

# Récit d'une situation complexe en ambulatoire

Cas d'asbestose  
Présenté le 12 Mars 2009  
Giovanni Audrey

# 1) Introduction

- Patient de 69 ans
- Venu en consultation seul
- Motif : syndrome douloureux abdominal
- Recours à différents intervenants
- Prise en charge d'une pathologie de découverte fortuite

## 2) Présentation du cas clinique

### 2.1) Antécédents

- Fracture Astragaliennne lors d'un accident de travail
- Complications multiples de cette fracture : refend articulaire, remaniement
- Gêne persistante à la marche
- Tendinopathie épaule droite
- Hypercholestérolémie
- Hypertrophie bénigne de prostate

- Pas de tabac, consommation d'alcool occasionnelle
- Traitement:
  - Tadenan
  - Xatral
  - Crestor
  - Antalgiques et anti-inflammatoires à la demande

## 2.1) Consultation

- Plainte de douleurs épigastriques
- A type de pesanteur
- Non transfixiantes
- Non rythmées par les repas
- Persistantes depuis 3 jours
- Nausées, anorexie
- Perte de poids de 3-4Kg
- Transit normal

## EXAMEN :

- TA : 13/7, Poids : 83 Kg,
- Pas de signe de déshydratation
- Auscultation cardiaque normale
- Abdomen souple, sans défense, sensibilité épigastrique augmentée à la palpation
- Auscultation pulmonaire : légère diminution du murmure vésiculaire, sans toux ni dyspnée
- Reste de l'examen sans particularité

## AU TOTAL :

- Patient avec douleurs épigastriques
- Contexte de prise à répétition d'antalgiques et d'anti-inflammatoire
- Diagnostic d'ulcère gastro-duodénal évoqué
- Traitement symptomatique par IPP
- Anti émétique et anti spasmodique

- Dans ce contexte de douleurs et perte de poids, un bilan sanguin sera réalisé
- Résultats : GB : 7 VS : 67/112 CRP : 62,2  
Amylase : 168 Lipase : 74.
- Le reste du bilan est sans particularité
- Après discussion avec le biologiste : examens complémentaires réalisés
- Exploration d'un syndrome inflammatoire sans signe d'infection
- Amylase élevée, lipase limite
- Il faut éliminer un processus néoplasique :  
TDM abdominal



## Résultats TDM:

- Adénopathies de la chaîne médiastinale
- Plaques pleurales calcifiées bilatérales, prédominante en axillaire droit
- Epanchement pleural bilatéral et modéré
- Absence de nodules parenchymateux
- Hernie Hiatale
- Images kystiques liquidiennes banales des reins. Structure de 12mm évocatrice de lithiase vésicale
- Hypertrophie bénigne de prostate

- Radiographie du thorax : Opacités basithoraciques prédominant à droite, avec comblement de 2 culs de sacs : Tableau de pleuro-pneumopathie associé à une infiltration interstitielle diffuse et bilatérale.
- Devant ces résultats :
  - Absence de pathologie pancréatique
  - Probable Hernie Hiatale expliquant la douleur
  - Probable lithiase réno-vesicale
  - Pathologie pulmonaire évocatrice d'asbestose

### 3) Prise en charge, Recommandation, consensus

#### *A) Rappel*

- Amiante : silicate naturel hydraté de calcium et magnésium
- Ne brûle pas
- Résiste aux agressions chimiques et à la traction
- Utilisée dans + de 3000 produits industriels
- Frein, Enduit, Isolation...

- Classé en 1977 cancérogène certain pour l'homme
- 2000 décès, selon INSERM en 1995, consécutifs aux cancers provoqués par l'inhalation de fibres d'amiante
- Conférence de Consensus Paris, 1999 a défini un suivi médical pour les salariés étant ou ayant été exposé à des niveaux élevés ou moyens de fibre d'amiante
- Ce suivi associera une information, un examen médical, un examen de la fonction respiratoire et des examens radiologiques
- Examens validés : **RADIO THORAX ET TDM**

