

DR ~~JEAN-FRANÇOIS DUBREUIL~~
11, AVENUE DES BUISSONS ARDENTS
06150 CANNES LA BOCCA

LETTRE DE LIAISON

Nice, le 06/01/2022

Madame BAES ~~Marie~~, née KARL ~~Marie~~, le 16/04/1959 a été hospitalisée :
dans le service RHUMATOLOGIE HJ du 02/06/2022 au 02/06/2022

MOTIFS D'HOSPITALISATION :

Perfusion d'INFLIXIMAB à la dose de 7,5 mg/kg toutes les 5 semaines.

HISTOIRE DE LA MALADIE

Spondylarthrite B27 positive diagnostiquée en 2002.

Traitement en échec : AINS, ENBREL, HUMIRA, SIMPONI.

Traitement actuel : INFLIXIMAB 7,5 mg/kg toute les 5 semaines.

EXAMEN CLINIQUE ET STATUT FONCTIONNEL A L'ENTREE

Examen clinique

Durant l'intercure, pas d'événement infectieux.

Examens biologiques à l'entrée

Leucocytes = G/L.

PNN = G/L.

CRP = mg/L.

DIAGNOSTIC OU HYPOTHESE DIAGNOSTIC A L'ENTREE

Spondylarthrite HLA B27 positive type rhumatisme psoriasique diagnostiquée en 2002.

EVOLUTION DANS LE SERVICE

Sur le plan rhumatologique :

BASDAI à /10.

Vaccinations :

Covid : 4 doses (dernière en Février 2022).

Grippe : faite.

Pneumocoque : rappel à faire mi 2022.

SYNTHESE MEDICALE DU SEJOUR

Au total, la perfusion a été réalisée ce jour.

Patient porteur de BMR : NON

Patient porteur de BHRe : NON

ORIENTATION A LA SORTIE

Retour au domicile

PRESCRIPTION DE SORTIE

Ordonnance remise au patient à la sortie : OUI

SUITES A DONNER

Rendez-vous prévus :

La patiente reviendra dans 5 semaines pour nouvelle perfusion.

Cette lettre de liaison est définitive

Elle n'a pas été remise au patient le jour de sa sortie pour le motif suivant : Envoi par courrier.

Elle a été adressée au médecin traitant.

Pr. ~~CHATELAIN~~

Médecin responsable du service UF 7504

DR ~~Stéphanie FERNANDEZ~~

CCA

Pour information à :

DOSSIER

~~MONTA BAESCHEN~~, 310 AVENUE DE LOUISIANE, 06210 MANDELIEU LA NAPOULE

DR [REDACTED]
QUAI PASCAL PAOLI
20137 PORTO VECCHIO

LETTRE DE LIAISON

Nice, le 22/04/2021

Monsieur ANS [REDACTED] O [REDACTED], né le 14/02/1972 a été hospitalisé :
dans le service RHUMATOLOGIE HJ du 22/04/2021 au 22/04/2021

MOTIFS D'HOSPITALISATION :

Perfusion d'INFLIXIMAB à la dose de 5 mg/kg toutes les 12 semaines.

HISTOIRE DE LA MALADIE

Spondylarthrite HLA B27- diagnostiquée en 1988.

Traitement actuel: INFLIXIMAB 5 mg/kg toutes les 12 semaines.

Statut vaccinal : pneumocoque 2016.

EXAMEN CLINIQUE ET STATUT FONCTIONNEL A L'ENTREE

Mesures

PA 131.0/93.0 mmHg (22/04/21)
FC. 68.0 puls/mn (22/04/21)
Température 37.0 °C (22/04/21)
Poids 97.0 Kg (22/04/21)
Taille 156.0 Cm (22/04/21)
IMC 39.86 Kg/m² (22/04/21)
Saturation en O² 97.0 % (22/04/21)

DIAGNOSTIC OU HYPOTHESE DIAGNOSTIC A L'ENTREE

Spondylarthrite axio-périphérique, HLA B 27 négative, radiographique, diagnostiquée en 1988.

EVOLUTION DANS LE SERVICE

- 22/04/2021 Visite : injection de 5 mg/kg toute les 12 semaines.
Le patient n'est pas venu depuis décembre 2020 car peur du COVID.

Intercure: pyélonéphrite aigue il y a 10 jours (Rendez vous en urologie dans 10 jours), pas d'épisodes infectieux, effet fin de dose de 3 semaines.

Sur le plan rhumatologique :

EVA 4/10,

Réveil nocturne ++ car douleurs au niveau du sternum + dos,

Biologie : rien d'anormal (CRP 10-10 VS à 31 mm).

OK perfusion.

SYNTHESE MEDICALE DU SEJOUR

Au total, la perfusion a été réalisée ce jour.

Patient porteur de BMR : NON

Patient porteur de BHRé : NON

ORIENTATION A LA SORTIE

Retour au domicile

PRESCRIPTION DE SORTIE

Ordonnance remise au patient à la sortie : OUI

SUITES A DONNER

Rendez-vous prévus :

Le patient reviendra pour sa prochaine perfusion dans 5 semaines.

Cette lettre de liaison est définitive

Elle n'a pas été remise au patient le jour de sa sortie pour le motif suivant : Envoi par courrier.

Elle a été adressée au médecin traitant.

Pr. ~~Christian B...~~
Médecin responsable de l'UF


DR ~~Amélie B...~~
Assistante spécialiste

Pour information à :

DOSSIER

~~ANDREANI, G...~~, PIETRAPOLA LES BAINS BRANCA, 20243 ISOLACCIO DI FIUMORBO

DOSSIER

LETTRE DE LIAISON

Nice, le 26/04/2022

Monsieur ~~BOU ETYAT Jean~~, né le 10/02/1953 a été hospitalisé :
dans le service ~~CARDIOLOGIE SOINS INTENSIF~~ 1e du 22/04/2022 au 22/04/2022
dans le service ~~CARDIOLOGIE CHC AZ~~ 4e du 22/04/2022 au 26/04/2022

MODE D'ENTREE : Non renseigné

MOTIFS D'HOSPITALISATION :
Fibrillation atriale paroxystique

ANTECEDENTS ET COMORBIDITES :

Médicaux :

BPCO - Emphysème pulmonaire

Toxiques :

tabagisme actif

HISTOIRE DE LA MALADIE

Patient présentant depuis 2 semaines des palpitations.

Le 22/04, apparition d'une dyspnée puis pic hypertensif avec tableau de détresse respiratoire aigue spastique au domicile.

Fibrillation atriale rapide FC 180/min à l'ECG.

Prise en charge par le ~~SMUR~~ par VNI, Lasilix, Risordan, Lovenox curatif et 150mg de Cordarone IV puis transfert en USIC pour suite de la prise en charge.

EXAMEN CLINIQUE ET STATUT FONCTIONNEL A L'ENTREE

Résumé de l'examen clinique

22/04/2022 - Cardio vasculaire : Bruits du coeur irréguliers sans souffle

pas d'œdème des membres inférieurs

reflux hépato-jugulaire

Pas de douleur thoracique

Pneumologique : eupnéique en air ambiant

crépitants remontant à mi champs

Examens biologiques à l'entrée

NFS sans anomalie

BNP 331 pg/ml

Pas de trouble ionique

Fonction rénale conservée Créatinine 85 μ mol/l et CKD-EPI 81ml/mn/1.73m²

Examens paracliniques à l'entrée

ECG : fibrillation atriale 150/min QRS fin, axe normal, pas de trouble de repolarisation

ETT :

Aorte ascendante modérément dilatée 38 mm tubulaire

FEVG visuelle 55%

cinétique segmentaire difficilement évaluable

VG non dilaté HVG minime DTDVG 57mm SIVd 14mm

OG modérément dilatée 38ml/m²

IM minime

PRVG augmentées E 80cm/S E/E'lat 9

IAO modérée à réévaluer

VD non dilaté normokinétique

TAPSE 27 onde S 17

PAPs par IT 22 + 8 = 30mmHG

VCI dilatée 22mm compliante > 50 %

péricarde sec

DIAGNOSTIC OU HYPOTHESE DIAGNOSTIC A L'ENTREE

Fibrillation atriale persistante compliquée d'OAP et bronchospasme

ACTES TECHNIQUES, EXAMENS COMPLEMENTAIRES ET BIOLOGIQUES

Examens paracliniques

ETT DR KRAEMER :

AORTE :

Aorte ascendante dilatée mesurée à 42 mm dans sa portion tubulaire.

