

STATUS A L'ENTREE :

Etat général conservé, tension artérielle 160/76 mmHg, fréquence cardiaque 74/min, température 37.1°C, saturation 95% à l'air ambiant, Glasgow 15, orienté aux 3 modes.

Murmure vésiculaire symétrique, pas de râle, pas de sibillance.

B1-B2 bien frappés, souffle mitral de 3/6 diastolique. Pas d'œdème des membres inférieurs, artères périphériques palpables ddc.

Abdomen souple et indolore, bruits normaux en fréquence et en intensité. Loges rénales souples et indolores.

Motricité et sensibilité sp. Pupilles isocores et isoréactives, nerfs crâniens sp notamment les 3,4 et 6. Pas de méningisme, ROT vifs et symétriques. RCP flexion ddc. Démarche hésitante.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Laboratoire : Cf. copies.

ECG du 21.11.2010 : RSR 72/min, axe gauche, PR 0.2 s, QRS fins, hémibloc antérieur gauche, bloc de branche droit.

HOLTER du 22.11 au 23.11.2010 : Durant cette observation, aucune symptomatologie signalée. Le rythme est constamment sinusal, avec bloc AV du 1^{er} degré. Fréquences appropriées. Incidences modérées d'extrasystoles supraventriculaires mais rares extrasystoles ventriculaires. Pas de trouble de la conduction intraventriculaire.

RX du thorax du 21.11.2010 : volume thoracique augmenté. Légère scoliose et dégénérescence du rachis. Ancienne déformation antérieure des 5^{ème}, 6^{ème} et 8^{ème} côtes droites. Coupes diaphragmatiques bien délimitées avec une ancienne adhérence pleurale diaphragmatique postérieure gauche. Trame pulmonaire légèrement désorganisée avec à la base postéro-latérale, un peu d'aérobronchographie mieux marquée que sur un cliché du 06.08.2010. Lobus venae azygos. Silhouette cardiaque accentuée à gauche de taille limite. Déroulement et calcification de l'aorte. Clips évoquant un pontage aortocoronarien. Dilatation de l'artère inférieure gauche à 2.2 cm ainsi que l'intermédiaire évoquant une hypertension pulmono-artérielle.

DISCUSSION ET EVOLUTION :

Votre patient a été hospitalisé en raison d'un malaise avec lâchage des membres inférieurs et dysarthrie transitoire. Le status est dans la norme. Nous mettons en suspens le Nozinan et le remplaçons par de la Distraneurin. L'ECG et un examen Holter ne montrent pas de trouble du rythme grave, hormis un bloc AV du 1^{er} degré. Nous effectuons un test de Schellong qui se révèle positif motivant le bandage des membres inférieurs. Ainsi nous attribuons ce malaise à une hypotension orthostatique, sans pouvoir exclure un possible AIT.

En fin de séjour, M. MONDEMO nous signale une dysarthrie transitoire motivant le remplacement de l'Aspirine par du Plavix.