

Un homme de 64 ans vient en vélo consulter au cabinet pour une majoration de sa dyspnée depuis 3 jours et de l'apparition d'une expectoration purulente.

Vous connaissez ce patient de longue date. Il fume plus d'un paquet par jour depuis l'adolescence. Il est retraité et a travaillé au fond à la mine (mine de charbon) pendant 24 ans puis comme employé dans un magasin d'alimentation.

Depuis plus de 4 ans vous vous interrogez sur l'origine de sa dyspnée qui apparaît dès l'ascension d'un étage et qui s'accompagne d'une toux et d'une expectoration matinales per-annuelles. Le patient banalise ces symptômes qu'il rattache à son tabagisme.

A l'examen clinique vous notez des sifflements et des râles bronchiques dans les deux champs pulmonaires.

La fréquence respiratoire est à 20/min, vous notez une mise en jeu des muscles sterno-cléido-mastoïdiens, sans tirage, sans signe de Hoover, sans expiration abdominale active, sans respiration abdominale paradoxale, sans sueurs ni cyanose des extrémités.

Sa température est à 37,4°C, son pouls est régulier à 110/min et sa TA à 150/110.

1. Quel est la nature de l'épisode aigu dont souffre probablement le patient ? argumentez.
2. Y a-t-il lieu d'hospitaliser le patient ?
3. Qu'évalue le test de Fagerström? Quelles sont ses deux principales questions ?
4. Quelles sont les lésions qui auraient orienté vers le diagnostic de silicose sur le scanner thoracique ?
5. Interprétez les EFR. Vers quelle pathologie vous orientent-elles compte tenu des données cliniques et de l'imagerie thoracique ?
6. Comment expliquez-vous sur ces EFR la diminution du transfert du CO ?
7. Pouvez-vous chiffrer la sévérité de la pathologie respiratoire de ce patient ?
8. Quelles sont les grandes classes pharmacologiques qu'il est justifié de proposer dans le cadre du traitement de fond de la pathologie respiratoire de ce patient ? Justifiez
9. Y a-t-il lieu d'envisager une déclaration de maladie professionnelle ? Justifiez

- Bronchite aiguë chez un patient porteur d'une BPCO (exacerbation aiguë de BPCO)
- Bronchite aiguë car
 - Majoration de dyspnée
 - Apparition d'une expectoration purulente
 - Sans foyer à l'examen clinique
- BPCO car
 - Gros fumeur (tabac à plus de 40 PA)
 - Dyspnée d'effort à l'état de base
 - Toux et expectoration quotidienne