VENTRICULE GAUCHE :

Fonction systolique globale légèrement altérée avec FE VG estimée à 47% (en 3D)

Discrète hypokinésie globale

VG non dilaté DTDVG = 53 mm (24 mm/m²), DTSVG = 49 mm (22 mm/m²)

VG non hypertrophié.

Pressions de remplissage VG normales avec E/e' (latéral) = 7.4. OG de taille normale estimée à 21 cm² et 27 ml/m².

VALVES :

Valve aortique tricuspide avec fuite minime Tmi-p à 532ms.

Absence de valvulopathie mitrale.

CAVITES DROITES :

VD et OD non dilatés.

Fonction systolique VD altérée (TAPSE = 13 mm, S DTI tric = 8 cm/s).

Gradient VD-OD à 18 mmHg estimée sur une fuite tricuspide avec IT VMax à 2.1 m/s. POD es??mée à 5mmHg.

PAPs normale estimée à 23 mmHg.

VCI fine et compliante

PERICARDE : Sec

Conclusion

FEVG légèrement altérée FEVG 47% avec discrète hypokinésie globale chez un pa??ent en FA

Altération fonction systolique VD sans dilatation ni élévation des PAPs.

Fuite aortique centrale minime avec dilatation aortique minime

Examens Biologiques

TSH Ultra Sensible 0.524 mUI/l

T4 Libre 15.7 pmol/l (normale)

T3 Libre 5.79 pmol/l (normale)

LDL 1.25 g/L

HbA1c 7.7%

SYNTHESE MEDICALE DU SEJOUR

Détresse respiratoire aiguë par oedème aigu pulmonaire et bronchospasme sur fibrillation atriale rapide
Evolution rapidement favorable après déplétion hydro sodée et ralentissement du rythme cardiaque.
Nous introduisons une anticoagulation curative par Eliquis 5 mg matin et soir, avec un contrôle de fréquence par Aténolol 50 mg.
Il sera reconvoqué pour réalisation d'un choc électrique externe pour réduction de l'arythmie à distance.

Correction des facteurs favorisant avec limitation de tout toxique (tabac, alcool), activité physique recommandée, recherche et traitement de SAOS et RGO éventuel.

Déséquilibre glycémique avec HbA1c 7.7% : introduction de Forxiga, et bilan de contrôle à distance.
BPCO à réévaluer en consultation pneumologique en ville sans urgence. En attendant introduction de Bronchodual 1 inhalation si besoin.

Patient porteur de BMR : Non réalisé

Patient porteur de BHRé : Non réalisé

ORIENTATION A LA SORTIE

Retour au domicile

PRESCRIPTION DE SORTIE

Médicaments prescrits à la sortie

ATENOLOL 50 MG CP

1 Comprimé Matin 8h

à partir du 27/04/2022

FORXIGA 10MG CPR

1 Comprimé Matin 8h

à partir du 27/04/2022

ELIQUIS 5 MG CP

1 Comprimé Matin 8h, 1 Comprimé Soir 18h (soit 2 Comprimé/j)

à partir du 26/04/2022

RAMIPRIL 2.5 MG CP

1 Comprimé Matin 8h

A prendre au cours, en début ou en fin de repas.

à partir du 27/04/2022

BRONCHODUAL 50MCG/20MCG SOL INHAL

Condition : si bronchospasme

1 Dose Matin 8h, 1 Dose Midi 12h, 1 Dose Soir 18h, 1 Dose Coucher 22h (soit 4 Dose/j)

à partir du 26/04/2022

Ordonnance remise au patient à la sortie : OUI

SUITES A DONNER

Rendez-vous prévus :

Consultation anesthésie le 24/05/2022 à 14 H 10

Ré-hospitalisation pour ETO + CEE le 02/06/2022 à 7 H 30 (à jeun + test PCR)

Cs [REDACTED] dans 3 mois

Cette lettre de liaison est définitive

Elle a été remise au patient le jour de sa sortie.

Elle a été adressée au médecin traitant.



Pôle Urgence SAMU SMUR
Service d'Accueil des Urgences Adultes
Tel : 04 92 03 33 75

13/03/1948
220215857

N° Finess



060785003

A. PONTANILLE (PONTANILLE)
né le 13/03/1948, sexe : M, nationalité :
Numéro(s) de téléphone : 0614390857;... +33614390857

Nice, le 30/04/2022

OBSERVATION MEDICALE

Provenance : VSAV

Destination : Externe - AP

Médecins ayant suivis le patient :

le 30/04/2022 à 12h23 : CONTENTI Julie

Motif d'admission:

- le 30/04/2022 à 12h51 par CONTENTI Julie
patient venant pour faiblesse des membre inferieurs evoluant depuis 15 jours
le patient dit que cela pourrai être un effet secondaire de l'antibiotique prescrit par le Dr Mondain pour des
prostatite a répétition.

Observations médicales:

- le 30/04/2022 à 12h51 par CONTENTI Julie
patient consient coherent glasgow 15
examen neurologique sans particularité
pas de paralysie faciale
pas de trouble de l'élocution
manSuvre de barré négative
pas de trouble sensitif des 4 membre
diminution de la force motrice plus marqué au niveau de la racine des 2 membre inf
ROT +
marche possible mais avec verrouillage au niveau des 2 genoux

Conclusions:

- le 30/04/2022 à 12h51 par CONTENTI Julie
diminution de la force motrice des 2 membres inférieurs prédominante en proximal
evoluant depuis 15 jours

Dr CONTENTI Julie

Pôle Urgence SAMU SMUR
Service d'Accueil des Urgences Adulte
Tel : 04 92 03 33 75



N° Finess



060785003

Nice, le 30/04/2022

PANCARTE

Paramètres vitaux :

- PAS/PAD (Pression artérielle systolique/diastolique):
 - 30/04/2022 à 12:12:12 par LOMBARDO EMILIE : 146 / 68 mmHg
- FC (Fréquence cardiaque):
 - 30/04/2022 à 12:12:12 par LOMBARDO EMILIE : 77 bpm
- SAT/O2 (Saturation artérielle en oxygène):
 - 30/04/2022 à 12:12:12 par LOMBARDO EMILIE : 99% / l/mn
- T° (Température):
 - 30/04/2022 à 12:12:12 par LOMBARDO EMILIE : 36.5 °C
- Douleur (Echelle visuelle analogique (douleur)):
 - 30/04/2022 à 12:12:12 par LOMBARDO EMILIE : 0
- GC (Glycémie capillaire):
 - 30/04/2022 à 12:12:12 par LOMBARDO EMILIE : 1.34 g/l
- ScGw (Score de Glasgow):
 - 30/04/2022 à 12:07:07 par PAUDOLE Céline : 15 = Y4 / V5 / M6
 - 30/04/2022 à 12:12:12 par LOMBARDO EMILIE : 15 = Y4 / V5 / M6

Scores :

Aucun score renseigné.

Liste des médicaments :

Aucun médicament administré.

Liste des soins :

Aucun soin prescrit.

Examens d'imagerie demandés :

Aucun examen d'imagerie demandé.

