



CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE SAINT-PIERRE
Association Hospitalière de Bruxelles
Association régie par la loi du 8 juillet 1976

Département de Médecine

Chef de Département de Médecine
Prof. J.Ph. PRAET
Maître de Stage - Médecine Interne
Prof. S. DE WIT, agrégé

Docteur Anette SEIDEL-POHL

rue des tanneurs 169
1000 BRUXELLES

Cardiologie
Prof. P. UNGER, agrégé
Endocrinologie
Dr P. KLEYNEN
Gastro-Entérologie
Prof. M. BUSET, agrégé
Gériatrie
Prof. J.Ph. PRAET
Hématologie - Oncologie
Prof. Ph. HERMANS, agrégé
Maladies Infectieuses
Prof. S. DE WIT, agrégé
Médecine Interne - Néphrologie - Hypertension
Dr M.P. GUILLAUME - Prof. M. ECTORS
Neurologie
Dr J. SCHULZ, agrégé
Oncologie médicale
Dr B. KOSSAKOWSKA - Dr C. MARTINEZ-MENA
Pneumologie
Prof. V. NINANE, agrégé
Revalidation Cardiologie/Pneumologie
Dr R. KACENELNBOGEN - Prof. V. NINANE
Revalidation Loco-moteur
Dr G. HUON
Rhumatologie
Dr S. DI ROMANA
Soins Intensifs Médicaux
Prof. Ph. DECHAMPS
Soins palliatifs
Dr M.C. PAYEN

N/REF : GPB/BY/111092925000
100112966

Bruxelles, le 30 janvier 2017

Honorée Consœur,

Votre patient, Monsieur Andre MAZY, né le 17/06/1939, a séjourné dans le Département de Médecine du 10/01/2017 au 26/01/2017.

Motif d'admission : Bilan d'anémie.

Affection actuelle : Patient de 77 ans, hospitalisé via la consultation de néphrologie (Dr M. Garjau) pour une colonoscopie et une OGD sous narcose dans le cadre d'un bilan d'anémie. Anamnèse et examen clinique très difficiles car patient peu communiquant et confus. Probable composante d'aphasie de compréhension. Pas de plaintes spontanées ni à l'interrogatoire systémique. Hétéro-anamnèse via les infirmières de rue : troubles cognitifs stables depuis plusieurs semaines.

Antécédents principaux :

- Erysipèle de la jambe gauche.
- Ostéopénie avec tassements vertébraux (colonne dorsale – Th12) en 2012.
- Dermite érysipéloïde.
- Cardiomégalie. FEVG : 45% -HVG avec hypokinésie diffuse.
- Probable BPCO (dernières EFR : peu de collaboration).
- Fracture costale en août 2012.



Site Saint-Pierre
Rue Haute 322 – 1000 Bruxelles
Tél. : 02/535.31.11



Site César De Paepe
Rue des Alexiens 11 – 1000 Bruxelles
Tél. : 02/506.71.11

Mode de vie :

Tabac : 1 paquet/ 2 jours (cigarillos).

Alcool : stop (ancienne consommation).

SDF. Suivi par la Croix de Malte. Ancien balayeur de rue.

Pas d'allergie connue.

Traitement à domicile : (Patient peu collaborant - traitement de sortie à la dernière hospitalisation) :

Cardioaspirine 1/j - Carbonate de Ca 1 g/j -D cure 1 amp/semaine - Perindopril 4 mg 1/j
- Simvastatine 20 mg 1 x le soir.

Examen physique à l'admission :

Examen clinique difficile, patient confus. Patient, normohydraté, eupnéique au repos.

Tension artérielle : 141/70 mmHg. Rythme cardiaque régulier à 93/minute.

Température : 37.2°C. Saturation : 95%.

Examen de la tête et du cou : macroglossie

Auscultation pulmonaire : murmure vésiculaire symétrique. Râles crépitants aux bases.

Examen des membres inférieurs : signe du godet bilatéral, jambe gauche érythémateuse.

Examen neurologique : Patient orienté dans l'espace mais pas dans le temps. Pas très collaborant. Nerfs crâniens II, V, VIII, IX, XIII sans particularité, oculomotricité conservée, test des nerfs VII, III, IV, VI impossibles. Romberg négatif, test de dysmétrie épreuve doigt nez impossible, pas de trouble de la marche, adiadococinésie conservée. Barré tenu, Mingazzini non tenu. Hypertonie modérée des membres, membres non atrophiés. Force musculaire des membres supérieurs et inférieurs 5/5. Sensibilité des membres préservée. Réflexe tricipital droit : ¼ gauche : non évocable, réflexe cubital droit : ¼ gauche : non évocable, réflexe stylo radial ¼ I, réflexe stylo cubital non évocable. Réflexe rotulien ¼ I, réflexe achilléen non évocable. Réflexes cutanés plantaires en flexion.

Evolution :

Troubles cognitifs avec désorientation temporelle et probable composante d'aphasie de compréhension. Troubles de l'élocution difficilement qualifiables, car patient peu communicant. Probable composante d'aphasie motrice. MMSE à 14/30, mais patient très peu collaborant. Un bilan de troubles cognitifs a été effectué par CT scan cérébral et testing neuropsychologique.

Devant la présence d'IgG Lambda monoclonales, l'anémie d'origine peu claire, la protéinurie néphrotique, la cardiomyopathie à priori non ischémique vu l'hypokinésie diffuse et la clinique suggestive (macroglossie, amaigrissement), le patient a bénéficié d'une PMO. Les résultats préliminaires ne mettent pas en évidence d'excès de plasmocytes et les résultats définitifs seront récupérés via la consultation d'hématologie.

