

Bilan d'entrée

Madame YY

Né le 08 février 1960

Entré le Jeudi 28 février 2014

Adressé par :

Centre Hospitalier de PP – Service de REANIMATION –

Médecin traitant : XXXXX

MOTIF D'HOSPITALISATION :

Prise en charge d'un patient suite à un AVC hémorragique avec hydrocéphalie par rupture de malformation vasculaire cérébelleuse pris en charge au CHU de XXX

Antécédents :

Médicaux :

Non précisés

Chirurgicaux :

Ovariectomie bilatérale

Abdominoplastie

Prothèse mammaires bilatérales

Appendicectomie

Mode de vie :

A récupérer avec la famille

Histoire de la maladie :

CH PP – Réanimation polyvalente puis Unité soins continus (du 06/02/14 au 20/02/14)

Le 25/11/13

Céphalée brutale frontale en coup de poignard avec cervicalgie et vomissement , sans effort déclenchant.

Consultation aux urgences du CH Perpignan vers 13h00 : examen clinique sans particularité, le TDM cérébral retrouve une hémorragie méningée au niveau des citernes de la base de l'hématome cérébelleux prédominant à droite avec une hydrocéphalie débutante.

Angio TDM : probable malformation artério veineuse sur PICA => Transfert aux urgences tête et cou du CHU XXX

Au CHU XXX :

Pose d'une dérivation ventriculaire externe. Glasgow à 9. Aggravation de l'hématome vermien. Reprise au bloc pour évacuation de l'hématome. Evacuation de l'hématome qui est une fistule durale composante artérielle et veineuse.

Transfert en Réanimation-

- Dysfonctionnement de la DVE et écoulement de la LCR hémorragique.
- TDM cérébral de contrôle (30/11/13 ; 10/01/14 et 17/01/14) et IRM Cérébrale (05/12/13)
- Arrêt des sédations (13/12/13)
- Réactivité d'éveil (stimulation mais pas des 4 membres)
- Patient éveillable au bruit plus mimique faciale, mais pas aux 4 membres (26/12/13)
- Mise en place d'une DVP (03/01/14)
- Patient éveillable aux 2 membres inférieurs, n'obéit pas aux ordres simples, ... (08/01/14)
- Trachéotomie (09/01/14)

Retour en Réanimation au CH PP (21/01/14)

- Ventilation spontanée en tube T.
- Patiente pauci-relationnelle.
- Scanner de contrôle (31/01/14)
- Sevrage de la ventilation mécanique.
- Gastrostomie mise en place par l'équipe de radiologie (27/01/14). Alimentation bien tolérée.

Transfert en SSR CH DD le 28 février 2014

Traitement médicamenteux à l'entrée :

Alimentation par la gastrostomie : nutrison energy 1L, Fresubin 500ml, eau 500ml

L Thyroxine 75µg per os

Seropram 20mg per os

Inexium 20mg

Lovenox 0,4ml en SC

Aérosol de sérum physiologique 3 x par jour

Oxygène 2L/ minutes

EXAMEN CLINIQUE A L'ENTREE :

Poids : 57.2Kg

Taille : 168cm

IMC= 22.1Kg

Patiente en bon état générale.

Pas de notion de variation de poids au court de l'hospitalisation

Bilan cutané :

Pas de trace d'escarre.

Bilan de la douleur :

Compte tenu de l'état de la patiente, cette évaluation est compliquée.

Même en échelle de mimique celles-ci sont variables. Les mobilisations de semble pas déclencher de phénomènes douloureux.

Bilan neurologique :

La patiente est en état pauci relationnel avec Y=4 M=3 V=2 ce qui donne un Glasgow à entre 7 et 8 au bénéfice de la patiente.

Il n'existe pas de déficit moteur systématisé mais bien plutôt une motricité frustrée quand un tableau de Tétraparésie par commande centrale ainsi que cérébelleux.

Cette tétraplégie est spastique.

Bilan cardiovasculaire :

Les bruits du cœur sont réguliers et bien perçus.

Pas de bruit surajouté dans l'air précordial.

Pas de signe clinique de phlébite. Il n'existe pas de signe clinique d'insuffisance cardiaque droite ni gauche.

Bilan pleuropulmonaire :

La patiente est eupnéique.

Elle respire en air ambiant par le biais d'une canule de trachéotomie.

L'auscultation est sans particularité.

Bilan digestif :

L'abdomen est souple et indolore.

Les bruits hydro-aériques sont normaux.

La patiente est nourrie par sonde de gastrostomie.

On ne note pas d'hypertrophie d'organe ni de masse lors de la palpation.

Bilan vésico-sphinctérien :

La patiente est en sonde à demeure.

Les urines sont propres, les fausses lombaires sont libres et non douloureuses à la palpation.

Bilan psychologique :

La patiente est non évaluable.

