



HFR Riaz
Rue de l'Hôpital 9
1632 Riaz

Secrétariat médical
T. 026 919 91 16
F. 026 919 91 17

Service de médecine aiguë

Dr
Médecin chef de service
PD Dr
Médecin chef de service
Dr
Médecin chef
Dresse
Cheffe de clinique
Dresse
Cheffe de clinique adjointe
Dr
Chef de clinique

Docteur
Test MEDECIN
rte. d'Englissberg 13
1763 Granges-Paccot

Riaz, le 02 décembre 2010 CV/am

Monsieur MONDEMO Patient, né le 22.01.1956

Monsieur et cher Collègue,

Le patient susmentionné a séjourné dans notre service de médecine interne, du 21.11 au 24.11.2010, date de son retour à domicile.

DIAGNOSTIC(S) :

Hypotension orthostatique.
AIT possible
Hypothyroïdie subclinique.
Troubles de la marche sur déconditionnement physique.

CO-MORBIDITE(S) ET ANTECEDENT(S) PERSONNEL(S) :

- Cardiopathie ischémique avec status post-quadruple pontages en 1993.
- Status post-AIT en 2005.
- Hypothyroïdie.
- Status post-TURP en 1999 et 2010.
- Status post-malaria en 1948.

RAPPEL ANAMNESTIQUE :

Votre patient de XX ans a été hospitalisé en raison d'une baisse de l'état général depuis quelques jours et d'un malaise sans perte de connaissance avec faiblesse importante des membres inférieurs, vertiges, troubles transitoires de l'articulation et céphalées frontales.

Site de Riaz
Rue de l'Hôpital 9
1632 Riaz

Secrétariat
Tél. 026 919 91 16
Fax 026 919 91 17

Département de médecine aiguë

Dr J.-L. BERNEY

Chef de département

Dr

Médecin-Chef

Dr

Médecin-Chef

Dr

Cheffe de Clinique

Dr

Chef de Clinique

Docteur
Test MEDECIN
rte. d'Englissberg 13
1763 Granges-Paccot

Riaz, le 18.09.2008 XJ/rm

Monsieur MONDEMO Patient – né le 22.01.1956

Monsieur et cher Collègue,

Le patient susnommé a séjourné dans notre service de médecine interne du 06.09 au 11.09.2008, date de son retour à domicile.

DIAGNOSTIC(S) :

Prostatite aiguë.

CO-MORBIDITE(S) ET ANTECEDENT(S) PERSONNEL(S) :

- o Status post-quadruple pontage aorto-coronarien en 1993.
- o Status post-cholécystectomie en 2006.

ANAMNESE ACTUELLE :

Le patient présente un état fébrile depuis 7 jours, avec baisse de l'état général depuis 3 jours. Pas de douleur, pas de dyspnée. Le 06.09.2008 au matin, il ne peut plus marcher, ni parler, raison pour laquelle il nous est amené par ambulance.

STATUS A L'ENTREE :

Patient en état général diminué, vigile, orientée, un peu déshydraté. TA 127/83 mmHg. Fréquence 92/minute. Température 38,4°. Saturation 93% à l'air ambiant. Pas de cyanose.

Auscultation pulmonaire sans particularité.

B1-B2 bien frappés, pas de souffle cardiaque, ni vasculaire. Jugulaire à gauche très enflée. Pas d'œdème des membres inférieurs. Artères périphériques bien palpables des deux côtés.

Pas d'ictère. Bons bruits abdominaux. Paroi souple, mais douleur à la fosse iliaque droite. Pas d'organomégalie. Pas d'ascite.

TR : lobe gauche dur, à droite plutôt mou.

Bonne motricité, bonne sensibilité. Pupilles isocores. Nerfs crâniens sans particularité. Diadococinésie bonne. Epreuve index-nez correcte.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Laboratoire : Cf. feuilles ci-jointes.

TSH du 07.09.2008 : 3,59 mUI.

Hémocultures : Négatives après 5 jours.

Urotube : E. Coli.

Thorax du 06.09.2008 : Coupes diaphragmatiques normales. Volume cardiaque normal. Hile droit relativement important mais moins développé que le hile gauche. Vascularisation périphérique normale. Comblement du cul-de-sac costo-diaphragmatique postérieur droit et gauche sur le profil. Par rapport aux clichés antérieurs, peu d'évolution.

