

Patient Denis P.

Vous avez :

- Un compte rendu d'hospitalisation de 2024
- Un extrait d'historique de délivrance du patient
- Une ordonnance de 2024
- Vous connaissez bien M. P, il est sympathique, parfaitement autonome mais n'en fait un peu qu'à sa tête.

SERVICE D'AVANT DES URGENCES DE L'HOPITAL DE ROBINSON
Compte rendu d'hospitalisation du 13/01/2024 au 22/01/2024

Monsieur Denis P.
6, rue D
92296 Chatenay-Malabry

MODE DE SORTIE : Retour à domicile

MOTIF D'HOSPITALISATION : M. Denis P., né le 15/10/1950 est hospitalisé pour lombo-dorsalgie hyperalgique à J1 d'une sortie de SSR pour Spondylodiscite L3/L4

MODE DE VIE

Ancien conseiller culturel ministériel.
Est hébergé à Paris chez sa compagne.
Vit à Tours en appartement.
3 enfants tous en province.
Autonome pour tous les actes de la vie quotidienne.
Tabac 40 PA sevré.
Alcool occasionnel.
Autonome avant la spondylodiscite.

ANTECEDENTS

Allergies

Antécédents familiaux

Antécédents médicaux :

- Polypes coliques. Dernière coloscopie normale il y a 10 ans
- Glaucome oeil droit suivi au 15/20
- Sténose carotidienne

Antécédents chirurgicaux

Résection iléale / colique de 30 cm pour schwannome (?) à l'hôpital de XX dans les années 90

TRAITEMENTS A L'ENTREE

Traitement per os

Irbesartan 150 mg : 1/j
Seroplex 10 mg 1/j
Kardegic 1/j
Monoprost 1gtte le soir
Dualkopt 1 gtte le matin
Meteospasmyl 3/j si douleur

RESUME CLINIQUE – HISTOIRE DE LA MALADIE

Patient de 74 ans amené par ambulances pour hyperalgie lombaire depuis le matin et MADD du fait des douleurs et la perte d'autonomie.

- Pas de fièvre, pas de vomissements, pas de chute

Pour rappel sortie de SSR Rothschild le 11/10/23 :

- Spondylodiscite L3-L4 avec épidurite, sans retentissement neurologique, documentée à *P.aeruginosa* sauvage
- Antibiothérapie par CEFTAZIDIME 2 semaines (arrêt 05/09/2023) et CIPROFLOXACINE 6 semaines (arrêt le 02/10/2023)
- Hématome de la paroi postérieure de l'aorte per ponction biopsie disco-vertébrale, sans déglobulisation.
- Douleurs contrôlées sous palier III avec mise en place de ceinture de soutien lombaire.
- Amélioration avec une disparition de la fièvre, une normalisation des paramètres inflammatoire et infectieux avec une CRP stable à 44 mg/l, une NFS normale avec absence d'hyperleucocytose (GB à 7000, PNN 4500 et Lymphocytose à 2100) ni de thrombocytose.

Aux urgences de Saint Antoine le 12/01/2024 :

Constantes : TA : 151/95, FC : 68, Sat : 95%, Dextro : 1.4 g/l.

Clinique :

Glasgow : 15 orienté, pas de déficit sensitivo-moteur ROT +/- RCP flexion, pas de syndrome de la queue de cheval, pas de troubles sphinctériens

douleur paravertébrale gauche sans syndrome rachidien

BDC réguliers, pas de souffle pas de signes d'insuffisance cardiaque

pas de signes de lutte auscultation claire

abdomen parfaitement souple

Biologie :

Ionogramme normal, pas d'insuffisance rénale aiguë

Absence d'hyperleucocytose, CRP 46 (vs 60 à la sortie de ZZ)

--> instauration de l'OXYCODONE + titration de MORPHINE

Hospitalisation au DAU le 13/01/2024 pour antalgie et réévaluation des besoins au domicile

EXAMEN CLINIQUE A L'ENTREE

Constantes : PA: 157/85 mmHg, FC: 67/min, Saturation en AA: 96%, Température: 36.4°.