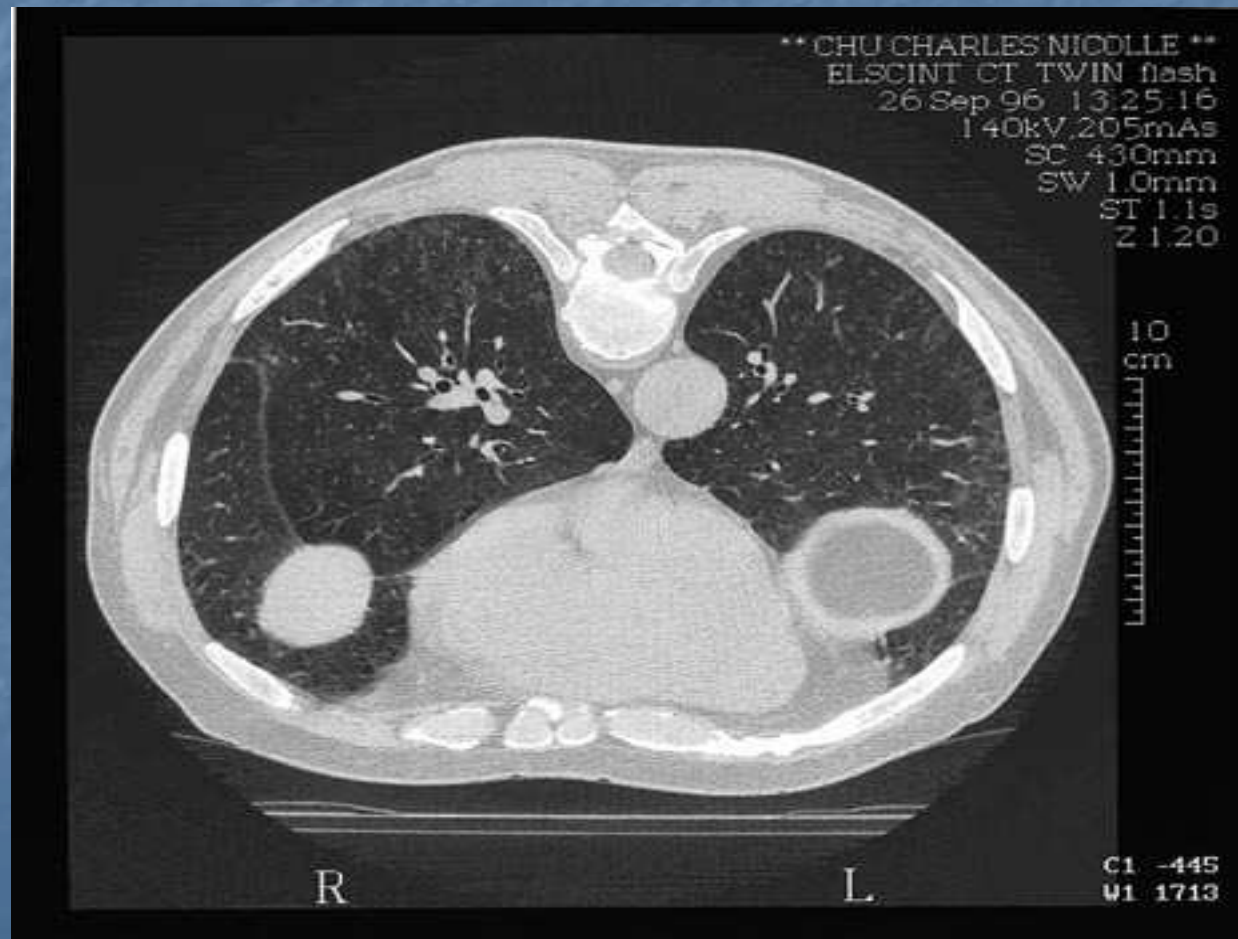
## *B) Les pathologies pleuro pulmonaires*

### 1-Fibrose pulmonaire interstitielle diffuse ou asbestose

- Due à la rétention pulmonaire des fibres d'amiante
- Diagnostic histologique avec accumulation de tissu conjonctif
- Incidence de 5 à 15% dans les populations exposées.
- Diagnostic différentiel fait sur la notion d'exposition
- La maladie peut continuer à évoluer pour elle-même malgré l'arrêt de l'exposition.

- La dyspnée d'effort est le signe le plus précoce
- A l'auscultation : Présence de fins râles crépitants en fin d'expiration
- Toux, hippocratisme digital, cyanose sont + rares
- EFR : DLCO 1<sup>er</sup> touché. Plus tard on peut voir un syndrome restrictif, obstructif ou mixte
- Facteur favorisant pour un cancer broncho pulmonaire
- TDM+++mise en évidence asbestose débutante

- TDM de lésions d'asbestose minimale : lignes septales et non septales bilatérales, images en verre dépoli débutante en postérieur droit



- Radio du thorax d'asbestose avérée :  
Diminution de la transparence des bases,  
plaques pleurales calcifiées volumineuses

