



UNIVERSITÉ DE
MONTPELLIER



Cas cliniques Immunologie

DFASP2 Internat 2023-24

Mr Boudard Frédéric

Cas clinique n°1

Mr Dupond, ancien fumeur âgé de 58 ans, présente depuis de nombreuses années, toujours de Mai à Juin, un écoulement nasal clair invalidant. Il a remarqué une recrudescence des symptômes le soir au coucher depuis l'hiver dernier. S'il ne se mouche pas, il se gratte souvent le nez ou éternue et a parfois une sensation de nez bouché surtout à gauche. Depuis environ 6 semaines, il se plaint d'une toux nocturne, majorée par les efforts, ce qui l'amène à consulter à ce jour. Il vous informe qu'il prend du captopril depuis un an pour une HTA essentielle et consomme régulièrement des AINS pour des lombalgies. Mr Dupond vit à la campagne avec sa famille. Sa literie est constituée d'un sommier tapissier et d'un matelas pas récent. Il n'y a pas de moquette dans son habitation mais deux tapis dont un dans sa chambre. Le chauffage est assuré par une chaudière à gaz et il utilise régulièrement une cheminée à foyer ouvert. Il possède un chien et un chat mais n'est pas gêné en leur présence. Il est en préretraite de la fonction publique et ne pratique aucune activité physique.

1) Quels sont les éléments de l'histoire clinique de Mr Dupond qui concourent à établir un diagnostic clinique ?

2) Quels arguments cliniques vous permettent d'établir un diagnostic ?

3) Quels peuvent être les agents étiologiques possibles responsables des symptômes cliniques ?

4) Décrire le mécanisme physiopathologique impliqué dans cette pathologie ?

5) Quelles explorations peut-on réaliser pour confirmer ce diagnostic ? Décrire brièvement ces explorations.

6) Que vous évoque la présence d'une toux depuis 6 semaines ? Quelles explorations devez-vous réaliser pour affirmer votre diagnostic ?

7) Quels traitements peut-on prescrire à Mr Dupond ?

8) Quels conseils peut-on proposer à Mr Dupond pour réduire ces symptômes ?

Cas clinique n°2

Melle Durand; une jeune femme célibataire de 25 ans, s'était présentée à la consultation de son généraliste deux ans auparavant pour des douleurs articulaires touchant les poignets, les doigts et les chevilles. Elle consulte de nouveau son médecin: l'examen clinique montre une température corporelle, une fréquence cardiaque, une PA et une fréquence respiratoire normale. Ses joues présentent une rougeur cutanée, plus marquée au niveau du nez, qui s'aggrave après exposition d'une à 2 heures au soleil. Les articulations des doigts et les poignées sont gonflées et douloureuse à la palpation. Les autres points de l'examen clinique sont normaux. Le médecin prescrit alors une prise de sang dont les résultats sont les suivants:

Hématocrite: 35%

Leucocytes: 9,8 G/L

NFS normale

VS: 40 mm/h

Ac anti-nucléaires (ANA): 1/256

Les autres analyses biologiques sont normales.

1) En se basant sur les signes cliniques, quel est votre diagnostic ?

2) Commentez les résultats des examens sanguins.

3) Quelle technique utilisez-vous pour rechercher ces Ac anti-nucléaires ?

4) Quel autre Ac spécifique peut-on rechercher dans le cas de cette pathologie et par quelle technique, il est mis en évidence?

5) Quel(s) traitement(s) préconisez-vous pour traiter les douleurs articulaires ?

Cas clinique n°3

Melle Durand revient 3 mois plus tard chez son généraliste car elle se sent inhabituellement fatiguée. Pendant une semaine, ses chevilles étaient gonflées et éprouvaient des difficultés à mettre ses chaussures. A l'auscultation, elle présente un œdème important aux chevilles et aux pieds. Son abdomen est distendu et présente une modification de la matité à la percussion (témoin d'une quantité de liquide importante dans la cavité péritonéale). Le médecin prescrit des examens biologiques dont les résultats sont les suivants:

Ac ANA: 1/256

VS: 120 mm/h

Albumine sérique: 8 g/L

C3: 0,42 g/L (N: 0,8-1,8 g/L)

C4: 0,05 g/L (N: 0,15-0,45 g/L)

Protéinurie: +++

GR, GB, cylindres hyalins et granuleux importants dans les urines.