Examen cardiovasculaire: bruits du coeur réguliers. Absence de souffle audible. Pouls périphériques bien perçus. Absence de signe d'insuffisance cardiaque droite.

Examen pulmonaire: eupnéique. Auscultation: murmure vésiculaire bilatéral et symétrique.

Examen digestif: abdomen souple, dépressible et indolore. Bruits hydroaériques bien perçus. Absence de globe. Absence de masse palpable. Orifices herniaires libres.

Examen neurologique: Glasgow 15. Pas de syndrome confusionnel. Absence de déficit sensitivomoteur. Réflexes présents et symétriques. Absence de signes de localisation. Pas de syndrome de la queue de cheval.

Pas de signes de gravités clinique : pas d'hyperalgie avec marche possible, pas de syndrome de la queue de cheval / pas de troubles sphinctériens, pas de déficit sensitivo moteur.

Examen cutané: absence d'escarre, pas de douleur à la palpation du rachis.

Examen des aires ganglionnaires : Absence d'adénopathie palpable.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES REALISES A L'ENTREE

HEMATOLOGIE - CYTOLOGIE

Leucocytes	x10 ⁹ /L	9.09	4.00-10.00
Hématies	x10 ¹² /L	4.31	4.00-6.20
Hémoglobine	g/dL	11.6	- 12.0-18.0
Hématocrite	%	35.2	- 40.0-55.0
VGM	fL	82	80-100
TCMH	pg	26.9	- 27.0-33.0
CCMH	g/dL	33.0	32.0-36.0
Plaquettes	x10 ⁹ /L	361	150-400
VMP	fL	10.0	7.0-11.0
IDP	%	10.6	

HEMATOLOGIE - HEMOSTASE

TP

Temps de Quick pa... ²	s	13.9	
Temps de Quick té... ³	s	12.9	
Taux de prothrombine	%	88	>70

TCA

Patient	s	33.6	
Témoin	s	34.5	
Ratio Patient/Témoin		0.97	0.80-1.20

BIOCHIMIE

Examens sanguins

Glucose	mmol/L	5.1	3.9-7.1
Sodium	mmol/L	138	136-144
Potassium	mmol/L	4.5	3.5-4.5
Chlorure	mmol/L	100	95-105
Bicarbonate	mmol/L	25	23-31
Trou anionique	mmol/L	17.5	+ 7.0-17.0
Protéines	g/L	70	60-84
Urée	mmol/L	6.9	3.0-7.0
Créatinine	μmol/L	63	40-120
Calcium	mmol/L	2.33	2.20-2.55

CRP	mg/L	46.0	+ <5.0
-----	------	------	--------

EXAMENS COMPLEMENTAIRES REALISES PENDANT LE SEJOUR

Biologie

	22/01/24 21/01/24 18/01/24 16/01/24 14/01/24 Valeurs de
Analyse	Unité 07:30 06:00 08:00 08:00 06:00 réf.
	Complet Complet Complet Complet Complet

HEMATOLOGIE - CYTOLOGIE

Numération

Leucocytes	x10*9/L	7.70	7.57	7.45	6.81		4.00-10.00
Hématies	x10*12/L	3.91	- 4.16	4.42	4.37		4.00-6.20
Hémoglobine	g/dL	10.5	- 11.1	- 11.7	- 11.6	-	12.0-18.0
Hématocrite	%	32.0	- 34.5	- 35.9	- 35.5	-	40.0-55.0
VGM	fL	82	83	81	81		80-100
TCMH	pg	26.9	- 26.7	- 26.5	- 26.5	-	27.0-33.0
CCMH	g/dL	32.8	32.2	32.6	32.7		32.0-36.0
IDR	%	14.0	14.0		13.0		11.0-15.0
Plaquettes	x10*9/L	326	364	372	Pré... ^o		150-400
VMP	fL	10.3	10.4	10.4	11.1	+	7.0-11.0
IDP	%	11.3	11.6	11.7	14.1		

Formule Sanguine

Polynucléaires ne...	%	57.3		68.2	63.5		
Polynucléaires ne...	x10 ⁹ /L	4.41		5.08	4.32		1.50-7.00
Polynucléaires éo...	%	1.2		0.5	0.6		
Polynucléaires éo...	x10 ⁹ /L	0.09		0.04	0.04		0.03-0.70
Polynucléaires ba...	%	0.3		0.3	0.4		
Polynucléaires ba...	x10 ⁹ /L	0.02		0.02	0.03		<0.10
Lymphocytes	%	30.0		20.5	26.7		
Lymphocytes	x10 ⁹ /L	2.31		1.53	1.82		1.50-4.00
Monocytes	%	11.2		10.5	8.8		
Monocytes	x10 ⁹ /L	0.86		0.78	0.60		0.10-1.00
Granuleux immatures	%	0.0		0.0	0.0		
Erythroblastes	%	0.0	0.0	0.1			

BIOCHIMIE

Sodium	mmol/L	139	142	136	139	136-144
Potassium	mmol/L	4.2	3.8	3.7	4.2	3.5-4.5
Chlorure	mmol/L	103	103	101	101	95-105

Bicarbonate	mmol/L	29	27	24	24		23-31
Trou anionique	mmol/L	11.2	15.8	14.7	18.2	+	7.0-17.0
Protéines	g/L	65	74	73	72		60-84
Protéines sériques	g/L						60-58-78
Urée	mmol/L	7.8	7.1	6.7	5.6		3.0-7.0
Créatinine	μmol/L	68	68	59	58		40-120
Calcium	mmol/L				2.36		2.20-2.55
Albumine plasmatique	g/L						28.6 - 35-52

CRP	mg/L	30.4	+	57.6	+	43.6	+	46.0	+	<5.0
-----	------	------	---	------	---	------	---	------	---	------

ASAT	U/L				16		<35
ALAT	U/L				31		<43
Gamma GT	U/L				37		<45
Phosphatases alc... ¹⁶	U/L				96		<115
Bilirubine totale	μmol/L				12		<17
Bilirubine conjuguée	μmol/L				<2		<6
LDH	U/L				254	-	260-530
Créatine kinase	U/L				32		<195

¹⁶ Phosphatases alcalines

Bilan martial

Fer	μmol/L					4.8	-	12.0-30.0
Transferrine	g/L					1.25	-	2.00-3.50
Coefficient de s... ¹⁷	%					15	-	20-40
Récept. soluble ... ¹⁸	mg/L					3.81		2.2-5

Electrophorèse protéines sériques

Albumine	%					50.00	-	55.80-66.10
Albumine	g/L					30.00		
Alpha 1 globulines	%					6.10	+	2.90-4.90
Alpha 1 globulines	g/L					3.70		
Alpha 2 globulines	%					14.70	+	7.10-11.80
Alpha 2 globulines	g/L					8.80		
Bêta globulines	%					11.00		5.00-13.00
Bêta globulines	g/L					6.60		
Gamma globulines	%					18.20		11.10-18.80
Gamma globulines	g/L					10.90		
Commentaire						Hy... ¹⁹		

Conclusion : Hypoalbuminémie modérée

Analyse	Unité	06:00	00:00	01:45			réf.
	Complet	Complet	Complet				

HEMATOLOGIE - CYTOLOGIE

Numération

Leucocytes	x10 ⁹ /L	6.60		9.09			4.00-10.00
Hématies	x10 ¹² /L	4.11		4.31			4.00-6.20
Hémoglobine	g/dL	10.9	-	11.6	-		12.0-18.0
Hématocrite	%	33.8	-	35.2	-		40.0-55.0
VGM	fL	82		82			80-100
TCMH	pg	26.5	-	26.9	-		27.0-33.0
CCMH	g/dL	32.2		33.0			32.0-36.0
IDR	%	13.0					11.0-15.0
Plaquettes	x10 ⁹ /L	348		361			150-400
VMP	fL	10.3		10.0			7.0-11.0
IDP	%	11.5		10.6			

HEMATOLOGIE - HEMOSTASE

TP

Temps de Quick pa... ⁶	s	14.1		13.9			
Temps de Quick té... ⁷	s	12.9		12.9			
Taux de prothrombine	%	87		88			>70

TCA

Patient	s	34.0		33.6			
Témoin	s	34.5		34.5			
Ratio Patient/Témoin		0.99		0.97			0.80-1.20

BIOCHIMIE

Glucose	mmol/L			5.1			3.9-7.1
Sodium	mmol/L	136		138			136-144
Potassium	mmol/L	3.9		4.5			3.5-4.5
Chlorure	mmol/L	101		100			95-105
Bicarbonate	mmol/L	26		25			23-31
Trou anionique	mmol/L	12.9		17.5	+		7.0-17.0
Protéines	g/L	64		70			60-84
Urée	mmol/L	9.0	+	6.9			3.0-7.0
Créatinine	μmol/L	65		63			40-120
Calcium	mmol/L	2.26		2.33			2.20-2.55
CRP	mg/L	41.9	+	46.0	+		<5.0

Lipase	U/L	<5							<67
ASAT	U/L	21							<35
ALAT	U/L	28							<43
Gamma GT	U/L	41							<45
Phosphatases alca... ⁸	U/L	83							<115
Bilirubine totale	μmol/L	7							<17
Bilirubine conjuguée	μmol/L	<2							<6
LDH	U/L	245	-						260-530
Créatine kinase	U/L	28							<195

Ferritine	μg/L		404	+					22-320
Folates/B12 - Sang									
Folates	μg/L		6.0						>5.0
Folates	nmol/L		13.62						>11
Vitamine B12	pmol/L		188						156-672
Vitamines D									
25 hydroxycholéca... ⁹	nmol/L		64.7	-					75.0-250.0
TSH	mU/L		0.66						0.4-4

Imagerie

TDM rachis-TAP le 20/01/2024 :

Pincement du disque L3-L4, avec irrégularités des plateaux avec ostéolyse en miroir et ostéosclérose, majorés par rapport au dernier examen.

Discrète majoration du bombement antérieur du disque et de la collection autour du disque L3-L4 venant latéralement au contact des psoas avec une infiltration des tissus pré-vertébraux descendant presque jusqu'au disque L4-L5 .

Diminution en taille de l'abcès épidual postérieur. Persistance d'une sténose canalaire en regard.

Majoration de l'ossification péri-discale. Pas de listhésis.

Pas de fuite de produit de contraste au temps artériel.

Stabilité l'examen par ailleurs.

Sur les quelques coupes thoraciques basses réalisées: pas de lésion d'allure évolutive.

Conclusion :

Majoration des remaniements ostéolytiques en miroir autour du disque L3-L4.

Discrète majoration du bombement antérieur du disque L3-L4 de la collection péri-discale.

Régression partielle de la épidualite postérieure.

Absence de collection organisée rétropéritonéale ou intramusculaire.

TEP FDG le 21/01/2024 :

Comparativement à la TEP FDG du 14/08/2023, majoration en intensité et en étendue du foyer intensément hypermétabolique en miroir L3-L4 avec apparition d'une importante érosion osseuse

corticale et majoration de son extension en antérieure et en postérieure avec probable épidurite, et majoration morpho-métabolique également d'un foyer ganglionnaire latéro-aortique.

Majoration en intensité du foyer ganglionnaire latéro-aortique gauche en loge IIb, d'origine équivoque, à confronter au reste du bilan.

Apparition de discrètes images micronodulaires pulmonaire lobaires supérieures droites sous pleurales faiblement hypermétaboliques.

IRM du rachis lombaire le 24/01/24 :

Résultats :

Comparativement à l'IRM du 19 août 2020.

Diminution en taille de la collection épidurale postérieure en regard de la spondylodiscite L3-L4, mesurée à 33 x 10 mm contre 48 x 17 mm.

Régression partielle de la collection paravertébrale du psoas droit, remplacée par une infiltration diffuse paravertébrale antérieure et des psoas, prenant le contraste, sans collection vraie.

En revanche, majoration des érosions des plateaux vertébraux, avec majoration de la destruction des plateaux vertébraux L3-L4, majoration en taille de la collection discale, prenant le contraste en périphérie.

Majoration également de l'infiltration des parties molles postérieures prenant le contraste, et des articulaires postérieures L3-L4 et en inter-épineux L3-L4.

Oedème en miroir, modéré en T2, franc en T1, sans regraissage.

Diminution de la sténose canalaire en L3-L4.

Pas de nouvelle anomalie suspecte aux autres aux étages.

Conclusion :

Majoration de l'infiltration des parties molles péri-vertébrales antérieure, postérieure, péri-articulaires postérieures et inter-épineuse en L3-L4.

Cependant, régression de la collection circonscrite du psoas droit et diminution en taille de la collection épidurale postérieure.

La majoration des érosions discales n'étant quant à elle pas spécifique pour juger de l'évolution de la spondylodiscite (retard radioclinique).

EVOLUTION

Hospitalisé pour Lombalgie hyperalgique à J1 d'une sortie de SSR pour spondylodiscite L3 L4 (traitée par CEFTAZIDIME 2 semaines (arrêt 05/09/23) et CIPROFLOXACINE 6 semaines (arrêt le 02/10/2023)) compliqué d'hématome de la paroi postérieur de l'aorte abdominale post ponction biopsie disco vertébrale.

1. Sur le plan des douleurs lombaires :

Hyperalgie L3-4 aux urgences ayant nécessité une titration morphinique.

Relais per os de morphine oxycodone LP 10 mg (1 cp matin et soir) et oxycodone 5 mg en interdosés toutes les 4 heures si douleur durant l'hospitalisation ayant permis un soulagement relatif des douleurs.

Durant l'hospitalisation :

- surveillance clinique des signes de gravités: pas de syndrome de la queue de cheval, pas d'hyperalgie résistante, pas de déficit sensitivo moteur, examen neurologique non perturbé.
- absence de fièvre
- persistance d'un SIB avec CRP comprise entre 30 et 50 mg /L en plateau depuis la sortie de SSR(un épisode à 60 mg/l le 21/01/24).
- TDM TAP et rachis injecté le 20/01 retrouvant une majoration des remaniements ostéolytiques en miroir autour du disque L3-L4 avec une discrète majoration du bombement antérieur du disque L3-L4 de la collection péri-discale. Régression partielle de l'épidurite postérieure. Absence de collection organisée rétropéritonéale ou intramusculaire.
- TEP TDM le 21/01 :
Majoration en intensité et en étendue du foyer avec hypermétabolisme en miroir L3-L4 avec apparition d'une importante érosion osseuse corticale.
Majoration de son extension en antérieure et en postérieure avec probable épidurite.
Majoration morpho-métabolique également d'un foyer ganglionnaire latéro-aortique.
Majoration en intensité du foyer ganglionnaire latéro-aortique gauche en loge IIb, d'origine équivoque.
Apparition de discrètes images micronodulaires pulmonaire lobaires supérieures droits sous pleurales faiblement hypermétaboliques.

- Avis d'un Médecin nucléaire à YY: probable infection active posant l'indication d'une documentation avant un traitement antibiotique.
- Avis Dr M (radiologue) : faire une IRM du rachis lombaire pour cibler les lésions et déterminer si cette infection est d'allure séquellaire ou récidivante / abcédation? ponction à discuter dans un second temps.
- > une discussion collégiale par RCP avec avis d'expert (radiologue infectiologue) est à prévoir concernant l'indication de cette ponction biopsie disco vertébrale.