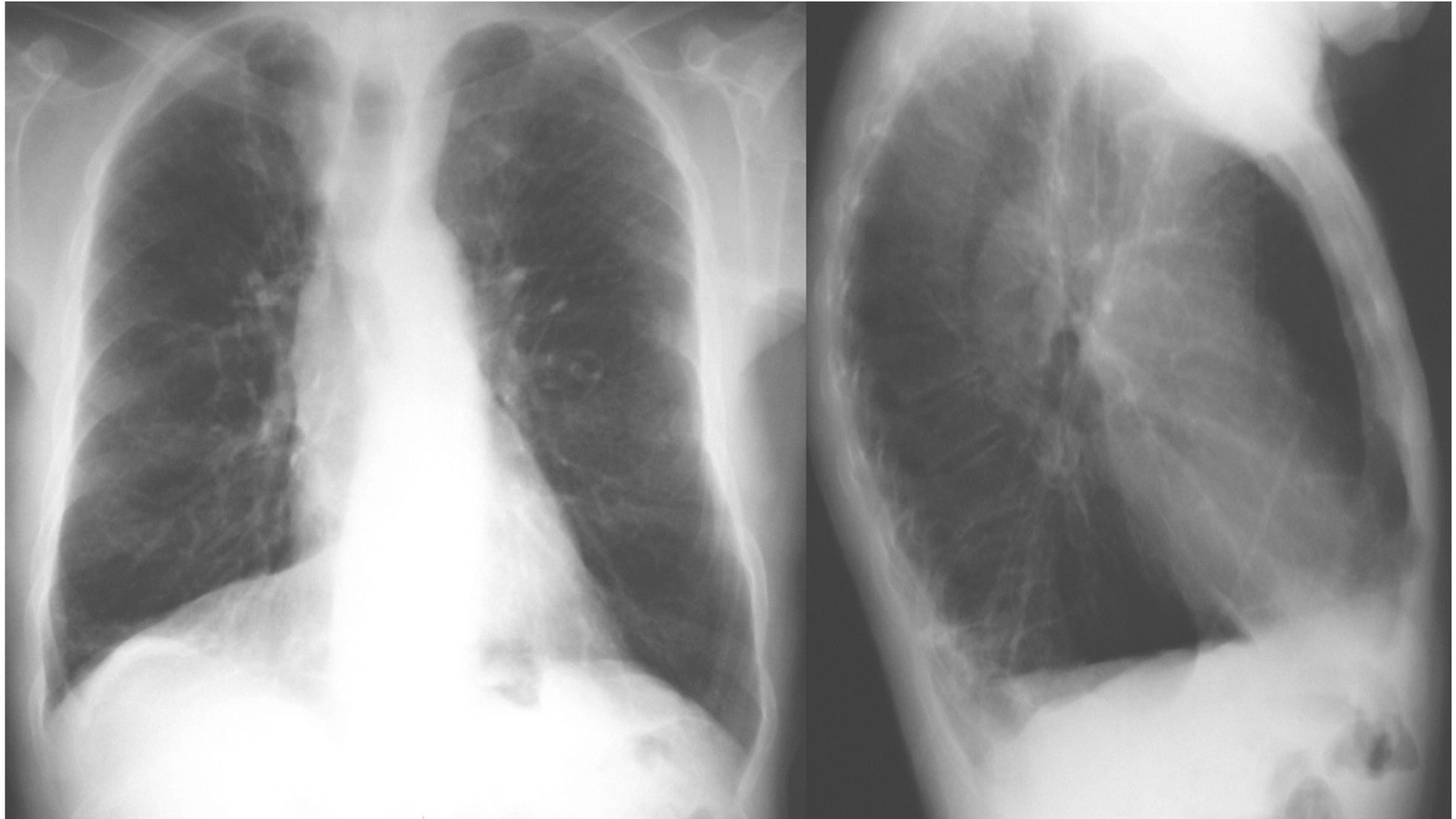
2. Y a-t-il lieu d'hospitaliser le patient ?

- Non car
 - Absence de signes de gravité
 - Il est venu en vélo
 - Pas de signe de faillite hormis la mise en jeu des SCM
 - Absence de doute diagnostique pour une pneumonie ou pour un pneumothorax

3. Qu'évalue le test de Fagerström? Quelles sont ses deux principales questions ?

- Il évalue la dépendance à la nicotine
- Deux principales questions :
 - Délai entre le réveil et la 1^{ère} cigarette ?
 - Quantité de cigarettes fumées par jour ?

Le cliché de thorax est fourni (figure 1). Compte tenu de ses ATCD professionnels un scanner a été réalisé à la recherche de signes de silicose. Il ne montre « que » des lésions d'emphysème. Le bilan a enfin comporté des explorations fonctionnelles respiratoires.



Le cliché de thorax est fourni (figure 1). Compte tenu de ses ATCD professionnels un scanner a été réalisé à la recherche de signes de silicose. Il ne montre « que » des lésions d'emphysème. Le bilan a enfin comporté des explorations fonctionnelles respiratoires.

	Pré BD			Post BD	
	norme	mesuré	%	mesuré	%
CVF (L)	3,80	3,10	82%	3,20	84%
VEMS(L)	2,98	1,25	42%	1,35	45%
VEMS/CVF		40%		42%	
CPT (L)	8,52	8,65	102%		
VR (L)	4,35	8,10	186%		
DLCO (ml/mmHg/min)	27,00	14,00	52%		

4. Quelles sont les lésions qui auraient orienté vers le diagnostic de silicose sur le scanner thoracique ?

- nodules
- et/ou de masses
- et/ou de calcifications ganglionnaires

5. Interprétez les EFR. Vers quelle pathologie vous orientent-elles compte tenu des données cliniques et de l'imagerie thoracique ?

