifflement expiratoire, toux sèche puis grasse, oppression thoracique. Ces épisodes cédaient au début spontanément puis depuis 2 jours ils ne s'amélioraient plus sous betas 2 mimétique ce qui a motivé sa consultation aux urgences.

EXAMEN CLINIQUE:

➤ Examen général:

patient conscient, polypnéique à 26 c/mn, normo tendu à 120/80 mm Hg, FC à 105 b/mn, SaO₂ à 92 % à l'air ambiant devenant 98% sous 2 litres par minute d'oxygène, conjonctives normo colorés, température à 37°, avec des signes de lutte respiratoire à type de tirage sus sternal discret.

➤ L'examen pleuro pulmonaire:

- ✓ le thorax est distendu.
- ✓ il n'existe pas de circulation veineuse collatérale.
- ✓ les vibrations vocales sont bien perçues.
- ✓ le murmure vésiculaire est bien perçu.
- ✓ Il n'existe pas de matité
- ✓ Il existe un hypertympanisme discret.
- ✓ il existe des râles sibilants diffus à l'auscultation.
- ✓ il n'existe pas d'hippocratisme digital.
- ✓ à noter la présence de signes de lutte respiratoire à type de tirage sus sternale

➤ l'examen cardio-vasculaire:

- ✓ les bruits B1et B2 sont bien perçus.
- ✓ la systole et la diastole sont libres.
- ✓ il n'existe pas de souffle ni de bruit surajouté.
- ✓ il n'existe pas de signe d'insuffisance cardiaque droite.

➤ L'examen abdominal:

- ✓ l'abdomen est souple et respire normalement.
- ✓ il n'existe pas d'hépatomégalie ni de splénomégalie.
- ✓ il n'existe pas de masse abdominale palpable.

➤ L'examen cutanéomuqueux: pas de signes d'eczéma.

➤ L'examen ORL: petit écoulement nasal.

➤ L'examen des aires ganglionnaires: les aires ganglionnaires sont libres

➤ Le reste de l'examen somatique est sans particularité

CONCLUSION CLINIQUE:

Il s'agit d'une crise d'asthme modéré selon les critères suivants:

- ✓ L'asthme est retenu sur l'interrogatoire qui trouve un patient connu asthmatique sous traitement.
- ✓ Le caractère modéré de la crise est retenu devant:
 - FR à 26 c/mn.
 - FC à 105 b/mn.
 - SaO₂ à 92 % à l'air ambiant.

CONDUITE A TENIR:

- Maintenir le malade aux urgences
 - Traitement de la crise
 - ✓ Beta 2 mimétique courte durée d'action inhalée:
Salbutamol: 4 bouffée/20minutes /1heur avec chambre d'inhalation
 - ✓ après 1 heure: amélioration nette du malade avec une réponse bonne qui a persisté pendant 3 heures: le patient n'est plus dyspnéique, FC devenant à 90 b/mn, SaO2 devenant 98% avec disparition du tirage et des sibilants à l'auscultation.
 - ✓ On a retenu comme facteur déclenchant une virose et on ne l'a pas mis sous antibiothérapie.
 - Traitement de fond
 - ✓ La reprise de l'interrogatoire montre que le patient fait avant le traitement de fond 3 épisodes diurnes par semaine et 3 épisodes nocturnes par mois
 - ✓ Le traitement de fond (niveau 2 thérapeutique) était adapté au stade de sévérité de la maladie (modéré), sous ce traitement de fond le malade est partiellement contrôlé (un épisode nocturne par semaine).
 - ✓ On a découvert une mauvaise technique d'inhalation qui serait responsable du contrôle partiel de l'asthme.
 - ✓ On a éduqué le malade concernant la technique d'inhalation mais sans résultats.
 - ✓ On a décidé de garder le même traitement de fond mais avec une chambre d'inhalation
 - ✓ adresser le malade à son médecin traitant pour évaluer la fonction respiratoire (spirométrie) et le suivi.
- ordonnance:
- beclométasol 250 micro gramme: 2 bouffées par jour.
 - Salbutamol: 3 bouffées fois 5 par jour pendant 6 jours puis à la demande.
 - Chambre d'inhalation.

القصاب الرئوي الانسدادي المزمن (القرام)

تعريف المريض:

يتعلق الأمر بالسيد عبد الله، يبلغ من العمر 52 سنة، متزوج وأب لثلاثة أبناء، مهنته مدرس، مشمول بالتغطية الصحية، سكناه وأصله بمدينة فاس.

سبب العيادة الطبية: نهيج مزمن.

السوابق المرضية:

➤ السوابق الشخصية:

✓ السوابق الطبية:

- مدخن مزمن منذ 30 سنة بمقدار علبة في اليوم ولم يقلع عن التدخين.
- لم يسبق له أن أصيب بمرض السل و لا وجود لعدوى بهذا المرض.
- لا يعاني من السكري و لا من أي مرض قلبي أو مرض كلوي و لا أي مرض آخر.
- ليس لديه تعرض خاص لمصدر للتلوث.
- ليس لديه تأهب أرجي شخصي و لا عائلي.
- لا يتناول أية أدوية باستمرار.

✓ السوابق الجراحية

- لم يسبق له أن خضع لأي عملية جراحية

➤ السوابق العائلية:

- ليس لديه سوابق عائلية تذكر.

التاريخ المرضي:

تعود بداية المرض إلى 5 سنوات بظهور نهيج يومي عند المشي السريع (الدرجة 1) من سلم النهيج لمجلس البحوث الطبية المعدل "مبطم" مصحوب بعلامات فرط الاستثارة القصبية مثل سعال، تنخيمه مخاطية قيحية، صفير وزيار صدرين، هذه الأعراض تتفاقم عند التعرض للبرد وهوما دفعه للعيادة الطبية عند طبيب عام لعدة مرات حيث وصف له علاجاً غير موثق لكن المريض لم يتقدم أبداً للعيادة الطبية في المستعجلات بسبب تفاقم أعراضه. هذه الأعراض تميزت منذ 5 أشهر بتفاقم النهيج حيث أصبح من الدرجة الثانية وتفاقم علامات فرط الاستثارة القصبية، دون علامات الفرطكربية و لا ألم صدري. أمام استمرار الأعراض تم إرسال المريض من طرف الطبيب المعالج إلى مصلحة طب الجهاز التنفسي لغرض الرعاية الصحية.

الفحص السريري

➤ الفحص العام:

المريض في وعي تام، سريع النفس في حدود 20 د/دق، ضغطه الدموي عادي في حدود 80/120 مم.ز، س.ق بمعدل

70 ن/دق، "تشاك" في حدود 96 % في الهواء الطلق، ملتحة المريض عادية اللون. درجة حرارته بلغت 37°.

➤ الفحص الجنبري:

- ✓ صدر ذو مظهر خارجي متمد.
- ✓ لا توجد دورة وريدية رادفة.
- ✓ الاهتزازات الصوتية طبيعية.
- ✓ الهمس الحويصلي طبيعي.
- ✓ وجود خراخر صفيرية زفيرية قمية.
- ✓ وجود فرط تطبل منتشر

➤ فحص القلب و الشرايين:

- ✓ الأصوات القلبية عادية.
- ✓ لا توجد فرقعة الصوت الثاني في البؤرة الرئوية éclat de b2 au foyer pulmonaire.
- ✓ زمن الانقباض و الانبساط عاديان.
- ✓ ليس هناك ارتفاع القمع الرئوي.
- ✓ لا يوجد صفير و لا صوت إضافي.
- ✓ لا توجد أعراض القصور القلبي الأيمن.
- ✓ لا توجد وذمة في الأطراف السفلية.

➤ الفحص البطني

- ✓ البطن لين وتنفسه طبيعي.
- ✓ لا توجد دورة وريدية رادفة.
- ✓ لا يوجد تضخم كبدي و لا طحالي.
- ✓ لا توجد كتلة بطنية أثناء الجس.
- فحص الباحات العقدية: الباحات العقدية عادية.
- باقي الفحص الجسدي: دون علة تذكر.

الملخص السريري:

يتعلق الأمر بمرضى يبلغ من العمر 52 سنة، مدخن مزمن منذ 30 سنة ولم يوقفه بعد، يعاني منذ 5 سنوات من ذات القصبة المزمنة ومن نهيج مزمن مع تفاقم تدريجي للنهيج حيث أصبح من الدرجة 2 من سلم النهيج لمجلس البحوث الطبية المعدل "مبتم" mMRC دون أن يضطر للعيادة الطبية بالمستعجلات بسبب تفاقم أعراضه. الفحص السريري بين تمددا للصدر وخراخر صفيرية قمية وفرط تطبل منتشر.

التشخيصات الممكنة:

➤ قصاب رئوي انسدادى مزمن (قرام) نظرا للدلائل التالية:

- ✓ التدخين المزمن.
- ✓ عمر المريض أكبر من 40 سنة.

- ✓ النهيج المزمّن.
- ✓ ذات القصبة المزمّنة.
- ✓ تمدد الصدر.
- توسّع القصبات: لكن ليس لديه ثر قصبي صباحي وافر و لا بصق للدم.
- التليف الرئوي:
- ✓ ما يعزّزه
- النهيج المزمّن.
- ✓ ما يضعفه:
- ذات القصبة المزمّنة و الخراخر الفرقعية و التوسع الصدري.
- الربو:
- ✓ ما يعزّزه
- الخراخر الفرقعية وفرط الاستثارة القصبيّة.
- ✓ ما يضعفه:
- ليس لديه تأهب أرجية شخصي و لا عائلي.
- لم تحدث له نوبات انتكاسية.
- عمر المريض أكبر من 40 سنة.
- التفاقم التدريجي للنهيج.
- عقابيل سلبية: لكن ليست هناك دلائل تشير إليها.

التدبير التشخيصي للحالة:

(1) المشعاعية الصدرية:



علامات التمدد الصدري:

- توسع الفراغات البيضلية.
- صدر متمدّد
- تسطح الأضلاع.
- تسطح القببيات الحجابية

(2) مقياس النفس: بين وجود خلل التهوية انسدادى "ختا" غير عكوس بعد استعمال موسع القصبات مع:

- ✓ سعة رئوية قسرية: 3,04 لتر بما يعادل 88 %.
- ✓ الحجم الزفيري الأقصى في الثانية "حزاث": 1,96 لتر بما يعادل 78 %.
- ✓ معامل تيفنو: 0,69.
- ✓ المكسب بعد المحاكيات البيتا 2: 70 مل بما يعادل 8 % مع بقاء معامل تيفنو أصغر من 0,70
- ⇐ خلل التهوية انسدادى(ختا) غير عكوس مع معامل تيفنو بعد بيتا 2 post beta2 أصغر من 0,70 يؤكد
- تشخيص القرام وشدة "ختا" هي 1 كولد GOLD.

(3) التدبير العلاجي:

➤ تقييم شدة القرام:

- ✓ "ختا" TVO خفيف.
- ✓ النهيج من الدرجة 2 من سلم "مبطم" mMRC.
- ✓ غياب النوبات.
- ⇐ قرام من مجموعة ب B.
- العلاج الأساس:

✓ الإقلاع التدخينى sevrage tabagique: تقييم الإدمان وتوجيهه لعيادة المساعدة على الإقلاع

التدخينى aide au sevrage tabagique.

✓ العلاج الدوائى الأساس:

- المحاكيات بيتا 2. طويلة الأمد "مب. 2. ط. أم": فورمترو: كبسولة مستنشقة مرتين في اليوم
- تؤخذ باستمرار مع تعلم تقنية الاستنشاق.

- ✓ سالبوتامول بخاخ spray عند الحاجة.
- ✓ التلقيح ضد نزلي وضد عقدي.
- ✓ علاج البؤر التعفنية: العلاجات السنية...
- ✓ التربية الصحية و العلاجية: شرح المرض و الفرق بين العلاج الأساس وعلاج النوبات.
- ✓ برمجة استقصاء وظيفي أشمل بحسب التطور المرضى
- ✓ موعد العيادة الطبية خلال 3 أشهر.

Broncho pneumopathie chronique obstructive (BPCO)

IDENTITE:

Il s'agit de Abdollah, âgé de 52 ans, père de 3 enfants, originaire et habitant à Fès, instituteur de profession, mutualiste.

MOTIF DE CONSULTATION: dyspnée chronique

ANTECEDENTS:

➤ Antécédents personnels

✓ Antécédents médicaux:

- tabagique chronique depuis 30 ans à raison d'un paquet par jour non sevré.
- il n'existe pas de contage tuberculeux récent.
- patient jamais traité pour tuberculose.
- il n'existe pas de cardiopathie, ni de néphropathie ou d'autres tares connues ou traitées.
- il n'a pas d'exposition particulière.
- il n'a pas d'atopie personnelle ou familiale.

✓ Antécédents chirurgicaux:

- le patient n'a jamais été opéré.

➤ Antécédents familiaux:

- il n'existe pas d'antécédent familial notable.

HISTOIRE DE LA MALADIE:

Remonte à 5 ans par l'installation d'une dyspnée quotidienne à la marche rapide (stade I) de l'échelle de dyspnée du conseil des recherches médicales modifié (mMRC) avec des signes d'hyper réactivité bronchique à type de toux, des expectorations mucopurulentes, sifflement thoracique et oppression thoracique. Ces symptômes s'aggravent à l'exposition au froid, ce qui a motivé plusieurs consultations chez un médecin généraliste qui a mis le patient sous un traitement non documenté mais le patient n'a jamais consulté aux urgences pour aggravation de sa symptomatologie, la symptomatologie s'est marquée il y a 5 mois par l'aggravation de la dyspnée devenant stade II et l'aggravation des signes d'hyper réactivité bronchique, sans signes d'hypercapnie ni douleur thoracique. Devant la persistance des symptômes le patient est fut référé par son médecin traitant au service de pneumologie pour prise en charge.

EXAMEN CLINIQUE:

- Examen général:

patient conscient, dyspnéique à 20 c/mn, normo tendu à 120/80 mm Hg, FC à 70 b/mn, SaO₂ à 96 % à l'air ambiant, conjonctives normo colorées, température à 37°.
- L'examen pleuro pulmonaire:
 - ✓ le thorax est distendu.
 - ✓ il n'existe pas de circulation veineuse collatérale.
 - ✓ les vibrations vocales bien transmises.
 - ✓ le murmure vésiculaire est bien perçu.
 - ✓ il existe des râles sibilants au niveau des sommets.
 - ✓ Il existe un hypertympanisme diffus
- L'examen cardio-vasculaire
 - ✓ les bruits B1, B2 sont bien perçus.
 - ✓ il n'existe pas d'éclat de b2 au foyer pulmonaire.
 - ✓ la Systole et la diastole sont libres.
 - ✓ il n'existe pas de soulèvement infundibulo-pulmonaire
 - ✓ il n'existe pas de bruit ni de souffle surajouté.
 - ✓ il n'existe pas de signe d'insuffisance cardiaque droite
 - ✓ il n'existe pas d'œdème des membres inférieurs
- L'examen Abdominal:
 - ✓ l'abdomen est souple et respire normalement.
 - ✓ il n'existe pas de circulation veineuse collatérale.
 - ✓ il n'existe pas d'hépatomégalie ni de splénomégalie.
 - ✓ il n'existe pas de masse palpable ni de matité déclive.
- L'examen des aires ganglionnaires:

les aires ganglionnaires sont libres.
- Le reste de l'examen somatique est sans particularité.

CONCLUSION CLINIQUE:

Patient de 52 ans, tabagique chronique non sevré, bronchitique chronique et dyspnéique chronique depuis 5 ans avec aggravation progressive de la dyspnée devenant stade II de la mMRC mais le malade n'a jamais consulté pour aggravation de sa symptomatologie. L'examen clinique trouve une distension thoracique avec des râles sibilants au niveau des sommets et un hyper tympanisme diffus.

DIAGNOSTICS A EVOQUER:

- Une broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) vus les éléments suivants:
 - ✓ le tabagisme chronique.
 - ✓ l'âge du malade supérieur à 40 ans.
 - ✓ la dyspnée chronique.
 - ✓ la bronchite chronique.
 - ✓ la distension thoracique.
- Une dilatation des bronches (DDB) mais il n'a pas de bronchorrhée matinale importante ni d'hémoptysie
- Une fibrose pulmonaire:
 - ✓ Pour:
 - la dyspnée chronique
 - ✓ Contre:
 - la bronchite chronique, les râles sibilants et la distension thoracique.
- Un asthme:
 - ✓ Pour: les râles sibilants et l'hyper réactivité bronchique
 - ✓ Contre:
 - il n'a pas d'atopie personnelle ni familiale.
 - il n'a pas fait des épisodes récurrents.
 - l'âge supérieur à 40 ans.
 - la dyspnée est d'aggravation progressive.
- Séquelles de tuberculose mais il n'y a pas d'élément évocateur.

CONDUITE A TENIR DIAGNOSTIQUE:**1) Radiographie thoracique:**

- ✓ signes de distension thoracique à type de:
 - élargissement des espaces inter costaux.
 - thorax distendu.
 - aplatissement des côtes.
 - aplatissement des coupes diaphragmatiques.



2) Spirométrie:

Trouve un trouble ventilatoire obstructif (TVO) non réversible sous bronchodilatateur:

- une capacité vitale forcée à 3,04 litres soit 88%
- un volume expiratoire maximal seconde à 1,96 litres soit 78%
- un rapport de TIFFENEAU à 0,69
- _un gain après beta-2 mimétique de 70 ml soit à 8% avec rapport de TIFFENEAU qui reste inférieur à 0,70

⇒ TVO non réversible avec rapport de TIFFENEAU qui reste inférieur à 0,70 confirme le diagnostic de BPCO et la sévérité du TVO est classé stade 1 de GOLD

3) Conduite à tenir thérapeutique:

➤ Evaluation de la sévérité de la BPCO:

- ✓ TVO léger
 - ✓ dyspnée stade II de la mMRC
 - ✓ absence d'exacerbation
- ⇒ BPCO du groupe B

➤ Traitement de fond:

- ✓ sevrage tabagique: évaluation de la dépendance et orientation vers une consultation d'aide au sevrage tabagique
- ✓ traitement de fond médicamenteux:
 - Beta-2 mimétique à longue durée d'action: fomotérol: 1 gélule à inhaler 2 fois par jour en continu avec apprentissage de la technique d'inhalation.
- salbutamol spray à la demande.
- vaccination anti grippale et anti pneumocoque.
- traitement des foyers infectieux: soins dentaires ...
- ✓ éducation sanitaire et thérapeutique: explication de la maladie et de la différence entre traitement de fond et traitement des épisodes.
- ✓ prévoir en fonction de l'évolution un bilan fonctionnel plus complet.

➤ rendez-vous de consultation dans 3 mois.

سورة قرام (قصاب رئوي انسدادى مزمن)

تعريف المريض:

يتعلق الأمر بالسيد عبد الغفور، يبلغ من العمر 56 سنة، متزوج وأب لعشرة أبناء، مهنته مستخدم في مدرسة، مشمول بالتغطية الصحية، سكناه وأصله بمدينة الحسيمة.

سبب الاستشفاء: تفاقم لنهيج مزمن

السوابق المرضية:

➤ السوابق الشخصية:

✓ السوابق الطبية:

- مدخن مزمن منذ 18 سنة بمقدار علبة يوميا.
- يعاني من ذات القصبة المزمنة منذ 7 سنوات.
- متابع طبيا منذ 7 سنوات من أجل القصاب الرئوي الانسدادي المزمن (قرام) يستعمل: تيوتروبيوم بخة واحدة مرتين في اليوم و سالبوتامول عند الحاجة:
- نهيج مزمن مستمر من الدرجة 3 حسب سلم النهيج لمجلس البحوث الطبية المعدل "مبطم" mMRC.
- تم استشفائه مرتين خلال 3 أشهر في السنة الماضية.
- أجرى مقياس النفس منذ 3 أشهر (الوثائق غير متوفرة).
- سبق له أن أصيب بمرض السل وخضع للعلاج وأعلن عن شفاؤه التام منذ 5 سنوات.
- لا وجود لعدوى سلية حديثة.
- ليس لديه تأهب أرجي شخصي و لا عائلي.
- لا توجد نوبات انتكاسية.
- لا يعاني من السكري و لا من أي مرض قلبي أو مرض كلوي و لا أي مرض آخر.
- ليس لديه تعرض لمناخ تلوث.
- ✓ السوابق الجراحية
- لم يسبق له أن خضع لأي عملية جراحية

➤ السوابق العائلية:

- لا توجد حالات مماثلة في العائلة.

التاريخ المرضي:

تعود بداية المرض إلى أسبوع وذلك بتفاقم نهيجه المزمن وأصبح من الدرجة 4 مع تفاقم السعال وزيادة في حجم التنخيم التي أصبحت قيحية، دون آلام صدرية مصاحبة و لا نهيج استلقائي. الكل تطور في جومن الإحساس بالحمى وحفاظ على الحالة العامة، وهو ما دفع المريض للعيادة الطبية بقسم المستعجلات.

الفحص السريري:

➤ الفحص العام:

- ✓ المريض في وعي تام، درجة حرارته $38,5^{\circ}$ سريع النفس س.ن في حدود 30 د/دق، ضغطه الدموي عادي في حدود 80/120 مم.ز، سرعة القلب بمعدل 102 ن/دق، "تشاك" في حدود 80 % في الهواء الطلق وأصبحت 95 % تحت لترين في الدقيقة، ملتحمة المريض عادية اللون. لديه زراق الشفتية ونهايات الأطراف.
- ✓ ليست هناك علامات مجاهدة التهوية.

➤ الفحص الجنبوني

- ✓ الصدر متمد
- ✓ صدر ذو مظهر برميلي
- ✓ علامة هوفر موجبة
- ✓ علامة كامبيل موجبة
- ✓ تحفر الفراغات البيضلية.
- ✓ لا توجد دورة وريدية رادفة
- ✓ الاهتزازات الصوتية عادية.
- ✓ وجود خراخر صفيرية منتشرة وثنائية الجانب.
- ✓ وجود خراخر فرقعية قاعدية يمين.
- ✓ ضعف الهمس الحويصلي في قمتي الرئتين
- ✓ يوجد فرط تطبل منتشر
- ✓ لا يوجد تعجر الأصابع

➤ فحص القلب و الشرايين:

- ✓ الأصوات القلبية عادية.
- ✓ زمنا الانقباض و الانبساط عاديان.
- ✓ لا يوجد صوت و لا صفير إضافي.
- ✓ لا توجد أعراض القصور القلبي الأيمن.
- ✓ لا توجد فرقعة الصوت الثاني.

✓ الربلات لينة. mollets souples

- ✓ عدم ارتفاع القمع الرئوي.
- ✓ علامة وومنس سالبة.

➤ الفحص البطني

- ✓ البطن لين وتنفسه طبيعي.
- ✓ لا توجد دورة وريدية رادفة.
- ✓ لا يوجد تضخم كبدي و لا طحالي.
- ✓ لا توجد كتلة بطنية أثناء الجس و لا أصمية تمايلية.

➤ فحص الجهاز العصبي:

- ✓ لا يوجد خلل حسي و لا حركي
- ✓ الانعكاسات العظمية الوترية موجودة ومتماثلة.
- ✓ لا توجد متلازمة سحائية syndrome méningé.

Négatif

- فحص الباحات العقدية: الباحات العقدية عادية.
- فحص الأنف و الأذن و الحنجرة:
- حالة الفم و الأسنان سيئة.
- لا يوجد هربس شفاهي.
- لا يوجد ألم يستثار أثناء جس الجيوب الأنفية.

المشعاعية الصدرية الأمامية

- ✓ عتامة قاعدية يمينى متغايرة غير واضحة الحدود، تشغل الثلث الأسفل من الرئة اليمنى مع تشجر هوائي (عتامة من نوع سنخي)
- ✓ علامات التمدد الصدري مثل:
- صدر متمد
- توسع الفراغات البيضلية
- تسطح الأضلاع
- ⇐ صورة لذات الرئة سفلية يمينى مع علامات التمدد الصدري.

الملخص المشعاعي السريري:

يتعلق الأمر بمرضى يبلغ من العمر 56 سنة، مدخن مزمن، يعاني من ذات القصبية المزمنة، متابع طبياً من أجل قصاب رئوي انسدادى مزمن "قرا" تحت علاج أساس منذ 7 سنوات، تفاقم نهيجه منذ أسبوع فأصبح من الدرجة 4 مع تغير التنخيمة فأصبحت قيجية وأكثر وفرة، تم استشفاه في المصلحة في إطار قصور تنفسي حاد بالإضافة إلى حمى و خراخر صفيرية منتشرة وفرعية قاعدية يمينى مع تمدد صدري. المشعاعية الصدرية بينت صورة لذات الرئة سفلية يمينى وصدرأ متمدداً.

التشخيصات الممكنة:

- نوبة شديدة لقصاب رئوي انسدادى مزمن من المجموعة د راجعة إلى ذات رئة حادة مجتمعية:
- ✓ القصاب رئوي انسدادى مزمن تم ترجيحه أمام:
- المعطيات السريرية:

- التدخين المزمن.
- النهيج المزمن.
- ذات القصبية المزمنة.
- التمدد الصدري.
- المعطيات المشعاعية: علامات التمدد الصدري.
- ✓ نوبة: لوجود واحد على الأقل من معايير أنتونيزون (يوجد الثلاثة).
- ✓ شديدة: نظرا لحالة القصور التنفسي الحاد.
- ✓ المجموعة د:
- السلم "مبطم" mMRC: نهيج من الدرجة 4 "مبطم" mMRC (أكبر من 2)
- استشفائين بسبب نوبتين في السنة الماضية خلال 3 أشهر (أكبر من 2 في السنة).
- ✓ ذات الرئة: يؤيدها الإطار المشعاعي السريري.
- نوبة ربو بسبب تعفني دون كثير اقتناع sana grande conviction

تدبير الحالة:

- (1) استشفاء المريض في وحدة العناية المركزة في مصلحة طب أمراض الجهاز التنفسي:
 - ✓ قرام من المجموعة د.
 - ✓ قصور تنفسي حاد.
- (2) الإرذاذ nébulisation: باستعمال موسعات القصبات قصيرة الأمد بواسطة مرذاذ هوائي:

برومور إبراتروبيوم 1 مل مع سالبوتامول 1 مل يتم تخفيفهما داخل 3 مل من المصل الفيزيولوجي.

مع تجديد الجرعات كل 20 دقيقة لمدة ساعة وتقييم النتيجة على رأس الساعة.
- (3) خلال الساعة الأولى من المراقبة تم القيام
 - باستنزال دموي prélèvement sanguin لاستكمال الاستقصاء البيولوجي و قياس الغاز الشرياني:
 - نقص تأكسج الدم (الضغط الشرياني للأكسجين "ضشاك": 60 مم.ز)
 - فرطكربية (الضغط الشرياني لثنائي أكسيد الكربون "ضشاك": 47 مم.ز)
 - ✓ القشرانلاجية الفموية: بريدنيزولون 20 مغ: 2 حبات تؤخذ في الصباح بعد الفطور.
 - ✓ الأكسلاجية: 2ل/د مع مراقبة "تشاك".
- (4) التطور بعد ساعة كان حسنا سواء من الناحية
 - ✓ السريرية:
 - اختفاء الزراق.
 - "تشاك" بلغ 95 %.
 - سرعة النفس أصبحت 18 د/دق.
 - سرعة القلب أصبحت 77 ن/دق.

✓ قياس الغاز الشرياني:

- تحسن نقص تأكسج الدم حيث أصبح الضغط الشرياني للأكسجين 65 مم.ز.
 - تحسن طفيف للفرطكربية حيث أصبح الضغط الشرياني لثنائي أكسيد الكربون 46 مم.ز.
- ⇒ أمام هذا التطور الإيجابي: تم الإبقاء على جرعات الإرداذ لكن في كل أربع ساعات لكن في كل أربع ساعات بدل كل 20 دقيقة.
- ⇒ ليس هناك ما يستدعي التهوية غير الجائرة.
- ⇒ الاستمرار في العلاج الأساس.

(5) الاستقصاء البيولوجي بين:

- ✓ "تعد" NFS : بينت فرط الكريات البيض بمعدل 12000 كرية في المليتر من الدم مع غلبة مفصصات النوات
- العدلات مع وجود فرطكروية polyglobulie (الهيموكلوبين بمعدل 17 غ في الديسيلتر) و الهيماتوكريت في حدود 40 %.

- ✓ "بست" بمعدل 77 مغ.
- ✓ الفحص الخلوي الجرثومي للتنخيمة "فحجت": زرع متعدد الشكل.
- ✓ الوظيفة الكلوية عادية
- ✓ الوظيفة الكبدية: ناقلات الأمين عادية.
- ✓ صوديومدمية عادية.
- ⇒ لا توجد أعراض خطيرة بيولوجيا لذات الرئة.

(6) علاج ذات الرئة:

- ✓ ضدحيلاجية: Antibiothérapie: بما أن ليس هناك عامل اختطار للإصابة بالزائفة الزنجارية
- pseudomonas aeruginosa فإن الضدحيلاجية ستعتمد على الأموكسيسيلين المحمي.
- الأموكسيسيلين المحمي: 1 غ ثلاث مرات في اليوم عبر الفم.

- ✓ الترويض التنفسي الإفراغي.
- ✓ الاستمرار في العلاج الأساس.

(7) التطور بعد ثلاثة أيام:

- ✓ المريض في تحسن مستمر: اختفاء الحمى و التنخيمة أصبحت مخاطية.
- ✓ الاستمرار في الضدحيلاجية و الأكسلاجية.
- ✓ تعويض نظام الإرداذ باستعمال البخاخ بواسطة السالبوطامول 3 بخات 5 مرات في اليوم باستعمال غرفة الاستنشاق.
- ✓ إجراء قياس الغاز الشرياني للمراقبة: بينت استمرار نقص تأكسج الدم حيث بلغ 68 مم.ز إذن المريض في حالة قصور تنفسي مزمن وهو ما يجب إثباته بقياس الغاز الشرياني بعد 3 أسابيع.

- ✓ اختبار ملائمة العلاج أساس المتبع سابقا: هذا العلاج غير ملائم للقرام من المجموعة د ويجب أن نضيف موسع
- قصبات طويل الأمد: فورموتيرول: 1 كبسولة استنشاقية مرتين في اليوم باستمرار.
- ✓ تربية المريض بخصوص تقنية الاستنشاق.
- ✓ التحفيز على الإقلاع التدخيني.
- ✓ خروج المريض بعد يومين من التربية العلاجية و التأكد من استقرار حالته السريرية.