ECG du 06.09.2008 : Rythme sinusal régulier, déviation axiale gauche, QRS fins, pas de trouble de la repolarisation, pas de signe d'ischémie aiguë.

Échocardiographie du 09.09.2008 : Cf. copie ci-jointe.

TRAITEMENT ET EVOLUTION :

Monsieur MONDEMO se présente à l'hôpital avec un état fébrile persistant et une baisse de l'état général. Au toucher rectal nous mettons en évidence un lobe gauche dur, plutôt mou à droite. Le sédiment urinaire révèle des leucocytes et du sang, l'urotube ramène un E. Coli. Le diagnostic de prostatite aiguë est posé.

Suite à l'antibiothérapie par Rocéphine du 06.09 au 10.09, et par Garamycine du 07.09 au 10.09, le patient évolue cliniquement et biologiquement favorablement.

Durant son séjour, le patient bénéficie d'une échocardiographie de contrôle par le Dr Morard, dont le rapport vous est annexé.

Monsieur MONDEMO retourne à domicile le 11.09.2008, au bénéfice d'un traitement de Zinat 500 mg à poursuivre jusqu'au 15.09.2008, puis de Bactrim forte prescrit du 25.09 au 20.10.2008.

Zinat 500 mg – 2 x/jour jusqu'au 15.09.2008

Bactrim forte – 2 x/jour du 25.09 au 20.10.2008

Bilol 5 mg – 1 x/jour

Aspirine 100 mg – 1 x/jour

Seresta 15 mg – 1 x/jour
Zovirax crème – 2 x/jour

Nous restons à votre disposition pour toutes informations complémentaires et vous prions de recevoir, Monsieur et cher Collègue, nos meilleures salutations.

Dresse Unecheffe
Cheffe de clinique
Service de médecine

Dr Unassistant
Médecin-Assistant



COPIE



Examens fonctionnels

Echocardiographie

● **Concerne : examen du 09.09.2008 pour Monsieur Patient MONDEMO né le 22.01.1956**

EXAMEN TRANSTHORACIQUE – COMMENTAIRES

Cavité ventricule gauche à la limite supérieure de la norme sans hypertrophie pathologique.

Fonction systolique globale conservée avec fraction d'éjection estimée à 60 – 65%.

Hypokinésie apicale discrète. Absence d'épanchement péricardique.

Ouverture normale de la valve aortique sans sténose. Valve fine à 3 feuillets. Insuffisance aortique pure centrale discrète à modérée degré I à II. Pas d'image suspecte de végétation. Insuffisance aortique connue.

Aspect normal de la valve mitrale avec discret prolapsus du feuillet postérieur. Insuffisance mitrale discrète à modérée. Pas d'image suspecte de végétation. Dilatation auriculaire gauche modérée.

Cœur droit et ses valves sp.

Conclusion

- **Insuffisance mitrale modérée sur prolapsus valvulaire avec dilatation auriculaire gauche.**
- Insuffisance aortique discrète sur non coaptation centrale.**
- Taille et fonction du ventricule gauche encore dans les limites normales.**
- Absence d'épanchement péricardique.**
- Pas d'image suspecte d'endocardite. Les insuffisances valvulaires sont connues de longue date et ne sont pas modifiées.**

Rapport : Dr Unmédecin – service de médecine

Copie : Dr Unautremédecin

Examens fonctionnels échocardi

22/01/1956

MONDEMO

Patient

rue de la Clinique 8

1783 Granges-Paccot 028 550 05 80

M / MAL / Une OSSURQnCe

08/09/2008 MED C NIV G

HOSP Site de Riez 95114/6

DATE : 09.09.08

Etiquette Patient

Echo No : 1829

Bande No : 48

Mode : Ned.

Service :

Médecin-demandeur : J. J. J.

No Hist. :

Poids : 56

Taille : 163

SC : 1.60

TA : 100/65

FC : 60

Rythme : 28

Qualité : bonne

TTE : (X) TEE :

Réf : (N. J. J.)