Interne



N° Finess



060785003

YANNICK MICHEL (MICHEL)
né le 09/07/1981 à COMPIEGNE, sexe : M, nationalité :
Numéro(s) de téléphone : 06. +33620701821

Nice, le 24/02/2022

OBSERVATION MEDICALE

Provenance : Ambulance
Destination : Externe - AP
Médecins ayant suivis le patient :
le 24/02/2022 à 16h33 : INTERNE
le 24/02/2022 à 18h32 : ZAFERANE MATEK

Motif d'admission:

- le 24/02/2022 à 16h56 par ATTRAIT Adrien
Chute avec TC et PC

Antécédents:

- le 24/02/2022 à 16h56 par ATTRAIT Adrien
Epilepsie

Traitements:

- le 24/02/2022 à 16h56 par ATTRAIT Adrien
Lasoprazole 15 mg cp
Enoxaparine sodique
Ketoprofene 100 mg cp
Codéine phosphatée 30 mg
Paracétamol 500 mg
Caféine 25 mg et phenobarbital 100 mg cp
Carbamazépine 400 mg cp LP
Topiramate 50 mg cp
Lacosamide 200 mg cp
Sertraline 50 mg gé

Allergies:

- le 24/02/2022 à 16h56 par ATTRAIT Adrien
crustacés

Pôle Urgence SAMU-SMR

Service d'Accueil des Urgences Adultes

Tel : 04 92 03 33 75

MICHEL

Y

09/07/1981

220105304



N° Finess



060785003

Yannick MICHEL (MICHEL)

né le 09/07/1981 à COMPIEGNE, sexe : M , nationalité :

Numéro(s) de téléphone : 06. +33620701821

Conclusions:

- le 24/02/2022 à 18h42 par ZAAFRANE Malek
malaise et chute avec traumatisme crânien sans critère de gravité

Dr ZAAFRANE Malek

09/07/1981
220105304

MICHEL
Yannick

09/07/1981
220105304

Pôle Urgence SAMU SMUR
Service d'Accueil des Urgences Adulte
Tel : 04 92 03 33 75



N° Finess



Interne ROBERTSON Dylan

09/07/1981
220105304

09/07/1981
220105304

Docteur ~~ROCHER MOREAU FANNY~~
~~CHU DE NICE HÔPITAL DE CIMILZ~~
4 AV REINE VICTORIA BP 1179
06003 NICE CEDEX 1

Nice, le 01/09/2020

Ref : MC09-3060-2415- EA/FP
N°de dossier : 1416/20

Destinataires :

Madame ~~CARME RAINATO~~
Docteur ~~PIERRE BOUSKILA~~
Docteur ~~FANNY ROCHER MOREAU~~

Cher Confrère,

Nous avons reçu en hospitalisation de jour le **01/09/2020** votre patiente **Madame RAINATO Carme** née **BERTRAM**, Née le 29/04/1962, **pour effectuer une réactualisation de tests allergologiques.**

En effet, cette patiente avait présenté une suspicion de choc allergique de grade 1 en 1999 pour lequel notre collègue, le Dr ~~Amédée~~ avait effectué des tests allergologiques. Ces tests étaient, à l'époque, revenus positifs pour l'Esméron et l'hypnovel et douteux en ce qui concernait le Traclium et le Norcuron. On notera que les conditions de réalisation des tests n'étaient pas celles que nous réalisons aujourd'hui, c'est pour cette raison que nous avons proposé à la patiente une mise à jour selon les normes actuelles.

En ce qui concerne les antécédents allergiques, il n'y a pas d'autre notion d'allergie médicamenteuse ou alimentaire que celles citées ci-dessus.

Au niveau des antécédents chirurgicaux, la patiente a eu de nombreuses interventions chirurgicales (genoux en 2003 et 1999, épaules en 2011 et 2013, césarienne en 1991, etc ...) sans aucun autre incident per ou post-opératoires signalés.

Au niveau médical, elle est suivie pour une hypertension artérielle, une BPCO ainsi qu'une fibromyalgie.

Le traitement au long cours est constitué de Bisoprolol, Cymbalta et bronchodilatateurs dont elle ne se rappelle plus le nom.

En raison d'anaphylaxie grave, les tests sont effectués après mise en place d'une voie veineuse périphérique, sous contrôle monitoring clinique strict, et après vérification de la réactivité cutanée par le témoin positif et négatif.

Nous avons donc testé les produits disponibles à l'heure actuelle dont les résultats sont dans le tableau suivant :

Témoin positif : 8 mm / Témoin négatif : 0 mm

Médicaments	Prick	IDR	Dilution min
latex	négatif		
celocurine	négatif	négatif	10-2
atracurium	négatif	douteux	10-3
cisatracurium	négatif	douteux	10-2
midazolam	négatif	positif 7/10	10-1

Le prick au latex est négatif ainsi que le port du gant pendant 15 minutes.

Nous avons effectué un dosage de la tryptasémie basale = à 3,34 µg/l ainsi que des IgE anti ammonium quaternaires qui sont négatives. Pour rappel, ce dosage avait été effectué en 1999, positif à 3% de fixation pour les ammoniums et 15% d'inhibition concernant le Rocuronium.

En Conclusion :

Les tests restent positifs pour le Midazolam. Les résultats sont douteux concernant l'Atracurium et le Cisatracurium puisque nous n'obtenons qu'un érythème diffus sans modification de la taille des papules. Nous considérons donc, par précaution, qu'il faut faire une éviction de ces derniers. Nous remettons ce jour une carte d'allergique à la patiente avec contre-indication au Midazolam, Atracurium et Cisatracurium. Les autres curares (Célocurine et Rocuronium) peuvent être utilisés.

Merci de votre confiance avec nos salutations les plus confraternelles.

D. CH. MARQUETTE

Chef de Service

D. LAQUINET

Praticien Hospitalier

D. S. LEROY

Praticien Hospitalier

"Courrier relu et validé électroniquement par le médecin signataire"

RÔLE SPECIALITES MEDICO-CHIRURGICALES DU HAUT PASTEUR
Service de Pneumologie, Oncologie Thoracique
Et Soins Intensifs Respiratoires

Professeur **Charles Hugo Marquette**
Chef de service

marquette.chu@chu-nice.fr

Tel : 04 92 03 88 83

Docteur **ROCHER FANNY**

Hôpital de Cimiez

Nice, le 0/08/2016

Ref : MC09-3060-2415- MA/JA

N° de dossier :

Destinataires :

Madame **Hila TORCHE**

Docteur **NATHALIE LE GAL**

Docteur **FANNY ROCHER**

Cher Confrère,

Nous avons reçu en soins externes le **24/02/2016** votre patiente **Madame TORCHE Hila**, Née le 26/06/1956, pour **une suspicion d'allergie retardée aux produits de contraste iodés**.

Le mode de vie, antécédents, traitements et histoire de la maladie sont rappelés dans le courrier précédent et sont inchangés.

Examen clinique : poids 62kg, taille 168cm, Fc à 60 bpm, SaO2 à 98% en air, température à 36°C, DEP à 400L/mn. Dyspnée MMRC 0, pas d'urticaire chronique, pas d'allergie alimentaire. Rhinite allergique au printemps et à l'automne.

Examen cardio-vasculaire, pulmonaire sans particularité, luette libre.

Actes réalisés dans le service :

Après vérification de la réactivité clinique vis-à-vis des témoins positifs et négatifs, mise en place d'une voie veineuse périphérique de sécurité et sous monitoring clinique strict, nous avons obtenu les résultats suivants :

Témoin positif : 11 mm / Témoin négatif : 3 mm

Médicaments	Prick	IDR	Dilution min
visipaque	négatif	négatif	10-1
hexabrix	négatif	négatif	10-1
iomeron	négatif	négatif	10-1

En Conclusion :

Mme Torche Hizia âgée de 59 ans a été hospitalisée pour une suspicion d'allergie retardée aux produits de contraste iodés.

Patchs négatifs à 72heures.

La patiente sera reconvoquée en cas de négativité pour un test de provocation au Visipaque le 02/03/2016.

Merci de votre confiance avec nos salutations les plus confraternelles.