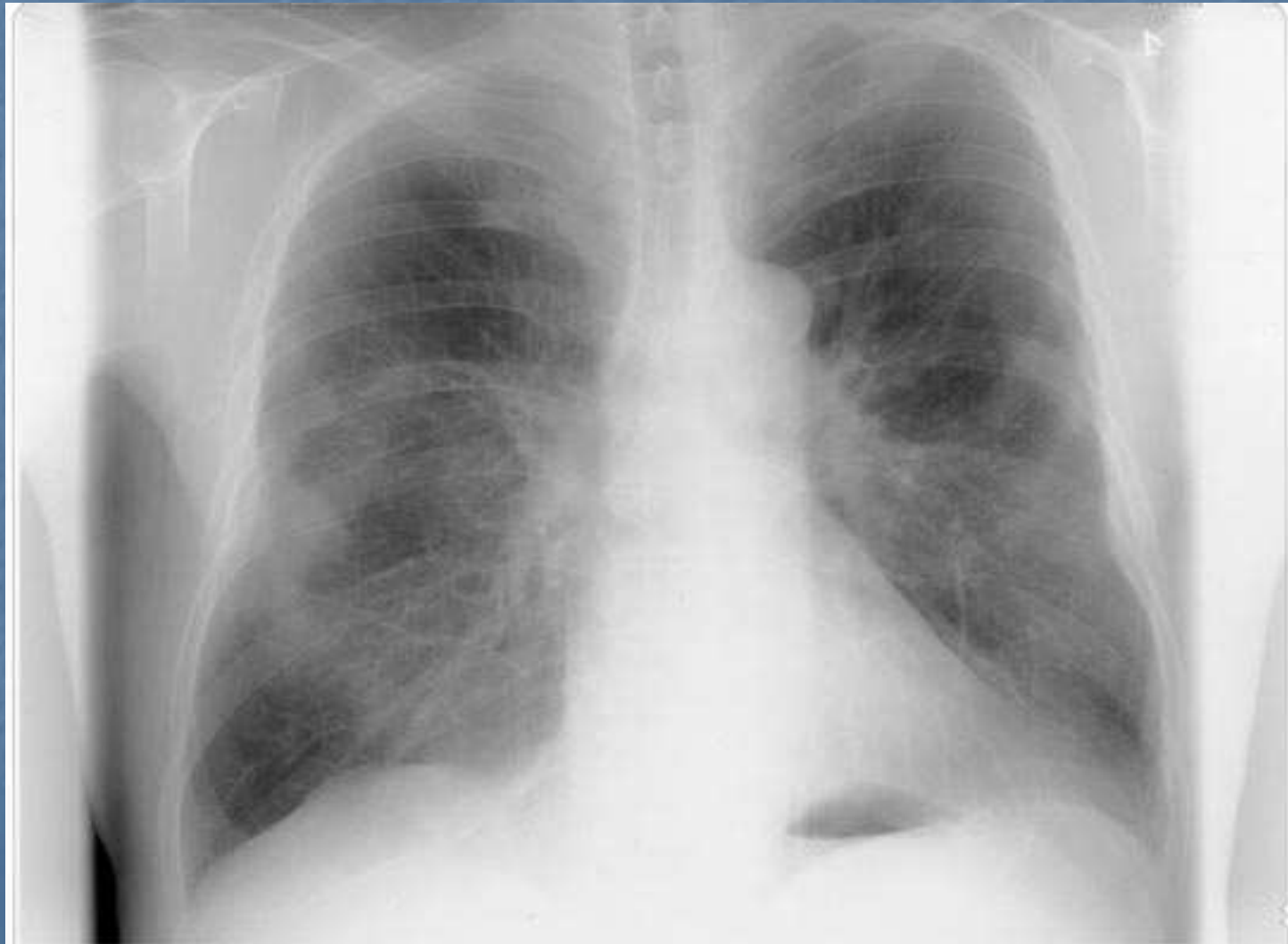




## 2-Plaques pleurales

- Découverte presque toujours radiologique
- La latence est de 20 ans, pas de dose seuil
- Plaques fibro-hyalines situées sous l'épithélium mésothélial, bilatérales et asymétriques, calcifiées ou non
- Se situent feuillet pariétal de la plèvre
- Symptomatologie pauvre
- Peu de retentissement sur les EFR quand isolées
- Distinction sur TDM (insertion musculaire)