	Pré BD			Post BD	
	norme	mesuré	%	mesuré	%
CVF (L)	3,80	3,10	82%	3,20	84%
VEMS(L)	2,98	1,25	42%	1,35	45%
VEMS/CVF		40%		42%	
CPT (L)	8,52	8,65	102%		
VR (L)	4,35	8,10	186%		
DLCO (<u>ml/mmHg/min</u>)	27,00	14,00	52%		

- Trouble ventilatoire obstructif (TVO) car :
 - rapport VEMS/CVF $< 0,7$
- Ce TVO est non réversible car
 - le VEMS gagne moins de 200 ml après bronchodilatateurs
- Compte tenu
 - du tabagisme
 - de la dyspnée d'effort
 - de l'emphysème
 - et d'un rapport VEMS/CVF $< 0,7$ après bronchodilatateurs
- On peut poser le diagnostic de bronchopathie chronique obstructive (BPCO)

6. Comment expliquez-vous sur ces EFR la diminution du transfert du CO ?

- Par l'existence d'un emphysème qui réduit la surface d'échange gazeux

7. Pouvez-vous chiffrer la sévérité de la pathologie respiratoire de ce patient ?

Il s'agit d'une BPCO sévère (stade III) en raison

- du handicap respiratoire (dyspnée qui apparaît dès l'ascension d'un étage)
- et surtout du degré d'obstruction apprécié par le VEMS qui est $< 50\%$ de la valeur normale

8. Quelles sont les grandes classes pharmacologiques qu'il est justifié de proposer dans le cadre du traitement de fond de la pathologie respiratoire de ce patient ? Justifiez

Au stade de BPCO sévère (stade III) sont justifiés:

- les bronchodilateurs de courte durée d'action à la demande
- les bronchodilateurs de longue durée d'action
 - beta-2 agonistes
 - tiotropium
- les corticoïdes inhalés **en association** aux beta-2 agonistes de longue durée d'action.

Pas de points pour les corticoïdes inhalés si pas prescrits en association aux beta-2 agonistes de longue durée

8. Y a-t-il lieu d'envisager une déclaration de maladie professionnelle au titre du tableau 91 ? Justifiez

Régime général Tableau 91

Broncho-pneumopathie chronique obstructive du mineur de charbon

Date de création : décret du 23 décembre 1992

Dernière mise à jour : décret du 31 octobre 2005

Désignation de la maladie	Délai de prise en charge	Liste limitative des travaux susceptibles de provoquer cette maladie
Broncho-pneumopathie chronique obstructive entraînant un déficit respiratoire chronique. Elle est caractérisée par l'association de signes cliniques tels que dyspnée, toux, hypersécrétion bronchique et d'un syndrome ventilatoire de type obstructif avec un volume expiratoire maximum seconde (VEMS) abaissé au jour de la déclaration d'au moins 30% par rapport à la valeur moyenne théorique. Cet abaissement doit être constaté en dehors de tout épisode aigu.	10 ans (sous réserve d'une durée d'exposition de 10 ans).	Travaux au fond dans les mines de charbon.

Oui, il y a lieu de déclarer une BPCO d'origine professionnelle car il y a:

1. Une maladie, la BPCO

- Avec un VEMS amputé de plus de 30%

2. Un métier exposant au risque de BPCO : mineur de charbon (exposition à la silice),

3. Les contraintes de temps sont respectées pour

- La durée d'exposition > 10 ans, en accord avec la colonne du milieu du tableau 91
- Mais pas pour le délai de prise en charge est supérieur au délai du tableau 91

⇒ Nécessité de présenter le dossier au Comité Régional de Reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP)