

Service de Cardiologie et maladies vasculaires du Professeur M.

COMPTE RENDU D'HOSPITALISATION

NOM : Madame L H

Age : 53 ans

FAIT LE : 23.07.2012

DU : 12/07/2012 AU

23/07/2012

PAR : Le Docteur AM

DESTINATAIRE : Docteur D

MOTIF D'HOSPITALISATION :

Embolie pulmonaire bilatérale

Facteurs de risque athéromateux : HTA de longue date (1983) et un surpoids (IMC a 28).

ANTECEDENTS :

Syndrome antidépresseur (après un divorce).

Allergie au nickel.

Cancer de la marge anale découvert en 2004 traité par chimiothérapie et radiothérapie, compliqué d'une fistule recto-vaginale et d'une colopathie radique.

Le dernier contrôle en juin 2007 avec biopsie anale ne retrouvait pas de lésion suspecte néoplasique mais seulement une lésion d'origine radique qui fait penser à une colostomie.

HISTOIRE DE LA MALADIE :

En août 2006 cette patiente avait fait une hémorragie cérébrale sur rupture d'anévrisme sylvien droit ; traitement chirurgical ; un scanner cérébral réalisé en

juin 2007 ne retrouve pas d'hydrocéphalie.

Depuis août 2006 la patiente est en rééducation au centre de P. pour l'hémiplégie gauche secondaire. La sortie du centre était prévue le 23 juillet pour transfert dans une famille d'accueil à T.

Le 12 juillet 2012, lors d'une séance de rééducation (montée d'escalier) elle va présenter une dyspnée aigue avec polypnée, chute et perte de connaissance. On

Projet AUF « Le français médical en contexte plurilingue en Europe Centrale et Orientale »

remarque que la saturation en oxygène est descendue en dessous de 65% sous 12l d'O2. Par ailleurs, œdème marqué du MIG chez une patiente qui n'est pas sous HBPM.

Elle est prise en charge par SAMU et adressée aux urgences de notre hôpital.

Les principaux résultats des examens cliniques et paracliniques

Examen clinique :

À l'admission dans notre service, l'examen clinique retrouve des bruits du cœur tachycardiques à 140/mn, sans souffle, pas de signe d'insuffisance ventriculaire gauche, signes d'insuffisance ventriculaire droite avec turgescence jugulaire, RHJ et OMI, surtout au niveau du membre inférieur gauche, qui met un doute sur une thrombose veineuse profonde.

À l'examen neurologique il existe une hémiparésie gauche séquellaire.

Angio TDM thoracique fait en urgence

Confirme l'embolie pulmonaire proximale bilatérale, pas d'épanchement pleural ou péricardique, pas d'anomalie parenchymateuse pulmonaire.

ECG

Rythme sinusal à 140/mn avec un BBD, des signes de souffrance antéro-septale, SI-Q3.

Bilan biologique

D-Di-mères positives, la troponine et les CPK sont rassurantes, le bilan inflammatoire est négatif, la fonction rénale est normale, les électrolytes sont normaux.

L'échocardiographie:

Bon VG avec HVG concentrique, troubles restrictifs, pas de valvulopathie aortique, les cavités droites sont dilatées, pression dans la PA à 45 mmHg, péricarde sec.

CONCLUSION :

Embolie pulmonaire proximale bilatérale chez une patiente ayant des facteurs de risque : cancer de la marge anale et hémiparésie gauche secondaire à une rupture d'anévrisme sylvien droit, avec probablement thrombose veineuse profonde gauche.

L'avis neurologique ne retrouve pas de contre indication à une fibrinolyse ni à une anti coagulation.

EVOLUTION :

Pendant l'hospitalisation, on note des crépitants dans les deux bases pulmonaires secondaires à l'alvéolite hémorragique avec fièvre, donc la patiente a été mise sous antibiotiques (CLAMOXYL).

La patiente va poursuivre sa convalescence au centre de rééducation de P.

Une contention des MI a été instaurée dès les premiers jours d'hospitalisation, à continuer surtout à la marche.

Les anticoagulants seront poursuivis avec précaution en raison des antécédents d'hémorragie cérébrale, avec INR cible entre 2 et 3.

Traitement

Traitement anticoagulant : héparinothérapie à dose efficace a été instaurée après un bolus de 5000 unités, puis au bout de 5 jours LOVENOX et PREVISCAN et enfin PREVISCAN et ARIXTRA jusqu'à un INR efficace.

Depuis 19 juillet la patiente est seulement sous PREVISCAN.

La patiente quitte le service le 23 juillet avec pour traitement :

PREVISCAN 20 mg ¼ le soir

CLAMOXYL 2gx3 par jour jusqu'au 24 juillet

AMLOR 10 : 1 le matin

EUPRESSYL 60 mg : 3 par jour

DIFFU K : 1 gel le matin

NEURONTIN 600mg x 3 par jour

DEROXAT 20 mg

ESIDREX 25 mg : ½

INIPOMP 40 mg : 1 le soir

DEBRIDAT : 3 par jour

FORLAX : 2 par jour.

I. COMPREHENSION ECRITE ET INTERPRETATION :

1. Selon la partie relative au motif de l'hospitalisation :

a) La patiente est hospitalisée en vue de traitement.

Vrai ☐ Faux

☐

b) La patiente est hospitalisée en vue d'examen.

Vrai ☐ Faux

☐

2. L'organe faisant l'objet d'intervention médicale est :

a) le poumon Vrai ? Faux ?

c) le foie Vrai ? Faux

?

d) le cœur Vrai ? Faux ?

3. Dans la partie relative aux antécédents :

Nommez les antécédents de cette patiente.

.....

4. Dans la partie relative à l'histoire de la maladie :

a) La patiente a été hospitalisée en 2006 pour

.....

b) Décrivez les signes et symptômes cliniques qui sont apparus le 12 juillet

.....

5. Pour ce qui concerne la partie relative à l'examen clinique et aux résultats

des examens complémentaires :

a) L'examen clinique n'a rien à signaler. Vrai ? Faux ?

b) Décrivez les signes d'insuffisance ventriculaire

droite.....

c) Décrivez les signes d'une thrombose veineuse

profonde.....

d) L'échocardiographie du cœur a mis en évidence

.....

e) Décrivez les résultats des examens complémentaires qui soutiennent le

diagnostic de l'embolie pulmonaire

.....

.....

6. Selon les parties relatives à l'évolution de la maladie et aux conclusions médicales :

a) la patiente rentre à domicile Vrai ☐ Faux

☐

b) la patiente sera surveillée pendant la période de traitement Vrai ☐ Faux

☐

c) quel est le diagnostic pour cette patiente ?.....