P. S.H. MARQUETTE

Chef de Service

D. C. CLARY

Praticien Hospitalier

D. S. LEROY

Praticien Hospitalier Interne

A. MALEZIEUX

"Courrier relu et validé électroniquement par le médecin signataire"

~~DR FRANÇOIS BOFFY~~~~CABINET MEDICAL AVENUE ALEXANDRE~~~~DURANDY~~

06470 Guillaumes

LETTRE DE LIAISON

Nice, le 16/02/2022

Madame ~~VISSANINART~~ Christine, née ~~VISSANINART~~, le 07/06/1968 a été hospitalisée :
dans le service ~~CASTRO-ENTERO-CANCERO DIGES HO~~ du 04/02/2022 au 10/02/2022

MODE D'ENTREE :

Médecin adresseur : Dr ~~COVRIER~~

Provenance : Entrée directe provenance domicile

Adressée par les urgences : NON

MOTIFS D'HOSPITALISATION :

Exploration d'une hépatite aigüe sous GLIVEC en néo-adjuvant pour une volumineuse GIST
d'origine gastrique

ANTECEDENTS ET COMORBIDITES :

Médicaux : Non renseigné

Chirurgicaux : Non renseigné

Allergies : Non renseigné

HISTOIRE DE LA MALADIE

Patiente de 53 ans, suivie par le Dr ~~COVRIER~~ pour une volumineuse GIST gastrique
actuellement sous GLIVEC néo-adjuvant, adressée pour perturbation du bilan hépatique.
Pour rappel, introduction d'un traitement néo-adjuvant par GLIVEC 400 mg/j en Juillet 2021,
ayant permis une nette régression et la dévascularisation de la lésion primitive, avec chirurgie
de résection programmée début Février.

Mme ~~VISSANINART~~ présente depuis le 24/12 une perturbation du bilan hépatique de type cytolysé,
sans cholestase ou ictère associée. L'hypothèse médicamenteuse a été évoquée du fait du
changement du GLIVEC pour son générique la semaine précédente, sans autre modification
par ailleurs. Les sérologies virales réalisées en parallèle sont négatives.

Le traitement générique a été pris jusqu'au 21.01, puis relayé pour le GLIVEC classique.
Celui-ci a finalement été interrompu totalement le 28.01 du fait de la majoration de la cytolysé
sur le bilan de contrôle.

En effet, le bilan biologique du 04.02 retrouve une cytolysé avec ASAT/ALAT 316/552 U/L,
une légère cholestase (GGT/PAL 141/107 U/L), sans élévation de la bilirubine ni baisse du
TP. Mme ~~VISSANINART~~ est hospitalisée dans le contexte pour poursuite du bilan étiologique. Le
projet chirurgical est suspendu dans l'intervalle.

EXAMEN CLINIQUE ET STATUT FONCTIONNEL A L'ENTREE

Mesures

PA 175.0/95.0 mmHg (04/02/22)

FC. 66.0 puls/mn (04/02/22)

Température 36.9 °C (04/02/22)

Poids 90.5 Kg (04/02/22)

Taille 168.0 Cm (04/02/22)

IMC 32.06 Kg/m² (04/02/22)

Saturation en O² 100.0 % (29/06/21)

Glycémie capillaire 1.5 G/l (29/06/21)

EVOLUTION DANS LE SERVICE

Réalisation dans le cadre du bilan étiologique d'un bilan thyroïdien, revenu normal, du contrôle des sérologies virales (VHA, VHB, VHC, VHE négatives, infection ancienne à EBV et CMV), et d'un bilan auto-immun, dont les résultats sont en attente (AAN, AC anti-LMK, anti-mitochondrie et anti-muscle lisse).

Réalisation d'une échographie puis d'un scanner abdomino-pelvien injecté, ne retrouvant pas d'anomalie (notamment pas de thrombose porte ou sus hépatique, pas de dilatation des voies biliaires, pas d'anomalie parenchymateuse).

Une ponction biopsie hépatique complémentaire a été réalisée le 09.02, sans incident au décours.

Un retour à domicile est autorisé le lendemain, avec rendez-vous de consultation dans 10 jours avec le Dr OUVRIER pour remise des résultats. Mme VISSIERE réalisera un bilan biologique de contrôle avant la consultation.

Nous ne reprenons pas le traitement par GLIVEC dans l'intervalle.

Derniers paramètres biométriques

PA 0.0/0.0 mmHg ()

FC. 0.0 puls/mn ()

Température 0.0 °C ()

Poids 0.0 Kg ()

Taille 0.0 Cm ()

IMC Kg/m² ()

Saturation en O² 0.0 % ()

Glycémie capillaire 0.0 G/l ()

SYNTHESE MEDICALE DU SEJOUR

Bilan étiologique avec bilan thyroïdien, auto-immun, viral, imagerie et biopsie hépatique dans le cadre d'une hépatite aigüe, apparue sous GLIVEC.

Bilan fonctionnel à la sortie : Non renseigné

Patient porteur de BMR : NON

Patient porteur de BHR : NON

Isolement anti-infectieux : NON

Administration de produits sanguins et dérivés du sang au cours du séjour : NON

Survenue d'une infection nosocomiales durant le séjour : NON

Evénement indésirable : NON

Pose d'un dispositif médical implantable : NON

ORIENTATION A LA SORTIE

Retour au domicile

PRESCRIPTION DE SORTIE

Prescriptions médicamenteuses complémentaires

Arrêt du GLIVEC

Prescriptions non médicamenteuses complémentaires

Bilan biologique avant la consultation du Dr OUVRIER

Arrêt de travail prescrit : Non renseigné

Ordonnance remise au patient à la sortie : OUI

Cette lettre de liaison est définitive

Elle n'a pas été remise au patient le jour de sa sortie pour le motif suivant : Non validée

Elle a été adressée au médecin traitant.



P. Thierry FIORE

Médecin responsable du service

DR Delphine OLIVIER

Médecin responsable de l'UF

M. MARIE

Interne

DOSSIER

LETTRE DE LIAISON

Nice, le 29/05/2022

Madame LOU ~~REL~~ Catherine, née LOU ~~REL~~, le 10/03/1960 a été hospitalisée :
dans le service NEUROVASCULAIRE ~~ST~~ du 18/05/2022 au 27/05/2022

MODE D'ENTREE :

Adressée par les urgences : OUI

MOTIFS D'HOSPITALISATION :

Déficit neurologique brutal

ANTECEDENTS ET COMORBIDITES :

Médicaux :

- AVC ischémique cortico frontal gauche en 2021, sans séquelle
 - Tremblements essentiels
 - Souffle aortique, suivi réalisé par le Dr ~~BOSSAVAL~~ (en attente d'intervention chirurgicale)
 - Syndrome de Raynaud
 - Amygdalectomie
 - Myalgies diffuses, non étiquetées
 - Anomalies de la substance blanche dans un contexte d'accident vasculaire cérébral ischémique multiples, d'origine indéterminée
 - Hypersignal médullaire avec rehaussement atypique
 - Coronarographie d'août 2021 normale
- Pas de consommation de toxique
Pas d'allergie connue

TRAITEMENT HABITUEL

Kardegic
Statine
Propanolol
Lanzoprazole

MODE DE VIE

Vit seule, autonome à domicile

HISTOIRE DE LA MALADIE

Le 18/05/2022 vers 16h45, la patiente est retrouvée au sol par sa voisine car elle criait et faisait du bruit. Dans ce contexte, elle est transférée au SAMU Receptor 2.

A son arrivée sur site à 17h46, l'examen neurologique retrouve une patiente vigilante et consciente, mais désorientée dans le temps et dans l'espace, présentant une aphasie sévère fluente, sans trouble de la compréhension, une dysarthrie modérée sur une paralysie faciale centrale droite, une PF droite et une parésie du membre supérieur droit (1+1), une DOC réductible gauche et une héminegligence droite cotant le score NIHSS à 11.

Une IRM cérébrale est réalisée en urgence montrant un hypersignal diffusion dans le territoire sylvien superficiel gauche, discrètement visible en flair au niveau cortical, et une occlusion M2 distale, absence de microbleeds. La patiente est hospitalisée dans notre unité de Soins Intensifs Neurovasculaire pour la prise en charge.

PRISE EN CHARGE INITIALE

Une thrombolyse intraveineuse est administrée à 19h02 à la dose totale de 60 mg d'ACTILYSE.