Sur le plan bactériologique :

Hémoculture du 16/01/24 négative à deux reprises
Recherche de BMR négative.

A noter :

Lombalgies persistantes sur un fond permanent exacerbé lors des mouvements.
Une ceinture de contention lombaire est actuellement portée par Monsieur mais une attitude d'immobilisation par corset serait intéressante pour la prise en charge antalgique.

2. Sur le plan général et social :

Le patient à bénéficier d'une prise en charge par kinésithérapie motrice avec plusieurs marches d'une soixantaine de mètres réalisées avec aide humaine partielle légère.
Présence d'une anorexie avec diminution des apports alimentaires et amaigrissement.
EPP : hypoalbuminémie modérée
Pas de carence en vitamine B9 ou B12.
HTA non équilibrée, avis cardio demandé, majoration du tt anti-HTA
Passage diététicienne : complément nutritifs oraux.

Retour à domicile le 22/01/24.

CONCLUSION

TRAITEMENT DE SORTIE

Voie orale :

Irbsartan 150 mg : 1/j

Aldactazine : 1/j

Seroplex 10 mg 1/j

Kardegic 75 mg 1/j

Monoprost 1gtte le soir

Dualkopt 1 gtte le matin

Meteospasmyl 3/j si douleur

oxycodone LP 10 mg (1 cp matin et soir)

oxycodone 5 mg en interdosés toutes les 4 heures

Docteur VD
Médecine Générale
0192029999...
Tél : 01
Sur RDV du mardi au jeudi

Le 30/03/2024

M. Denis P., 73 ans

Irbesartan 150 mg : 1/j
Aldactazine : 1/j
Seroplex 10 mg : 1/j
Kardegic 75 mg : 1/j
Monoprost 1gtte le soir
Dualkopt 1 gtte le matin
Meteospasmyl 3/j si douleur
Bromazepam 6 mg : $\frac{1}{4}$ $\frac{1}{4}$ $\frac{1}{2}$

QSP 6 mois

Docteur PL.

Historique délivrance M. Denis P.

Date	Patient	Médicament	Unité
27/07/2024	Denis P.	Seroplex 10 mg	1
		Kardegic 75 mg	1
		Monoprost	1
		Dualkopt	1
28/06/2024	Denis P.	Irbesartan 150	1 bte 90
		Seroplex 10 mg	1
		Kardegic 75 mg	1
		Monoprost	1
		Dualkopt	1
		Meteospasmyl	1
30/05/2024	Denis P.	Aldactazine	1 bte 30
		Seroplex 10 mg	1
		Kardegic 75 mg	1
		Monoprost	1
		Dualkopt	1
		Meteospasmyl	1
01/05/2024	Denis P.	Seroplex 10 mg	1
		Kardegic 75 mg	1
		Monoprost	1
		Dualkopt	1
		Meteospasmyl	1
01/04/2024	Denis P.	Irbsartan 150 mg	1 bte 90
		Seroplex 10 mg	1
		Kardegic 75 mg	1
		Monoprost	1
		Dualkopt	3
		Meteospasmyl	1
		Bromazépam	1
30/03/2024	Denis P.	Seroplex 10 mg	1
		Kardegic 75 mg	1
		Monoprost	1
		Dualkopt	1
		Meteospasmyl	1
26/02/2024	Denis P.	Seroplex 10 mg	1
		Kardegic 75 mg	1
		Monoprost	1
		Dualkopt	1
		Meteospasmyl	3
24/01/2024	Denis P.	Irbsartan 150 mg	1 bte 90
		Aldactazine	1 bte 90
		Seroplex 10 mg	1
		Kardegic 75 mg	1
		Monoprost	1
		Dualkopt	1
24/01/2024	Denis P.	Meteospasmyl	3
		oxycodone LP 10 mg	28 unités
		oxycodone 5 mg	84 unités