(8) خروج المريض

➤ وصفة الخروج:

- سالبوطامول: 3 بخات 5 مرات في اليوم لمدة 3 أيام ثم عند الحاجة.
- برينديزولون 20 مع: حبتان يوميا صباحا بعد الفطور لمدة 7 أيام.
- الأموكسيسيلين-حامض كلافلانك: 1 غ 3 مرات في اليوم لمدة 7 أيام.
- تيوטרابيوم: كبسولة استنشاقية واحدة في اليوم باستمرار.
- فورموتيرول: 1 كبسولة استنشاقية مرتان في اليوم باستمرار.
- الأكسلاجية: طويلة الأمد في المنزل بصبيب 2ل/دق على الأقل 15 ساعة في اليوم.
- الاستمرار في الترويض التنفسي الإفراغي وتحفيز المريض على حد أدنى من النشاط البدني
- موعد للعيادة الطبية بعد شهر لأجل:
- تأكيد التشخيص بواسطة مقياس النفس مع الاختبارات العكسية test de réversibilité.
- مقياس التحجم إن أمكن
- تأكيد القصور التنفسي المزمن بواسطة قياس الغاز الشرياني.
- اختبار المشي لست دقائق حسب "تشاك" للمريض.
- فحص الصدى القلبي خلال صدري échographie cardiaque trans thoracique بحثا عن فرط ضغط الشريان الرئوي "فشر" و القلب الرئوي المزمن.

Exacerbation de BPCO

IDENTITE:

Il s'agit de monsieur abdelghafour, âgé de 56ans, fonctionnaire dans une école, marié et père de 10 enfants, originaire et habitant à Elhouceima, mutualiste.

MOTIF D'HOSPITALISATION: aggravation d'une dyspnée chronique.

ANTECEDENTS:

➤ Antécédents personnels:

✓ Antécédents médicaux:

- il est tabagique chronique pendant 18 ans à raison de 1 paquet par jour.
- bronchitique chronique depuis 7 ans.
- Suivi depuis 7 ans pour BPCO sous tiotropium 1 gélule 2 fois par jour et salbutamol à la demande:
 - dyspnée chronique continue classée stade III de la classification mMRC
 - Il a été hospitalisé 2 fois à 3 mois d'intervalle dans l'année dernière.
 - Il a fait une spirométrie il y a 3 mois mais les documents sont indisponibles.
- patient traité pour tuberculose pulmonaire il y a 5 ans et déclaré guéri ,
- il n'existe pas de contage tuberculeux récent.
- il n'a pas d'atopie personnelle ou familiale.
- il n'existe pas des crises récurrentes.
- il n'existe pas de cardiopathie, ni de néphropathie ou d'autres tares connues ou traitées.
- il n'a pas d'exposition particulière.

✓ Antécédents chirurgicaux:

- le patient n'a jamais été opéré.

➤ Antécédents familiaux:

- il n'existe pas de cas similaire dans la famille.

HISTOIRE DE LA MALADIE:

Remonte à 7 jours par l'aggravation de sa dyspnée chronique devenant stade IV avec aggravation de la toux et augmentation du volume des expectorations qui sont devenues purulentes, sans douleurs thoraciques associées ni orthopnée le tout évoluant dans un contexte de sensations fébriles et de conservation de l'état général, ce qui a motivé sa consultation au service des urgences.

EXAMEN CLINIQUE:

- L'examen général:
 - ✓ patient conscient, fébrile à 38,5°, tachycarde à 102 b/mn, tension artérielle à 130/70 mm Hg , polypnéique à 30 c/mn, SaO₂ à 80% à l'air ambiant devenant à 95% sous 2L/min d'oxygène, conjonctives normo colorées.
 - ✓ cyanose des lèvres et des extrémités
 - ✓ pas de signe de lutte ventilatoire.
- L'examen pleuro pulmonaire:
 - ✓ le thorax est distendu: en tonneau
 - ✓ signe de Hoover positif
 - ✓ signe de Campbell positif
 - ✓ creusement des espaces intercostaux
 - ✓ Il n'existe pas de circulation veineuse collatérale.
 - ✓ les vibrations vocales sont bien transmises.
 - ✓ Il existe des râles sibilants diffus et bilatéraux.
 - ✓ Il existe des râles crépitants en basi thoracique droit.
 - ✓ diminution du murmure vésiculaire aux sommets.
 - ✓ hypertympanisme diffus
 - ✓ pas d'hipocratisme déigital.
- L'examen cardio-vasculaire
 - ✓ les bruits B1, B2 sont bien perçus.
 - ✓ la systole et la diastole sont libres.
 - ✓ il n'existe pas de bruit ni de souffle surajouté.
 - ✓ il n'existe pas d'éclat de B2.
 - ✓ Il n'existe pas de soulèvement infundibulo-pulmonaire.
 - ✓ il n'existe pas de signe d'insuffisance cardiaque droite
 - ✓ les mollets sont souples et signe de Homans négatif.
- L'examen Abdominal:
 - ✓ L'abdomen est souple et respire normalement.
 - ✓ il n'existe pas de circulation veineuse collatérale.
 - ✓ il n'existe pas d'hépatomégalie ni de splénomégalie.
 - ✓ il n'existe pas de masse palpable ni de matité déclive.
- L'examen neurologique:
 - ✓ Il n'existe pas de trouble de la motricité
 - ✓ Il n'existe pas de trouble de la sensibilité

- ✓ Les réflexes ostéo-tendineux sont présents et symétriques
- ✓ Il n'existe pas de syndrome méningé
- L'examen ORL:
 - ✓ Mauvais état buccodentaire.
 - ✓ il n'existe pas d'herpès labial.
 - ✓ il n'existe pas de douleurs exquises à la palpation des sinus.
 - ✓ Le reste de l'examen somatique est sans particularité.

RADIOGRAPHIE THORACIQUE DE FACE:

- opacité basi thoracique droite hétérogène mal limitée occupant le tiers inférieur du poumon droit avec un bronchogramme aérien (opacité de type alvéolaire)
- signes de distension thoracique à type de:
 - ✓ thorax distendu
 - ✓ elargissement des espaces intercostaux
 - ✓ aplatissement des côtes



⇒ Image d'une pneumonie basale droite avec des signes de distension thoracique

CONCLUSION RADIO-CLINIQUE:

Patient de 56 ans, tabagique chronique, bronchitique chronique, suivi pour BPCO sous traitement de fond depuis 7 ans qui présente une aggravation de sa dyspnée depuis 7 jours devenant stade IV avec modification des expectorations devenant purulentes et plus abondantes, admis au service dans un tableau d'insuffisance respiratoire aiguë avec en plus une fièvre et des râles sibilants diffus et crépitants en basi-thoracique droit et distension thoracique. La radiographie thoracique trouve une image de pneumonie basale droite et un thorax distendu.

DIAGNOSTICS A EVOQUER:

- Exacerbation sévère de la BPCO qui serait du groupe D secondaire à une pneumonie aigue communautaire:
 - ✓ La BPCO retenue devant:
 - les données cliniques:
 - le tabagisme chronique.
 - la dyspnée chronique.
 - la bronchite chronique.
 - la distension thoracique.
 - les données radiologiques: les signes de distension thoracique
 - ✓ l'exacerbation car il existe en moins un critère de d'Anthonisen (on a les 3 critères)
 - ✓ Sévère: vu le tableau d'insuffisance respiratoire aigüe.
 - ✓ groupe D:
 - classification mMRC: dyspnée stade IV (supérieur à 2)
 - hospitalisation pour 2 exacerbations dans l'année précédente. (plus de 2 par an)
- Pneumonie: le tableau radio-clinique.
- Exacerbation d'asthme d'origine infectieuse sans grande conviction.

CONDUITE A TENIR:

- 1) Hospitalisation du malade en unité de soins intensif en pneumo:
 - BPCO groupe D
 - insuffisance respiratoire aigue
- 2) Nébulisation par des bronchodilatateurs à courte durée d'action : bromure d'ipratropium 1 ml et salbutamol 1 ml à diluer dans 3 ml de sérum salé. à renouveler chaque 20 minutes pendant une heure et évaluer après chaque heure.
- 3) Au cours de la première heure on a réalisé:
 - ✓ des prélèvements sanguins pour compléter le bilan biologique et une gazométrie artérielle qui a montré une hypoxémie à 60 mm Hg et hypercapnie à 47 mm Hg.
 - ✓ Corticothérapie orale: prednisolone 20 mg 2 comprimés en prise unique le matin après le repas.
 - ✓ Oxygénothérapie: 2 litre par minute avec surveillance de la SaO2.

4) L'évolution après 1 heure était bonne aussi bien :

✓ Clinique:

- disparition de la cyanose.
- la SaO₂ à 95%.
- FR à 18 c/mn.
- FC à 77 b/mn.

✓ gazométrie de contrôle: amélioration de l'hypoxémie avec PaO₂ à 65 mm Hg et légère amélioration de l'hypercapnie devenant à 46 mm Hg

⇒devant cette évolution favorable on a gardé la même posologie de nébulisation mais à chaque 4h au lieu de chaque 15 minutes

⇒il n'y a pas d'indication de la ventilation non invasive (VNI)

⇒continuer le même traitement de fond

5) Bilan biologique:

✓ NFS: objective une hyperleucocytose à 12000 éléments par ml de sang à prédominance neutrophiles et une polyglobulie avec hémoglobine à 17g par dl et hématocrite à 40%.

✓ CRP à 77 mg

✓ ECBC: culture polymorphe

✓ fonction rénale: normale.

✓ transaminases: normales.

✓ natrémie: normale.

⇒Pas de signe de gravité biologique de la pneumonie.

6) Traitement de la pneumonie:

➤ Antibiothérapie: comme il n'y a pas de facteur de risque de pseudomonas aeruginosa l'antibiothérapie va consister à l'amoxicilline protégé:

- Amoxicilline protégé 1g fois 3 par jour par voie orale

➤ Kinésithérapie respiratoire de drainage

7) Evaluation après 3 jours:

✓ le malade est toujours en amélioration: disparition de la fièvre et les expectorations sont devenues muqueuses

✓ continuer l'antibiothérapie et l'oxygénothérapie

✓ remplacement de la nébulisation par l'usage de spray avec salbutamol 3 bouffées fois 5 par jour avec chambre d'inhalation.

✓ réalisation d'une gazométrie de contrôle objectivant une hypoxémie à 68 mm Hg donc le malade est en insuffisance respiratoire chronique et c'est à confirmer par une autre gazométrie à 3 semaines d'intervalle

- ✓ evaluation de l'adaptation du traitement du fond: le traitement antérieur n'est pas adapté au groupe D de BPCO et donc on doit ajouter un autre broncho-dilatateur à longue durée d'action: formotérol: 1 gélule à inhaler 2 fois par jour en continu.
 - ✓ education du malade concernant la technique d'inhalation
 - ✓ renforcer le sevrage tabagique
 - ✓ sortie du malade après 2 jours d'éducation thérapeutique et de vérification de la stabilité de son état clinique.
- 8) Sortie du malade :
- ✓ ordonnance de sortie:
 - salbutamol: 3 bouffées fois 5 par jour pendant 3 jours puis à la demande.
 - prednisolone 20 mg: 2 comprimés par jour à prendre le matin après repas pendant 7 jours.
 - Amoxicilline-acide clavulanique: 1 g 3 fois par jour pendant 7 jours.
 - tiotropium: 1 bouffée par jour en continu.
 - formotérol: 1 gel à inhaler 2 fois par jour en continu.
 - ✓ Oxygénothérapie à domicile à longue durée à un débit de 2 litres par minute au moins 15H par jour
 - ✓ Continuer la kinésithérapie respiratoire de drainage et encourager le malade pour une activité physique minimale.
 - ✓ Rendez-vous de consultation après un mois pour:
 - confirmer le diagnostic par une spirométrie avec test de réversibilité.
 - pléthysmographie si possible
 - confirmer l'insuffisance respiratoire chronique par une gazométrie.
 - test de marche en fonction de la SaO2 du malade
 - échographie cardiaque trans-thoracique à la recherche d'une hypertension artérielle pulmonaire et d'un cœur pulmonaire chronique.

توسّع القصبات الموضعي

تعريف المريض:

يتعلق الأمر بإبراهيم، يبلغ من العمر 40 سنة، مهنته رجل تعليم، مشمول بالتغطية الصحية، سكناه وأصله بمدينة فاس، متزوج وأب لثلاثة أبناء.

سبب الاستشفاء: سعال مصحوب بثر قصبي مزمن bronchorrhée chronique

السوابق المرضية:

➤ السوابق الشخصية:

✓ السوابق الطبية:

- سبق له أن أصيب بمرض السل وخضع للعلاج وأعلن عن شفائه التام منذ أربع سنوات (ليست لديه وثائق).
- لا يعاني من السكري و لا من أي مرض قلبي أو مرض كلوي و لا أي مرض آخر.
- لا يدخن و لا يمارس أي عادات ضارة بالجسم (تناول الكحول، الشيشة، المخدرات ...).
- لا يتناول أية أدوية باستمرار.
- ليس لديه متلازمة نفاذ syndrome de pénétration في سوابقه.

✓ السوابق الجراحية

- لم يسبق له أن خضع لأي عملية جراحية

➤ السوابق العائلية:

- ليس لديه حالات مماثلة داخل العائلة.

التاريخ المرضي:

تعود بداية المرض إلى 3 سنوات بظهور سعال جاف صباحي مع بعض النوبات من التنخيمات المخاطية، ومنذ تسعة أشهر ظهر على المريض ثر قصبي صباحي يتكون من تنخيمة مخاطية وفي بعض الأحيان مخاطية قيحية دون بصق للدم ودون ألم صدري و لا علامات الفرطكربية. كل هذه الأعراض تطورت في جومن الحفاظ على الحالة العامة و اللاحمى ودفعت المريض للاستشارة الطبية في مصلحة الأمراض التنفسية بالمستشفى الجامعي الحسن الثاني بفاس.

الفحص السريري

➤ الفحص العام:

المريض في وعي تام، سرعة النفس عادية بمعدل 15 د/دق، ضغطه الدموي عادي في حدود 80/110 مم.ز، س.ق بمعدل 70 ن/دق، "تشاك" في حدود 96 % في الهواء الطلق، ملتحمة المريضة عادية اللون. درجة حرارته عادية حيث بلغت 37° درجة.

➤ الفحص الجنبرئوي:

- ✓ صدر ذو مظهر خارجي عادي.
- ✓ الاهتزازات الصوتية طبيعية.
- ✓ الهمس الحويصلي طبيعي.
- ✓ وجود خراخر شخيرية في قاعدة الرئة اليمنى أثناء التسمع.
- فحص القلب و الشرايين:
- ✓ الأصوات القلبية عادية.
- ✓ زمنا الانقباض و الانبساط عاديان.
- ✓ لا يوجد صفير و لا صوت إضافي.
- ✓ لا توجد أعراض القصور القلبي الأيمن.
- الفحص البطني
- ✓ البطن لين و تنفسه طبيعي.
- ✓ لا يوجد تضخم كبدي و لا طحالي.
- ✓ لا توجد كتلة بطنية أثناء الجس.
- فحص الباحات العقدية: الباحات العقدية عادية.
- باقي الفحص الجسدي: دون علة تذكر.

المشعاعية الصدرية الأمامية



- صورة هلالية image aréolaire (وضحات دائرية صغيرة محاطة بحاشية دقيقة) تتشكل في مظهر عنقود عنب محصورة في قاعدة الرئة اليمنى.
- ليس هناك مظهر مشابه في بقية المتن الرئوي سواء اليمنى أو اليسرى.
- مظهر تمدد القصبات كيسي موضعي في قاعدة الرئة اليمنى.

الملخص المشعاعي السريري:

يتعلق الأمر بمرضى في عامه الأربعين عولج سابقا ضد داء السل الرئوي وشفى منه منذ أربع سنوات، يعاني منذ ثلاث سنوات من سعال جاف تحول منذ 9 أشهر إلى ثر قسبي صباحي. الفحص السريري بين وجود خراخر شخيرية قاعدية يمينى. المشعاعية الصدرية الأمامية بينت مظهرا لتوسع القصبات موضعي قاعدي أيمن.

التشخيصات الممكنة:

➤ توسع قسبي عقابلي للسل الرئوي: قد يتعلق الأمر بمتلازمة بروك (متلازمة الفص الأوسط) من المحتمل أن تكون راجعة إلى عقدة لمفاوية منصفية نظرا لسوابقه السلية.

➤ توسع قسبي مرتبط بحاجز داخل قسبي obstacle intrinsèque:

- ✓ ورم حميد: نظرا للتطور البطيء
- ✓ جسم غريب: لكن غياب متلازمة نفاذ.

تدبير الحالة:

(1) مقصاب أليافي:

✓ الشجرة القصبية اليمنى:

- وجود إفرازات مخاطية قيحية مصدرها القصبة القصية الوسطى.
 - بعد رشف الإفرازات تبين وجود حالة التهابية من الدرجة الثانية منتشرة في الجهة اليمنى.
 - ليس هناك أي حاجز داخلي خصوصا ليس هناك ورم و لا جسم غريب.
- ✓ الشجرة القصبية اليسرى: مظهر تنظيري طبيعي، النتوءات القصبية les éperons دقيقة و الفوهات القصبية les orifices bronchiques حرة.

(2) تم اقتراح المريض من أجل بتر جراحي بعد الفحوصات قبل علاجية:

✓ المفراس الصدري:

بين وجود صورة هللية محاطة بجدران دقيقة متموضعة في الفص الأوسط تتماشى مع توسع القصبات

✓ مقياس النفس: نتائجه تتماشى مع خلل تهوية انسدادى "ختا" ضعيف مع القيم التالية:

- السعة الحيوية القسرية "سحق": 2,90 لتر بنسبة 83 %.

-الحجم الزفيرى الأقصى في الثانية (حزاث): 1,45 لتر أي 56 %.

- معامل تفنو "حزاث/سحق": 0,67 .

(3) تم إرسال المريض إلى مصلحة جراحة الصدر قصد إتمام العلاج.

Dilatation des bronches localisée

IDENTITE:

Il s'agit de monsieur Ibrahim 40 ans, marié et père de 3 enfants, enseignant, mutualiste. originaire et habitant à Fès.

MOTIF DE CONSULTATION: toux avec bronchorrhée chronique.

ANTECEDENTS:

- Antécédents personnels
 - ✓ Antécédents médicaux:
 - il a un antécédent de tuberculose pulmonaire traitée et déclarée guérie il y a 4 ans (pas de document disponible)
 - il n'existe pas de cardiopathie, ni de diabète, ni de néphropathie ou d'autres tares connues ou traitées.
 - le patient est non tabagique et n'a pas d'autres habitudes toxiques.
 - il n'existe pas de prise médicamenteuse au long cours
 - il n'a pas de syndrome de pénétration dans les antécédents
 - ✓ Antécédents chirurgicaux:
 - le patient n'a jamais été opéré.
- Antécédents familiaux:
 - il n'existe pas de cas similaires dans la famille.

HISTOIRE DE LA MALADIE:

Remonte à 3 ans par l'installation d'une toux sèche matinale avec quelques épisodes d'expectorations muqueuse, depuis 9 mois le patient rapporte une bronchorrhée matinale faite d'expectorations muqueuses et parfois mucco-purulentes sans hémoptysie ni dyspnée ni douleur thoracique ni signes d'hypercapnie. Le tout évoluant dans un contexte d'apyrexie et de conservation de l'état général motivant sa consultation au service de pneumologie pour prise en charge.

EXAMEN CLINIQUE:

- Examen général: patient conscient, eupnéique, normo tendu avec tension artérielle "TA" à 110/80 mm Hg, FC à 70 b/mn, SaO₂ à 96 % à l'air ambiant, conjonctives normo colorées, température à 37,2°.
- L'examen pleuro pulmonaire:
 - ✓ le thorax est de morphologie normale.
 - ✓ les vibrations vocales sont bien transmises.
 - ✓ le murmure vésiculaire est bien perçu.
 - ✓ il existe des râles ronflants en basi thoracique droit.
- l'examen cardio-vasculaire:
 - ✓ les bruits B1et B2 sont bien perçus.
 - ✓ la systole et la diastole sont libres.
 - ✓ il n'existe pas de souffle ni de bruit surajouté.
 - ✓ il n'existe pas de signe d'insuffisance cardiaque droite.
- L'examen abdominal:
 - ✓ L'abdomen est souple et respire normalement.
 - ✓ il n'existe pas d'hépatomégalie ni de splénomégalie.
 - ✓ il n'existe pas de masse abdominale palpable.
- L'examen des aires ganglionnaires: les aires ganglionnaires sont libres.
- Le reste de l'examen clinique est sans particularité.

RADIOGRAPHIE THORACIQUE DE FACE:

- Images aréolaires: (petites clartés rondes entourées par un fin liseré) réalisant un aspect en grappes de raisin localisées au niveau de la base pulmonaire droite
- pas d'aspect similaire dans le reste du parenchyme pulmonaire aussi à droite qu'à gauche

⇒ aspect de dilatation de bronches kystique localisé de la base pulmonaire droite.



CONCLUSION RADIO-CLINIQUE:

Patient de 40 ans ayant comme antécédents une tuberculose pulmonaire traitée et déclarée guérie il y a 4 ans, présente depuis 3 ans une toux sèche avec apparition depuis 9 mois d'une bronchorrhée matinale. L'examen clinique trouve des râles ronflants en basi thoracique droit. La radiographie thoracique de face objective un aspect d'une dilatation des bronches localisé à droite.

DIAGNOSTICS A EVOQUER:

- Une dilatation des bronches séquellaire d'une tuberculose pulmonaire: éventuellement un syndrome de brock (syndrome du lobe moyen) éventuellement en rapport avec une adénopathie médiastinale vus les antécédents de tuberculose.
- Une dilatation des bronches en rapport avec un obstacle bronchique intrinsèque:
 - ✓ tumeur bénigne vue l'évolution très lente
 - ✓ corps étranger: mais pas de syndrome de pénétration

CONDUITE A TENIR:

- 1) Fibroscopie bronchique:
 - ✓ arbre bronchique droit:
 - sécrétions muco-purulentes provenant de la lobaire moyenne droite.
 - après aspiration on note un état inflammatoire de deuxième degré diffus à droite.
 - on note pas d'obstacle intrinsèque particulier, pas de tumeur ni de corps étranger.
 - ✓ arbre bronchique gauche: aspect endoscopique normal, les éperons bronchique sont fins et les orifices bronchiques sont libres.
- 2) Proposition du malade pour une résection chirurgicale après bilan pré thérapeutique:
 - ✓ TDM thoracique: objective des images aréolaires à parois fines faisant évoquer une dilatation des bronches
 - ✓ spirométrie: a objectivé un trouble ventilatoire obstructif léger avec les valeurs suivantes:
 - CVF à 2,90 L soit 82 % et VEMS à 1,45 L soit 56 % et rapport de TIFFENEAU à 0,67
- 3) Malade adressé au service de chirurgie thoracique pour complément de prise en charge.

توسّع القصبات ثنائي الجانب منتشر

تعريف المريض:

يتعلق الأمر بالسيد أسامة، يبلغ من العمر 45 سنة، مهنته بناء، مشمول بنظام المساعدة الطبية، سكناه وأصله بمدينة ميسور، متزوج وأب لابنين.

سبب الاستشفاء: نهيج مزمن

السوابق المرضية:

➤ السوابق الشخصية:

✓ السوابق الطبية:

- لم يسبق له أن أصيب بمرض السل و لا وجود لعدوى بهذا المرض.
- لا يعاني من السكري و لا من أي مرض قلبي أو مرض كلوي و لا أي مرض آخر.
- مدخن مزمن منذ 11 سنة بمقدار علبتين في اليوم، مدخن حشيش منذ 8 سنوات ومدمن خمر منذ 6 سنوات.
- لا يتناول أية أدوية باستمرار.
- لديه تعرض للسليس (بناء) منذ 10 سنوات.
- ليس لديه سوابق تعفننية للجهاز التنفسي في طفولته: لم يصب بالحصبة و لا بالسعال الديكي.

✓ السوابق الجراحية:

- لم يسبق له أن خضع لأي عملية جراحية.

➤ السوابق العائلية:

- ليس لديه سوابق عائلية تذكر.

التاريخ المرضي:

تعود بداية المرض إلى 3 سنوات بظهور سعال جاف دون نهيج، دون بصق الدم، دون علامات فرط الاستثارة القصبية ودون علامات خارج صدرية مصاحبة. هذه الأعراض تميزت منذ سنة بتغير السعال الذي أصبح رطباً منتجاً لتخيمة مخاطية ومخاطية قيجية خصوصاً في الصباح وظهور نهيج من الدرجة 3 حسب سلم سادول دون بصق للدم و لا علامات الفرطكربية. هذه الأعراض دفعته إلى الاستشفاء بمستشفى ابن الخطيب حيث استفاد من فحوصات مشعاعية (مشعاعية صدرية أمامية ومفراص صدري)، وأمام استمرار هذه الأعراض تم توجيهه إلى مصلحة طب الجهاز التنفسي بالمستشفى الجامعي بفاس قصد استكمال الرعاية الطبية pour

complément de prise en charge.

الفحص السريري:

➤ الفحص العام:

- ✓ المريض في وعي تام، سريع النفس س.ن في حدود 22 دق/دق، عادي الضغط normo tendu في حدود 80/120 مم.ز، سرعة القلب بمعدل 72 ن/دق، "تشاك" في حدود 96 % في الهواء الطلق، ملتحمة المريض عادية اللون. درجة حرارته 37,2°.

✓ ليس عليه زراق و لا علامات مجاهدة التهوية.

✓ لديه تعجر الأصابع.

➤ الفحص الجنبروني:

✓ صدر ذو مظهر خارجي عادي.

✓ لا توجد دورة وريدية رادفة.

✓ الاهتزازات الصوتية طبيعية.

✓ الهمس الحويصلي طبيعي.

✓ وجود خراخر شخيرية منتشرة وثنائية الجانب.

- ✓ لا توجد أصمية و لا فرط التطفل.
- فحص القلب و الشرايين:
- ✓ الأصوات القلبية عادية.
- ✓ زمن الانقباض و الانبساط عاديان systole et diastole libres.
- ✓ لا توجد أعراض القصور القلبي الأيمن.
- الفحص البطني:
- ✓ البطن لين و تنفسه طبيعي.
- ✓ لا يوجد تضخم كبدي و لا طحالي
- ✓ لا توجد كتلة بطنية أثناء الجس.
- فحص الأنف و الأذن و الحنجرة:
- ✓ حالة سيئة للفم و الأسنان.
- ✓ لا يوجد هريس شفاهي.
- ✓ ليس هناك ألم يستثار أثناء جس الجيوب الأنفية.
- فحص الباحات العقدية: الباحات العقدية عادية les aires ganglionnaires sont libres.
- باقي الفحص الجسدي: دون علة تذكر.

المشاعية الصدرية الأمامية:

- صور هلالية متعددة images aréolaires (وضحات دائرية محاطة بحاشية دقيقة) منتشرة وثنائية الجانب. في اليمين هذه الصور تشكل مظهر عنقود عنب على مستوى نصف الرئة الأسفل.
- هناك أيضا بعض الصور الهلالية خلف قلبية.
- ⇐ مظهر مشعاعي يتوافق مع توسع القصبات من النوع الكيسي.

الملخص المشعاعي السريري:



يتعلق الأمر بمرضى عمره 45 سنة، مدخن مزمن منذ 11 سنة، مدمن حشيش منذ 8 سنوات ومدمن خمر منذ 6 سنوات. لديه تعرض للسيليس (بناء) منذ 10 سنوات. لديه أعراض مزمنة تعود لثلاث سنوات و تتكون من سعال جاف أصبح رطبا منذ سنة منتجا تنخيمه مخاطية قيحية محققة ثرا قصبيا صباحيا بالإضافة إلى نهيج من الدرجة 3 ودون أعراض خارج تنفسية. الفحص السريري أظهر وجود خراخر شخيرية منتشرة وثنائية الجانب وتعجر الأصابع. المشاعية الصدرية الأمامية بينت وجود صور هلالية متعددة، منتشرة وثنائية الجانب تجعلنا نشبه في توسع القصبات المنتشر.

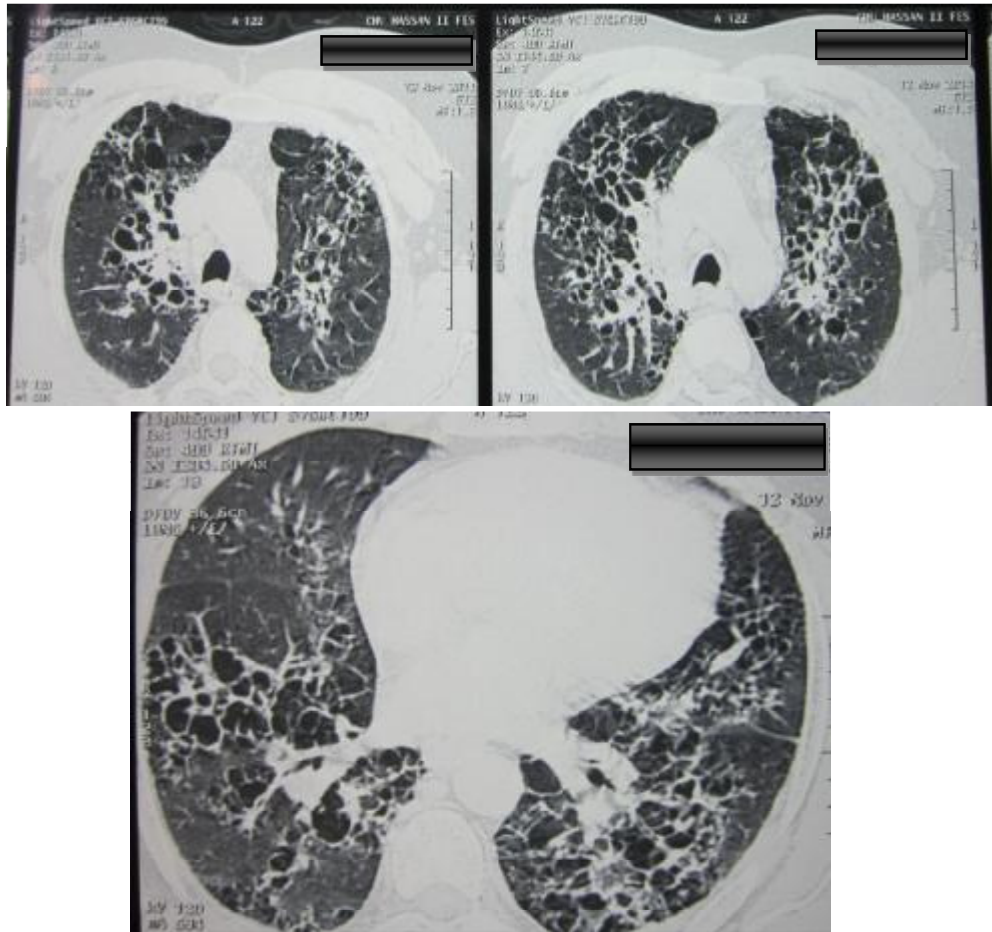
التشخيص الراجع:

- توسع القصبات المنتشر ثنائي الجانب
- ⇐ هذا التوسع للقصبات يضعنا أمام مشاكل التشخيص السببي و التأثير الوظيفي و المضاعفات.

تدبير الحالة:

1. الاستقصاء السببي

➤ المفراس الصدري



- ❖ صور كهفية متعددة بجدران دقيقة وفي بعض الأحيان سميكة تدفع للاشتباه بالدرجة الأولى في توسع القصبات قُطَعي ودون قُطَعي منتشر ثنائي الجانب. هذه الوضحات تحقق في بعض الأحيان مظهر "الخاتم الفضي" aspect en bague à chaton.
- ❖ نلاحظ في بعض الأحيان عدة وضحات تشير إلى فقاعات النفاخ.
- ❖ نلاحظ بعض المناطق الكثيفة التي تشير إلى كتل التليف masse de fibrose.