L'indication de thrombectomie mécanique est proposé à nos confrères Neuroradiologues Interventionnels, qui ne retiennent pas l'indication à la thrombectomie mécanique au vue du site d'occlusion, jugé distal.

EXAMEN CLINIQUE ET STATUT FONCTIONNEL A L'ENTREE

Résumé de l'examen clinique

18/05/2022

Examen neurologique :

patiente consciente, désorientée dans le temps et dans l'espace (2)

aphasie fluente avec persévérations (2)

réponses adaptées aux ordres simples

paralysie faciale centrale droite (1)

dysarthrie (1)

hémiparésie droite (1+1)

pas d'HLH ni de DOC

sensibilité difficilement évaluable

Score NIHSS coté à 8

Examen général :

Perte de poids : non renseigné

Examen cardiovasculaire :

bruits du cœur réguliers

souffle systolique de rétrécissement aortique, irradiant aux carotides

pas de signe d'insuffisance cardiaque, pas d'œdème des membres inférieurs

pouls périphériques perçus

Examen pneumologique :

murmure vésiculaire bilatéral et symétrique

pas de bruit surajouté

eupnéique en air ambiant

Examen digestif :

abdomen souple, dépressible et indolore

bruits hydroaériques perçus

pas d'hépatosplénomégalie

Examen cutané :

pas de lésion cutanée

Examens biologiques à l'entrée

Taux de Prothrombine	%	76
Temps de Quick	s	13.5
Temps témoin du TQ	s	11.5
INR		

TCA . s	31.2	28.8		
Temps de CA : ratio			1.06	0.98
Fibrinogène . g/l			1.51 (*)	0.82 (*) (T)
Facteur II . %			89	
Facteurs VII+X . %			>100	
Facteur V . %			119	
DDimères immunoturbidimétrie . ng/ml				6174 (*) (T)
AC anti B2 GP1 IgG U/ml			<6.4	
AC anti B2 GP1 IgM U/ml			<1.1	
Conclusion AC anti B2 GP1 anti bêta2 GP1.				Absence d'anticorps anti phospholipides de type
AC anticardiolipine IgG U/ml			<2.6	
AC anticardiolipine IgM U/ml			<1.0	
Conclusion AC anticardiolipine anticardiolipine.				Absence d'anticorps anti phospholipides de type
Silica Clotting Time : ratio			0.75	
DRVVT ratio normalisé			1.02	
Conclusion Lupus anticoagulant anticoagulant lupique.				Absence d'anticorps antiphospholipides de type
Leucocytes . x10 ⁹ /l	7.2			
Erythrocytes . x10 ¹² /l	3.76 (*)			
Hémoglobine . g/dl	12.0			
Hématocrite . l/l	0.35 (*)			
Volume globulaire moyen . fl	93.9			
TCMH . pg	31.9			
CCMH . g/dl	34.0			
Indice de distribution GR (CV) %	12.3 (*)			
Plaquettes . x10 ⁹ /l	369			
Volume plaquettaire moyen . fl	9.5			
Neutrophiles %	50.9 (*)			
Soit : . x10 ⁹ /l	3.7			
Eosinophiles %	4.9 (*)			
Soit : . x10 ⁹ /l	0.4			
Basophiles %	1.1 (*)			
Soit : . x10 ⁹ /l	0.1			
Lymphocytes %	34.2			
Soit : . x10 ⁹ /l	2.5			
Monocytes %	8.9			
Soit : . x10 ⁹ /l	0.6			
FIO2 %	21.0			
Température du patient . °C		37.2		
pH artériel .	7.506 (*)			
PCO2 . mm Hg		29.9 (*)		
PO2 . mm Hg	114.0			
pH à T° du patient .		7.503		
PCO2 à T° du patient . mm Hg			30.1	
PO2 à T° du patient . mm Hg			115.0	
Bicarbonates calculés . mmol/l			23.6	
Excès de base corrigé . mmol/l			0.5	
Hémoglobine totale . g/100ml			12.4	
soit . mmol/l	7.69			
Hématocrite calculé . %		37.9		
Saturation en O2 mesurée . %			99.5 (*)	
Lactates (sg total artériel) . mmol/l			0.7	
CRP (protéine C réactive) . mg/l	4.2			
Sodium . mmol/l	141			
Potassium plasmatique . mmol/l	3.81			
Chlorures . mmol/l	107			

Prescripteur **MAZLOUM Myriam Perle**
Preleveur **OUENEL Anne**
Elisa VIH **Négatif**

En cas de risque d'exposition récent refaire une sérologie de dépistage 6 semaines après la prise de risque.

séro VHB: Ag HBs **Négatif**
séro VHB: AC HBs ... **Positif 110 UI/l**
séro VHB: AC HBc ... **Négatif**
séro VHC ... **Négatif**

En l'absence d'exposition récente au virus de l'hépatite C (VHC) et/ou de contexte d'immunodépression, ce profil sérologique est compatible avec une absence d'infection par le VHC.

Syphilis : test tréponémique . **Négatif**

Absence d'infection tréponémique. (En cas d'exposition récente, il serait souhaitable de refaire une sérologie.)

Suite à la modification de la nomenclature du 29 juin 2018, nous appliquons désormais les recommandations de l'HAS de mai 2015.

Barbituriques (urine) : **Non détectés**
Benzodiazépines (urine) : **Non détectées (T)**
Cannabinoïdes (urine) : **Positifs (T)**
Cocaïniques (urine) : **Non détectés**
Méthadone (urine) : **Non détectée**
Opiacés (urine) : **Non détectés**
Ecstasy : **Non détectée**

ECBU négatif

TSH Ultra Sensible mUI/l **1.069**
T4 Libre pmol/l **15.9**
Anticorps Anti TPO U/ml **<28.0**
Ferritine . µg/l **58**
METABOLISME PHOSPHO - CALCIQUE
25 Hydroxy Vitamine D ng/ml **30.3 (T)**
1.25 vitamine D ng/l **54.3 (T)**

Examens paracliniques à l'entrée

- IRM CERVEBRALE du 18.05.2022:

Plage hypersignal diffusion au niveau du territoire sylvien superficiel gauche au niveau frontopariétal et insulaire (volume 52 cm³, ASPECT 7), avec faible hypersignal T2 flair associé, d'allure ischémique récente en cours de constitution.

Présence de quelques hypersignaux flair de la substance blanche périventriculaire peu spécifique.

Filière ventriculaire et espaces péricérébraux de taille et morphologie normales pour l'âge.

Présence de plusieurs hypersignaux T2 flair linéaire au niveau de la vallée sylvienne gauche et des sillons frontopariétaux gauches en rapport avec des flux lent.

Hypersignal punctiforme au niveau de la vallée sylvienne antérieure en rapport avec probable thrombus.

Pas de remaniement hémorragique ni de microbleeds :

Sur la séquence de flux 3D TOF sur l'angiogramme du tronc supra-aortique, thrombose d'une branche M2 distale gauche.

CONCLUSION : Lésion ischémique récente en cours de constitution au niveau du territoire sylvien superficiel gauche incomplet sur thrombus de M2.

- IRM CERVEBRALE du 19.05.2022:

Pas de modification de la lésion ischémique récente constituée dans le territoire sylvien superficiel gauche dont le volume est estimé à 75 cm³. Pas de lésion ischémique d'apparition récente. Pas de remaniement hémorragique. Pas de modification de la sténose du segment M2 gauche en comparaison avec le précédent examen.

CONCLUSION : Pas de remaniement hémorragique

Aucune origine n'est formellement retrouvée durant l'hospitalisation dans notre unité, le bilan étant en cours. Absence d'argument formels pour une cause cardio-embolique (pas de signe direct / indirect d'ACFA à l'ECG / ETT ou de signe de FOP à l'ETO). De plus, l'imagerie des TSAO n'a pas révélé de surcharge athéromateuse majeure ni de sténose significative pouvant être en lien avec l'AVC, n'évoquant ainsi donc pas une origine thrombotique.

