

Centre Hospitalier de Luxembourg

01/11/2023

4, rue Ernest Barblé
L-1210 Luxembourg (Belair)

M. Dr. med. Jens Ferring
Clinique I^{er} Centre

N/ Mme Dr. med Lisa Simpson
Station E2-A

N/ M. Dr. med Julius Hibbert
Station E2-A

Concernant : M. Norbert Claude PETERS (Matricule : 1937010112347)

Cher confrère,

La présente hospitalisation a été motivée par :

déshydratation

Evolution durant le séjour :

Patient de 87 ans hospitalisé dans un contexte d'insuffisance rénale aiguë sur probable déshydratation

Par ailleurs, notion de troubles du transit ce jour après instauration d'Augmentin pour pneumopathie

MT :

Dr. Homer Simpson

ttt habituel

L-thyroxine 75

Cordarone 200 sauf sam+dim

d-Vital

Eliquis 2.5x2

Amlor 5 mg le matin

Lasix 40: 0.5 le matin

Remergon 15 le soir

Folavit 4 le matin

Dafalgan 1 g : 3/j

Augmentin 1 gx3/j depuis le 13.03

ATCD:

- ACFA anti coagulée
- Depression
- Sd Parkinsonien
- diverticulose sigmoïdienne
- hypotension orthostatique
- troubles cognitifs
- insuffisance rénale chronique

MDV:

vlt a la residence marche avec rolator, chutes a repetition

Examen clinique

patient conscient, asthénique, désorienté, coopération limite, aspect déshydrate

BDC réguliers, pas de souffle perçu, pas de souffle carotidien pas d'OMI, pas de T J, pouls pédieux+

MV sym, pas de foyer évident sous réserve d'inspiration légère

abdomen souple dépressible indolore, BHA+, pas de nausées, ne se plaint pas de diarrhée

sd extrapyramidal

marche avec rolator, petits pas

=> probable foyer pulmonaire droit=> ceftriaxone => insuffisance rénale aigue sur insuffisance rénale chronique dans un contexte de probable déshydratation => bilan gériatrique complet avec bilan de chutes => réévaluation demain après réhydratation

EVOLUTION DANS LE SERVICE

- 1) Pneumopathie hypoxémiante d'évolution favorable sous ceftriaxone, Sevrage en O2-Rx thorax Foyer de surinfection segmentaire au niveau du segment postéro-basal du lobe inferieur droit sur BPCO.
- 2) Insuffisance rénale aigue d'évolution favorable au cours de l'hospitalisation après réhydratation. Découverte d'une kyste rénal complexe pour lequel les explorations sont à poursuivre en externe
 - Echographie des voies urinaires

Les reins sont en place, de taille normale avec atrophie corticale bilatérale mesurant respectivement dans leur grand axe 10,8 cm à droite et 11,9 cm à gauche. Multikystose rénale bilatérale avec présence d'un kyste complexe de taille centimétrique au niveau du rein droit. Pas de néphrolithiase ni d'hydronéphrose. Globe vésical avec hypertrophie hétérogène de la prostate responsable d'une compression extrinsèque sur le trigone vésical. Avis urologique souhaitable. Pas d'épanchement intra ni rétropéritonéal.

- contrôle bladderscan => pas de globe urinaire
- PSA normaux
- amélioration progressive de la fonction rénale

créat passe de 202 à 131

ECBU stérile

3) Sur le plan cardiologique : ACFA pour laquelle le traitement est modifié

- recherche d'hypotension orthostatique négative
- avis cardiologique Dr YYY:

Conclusion : Pas de changement significatif par rapport 2016.

Cardiopathie rythmique avec une FVG conservée/ à la limite.

CHA2DS2-VASC-score : 3

Je propose de continuer Eliquis (2,5 1-0-1).

-Holter ECG:

FC=42-109bpm, moy 56bpm

164BVE

514ESSV, RR max=2.1sec

ACFA paroxystique (minimum 1.5 %)

=> ACFA lente anticoagulée par Eliquis

stop cordarone en attendant avis cardio

-Holter TA

moy diurne = 108/70

moy nocturne= 103/65

mini=75/48

=> TA basses en l'absence de traitement

-Avis cardiologique Dr YYY pour arrêt cordarone:

Conclusion :

Ok. arrêt de cordarone, mais + bisoprolol 1,25-2,5mg 1-0-0, stp

- 4) Constipation avec fécalome. Evolution favorable après traitement laxatif
- 5) Anémie normochrome normocytaire arégénérative d'origine multifactorielle nécessitant une surveillance avec le médecin traitant

pas de carence fer, folates, ni B12

TSH normale

EPP : Profil protéique compatible avec un syndrome inflammatoire

contexte infectieux et insuffisance rénale aigue

SUITE CF REMARQUE

Le traitement à la sortie du patient :

1. apixaban 2.5mg cp (ELIQUIS) 2 CPR tous les jours : 1 cpr toutes les 12h 1 mois
2. bisoprolol 2,5mg cp (BISOPROLOL EG) 0.5 CPR tous les jours le matin
1 mois
3. levothyroxine sodium 75mcg cp (L-THYROXINE) 1 CPR tous les jours le matin
1 mois
4. mirtazapine 15mg cp (MIRTAZAPINE EG) 1 CPR tous les jours le soir au coucher 1 mois

Le prochain rendez-vous est fixe le

Remarque :

- 6) Sur le plan nutritionnel : Denutrition
Poids : 66.4kg Taille : 1m78
BMI : 21kg/m²

Conclusion :

Bilan dietetique realise avec l'aide du personnel soignant de la MS : patient connu, perte de poids de 14,6kg depuis mai 2016. Le poids s'est stabilise a 66kg depuis min 3 mois. MNA=16,5/30, albumine= 30 9g/L. le patient autonome pour la prise des repas. Il a une perte d'appétit depuis un certain temps (il mange environ 1/2 plat par repas).

Adaptation de la carte repas : régime senior enrichi

- 7) Autonomie :
 - Kine : marche avec rolator

8) Devenir :

retour au domicile explorations rénales à poursuivre en externe-IRM rénale

-Consultation urologique Dr. Apu Nahasapeemapetilon

Veillez agréer, Cher Confrère, !'expression de mes salutations confraternelles,

Cordialement,

Dr. med. Jens Ferring