⇐ نستحضر الأسباب التالية:

✓ السُّحَّار la silicose:

- ما يعززه:

- المهنة (بناء).
- المظهر المفراسي.
- -النفاخ.
- -التليف.
- المريض استصحب مشاعية صدرية ترجع إلى عامين تبين نفس المظهر.

✓ تشخيصات أخرى:

- عقابيل لتعفن تنفسي في مرحلة الطفولة
- أمراض خلل مناعتي

- الجزر المعدي المرئي.
- ⇒ لكن لا توجد أسباب دالة على هذه التشخيصات.
- 2. استقصاء التأثير الوظيفي
 - الفحوصات البيولوجية:
 - ✓ "تعد" NFS:
 - فرطكروية مع هيموكلوبين بنسبة 16 غ/دل.
 - الهيماتوكريت: بنسبة 47 %.
 - مقياس النفس: بعد الترويض التنفسي الإفراغي:
 - النتائج تتوافق مع خلل تهوية مختلط:
 - ✓ السعة الحيوية القسرية "سحق" في حدود 2,85 لتر بنسبة 63 %.
 - ✓ الحجم الزفيري الأقصى في الثانية "حزاث" في حدود 1,4 لتر بنسبة 41 %.
 - ✓ معامل تيفنو "حزاث/سحق": 0,65 .
 - مقياس التحجم: أكد وجود خلل التهوية الحصري مع سعة رئوية كاملة في حدود 73 %.
 - اختبار المشي لست دقائق: اللاتشبع الأكسجيني في الدقيقة الرابعة (92% >= 98%) لكن المريض أكمل الاختبار بتشبع بنسبة 90 %.
 - قياس الغاز الشرياني
 - ✓ الضغط الشرياني للأكسجين "ضشاك" بلغ 58 % (نقص تأكسج الدم).
 - ✓ الضغط الشرياني لثنائي أكسيد الكربون "ضشثاك" بلغ 37 % (لا توجد فرطكروية).
 - فحص الصدى القلبي خلال صدري: فرط الضغط الشرياني الرئوي طفيف "فشر" HTAP
 - 3. استقصاء المضاعفات:
 - إجراء ثلاث فحوصات للتنخيمة بحثاً عن العصيات المقاومة للحموضة و الكحول (العصيات "المحك" BAAR).
 - دراسة مصلية رشاشية aspergillaire: سالبة
 - فحص خلوي جرثومي للتنخيمة بحثاً عن استيطان من طرف زائفة زنجارية Pseudomonas aeruginosa:
 - زرع شكّل (متعدد الشكل).
 - استقصاء البؤر التعفننية:
 - ✓ الفحص الفموي: وجود بعض الأسنان مسوسة.
 - ✓ مشعاعية الجيوب الأنفية: الجيوب الأنفية حرة sinus libres.
 - استقصاء النشاء:
 - ✓ البيلة البروتينية ليوم كامل: سالبة بنسبة 0,04 غ في اليوم.
 - ✓ خزع الغدد اللعابية: غياب أي آفة تدل على النشاء.
 - 4. التدبير العلاجي:
 - الترويض الطبي التنفسي الإفراغي: يجرى عبر عدة حصص بطريقة منتظمة حيث تُبدأ في المستشفى ثم تتابع من طرف المريض في منزله عبر عدة حصص منتظمة.
 - الوقاية من التعفنات الإضافية
 - ✓ استئصال البؤر التعفننية: علاجات الأسنان.
 - ✓ التلقيح ضد نزلي وضد عقديي.
 - الإقلاع عن التدخين و الحشيش و الخمر.
 - تمييزه جيد مع الإكثار من السوائل.
 - تجنب الضدحيلاجية الوقائية.

Dilatation des bronches bilatérale diffuse

IDENTITE:

Il s'agit de monsieur Oussama, âgé de 45ans, maçon de profession, père de deux enfants, ramédiste, originaire et habitant à Missour.

MOTIF D'HOSPITALISATION: dyspnée chronique

ANTECEDENTS:

➤ Antécédents personnels

✓ Antécédents médicaux:

- il n'est jamais traité pour la tuberculose et ne présente pas de contag tuberculeux récent.
- il n'existe pas de cardiopathie, ni de diabète, ni de néphropathie ou d'autres tares connues ou traitées.
- il est tabagique chronique depuis 11 ans à raison de deux paquets par jour, cannabique chronique depuis 8 ans, alcoolique chronique depuis 6 ans.
- il n'existe pas de prise médicamenteuse au long cours.
- il est exposé à la silice (maçon) depuis 10 ans
- il n'a pas d'antécédents d'infections respiratoires dans l'enfance: pas de rougeoles, pas de coqueluche

✓ Antécédents chirurgicaux:

- le patient n'a jamais été opéré.

➤ Antécédents familiaux:

- il n'existe pas d'antécédent familial notable.

HISTOIRE DE LA MALADIE:

Remonte à 3 ans par l'apparition d'une toux sèche sans dyspnée ni hémoptysie ni signes d'hyperréactivité bronchique, et sans signe extra respiratoires associés. La symptomatologie est marquée il y a un an par la modification de la toux devenant productive ramenant des expectorations muqueuses et mucco-purulentes surtout matinales avec une dyspnée stade III de SADOUL sans hémoptysie ni signes cliniques d'hypercapnie. Il a été hospitalisé à l'hôpital Ibn Alkhatib où il a bénéficié d'un bilan radiologique (radiographie thoracique de face et TDM thoracique). Devant la persistance de la symptomatologie, le patient fut adressé au service de pneumologie au CHU HASSAN II Fès pour complément de prise en charge.

EXAMEN CLINIQUE

- L'examen général:
 - ✓ patient conscient, polypnéique à 22 c/mn, normo tendu à 120/80 mm Hg, FC à 72 b/mn, SaO₂ à 96 % à l'air ambiant, conjonctives normo colorées, température à 37,2°.
 - ✓ il ne présente pas de cyanose ni signes de lutte ventilatoire.
 - ✓ il existe un hippocratisme digital.
- L'examen pleuro pulmonaire:
 - ✓ le thorax est de morphologie normale.
 - ✓ il n'existe pas de circulation veineuse collatérale.
 - ✓ les vibrations vocales sont bien transmises.
 - ✓ le murmure vésiculaire est bien perçu.
 - ✓ il existe des râles ronflants diffus et bilatéraux.
 - ✓ Il n'existe pas de matité ni d'hyper sonorité.
- L'examen cardio-vasculaire
 - ✓ les bruits B1, B2 sont bien perçus.
 - ✓ la systole et la diastole sont libres.
 - ✓ il n'existe pas de signe d'insuffisance cardiaque droite
- L'examen abdominal
 - ✓ l'abdomen est souple et respire normalement.
 - ✓ il n'existe pas d'hépatomégalie ni de splénomégalie ni de masse palpable.
- L'examen ORL:
 - ✓ mauvais état buccodentaire.
 - ✓ il n'existe pas d'herpès labial.
 - ✓ on ne trouve pas de douleur exquise à la palpation des sinus.
- L'examen des aires ganglionnaires: les aires ganglionnaires sont libres.
- Le reste de l'examen somatique est sans particularité.

RADIOGRAPHIE THORACIQUE DE FACE:

- multiples images aréolaires (clartés arrondies à parois fines parfois épaisses) diffuses bilatérales. A droite, ces images réalisent un aspect en grappe de raisin au niveau de la moitié inférieure du poumon
- quelques images aréolaires rétro-cardiaques.

⇒ aspect radiologique compatible avec une dilatation des bronches diffuses de type kystique.

**CONCLUSION RADIO CLINIQUE:**

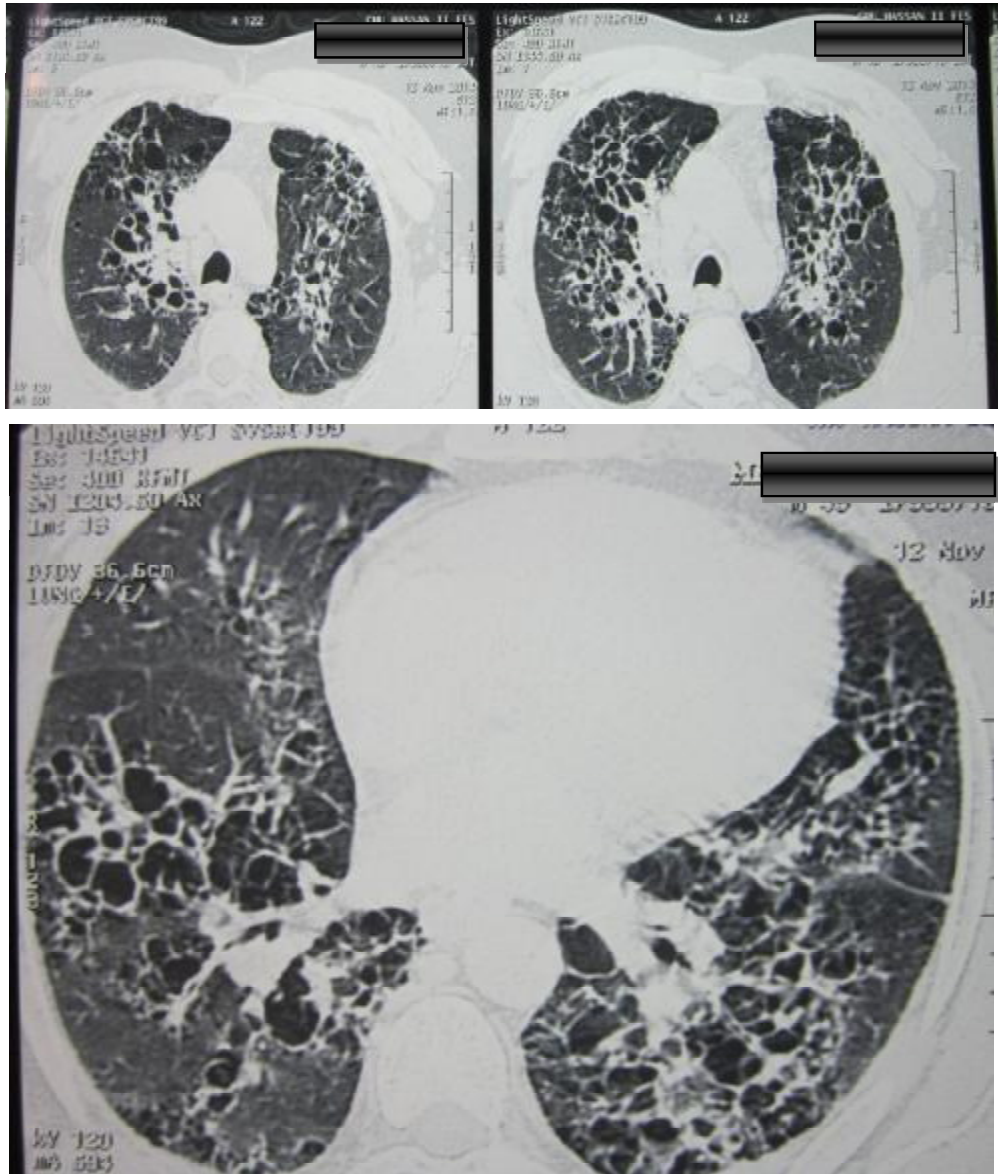
Il s'agit d'un patient âgé de 45 ans, tabagique chronique depuis 11 ans, cannabique chronique depuis 8 ans, alcoolique chronique depuis 6 ans, ayant la notion d'exposition à la silice (maçon) depuis 10 ans. Il présente une symptomatologie chronique qui remonte à 3 ans faite d'une toux sèche devenant depuis 1 an productive ramenant des expectorations muco-purulentes réalisant une bronchorrhée matinale avec en plus une dyspnée stade III de SADOUL sans signes extra respiratoires. L'examen clinique trouve des râles ronflants bilatéraux diffuses et un hippocratisme digital. La radiographie thoracique de face objective des images aréolaires diffuses bilatérales évoquant une dilatation des bronches diffuse.

DIAGNOSTIC RETENU: dilatation des bronches diffuses bilatérales

⇒ ces dilatations des bronches posent le problème du diagnostic étiologique, du retentissement fonctionnel et des complications

CONDUITE A TENIR**1. Bilan étiologique**

➤ TDM thoracique:



- ✓ multiples images cavitaires à parois fine parfois épaisses faisant évoquer en premier des dilatations des bronches segmentaires et sous segmentaires bilatérales. Ces clartés réalisant parfois l'aspect en bague à chaton.
- ✓ On note des zones très denses évocatrices de masse de fibrose
- ✓ On note parfois des clartés évocatrices des bulles d'emphysème

⇒ On va évoquer les étiologies suivantes:

- ✓ La silicose:
 - pour
 - la profession de maçon

- L'aspect scanographique: la fibrose et l'emphysème.
- Le malade a ramené une radiographie thoracique datant de 2 ans montrant le même aspect
- ✓ Autres étiologies:
 - séquelles d'infection respiratoire à l'enfance.
 - maladies dysimunitaires
 - reflux gastro-œsophagien

⇒ mais il n'existe pas d'élément en faveur de ces diagnostics.

2. Bilan de retentissement fonctionnel:

➤ Biologie:

Numération formule sanguine:

-une polyglobulie avec hémoglobine à 16 g par décilitre

-hématocrite à 47%

➤ Spirométrie: après kinésithérapie respiratoire de drainage:

la spirométrie est en faveur d'un trouble ventilatoire mixte avec les valeurs suivantes:

- capacité vitale forcée (CVF) à 2,85 litres soit 63%
- VEMS à 1,4 litres soit 41%
- rapport de TIFFENEAU à 0,65
- Pléthysmographie: confirme le trouble ventilatoire restrictif avec une capacité Pulmonaire totale à 73 %.
- Test de marche de 6 minutes: désaturation à la 4ème mn (98% => 92%) mais la Patient a terminé le test avec une saturation à 90%
- Gazométrie:
 - PaO2 à 58 mm Hg (hypoxémie)
 - PaCO2 à 37 mm Hg (pas d'hypercapnie)
- Echographie trans thoracique: discrète HTAP

3. Bilan des complications:

- 3 examens cyto bactériologiques des expectorations (ECBC) à la recherche des bacilles acido-alcolo-résistants.
- Sérologie aspergillaire négative
- ECBC à la recherche d'une colonisation par le pseudomonas: culture polymorphe
- Bilan des foyers infectieux:
 - ✓ examen stomatologique: présence de quelques caries dentaires.
 - ✓ radio des sinus: sinus libres

- Bilan d'amylose:
 - ✓ Protéinurie de 24 heures: négative à 0,04 g/24h
 - ✓ Biopsie des glandes salivaires: absence de lésion en faveur d'une amylose.
- 4. Prise en charge thérapeutique:
- Kinésithérapie respiratoire de drainage démarré à l'hôpital puis poursuivie par le patient à domicile.
- Prévention des surinfections:
 - ✓ eradication des foyers infectieux: soins dentaires.
 - ✓ vaccination: anti grippale et anti pneumocoque.
- Sevrages tabagique, alcoolique et cannabique.
- Bonne hydratation avec boissons abondantes.
- Eviter l'antibiothérapie prophylactique.

الواريات الخلالية

الساكوكيد

تعريف المريض:

يتعلق الأمر بالسيدة ثورية، تبلغ من العمر 36 سنة، مهنتها ربة بيت، مشمولة بنظام المساعدة الطبية، سكانها وأصلها بمدينة خنيفرة، متزوجة وأم لثلاثة أبناء.

سبب الاستشفاء: نهيج مزمن.

السوابق المرضية:

➤ السوابق الشخصية:

✓ السوابق الطبية:

- لها تعرض للدخان المنزلي منذ الطفولة.
- لم يسبق لها أن أصيبت بمرض السل و لا وجود لعدوى بهذا المرض.
- لا تعاني من السكري و لا من أي مرض قلبي أو مرض كلوي و لا أي مرض آخر.
- لا تدخن و لا تمارس أي عادات ضارة بالجسم (تناول الكحول، الشيشة، المخدرات ...).
- لا تتناول أية أدوية باستمرار.

✓ السوابق الجراحية:

- لم يسبق لها أن خضعت لأي عملية جراحية.

✓ سوابق أمراض النساء و التوليد:

- حملت 3 مرات وأنجبت 3 مرات.
- لم يحدث لها إجهاض.
- تاريخ آخر دورة شهرية يعود إلى 10 أيام.
- الدورة الحيضية منتظمة.

➤ السوابق العائلية:

- ليس لديها سوابق عائلية تذكر.

التاريخ المرضي:

تعود بداية المرض إلى عامين وذلك بظهور نهيج من الدرجة 2 حسب سلم سادول تفاقم تدريجياً إلى الدرجة 3 منذ سنة، دون آلام صدرية أو تخيمة أو بصق الدم أو أعراض أخرى مصاحبة. بالإضافة إلى هذا فالمریضة تتحدث عن أعراض خارج تنفسية مثل نقص البصر في العينين معاً وجفاف العينين مع آلام مفصليّة متعددة ليلية (الركبة، الورك، الورك، الرسغ، المرفق) دون تصلب صباحي. دون أعراض الأنف و الأذن و الحنجرة (دون ذات جيب sinusite ودون ثر أنفي متقشر rhinorrhée crouteuse. كل هذه الأعراض تطورت في جو من الحفاظ على الحالة العامة و اللاحمى ودفعت المريضة للاستشارة الطبية في مصلحة طب الجهاز التنفسي.

الفحص السريري:

➤ الفحص العام:

المریضة فی وعی تام، عادیة النفس "س ن" بمعدل 16 د/دق، ضغطها الدموي عادي في حدود 70/110 مم.ز، س.ق بمعدل 70 ن/دق، "تشاك" في حدود 96 % في الهواء الطلق، ملتحمة المريضة عادية اللون. درجة حرارتها 37°، وزنها 48 كغ وطولها 1,56 متر.

➤ الفحص الجنبرئوي:

- ✓ صدر ذو مظهر خارجي عادي.
- ✓ الاهتزازات الصوتية عادية.
- ✓ الهمس الحويصلي عادي.
- ✓ لا توجد خراخر أثناء التسمع.

➤ فحص القلب و الشرايين:

- ✓ الأصوات القلبية عادية.
- ✓ زمنا الانقباض و الانبساط عاديان.
- ✓ لا يوجد صفير و لا صوت إضافي.
- ✓ لا توجد أعراض القصور القلبي الأيمن.

➤ الفحص البطني:

- ✓ البطن لين و تنفسه طبيعي.
- ✓ لا يوجد تضخم كبدي و لا طحالي.
- ✓ لا توجد كتلة بطنية أثناء الجس.

➤ فحص الباحات العقدية: الباحات العقدية عادية، خاصة المرفقية épitrochlienne

➤ الفحص النسائي:

✓ الفحص تحت الموسع المهبل:

- لا يوجد إفراز مخاطي و لا دموي.
- عنق الرحم مغلق ودون علامات التهابية.
- ✓ لمسة المهبل:

- لا توجد كتلة ملموسة أثناء تحريك الرحم.

- خندق دو كلا حر cul de sac de douglas libre

✓ فحص الثديين:

- محيط الثديين متماثلان.
- لا توجد علامات التهابية.
- لا توجد كتلة ملموسة.

➤ فحص الأنف و الأذن و الحنجرة:

✓ ليس هناك ألم يستثار أثناء جس الجيوب الأنفية.

✓ ليس هناك ثَر أنفي خلفي.

➤ فحص العظام و المفاصل:

✓ حركات المفاصل طبيعية: les articulations sont libres

✓ لا يوجد ألم أثناء تحريك المفاصل.

✓ لا توجد أعراض التهاب مفصلي و لا علامات التهابية قبالة المفاصل.

➤ فحص الجهاز العصبي:

✓ لا توجد أعراض عصبية أو حسية.

✓ الانعكاسات العظمية الوترية موجودة ومتماثلة.

➤ فحص الجلد و المخاط:

✓ لا يوجد حُمَامَى عَقْدَة érythème noueux

✓ لا توجد علامات تتماشى مع الساركويد.

➤ باقي الفحص الجسدي: دون علة تذكر.

المشعاعية الصدرية الأمامية:

➤ عتامات ذات إسقاط نقيري ثنائية الجانب متعددة التفصص

حدودها الخارجية واضحة تشكل مظهر "مفومة نقيرية

ثنائية الجانب" مصحوبة بعاتامات شبكية وعقيدية منتشرة

محدثة متلازمة خلالية.

الملخص المشعاعي السريري:

يتعلق الأمر بمریضة تبلغ من العمر 36 سنة، لديها تعرض للدخان المنزلي منذ الطفولة، تعاني منذ عامين من نهيج مزمن من الدرجة 2 أصبح من الدرجة 3 منذ سنة دون أعراض تنفسية مصاحبة، تطور في جو من الحفاظ على الحالة العامة و اللاحمی. بالإضافة إلى هذا فالمریضة تتحدث عن أعراض خارج تنفسية مثل نقص البصر في العينين مع وجفاف العينين مع آلام مفصليّة متعددة ذات طبيعة التهابية. الفحص السريري دون خصوصية. المشعاعية الصدرية بينت مظهر "مفومة نقيرية ثنائية الجانب" مع متلازمة خلالية.

التشخيصات الممكنة:

1) ساركويد منصفي رئوي médiastino-pulmonaire (من النوع 2) نظراً للعناصر التالية:

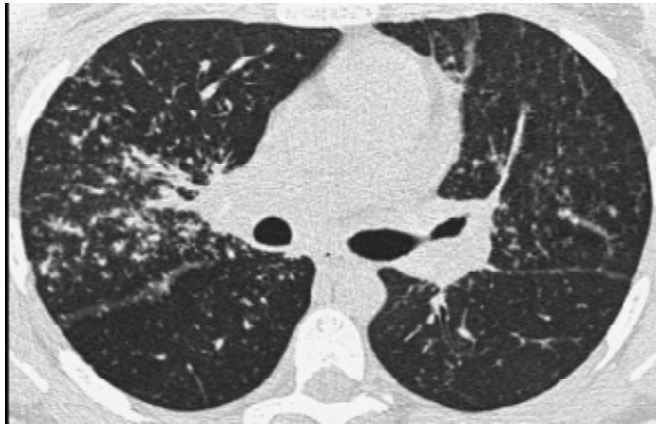
- المظهر الشعاعي.
- الحفاظ على الحالة العامة.
- الإصابة الحديثة للعينين.
- آلام المفاصل.

2) لمفومة خبيثة لا هودشكينية منصفية ورئوية: لكن لا توجد عقادات هامشية و لا تدهور للحالة العامة

3) متلازمة كوجروسجوكرن: نظراً لجفاف العينين لكن وجود عقادات منصفية لا يتلاءم مع هذا التشخيص.

تدبير الحالة:

1. المفراس الصدري: لتحديد نوع الآفة الخلالية:



✓ النافذة المتنية:

- مظهر شبكي عقيدي مبعثر على مستوى الرئتين.
- تسمك جار قصبيوعائي ثنائي الجانب.

✓ النافذة المنصفية:

- عقادات منصف نقرية ثنائية الجنب وتحت جؤجئية.
- ليس هناك انصباب جنبي و لا تاموري.

2. المقصاب الأليافي مع الخزعات الطبقيّة و الغسل القصبي السنخي:

✓ الشجرة القصبية اليمنى: مظهر تنظيري عادي تماماً، لا يوجد التهاب و لا إفرازات. جميع النتوءات القصبية دقيقة و الفوهات القصبية حرة.

✓ الشجرة القصبية اليسرى: مظهر تنظيري عادي، جميع النتوءات القصبية دقيقة و الفوهات القصبية حرة.

✓ الغسل القصبي السنخي: فرط خلوية مع :

- للمفاويات: 52 %.
- الكريات البيض الحمضة: 2 %.
- مفصصات النوات: 6 %.
- البلعميات: 40 %

■ الخارج CD4/CD8 أكبر من 1.

✓ الخزعات الطبقية: قيد الدراسة.

3. خزعة الغدد اللعابية: بحثاً عن دليل نسيجي: ليست هناك آفة تتماشى مع الساركويد.

4. استقصاءات الساركويد

✓ الفحوصات البيولوجية:

- البيلة البروتينية ليوم كامل: عادية بنسبة 0,05 غ/ل
- نسبة الكالسيوم في الدم لثلاث أيام متتالية: عادي.
- نسبة الكالسيوم في البول لثلاث أيام متتالية: عادي.
- نسبة الفوسفور في الدم لثلاث أيام متتالية: عادي.
- نسبة الفوسفور في البول لثلاث أيام متتالية: عادي.
- رحلان البروتينات البلازمية: عادي.
- الوظيفة الكلوية عادية: اليوريا بنسبة 0,19 غ/ل و الكرياتينين بنسبة 5 مغ في اللتر.
- الوظيفة الكبدية: عادية
- ✓ الكهربية القلبية: دون علة تذكر.
- ✓ استشارة طبيب العيون: متلازمة جافة قوية مع ذات العنينة الأمامية.
- ✓ مشعاعية اليدين و الرجلين: دون علة تذكر
- ✓ النتيجة التشريحية للخزعات القصية الطبقية:
- أفات حبيومية ظهيرية ضخمة الخلايا دون نخر جبني تجعلنا نرجح مرض الساركويد.
- التشخيص المرجح: ساركويد منصفى رئوي (من النوع 2) مع إصابة بصرية.

5. الاستقصاء الوظيفي:

- ✓ "تعد" NFS: الهيموكلوبين: 13 غ في الديسيلتر (ليس هناك فرط كروية).
- ✓ مقياس النفس: نتائجه تتماشى مع خلل التهوية الحصري مع القيم التالية:
- السعة الحيوية القسرية "سحق": 1,3 لتر أي ما يعادل 46 %.
- الحجم الزفيري الأقصى في الثانية "حزاث": 1,15 لتر ما يعادل 51 %.
- معامل تيفنو: 0,9.
- ✓ اختبار المشي لست دقائق: اللاتشبع الأكسجيني في الدقيقة الثالثة حيث نقص من 98 إلى 93 % إلا أن المريضة أكملت الاختبار بتشبع في حدود 90 %.
- ✓ قياس الغاز الشرياني:
- ضغط الأكسجين في الشريان: 60 مم. ز (نقص تأكسج الدم).
- ضغط ثنائي أكسيد الكربون في الشريان: 38 مم. ز (ليس هناك فرطكربية).
- ✓ مقياس التحجم: نتائجه أكدت خلل التهوية الحصري مع سعة رئوية كاملة: 46 %.
- ✓ فحص الصدى القلبي خلال صدري: ليس لدى المريضة ارتفاع ضغط شريان الرئة.

6. قرار الاجتماع التشاوري: (طبيب الجهاز التنفسي، طبيب الأشعة وطبيب التشريح): يتعلق الأمر بالساركويد من

النوع 2 مع إصابة بصرية وتأثير وظيفي يستوجب علاجا بالقشرانلاجية طويلة الأمد.

7. الفحوصات قبل القشرانلاجية:

✓ "تعد" NFS: ليس لديها فرط الكريات البيض.

✓ سُكْرُ دِمِيَّة: عادية.

✓ قياس الضغط الدموي: عادي

✓ دراسة مصلية فيروسية: سالبة.

8. بداية القشرانلاجية:

نبدأ بجرعة 30 مغ في اليوم مع مراقبة سريرية ووظيفية خلال شهر ثم خلال 3 أشهر لغرض خفض الجرعة ب 5 مغ كل 3 أشهر:

الوصفة: بريدنيزولون 5 مغ: 6 حبات في الصباح بعد الأكل لمدة شهر.

9. العلاج الموازي:

تجنب تناول الكالسيوم وفيتامين د.

تناول أغذية ناقصة الملح و السعرات.

مراقبة الأعراض الجانبية للقشرانلاجية.

تجنب التدخين.

10. متابعة:

مراقبة سريرية، مشعاعية ووظيفية بعد شهر وحسب الاستجابة العلاجية.

Sarcoïdose

IDENTITE:

Il s'agit de madame Touriya de 36 ans originaire et habitant à Khénifra femme au foyer, mère de 3 enfants, ramediste.

MOTIF D'HOSPITALISATION: dyspnée chronique

ANTECEDENTS:

➤ Antécédents personnels

✓ Antécédents médicaux:

- elle a une exposition à la fumée domestique depuis l'enfance.
- elle n'est jamais traitée pour la tuberculose et ne présente pas de contagé tuberculeux récent.
- il n'existe pas de cardiopathie, ni de diabète, ni de néphropathie ou d'autres tares connues ou traitées.
- la patiente est non tabagique et n'a pas d'autres habitudes toxiques.
- il n'existe pas de prise médicamenteuse au long cours.

✓ Antécédents chirurgicaux:

- la patiente n'a jamais été opérée

✓ Antécédents gynéco-obstétricaux:

- 3 gestes, 3 parités.
- elle n'a pas eu d'avortement.
- date des dernières règles à 10 jours.
- cycle menstruel régulier

➤ Antécédents familiaux:

- il n'existe pas d'antécédent familial notable.

HISTOIRE DE LA MALADIE:

Remonte à 2 ans par l'installation d'une dyspnée stade II d'aggravation progressive devenant stade III depuis 1 an sans douleurs thoraciques, sans toux ni expectorations ni hémoptysie ni autres signes associés. Par ailleurs la patiente rapporte comme signes extra respiratoires une baisse de l'acuité visuelle des deux yeux et une xérophtalmie avec des polyarthralgie nocturnes (genou ,cheville ,hanche , poignet, coude) sans raideur matinale. On note l'absence des signes ORL (pas de sinusite, ni rhinorrhée crouteuse). Ceci évolue dans un contexte d'apyrexie et de conservation de l'état général motivant sa consultation au service de pneumologie.

EXAMEN CLINIQUE:

➤ Examen général:

patiente consciente, eupnéique à 16 c/mn, normo tendue à 110/70 mm Hg , FC à 70 b/mn, SaO2 à 96 % à l'air ambiant, conjonctives normo colorées, température à 37°, poids à 48 kg, taille à 1m56.

➤ L'examen pleuro pulmonaire:

- ✓ le thorax est de morphologie normale.
- ✓ les vibrations vocales sont bien transmises.
- ✓ le murmure vésiculaire est bien perçu.
- ✓ il n'existe pas de râles à l'auscultation.

➤ L'examen Cardiovasculaires:

- ✓ les bruits B1et B2 sont bien perçus.
- ✓ la systole et la diastole sont libres.
- ✓ il n'existe pas de souffle ni de bruit surajouté.
- ✓ Il n'existe pas de signes d'insuffisance cardiaque droite.

➤ L'examen abdominal:

- ✓ L'abdomen est souple et respire normalement.
- ✓ il n'existe pas d'hépatomégalie ni de splénomégalie.
- ✓ il n'existe pas de masse abdominale palpable.

➤ L'examen des aires ganglionnaires: les aires ganglionnaires sont libres en particulier épitrochléen.