- Sur le plan thérapeutique :

- + Des mesures neuro-protectrices et des soins de Nursing ont été instaurés avec notamment une optimisation du contrôle tensionnel en maintenant un objectif tensionnel < 180/110 mmHg durant la phase aiguë.
- + Une anti-agrégation plaquettaire a été débutée et devra être maintenue au long cours dans le cadre de la prévention secondaire afin de réduire le risque de récurrence d'AVC
- + Une verticalisation progressive a été initiée (mise au fauteuil en fin de séjour)
- + Une reprise progressive d'une alimentation classique a été débutée
- + Un traitement hypolipémiant par Tahor 40 mg a été introduit
- + Des séances de kinésithérapie motrice et d'orthophonie ont été mises en place et devront être poursuivies activement
- + Demande SSR

Devant la stabilité clinique, un transfert en unité Neurovasculaire conventionnelle pour poursuite du bilan étiologique et suite de la prise en charge est organisé le 27.05.2022.

SYNTHESE MEDICALE DU SEJOUR

AVC ischémique sylvien superficiel gauche sur thrombus de M2, thrombolysé en phase aiguë, dont l'étiologie est à ce jour indéterminée (bilan en cours). Aggravation neurologique secondaire à l'extension des lésions ischémiques du territoire vasculaire atteint (pas de repermeabilisation de M2 après rtPA). Pas de complication extra-neurologique. Introduction d'un traitement de prévention secondaire par anti agrégation plaquettaire.

Transfert unité Neurovasculaire conventionnelle.

Bilan fonctionnel à la sortie

Score NIHSS = 15

Score de Rankin modifié = 5

Patient porteur de BMR : NON

Patient porteur de BHRé : NON

Isolement anti-infectieux : NON

Administration de produits sanguins et dérivés du sang au cours du séjour : NON

Survenue d'une infection nosocomiales durant le séjour : NON

Evénement indésirable : NON

Pose d'un dispositif médical implantable : NON

ORIENTATION A LA SORTIE

Transfert vers un court séjour

Destination : Unité Neurovasculaire conventionnelle

PRESCRIPTION DE SORTIE

Médicaments prescrits à la sortie

CLOPIDOGREL 75MG CP

1 Comprimé Matin 8h

à partir du 30/05/2022

ATORVASTATINE (TAHOR) 40 MG CP

1 Comprimé Soir 18h

à partir du 30/05/2022

LANSOPRAZOLE 30 MG

1 Comprimé Matin 8h

à partir du 30/05/2022

LOVENOX 4000UI/0.4ML INJ

4000 Unité internationale Soir 18h

à partir du 30/05/2022

Ordonnance remise au patient à la sortie : NON

DOSSIER

LETTRE DE LIAISON

Nice, le 20/05/2022

Madame HAL ~~Laouenan~~, née SAL ~~ATI~~, le 28/06/1955 a été hospitalisée :
dans le service MEDICINE INTERNE HG SEMA SUD du 18/05/2022 au 25/05/2022

MODE D'ENTREE :

Médecin adresseur : Non renseigné
Provenance : Non renseigné
Adressée par les urgences : NON

MOTIFS D'HOSPITALISATION :

Réévaluation thérapeutique d'une sarcoidose cardiaque et pulmonaire après 6 cures
d'ENDOXAN + corticothérapie orale

ANTECEDENTS ET COMORBIDITES :

Médicaux :

Diabète de type 2
HTA
Dyslipidémie
Myocardite aiguë en février 2020 avec tachycardie ventriculaire soutenue
FEVG 45%, fibrose du septum interventriculaire
Défibrillateur automatique implantable double chambre ~~ST JUDE (Dr SQUARA)~~ -> 11/2020

Chirurgicaux :

Sympathectomie bilatérale T2 - T3 - T4 gauche et droite. - 17/12/2021 (Actif traité)
03/01/2022 (Actif traité)

Obstétricaux : Non renseigné

Allergies : Non renseigné

Toxiques : Non renseigné

Familiaux : Non renseigné

TRAITEMENT HABITUEL

METFORMINE 1000 MG CP

1 Comprimé Matin 8h, 1 Comprimé Soir 18h (soit 2 Comprimé/j)

Au cours ou après un repas.

à partir du 23/05/2022

FUROSEMIDE 20 MG CP

2 Comprimé Matin 8h

à partir du 19/05/2022

BACTRIM FORTE 800MG/160MG CP

1 Comprimé Matin 8h, chaque lundi, mercredi, vendredi

Au cours des repas.

à partir du 20/05/2022

ENTRESTO 49 MG 51 MG CP

1 Comprimé Matin 8h, 1 Comprimé Soir 18h (soit 2 Comprimé/j)

à partir du 18/05/2022

BRILIQUE 90MG CP

1 Comprimé Matin 8h

à partir du 19/05/2022

ATENOLOL 50 MG CP

1 Comprimé Matin 8h

à partir du 19/05/2022

LANSOPRAZOLE 30 MG

1 Comprimé Soir 18h

à partir du 18/05/2022

NAMUSCLA 167 MG GEL. (remplace MEXILETINE 200 MG - en rupture de stock)

2 Gélule Matin 8h, 2 Gélule Soir 18h (soit 4 Gélule/j)

à partir du 18/05/2022

ATORVASTATINE (TAHOR) 10 MG CP

1 Comprimé Soir 18h

à partir du 18/05/2022

KARDEGIC 75 MG SACHET

1 Sachet Matin 8h

à partir du 19/05/2022

ACIDE FOLIQUE 5MG CP

1 Comprimé Matin 8h

à partir du 19/05/2022

FORXIGA 10MG CPR

1 Comprimé Matin 8h

à partir du 19/05/2022

AMIODARONE 200 MG CP (CORDARONE)

2 Comprimé Matin 8h

Eviter l'exposition au soleil.

à partir du 19/05/2022

CORTANCYL 5MG CP

10 Milligramme Matin 8h

Au cours des repas.

à partir du 19/05/2022

EPLERENONE 25 MG CP (INSPRA)

1 Comprimé Matin 8h

à partir du 19/05/2022

MODE DE VIE

- Vit à domicile avec son mari
- Marche avec déambulateur

HISTOIRE DE LA MALADIE

Patiente âgée de 66 ans, aux **principaux antécédents de sarcoïdose cardiaque et pulmonaire, d'HTA et de diabète de type 2**, hospitalisée en médecine interne le 18/05/22 pour réévaluation thérapeutique de sa sarcoïdose.

Pour rappel, la patiente avait été hospitalisée en **cardiologie au mois de novembre et de décembre 2021**, pour **orage rythmique sur une sarcoïdose cardiaque** qui a été authentifiée par des biopsies pulmonaire. La patiente avait été implantée d'un **défibrillateur automatique implantable en novembre 2020** suite à des **tachycardies ventriculaires** récidivant sous traitement médical, et qui avait bénéficié en **juillet 2021** d'une **ablation par radio-fréquence épicaudique** de deux tachycardies ventriculaires qui avait permis la non inductibilité des arythmies.

Le traitement de cet orage rythmique a été particulièrement complexe. Une **ablation stéréotaxique** par radiothérapie qui n'a pas permis d'arrêter les arythmies, puis **deux alcoolisations septales** d'une petite branche qui était au contact du substrat de la tachycardie ventriculaire, ce qui à nouveau, n'a pas permis d'éviter l'inductibilité de la tachycardie et qui s'était compliquée d'une dissection de la coronaire droite, sans conséquence au niveau de la fonction cardiaque.

Enfin, une **dénervation sympathique cardiaque** a été réalisée par les chirurgiens thoraciques et le traitement

anti-arythmique a été majoré qui se compose actuellement de : CORDARONE 400 mg/jour, NAMUSCLA 167 mg 4 fois/jour et ATENOLOL 50 une fois /jour.

Sous ce traitement, l'état semble désormais stable. Les interrogations du défibrillateur en télé cardiologie montrent qu'il y a eu quelques récides jusqu'à mi janvier 2022 de tachycardies ventriculaires lentes qui ont pu être réduites par ATP par le défibrillateur donc sans aucun choc. Lors de la consultation avec le Dr SQUARA en mars 2022, plus aucune arythmie n'est survenue.

Sur le plan thérapeutique, une **corticothérapie à 1 mg/kg a été introduite fin novembre 2021.**

Devant une **récidive des orages rythmiques et malgré les traitements entrepris**, décision de majorer le **traitement immunosuppresseur par l'instauration d'ENDOXAN** dont la première cure a eu lieu en hospitalisation de Médecine Interne entre le 29/11/21 et le 01/12/21.

A noter une **agranulocytose à J 10 de la 1ère cure d'ENDOXAN**, résolutive sous traitement antibiotique probabiliste sans documentation microbiologique. La patiente ayant reçu 1 g d'ENDOXAN, il est décidé en staff de Médecine Interne de procéder à une réduction de dose à 500 mg /mois pour les cures suivantes

La patiente est donc **convoquée en HdJ pour la poursuite des cures d'ENDOXAN à raison de 6 cures au total (1 cure toutes les 4 semaines, dernière cure le 10/05/22)**

Concernant le traitement par **corticothérapie**, la patiente est actuellement à la **posologie de 10 mg depuis le 30/04/2022.**

Par ailleurs, apparition d'une **insuffisance rénale aigue depuis le mois de mars 2022** avec une créatinine aux alentours de 120 $\mu\text{mol/L}$ (créatinine de base à 60 $\mu\text{mol/L}$).

Recherche de néphroangiosclérose ou d'artériopathie rénale par **échographie des artères rénales le 17/05/22** concluant en l'**absence d'argument direct ou indirect pour une sténose des artères rénales** avec des reins de taille et d'échostructure normale.

La patiente est hospitalisée dans le service de médecin interne le 18/05/22 pour réévaluation thérapeutique de sa sarcoïdose et bilan de cette insuffisance rénale.

EXAMEN CLINIQUE ET STATUT FONCTIONNEL A L'ENTREE

Résumé de l'examen clinique

18/05/2022 -

TA 96/55 mmHg, FC 60 BPM

P 65 kg, T 175 cm, IMC 21.22

T 36°C

Gly 2 g/L

Sat 99 % en air ambiant

Cardio vasculaire : Bruits du coeur réguliers sans souffle perçu. Pas de signes d'insuffisance cardiaque. Pouls périphériques percus. Mollets souples et indolores.

Pneumologique : Auscultation pulmonaire claire et symétrique sans bruits surajoutés. Eupnéique en air ambiant. Pas de toux.

Digestif : Abdomen souple et indolore. Pas d'hépto-splénomégalie palpée. Pas de troubles du transit. Pas de nausées/vomissements. BHA percus

Neurologique : Patiente cohérente et orientée sans déficit focal

Urologique : Pas de signe fonctionnel urinaire.

Aires ganglionnaires : Pas d'adénopathies cervicales, sus claviculaires ni inguinales palpées.

Examens biologiques à l'entrée

Hématologie 19/05/22

Leucocytes 4.7 G/L

Erythrocytes 3.07 G/L

Hb 9.7 g/dl

Hématocrite 0.32

VGM 103.3 fl

Erythrocytes 3.04 (*) G/L
Hémoglobine 9.5 (*) g/dl
Hématocrite 0.31 (*) l/l
Volume globulaire moyen 101.3 (*) fl
Plaquettes 349 G/L
Eosinophiles 0.0 (*) G/L
Lymphocytes 0.6 (*) G/L

Biochimie 23/05/22

BNP(Brain Natriuretic Peptide) 680 (*) (T) pg/ml
Sodium 138 mmol/l
Potassium plasmatique 4.57 (*) (T) mmol/l
Chlorures 105 (T) mmol/l
Bicarbonates mesurés 22 mmol/l
Trou anionique 10 mmol/l
Protéines totales 54 (*)g/l
Calcium total 2.12 (*) mmol/l
Urée 10.0 (*)mmol/l
Créatinine 106 (*) (T) µmol/l
CKD-EPI 47 (*) ml/mn/1.73m2

Bioch. Spé.

18-05-22

PROTEINOGRAMME URINAIRE

Protéines totales urinaires . 0.14 g/l

Commentaire: Proteinurie < 0,2g/l. Electrophorèse annulée.

Hormonologie

20/05/22

THYROIDE

TSH Ultra Sensible 2.033 mUI/l

Ferritine 16 (T) µg/l

Immunologie 19/05/22

IMMUNOFIXATION SERIQUE

Résultat : Absence de dysglobulinémie monoclonale détectable

IMMUNOFIXATION URINAIRE

Résultat en cours (#)

INTERFERON-TUBERCULOSE

Réponse TB1 (CD4) UI/ml en cours (#)

Réponse TB2 (CD4+CD8) UI/ml en cours (#)

Bactériologie

24-05-22

Localisation bras droit

Origine prélèvement Matériel - Origine : Picline : bras droit

Mode de prélèvement crachette

Coloration de Gram Examen direct non pratiqué

Résultat : en cours

21-05-22

Origine Hémoculture FAP - Origine : ponction veineuse périphérique

Résultat de culture en cours

Origine Hémoculture FNP - Origine : ponction veineuse périphérique

Résultat de culture en cours

20-05-22

Origine Hémoculture FAP - Origine : par picline

étiologie probablement fonctionnelle au vu de la biochimie urinaire avec une **chloriurèse verrouillée** et l'**absence de protéinurie** (natriurèse non interprétable car patiente sous diurétique). L'ECBU ne met **pas non plus en évidence d'hématurie microscopique**. Une immunofixation des protéines sériques et urinaires est actuellement en cours afin d'éliminer une gammopathie monoclonale.

Dans ce contexte d'**insuffisance rénale fonctionnelle avec des tensions artérielles basses** (PAS < 100 mmHg), les **traitements néphrotoxiques et anti-hypertenseurs par EPLERENONE et FUROSEMIDE** sont arrêtés. Le traitement par **METFORMINE** est adapté à la fonction rénale avec diminution de la posologie de **850 mg*2/jour**. Une **réhydratation par NaCl** est effectuée pendant l'hospitalisation permettant une **nette amélioration de la fonction rénale** avec une créatinine à la sortie de 106 µmol/L pour un DFG à 47 ml/min.

Par ailleurs, un **avis de la pharmacovigilance** est demandé concernant un **possible lien avec le traitement par ENDOXAN**. La toxicité rénale de ce dernier est connue et attendue et se manifeste par une atteinte tubulaire type **nécrose tubulaire aigue, glomérulaire ou encore un SIADH**. La patiente présentant une insuffisance rénale d'allure plutôt fonctionnelle répondant bien au remplissage, une **toxicité rénale causée par l'ENDOXAN** chez cette patiente peut être écartée.

3/ Sur le plan dentaire :

En prévision d'un éventuel traitement par **BIPHOSPHONATES** dans le contexte de corticothérapie prolongée, une **consultation dentaire avec panoramique** est réalisée le 24/05. Il est retrouvé une **atteinte de furcation avec mobilité des dents 37 et 47**. Un nouveau rendez-vous est prévu le 07/06/22 pour extraction de ces dents.

Par ailleurs, une prescription d'**ostéodensitométrie osseuse** lui est remise pour réalisation de cet examen en externe.

4/ Sur le plan cutané :

Le **picc-line** de la patiente, utilisé lors de ses cures d'ENDOXAN, est **retiré au cours de l'hospitalisation**. A noter que des hémocultures de contrôle sur le picc-line montraient la présence de *Staphylococcus hominis*, interprété comme contaminant.

Patiente sortie d'hospitalisation le 25/05/2022 vers le domicile.