- Radio du thorax avec plaques pleurales bilatérales



### 3-Epaississement pleural diffus(fibrose pleurale)

- Symphyse pleurale
- Présente dans les séquelles d'épanchement pleural séreux ou infectieux
- Unilatérale, touche la plèvre viscérale
- Comble le cul de sac costo diaphragmatique
- Cause des douleurs
- Altère la compliance pulmonaire
- De découverte radiologique
- EFR : Syndrome restrictif

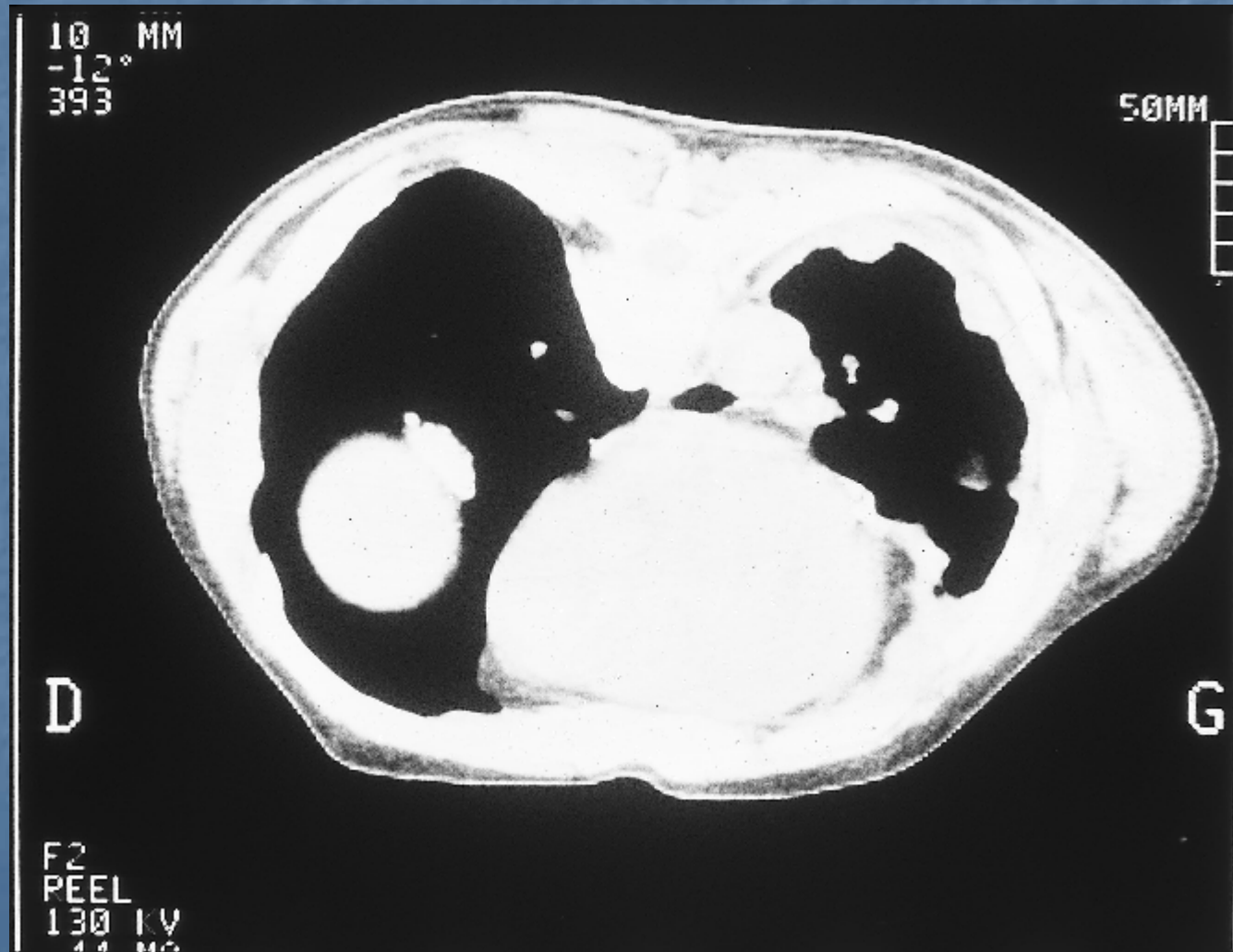
## 4-Atélectasie par enrroulement ou atélectasie ronde

- Collapsus pulmonaire
- Epaississement pleural en regard
- Douleurs localisées
- Découverte radiologique
- Non spécifique de l'amiante
- EFR : Syndrome restrictif