➤ L'examen gynécologique:

- ✓ examen sous spéculum:
 - pas de sécrétion muqueuse ni sanglante
 - col fermé sans signe inflammatoire
- ✓ toucher vaginale:
 - pas de masse palpable à la mobilisation de l'utérus

- cul de sac de douglas libre
- ✓ examen des seins:
 - seins de contours symétriques.
 - pas de signe inflammatoire.
 - pas de masse palpable.
- L'examen ORL:
 - ✓ Il n'existe pas de douleur exquise à la palpation des sinus.
 - ✓ Il n'existe pas de rhinorrhée postérieure.
- L'examen ostéo-articulaire:
 - ✓ les articulations sont libres.
 - ✓ il n'existe pas de douleur à la mobilisation.
 - ✓ il n'existe pas de signe d'arthrite ni signes inflammatoires en regard.
- L'examen neurologique:
 - ✓ Il n'existe pas de signe sensitif ou moteur.
 - ✓ Les réflexes ostéo-tendineux sont présents et symétriques.
- Examen cutanéomuqueux:
 - ✓ il n'existe pas d'érythème noueux.
 - ✓ il n'existe pas d'élément en faveur de sarcoïdose
- Le reste de l'examen somatique est sans particularité

RADIOGRAPHIE PULMONAIRE:

- ✓ opacités à projection hilaires bilatérales polylobées avec limites externes nettes réalisant un aspect de "lymphome hilaraire bilatéral" associées à des opacités réticulaires et micro nodulaires diffuses réalisant un syndrome interstitiel



CONCLUSION RADIO-CLINIQUE:

Patiente de 36ans ayant une exposition à la fumée domestique qui présente une dyspnée stade II de la classification mMRC depuis 2 ans, devenant stade III depuis un 1 an, sans signes respiratoires évoluant dans un contexte d'apyrexie et de conservation de l'état général. Par ailleurs elle rapporte comme signes extra respiratoires une baisse de l'acuité visuelle des deux yeux avec un syndrome sec et des

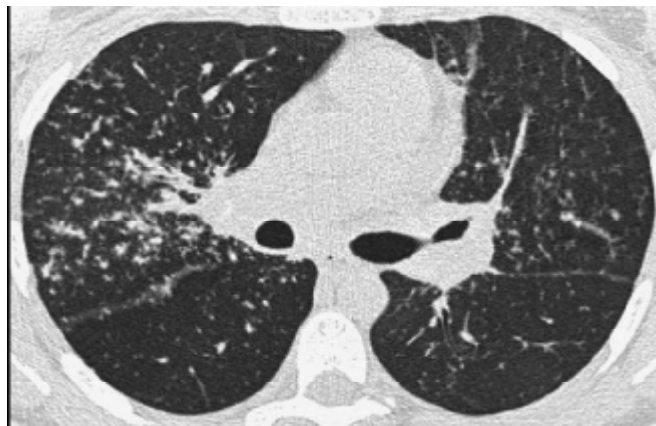
polyarthralgies d'allure inflammatoire chez qui l'examen clinique est sans particularité. la radiographie thoracique trouve un aspect de "lymphome hilaire bilatéral" avec un syndrome interstitiel.

DIAGNOSTICS A EVOQUER:

- Sarcoïdose médiastino-pulmonaire (type II) vus les éléments suivants:
 - ✓ l'aspect radiologique
 - ✓ la conservation de l'état général
 - ✓ l'atteinte oculaire récente
 - ✓ les arthralgies
- Lymphome malin non hodgkinien médiastinal et pulmonaire mais il n'existe pas d'adénopathies périphériques et pas d'altération de l'état général.
- Syndrome de Gougerot Sjogren vue la xérophtalmie mais la présence des adénopathies médiastinales n'est pas en faveur de ce diagnostic

CONDUITE A TENIR

1. Scanner thoracique pour préciser le type de l'atteinte interstitielle:



- fenêtre parenchymateuse:
 - ✓ Aspect réticulo-micronodulaire éparse au niveau des champs pulmonaires
 - ✓ Epaississement péri-bronchio-vasculaire bilatéral
- fenêtre médiastinale:
 - ✓ Adénopathies médiastino-hilaires bilatérales et sous carinères
 - ✓ Absence d'épanchement pleural ou péricardique
- 2. Fibroscopie bronchique avec biopsies bronchiques étagées et lavage broncho alvéolaire:
 - ✓ Arbre bronchique droit: aspect endoscopique strictement normal, pas d'inflammation, pas de sécrétions. Tous les éperons sont fins et les orifices bronchiques sont libres.

- ✓ Arbre bronchique gauche: aspect endoscopique normal, les éperons sont fins et les orifices bronchiques sont libres.
 - ✓ Lavage broncho alvéolaire: hypercellularité avec :
 - lymphocytes à 52% éosinophiles à 2%.
 - polynucléaires neutrophiles à 6%.
 - macrophages à 40%.
 - CD4/CD8 supérieur à 1.
 - ✓ Biopsies bronchiques étagées: résultats en cours.
 3. Biopsie des glandes salivaires à la recherche d'une preuve histologique: pas de lésion histologique en faveur de la sarcoïdose.
 4. Bilan de la sarcoïdose:
 - ✓ Bilan biologique:
 - Bilan phosphocalcique sanguin des 3 jours de suite: normal
 - Bilan phosphocalcique urinaire des 3 jours de suite: normal
 - Protéinurie de 24 heures: négative à 0,05g/24h
 - Electrophorèse des protéines normale
 - Fonction rénale normale avec:
 - urée à 0,19 g/l.
 - créatinine à 5mg/l.
 - Bilan hépatique normal.
 - ✓ ECG: sans anomalie.
 - ✓ Avis ophtalmologique: syndrome sec sévère avec uvéite antérieure.
 - ✓ Radiographie des mains et des pieds: sans anomalie.
 - ✓ Résultats anatomopathologiques de la biopsie bronchique étagée:

Lésions granulomateuses épithélioïdes et giganto-cellulaires sans nécrose caséuse évoquant en premier lieu une sarcoïdose.
- ⇒ Diagnostic retenu: sarcoïdose médiastino-pulmonaire (type II) avec atteinte oculaire.
5. Bilan fonctionnel:
 - ✓ NFS: hémoglobine à 13g/dl (pas de polyglobulie)
 - ✓ Spirométrie: en faveur d'un trouble ventilatoire restrictif avec les valeurs suivantes:
 - capacité vitale forcée à 1,3 litres soit 46%
 - VEMS à 1,15 litres soit 51%
 - rapport de Tiffeneau à 0,9
 - ✓ Test de marche de 6 minutes: désaturation à la 3ème min (98% => 93%) mais la patiente a terminé le test avec une saturation à 90%

- ✓ Gazométrie:
 - PaO₂ à 60 mm Hg (hypoxémie)
 - PaCO₂ à 38 mm Hg (pas d'hypercapnie)
- ✓ Pléthysmographie: confirme le trouble ventilatoire restrictif avec capacité pulmonaire totale à 46%
- ✓ Echographie cardiaque trans thoracique: elle n'a pas d'hypertension artérielle pulmonaire.

6. Décision de RCP: (pneumologue, radiologue, anathomopathologiste) sarcoïdose type II avec atteinte ophtalmique et retentissement fonctionnel nécessitant un traitement par corticothérapie au long cours

7. Bilan pré-corticothérapie:

- ✓ NFS: elle n'a pas d'hyperleucocytose.
- ✓ glycémie: normale.
- ✓ tension artérielle normale.
- ✓ sérologie virale: négative.

8. Démarrer la corticothérapie à base de 30 mg par jour avec évaluation clinique et fonctionnelle dans 1 mois puis dans 3 mois pour la dégression à raison de 5 mg tous les 3 mois:

- ordonnance: prednisolone 5mg: 6 comprimés le matin après le repas pendant 1 mois

9. traitement adjuvant:

- éviter le vitamine D et l'apport calcique.
- régime hypo sodé et hypocalorique.
- surveillance des effets secondaires de la corticothérapie.
- éviter le tabagisme.

10. suivi:

Surveillance clinique, radiologique et fonctionnelle après 1 mois puis selon la réponse thérapeutique

التليف الرئوي مجهول السبب

تعريف المريض:

يتعلق الأمر بالسيد أسامة، يبلغ من العمر 50 سنة، متزوج وأب لثلاثة أبناء، مهنته أستاذ، مشمول بالتغطية الصحية، سكناه وأصله بمدينة فاس.

سبب الاستشفاء: نهيج مزمن

السوابق المرضية:

➤ السوابق الشخصية:

✓ السوابق الطبية:

- لم يسبق له أن أصيب بمرض السل و لا وجود لعدوى بهذا المرض.
- لا يعاني من ارتفاع الضغط الدموي و لا من أي مرض قلبي
- لا يعاني من السكري و لا من أي مرض كلوي.
- لا يدخن و لا يمارس أي عادات ضارة بالجسم (تناول الكحول، الشيشة، المخدرات ...)
- لا يتناول أية أدوية باستمرار.
- ليس له تعرض خاص لمصدر تلوث.

✓ السوابق الجراحية:

- لم يسبق له أن خضع لأي عملية جراحية.
- ✓ التاريخ المهني: لم يمارس أي مهنة أخرى بالموازاة مع مهنة التعليم.

➤ السوابق العائلية

- ليس هناك حالات مشابهة في محيطه العائلي

التاريخ المرضي:

ترجع بداية المرض إلى 8 سنوات وذلك بظهور نهيج من الدرجة الأولى حسب ترتيب سادول بالتزامن مع سعال تارة يكون جافاً وتارة يكون مصحوباً بتتخيمه مخاطية ومخاطية قيحية بالإضافة إلى صفير صدري دون علامات الفرطكربية، دون بصق للدم ودون آلام صدرية. منذ 3 سنوات تفاقم نهيج المريض حيث انتقل إلى الدرجة الثالثة مع ظهور عدة نوبات من فرط الاستثارة القصبية. كل هذه الأعراض تطورت في إطار من الحفاظ على الحالة العامة واللاحمى. هذا التفاقم دفع المريض إلى الاستشفاء بمصلحة الجهاز التنفسي حيث تم قبوله بها لعدة مرات، وقد تم قبوله هذه المرة من أجل التشخيص السببي وإجراء الفحوصات الوظيفية وكذا فحوصات لكشف مدى تأثير النهيج المزمن الذي يعاني منه المريض.

الفحص السريري:

الفحص العام:

المريض في وعي تام، سريع النفس بمعدل 22 د/دق، ضغطه الدموي عادي في حدود 80/120 مم.ز، سرعة القلب بمعدل 90 ن/دق، "تشاك" في حدود 86 % وبلغ 95 % تحت لترين من الأكسلاجية، ملتحة المريض عادية اللون، درجة الحرارة عادية في حدود 37°.

- الفحص الجنبرئوي:
 - ✓ صدر ذو مظهر خارجي عادي.
 - ✓ لا توجد دورة وريدية رادفة
 - ✓ الاهتزازات الصوتية طبيعية.
 - ✓ الهمس الحويصلي طبيعي.
 - ✓ وجود خراخر فرقية منتشرة في كلتا الجهتين وتسمع أكثر في قاعدتي الرئتين
 - ✓ ليس هناك تعجر الأصابع
- فحص القلب و الأوعية
 - ✓ الأصوات القلبية عادية.
 - ✓ زمنا الانقباض و الانبساط عاديان.
 - ✓ لا يوجد صفير و لا صوت إضافي.
 - ✓ لا توجد أعراض القصور القلبي الأيمن.
- الفحص البطني
 - ✓ البطن لين وتنفسه طبيعي.
 - ✓ عدم وجود دورة وريدية رادفة
 - ✓ لا يوجد تضخم كبدي و لا طحالي.
 - ✓ لا توجد كتلة بطنية أثناء الجس
- الباحات العقدية: ليس هناك تضخم للعقد اللمفية
- باقي الفحص الجسدي: دون أعراض تذكر

المشعاعية الصدرية الأمامية:

- وجود عتامات شبكية هامشية ثنائية الجانب أكثر وضوحا في الجانب الأيمن
- وجود عتامات عقدية وعقدية متعددة هامشية في الجزء السفلي من الصدر.
- عتامات صغيرة ومتعددة ذات جدران دقيقة ثنائية الجانب منتشرة، أكثر تواجدا في قاعدة الصدر تشكل مظهر خلية عسل.
- علامات انكماش تشير إلى التليف الرئوي:
 - ✓ الرئة اليمنى أصغر حجما من الرئة اليسرى.
 - ✓ انكماش الفراغات البيضلية وهي أكثر ظهورا في الجهة اليمنى.
 - ✓ الرغامى منزاحة نحو الجانب الأيمن بالإضافة إلى ارتفاع القبية الحجابية اليمنى.
- مظهر ضبابي للحرف الأيسر للقلب.

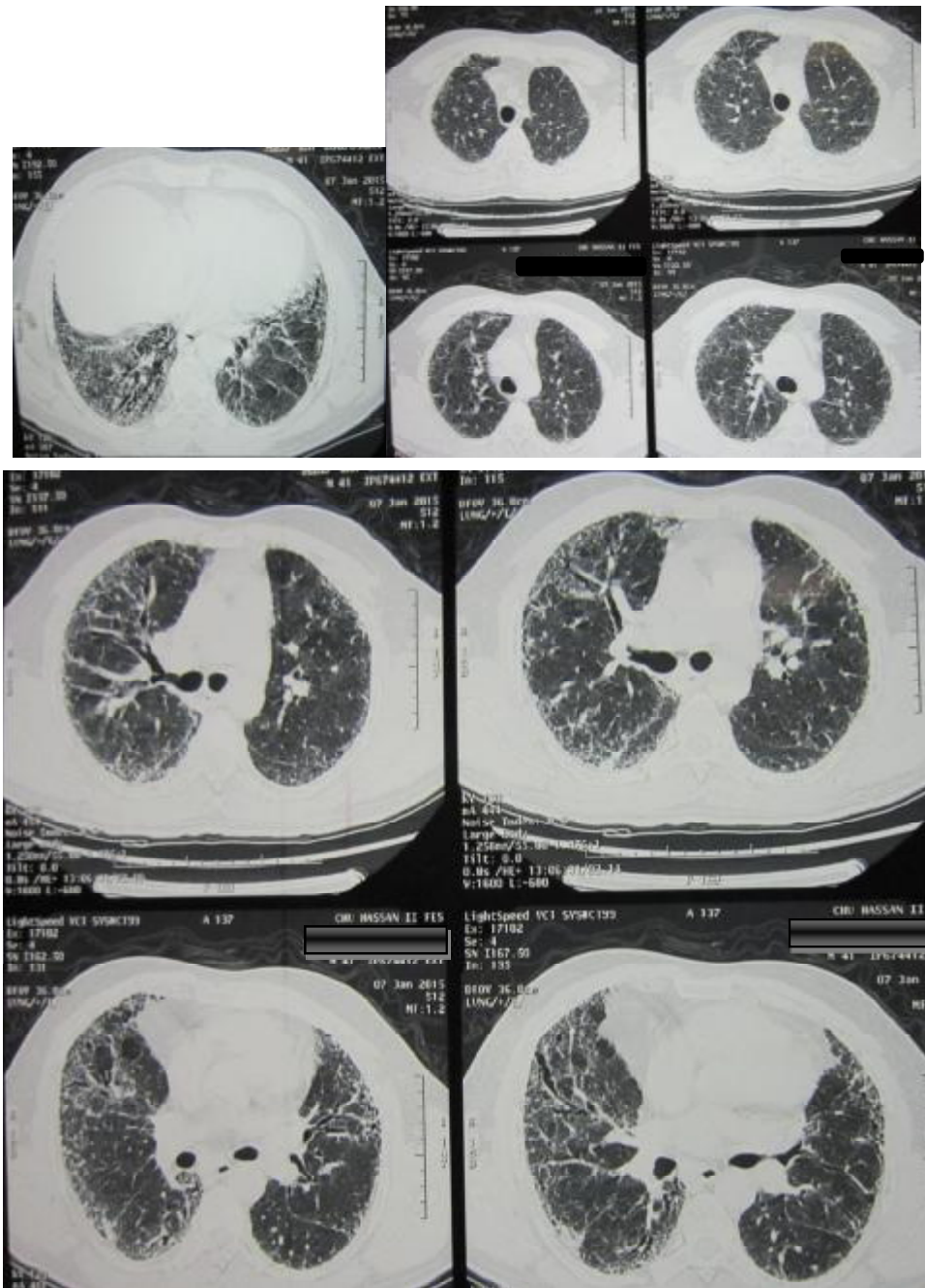


← هذا المظهر المشعاعي يتماشى مع متلازمة خلالية مليفة بالإضافة إلى علامات التليف.

الملخص المشعاعي السريري:

يتعلق الأمر بمرضى يبلغ من العمر 50 سنة، مهنته أستاذ، لا يدخن، دون سوابق مرضية قلبية، يعاني منذ 8 سنوات من نهيج مزمن شبه معزول زاد تفاقمًا منذ ثلاث سنوات مع نوبات من فرط الاستثارة القصبية، الفحص السريري أظهر وجود خراخر فرقية منتشرة ونقص في "تسكك" حيث بلغ 86 %. المشعاعية الصدرية بينت مظهرًا مشعاعيًا يتماشى مع المتلازمة الخلالية بالإضافة إلى علامات التليف.

التشخيص الراجع: الوارية الخلالية المنتشرة و التي تطرح مشكل التشخيص السببي

التشخيص السببي:**(1) المفراس الصدري**

- ✓ تسمك منتشر للحواجز الجارقيصية و الجارقيصية، دون عقادات منصفية و لا ذات جنب مصاحبة
- ✓ شكل خلية العسل هامشي وفصي أسفل ثنائي الجانب مع تواجد أكبر في قاعدتي الرئتين وتوسع قصباتي بالجر.

◀ وارية خلالية في مرحلة التليف دون عقادات منصفية.

(2) التشخيصات الممكنة:

- ✓ التشخيص الأكثر احتمالاً هو التليف الرئوي مجهول السبب نظراً للمعطيات المشعاعية، السريرية و المفراسية الصدرية:

- الخراخر الفرقعية.
- تعجر الأصابع.
- خلية عسل في المفراس الصدري.
- عدم وجود عقادات منصفية.
- عدم تعرض خاص لموثرات.
- ✓ أسباب أخرى ممكنة:
- سركويد في مرحلة التليف.
- وارية فرط التحسس. AAE
- مرضي مجموعي. maladie de système.

(3) الاستقصاء السببي:

- المقصাব الأليافي مع الخزعات الطبقة و الغسل القصي السنخي:
- ✓ مظهر عياني طبيعي باستثناء حالة التهابية من الدرجة الأولى.
- ✓ الخزعات الطبقة: سلبية.
- ✓ الغسل القصي السنخي: فرطخلوية مع نسبة مرتفعة لمُقَصَّصات النواة العدلة:
- مُقَصَّصات النواة العدلة: 41 %.
- اللمفاويات: 33 %.
- اللبلعميات: 26 %.

➤ الفحوصات البيولوجية:

- "تعد": دون علة تذكر
- "بست": دون علة تذكر
- نسبة الكالسيوم في الدم لثلاثة أيام: عادية.
- نسبة الفوسفور في الدم لثلاثة أيام: عادية.
- نسبة الكالسيوم في البول لثلاثة أيام: عادية.
- نسبة الكالسيوم في البول لثلاثة أيام: عادية.
- البيلة البروتينية ليوم كامل: عادية.
- رحلان البروتينات البلازمية :électrophorèse des protéines plasmatiques عادي
- الوظيفة الكلوية عادية مع:
- يوريا بنسبة 0,47 غ/ل
- الكرياتينين الدموي بنسبة 7 مغ/ل.

➤ الخزعة الرئوية الجراحية: أجريت في مصلحة الجراحة الصدرية بعد مناقشة حالة المريض خلال اجتماع تشاوري متعدد الاختصاصات (طبيب الأمراض التنفسية، طبيب جراحة الصدر، طبيب الأشعة، طبيب التشريح) وأرسلت إلى المختبر قصد الدراسة التشريحية فكانت نتيجة الدراسة التشريحية تتماشى مع التليف الرئوي مجهول السبب.

تشخيص التأثير المرضي:

➤ الاستقصاءات الوظيفية:

✓ مقياس النفس يتماشى مع خلل التهوية الحصري : le trouble ventilatoire restrictif :

▪ السعة الحيوية القسرية "سحق" CVF : 1,31 لتر أي 46 %.

▪ الحجم الزفيري الأقصى في الثانية (حراث) : 1,15 لتر أي ما يعادل 51 %.

▪ معامل تفنو : 0,88

✓ مقياس التحجم pléthysmographie : أكد أن الأمر يتعلق بخلل التهوية الحصري مع:

▪ السعة الرئوية الكلية : capacité pulmonaire totale : 2,09 لتر أي ما يعادل 46 %.

▪ الحجم المتبقي : volume résiduel : 0,71 لتر أي ما يعادل 38 %.

✓ اختبار المشي لست دقائق: ظهور اللاتشيع الأكسجيني حيث بلغ 80 % في الدقيقة الثانية مع تزايد في سرعة القلب حيث بلغت 102 ن/دق.

✓ قياس الغاز الشرياني في الهواء الطلق:

▪ الباهاء : 7,38

▪ الضغط الشرياني للأكسجين "ضشاك" : 64,4 مم ز (نقص تأكسج الدم)

▪ الضغط الشرياني لثنائي أكسيد الكربون "ضشثاك" : 41,4 مم ز (غياب الفرطكربية)

▪ "تشاك" : 88,7 بالمائة

▪ الهيماتوكريت : 48,4 بالمائة (فرطكروية)

➤ الاستقصاء القلبي:

✓ الكهربية القلبية: دون علة تذكر.

✓ فحص الصدى القلبي خلال صدري: ليست هناك علامات القلب الرئوي المزمن لكن هناك ارتفاع طفيف في الضغط الشرياني الرئوي.

التدبير العلاجي:

➤ المريض تم وضعه تحت علاج طويل الأمد يتكون من:

✓ الأكسلاجية طويلة الأمد باستعمال مرکز الأكسجين بمعدل 16 ساعة في اليوم.

✓ العلاج طويل الأمد بالقشرانلاجية فموية طويلة الأمد.

• بعد إجراء فحوصات ما قبل القشرانيات

• 1مغ /كغ /اليوم لمدة ثلاثة أشهر : وزن المريض 70 كغ.

• الوصفة: بريدنيزولون 20 مغ: 3 حبات و نصف في اليوم بعد الفطور لمدة ثلاثة أشهر

✓ العلاج الموازي:

إعطاء الفيتامين د و تناول الكالسيوم.

تناول أغذية قليلة الملح وقليلة السعرات.

متابعة الأعراض الجانبية للقشرانلاجية

تجنب التدخين.

➤ موعد للاستشارة الطبية للأمراض الصدرية من أجل المتابعة و اتخاذ القرار بإيقاف أو متابعة العلاج القشراني نظرا لاحتمال عدم الاستجابة العلاجية.

Fibrose pulmonaire idiopathique

IDENTITE:

Il s'agit de monsieur Oussama, âgé de 50 ans, marié et père de 3 enfants professeur de profession, mutualiste, originaire et habitant à Fès.

MOTIF DE CONSULTATION: dyspnée chronique

ANTECEDENTS:

➤ Antécédents personnels

✓ Antécédents médicaux:

- il n'est jamais traité pour la tuberculose et ne présente pas de contag tuberculeux récent.
- il n'existe pas d'hypertension artérielle ni de cardiopathie.
- il n'existe pas de diabète ni de néphropathie.
- le patient est non tabagique et n'a pas d'autres habitudes toxiques.
- il n'existe pas de prise médicamenteuse au long cours

✓ Antécédents chirurgicaux:

- le patient n'a jamais été opéré.

✓ histoire professionnelle:

- il n'existe pas d'autre activité professionnelle en parallèle de son profession.
- il n'existe pas d'exposition particulière à une source de pollution.

➤ Antécédents familiaux:

- il n'existe pas de cas similaire dans la famille.

HISTOIRE DE LA MALADIE:

Remonte à 8 ans par l'installation d'une dyspnée stade I de la classification de SADOUL associée à une toux sèche parfois associée à des expectorations muqueuses et muco-purulentes avec des sifflements thoraciques sans signes d'hypercapnie ni hémoptysie ni douleurs thoraciques. Depuis 3 ans, le malade a présenté une aggravation de sa dyspnée devenant stade III avec plusieurs épisodes d'hyper réactivité bronchique, ceci évoluant dans un contexte d'apyrexie et de relative conservation de l'état général. Cette aggravation a motivé son hospitalisation à plusieurs reprises, le patient est hospitalisé actuellement pour bilan étiologique fonctionnel et de retentissement de sa dyspnée chronique

EXAMEN CLINIQUE:

- L'examen général: patient conscient, polypnéique à 22 c/mn, normo tendu à 120/80 mm Hg, FC à 90 b/mn, SaO₂ à 86 % à l'air ambiant devenant 95 % sous 2 litres d'oxygène, conjonctives normo colorés, apyrétique à 37°.
- L'examen pleuro pulmonaire:
 - ✓ le thorax est de morphologie normale.
 - ✓ il n'existe pas de circulation veineuse collatérale.
 - ✓ les vibrations vocales sont bien transmises.
 - ✓ le murmure vésiculaire est bien perçu.
 - ✓ il existe des râles crépitants diffus et bilatéraux prédominant au niveau des bases.
 - ✓ il n'existe pas d'hippocratisme digital.
- L'examen cardio-vasculaire:
 - ✓ les bruits B1et B2 sont bien perçus.
 - ✓ la systole et la diastole sont libres.
 - ✓ il n'existe pas de souffle ni de bruit surajouté.
 - ✓ il n'existe pas de signe d'insuffisance cardiaque droite.
- L'examen abdominal:
 - ✓ L'abdomen est souple et respire normalement.
 - ✓ il n'existe pas de circulation veineuse collatérale.
 - ✓ il n'existe pas d'hépatomégalie ni de splénomégalie.
 - ✓ il n'existe pas de masse abdominale palpable.
- L'examen des aires ganglionnaires: les aires ganglionnaires sont libres.
- Le reste de l'examen clinique est sans particularité.

RADIOGRAPHIE THORACIQUE DE FACE:

- présence d'opacités réticulaires périphériques bilatérales plus nettes à droite
- des opacités nodulaires et micronodulaires multiples périphériques et basi-thoraciques
- Multiples petites clartés à paroi fine bilatérales diffuses prédominantes en basi-thoracique réalisant un aspect en rayon de miel
- présence de signes de rétraction orientant vers la fibrose pulmonaire:



- ✓ Le poumon droit est plus petit que le poumon gauche
- ✓ Pincement des espaces intercostaux plus marqué du côté droit
- ✓ Trachée déviée du côté droit avec aspect d'ascension de la coupole diaphragmatique du même côté.
- Aspect flou du bord gauche du cœur.

⇒ Cette aspect radiologique est compatible avec un syndrome interstitiel avec signes de fibrose

CONCLUSION RADIO-CLINIQUE:

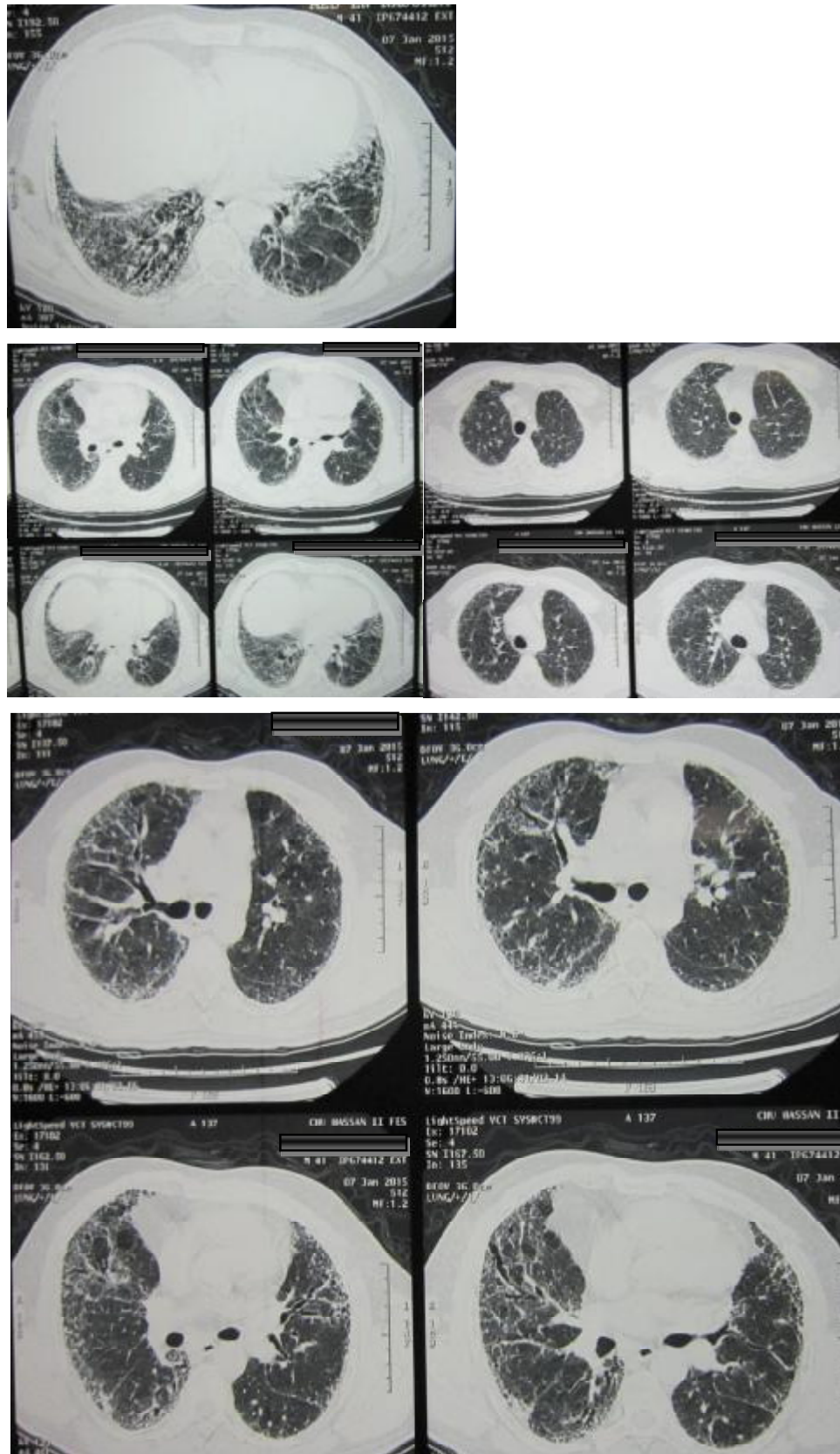
Patient de 50 ans, professeur de profession non tabagique, sans antécédents cardiaques qui présente depuis 8 ans une dyspnée chronique presque isolée qui s'était aggravée il y a 3 ans, avec des épisodes d'hyperréactivité bronchique, chez qui l'examen trouve des râles crépitants diffus et une SaO₂ à 86%. La radiographie thoracique montre un aspect compatible avec un syndrome interstitiel avec signes de fibrose.

DIAGNOSTIC RETENU:

Pneumopathie interstitielle diffuse fibrosante qui pose le problème de diagnostic étiologique

DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

1) TDM thoracique:



- ✓ Épaississement des septas péri-lobulaires et péri bronchiques diffus, sans adénopathie médiastinales, ni épanchement pleural associé
 - ✓ rayon de miel périphérique et lobaire inférieur bilatéral avec prédominance au niveau des bases et dilatation de bronches de traction.
- ⇒ c'est une pneumopathie interstitielle diffuse au stade de fibrose sans adénopathie médiastinale.
- 2) Les diagnostics à évoquer:
- ✓ le diagnostic le plus probable serait une fibrose pulmonaire idiopathique vu le tableau radio-clinique et scanographique:
 - les râles crépitants
 - hippocratisme digital.
 - Rayon de miel à l'imagerie thoracique.
 - Absence d'adénopathies médiastinales.
 - Pas d'exposition particulière à des polluants.
 - ✓ d'autres étiologies restent possibles:
 - sarcoïdose au stade de fibrose.
 - alvéolite allergique extrinsèque.
 - maladie de système
- 3) bilan étiologique:
- fibroscopie bronchique avec biopsies bronchiques étagées et lavage broncho-alvéolaire:
 - ✓ Aspect macroscopique normale en dehors d'un état inflammatoire premier degré
 - ✓ Biopsies étagées négatives
 - ✓ Lavage broncho-alvéolaire: hypercellularité avec taux de polynucléaires neutrophiles élevé:
 - polynucléaires neutrophiles: 41%
 - macrophages: 26%
 - lymphocytes: 33%
 - bilan biologique:
 - ✓ NFS et CRP sans anomalie
 - ✓ Phosphatémie pendant 3 jours de suite: normale.
 - ✓ Phosphaturie pendant 3 jours de suite: normale.
 - ✓ Calcémie pendant 3 jours de suite: normale.
 - ✓ Calciurie pendant 3 jours de suite: normale.
 - ✓ Protéinurie de 24h négative à 0,04 g par 24h
 - ✓ Electrophorèse des protéines plasmatiques est normale.
 - ✓ Fonction rénale normale avec: urée à 0,47 g/l et créatinine à 7mg/l

➤ Biopsie chirurgicale:

réalisée dans un service de chirurgie thoracique après discussion dans un staffe multidisciplinaire dont le résultat anatomopathologique est en faveur à une fibrose pulmonaire idiopathique

BILAN DE RETENTISSEMENT:

➤ Bilan fonctionnel:

✓ Spirométrie: en faveur d'un trouble ventilatoire restrictif:

- CVF (capacité vitale forcée): 1,31 litres soit 46 %
- VEMS (volumes expiratoire maximal seconde): 1,15 litres soit 51%
- Rapport de Tiffeneau à 0,88

✓ Pléthysmographie: confirme le trouble ventilatoire restrictif:

- CPT (capacité pulmonaire totale) à 2,09 litres soit 46%
- VR (volume résiduel) à 0,71 litres soit 38 %

✓ Test de marche de 6 minutes: le patient a présenté une désaturation à 80 % avec tachycardie à 102 battements/minute à la deuxième minute du test.

✓ Gazométrie du sang à l'air ambiant:

- pH: 7,38
- PaO₂: 64,6 mm Hg (hypoxémie)
- PaCO₂: 41,1 mm Hg (pas d'hypercapnie)
- SaO₂ à 88,7%
- Hématocrite: 48,4% (polyglobulie)

➤ Bilan cardiaque:

✓ ECG sans anomalie

✓ échographie cardiaque trans-thoracique:

pas de signe de cœur pulmonaire chronique mais discrète hypertension artérielle pulmonaire.

TRAITEMENT:

➤ Le malade est mis sous traitement au long cours qui comprend:

- ✓ oxygénothérapie à longue durée par un concentrateur d'oxygène à raison de 16 heures par jour.
- ✓ corticothérapie orale de longue durée:
 - après bilan pré corticothérapie
 - 1 mg par kg par jour pendant 3 mois: poids du malade: 70 kg
 - Ordonnance: prednisolone 20 mg: 3 comprimés par jour le matin après le repas

✓ Traitement adjuvant:

- vitamine D et apport calcique.
- régime hyposodé et hypocalorique.
- surveillance des effets secondaires de la corticothérapie.
- éviter le tabagisme.

➤ Le malade est adressé à la consultation de pneumologie pour suivi et décider de continuer ou d'arrêter le traitement corticoïde vue la possibilité d'inefficacité thérapeutique.

ذات سنخ أرجية (وارية فرط التحسس)

تعريف المريض:

يتعلق الأمر بالسيدة نوال، تبلغ من العمر 54 سنة، متزوجة وأم لخمسة أبناء. مهنتها ربة بيت، مشمولة بالتغطية الصحية، سكانها بمدينة فاس وأصلها من مدينة تاونات.

سبب الاستشفاء: نهيج مزمن

السوابق المرضية:

➤ السوابق الشخصية:

✓ السوابق الطبية:

- لديها تعرض لدخان الفرن منذ طفولتها وتوقف منذ 8 سنوات.
- لديها مخالطة للطيور و الماشية منذ طفولتها وتوقفت منذ 8 سنوات.
- لم يسبق لها أن أصيبت بمرض السل و لا وجود لعدوى بهذا المرض.
- لا تعاني من السكري و لا من أي مرض قلبي أو مرض كلوي و لا أي مرض آخر.
- لا تدخن و لا تمارس أي عادات ضارة بالجسم (تناول الكحول، الشيشة، المخدرات ...)
- لا تتناول أية أدوية باستمرار.
- لا تقوم بحياكة نسج الصوف.
- ليس لديها ثر قصبي صباحي.
- ليس لديها سرطان معروف.

✓ السوابق الجراحية

- لم يسبق لها أن خضعت لأي عملية جراحية

✓ سوابق أمراض النساء و التوليد:

- حملت 5 مرات وأنجبت 5 مرات.
- لم يحدث لها إجهاض.
- بلغت سن الضهي منذ 8 سنوات.

➤ السوابق العائلية:

- ليس لديها حالات مماثلة داخل العائلة.

التاريخ المرضي:

✓ ترجع بداية المرض إلى 14 عاماً وذلك بظهور نهيج يتفاقم باستمرار بدأ مستقراً في الدرجة الأولى من سلم سادول ثم بدأ

في التفاقم منذ سنة دون كحبة و لا تنخيمة و لا بصق للدم و لا ألم صدري. منذ 5 أشهر تفاقم الأعراض: النهيج أصبح

تدرجياً من الدرجة 4 مع ظهور كحبة جافة مزمنة منتجة في بعض الأحيان تنخيمة مخاطية مصحوبة بعلامات فرط

الاستثارة القصيبية المتمثلة في كحة وضيق تنفسي أثناء التعرض للروائح القوية، دون أعراض أخرى مصاحبة خصوصاً
ليس هناك أعراض سريرية للفرطكربية. كل هذه الأعراض تطورت في جو من وهن وهزال قدر ب 17 كغ خلال 10
أشهر و لاحقاً.

الفحص السريري:

➤ الفحص العام:

✓ المريضة في وعي تام، سريعة النفس س.ن في حدود 24 د/دق، ضغطها الدموي عادي في حدود 80/120 مم.ز،
سرعة القلب بمعدل 90 ن/دق، "تشاك" في حدود 98 % في الهواء الطلق، ملتحمة المريضة عادية اللون. درجة
حرارتها ° 36.8، وزنها 50 كغ وطولها 1.65 متر.

✓ ليس عليها زراق و لا علامات مجاهدة التهوية.

✓ ليس لديها تعجر الأصابع.

➤ الفحص الجنبري:

✓ صدر ذو مظهر خارجي عادي.

✓ لا توجد دورة وريدية رادفة.

✓ الاهتزازات الصوتية طبيعية.

✓ الهمس الحويصلي طبيعي.

✓ لا توجد أصمية و لا فرط التطل.

✓ وجود خراخر فقاعية ضعيفة منتشرة وثنائية الجانب.

➤ فحص القلب و الشرايين:

✓ الأصوات القلبية عادية.

✓ زمن الانقباض و الانبساط عاديان.

✓ لا يوجد صفير و لا صوت إضافي.

✓ لا توجد أعراض القصور القلبي الأيمن.

➤ الفحص البطني:

✓ البطن لين و تنفسه طبيعي.

✓ لا يوجد تضخم كبدي و لا طحالي.

✓ و لا كتلة بطنية أثناء الجس.

✓ لا توجد أصمية تمايلية بجوانب البطن.

➤ الفحص النسائي:

✓ الفحص تحت الموسع المهبلي:

▪ لا يوجد إفراز مخاطي و لا دموي.

▪ عنق الرحم مغلق ودون علامات التهابية.

✓ اللمس المهبلي:

■ لا توجد كتلة ملموسة أثناء تحريك الرحم.

■ خندق دو كلا حر cul de sac de douglas libre

✓ فحص الثديين:

■ محيط الثديين متماثلان.

■ لا توجد علامات التهابية.

■ لا توجد كتلة ملموسة.

➤ فحص الباحات العقدية: وجود عقادة عدسية adénopathie lenticulaire إبطية اليمنى غير مؤلمة دون علامات

تنوسر fistulisation و لا التهاب مقابل لها.

➤ باقي الفحص الجسدي: دون علة تذكر.

المشعاعية الصدرية الأمامية:

➤ عتامات شبكية عقيدية منتشرة على مستوى الشق

الأيمن من الصدر (متلازمة خلالية).

➤ تضيق الفراغات البيضلية اليمنى مع مظهر

لارتفاع القبية الحجابية اليمنى وجر خفيف للجزء

الأسفل من الرغامى وارتفاع نقيري أيمن.

➤ الرئة المقابلة دون علة مرئية باستثناء فرطتحميل

نقيري surcharge hilaire.



الملخص المشعاعي السريري:

يتعلق الأمر بمریضة تبلغ من العمر 54 سنة لديها تعرض لدخان الفرن ومخالطة للطيور منذ طفولتها وتوقفا منذ 8 سنوات، تعاني

منذ 14 سنة من نهيج مزمن في تفاقم تدريجي منذ سنة، أصبح من الدرجة 4 منذ 5 أشهر مع ظهور كحبة جافة ورطبة في بعض

الأحيان، مع علامات فرط الاستثارة القصبية. الفحص السريري أظهر وجود خراخر فقاعية ضعيفة منتشرة وثنائية الجانب.

المشعاعية الصدرية بينت متلازمة خلالية اليمنى مع علامات الانكماش.

← وارية خلالية منتشرة اليمنى مع علامات الانكماش تضعنا أمام مشكل التشخيص السببي.

التشخيصات الممكنة:

➤ ذات سنخ أرجية (وارية تحسسية) في مرحلة التليف نظرا ل:

✓ ما يعززه:

• التعرض الذي سبق الأعراض.

• علامات الانكماش

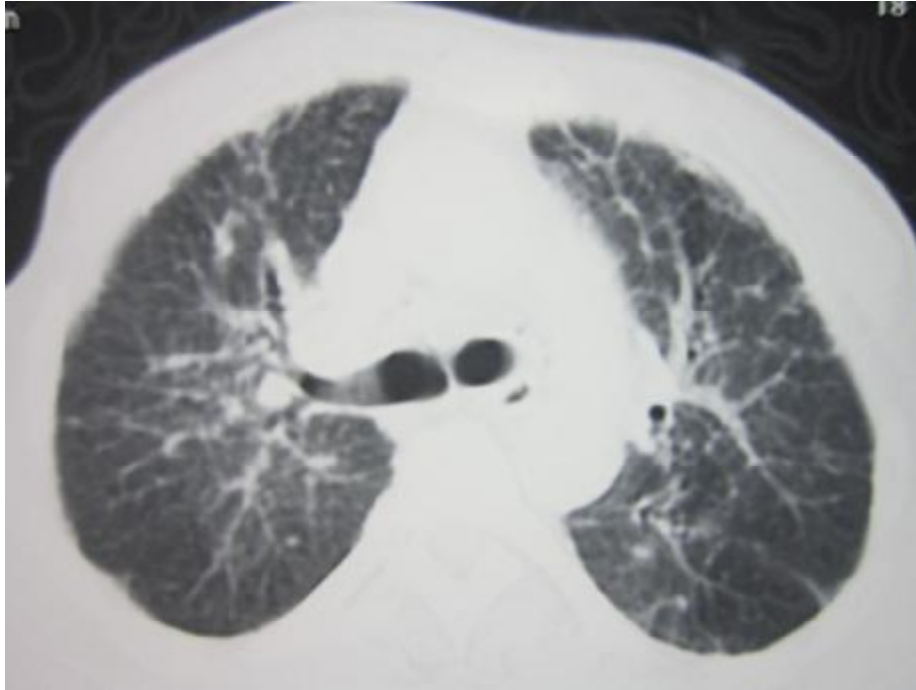
✓ ما يضعفه: غياب المعلومات حول الأعراض أثناء التعرض.

- الساركويد في مرحلة التليف: لكن الإصابة أحادية الجانب و لا توجد عقادات منصفية مرئية.
- مرض مجموعي: لكن لا توجد أعراض خارج صدرية.

تدبير الحالة:

(1) التدبر التشخيصي:

- المفراس الصدري



✓ متلازمة خلالية تتكون من:

- تسمك بعض بعض الخطوط الحاجزية وغير الحاجزية lignes septales et non septales تظهر أكثر في الفصين العلويين.

- سحابة من الزجاج المُعَشَّى verre dépoli على مستوى الفص العلوي الأيسر.
- تسمك جار قصبي مع توسع قصبي أسطواني طوقي الشكل moniliforme
- ✓ عقدة فصية سفلى يمينى في الجزء الخلفي قطرها 8 مم.
- ✓ بعض العقادات جار وجنب رغامية pré et latéro-trachéaux وأمام وتحت جؤجئية pré et sous
- carinaires قطر أكبرها 10 مم.
- المقصাব الأليافي مع الغسل القصبي السنخي و الخزعات الطبقيّة:
- ✓ الشجرة القصبية اليمنى: التواء الفصية العليا اليمنى مع فوهات غير قابلة للقسطرة بسبب الالتواء.
- ✓ الشجرة القصبية اليسرى: نتوء قصبية الفص الأوسط الأيسر سميك و نتوءات تحت قطعية غير قابلة للقسطرة.
- ✓ الغسل القصبي السنخي:
- فرطخلوية.
- الليبلميات: 41 %
- الكريات البيض الحمضة: 2 %
- الخارج CD4/CD8 أصغر من 1.
- ✓ الخزعات القصبية: بينت التهابا مزمن غير نوعي.
- استقصاءات الساركويد
- ✓ خزعة الغدد اللعابية: الفحص التشريحي بين وجود تسمك حمضي عديم الشكل amorphe و لا وجود للنشاء amylose.
- ✓ استشارة طبيب العيون: عدم وجود ذات العنينة uvéite.
- ✓ الفحوصات البيولوجية:
- نسبة الكالسيوم في الدم لثلاث أيام متتالية: عادي.
- نسبة الكالسيوم في البول لثلاث أيام متتالية: عادي.
- نسبة الفوسفور في الدم لثلاث أيام متتالية: عادي.
- نسبة الفوسفور في البول لثلاث أيام متتالية: عادي.
- البيلة البروتينية ليوم كامل: عادية بنسبة 0,04 غ/ل.
- رحلان البروتينات البلازمية: عادي.
- الوظيفة الكلوية عادية: اليوريا بنسبة 0,2 غ/ل و الكرياتينين بنسبة 6 مغ في اللتر.
- الوظيفة الكبدية: عادية
- ✓ الكهربية القلبية: لا توجد علة قلبية.
- ⇐ التشخيص الراجح: ذات سنخ أرجية (وارية فرط التحسس) اعتمادا على أدلة اشتباه قوية des arguments de forte
- présomption و الاستقصاء السالب للساركويد.

(2) الاستقصاء الوظيفي:

- ✓ مقياس النفس: نتائجه تتماشى مع خلل التهوية الحصري مع القيم التالية:
- السعة الحيوية القسرية "سحق": 1,58 لتر أي ما يعادل 48 %.
- الحجم الزفيري الأقصى في الثانية "حزاث": 1,28 لتر ما يعادل 49 %.
- معامل تيفنو " حزاث/ سحق": 0,81.
- ✓ مقياس التحجم: نتائجه أكدت خلل التهوية الحصري مع سعة رئوية كاملة: 50 %.
- ✓ اختبار المشي لست دقائق: عادي، أكملت ست دقائق من المشي دون اللاتشبع الأكسجيني.
- ✓ قياس الغاز الشرياني:
- الضغط الشرياني للأكسجين "ضشاك": 62 مم.ز (نقص تأكسج الدم).
- الضغط الشريان لثنائي أكسيد الكربون "ضشثاك": 36 مم.ز (ليس هناك فرطكربية).
- ✓ فحص الصدى القلبي خلال صدري: ليس لدى المريضة فرط ضغط شريان رئوي "فشر".

(3) التدبير العلاجي:

- قرار الاجتماع التشاوري (طبيب الجهاز التنفسي، طبيب الأشعة وطبيب التشريح): علاج المريضة بالقشرانلاجية طويلة الأمد بجرعة 75 مغ في اليوم بعد الفحوصات قبل القشرانلاجية.
- الفحوصات قبل القشرانلاجية:
- ✓ "تعد" NFS: ليس لديها فرط الكريات البيض.
- ✓ سُكْرُدميّة: عادية.
- ✓ قياس الضغط الدموي: عادي
- ✓ دراسة مصلية فيروسية: سالبة.
- بداية القشرانلاجية:
- نبدأ بجرعة 70 مغ في اليوم مع مراقبة سريرية ووظيفية خلال شهر لأجل مناقشة خفض الجرعة.
- الوصفة: بريدينزولون 20 مغ: 3 حبات و نصف في الصباح بعد الأكل لمدة شهر.
- العلاج المرافق:
- ✓ تناول الكالسيوم وفيتامين د.
- ✓ تناول أغذية ناقصة الملح و السعرات.
- ✓ مراقبة الأعراض الجانبية للقشرانلاجية.
- ✓ تجنب التدخين.

Alvéolite allergique extrinsèque (pneumopathie d'hypersensibilité)

IDENTITE:

Il s'agit de madame Naoual, 54 ans, mariée et mère de 5 enfants, femme au foyer, originaire de Taounat et habitante à Fès, mutualiste.

MOTIF D'HOSPITALISATION: dyspnée chronique

ANTECEDENTS:

➤ Antécédents personnels

✓ Antécédents médicaux:

- elle a une exposition à la fumée de four depuis son jeune âge, arrêtée il y a 8 ans.
- elle a un contact aviaire et avec le bétail depuis l'enfance, arrêté il y a 8 ans.
- elle n'est jamais traitée pour la tuberculose et ne présente pas de contagion tuberculeuse récente.
- il n'existe pas de cardiopathie, ni de diabète, ni de néphropathie ou d'autres tares connues ou traitées.
- la patiente est non tabagique et n'a pas d'autres habitudes toxiques.
- il n'existe pas de prise médicamenteuse au long cours
- il n'existe pas de notion de tissage de laine
- elle n'a pas de bronchorrhée matinale
- elle n'a pas de néoplasie connue

✓ Antécédents chirurgicaux:

- la patiente n'a jamais été opérée

✓ Antécédents gynéco-obstétricaux

- 5 gestes, 5 parités
- elle n'a jamais eu d'avortement
- la patiente est ménopausée depuis 8 ans.

➤ Antécédents familiaux:

- il n'existe pas de cas similaire dans la famille.

HISTOIRE DE LA MALADIE:

remonte à 14 ans par l'installation d'une dyspnée d'aggravation progressive initialement stationnaire au stade I selon la classification de SADOUL, s'aggravant depuis 1 an sans toux ni expectorations ni

hémoptysie ni douleur thoracique. Depuis 5 mois, la patiente rapporte une aggravation de sa symptomatologie: la dyspnée est devenue progressivement stade IV avec apparition d'une toux sèche chronique ramenant parfois des expectorations muqueuses associées à des signes d'hyperréactivité bronchique faite de toux et gêne respiratoire lors de l'exposition aux odeurs fortes, sans autres signes associés, notamment pas de signe clinique d'hypercapnie. Le tout évolue dans un contexte d'apyrexie, asthénie et amaigrissement de 17 kg en 10 mois.

L'EXAMEN CLINIQUE:

➤ L'examen général:

patiente consciente, polypnéique à 24 c/mn, normo tendue à 120/80 mm Hg, FC à 90 b/mn, SaO₂ à 98 % à l'air ambiant, conjonctives normo colorées, apyrétique à 36.8°, poids 50 Kg, taille à 1.65 m, pas d'hippocratisme digital, pas de cyanose, pas de signe de lutte ventilatoire.

➤ L'examen pleuro pulmonaire:

- ✓ le thorax est de morphologie normale.
- ✓ il n'existe pas de circulation veineuse collatérale.
- ✓ les vibrations vocales sont bien transmises.
- ✓ le murmure vésiculaire est bien perçu.
- ✓ Il n'existe pas de matité ni d'hyper sonorité
- ✓ il existe de discrets râles sous crépitants diffus bilatéraux

➤ l'examen cardio-vasculaire:

- ✓ les bruits B1et B2 sont bien perçus.
- ✓ la systole et la diastole sont libres.
- ✓ il n'existe pas de souffle ni de bruit surajouté.
- ✓ il n'existe pas de signe d'insuffisance cardiaque droite.

➤ L'examen abdominal

- ✓ l'abdomen est souple et respire normalement
- ✓ il n'existe pas d'hépatomégalie, ni de splénomégalie
- ✓ il n'existe pas de matité déclive au niveau des flancs

➤ L'examen gynécologique:

- ✓ examen sous spéculum:
 - pas de sécrétion muqueuse ni sanglante
 - col fermé sans signe inflammatoire
- ✓ toucher vaginal:
 - pas de masse palpable à la mobilisation de l'utérus
 - cul de sac de douglas libre

- ✓ examen des seins:
 - seins de contours symétriques
 - pas de signe inflammatoire
 - pas de masse palpable

➤ L'examen des aires ganglionnaires

- présence d'une adénopathie lenticulaire au niveau de la région axillaire droite indolore, sans signes de fistulisation ou d'inflammation en regard.

➤ Le reste de l'examen somatique est sans particularité

RADIOGRAPHIE THORACIQUE:

- Opacités réticule-micro-nodulaires diffuses au niveau de l'hémi champ thoracique droit réalisant un syndrome interstitiel.
- Rétrécissement des espaces intercostaux à droite avec aspect d'ascension de la coupole diaphragmatique droite et légère attraction de la partie basse de la trachée et ascension du hile droit.
- Poumon contre latéral sans anomalie visible en dehors d'une surcharge hilare.



CONCLUSION RADIO-CLINIQUE:

Patiente âgée de 54 ans, ayant une exposition à la fumée de four et un contact aviaire depuis son jeune âge, arrêtés il y a 8 ans. Elle présente depuis 14 ans une dyspnée chronique, d'aggravation progressive depuis 1 an et devenant stade IV depuis 5 mois avec apparition d'une toux sèche parfois productive, associées à des signes d'hyperréactivité bronchique. L'examen clinique trouve des discrets râles sous crépitants diffus bilatéraux. La radiographie thoracique objective un syndrome interstitiel droit avec des signes de rétraction.

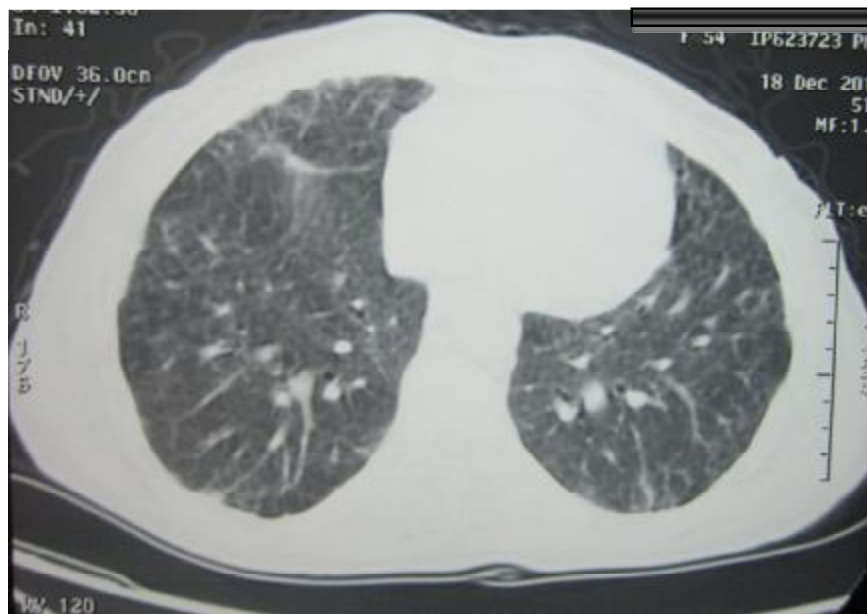
⇒ tableau de pneumopathie interstitielle diffuse droite avec des signes de rétraction qui pose le problème de diagnostic étiologique

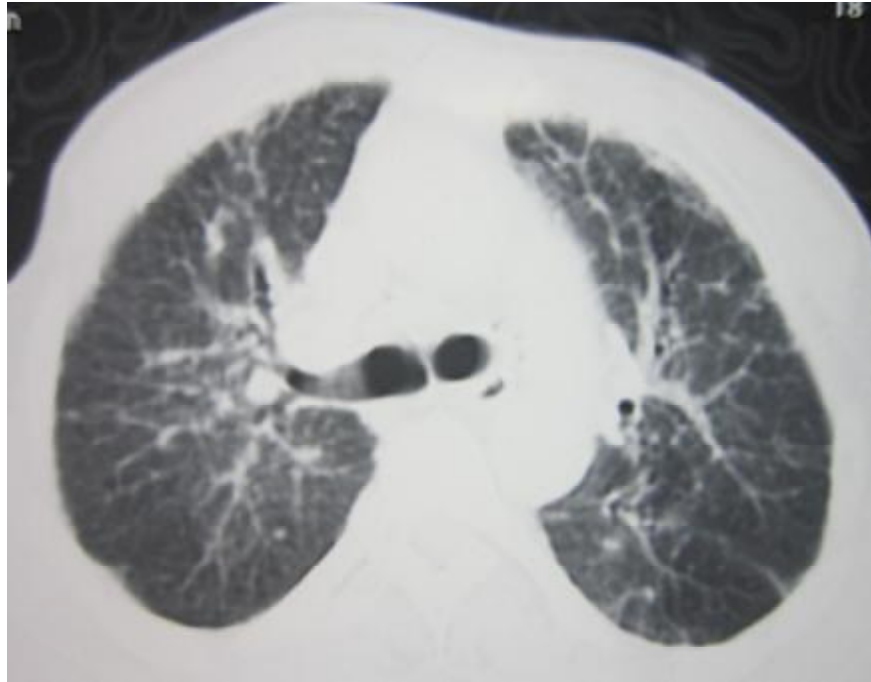
DIAGNOSTICS A EVOQUER

- Alvéolite allergique extrinsèque au stade de fibrose vu:
 - ✓ Pour:
 - L'exposition qui a précédé la symptomatologie.
 - Les signes de rétraction.
 - ✓ Contre:
 - absence de données concernant les symptômes lors de l'exposition.
- Sarcoïdose au stade de fibrose: mais l'atteinte est unilatérale et il n'existe pas d'adénopathie médiastinale visible.
- Maladie de système: mais il n'existe pas de signes extra-thoracique

CONDUITE A TENIR:

- 1) Conduite à tenir diagnostique
- TDM thoracique:





- ✓ Syndrome interstitiel fait de:
 - épaississement de quelques lignes septales et non septales plus marqué aux niveau du lobes supérieurs
 - plages de verre dépoli aux niveau du lobe supérieur gauche
 - épaississement péribronchique avec bronchectasie cylindrique et monoliforme.
- ✓ nodule lobaire inférieur droit au niveau du versant postérieur de 8mm.
- ✓ quelques ganglions pré et latéro-trachéaux, pré et sous carinaires dont le plus grand fait 10mm de diamètre.
- Fibroscopie bronchique avec lavage broncho alvéolaire et biopsies étagées:
 - ✓ Arbre bronchique droit: distorsion de la lobaire supérieur droite avec des orifices incathétérisables du fait de la distorsion.
 - ✓ Arbre bronchique gauche: éperon de la lingula épaissi avec des bronches sous segmentaires incathétérisables.
- ✓ lavage broncho alvéolaire: hypercellularité avec :
 - lymphocytes=51%, -éosinophiles=2%,
 - PNN=6%, -macrophages=41%.
 - CD4/CD8 inférieur à 1
- ✓ La biopsie bronchique: objective une inflammation chronique non spécifique
- Bilan de sarcoïdose:

✓ biopsie des glandes salivaires:

l'étude anatomopathologique trouve un épaississement éosinophile amorphe et ne trouve pas d'amylose.

✓ Examen ophtalmique: ne trouve pas d'uvéite

✓ Bilan biologique:

- bilan phosphocalcique sanguin des 3 jours de suite:normal
- bilan phosphocalcique urinaire des 3 jours de suite:normal
- protéinurie de 24 heures : négative à 0,04g/24h
- électrophorèse des protéines normale
- fonction rénale normale avec urée à 0,2 g/l et créatinine à 6mg/l.
- bilan hépatique normal.
- ✓ ECG: sans anomalie.

⇒diagnostic retenu: Alvéolite allergique extrinsèque sur des arguments de forte présomption et le bilan de sarcoïdose négatif

2) Evaluation fonctionnelle:

✓ Spirométrie: en faveur d'un trouble ventilatoire restrictif avec les valeurs suivantes:

- capacité vitale forcée à 1,58 litres soit 48%
- VEMS à 1,28 litres soit 49%
- rapport de Tiffeneau à 0,81

✓ Pléthysmographie: confirme le trouble ventilatoire restrictif avec capacité pulmonaire totale à 50%.

✓ Test de marche de 6 minutes: test normal pas de désaturation.

✓ Gazométrie:

- PaO₂ à 62 mm Hg (hypoxémie)
- PaCO₂ à 36 mm Hg (pas d'hypercapnie)

✓ Echographie cardiaque trans thoracique: elle n'a pas d'hypertension artérielle pulmonaire.

3) Conduite à tenir thérapeutique:

Le cas de la malade est discuté en réunion de concertation pluridisciplinaire (pneumologue, radiologue et anatomopathologiste) avec décision de démarrer une corticothérapie à base de 75 mg par jour après un bilan précorticothérapie.

➤ Bilan précorticothérapie:

- ✓ NFS: pas d'hyperleucocytose.
- ✓ Glycémie: normale

- ✓ Tension artérielle: normale
- ✓ Sérologie virale: négative.
- Démarrer la corticothérapie:
 - ✓ à base de 70mg par jour avec évaluation clinique et fonctionnelle après un mois puis rediscussions pour la dégression de la corticothérapie.
 - ✓ Ordonnance: prednisolone 20 mg: 3 comprimés et demi par jour le matin après repas.
- Traitement adjuvant:
 - ✓ vitamine D et apport calcique.
 - ✓ Un régime hypo sodé et hypocalorique.
 - ✓ Contrôle des effets secondaires de la corticothérapie.
 - ✓ Eviter le tabagisme.

