Veuillez trouver ci-joint le compte-rendu d’hospitalisation de votre patient **Monsieur** 1978 qui a séjourné dans l’unité chirurgicale du 30/06 au 02/07

**MODE D’ENTREE :** via les urgences

**MOTIFS D’HOSPITALISATION :**

Syndrome occlusif

**ANTECEDENTS :**

**Médicaux :**

Psychose (hospitalisation en psychiatrie à l’entrée).

**Chirurgicaux :**

Aucun.

***Allergie :*** non connue

**MODE DE VIE :**

Patient actuellement hospitalisé en psychiatrie.

**HISTOIRE DE LA MALADIE :**

Il s’agit d’un patient âgé de 39 ans, admis au service de l’Accueil des Urgences, pour suspicion de syndrome occlusif.

Le patient n’a pas présenté de selles depuis 4 jours avec échec des laxatifs per os et des lavements.

**EXAMEN CLINIQUE ET STATUT FONCTIONNEL :**

Le bilan biologique aux urgences est sans particularité.

Un scanner abdomino pelvien injecté est réalisé dans ce cadre et confirme une dilatation importante de l’ensemble du cadre colique sans zone de jonction d’allure fonctionnelle en rapport avec un syndrome d’Ogilvie.

**EVOLUTION DANS LE SERVICE :**

***Sur le plan digestif :***

Réalisation de plusieurs lavements (3) qui permettent une reprise du transit progressive, durant le séjour.

Une sonde rectale est mise en place dès J0 de l’hospitalisation, pour réaliser ces lavements, elle sera retirée le 01/07, dès le retour du transit.

Une sonde naso gastrique est mise en place le 30/06, retirée également le 01/07

Reprise correcte du transit permettant le retour à l’Hôpital Ste Marie en date du 02/07

Absence d’anomalie fonctionnelle sur le reste de l’examen clinique, apyrexie tout au long de l’hospitalisation.

Absence de syndrome inflammatoire à la sortie.

**ACTES TECHNIQUES, EXAMENS COMPLEMENTAIRES ET BIOLOGIQUES :**

***TDM abdo pelvien injecté du 30/06 :***

On visualise une dilatation de l’ensemble du cadre colique jusqu’au niveau du caecum avec une stase stercorale colique droite transverse et gauche sans réel jonction visible.

A noter un petit sédiment spontanément hyperdense au niveau du rectum.

Pas d’anomalie de rehaussement de l’ensemble des viscères intra-abdominaux.

Pas de dilatation pyélo-calicielle.

Pas d’épanchement au sein du cul de sac de Douglas.

Appendice fin.

Pas de signe de souffrance digestive évidente.

Pas d’anomalie en fenêtre osseuse évidente par ailleurs.

**CONCLUSION :**

Importante stase stercorale et dilatation de l’ensemble du colon compatible dans un contexte de prise de neuroleptiques avec un syndrome d’Ogilvie.

**SYNTHESE MEDICALE DU SEJOUR :**

Patient admis pour une prise en charge médicale d’un syndrome d’Ogilvie, traité de manière efficace par laxatifs et lavements rectaux.

Retour en psychiatrie autorisé à J2 de l’hospitalisation.