## 5- Mésothéliome malin de la plèvre

- Amiante = principal facteur de risque
- Cancer au pronostic redoutable
- Latence longue 30 à 40 ans
- Asymptomatique au début dans 25% des cas
- Toux, Dyspnée, Douleurs, AEG, Adénopathies homolatérales
- Dysphagie, Dysphonie, Syndrome cave supérieur si extension
- La ponction pleurale peut montrer des cellules suspectes
- C'est la thoracoscopie qui fait le diagnostic

- TDM : Mésothéliome malin de la plèvre, envahissement de la plèvre Gauche



## *C) Suivi Médical*

### *-Pendant l'activité professionnelle*

- Surveillance médicale, avec vérification de l'aptitude à l'affectation à un poste exposé
- Investigations complémentaires par le médecin du travail
- Attestation d'exposition quand un employé quitte un établissement
- Recours à des droits de réparation
- Un dossier individuel pour les employés exposés, conservé pendant 50 ans (avec résultats d'examen, fiche d'exposition...)
- Poursuite de surveillance si arrêt d'exposition

## *-Après la période d'activité professionnelle*

- L'ancien employé doit informer son médecin traitant de son exposition à l'amiante
- Présentation de l'attestation
- Prise en charge par la Sécurité sociale des examens complémentaires
- Réalisation bilan tous les 2 ans
- Sous certaines conditions, possibilité de pré-retraite à partir de 50ans réservées aux victimes de l'amiante



## -Reconnaissance de maladie professionnelle

- Conditions des tableaux 30 et 30 bis
- Le 30 :liste indicative de travaux exposant aux poussières d'amiante susceptible de provoquer une série de maladie: asbestose..
- Le 30 bis énumère de façon limitative les travaux susceptible de provoquer un cancer broncho pulmonaire. Il prévoit une durée min d'exposition à l'amiante de 10ans.
- Le caractère professionnel de la maladie peut être reconnu par l'art L 461-1 du code de la sécurité sociale, même si toutes les conditions ne sont pas réunies.

## 4) Prise en charge et spécificité de la médecine générale

### 4.1) Le Premier recours

- Il s'agit ici d'une découverte fortuite d'une pathologie au stade asymptomatique
- Il faut donc effectuer des consultations spécialisées
- Programmer des examens complémentaires
- Ne pas alarmer le patient

## 4.2) La prise en charge globale

- Il va falloir programmer :
  - Une consultation avec le pneumologue
  - Une consultation avec le médecin du travail
  - Une échographie réno-vésicale
  - Une consultation avec l'urologue
  - Une FOGD
- Tout ça chez un patient qui a été soulagé par les IPP et qui n'a plus de plaintes fonctionnelles

## 4.3) La coordination des soins

- En 1<sup>er</sup> lieu: consultation avec le Pneumologue
- Ponction évacuatrice et exploratrice de l'épanchement, analyse anatomopathologique
- TDM de contrôle : plaques pleurales étendues, partiellement calcifiées, évocatrice d'exposition à l'amiante. Epanchements pleuraux des culs de sac, condensation alvéolaire. Pas de nodule
- Radio : Emoussement du cul de sac pleural G. Epanchement de faible abondance à droite.
- Le patient ne sera pas ponctionné, indication de surveillance simple
- Anapath négative + Fibroscopie normale
- Dossier de maladie professionnelle en cours

## 4.4) La continuité des soins

- Concernant les autres pathologies :
- Echographie rénale, confirmant des lithiases : 1 de 8mm au niveau du rein droit et 1 vésicale.
- Consultation avec l'urologue qui procèdera à une lithotritie extra corporelle
- Pour la Hernie Hiatale, le traitement par IPP a bien soulagé le patient
- FOGD : Phytobézoard avec trouble de la motricité gastrique, ajout d'un traitement enzymatique.

## 4.5) Le rôle d'acteur de santé publique

- Pathologie avec un grand impact médiatique
- Expliquer la pathologie et les risques évolutifs
- Bilan des lésions
- Programmer le suivi futur
- Déclaration de maladie professionnelle
- Recherche du curriculum laboris, avec une liste des différents employeurs du patient

## 5) Conclusion

- Cas particulier de découverte fortuite de plusieurs pathologies, dont la plupart sont bénignes
- Rôle de coordination des soins du médecin généraliste
- Hiérarchise et organise les examens
- Déclaration de maladie professionnelle

## 6) Bibliographie

- Travail au contact de l'amiante, site du ministère du travail
- Site de l'Institut National de Recherche et de Sécurité
- Site médecine du travail, CHU Rouen, Dr Bismuth