الأمراض السرطانية

سرطان قصبي المنشأ (1)

تعريف المريض:

يتعلق الأمر بالسيد عبد الغني، يبلغ من العمر 60 سنة، متزوج وأب لخمس أبناء، مهنته بناء، ليس لديه تغطية صحية، سكناه وأصله بمدينة فاس.

سبب الاستشفاء: موجه من طرف طبيب للجهاز التنفسي من أجل استقصاء نهيج مزمن وخلل مشعاعي.

السوابق المرضية:

➤ السوابق الشخصية:

✓ السوابق الطبية:

- مدخن مزمن منذ 30 سنة بمقدار علبة في اليوم، أقلع منذ سنة.
- أدمن الخمر لمدة سنتين ثم أقلع عنه منذ 30 سنة.
- لا يعاني من ذات القصبة المزمنة.
- متعرض لغبار السلس خلال عمله كبناء منذ 30 سنة.
- ليس لديه تعرض لدخان الطهي المنزلي.
- ليس لديه سرطان معروف.
- لا يعاني من السكري و لا من أي مرض قلبي أو مرض كلوي و لا أي مرض آخر.
- لم يسبق له أن أصيب بمرض السل و لا وجود لعدوى بهذا المرض.
- لا يتناول أية أدوية باستمرار.

✓ السوابق الجراحية:

- لم يسبق له أن خضع لأي عملية جراحية.

➤ السوابق العائلية:

- ليس لديه سوابق عائلية تذكر.

التاريخ المرضي:

تعود بداية المرض إلى 8 أشهر بظهور نهيج في تفاقم تدريجي أصبح من الدرجة 4 حسب سلم سادول منذ شهر، مصحوب بسعال رطب منتجاً تنخيمه مخاطية و الام صدرية اليمنى أمامية خفيفة تشع نحو الكتف الأيمن دون بصق للدم و لا نهيج استلقائي. باستثناء هذه الأعراض فالمرضى ليس لديه ألم عصبي عُقْعَضِي و لا خلل صوتي أو بلعي و لا أعراض أخرى خارج صدرية. كل هذه الأعراض تطورت في إطار من اللا حمى وتدهور الحالة العامة وهزال قُدر ب 7 كغ خلال 3 أشهر.

الفحص السريري:

➤ الفحص العام:

المريض في وعي تام، حالته العامة متدهورة الدرجة 2 من سلم منظمة الصحة العالمية "مصع 2"، سريع النفس س.ن في حدود 22 د/دق، ضغطه الدموي عادي في حدود 80/120 مم.ز، سرعة القلب بمعدل 72 ن/دق، "تشاك" في حدود 96 % في الهواء الطلق، ملتحمة المريض عادية اللون. درجة حرارته 37,2°.

➤ الفحص الجنبرئوي:

- ✓ صدر ذو مظهر خارجي عادي
- ✓ على مستوى الشق الأيمن من الصدر لاحظنا ما يلي:
 - ضعف انتشار الاهتزازات الصوتية.
 - ضعف الهمس الحويصلي.
 - وجود أصمية أثناء القرع.
 - وجود ألم يستثار أثناء جس الفضاءات جـار فقرية قبالة الضلعين الثاني و الثالث.
- ليس لديه تعجر للأصابع.
- ← يتعلق الأمر بمتلازمة انصباب سائلي يهـم الشق الأيمن من الصدر بأكمله.

➤ فحص القلب و الشرايين:

- ✓ الأصوات القلبية عادية.
- ✓ زمن الانقباض و الانبساط عاديان.
- ✓ لا يوجد صفير و لا صوت إضافي.
- ✓ لا توجد أعراض القصور القلبي الأيمن.

➤ الفحص البطني

- ✓ البطن لين و تنفسه طبيعي.
- ✓ لا توجد دورة وريدية رادفة.
- ✓ لا يوجد تضخم كبدي و لا طحالي.
- ✓ لا توجد كتلة بطنية أثناء الجس.
- ✓ لا توجد أصمية تمايلية بجوانب البطن .matité décline.

➤ فحص الباحات العقدية: الباحات العقدية عادية.

➤ باقي الفحص السريري: دون علة تذكر.

المشعاعية الصدرية الأمامية:

- الشق الأيمن من الصد معتم، كثيف ومتجانس وكثافته مائية، دون تشجر هوائي مع محو للقببية الحجابية اليمنى وملء للخدق الضلعحجابي الخارجي و القلب حجابي الأيمن.
- وجود جر خفيف للرغامى نحو الجانب الأيمن.
- تضيق الفراغات الببضعية.
- صورة توقف قصبي image d'arrêt bronchique على مستوى الجذع الوسيط الأيمن.
- تحلل عظمي في الطرف الداخلي للقوس الخلفي للضلع الثاني و الثالث.
- المتن المقابل دون علة مرئية.

← نصف صدر أيمن معتم وكموش جزئياً peu rétractile.

الملخص المشعاعي السريري:

يتعلق الأمر بمرضى يبلغ من العمر 60 سنة، مدخن مزمّن منذ 30 سنة أقلع منذ سنة، أدمن الخمر لعامين ثم أقلع عنه منذ 30 سنة، يشكو منذ 8 أشهر من نهيج في تفاقم تدريجي أصبح من الدرجة 4 منذ شهر، مصحوب بتنخيمه مخاطية و الام صدرية اليمنى خفيفة تشع نحو الكتف الأيمن دون بصق للدم و لا نهيج استلقائي و لا علامات خارج تنفسية. الكل تطور في جومن تدهور الحالة العامة و اللاحمى. الفحص السريري بين أن المريض في وعي تام وحالته العامة متدهورة سريع النفس مع وجود متلازمة انصباب سائلي أيمن. المشعاعية الصدرية بينت نصف صدر أيمن معتماً وكموشاً جزئياً.

التشخيصات الممكنة:

قد يتعلق الأمر بانخماص رئوي atelectasie أيمن مع ذات الجنب وتحلل عظمي lyse osseuse أحادي الجانب حيث نستدعي أسبابهم الممكنة:

- سرطان قصبي أولي مع ذات الجنب نقيلية و اجتياح عظمي: نظراً للتدخين المزمن، الألام الصدرية، ذات الجنب وتدهور الحالة العامة.
- نقييل باطنقصبي، ضلعي وجنبي لسرطان خارج صدري: لكن لا توجد علامات خارج صدرية.

➤ سل باطنقصبى و/أو عقدي منصفى مع تموضع جنبي وضلعي.

تدبير الحالة:

(1) المقصاب الأليافي

- ✓ الرغامى حرة.
- ✓ الجؤجؤ دقيق.
- ✓ الشجرة القصبية اليمنى:
- مظهر انضغاط خارجي.
- الشجرة القصبية اليمنى تبقى نفوذة perméable.
- لا توجد دواعي للتفتيح القصبي désobstruction bronchique و لا لوضع بادئة داخل قصبية prothèse endo bronchique.
- ✓ الشجرة القصبية اليسرى: مظهر تنطيري عادي تماما.
- ✓ خزع قصبي قبالة الانضغاط مع دراسة تشريحية بينت وجود حالة التهابية.

(2) فحص الصدى الصدري: ذات الجنب بوفرة كبيرة.

(3) البزل الجنبى: سائل أصفر ليموني، تم إفراغ 900 سل مع دراسة خلوية وبيوكيميائية:

- ✓ الدراسة البيوكيميائية:
- نسبة البروتينات الجنبية: 40 غ في اللتر مع نسبة البروتينات المصلية: 60 غ في اللتر.
- خارج نسبة البروتينات الجنبية/ نسبة البروتينات المصلية أكبر من 0,5.

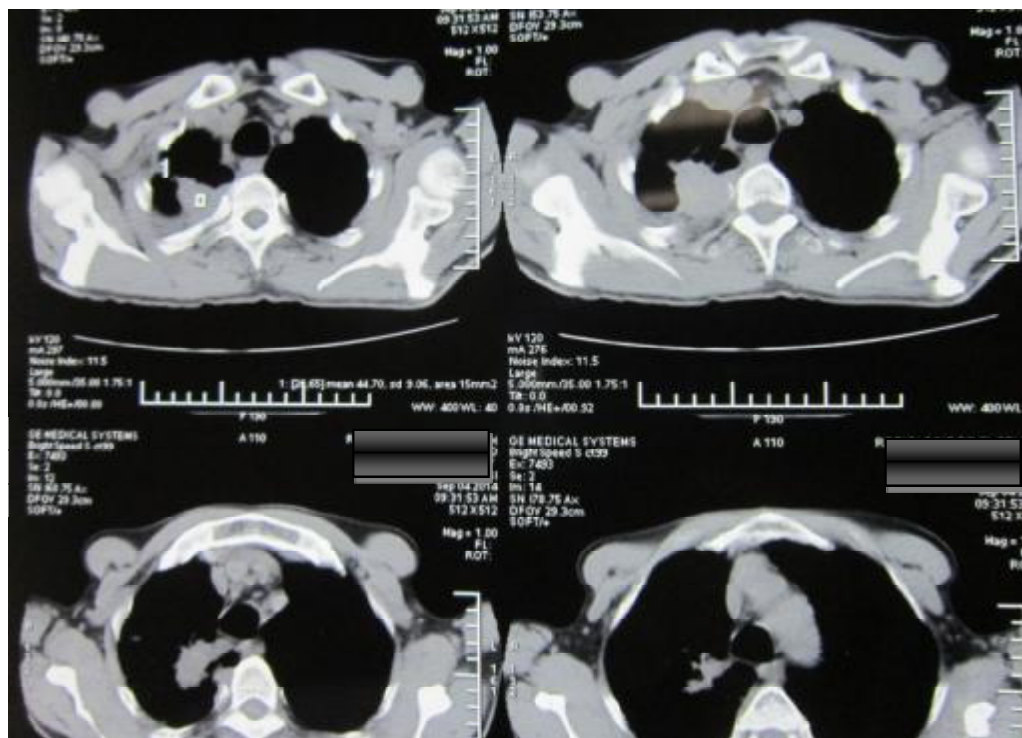
⇐ ذات الجنب رشحية.

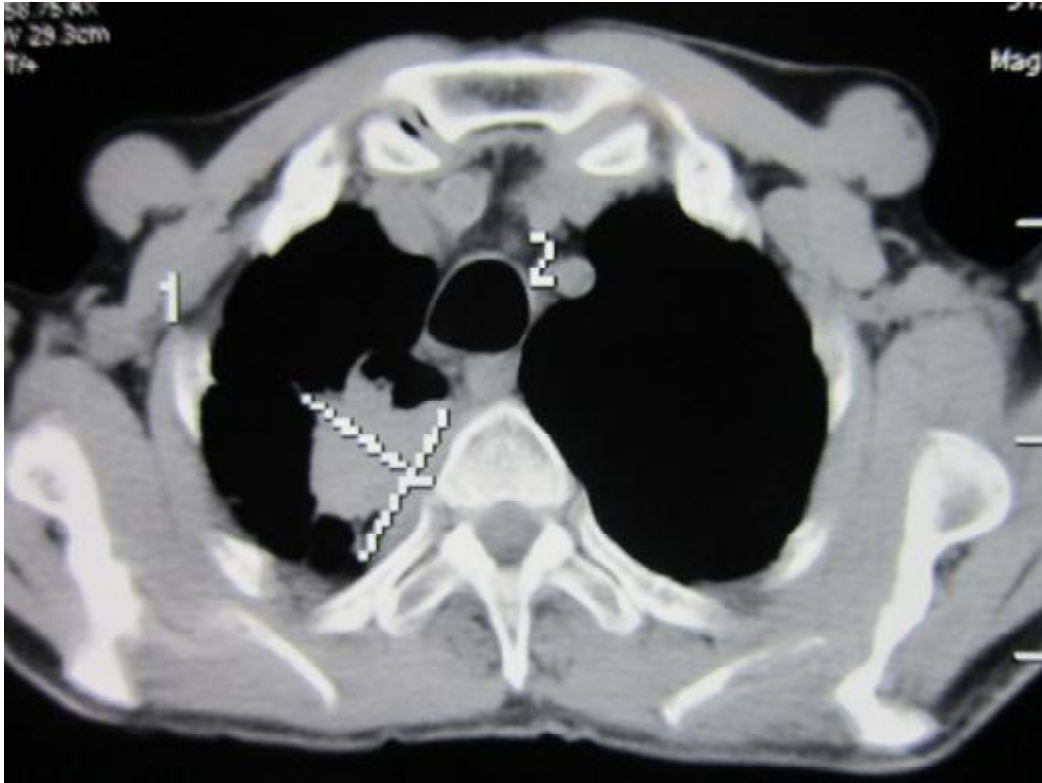
الدراسة الخلوية: لا توجد خلايا خبيثة

(4) الخزعة البزلية الجنبية: الدراسة التشريحية تتماشى مع ذات الجنب التشريحية pleurite subaigüe دون

الحادة.

(5) المفراس الصدري:





✓ نتوء ورمي قصبرنوي broncho pulmonaire يمتد من النقيز إلى القمة الرئوية اليمنى مع اجتياح ضلعي وفكري قبالة النتوء.

✓ عقادات منصفية سنتمترية.

✓ انصباب سائلي أيمن بوفرة كبيرة.

✓ عدة عقيدات في الرئة اليمنى.

6 خزعة موجهة مفراسيا أجريت للورم القمي وأظهرت نتيجهتها التشريحية سرطان غدي قصبي

المنشأ **adénocarcinome bronchique primitif**.

7 التدبير العلاجي: بعد مناقشة حالة المريض خلال اجتماع تشاوري متعدد الاختصاصات (طبيب الأمراض

التنفسية، جراح الصدر، طبيب الأشعة، طبيب التشريح) تم الاتفاق على:

✓ إرسال المريض إلى مصلحة طب الأورام قصد الكيميوالاجية.

✓ علاج الألم: نبدأ بمضادات الألم من الدرجة الأولى: الباراسيتامول 1 غ ثلاث مرات في اليوم وفي

حالة عدم الاستجابة نمر إلى الدرجة الثانية.

cancer bronchique primitif (1)

IDENTITE:

Il s'agit de monsieur Abdelghani, âgé de 60 ans, maçon de profession et père de 5 enfants, non mutualiste, originaire et habitant à Fès.

MOTIF D'HOSPITALISATION: adressé par un pneumologue pour bilan de dyspnée chronique avec anomalie radiologique.

ANTECEDENTS:

➤ Antécédents personnels

✓ Antécédents médicaux:

- il est tabagique chronique pendant 30 ans à raison d'un paquet par jour, sevré il y a un an.
- il était alcoolique pendant 2 ans, sevré depuis 30 ans.
- Il n'est pas bronchitique chronique.
- Exposé à la silice au cours de son travail de maçon depuis 30 ans.
- il n'a pas d'exposition à la fumée de four domestique.
- il n'a pas de néoplasie connue.
- il n'est jamais traité pour la tuberculose et ne présente pas de contag tuberculeux récent.
- il n'existe pas de cardiopathie, ni de diabète, ni de néphropathie ou d'autres tares connues ou traitées.
- il n'existe pas de prise médicamenteuse au long cours.

✓ Antécédents chirurgicaux:

- Le patient n'a jamais été opéré

➤ Antécédents familiaux:

- il n'existe pas de cas similaire dans la famille.

HISTOIRE DE LA MALADIE:

Le début de symptomatologie remonte à 8 mois par l'installation d'une dyspnée d'aggravation progressive devenant stade IV de SADOUL depuis 1 mois, associée à une toux productive ramenant des expectorations muqueuses avec des douleurs thoraciques droites antérieures minimales irradiant vers l'épaule droite sans hémoptysie ni orthopnée. Par ailleurs, le patient ne rapporte ni signe de névralgie cervico brachiale, ni dysphonie, ni dysphagie, ni autres signes extra thoracique, le tout évoluant dans un contexte d'apyrexie avec altération de l'état général et un amaigrissement chiffré à 7 kg en 3 mois.

EXAMEN CLINIQUE:

- L'examen général: patient conscient en mauvaise état général (OMS à 2), polypnéique à 22 c/mn, normo tendu à 120/80 mm Hg, FC à 90 b/mn, SaO2 à 96 % à l'air ambiant devenant 95 % sous 2 litres d'oxygène, conjonctives normo colorés, apyrétique. OMS à 2.
- L'examen pleuro pulmonaire:
 - ✓ le thorax est de morphologie normale.
 - ✓ il n'existe pas de circulation veineuse collatérale.
 - ✓ On note au niveau de tout l'hémithorax droit:
 - les vibrations vocales sont mal transmises.
 - le murmure vésiculaire est mal perçu.
 - présence d'une matité à la percussion.
 - il existe une douleur exquise en para vertébrale droit en regard de la 2ème et 3ème côte.
 - ✓ il n'existe pas d'hippocratisme digital.

⇒ syndrome d'épanchement liquidien de tout l'hémithorax droit.

- l'examen cardio-vasculaire:
 - ✓ les bruits B1 et B2 sont bien perçus.
 - ✓ la systole et la diastole sont libres.
 - ✓ il n'existe pas de souffle ni de bruit surajouté.
 - ✓ il n'existe pas de signe d'insuffisance cardiaque droite.
- L'examen abdominal:
 - ✓ L'abdomen est souple et respire normalement.
 - ✓ il n'existe pas de circulation veineuse collatérale.
 - ✓ il n'existe pas d'hépatomégalie ni de splénomégalie.
 - ✓ il n'existe pas de masse abdominale palpable.
 - ✓ Il n'existe pas de matité déclive.
- L'examen abdominal des aires ganglionnaire: les aires ganglionnaires sont libres
- Le reste de l'examen clinique est sans particularité

RADIOGRAPHIE THORACIQUE DE FACE:

- un héli thorax opaque droit, dense homogène de tonalite hydrique sans broncho gramme aérien avec effacement de la coupole diaphragmatique droite et comblement de cul de sac costo-diaphragmatique externe et cardio-phrénique droit et légère attraction de la trachée vers le côté droit.
- les espaces intercostaux sont rétrécis.
- une image d'arrêt bronchique au niveau du tronc intermédiaire droit
- une lyse de l'extrémité interne de l'arc postérieur de la 2ème et 3ème côte.
- Parenchyme controlatéral est sans anomalie décelable.



Au total: il s'agit d'un hémithorax opaque droit peu rétractile

CONCLUSION RADIO-CLINIQUE:

patient âgé de 60 ans, tabagique chronique pendant 30 ans sevré depuis 1 an, alcoolique pendant deux ans qui présente depuis 8 mois une dyspnée d'aggravation progressive devenant stade IV depuis 1 mois, associée à des expectorations muqueuses avec des douleurs thoraciques droites minimales irradiant vers l'épaule droite sans hémoptysie, ni orthopnée, ni signes extra respiratoires associés. Le tout évoluant dans un contexte d'altération de l'état général et d'apyrexie. L'examen clinique trouve un patient conscient, en mauvais état général, polypnéique avec syndrome d'épanchement liquidien de tout l'hémithorax droit. La radiographie thoracique montre un hémithorax droit opaque peu rétractile.

DIAGNOSTICS A EVOQUER:

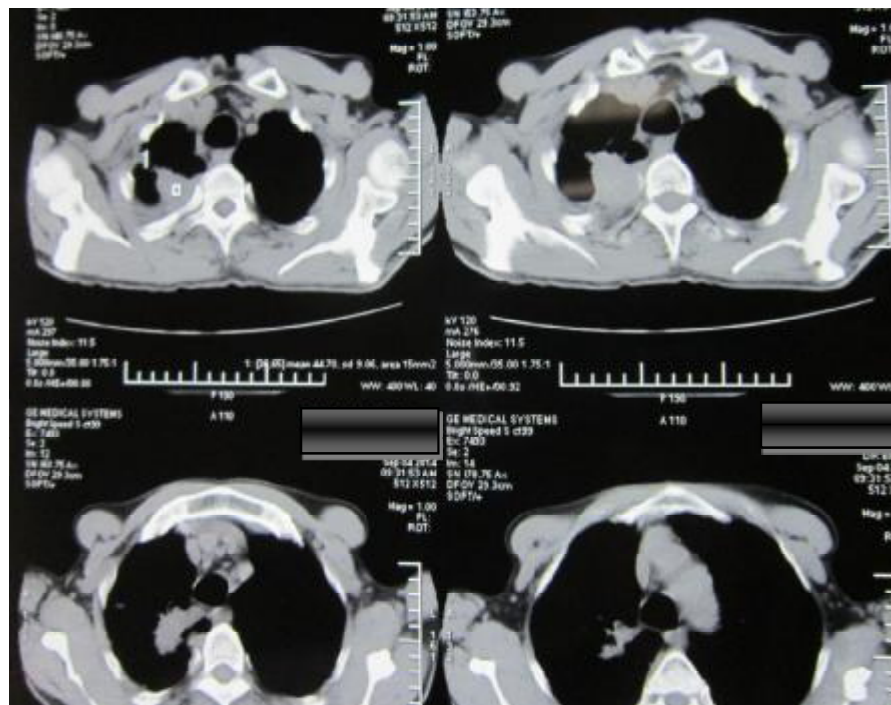
Il s'agirait d'une atélectasie du poumon droit avec une pleurésie et lyse osseuse homolatérales dont les étiologies possibles sont:

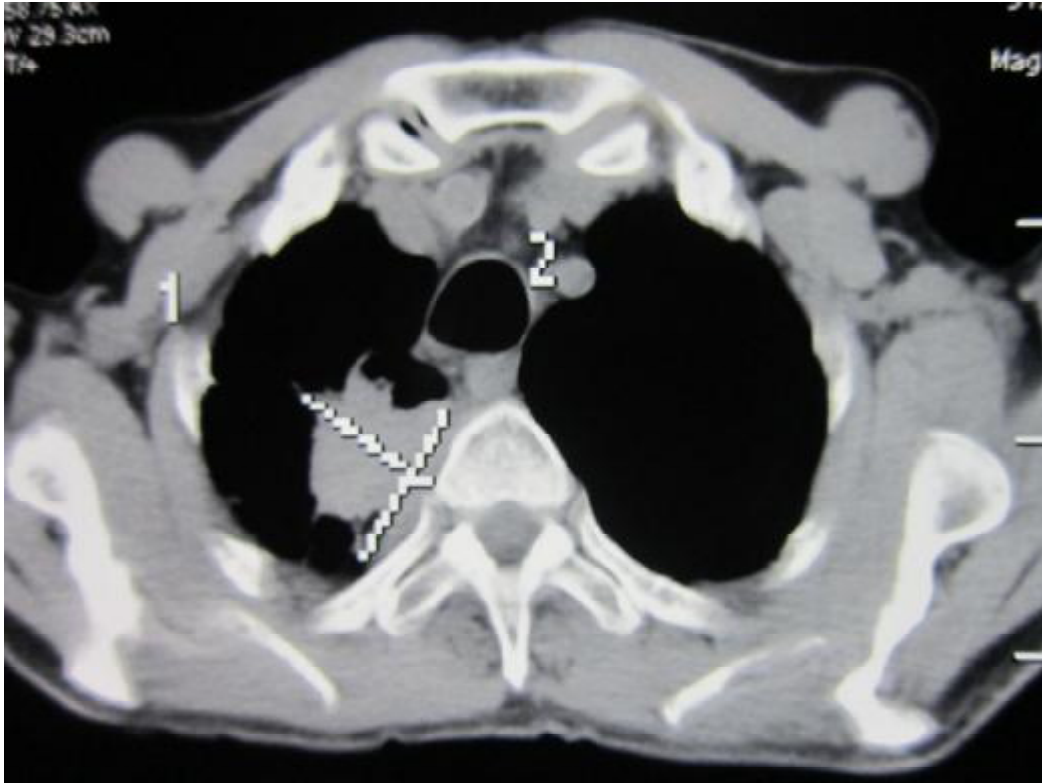
- ✓ un carcinome bronchique primitif avec pleurésie métastatique et envahissement osseux vu le tabagisme, la douleur thoracique, la pleurésie et l'altération de l'état général.
- ✓ une métastase endo-bronchique, costale et pleurale d'un néo extra thoracique mais pas de signe extra thoracique.
- ✓ une tuberculose endo-bronchique et/ou ganglionnaire médiastinale avec localisation pleurale et costale.

CONDUITE A TENIR:

1) FIBROSCOPIE BRONCHIQUE:

- ✓ Trachée libre
 - ✓ Carène fine
 - ✓ Arbre bronchique droit:
 - aspect de compression extrinsèque
 - l'arbre bronchique droit reste cependant perméable.
 - pas d'indication à une désobstruction bronchique ni à une mise en place de prothèse.
 - ✓ Arbre bronchique gauche: aspect endoscopique strictement normal
 - ✓ Biopsie bronchique en regard de la compression avec une étude anatomo-pathologique objectivant un état inflammatoire.
- 2) Echographie thoracique montre une pleurésie de grande abondance
- 3) Ponction pleurale trouve un liquide jaune citrin avec évacuation de 900 cl avec étude biochimique et cytologique du liquide pleural:
- ✓ Biochimie:
 - taux de protides pleurales à 40g/l avec une protidémie à 70g/l.
 - le rapport taux de protides pleurales / taux de protides sériques est supérieur à 0,5
⇒pleurésie exsudative.
 - ✓ Cytologie: pas de cellules malignes.
- 4) Ponction biopsie pleurale avec étude anatomopathologique en faveur d'une pleurite subaigüe
- 5) Scanner thoracique:





- ✓ Processus tumoral broncho pulmonaire s'étendant du hile à l'apex pulmonaire droit avec envahissement costale et vertébrale en regard
 - ✓ adénopathie médiastinale centimétrique.
 - ✓ épanchement liquidien de grande abondance à droite.
 - ✓ multiples micronodules du poumon droit.
- 6) Une biopsie scanno-guidée a été réalisée au niveau de la tumeur de l'apex et qui a montré un adénocarcinome bronchique primitif.
- 7) Conduite à tenir thérapeutique:

Après discussion du cas du malade dans un réunion à concertation pluri disciplinaire, la décision est :

- ✓ Adresser le patient au service d'oncologie pour chimio thérapie
- ✓ Traitement antalgique: on commence par pallier 1: paracétamol 1g fois 3 par jour, et si la douleur ne répond pas, on passe au 2ème pallier.

سرطان قصبي المنشأ (2)

تعريف المريض:

يتعلق الأمر بالسيدة فاطمة، تبلغ من العمر 58 سنة، مهنتها ربة بيت، مشمولة بالتغطية الصحية، سكانها وأصلها بمدينة فاس، متزوجة وأم لأربعة أطفال.

سبب الاستشفاء: نهيج دون حاد

السوابق المرضية:

➤ السوابق الشخصية:

✓ السوابق الطبية:

- لا تدخن، لكن لديها تدخين سلبي لمدة 30 سنة وتوقف منذ 3 سنوات (زوج مدخن بمعدل 3 علب يوميا).
- لديها تعرض للدخان المنزلي لمدة 30 سنة
- لم يسبق لها أن أصيبت بمرض السل و لا وجود لعدوى بهذا المرض.
- لا تعاني من السكري و لا من أي مرض قلبي أو مرض كلوي و لا أي مرض آخر
- لا تتناول أية أدوية باستمرار
- ليس لها أي مخالطة مع الكلاب
- ✓ سوابق أمراض النساء و التوليد:
- حملت 4 مرات وأنجبت 4 مرات.
- لم يحدث لها إجهاض
- بلغت سن الضهي منذ 12 سنة
- ✓ السوابق الجراحية
- لم يسبق لها أن خضعت لأي عملية جراحية
- السوابق العائلية:
- ليس لديها سوابق عائلية تذكر

التاريخ المرضي:

تعود بداية المرض إلى 3 أشهر بظهور نهيج من الدرجة 2 مصحوب بسعال جاف. منذ 15 يوما تفاقم الأعراض بتحول النهيج إلى الدرجة 3 و السعال أصبح رطبا مصدرا لتخيمة مخاطية وفي بعض الأحيان شبه دموية و دون أي أعراض خارج صدرية مصاحبة. كل هذه الأعراض تطورت في إطار من اللاحمى وتدهور للحالة العامة وهزال يقدر ب 10 كغ خلال شهرين.

الفحص السريري:

➤ الفحص العام:

المريضة في وعي تام، حالتها العامة متدهورة مصع درجة 3، سريعة النفس س.ن بلغت 23 د/دق، ضغطها الدموي عادي في حدود 80/120 مم.ز، س.ق بمعدل 80 ن/دق، "تشاك" في حدود 91 % في الهواء الطلق وأصبحت 95 % تحت 3 لترات من الأكسلاجية، ملتحمة المريضة عادية اللون ودرجة حرارتها عادية بلغت 37° درجة.

➤ الفحص الجنبرئوي:

- ✓ صدر ذو مظهر خارجي عادي
- ✓ ليس هناك دورة وريدية رادفة
- ✓ على مستوى النصف العلوي من الشق الأيمن من الصدر تبين ما يلي:
 - ضعف انتشار الاهتزازات الصوتية.
 - ضعف الهمس الحوصلي.
 - وجود أصمية أثناء القرع.
- ✓ لا يوجد تعجر الأصابع.

⇐ وجود متلازمة انصباب سائلي أيمن

➤ فحص القلب و الشرايين:

- ✓ الأصوات القلبية عادية
- ✓ زمن الانقباض و الانبساط عاديان
- ✓ لا يوجد صفير و لا صوت إضافي

- ✓ لا توجد أعراض القصور القلبي الأيمن
- ✓ لا يوجد حسيس تاموري
- الفحص البطني
 - ✓ البطن لين وتنفسه طبيعي.
 - ✓ لا يوجد تضخم كبدي و لا طحالي.
 - ✓ لا توجد كتلة بطنية أثناء الجس.
 - ✓ لا يوجد استسقاء ascite.
- الفحص النسائي:
 - ✓ الفحص تحت الموسع المهبلي:
 - لا يوجد إفراز مخاطي و لا دموي.
 - عنق الرحم مغلق ودون علامات التهابية.
 - ✓ لمسة المهبل:
 - لا توجد كتلة ملموسة أثناء تحريك الرحم.
 - خندق دوغلاس حر cul de sac de douglas libre
- ✓ فحص الثديين:
 - محيط الثديين متماثلان.
 - لا توجد علامات التهابية.
 - لا توجد كتلة ملموسة.
- فحص الباحات العقدية: الباحات العقدية عادية
- باقي الفحص الجسدي: دون علة تذكر.

المشعاعية الصدرية الأمامية:

- عتامة نقرية يميني حدها الخارجي غير منتظم مع وجود امتدادات شوكية تشكل صورة ل " أرجل سرطانية" مصحوبة ب عتامة ممنهجة تهم الفص العلوي الأيمن وهي كثيفة، متجانسة ودون تشجر هوائي وتضييق للفراغات البيضلية.
- لا توجد آفة متنية في الجانب الأيسر



الملخص المشعاعي السريري:

يتعلق الأمر بمریضة تبلغ من العمر 58 سنة، ليس لديها سوابق مرضية باستثناء التدخين السلبي لمدة 30 سنة وتعرضها للدخان المنزلي لمدة 30 سنة، ظهر عليها منذ 3 أشهر نهيج من الدرجة 2 وهو في تفاقم تدريجي حيث أصبح حالياً من الدرجة 3 حسب ترتيب سادول مصحوب بسعال جاف ثم تحول منذ أسبوعين إلى رطب منتجا لتخيمة مخاطية وفي بعض الأحيان شبه دموية. كل هذه الأعراض تطورت في إطار من تدهور للحالة العامة و اللاحمى. الفحص السريري وجد مريضة متدهورة الحالة العامة سريعة النفس، "تشاك" في الهواء الطلق في حدود 91 % مع وجود متلازمة انصباب سائلي تهم النصف العلوي من الشق الصدري الأيمن. المشعاعية الصدرية بينت عتامة نقرية يميني ذات هيئة ورمية مع انخماص للفص العلوي الأيمن

التشخيصات الممكنة:

- (1) سرطان قصب رئوي نقيري أيمن مع انخماص نظرا لما يلي:
 - الهزال
 - التدخين السلبي المزمن
 - المظهر المشعاعي
- (2) نقيل باطنقصبى مع انخماص للفصية العليا اليمنى لكن لا توجد أعراض خارج صدرية.
- (3) سُل باطنقصبى و/ أو عقدي منصفى لكن لا توجد حمى و لا عدوى سلبية حديثة.
- (4) تشخيصات أخرى:
 - ✓ لمفومة خبيثة لا هودشكينية lymphome malin non hodgkinien

✓ كيس مائي منصفي أو قصبي

تدبير الحالة:**(1) مقصاب أليافي**

- الرغامى: حرة
- الشجرة القصبية اليمنى: وجود برعم ورمي bourgeon tumoral أبيض صدفي ملاصق للجؤجؤ en contact de la carène يسد القصبة الرئيسية اليمنى بشكل كامل
- الشجرة القصبية اليسرى: مظهر تنظيري عادي، جميع النتوءات القصبية دقيقة و الفوهات حرة.



صورة تنظيرية لبرعم داخلقصبي

- الاستئصال: خزعة البرعم مع دراسة تشريحية بينت وجود سرطان بَشْراني متمايز جداً، مقرن ومتخلل.
 ➤ الحويلة يتعلق الأمر بسرطان بَشْراني قصبي أيمن مع خلل في تهوية الفص العلوي الأيمن.
- (2) حالة المريضة نوقشت خلال الاجتماع التشاوري المتعدد الاختصاصات (طبيب الأمراض التنفسية، جراح الصدر، طبيب الأشعة، طبيب التشريح) و خلص الاجتماع إلى القرار التالي:
 هذا السرطان غير قابل للجراحة نظراً لإصابة الجؤجؤ la carène و الحالة العامة للمريضة لا تسمح بإجراء الكيمياء الحيوية la chimiothérapie المكثفة فضلاً عن كون هذا النوع من السرطان مقاوم للكيمياء الحيوية.
- (3) لا يمكن فتح الانسداد بواسطة المقصاب الصلب.
- (4) لا توجد دواعي للقيام باستقصاء الانتشار يكون شاملاً bilan d'extension (و خصوصاً لا فائدة من إجراء مفراس صدري).
- (5) العلاج الأعراض:
- علاج مرقئ hémostatique في حالة بصق الدم.
- علاج مضاد للألم في حالة ظهور هذا الأخير: نبدأ بمضادات الألم من الدرجة الأولى وفي حالة عدم الاستجابة نمر للدرجة الثانية: البراسيتامول 1غ: ثلاث مرات في اليوم عن طريق الفم.

Cancer bronchique primitif (2)

IDENTITE:

Il s'agit de madame Fatima, âgée de 58 ans, mariée, mère de 4 enfants, femme au foyer, mutualiste, originaire et habitante à Fès.

MOTIF D'HOSPITALISATION: dyspnée subaigüe.

ANTECEDENTS:

➤ Antécédents personnels

✓ Antécédents médicaux:

- la patiente est non tabagique mais elle a un tabagisme passif pendant 30 ans arrêté il y a 3 ans (mari fumeur à raison de trois paquets par jour)
- elle a une exposition à la fumée domestique pendant 30 ans.
- elle n'est jamais traitée pour la tuberculose et ne présente pas de contagio tuberculeux récent.
- il n'existe pas de cardiopathie, ni de diabète, ni de néphropathie ou d'autres tares connues ou traitées.
- il n'existe pas de contact avec les chiens
- il n'existe pas de prise médicamenteuse au long cours.

✓ Antécédents chirurgicaux:

- la patiente n'a jamais été opérée.

✓ Antécédents gynéco-obstétricaux:

- 4 gestes, 4 parités.
- la patiente n'a jamais eu d'avortement.
- la patiente est ménopausée depuis 12 ans.

➤ Antécédents familiaux:

- Il n'existe pas d'antécédent familial notable.

HISTOIRE DE LA MALADIE:

Remonte à 3 mois par l'installation d'une dyspnée classée stade II avec une toux sèche. Depuis 15 jours, la symptomatologie s'est aggravée avec une dyspnée devenue stade III et la toux est devenue productive ramenant des expectorations muqueuses et parfois hémoptoïque et il n'existe pas de symptôme extra thoracique. Ceci évoluant dans un contexte d'apyrexie et d'altération de l'état général avec amaigrissement chiffré à 10 kg en 2 mois.

EXAMEN CLINIQUE:

L'examen général: patiente consciente en mauvais état général OMS à 3, dyspnéique à 23 c/mn, normo tendue à 120/80 mm Hg, FC à 80 b/mn, SaO₂ à 91 % à l'air ambiant devenant 95 % sous 3 litres d'oxygène, conjonctives normo colorés, apyrétique à 37°.

➤ L'examen pleuro pulmonaire:

- ✓ le thorax est de morphologie normale.
 - ✓ il n'existe pas de circulation veineuse collatérale.
 - ✓ On note au niveau de la moitié supérieure de l'hémi-champ thoracique droit:
 - les vibrations vocales sont mal transmises.
 - le murmure vésiculaire est mal perçu.
 - une matité à la percussion
 - ✓ il n'existe pas d'hippocratisme digital.
- ⇒ syndrome d'épanchement liquidien droit

➤ l'examen cardio-vasculaire:

- ✓ les bruits B1et B2 sont bien perçus.
- ✓ la systole et la diastole sont libres.
- ✓ il n'existe pas de souffle ni de bruit surajouté.
- ✓ il n'existe pas de signe d'insuffisance cardiaque droite.
- ✓ Il n'existe pas de frottement péricardique.

➤ L'examen abdominal:

- ✓ L'abdomen est souple et respire normalement.
- ✓ il n'existe pas de circulation veineuse collatérale.
- ✓ il n'existe pas d'hépatomégalie ni de splénomégalie.
- ✓ il n'existe pas de masse abdominale palpable.
- ✓ Il n'existe pas d'ascite.

➤ L'examen gynécologique:

- ✓ examen sous spéculum:
 - pas de sécrétion muqueuse ni sanglante
 - col fermé sans signe inflammatoire
- ✓ toucher vaginale:
 - pas de masse palpable à la mobilisation de l'utérus
 - cul de sac de douglas libre
- ✓ examen des seins:
 - seins de contours symétriques.
 - pas de signe inflammatoire.
 - pas de masse palpable.

- L'examen des aires ganglionnaires: les aires ganglionnaires sont libres.
- Le reste de l'examen clinique est sans particularité.

RADIO THORACIQUE DE FACE:

- Opacité à projection hilare à limite externe irrégulière avec un prolongement spiculé réalisant une image en pattes de crabe associée à une opacité systématisée du lobe supérieur droit dense homogène sans bronchogramme aérien avec un rétrécissement des espaces intercostaux.
- Pas d'anomalie dans le parenchyme controlatéral.



CONCLUSION RADIO-CLINIQUE:

Patiente de 58 ans, sans antécédents pathologiques notables en dehors d'un tabagisme passif pendant 30 ans et l'exposition à la fumée domestique pendant 30 ans, qui présente depuis 3 mois une dyspnée stade II d'aggravation progressive devenant stade III de SADOUL actuellement associée à une toux sèche devenant productive depuis deux semaines ramenant des expectorations muqueuses et parfois hémoptoïques, le tout évoluant dans un contexte d'altération de l'état général et d'apyrexie. Chez qui l'examen trouve une patiente en mauvais état général, polypnéique, SaO₂ à l'air ambiant à 91%, avec un Syndrome d'épanchement liquidien intéressant la moitié supérieure de l'hémi-champ thoracique droit. La radiographie thoracique montre une opacité à projection hilare droite d'allure néoplasique avec atélectasie du lobe supérieur droit.

DIAGNOSTICS A EVOQUER

- Cancer broncho-pulmonaire hilare droit avec atélectasie évoqué devant:
 - ✓ l'amaigrissement.
 - ✓ le tabagisme passif chronique.
 - ✓ l'aspect radiologique
- Métastase endo-bronchique avec atélectasie de la lobaire supérieure droite mais pas de signe extra thoracique.
- Tuberculose endo-bronchique et /ou ganglionnaire médiastinale mais pas de fièvre et pas de contage tuberculeux récent.
- Autres diagnostics:
 - ✓ Lymphome malin non hodgkinien
 - ✓ Kyste hydatique médiastinale ou bronchique.

CONDUITE A TENIR**1) Fibroscopie bronchique:**

- ✓ Trachée: libre
- ✓ carène: envahie par le bourgeon
- ✓ Arbre bronchique droit: présence d'un bourgeon tumoral blanc nacré au contact de la carène qui obstrue complètement la bronche souche droite.
- ✓ Arbre bronchique gauche: aspect endoscopique normal, tous les éperons bronchiques sont fins et les orifices sont libres



Image endoscopique d'un bourgeon endo bronchique

- ✓ Prélèvements: biopsie du bourgeon avec étude anatomopathologique objectivant un carcinome épidermoïde bien différencié, kératinisant et infiltrant.
⇒ Au total: c'est un carcinome épidermoïde bronchique droit avec trouble de ventilation du lobe supérieur droit.

2) Le cas de cette malade a été discuté en RCP (pneumologue, chirurgien thoracique, radiologue et anatomopathologique) avec décision: le carcinome n'est pas opérable vu l'atteinte de la carène et l'état général de la malade ne permet pas de réaliser une chimiothérapie intensive d'autant plus que le carcinome est chimio résistant.

3) Une désobstruction ne peut pas être réalisée par bronchoscopie rigide

4) Pas d'indication à un bilan d'extension exhaustif (pas d'intérêt de faire une TDM thoracique)

5) Traitement palliatif:

- ✓ traitement hémostatique en cas d'hémoptysie:
- ✓ traitement antalgique en cas de douleur: on commence par pallier I: paracétamol 1g: 1cp fois 3 par jour.

التوسع المنصفي

تعريف المريض:

يتعلق الأمر بالسيدة مريم، تبلغ من العمر 49 سنة، مهنتها ربة بيت، ليس لديها تغطية صحية، سكناها وأصلها بمدينة فاس، متزوجة وأم لثلاثة أبناء.

سبب الاستشفاء: سعال ونهيج حاد

السوابق المرضية:

➤ السوابق الشخصية:

- لم يسبق لها أن أصيبت بمرض السل و لا وجود لعدوى بهذا المرض.
- لا تعاني من السكري و لا من أي مرض قلبي أو مرض كلوي و لا أي مرض آخر.
- لا تدخن و لا تمارس أي عادات ضارة بالجسم (تناول الكحول، الشيشة، المخدرات ...)
- لا تتناول أية أدوية باستمرار.

✓ السوابق الجراحية:

- لم يسبق لها أن خضعت لأي عملية جراحية.

✓ سوابق أمراض النساء و التوليد:

- حملت 3 مرات وأنجبت 3 مرات.
- لم يحدث لها إجهاض.
- بلغت سن الضهي منذ عامين.

➤ السوابق العائلية:

- لا يوجد سرطان في العائلة.
- لا يوجد سل في العائلة.

التاريخ المرضي:

تعود بداية المرض إلى شهرين قبل استشفائها وذلك بظهور نوبات من سعال جاف ونهيج يتفاقم تدريجيا انتقل من الدرجة 2 إلى الدرجة 3 حاليا حسب سلم سادول، بالإضافة إلى ظهور زيار صدري وأزيز صدري خفيف وعدم وجود خلل صوتي وظهور وذمة في العنق و الجزء العلوي من الصدر منذ 20 يوما، دون علامات فرط الاستثارة القصصية أو بصق الدم أو علامات الفرطكربية. كل هذه الأعراض تطورت في جو من الإحساس بالحمى وتدهور للحالة العامة.

الفحص السريري:

➤ الفحص العام: المريضة في وعي تام، حالتها العامة متدهورة مصع 2، سريعة النفس س ن 22 د/دق، ضغطها الدموي

عادي في حدود 70/110 مم.ز، س.ق بمعدل 90 ن/دق، "تشاك" : 96 % في الهواء الطلق، ملتحمة المريضة

عادية اللون. درجة حرارتها 37,2° ، وزنها 56 كغ وطولها 1,6 متر.

➤ الفحص الجنبرئوي:

✓ صدر ذو مظهر خارجي عادي

✓ وجود متلازمة الأجوف العلوي:

• زراق الوجه و اليدين

• وذمة إحرامية Cœdème en pèlerine

• الانتفاخ التلقائي للأوردة الوداجية.

• وجود دورة وريدية رادفة.

✓ لا توجد علامات أخرى في سياق متلازمة كلود برنار هورنر:

• لا يوجد تدلي الجفن ptosis .

• لا يوجد غوران العيون enophthalmie .

• لا يوجد إنقباض الحدقة myosis.

✓ الاهتزازات الصوتية طبيعية.

✓ الهمس الحويصلي طبيعي.

✓ لا توجد خراخر أثناء التسمع.

✓ لا توجد أصمية صدرية أثناء القرع.

➤ فحص القلب و الشرايين:

✓ الأصوات القلبية عادية.

✓ زمنا الانقباض و الانبساط عاديان.

✓ لا يوجد صفير و لا صوت إضافي.

✓ لا توجد أعراض القصور القلبي الأيمن.

✓ لا يوجد حسيس تاموري.

➤ الفحص البطني

✓ البطن لين وتنفسه طبيعي.

✓ لا توجد دورة وريدية رادفة.

✓ لا يوجد تضخم كبدي: السهم الكبدي بطول 11 سم.

✓ لا يوجد تضخم طحالي و لا كتلة بطنية أثناء الجس.

✓ لا يوجد استسقاء.

➤ الفحص النسائي

✓ الفحص تحت الموسع المهبل:

■ لا يوجد إفراز مخاطي و لا دموي.

■ عنق الرحم مغلق ودون علامات التهابية.

✓ اللمس المهبل:

■ لا توجد كتلة ملموسة أثناء تحريك الرحم.

■ خندق دو كلا حر cul de sac de douglas libre

✓ فحص الثديين:

- محيطا الثديين متماثلان.
- لا توجد علامات التهابية.
- لا توجد كتلة ملموسة.

➤ فحص الباحات العقدية: الباحات العقدية عادية وخصوصا الرقبية و الإبطية و الفوق ترقوية.

➤ باقي الفحص الجسدي: دون علة تذكر.

المشعاعية الصدرية الأمامية:



➤ مظهر لتوسع منصف يهم الطابق العلوي

و الأوسط على شكل عتامة متجانسة

كثافتها مائية دون تمييز تحلل عظمي

قبالتها، يفصلها يمينا وشمالا عن المتن

الرئوي حدود واضحة متفصصة على

اليمين وبزوايا التقاء علوية وسفلية

منفرجة.

➤ الرغامى تظهر في مكانها مع تقلص في

عيارها.

➤ تحليل باقي المتن لا يبين أي آفة.

➤ الصورة الظلية للقلب تظهر عادية

➤ لا توجد صورة لذات الجنب

الملخص المشعاعي السريري:

يتعلق الأمر بمریضة تبلغ من العمر 49 سنة دون سوابق مرضية تذكر تعاني منذ شهرين من سعال جاف، نهيج يتفاقم تدريجيا، زيار صدري، أزيز صدري ومتلازمة الأجوف العلوي. كل هذه الأعراض تطورت في إطار من تدهور للحالة العامة وإحساس بالحمى. الفحص السريري أكد وجود متلازمة الأجوف العلوي. المشعاعية الصدرية بينت توسعا منصفيا في الطابق العلوي الأوسط متفصصا يمينا مع انضغاط رغامى.

التشخيصات الممكنة:

➤ يترجح وجود كتلة منصفية أمامية علوية مع احتمال إصابة منصفية وسطى

✓ إصابة المنصف الأمامي العلوي نظرا ل:

- وجود متلازمة منصفية أمامية: وجود متلازمة الأجوف العلوي ...
- غياب متلازمة المنصف الخلفي: ليس لدى المريضة عسر البلع.

✓ إصابة المنصف الأوسط نظرا ل: انضغاط الرغامى مع مظهر متفصص يذكر بعقادات منصفية.

➤ نستحضر أهم أسباب هذه الكتلة المنصفية:

✓ بالدرجة الأولى: كتلة منصفية وسطى اجتاحت المنصف الأمامي العلوي:

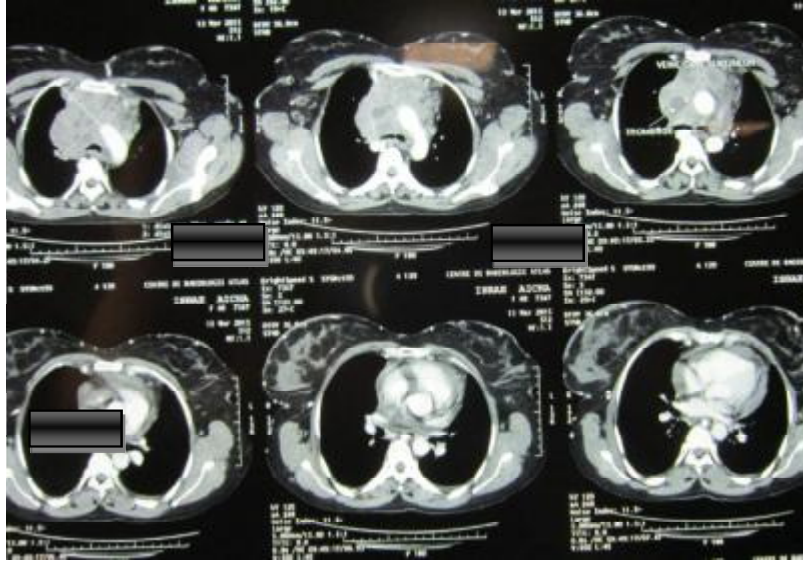
- لمفومة خبيثة لا هودشكينية: نظرا لعمر المريضة و الوجود جد محتمل لعقادات منصفية، لكن ليس لديها عقادات هامشية.
- مرض هودشكين.
- دمايات خبيثة أخرى autres hémopathies malignes.
- ورم قسبي المنشأ مع اجتياح منصفي: لكن المريضة لا تدخن.
- عقادات نقيلية لسرطان عن بعد: لكن لا توجد علامات خارج صدرية.
- سل عقدي منصفي باحتمال قليل

✓ بالدرجة الثانية: كتلة منصفية أمامية علوية اجتاحت المنصف الأوسط خصوصا ورم توتي thymome أو ورم جدعي .tumeur germinale

الفحوصات المكملّة: نقوم باستقصاء بحثا عن تموضع قاص للمفومة خبيثة لا هودشكينية يسمح بتجنب عملية جائرة:

- "تعد" NFS: بحثا عن عناصر دالة على إصابة منشأ دموية hématopoïétique في إطار لمفومة خبيثة لا هودشكينية لكن النتائج كانت طبيعية:
- ✓ الهيموكلوبين: 13 غ/دل.
- ✓ الكريات البيضاء: 7000 كرية في المليلتر.
- ✓ الصفائح: 300000 صفيحة في المليلتر.
- فحص الصدى البطني: لا توجد عقادات عميقة
- فحص الصدى الصدري: بين وجود كتلة منصفية أمامية نسيجية تجعلنا نشبهه في وجود عقادات.
- المفراس الصدري:





✓ كتلة منصفية وسطى تمتد في الأمام لا تأخذ المادة الضليلة، تتماشى مع تراكم عقادات تدفع الرغامى و المرئ نحو الخلف

مع تمييز خثار بالوريد الأجوف العلوي thrombose de la veine cave supérieure.

✓ ليس هناك أذى متني.

✓ ليس هناك تحلل عظمي قبالة الكتلة.

تدبير الحالة:

- حالة المريضة نوقشت خلال الاجتماع التشاوري المتعدد الاختصاصات (طبيب الأمراض التنفسية، طبيب جراحة الصدر، طبيب الأشعة، طبيب التشريح) فتقرر إجراء خزعة موجهة مفراسيا وأظهرت الدراسة التشريحية وجود لمفومة خبيثة لا هودشكينية من نوع B.
- تم إرسال المريضة إلى قسم طب الأورام لأجل الكيميوإلاجية.

Elargissement médiastinal

IDENTITE:

Il s'agit de madame Meriem 49 ans, femme au foyer, mariée et mère de 3 enfants, non mutualiste, originaire et habitante à Fès.

MOTIF D'HOSPITALISATION: toux avec dyspnée aigue

ANTECEDENTS:

➤ Antécédents personnels:

✓ Antécédents médicaux:

- la patiente n'est jamais traitée pour tuberculose et ne présente pas de contagé tuberculeux récent.
- il n'existe pas de cardiopathie, ni de diabète, ni de néphropathie ou d'autres tares connues ou traitées
- la patiente est non tabagique et n'a pas d'autres habitudes toxiques
- il n'existe pas de prise médicamenteuse au long cours.

✓ Antécédents chirurgicaux:

- la patiente n'a jamais été opérée.

✓ Antécédents gynéco-obstétricaux:

- 3 gestes, 3 parités.
- la patiente n'a jamais eu d'avortement.
- la patiente est ménopausée depuis 2 ans.

➤ Antécédents familiaux:

- il n'existe pas de cancer dans la famille
- il n'existe pas de tuberculose dans la famille

HISTOIRE DE LA MALADIE:

Remonte à 2 mois avant son admission par des épisodes de toux sèche et de dyspnée stade II de l'échelle de SADOUL au début d'aggravation progressive devenant stade III actuellement, avec sensations d'oppression thoracique et discret wheezing thoracique et pas de dysphonie, avec apparition depuis 20 jours d'un œdème du cou et de la partie supérieure du thorax, sans signe d'hyperréactivité bronchique ni d'hémoptysie, ni signe d'hypercapnie. Le tout évoluant dans un contexte de sensations fébriles et d'altération de l'état général.

L'EXAMEN CLINIQUE:

➤ L'examen général:

La patiente est consciente, son état général est relativement altérée avec OMS à 2, FR est à 22 c/mn, normo tendue à 110/70 mm Hg, FC à 90 b/mn, SaO₂ à 96 % à l'air ambiant, conjonctives normo colorées, température à 37,2°, le poids est de 56 kg et la taille est à 1,60 m .

➤ L'examen pleuro pulmonaire:

- ✓ le thorax est de morphologie normale
- ✓ présence d'un syndrome cave supérieur avec:
 - cyanose de la face et des mains
 - œdème en pèlerine
 - turgescence spontanée des veines jugulaires
 - circulation veineuse collatérale
- ✓ il n'existe pas d'autres signes en faveur de syndrome de **claud bernard horner**:
 - il n'existe pas de ptosis.
 - il n'existe pas de myosis.
 - il n'existe pas d'enophtalmie.
- ✓ les vibrations vocales sont bien transmises
- ✓ le murmure vésiculaire est bien perçu.
- ✓ il n'existe pas de râle à l'auscultation.
- ✓ il n'existe pas de matité thoracique.

➤ L'examen cardio-vasculaire

- ✓ les bruits B1et B2 sont bien perçus
- ✓ la systole et la diastole sont libres
- ✓ il n'existe pas de souffle ni de bruit surajouté
- ✓ il n'existe pas de signes d'insuffisance cardiaque droite
- ✓ il n'existe pas de frottement péricardique

➤ L'examen abdominal:

- ✓ l'abdomen est souple et respire normalement.
- ✓ il n'existe pas de circulation veineuse collatérale.
- ✓ il n'existe pas d'hépatomégalie: flèche hépatique à 11 cm.
- ✓ il n'existe pas de splénomégalie ni de masse palpable.
- ✓ il n'existe pas d'ascite.

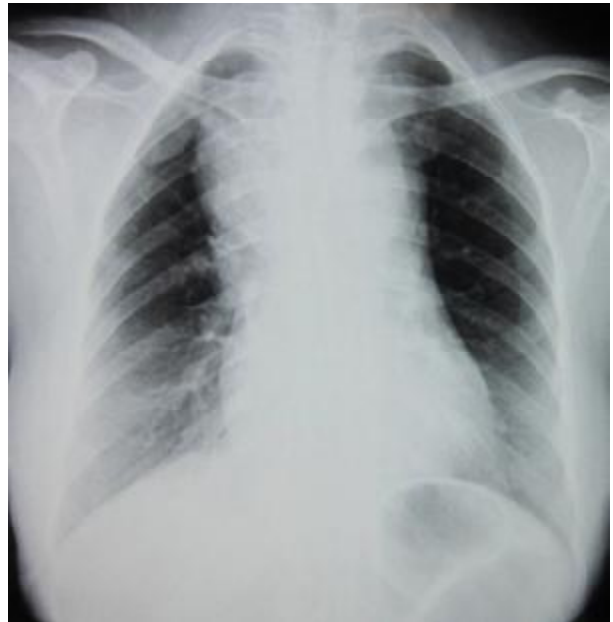
➤ L'examen gynécologique:

- ✓ examen sous spéculum:
 - pas de sécrétion muqueuse ni sanglante

- col fermé sans signe inflammatoire
- ✓ toucher vaginal:
 - pas de masse palpable à la mobilisation de l'utérus
 - cul de sac de douglas libre
- ✓ examen des seins:
 - seins de contours symétriques
 - pas de signe inflammatoire
 - pas de masse palpable
- L'examen des aires ganglionnaire: les aires ganglionnaires sont libres en particulier les aires cervicales, axillaire et sus claviculaire.
- Le reste de l'examen clinique est sans particularité.

RADIOGRAPHIE THORACIQUE DE FACE:

- Aspect d'élargissement médiastinal intéressant l'étage supérieur et moyen réalisant une opacité de tonalité hydrique, homogène sans individualisation de lyse osseuse en regard, qui cette opacité est séparée à droite et à gauche du parenchyme pulmonaire par des limites nettes polylobés à droite, avec des angles de raccordement supérieure et inférieurs obtus.
- la trachée parait en place avec réduction de son calibre.
- l'analyse du reste de parenchyme ne montre pas de lésion particulière.
- la silhouette cardiaque parait normale.
- il n y a pas d'image de pleurésie.



CONCLUSION RADIO-CLINIQUE:

Patiente de 49 ans, sans antécédents pathologiques notables qui présente depuis 2 mois une toux sèche, une dyspnée d'aggravation progressive, oppression thoracique, wheezing avec syndrome cave supérieur évoluant dans un contexte d'altération de l'état général et de sensation fébrile. L'examen clinique confirme le syndrome cave supérieur. La radiographie thoracique montre un élargissement médiastinal de l'étage supérieur et moyen polylobé à droite avec compression de la trachée.

DIAGNOSTICS A EVOQUER:

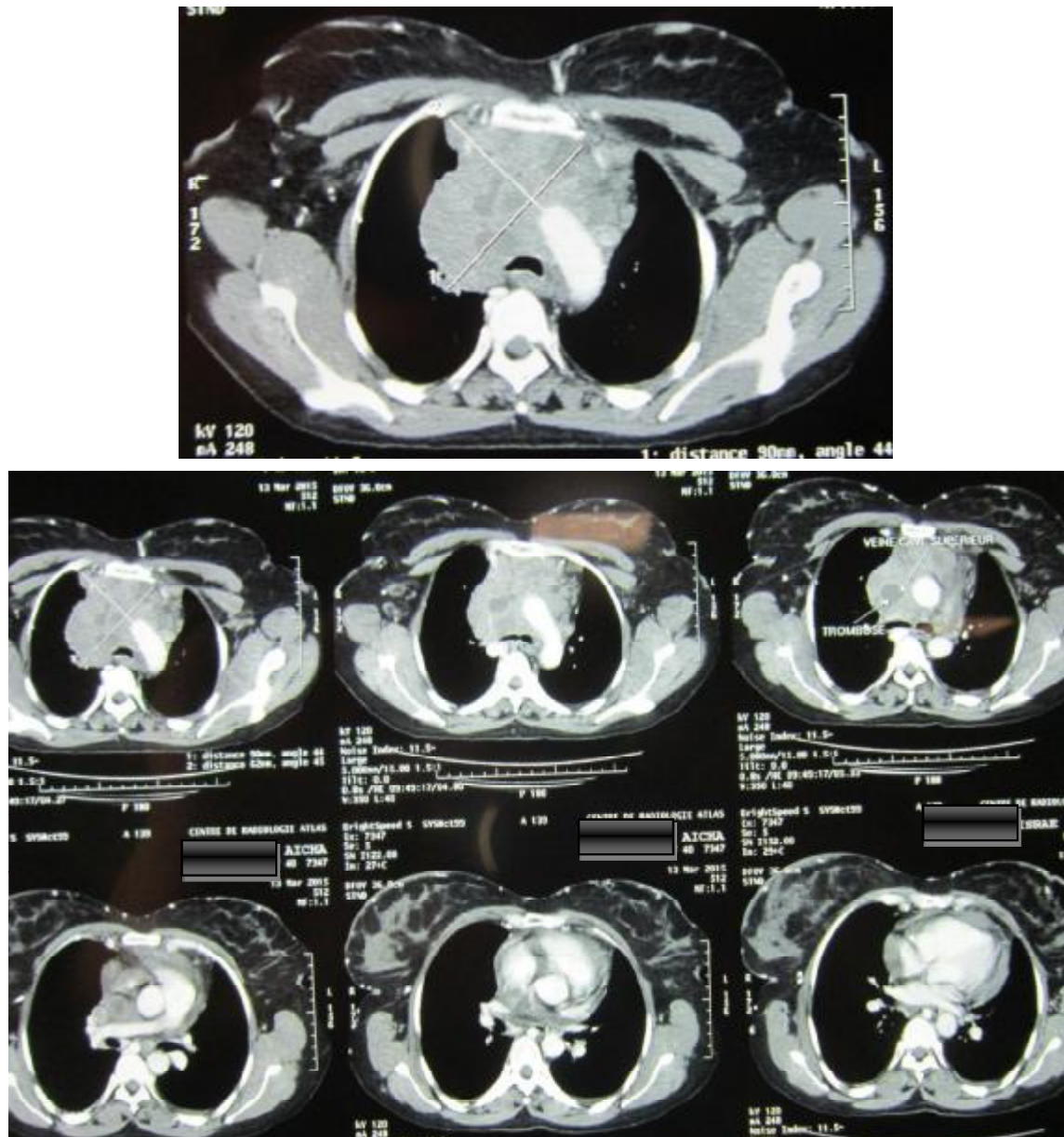
- Il s'agit très probablement d'une masse médiastinale antéro-supérieure et probablement du médiastin moyen vue:
 - ✓ atteinte du médiastin antéro-supérieur vues:
 - présence du syndrome médiastinal antérieur: syndrome cave supérieur...
 - absence du syndrome médiastinal postérieur: la patiente n'a pas de dysphagie ...
 - ✓ atteinte du médiastin moyen vus:
 - compression de la trachée.
 - aspect polylobé évocateur d'adénopathies médiastinales.
- on évoque les principaux étiologies de cette masse médiastinale:
 - ✓ En premier lieu: une masse médiastinale moyenne qui envahit le médiastin antéro-supérieur:
 - Lymphome malin non hodgkinien: vu le jeune âge et l'existence très probable d'adénopathies médiastinales mais on n'a pas d'adénopathie périphérique
 - Maladie de hodgkin.
 - Autres hémopathies malignes
 - Néo broncho-génique avec envahissement du médiastin: mais patiente non tabagique.
 - adénopathies métastatiques d'un cancer à distance mais la patiente ne présente pas de signes extra respiratoire.
 - tuberculose ganglionnaire médiastinale sans grande conviction.
 - ✓ En second lieu: une masse médiastinale antéro-supérieure qui envahit le médiastin moyen en particulier un thymome ou une tumeur germinale.

LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES:

On fait un bilan à la recherche d'une localisation périphérique d'un lymphome malin non hodgkinien permettant d'éviter un geste invasif:

- Numération formule sanguine: à la recherche d'éléments évocateurs d'une atteinte hématopoïétique dans le cadre de LMNH mais les résultats sont normaux :
 - ✓ Hémoglobine à 13g/.
 - ✓ Globules blancs à 7000 élément par ml.
 - ✓ Plaquettes à 300000 élément par ml.
- Echographie abdominale: absence d'adénopathie profonde.
- Echographie thoracique: montre une masse médiastinale antérieure tissulaire faisant suspecter des adénopathies.

➤ Scanner thoracique:



- ✓ Masse médiastinale moyenne s'étendant en antérieur ne prenant pas le produit de contraste faisant évoquer un magma ganglionnaire refoulant la trachée et l'œsophage en arrière avec individualisation d'une thrombose de la veine cave supérieure.
- ✓ pas d'atteinte parenchymateuse.
- ✓ Pas de lyse osseuse en regard du processus.

CONDUITE A TENIR:

- Le cas de la patiente a été discuté dans une réunion de concertation pluridisciplinaire (pneumologue, chirurgien thoracique, radiologue et anatomopathologiste) avec décision d'une biopsie scanno-guidée dont l'étude anatomo-pathologique a objectivé un lymphome malin non hodgkinien de type B.
- Patiente envoyée au service d'oncologie pour chimiothérapie.

معجم التعابير المتداولة و المصطلحات المولدة

إن الملف الطبي المتداول بالفرنسية يحتوي على نصوص متكاملة و ليس مجرد مصطلحات معزولة، و إن الكثير من التعابير و المصطلحات المستعملة فيه لم تكن تحمل دلالتها الطبية و إنما اكتسبتها من تداول الأطباء و طلبة الطب لها بتلك الدلالة، و قد حاولنا أثناء تعريبنا للملف الطبي - و خصوصا عند مصادفة مصطلحات و تعابير لم تتوفر في المراجع المذكورة - أن نولد المقابل العربي للمصطلحات وفق المنهجية السابق ذكرها و أن نركب المقابل العربي للتعابير المتداولة بشكل يحفظ و يوحد لها دلالتها الطبية. و قد أوردنا كل ذلك في هذا المعجم مع إرفاق كل مصطلح أو مختصر أو تعبير برقم يبين تصنيفه كما هو مبين في الجدول التالي:

الرقم	دلالتة
1	تعبير متداول
2	مصطلح مولد

معجم المصطلحات المولدة و التعابير المتداولة و المختصرات

المصطلحات المولدة و تعريب التعابير الطبية المقترحة في أطروحتنا	المصطلحات و التعابير الفرنسية المتداولة
مدمن خمر (2)	Alcoolique
تجدر الإشارة إلى أن (1)	A noter que
بمقدار (1)	A raison de
عقادة عدسية (1)	Adénopathie lenticulaire
ركامات من عناصر التهابية لمفاوية-بلزمية-منسجة (1)	Amas d'éléments inflammatoires lympho-plasmohystocytaire.
الباحات العقدية (1)	Aires ganglionnaires
عديم الشكل (2)	Amorphe
الأموكسيسيلين المحمي (2)	Amoxicilline protégée
لاحمى (2)	Apyrexie
أدلة اشتباه قوية (1)	Arguments de forte présomption
مظهر انضغاط خارجي (1)	Aspect de compression extrinsèque
مظهر الخاتم الفصي (1)	Aspect en bague à chaton
انخماص سلبي (2)	Atélectasie passive
إصابة (2)	Atteinte
- قلبية - كبدية	- Cardique - Hépatique
حيث استفاد من (1)	Ayant bénéficié de
عصيات " المحك " (1)	BAAR
عصية في الحقل (2)	Bacille par champ
استقصاء الانتشار (2)	Bilan d'extension
متمايز جدا (2) (سرطان)	bien différencié (cancer)
برعم ورمي (2)	Bourgeon tumoral
مدمن حشيش (1)	Cannabique
سعة حيوية قسرية (سحق) (2)	Capacité vitale forcée (CVF)

Caractère homogène	ميزة التجانس(1)
Céphaline activé (taux)	السيفالين المنشط (نسبة) (2)
Comblement du cul de sac costo-diaphragmatique	ملء الخندق الضلعحجابي (1)
Compatible avec	يتماشى مع (1)
Complément de prise en charge	استكمال الرعاية الطبية (1)
Complicé par	معقد ب (1)
Consultation (médicale)	استشارة طبية(2)
Consulte pour	قدم للعيادة الطبية من أجل (1)
Contexte de	إطار من (1)
Contre ce diagnostic	ما يضعف هذا التشخيص
Controlatéral	الجانب المقابل(2)
Déplacé à	منزاح إلى(1)
Désobstruction bronchique	تفتيح قصبي (2)
Les diagnostics à évoquer	التشخيصات الممكنة(2)
Le diagnostic retenu	التشخيص الراجع(2)
Dilué par le sérum physiologique	مخفف بالمصل الفيزيولوجي (1)
Douleur en coup de poignard	ألم خنجري(2)
ECBU stérile	"فخجب" نقي(1)
Electro cardiogramme (ECG)	الكهربية القلبية (ك ق) (2)
Echographie cardiaque trans thoracique	فحص الصدى القلبي خلال صدري(1)
Efface (le cul de sac)	تمحو (الخندق) (1)
En cours (d'analyse)	قيد (الدراسة) (1)
Enophtalmie	حوص (2)
péri-lobulaires	الجارفصيصية (2)
péri bronchiques	الجارقصيبية (2)
Epitrochléen	مرفقي(2)
Equilibrer (équilibre) un diabète	موازنة السكري (2)
Examen cutanéomuqueux	فحص جلد مخاطي(2)
Fenêtre médiastinale	نافذة منصفية(2)
Fenêtre parenchymateuse	نافذة متنية(2)
Formation kystique	تشكل كيسية (1)
Hématocrite	هيماتوكريت (2)
Hématopoiétique	منشأ دموي(2)
Hémithorax opaque	نصف صدر معتم(2)
HTAP	"فشر" (1)
Il s'agit de	يتعلق الأمر ب(1)
Image d'arrêt bronchique	صورة توقف قصبي (2)
Insuffisance cardiaque globale	قصور قلبي شامل (1)
Ionogramme sanguin	أيونية الدم (2)
Kyste hydatique rompu et remanié	كيس مائي ممزق متغير (1)
latéro-trachéal	جنب رغامية (1)

Libre	حر
_aires ganglionnaires libres	الباحات العقدية عادية (1)
_articulations libres	حركات المفاصل طبيعية (1)
_Cul de sac libre	خندق حر (1)
_orifice bronchique libre	فوهة قصيبية حرة (1)
_systole et diastole libres	زمن الانقباض و الانبساط عاديان (1)
_les sinus sont libres	الجيوب الأنفية حرة (1)
Lignes septales et non septales	الخطوط الحاجزية وغير الحاجزية (2)
lymphoplasmo-histocytaires	لمفاوية بلزمية منسجة (1)
Lyse osseuse	تحلل عظمي (1)
Masses de fibrose	كتل التليف (1)
Matité déclive	أصمية تمايلية (2)
Médiastino-pulmonaire	منصف رئوي (2)
Ménopause	ضهي (2)
Métastase endo-bronchique	نقيل باطن قصبي (2)
Mise en place	وضع (1)
Mode d'installation	كيفية الظهور (1)
mollets souples	الربلات لينة (2)
Multicloisonné	متعدد التحوجز (2)
Névralgie cervico brachiale	ألم عصبي عنق عضدي (2)
Normotendu	عادي الضغط (2)
Notable (sans antécédents)	تذكر (دون سوابق) (2)
Œdème en pèlerine	وذمة إحرامية (2)
Opacité à projection	عتامة ذات إسقاط (1)
Origine endométriale	مصدر باطن رحمي (1)
Parapneumonique	جار ذات رئوية (2)
Paravertébral	جار فقري (2)
Se perd dans (la limite)	تختفي في (الحد) (1)
Pic fébrile	ذروة الحمى (1)
Pleurésie typique	ذات جنب نموذجية (2)
Pneumopathie d'hypersensibilité	الوارية التحسسية (2)
Pneumopathie interstitielle diffuse fibrosante	وارية خلالية منتشرة مليف (2)
Polyglobulie	فرط كروية (2)
polymorphe	شكيل (2)
Polynucléaires neutrophiles altérées	مفصصات النواة مفسدة (2)
Pour ce diagnostic	مايعزز (1)
Prendre un avis du	أخذ رأي (1)
Pré-trachéal	أمام رغامية (1)
Pré carinaires	أمام جوجنية (2)
Sous carinaires	تحت جوجنية (2)
Preuve (diagnostic)	دليل (التشخيص) (2)
Reflux hépato-jugulaire	جزر كبوداجي (2)

Régime hypocalorique	حمية ناقصة السعرات(2)
Régime hyposodé	حمية ناقصة الملح(2)
Régime thérapeutique	نظام علاجي(2)
Remonte à	يعود إلى(1)
Réponse thérapeutique	استجابة علاجية(2)
Retentissement	التأثير (2)
Réunion de concertation pluridisciplinaire	الاجتماع التشاوري متعدد الاختصاصات (2)
Rhinorrhée crouteuse	ثرر أنفي متقشر (1)
Sans anomalie	دون علة تذكر(1)
Sans anomalie visible	دون علة ظاهرة(1)
Sans grande conviction	دون كثير اقتناع(1)
Sans particularité	دون خصوصية(1)
Scanno-guidé	موجهة مفراسيا (1)
Sensation fébrile	إحساس حموي(1)
Sevrage tabagique	الإقلاع التدخيني (2)
Signe de la silhouette	قاعدة الصورة الظلية(2)
Signes de refoulement	علامات الدفع(1)
Soulèvement infundibulo-pulmonaire	ارتفاع القمع الرئوي(2)
Par voie sous cutanée	عبر الطريق التحجلي (2)
Spéculum	الموسع المهبلي(2)
Stabilité clinique	استقرار سريري (1)
Suivi (médicalement) pour	متابع طبيا من أجل(1)
Surcharge hilaire	فرطحميل نقيري(2)
Système d'aspiration	نظام الرشف(2)
Tableau radio-clinique	إطار مشعاعي سريري (2)
Terrain de	أرضية (1)
-Cardiopathie	حقلاب (2)
-immunodépression	-عوز مناعي (1)
Test de clampage	اختبار غلق(2)
Test de réversibilité	اختبار العكسية(2)
Traitement adjuvant	العلاج الموازي(2)
Traitement anti bacillaire	علاج ضد عصوي(2)
Tronc intermédiaire	الجذع الوسيط(2)
Turgescence spontanée des veines jugulaires	انتفاخ تلقائي للأوردة الوداجية(1)
Vaccination anti grippale	التلقيح ضد نزلي(2)
Vaccination anti pneumococcique	التلقيح ضد عقدي (2)
Xérophtalmie	جفاف العين (2)
الربلات لينة mollets souples الربلات لينة.	

نتائج الاستبيان

نتائج الاستبيان

تم تجميع أجوبة الطلبة في الجدولين التاليين

- جدول تقييم فهم الطلبة للملفات انطلاقا من أجوبتهم حول التشخيصات الممكنة:

الطالب 6	الطالب 5	الطالب 4	الطالب 3	الطالب 2	الطالب 1	
10/10	7/10	7/10	5/10	8/10	8/10	النقطة المحصلة على 10

- جدول إجابات الطلبة على باقي الأسئلة

الطالب 6	الطالب 5	الطالب 4	الطالب 3	الطالب 2	الطالب 1	الأسئلة
لا أحتاج	جزئيا	جزئيا	لا أحتاج	لا أحتاج	جزئيا	هل تحتاجون النسخة الفرنسية لفهم الملف
جيد	جيد	متوسط	جيد	جيد	جيد	كيف كان فهمك للملف الطبي عند قراءة النسخة العربية فقط ؟
لا أمانع	أكيد	لا أمانع	لا أمانع	أكيد	أكيد	هل تقبل التحدث باللغة العربية في التداريب السريرية
لا أمانع	أكيد	لا أمانع	لا أمانع	أكيد	أكيد	هل تقبل كتابة الملف الطبي باللغة العربية

المناقشة

يتميز الملف الطبي بعدة خصائص مهما كانت لغة تداوله من بينها:

- ✓ الأجزاء المكونة المشتركة في معظم الملفات مهما كان الاختصاص: تعريف المريض، السوابق المرضية، التاريخ المرضي...
- ✓ كثرة المختصرات، نذكر بعضها: ADP AEG PEC DDB وهو ما يصعب الفهم عند قراءتها بداية عند الطالب، كما أنها تجعل الملف طويلا ومملا عند تفكيكها، و لا يمكن فهمها إلا بعد تداولها وتصبح أداة لتبسيط الملف الطبي.
- ✓ كثرة التعابير المبتورة الأجزاء لسهولة التداول، ونورد لذلك أمثلة:

التعبير الحالي	الجزء المبتور	أصل التعبير
Prise en charge	Médicale	Prise en charge médicale
Malade suivi	Médicalement	Malade suivi médicalement

1. المنهجية:

لقد سهل علينا وضع منهجية واضحة للقيام بهذا العمل من خلال:

- ✓ توفر أطروحة سابقة اهتمت بتعريب علمي أعراض وأمراض الجهاز التنفسي حيث احتوت على أغلب المصطلحات التي احتجناها أثناء تعريب الملفات الطبية كما اشتملت على منهجية لتوليد المصطلحات مكنتنا من توليد المصطلحات الغير المتوفرة.
- ✓ توفر النظام المعلوماتي "hosix" في المستشفى و الذي استطعنا من خلاله توفير أغلب المعطيات.
- ✓ بعض خصائص الملف الطبي كونه مكون من فقرات مشتركة يسهل إعادة صياغتها في كثير من الملفات مثل: الفحص العام، الفحص الجنبرئوي، فحص القلب و الشرايين...
- ✓ توليد مصطلحات جديدة لم يتم توليدها في الأطروحة التي اتخذناها مرجعا أساسا في التعريب و ذلك بالاعتماد على نفس المنهجية الواردة في هذه الأخيرة في توليد المصطلحات
- ✓ تعريب تعابير طبية تميز الملف الطبي و لا ترد في الدروس النظرية و تضيف أساسا منهجيا آخر في تعريب الواقع التطبيقي للطبيب.
- ✓ تواجد الطلبة في المصلحة لإجراء استبيان حول قبول واستيعاب الملفات الطبية باللغة العربية، استطلعنا من خلاله معرفة وجهة نظر الطلبة الأطباء ومدى واقعية فكرة ملف طبي بالعربية.
- ورغم هذه الإيجابيات المنهجية الكثيرة فإنها لم تغفنا من بعض المشاكل التي واجهها تطبيقها ونذكر أهمها:
- ✓ عدم توفر النظام المعلوماتي على كل المعطيات حيث لا تتوفر فيه الفحوصات التي أجريت خارج المستشفى مثلا، كما أننا لم نتمكن من إجراء دراسة شاملة للتحقق بطريقة أدق من إمكانية تطبيق فكرة الأطروحة.

✓ إرجاع المختصرات و التعابير المبثورة إلى أصلها قبل تعريبها واختصارها من جديد مما قد يصعب فهمها بداية، لكن تداولها هو الكفيل بتنقيتها كأداة ضرورية في الملف الطبي.

✓

II. النتائج:

(1) الملفات الطبية:

إن من مميزات نتائج هذا العمل أنه الأول من نوعه حيث أنه وفر مرجعا للملفات الطبية لمرضى الجهاز التنفسي لا يوجد لحد الساعة مثيل له في أي مصلحة وأنه يشتمل على الملفات الطبية للحالات الأكثر شيوعا و الأكثر أهمية بالنسبة لتكوين الطبيب العام كما يشتمل على التعابير (باللغة العربية) المتداولة في الواقع اليومي للطبيب وهي بذلك مفيدة لكل مزاوول في القطاع الصحي وليس للطبيب فقط وستجعله أكثر تواجلا وأقرب إلى المريض وأقدر على الإجابة عن تساؤلاته حول مرضه.

وإذا كان هذا العمل قد وفر مرجعا للملفات الطبية و التعابير المتداولة لدى الطاقم الصحي فإننا اكتفينا بأهم الملفات الطبية للأمراض التنفسية التي تهم الطبيب العام، لكن توجد ضرورة لاستكمال تعريب ما تبقى من ملفات قد تهم الطبيب المختص.

(2) المعجم اللغوي و التعبيري:

لقد مكنا تعريب الملفات الطبية لتخصص طب الجهاز التنفسي من إضافة مخزون تعابيري و مصطلحاتي ينضاف إلى جانب المعاجم التي اهتمت بالأساس بتعريب الدروس النظرية الطبية، لكنه رغم إحاطته بالكثير من التعابير الطبية المتداولة إلا أنه يبقى أكثر إماما بواقع طبيب الجهاز التنفسي من غيره من التخصصات

(3) الاستبيان:

لقد كان متمما لعملنا إجراء استبيان حول قبول واستيعاب الملفات الطبية باللغة العربية تم فيه التوجه إلى شريحة من الطلبة المتدربين بالمصلحة ببعض الأسئلة وفق منهجية مدققة أوردناها مفصلة ضمن منهجية العمل ونحاول أن نناقش نتائجها هنا، فإذا أمعنا النظر في نتائجها فإننا لن نختلف في أنها غير معبرة عن رأي طلبة الطب لكون الفئة قليلة العدد (6 طلبة)، لكنها ساعدتنا في الخروج بعدة استنتاجات انطلاقا من تحليل نتائج كل فقرة من فقرات هذا الاستبيان:

➤ اختبار علمي لمدى استيعاب الملف الطبي باللغة العربية:

أظهر الاختبار أن 5 طلبة من أصل 6 حصلوا على 7 نقاط فما فوق من أصل 10 نقاط، مما يظهر إمكانية فهم الملف الطبي باللغة العربية.

➤ تقييم نظرة الطلبة للملف الطبي باللغة العربية

✓ السؤال الأول: هل تحتاجون النسخة الفرنسية لفهم الملف:

- لا يوجد أي طالب احتاج النسخة الفرنسية بشكل كلي.
- نصف الطلبة (3 من 6) لم يحتاجوا النسخة الفرنسية نهائيا.
- نصف الطلبة (3 من 6) احتاجوا النسخة الفرنسية بشكل جزئي.

⇐ بين هذا السؤال إمكانية الاستغناء عن اللغة الفرنسية في الاستعمال اليومي للملف الطبي.

✓ السؤال الثاني: كيف كان فهمك للملف الطبي عند قراءة النسخة العربية فقط ؟:

- لا يوجد أي طالب كان فهمه ضعيفا للملف.
- خمس طلبة (من 6) كان فهمهم جيدا للملف.
- طالب واحد (من 6) كان فهمه متوسطا للملف.

⇐ بين هذا السؤال عدم وجود أي طالب بفهم ضعيف للملف الطبي رغم اقتصاره على

النسخة العربية ودون اللجوء إلى اللغة الفرنسية.

✓ السؤال الثالث: هل تقبل التحدث باللغة العربية في التداريب السريرية ؟ وهل تقبل كتابة الملف

الطبي باللغة العربية:

- لا يوجد أي طالب يرفض التحدث باللغة العربية في التداريب السريرية أو كتابة الملف الطبي باللغة العربية.
- 3 طلبة (من 6) أكدوا قبولهم التحدث باللغة العربية في التداريب السريرية وقبولهم كتابة الملف الطبي باللغة العربية.
- 3 طلبة (من 6) لا يمانعون من التحدث باللغة العربية في التداريب السريرية و لا من كتابة الملف الطبي باللغة العربية.

⇐ بين هذا السؤال عدم رفض أي طالب سواء التحدث أو الكتابة العربية للملف الطبي، وهذا ما يؤكد

نتائج السؤالين السابقين.

إن هذه النتائج رغم صدورها عن شريحة مختصرة غير معبرة عن كافة الطلبة فإنها تؤكد ولوجنا إمكانية تطبيق فكرة تعريب الملف الطبي.

وإذا أخذنا بعين الاعتبار أن هذا الاستبيان قد أجري لدى فئة في منتصف مشوارها التكويني وقد تلقت تكوينها الطبي باللغة الفرنسية واعتادت أن النتائج ستصب أكثر في اتجاه تعريب الملف الطبي لو أجرينا نفس الاستبيان لدى عينة في بداية مشوارها الطبي أو تلقت تكويننا طبيا عربيا منذ البداية.

إننا نحتاج رغم ذلك لاختبار النسخة العربية للملفات الطبية على أرض الواقع بمحاولة تطبيقها وقبل ذلك بإجراء دراسة تكون نتائجها أكثر تعبيراً عن رأي الطلبة، وذلك بوضع أسئلة أكثر تفصيلاً وبفئات من الطلبة تكون أكثر أعداداً وتشمل أكبر عدد من الملفات أو الملفات كلها وتجرى إن أمكن في أكثر من كلية من كليات الطب المغربية.

خاتمة

إن هذه الأطروحة بتوفيرها لملفات طبية وتعابير طبية متداولة باللغة العربية لا شك أنها ستحسن مستوى التواصل بين الطبيب و المريض مع ما لذلك من نتائج على صحة المريض ومردديه الطبيب وتكلفة العلاج، لكنها مهددة بأن تبقى طي الرفوف وتذهب كل هذه الأهداف أدراج الرياح إن هي لم تختبر ولم تطبق.

إننا أسسنا من خلال هذه الأطروحة لمنهجية دراسية لتعريب مختلف التخصصات الطبية انطلاقا من تعريب المادة العلمية بشقها النظري الذي تم من خلال الأطروحة السابق ذكرها وشقها التطبيقي المتمثل في الأطروحة الحالية وتقييمها مستقبلا بدراسات ميدانية. لهذا نستدعي كل الهمم للمساهمة في هذا المشروع من خلال تعريب باقي التخصصات.

الملخص

يعتبر الملف الطبي خلاصة المريض في مرضه فهو يحتوي على كل معطياته المتعلقة بمرضه من بداية المرض وأسبابه إلى مآله ومضاعفاته الممكنة ومروراً بتشخيصه وعلاجه.

وبما أن الملف الطبي يحتاج لغة للحوار بين الطبيب و المريض، وعلى اعتبار أن الملفات الطبية في المستشفيات المغربية تصاغ باللغة الفرنسية، فإننا في أطروحتنا هذه حاولنا أن نؤسس لملف طبي باللغة العربية آخذين من الملفات الطبية لمرضى مصلحة طب الجهاز التنفسي نموذجاً للإشتغال فكان عملنا مرتكزاً على الخطوات التالية:

- ✓ تجميع الملفات الطبية النموذجية المتوفرة في المصلحة باللغة الفرنسية.
- ✓ ترتيب معطياتها وصياغتها صياغة مناسبة
- ✓ تعريب الملفات الطبية مرتكزين أساساً على المصطلحات الواردة في أطروحة مصلحة أمراض الصدر لتعريب طب الجهاز التنفسي

ويمكن أن نجمل نتائج أطروحتنا فيما يلي:

- ✓ توفير مرجع للملفات الطبية لأمراض الجهاز التنفسي الأكثر أهمية بالنسبة للطبيب العام حيث وفرنا للقارئ 22 ملفاً طبياً باللغتين العربية و الفرنسية يمكن أن تساعد الطلبة الأطباء في استيعاب مكونات الملف الطبي وصياغته الصياغة النموذجية خصوصاً في التداريب السريرية.
- ✓ توليد مصطلحات عربية جديدة توافق ما تعود عليه الأطباء خلال ممارستهم اليومية.
- ✓ نتائج تقييم استيعاب شريحة من الطلبة للملفات العربية.

ومن خلال أطروحتنا أكدنا على:

- ✓ دور اللغة الوطنية في تسهيل استيعاب معطيات الملف الطبي و التمكن من صياغته لدى الطالب في طور التكوين و الطبيب في الممارسة اليومية
 - ✓ أن التواصل بين الطبيب و المريض لا يمكن أن يكون مثالياً إلا إذا كان يعتمد على اللغة الوطنية.
 - ✓ أن استعمال اللغة العربية في مختلف مراحل تدبير الملف الطبي سوف يساعد في الزيادة في مردودية الطبيب وتسهيل تواصله مع المريض مما يحسن مستوى الوعي الصحي لدى عموم الناس.
- إن هذه الأطروحة باعتبار توفيرها لمرجع للملفات الطبية في طب الجهاز التنفسي باللغتين العربية و الفرنسية يمكن أن تفتح الباب أمام باقي التخصصات لتوفير مراجع مماثلة.

Résumé

Le dossier médical est une conclusion générale qui résume la maladie du patient ; il contient toutes les données concernant la maladie, depuis son début, ses étiologies , son évolution ainsi que ses complications possibles , y compris aussi le diagnostic et la prise en charge thérapeutique.

Le dossier médical a besoin d'une langue de communication entre le médecin et le patient. Tandis que les dossiers médicaux dans nos hôpitaux sont faits par la langue française, On a essayé dans notre thèse de rédiger un dossier médicale en arabe, en prenant comme exemple les dossiers médicaux du service de pneumologie Pour accomplir ce travail on s'est concentré sur les points suivants:

- Assembler des observations médicales typiques du service de pneumologie.
- Réordonner les données et les reformuler convenablement.
- Traduire en arabe le dossier médical en se basant sur des notions citées dans une thèse de traduction en arabe des maladies respiratoires.

On peut citer les résultats de notre travail comme suit:

-Offrir une référence des dossiers médicaux les plus importants pour un médecin généraliste, 22 dossiers en deux langues ; arabe et en française, qui peut aider les étudiants en médecine pour l'assimilation des données du dossier médical et la rédaction idéale de ce dernier surtout lors des stages hospitaliers.

- Etablir de nouvelles termes en arabes parallèles à ce que les médecins pratiquent quotidiennement.

-Résultats d'évaluation de reconnaissance des dossiers médicaux par les étudiants.

A traves notre travail on a insisté sur:

- Le rôle de la langue nationale dans la simplification de l'assimilation des données du dossier médical et le pouvoir de sa rédaction par les étudiants en médecine et les médecins au cours de la pratique quotidienne.
- la communication entre le médecin et le patient ne peut être idéale que si elle est basée sur la langue nationale.
- l'utilisation de la langue arabe au cours des différentes étapes du dossier médical aide pour un bon rendement du médecin et facilite la communication avec le patient ce qui améliore la culture sanitaire de la population générale.

Cette these se considère comme une référence en ce qui concerne les dossiers médicaux en pneumologie, rédigée par deux langues arabe et française, ce qui peut ouvrir de nouvelles voies aux autres spécialités à offrir des références similaires.

Abstract

The medical file contains a brief outline of the patient's disease; it encompasses causes, status, and possible consequences of the illness besides to diagnosing and curing processes.

The medical file is a communicative bridge between the doctor and the patient. As a matter of fact, in Morocco, the medical files are written in French language which complicates communication amongst the medical staff and citizens. Therefore, I tried, in this dissertation, to establish for a medical file in Arabic language. To effectively reach the goals, I worked on medical files of respiratory system as a case study which is based on the following processes:

- Gathering the available medical files models in French language.
- Putting their data in order with suitable wording.
- Translating them into Arabic on the basis of some terms included in a thesis of chest diseases.

As a result, three points emerged:

- Providing medical files reference for respiratory diseases in Arabic, they are so important for any doctor. In addition, twenty two medical files were provided in Arabic and French; these files can help medical students to absorb the components of the medical file and put it in a suitable wording, especially in a clinical training.
- Generate new Arabic terms that correspond to the doctor's daily practice.
- The outcome of evaluating a sample of student's understanding of the Arabic files.

The implications of this dissertation are as follows:

- National language has great role in grasping the medical file data, thus both medical students during the training and doctor during the daily practice can create and form it.
- Communication between the doctor and the patient can't be ideal unless they use national language.
- Using Arabic during all stages of the medical file arrangement will improve the outcome of the doctor and facilitates communication with the patient. As a result, the health awareness will rise in people.

In short, this dissertation encompasses references of medical files of respiratory diseases in Arabic and French. Thus, it can help specialists in other branches to formulate corresponding documents.

المراجع

1. HOSIX : نظام معلوماتي – المستشفى الجامعي الحسن الثاني- فاس
2. أطروحة "تعريب دروس علم الأعراض و الأمراض التنفسية" للطالبة السيدة غزلان سليمان 116/14
3. المعجم الطبي الموحد 2007.
4. أطروحة "معجم مصطلحات أمراض الرئة (فرنسي - عربي - انجليزي)" للطالب بنهدا سعيد 1988/326
5. أطروحة "تعريب علم الأعراض التنفسية" للطالبة أمل البطان.
6. "أطروحة"معجم مصطلحات الجراحة الصدرية (فرنسي - عربي - انجليزي)" للطالبة أرزيان حورية. 1987/377
7. المرجع في الفيزيولوجيا الطبية "غايتون وهول" 1997.
8. قاموس المصطلحات الطبية و الصيدلانية التابع لموقع صحة (http://www.sehha.com/Glossary/Glossary_view.php)
9. أطروحة "معجم مصطلحات علم الجراثيم (فرنسي - عربي - انجليزي)" للطالب البردي دفير 1987/291
10. المنهل.
11. "قاموس ومعجم المعاني". <http://www.almaany.com>
12. موقع reverso للترجمة
13. موقع الباحث العربي" الذي يضم 5 قواميس يبحث فيها بشكل متزامن : "لسان العرب" – "مقاييس اللغة" – "الصحاح في اللغة" – "القاموس المحيط" – "العباب الزاخر" <http://www.baheth.info>.