Indication : insuffisance diastolique

MESURES - M-MODE

VG diast : 55 (35-59 mm)
VG diast/m² : 34 (19-32 mm)
VG syst : 36 (23-38 mm)
FR : 35 (25-42%)
Septum IV : 9 (6-11 mm)
Paroi post : 8 (6-11 mm)
VD diast : 17 (19-26 mm)
VD diast/m² : 10.6 (4-14 mm)
OG : 47 (19-40 mm)
OG/m² : 29 (12-20 mm)
Aorte : 37 (20-37 mm)
Aorte/m² : 23 (12-22 mm)

FONCTION VG - 2D

Caution normale sans HVP.
Fonct. diastolique entravée
L'hyperkinésie aortique
D'eff. diast. mod. I
FE : Estimée : 65 % (55-80%)
Calculée : 63 % (50-75%)

F. segmentaire : Ant. Septum Apex Lat. Inf. Post.

1 1 2 1 1 1

OG - CAVITES DROITES

OG sp. dilaté
Cœur droit AP

PERICARDE - AORTE

φ et anévrisme Diam Ao. sp

VALVE AORTIQUE

fine, 3 f. p. p. p.
Vit max : 1.30 Vit ssAO :
Dss AO : Débit :
Grad max : 7 Grad moyen : 3.7
Surface : cm² Degré IA : 1-2
D jet/dss AO : PHT Ao : I de C :
Area jet/ssAo : I jet IA :

VALVE MITRALE

normal, p. p. p.
Vit max : VTI :
Grad max : 15 Grad moyen : 15
Surface : cm² PHT :
Degré IM : 1-2 Planimétrie :
I jet : Area jet / OG : Conv :

V. PULMONAIRE

normal
Grad max : Grad moyen :
IP max : IP min : Débit :
PAPs : Degré IP :

V. TRICUSPIDE

normal
Grad max : Grad moyen :
Grad Max IT :
PAPs : φ Degré IT : 0-1



Hôpital Sud-Fribourgeois

Tel. 026/919.91.11
Fax 026/919.91.17

MONDEMO Patient
22.01.1956

Séjour du 06.09.2008 au 11.09.2008

DOCUMENT MEDICAL DE TRANSMISSION

DESTINATAIRES :

1. Méd. traitant Dr. Test Médecin

Avis de transfert ☐

Annonce de retour à domicile ☒

DIAGNOSTICS/EXAMENS EFFECTUES/TRAIITEMENTS PRESCRITS

- Prostatite

Le patient est arrivé aux urgences à Riaz dans un état fébrile et une baisse d'état général persistantes.

Les tests urinaux sont positifs aux leucocytes et au sang.

Evolution : évolue cliniquement et biologiquement favorablement suite à la thérapie antibiotique à la **rocéphine** (du 06.09 au 10.09) et à la **garamycin** (du 07.09 au 10.09) .

Rentre à domicile le 11.09.2008

AUTRES AFFECTIONS / TRAITEMENTS HABITUELS

Billol	5 mg	1-0-0-0
Aspirine	100 mg	1-0-0-0
Zinat	500mg	1-0-1-0 jusqu' au 15.09.2008
Bactrim forte		1-0-1-0 du 25.09.au 20.10.2008
Seresta	15mg	0-0-0-1
Zovirax	pommade	2xjour

☐ Laboratoire annexé

☐ ECG annexé

Autres annexes :

☐ Remplace lettre de sortie

☒ Lettre de sortie suit

Riaz,
le 11.09.2008 Médecin-stagiaire : Un
médecin


Médecin-Assistant :

FD-314-1-A

Emis :

Créé : 29.06.04

Modifié : 19.04.05

Version : 1.1

1/2

Tel. 026/919.91.11
Fax 026/919.96.05

Séjour à l'hôpital de Riaz, du 21.03.11 au 27.03.11

Document médical de transmission

DESTINATAIRES :

1. Médecin traitant : Dr. T. Médecin

Annonce de décès

DIAGNOSTICS :

Hémorragie intra-parenchymateuse occipito-temporale droite (15 ml).
Hématome sous dural D

CO-MORBIDITE(S) ET ANTECEDENT(S) PERSONNEL(S) :

- Contusion multiple cervicale, de la hanche droite et du coude droit.
- Cardiopathie ischémique avec status après quadruple pontage en 1993.
- Status après AIT en 2005.
- Hypothyroïdie.
- Status après résections transurétrales de la prostate en 1999 et 2010.
- Hypotension orthostatique.
- Troubles de la marche sur déconditionnement physique.
- Status après phacectomie de l'œil gauche (pour l'œil droit intervention prévue dans 2 jours).
- Status après prostatite.

Evolution :

Le 21.03.2011, suite à une sensation vertigineuse, le patient chute avec impact occipital. Pas de perte de connaissance, pas d'amnésie circonstancielle. Monsieur MONDEMO est amené par l'ambulance. A son arrivée, il est orienté dans l'espace, désorienté dans le temps. Le patient se plaint de douleurs occipitales, de la hanche droite et du coude droit. Pas de céphalée, pas de nausée, pas de vomissement.

Un CT cérébral effectué met en évidence une hémorragie intra parenchymateuse occipito-temporale droite et un hématome sous dural droite. Le patient est hospitalisé pour surveillance neurologique, et nous avons arrêté le Plavix. Les premières 24H, nous avons la présence des vertiges, un contrôle par CT natif montre une légère progression de l'hématome sous dural, nous continuons la surveillance neurologique.

En raison des antécédents cardiaques et syncope, ainsi que pour un souffle systolique mitral 3/6, un US cardiaque est effectué, sans changement par rapport au dernier qu'il a eu.

Par la suite l'évolution est dans un premier temps favorable, mais malheureusement le 27.3.11 l'état du patient se péjore nous trouvons le patient inconscient. Après discussion avec la famille, l'attitude est conservatrice, et Monsieur MONDEMO décède le 29.3.11 à 18 :30

Nous restons à votre disposition pour toute information complémentaire.

☐ Laboratoire annexé ☐ ECG annexé Autres annexes
☒ Lettre de sortie suit

Riez, le 28.03.2011

Médecin-Chef

Médecin assistant :

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.

Les tests de dépistage des troubles cognitifs effectués à l'admission montrent des performances légèrement altérées (MMS 27/30 : 1 mot sur 3 différé). Le bilan des facteurs corrigibles montre une hypothyroïdie subclinique. Nous n'avons pas constaté de perturbation cognitive dans notre service. Nous vous proposons de redoser les hormones thyroïdiennes dans quelques semaines.

M. MONDEMO bénéficie d'une prise en charge de physiothérapie qui montre des troubles de la marche sur déconditionnement physique probable. Il se déplace en toute sécurité avec un Rollator que nous prescrivons pour le domicile.

M. MONDEMO rentre à domicile le 24.11.2010, avec introduction des soins à domicile une fois par jour pour la mise en place des bas de contention et contrôle des constantes.

PARAMETRES A LA SORTIE :

TA 138/70 mmHg, FC 64/min, saturation 90% à l'AA, poids 56.4 kg, T°36.2.

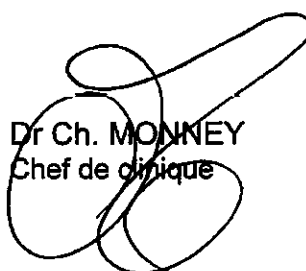
TRAITEMENT DE SORTIE :

Plavix 75 mg	1-0-0
Calcimagon D3	1-1-0-0
Sifrol 0.125 mg	0-0-0-1
Movicol sachet	1x/j
Distraneurin 300 mg	1x au coucher

Nous restons à votre disposition pour toutes informations complémentaires et vous prions de recevoir, Monsieur et cher Collègue, nos meilleures salutations.



Médecin-chef
Service de médecine



Dr Ch. MONNEY
Chef de clinique

Dresse
Médecin-assistante

HFR Riaz
Rue de l'Hôpital 9
1632 Riaz

Secrétariat médical
T. 026 919 91 16
F. 026 919 91 17

Service de chirurgie

Médecin chef

Médecins adjoints

Docteur
Test MEDECIN
Rte. d'Englisberg 13
1763 Granges-Paccot

Riaz, le 18.05.2010 JM/dv

Monsieur et cher Confrère,

Votre patient, **Monsieur Patient MONDEMO**, né le **22.01.1956**, a séjourné dans notre service de chirurgie du 09.05.2010 au 13.05.2010, date de son retour à domicile.

DIAGNOSTIC :

Sténose serrée de l'urètre membraneux.

INTERVENTION :

Le 10.05.2010, Dr UROLOGUE : urétérotomie interne et résection transurétrale de la loge prostatique scléreuse.

DAP :

Hyperplasie glandulaire et musculaire associée à des remaniements fibreux. Pas d'atypie, ni de signe de malignité.

Antécédents et co-morbidités :

- Rhinite allergique.
- Allergie à la Pénicilline.
- Status après quadruple pontage aorto-coronarien en 1993.
- Cataracte de l'œil gauche.
- Hypothyroïdie.
- Anémie.
- Status après rétention urinaire post-résection transurétrale de la prostate en 2007.
- BAV du 1er degré.

-/-

- Status après AIT en 2005.
- Cures d'hémorroïdes en 1960 et 1980.
- Status après résection transurétrale de la prostate en 1999.
- Malaria en 1948, avec récurrence 15 et 30 ans plus tard.

ANAMNESE ACTUELLE :

Le patient souffre d'une sténose bulbair secondair à de multiples résections transurétrales de la prostate. L'indication à une urétrotomie interne est posée, raison de l'hospitalisation actuelle.

EXAMEN CLINIQUE D'ENTREE :

Patient en bon état général, apyrétique, anictérique, bien hydraté et bien perfusé. Auscultation cardio-pulmonaire physiologique. Abdomen souple et indolore. Le status urologique complet a été fait par le Dr Urologue.

Patient orienté dans le temps et l'espace, Glasgow 15. Pas de méningisme, ni de latéralisation.

DISCUSSION ET EVOLUTION :

L'intervention se déroule sans complication, les suites opératoires sont simples, le patient reste apyrétique. La sonde vésicale est retirée à 48 heures, avec reprise des mictions sans particularité.

L'antalgie étant bien réglée et, au vu de la bonne évolution, Monsieur MONDEMO peut regagner son domicile le 13.05.2010. Il sera revu à la consultation du Dr Urologue pour contrôle dans un mois.

TRAITEMENT DE SORTIE :

Ciprofloxacine 500 mg, 2 x 1 cpr/jour pendant 5 jours.

Dafalgan 4 x 1 g/jour.

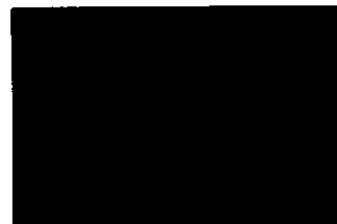
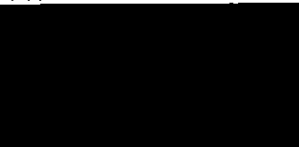
Halcion 0,25 mg en réserve.

Nozinan 25 mg, 1 cpr le soir.

Concor 2,5 mg, ½ cpr le matin.

Sifrol 0,125 mg, 1 à 2 cpr au coucher.

Nous sommes à votre disposition pour tout renseignement complémentaire et vous adressons, Monsieur et cher Confrère, nos salutations les meilleures.



Copie : Dr Urologue

D^r méd.
Spécialiste FMH Urologie

Monsieur le Docteur
Test MEDECIN
Médecine Générale FMII
Rte d'Englissberg 13
1763 Granges-Paccot

Concerné : Monsieur MONDEMO Patient, né le 22.01.1956

Cher Ami,

J'ai revu le patient susnommé le 24.04.2010

Diagnostic :

- Sténose serrée de l'urètre membraneux.
- Status après status après rétention urinaire sur sclérose de la loge prostatique et du col vésical post-RTUP le 21.09.2007 avec tamponade post-mise en place d'une sonde suspubienne sous aspirine lors d'une cholécystectomie par laparoscopie pour cholécystite aiguë.

Anamnèse intermédiaire : *Anamnèse mictionnelle* : troubles mictionnels irritatifs et obstructifs en aggravation. Pollakiuric, algurie, pas de macrohématurie, nycturie : 2 à 3 fois, nette diminution de la force du jet en urinant goutte à goutte.

Status : toucher rectal : prostate post-RTUP : 10 gr. douloureuse.

Status urinaire : sang : traces, leucocytes : négatif.

Ultrason : résidu post-mictionnel : 117 ml, prostate par voie transvésicale : 14 ml, rein : pas de dilatation pyélocaliciale, parenchyme homogène ddc

Urétroscopie : sténose serrée de l'urètre membraneux infranchissable avec l'endoscope flexible.

Attitude : Au vu de cette sténose serrée de l'urètre l'indication à une urétérotomie interne est donnée. Selon la loge prostatique une RTUP et du col vésical sera peut-être nécessaire. Le patient a été informé sur l'intervention et les complications possibles. Cette intervention aura lieu prochainement à l'HFR site Riaz.

En restant à ta disposition pour de plus amples renseignements, je te prie
Ami, mes salutations les meilleures.

D^r méd. Urologue

Rue de l'Hôpital 9
1632 Riaz

Secrétariat médical
T 026 919 91 16
F 026 919 91 17

Service de médecine aiguë

Dr
Médecin chef de service
PD Dr
Médecin chef de service
Dr
Médecin adjoint
Dr
Médecin chef

Dresse
Cheffe de clinique
Dr
Chef de clinique
Dresse
Cheffe de clinique adjointe

Docteur
Test MEDECIN
rte. d'Englisberg 13
1763 Granges-Paccot

Riaz, le 31 mars 2011 AA/chp

Monsieur MONDEMO Patient – né le 22.01.1956

Monsieur et Cher Collègue,

Votre patient susnommé a séjourné dans notre service de médecine interne du 21 au 29 mars 2011, date de son décès.

DIAGNOSTIC(S):

Hémorragie intra-parenchymateuse occipitale temporale droite (15 ml).

Hématome sous-dural droit.

CO-MORBIDITES ET ANTECEDENT(S) PERSONNEL(S) :

- Contusions multiples cervicales, de la hanche droite et du coude droit le 21.03.2011.
- Cardiopathie ischémique avec status après quadruple pontage en 1993.
- Status après AIT en 2005.
- Hypothyroïdie.
- Status après résections transurétrales de la prostate en 1999 et 2010.
- Hypotension orthostatique.
- Troubles de la marche sur déconditionnement physique.
- Status après phacéctomie de l'œil gauche (pour l'œil droit intervention prévue dans 2 jours).
- Status après prostatite.

RESUME DE SEJOUR :

Le 21 mars 2011, suite à une sensation de vertige, Monsieur MONDEMO chute avec impact occipital. Pas de perte de connaissance, pas d'amnésie circonstancielle.

À son arrivée en ambulance il est orienté dans l'espace, désorienté dans le temps. le patient se plaint de douleurs occipitales, de la hanche droite et du coude droit. Pas de nausées, pas de vomissements. Un CT scanner cérébral effectué met en évidence une hémorragie intra-parenchymateuse occipito-temporale droite et un hématome sous-dural droit.

Le patient est hospitalisé pour surveillance neurologique et nous stoppons le Plavix. Les premières 24 heures, présence de vertiges. Un contrôle par CT scanner natif montre une légère progression de l'hématome sous-dural. Nous continuons la surveillance neurologique.

En raison des antécédents cardiaques et des syncopes ainsi que d'un souffle systolique mitral à 3/6, un ultrason cardiaque est effectué, qui ne montre pas de changement par rapport au dernier examen.

Par la suite l'évolution est dans un premier temps favorable, mais malheureusement le 29 mars 2011, l'état de Monsieur MONDEMO se péjore et le patient entre dans le comas. Après discussion avec la famille, nous optons pour une attitude conservatrice et le patient décède paisiblement le 29 mars 2011 à 18h30.

Nous restons à votre disposition pour toutes informations complémentaires et vous prions de recevoir, Monsieur et Cher Collègue, nos meilleures salutations.



PD Dr Médecin-Chef
Service de médecine

Dresse Cheffe de
Clinique

Dresse
Médecin assistante

HFR Châtel-St-Denis
Place d'Armes 30
1618 Châtel-St-Denis

Secrétariat
T. 021 948 31 30
F. 021 948 31 31

Docteur
Test MEDECIN
rte. d'Englissberg 13
1763 Granges-Paccot

**Service de médecine et réadaptation
gériatrique**

Dr
Médecin chef
Dr
Chef de clinique

Châtel-St-Denis, le 25.06.2010 IA/cz

Monsieur MONDEMO Patient, né le 22.01.1956

Monsieur et cher Collègue,

Votre patient susnommé a séjourné dans notre service de médecine et réadaptation gériatrique du 07.06.2010 au 17.06.2010, date de son retour à domicile.

DIAGNOSTIC (S) :

- Macro-hématurie post urétrotomie et TURP
- Anémie limite hyperchrome macrocytaire d'origine multifactorielle (post hémorragique et déficit vitamine B12)
- Troubles de l'équilibre d'origine multifactorielle avec :
- Carence modérée en vitamine D3
- Hypotension orthostatique
- Probable syndrome des jambes sans repos

CO-MORBIDITE(S) ET ANTECEDENT(S) PERSONNEL(S) :

- Urétrotomie et TURP le 10.05.2010
- Rhinite allergique
- Cataracte de l'œil G
- Bloc AV du 1^{er} degré
- Status post AIT en 2005
- Status post rétention urinaire post résection transurétrale de la prostate en 2007
- Status post résection transurétrale de la prostate en 1999
- Status post quadruple pontage aorto-coronarien en 1993
- Status post cures d'hémorroïdes en 1960 et 1980

RAPPEL ANAMNESTIQUE :

Monsieur MONDEMO a été opéré le 10.05.2010 pour une sténose bulbair urétrale avec urétrotomie et TURP. Quelques jours plus tard, après sa sortie, le patient revient aux urgences à l'HFR Riaz avec une macro-hématurie. Il est admis en service de chirurgie le 23.05.2010 et en raison d'une anémie, il reçoit 3 culots érythrocytaires, une sonde urinaire avec des rinçages est posée. Par la suite, amélioration de la macro-hématurie, la sonde est ablatée et le patient est transféré pour surveillance, reconditionnement et poursuite de traitement à l'HFR Châtel-St-Denis.

STATUS A L'ENTREE :

Patient en bon état général.

Cardio-vasculaire : B1-B2 bien frappés, pas de souffle, pas d'OMI, pouls pédieux et tibiaux difficilement palpables. Pas de TJ. Non dyspnéique.

Pulmonaire : murmure vésiculaire et tympanismes ddc.

Urologique : LRSI.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Laboratoire : cf copies annexées.

ECG du 07.06.10 : rythme sinusal régulier à 60batt/min, BAV du 1^{er} degré avec intervalle PQ environ 24secondes. Pas de trouble de la repolarisation. Axe QRS à -30°.

Test de Schellong du 09.06.10 : diminution de la TA systolique de 116 à 100mmHg et diastolique de 72 à 64mmHg à 1minute, le patient se plaignant de faiblesse aux MI.

MMSE du 07.06.10 : 25/30.

DISCUSSION ET EVOLUTION :

Durant son séjour à l'HFR Châtel-St-Denis, il n'y a pas de récidence d'hématurie et l'hémoglobine demeure stable avec des valeurs d'environ 110g/l. A remarquer au laboratoire une ferritine à 440µg/l. Une substitution de vitamine B12 injectable a été débutée en raison d'un dosage de cette vitamine à la limite inférieure (190pg/ml). En raison d'une carence modérée en vitamine D3, une substitution par Calcimagon D3 est aussi débutée. A noter encore l'arrêt du traitement de bêtabloquants (Bilol) en raison de la présence d'un BAV du 1^{er} degré et à l'ECG et une FC à la limite inférieure. Nous vous prions de recontrôler en ambulatoire les valeurs tensionnelles et la FC.

Concernant la suite urologique, le patient prendra rendez-vous à la consultation du Dr Urologue

Monsieur MONDEMO présente un trouble discret de l'équilibre et accuse une faiblesse des MI. Un test de Schellong s'avère encore dans la norme. L'anamnèse laisse suspecter un syndrome de jambes sans repos raison pour laquelle nous avons débuté un traitement par Sifrol. Le patient a bénéficié de séances de physiothérapie lors de l'hospitalisation. Il rentre à domicile en bon état général le 17.06.2010.

Paramètres à la sortie : TA 150/72mmHg, pulsations 68/min, poids 56,9kg, Barthel 100%.

TRAITEMENT A LA SORTIE :

- Aspirine 100mg – 1-0-0-0
- Sifrol 0.125mg – 0-0-0-1
- Calcimagon D3 500mg – 1-0-1
- Nozinan 25mg – 0-0-0-1/2
- Senlac 20cc – 1-0-0 et 1x en ® si constipation
- Halcion 0.25mg – en ® si insomnies
- Dafalgan 1g – 3x/j en ® si douleurs
- Vitamine B12 sol injectable s/c 1000gamma – à poursuivre en ambulatoire

Nous restons à votre disposition pour toutes informations complémentaires et vous prions de recevoir, Monsieur et cher Collègue, nos salutations les meilleures.

Copie : Dr Urologue
Dr chirurgie

D^r méd.
Spécialiste FMH Urologie



Concerne : Monsieur MONDEMO Test, né le 22.01.1956

Rapport opératoire du 10.05.2010.

Diagnostic :

- Sténose serrée de l'urètre membraneux.
- Status après status après rétention urinaire sur sclérose de la loge prostatique et du col vésical post-RTUP le 21.09.2007 avec tamponnade post-mise en place d'une sonde suspubienne sous Aspirine lors d'une cholécystectomie par laparoscopie pour cholécystite aiguë.

Intervention : urétrotomie interne et résection transurétrale de la loge prostatique scléreuse.

Opérateur : Dr méd. Christophe Hugonnet, Urologue

Anesthésie : rachianesthésie

Durée de l'opération : 30 minutes

Indication : Je me réfère à ma lettre du 24.04.2010 pour l'urétrotomie interne, et vu que le col vésical est étroit et que la loge prostatique est scléreuse, l'indication à une résection transurétrale de la prostate est donnée.

Opération : Patient en position de lithotomie. Urétroscopie : sténose serrée de l'urètre bulbaire, qui est incisée en étoile de Mercedes, sphincter innervé, loge étroite, scléreuse et col vésical scléreux. De ce fait, résection du col vésical et de toute la loge prostatique. Bonne ouverture après. Hémostase. Rien de particulier dans la vessie. Ablation de [redacted] et mise en place d'une sonde vésicale.

Attitude : Sonde vésicale pour 2 jours.

[redacted]
Dr méd. Urologue

Copie : service de Chirurgie, Hôpital du Sud Fribourgeois, Riaz

**D^r méd. Urologue Médecin
Spécialiste FMH Urologie**

Ancien chef de clinique universitaire
Ancien médecin associé au CHUV
Fellow of the European Board of Urology
Médecin agréé à l'Hôpital du Sud Fribourgeois à Riaz
Code EAN : 7601000072863

Rue de Vevey 16 – 1630 Bulle
Tél. 026 / 919 52 02 – Fax 026 / 919 52 03
E-mail : ch.hugonnet@hin.ch

Bulle, le 19.01.2009
Dw 1.09

Monsieur le Docteur
Test MEDECIN
Médecine Générale FMH
13, rte. d'Englissberg
1763 Granges-Paccot

Concerne : Monsieur MONDEMO Patient, né le 22.01.1956

Cher Ami,

J'ai revu le patient susnommé le 16 janvier 2009

Diagnostic :

- Status après status après rétention urinaire sur sclérose de la loge prostatique et du col vésical post-RTUP avec tamponade post-mise en place d'une sonde suspubienne sous aspirine lors d'une cholécystectomie par laparoscopie pour cholécystite aiguë.

Anamnèse intermédiaire : Les troubles mictionnels sont restés stables depuis l'intervention de 9.07, bonne force du jet, diurie : 3-4 fois, nycturie : 1 fois, pas d'incontinence urinaire.

Status : organes génitaux externes : sp, toucher rectal : prostate : 30 gr., indolore symétrique, sans nodule suspect

Status urinaire : sang : faible, leucocytes : traces

Ultrason : résidu post-mictionnel : 44 ml, prostate par voie transvésicale : 13 ml, rein : pas de dilatation pyélo-calicielle, parenchyme homogène ddc

Laboratoire : PSA 0.18

Attitude : Au vu de cette bonne évolution, j'ai conseillé au patient d'effectuer un contrôle dans une année.

En restant à ta disposition pour de plus amples renseignements, je te prie d'accepter, cher Ami, mes salutations les meilleures.


D^r méd. Urologue