Protéinurie de 24h: 4g

1) Quelle est la raison probable de la diminution du C3 et du C4 ?

2) Quelle est la raison probable des anomalies sanguines et urinaires ?

3) Suite à ces anomalies, quel examen important doit être effectué ? Que doit-il recherché ?

Cas clinique n°4

Mr Martin s'apprête à passer à table au bras de sa belle sœur, lorsqu'il éprouve soudain un intense prurit de la paume des mains. La sensation s'amplifie de minutes en minutes et tend à se généraliser à l'ensemble du corps. En quelques instants, son visage et ses mains se couvrent de plaques érythémateuses en relief, aux contours en carte de géographie, centrées par une zone pâle. Les convives observent étonnées Mr Martin qui se gratte de manière irrépressible et voient son visage, notamment ses paupières, gonfler progressivement. Mr Martin éprouve une sensation de malaise croissant à mesure que l'éruption s'étend, que ses doigts, ses pieds, son scrotum, ses lèvres et sa langue augmentent de volume. Le médecin est appelé en urgence et voit Mr Martin installé au salon sur un canapé, parmi les reliefs de l'apéritif.

1) Quel est votre diagnostic?

2) Quels examens complémentaires peuvent être réalisés pour confirmer le diagnostic ?

3) Quel(s) est (sont) le (s) traitements (s) de Mr Martin ?

Cas clinique n°5

David est né à terme après une grossesse normale. Ses parents sont cousins germains. Il n'a pas été vacciné à la naissance par le BCG. Il est resté en bonne santé jusqu'à l'âge de 2 mois, quand il a commencé à présenter des symptômes respiratoires traités par des antibiotiques. Les vaccinations de routine ont été effectuées après qu'il eût récupéré. Survint alors une diarrhée qu'on attribua aux antibiotiques, mais elle persista même après la fin du traitement. A l'âge de 3 mois, il attrapa une autre infection respiratoire et son état général commença à se dégrader avec un retard de croissance évident. Il fut donc hospitaliser.

A l'examen physique, il est maigre. Il ne présente ni éruption, ni lymphoadénopathies mais son foie est palpable. Le pouls et la respiration sont un peu accélérés. Les examens de laboratoire donnent les résultats suivants:

(Entre parenthèse: normes pour l'âge de 3 mois)

Hémoglobine: 108 g/L (100-130) IgG: 0,9 g/L (2,1-5,5)
Neutrophiles: 3,5 G/L (3-5) IgA: < 0,1 g/L (0,05-0,34)
Lymphocytes: 0,7 G/L (3-15) IgM: 0,1 g/L (0,02-0,66)
Sang: PCR négative pour le HIV Ly CD3/CD4+: 0,09 G/L (2,3-3,6)
Urine: négative pour le CMV Ly CD3/CD8+: 0,04 G/L (1,2-1,4)
Selles: présence de l'Echovirus 22 Ly CD19+: 0,23 G/L (0,3-3)
Ly CD3-/CD16/CD56+: 0,31 G/L (0,16-0,95)

Expectorations: culture bactérienne et PCR négative pour *Pneumocystis*

Test de prolifération lymphocytaire:

	Index de stimulation		% de cellules CD3/CD69+	
	Patient	Contrôle	Patient	Contrôle
PMA+ionophore	6	300	< 1	49%
PHA	4	384	< 1	29%
Ac anti-CD3	3	165	1%	17%

1) Commentez les examens biologiques.

2) Quelle est la pathologie la plus probable dont souffre David ?

3) Quel(s) mécanisme(s) physiopathologique(s) est (sont) impliqué (s) dans cette pathologie ?

4) Quel est le traitement de choix pour David ?