Derniers paramètres biométriques

PA 0.0/0.0 mmHg ()
 FC. 0.0 puls/mn ()
 Température 0.0 °C ()
 Poids 0.0 Kg ()
 Taille 0.0 Cm ()
 IMC Kg/m² ()
 Saturation en O² 0.0 % ()
 Glycémie capillaire 0.0 G/l ()

SYNTHESE MEDICALE DU SEJOUR

Diagnostic principal : Insuffisance rénale aiguë d'allure fonctionnelle

Bilan fonctionnel à la sortie : Non renseigné

Patient porteur de BMR : NON

Patient porteur de BHRé : NON

Isolement anti-infectieux : NON

Administration de produits sanguins et dérivés du sang au cours du séjour : NON

Survenue d'une infection nosocomiales durant le séjour : NON

Evénement indésirable : NON

Pose d'un dispositif médical implantable : NON

SUITES A DONNER

Rendez-vous prévus :

Consultation dentaire le 07/06/2022 à 10 H

TEP Scanner prévu le 09/06/2022 à 12H10 - médecine nucléaire archet 1

Consultation **DR LECHTMAN** le 23/06/2022 à 12H

Consultation cardiologie **DR SQUAR** le 16/09/2022 à 16H20

Décision éthique : NON

DEMARCHES SOCIALES

Démarches sociales réalisées : NON

Patient bénéficiant d'une ALD : OUI

Demande d'ALD déclenchée : NON

INFORMATIONS PATIENT/ FAMILLE

Informations données au patient : OUI

- Nature de l'information donnée au patient : Non renseigné

Personne de confiance identifiée : OUI

Cette lettre de liaison est définitive

Elle a été remise au patient le jour de sa sortie.

Elle a été adressée au médecin traitant.

DR Pierre-Yves JEANDEL

Médecin responsable du service

Yanis ROUCHIN

Chef de Clinique

Lucas HOFFMANN

Interne

Pour information à :

DR DAVID BAILLET, 15, BOULEVARD DU 8 MAI 1945, 06730 ST ANDRE DE LA ROCHE
LACOURA HAN, 45 BOULEVARD DE LA MADELEINE, 06000 NICE

Centre Régional de Pharmacovigilance

13 MAI 2022

Docteur ~~ROCHER-MOREAU FANNY~~
CHU DE NICE HOPITAL DE CIMIEZ
4 AV REINE VICTORIA BP 1179
06003 NICE CEDEX 1

Nice, le 02/05/2022

Ref : MC09-3060-2415- MMFP
N° de dossier : 588/22

Destinataires :

Madame ~~MICHELLE DI BLASI~~

Docteur ~~PASSALINE DEFFENSE~~

Docteur ~~FANNY ROCHER-MOREAU~~

25/05/2022
SP

Cher Confrère,

Nous avons reçu en hospitalisation de jour le 29/04/2022 votre patiente Madame DI BLASI ~~MICHELLE~~ née GHIGNONE. Née le 18/08/1947, pour exploration d'une hypersensibilité aux fluoroquinolones dans le cadre d'une hypersensibilité chimique multiple aux antibiotiques.

Les antécédents et les traitements habituels : cf courrier précédent

L'histoire de la maladie allergique : cf courrier précédent.

Pour rappel, la patiente présente une hypersensibilité chimique multiple avec une tryptase basale à 6,49 µg/l. Les réactions présentées sont toujours de grade 1, à type d'urticaire retardée 24-48h après le début d'une antibiothérapie. Tests cutanés négatifs pour les bêta-lactamines et le Flagyl, suivis d'un test de provocation à l'Amoxicilline négatif en 03/2022 excluant une allergie aux pénicillines.

Vient ce jour pour tests cutanés aux fluoroquinolones et test de provocation au CIPLOX.

Elle a réalisé les examens suivants :

Après vérification de la réactivité cutanée vis-à-vis des témoins positifs et négatifs, mise en place d'une voie veineuse périphérique de sécurité et sous contrôle monitoring clinique strict, nous avons obtenu les résultats suivants :

Témoin positif : 10 mm / Témoin négatif : 3 mm

Médicaments	Prick	IDR	Dilution min
CIPROFLOXACINE	négatif	négatif	10-2
OFLOXACINE	positif (7mm)	négatif	10-2
LEVOFLOXACINE	négatif	négatif	10-2

Puis elle a enchaîné par un test de provocation à la Ciprofloxacine par voie orale.

Evènements intercurrents : aucun

La réaction initialement décrite nous expose au risque de réaction systémique lors de la réintroduction du produit imputable. De ce fait, le consentement du patient est recueilli après information éclairée. Les mesures de sécurité des recommandations européennes sont appliquées : chariot d'urgence, personnel formé à la réanimation avec structure de soins intensifs à proximité, perfusion de sécurité, installation sur un espace dédié en HDJ, surveillance des constantes avant chaque nouveau palier validé par le référent médical.

Le test de provocation a donc été réalisé, après consentement de Mme DI BLASI Michèle, à jeun, après arrêt des médicaments non autorisé et sous surveillance stricte et perfusion de sécurité.

Par paliers incrémentaux, la dose cumulée atteinte CIPROFLOXACINE a été de : 804 mg

Réaction immédiate : aucune

Réaction retardée : aucune

Le test est poursuivi au domicile pendant 3 jours consécutifs : oui

Conclusion :

Absence de réaction immédiate à la CIPROFLOXACINE.

Poursuite à domicile 500mg/j pendant 3 jours, bien tolérée.

Absence de contre-indication à l'utilisation des fluoroquinolones sous couverture antihistaminique 1cp/j pendant toute la durée de l'antibiothérapie.

Documents remis : Ordonnance de sécurité et lettre attestant de la réalisation du TPO.

Carte d'allergique : non

Conduite à tenir ultérieure : TPO Flagyl prévu en septembre 2022

Merci de votre confiance avec nos salutations les plus confraternelles.

F.C.H. MARQUETTE

Chef de Service

D.M. MUZZONE

Assistance spécialiste

P.S. LEROY

Praticien Hospitalier

"Courrier relu et validé électroniquement par le médecin signataire"

B

Centre Régional de Pharmacovigilance

21 AVR. 2022

Docteur ~~ROCHER-MOREAU FANNY~~
CHU DE NICE HOPITAL DE CIMIEZ
4 AV REINE VICTORIA BP 1179
06003 NICE CEDEX 1

Nice, le 02/03/2022

Ref : MC09-3060-2425- 0386138-PJ/LL
N°de dossier :

~~27/04/2022~~
sy

Destinataires :

Madame ~~Denise DEODATO~~

Docteur ~~THIERRY ANFI~~

Docteur ~~LAETITIA ZIMMERMANN BOELM~~

Docteur ~~FANNY ROCHER-MOREAU~~

Cher Confrère,

Je vois ce jour en consultation votre patiente **Madame ~~Denise DEODATO~~**,
Née le 16/01/1934, **suivie dans le cadre de dilatations bronchiques.**

Depuis la dernière consultation, elle a bénéficié d'une chirurgie de cataracte en octobre 2021, elle a présenté au décours une bronchite d'évolution spontanément favorable. A noter une infection à Covid 19 en janvier 2022 pour laquelle persiste aujourd'hui une asthénie importante.

Symptômes respiratoires fluctuants.

Auscultation pulmonaire pathologique notamment au lobe supérieur gauche avec une radiographie montrant une opacité pour laquelle je demande un scanner thoracique, un ECBC. Mise en évidence d'une surinfection bronchique à Pseudomonas Aeruginosa, traitement par cefixime bien toléré et efficace.

3.20
Madame
DDB
20

Recrudescence des symptômes à l'arrêt de l'antibiothérapie ; Scanner thoracique stable en terme de DDB, persistance de lésions en verre dépoli dues à l'infection covid 19 en janvier 2022. selon ses résultats nous adapterons la prise en charge.

42

Pour l'instant, poursuite de la kinésithérapie respiratoire et de l'ULTIBRO.

42

Réévaluation à distance, proposition d'introduction d'aérosol de colimycine, souhaite y réfléchir.

20

Je reste à votre disposition pour tout renseignement complémentaire et vous prie d'agréer, Cher Confrère, mes salutations très cordiales.

.40

Docteur ~~Johanne PRADIER~~

"Courrier relu et validé électroniquement par le médecin signataire"