Conclusions de l'hospitalisation actuelle :

Patient âgé de 77 ans :

1. Anémie normochrome normocytaire hyporégénérative probablement dans contexte le 3 : pas de composante carencielle ni hémolytique. Gastrite chronique légère sans activité aiguë. Présence de métaplasie intestinale.

✓

2. Protéinurie sans insuffisance rénale probablement dans le contexte de 3.
3. MGUS vs amyloïdose primaire à IgG Lambda vs maladie de Waldenström, en attente du résultat définitif de la PMO. Suivi en consultation d'hématologie prévu.
4. Cardiomyopathie ischémique à FEVG altérée (45%) avec hypokinésie inféro-latérale : optimisation du traitement médicamenteux. Pas de signes d'amyloïdose cardiaque. Suivi en consultation de cardiologie.
5. Troubles cognitifs chroniques probablement dans un contexte de démence vasculaire : CT scan cérébral : leuco-encéphalopathie vasculaire et séquelles d'infarctus lacunaires en régions para-ventriculaires. Bilan complémentaire prévu à l'hôpital de jour gériatrique.
6. Tabagisme et toux chroniques : Rx thorax : remaniements emphysémateux. EFR difficiles à interpréter en raison de la non collaboration du patient
7. Dermite érysipéloïde chronique.

Traitement à la sortie :

Emconcor minor 2.5 mg ½ co 1 x/j le matin - Zocor 20 mg 1 x/j le soir - Befact forte 1 x/j à 09h - Perindopril 4 mg 1 x/j à 17h - Pantomed 40 mg ud 1 x/j le matin à jeun - D vital 500/440 mg 1 x/j - Cardioaspirine 100 mg le matin per os - Duovent 1 puff 3 x/j si nécessaire - D cure 1 amp 1 x/2 semaines.

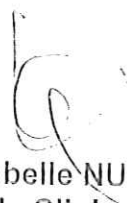
Dispositions à la sortie :

Consultation de gastro-entérologie le 06/02/17 à 16h.
Bilan gériatrique le 31/01/17 à 13h (U411B).
Consultation de cardiologie le 16/02/17 à 11h à César de Paepe.
IRM cérébrale le 16/02/17 à 11h30'.
Consultation d'hématologie le 20/02 à 14h40'.
Bilan neuropsychologique le 21/02/17 à 9h.
Consultation d'urologie le 15/03/17 à 14h15'.
Consultation de néphrologie le 16/03/17 à 10h30'.

Vous trouverez en annexe les résultats des examens complémentaires réalisés.

Restant à votre disposition, nous vous prions de croire, Honorée Consœur, à l'expression de toute notre considération.

Dr Georgiana PINTEA
Candidate Résidente


Dr Isabelle NUBOURGH
Chef de Clinique Adjoint

Annexe

EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

Examens de laboratoire : voir récapitulatif ci-joint.

Echographie abdominale (11/01/17) : Le foie est de volume normal et se particularise par une cohérence élevée du parenchyme la propagation des ultrasons suggérant fortement une fibrose. L'élastométrie n'est pas praticable chez ce patient mais paraît toutefois se situer également a un niveau de fibrose. Non quantifiable. La vésicule ne contient pas de lithiasse. Le pancréas est de volume configuration et structure normales.
Echographie abdominale

Échographie Rénale et Pelvienne (12/01/17) : Les deux reins sont en situation normale. Le grand axe du rein droit fait 12 cm, à gauche l'axe bipolaire est mesuré également à 12 cm. Les contours des deux reins sont réguliers et présentent bonne différenciation cortico-médullaire. Absence de dilatation pyélo-calicielle. Absence de néphrolithiasse. La vascularisation du parenchyme des deux reins est normale au point de vue artériel. À l'étage pelvien, la vessie était remplie. Les parois sont discrètement épaissies. Le plancher vésical est soulevé par une prostate augmentée de volume.

Échographie des troncs supra-aortiques (23/01/17) : Athéromatose diffuse et modérée n'entraînant actuellement ni sténose ni modification hémodynamique

Echo cœur (18/01/17) : FEVG 40-45%, hypokinésie au niveau de la paroi inférieure et inféro-latérale. Pas de signe d'amyloïdose. Dysfonction diastolique de grade 1. Aorte ascendante légèrement dilatée.

Rx thorax (13/01/17) : Etalement de la silhouette cardiaque. Accentuation de la trame vasculaire. Remaniements emphysémateux. Pas de foyer systématisé décelé. Pas d'épanchement pleural.

CT scan crâne (17/01/17) : Pas de foyer hémorragique ni d'image suspecte de lésion tumorale. On observe des lésions de leuco-encéphalopathie vasculaire. Il existe des séquelles d'infarctus lacunaires en régions para-ventriculaires bilatéralement. On observe des signes d'atrophie cortico-sous-corticale modérée globale. Des lésions inflammatoires occupent l'ensemble des cavités sinusienne.

Biopsie duodénum (16/01/17) : Muqueuse duodénale dans les limites histologiques de la normale.

Biopsie estomac (16/01/17) : Gastrite chronique légère sans activité aiguë. Présence de métaplasie intestinale. Absence d'*Helicobacter pylori*.

Biopsie hépatique (20/01/17) : Pas d'altération histologique notable.

OGD (16/01/17) : Examen normal hormis une ébauche de hernie hiatale, sans complication.

Coloscopie totale (16/01/17) : examen normal sans particularité