CONCLUSION DE L'EXAMEN CLINIQUE INITIAL :

Il s'agit de la prise en charge à 3 mois de distance d'une femme de 54 ans présentant des séquelles d'un accident vasculaire cérébral hémorragique par rupture d'une malformation ayant intéressée la fosse postérieure ainsi que les hémisphères cérébelleux.

Les séquelles consistent essentiellement en un état pauci relationnel associé à une Tétraparésie spastique.

La patiente est dépendante d'une canule de trachéotomie ainsi que d'une sonde de gastrostomie.

Durée moyenne de séjour prévue :

La prise en charge de la patiente sera longue.

Objectifs du séjour :

- Evaluation de la patiente et à faire le point dans 1 mois, 1 mois ½ quand nous serons à 4 mois de l'AVC.

PROGRAMME DE REEDUCATION FONCTIONNELLE :

A l'étage :

- Soins au patient trachéotomisé et gastrostomisé

- Relation de soutien

- Prévention des complications de décubitus

En kinésithérapie :

- Mobilisation passive

En ergothérapie :

- Installation au fauteuil et au lit

En orthophonie :

- Première évaluation en vue d'établir une communication

- Pas d'autres objectifs prévisibles au-delà de ce bilan.

En psychologie :

- Pas d'indication.

Service social :

- Vérification de l'environnement de la patiente sachant qu'elle est mère de deux enfants jeunes adultes et qu'elle présente un compagnon avec lequel elle ne vit pas. Elle était en activité professionnelle.

Visite pluridisciplinaire du 04/03/2014 – Dr T

Absolument aucun progrès depuis son arrivée.

La patiente continue à avoir une expectoration extrêmement abondante. On persiste néanmoins sur la mise en place de la chemise interne fenêtrée avec un bouchon pour essayer d'obtenir une amélioration.

La patiente n'a pas encore été mise au fauteuil. Ceci interviendra en ce début de semaine. Fauteuil confort bien entendu.

Visite du Dr. O du 14.03.14 – Neurologue :

Patiente de 54 ans, prise en charge au décours d'un séjour en réanimation à Montpellier puis Perpignan pour tableau de céphalées en coup de tonnerre révélant une hémorragie méningée en fosse postérieure avec hématome cérébelleux droit.

Le tableau est survenu sur une rupture de malformation artério-veineuse (il s'agissait d'une fistule durale avec composante artérielle et veineuse).

Survenu du tableau initialement à Pexxx avec une patiente transférée sur Pexxx au DAR C.

Multiplés complications avec nécessité de reprendre à plusieurs reprises la dérivation ventriculaire externe puis de ré intervenir sur l'hématome en raison de re saignement avec des épisodes d'engagements diencéphaliques, puis des épisodes de vasospasmes sylviens et vertébro-basilaire avec lésion ischémique constituée à l'IRM.

Sur le plan fonctionnel, patiente réveillable à la stimulation après arrêt des sédations mais sans aucune motricité volontaire (motricité non orientée à la douleur).

Il est décrit par l'équipe de Montpellier des mimiques faciales riches qui ne sont pas constatées ici

Pas de réponse aux ordres simples, pas d'oculomotricité volontaire.

L'examen clinique montre, une tétraplégie pastique, un Babinski droit, un grasping à droite.

Etat clinique concordant avec un état PAUCI relationnel séquellaire de cette hémorragie méningée et des complications résultantes.

Visite pluridisciplinaire du 24/03/2014 – Dr T

Nous sommes malheureusement devant une absence totale d'évolution neurologique qui avec la persistance d'un GCS à 9.

La patiente a été examinée par notre consœur neurologue qui confirme l'état pauci relationnel de la patiente ainsi que le pronostic sombre auquel nous sommes confrontés.

Ces données ont été expliquées au compagnon de Mme VIDAL. Celui-ci se charge de la transmission des informations aux deux fils de la patiente.

Visite pluridisciplinaire du 03/04/2014 – Dr E

Elle a eu ce matin 2 sachets de FORTTRANS toujours en cours pour évacuation des selles.

09.04.2014 – Visite pluridisciplinaire Dr E

Ferait le matin de petites crises comitiales, n'a pas de traitement. A note de petits mouvements anormaux de type dystonique de la main droite et du pied droit avec un babinski spontané du pied gauche ainsi que du pied droit. Arrêt de l'oxygène ce jour. Discuter avec les neurologues la réalisation d'un EEG.

Visite pluridisciplinaire du 22/04/2014 – Dr T

Introduction ce jour, suite à la semaine de LDOPA. Le seul point notable sur le plan clinique la constatation ce jour d'une morsure de langue toute à fait nette. La patiente va être mise sous KEPRA.

A noter cependant que l'ECG réalisé ne montrait pas d'activité épileptique, nous sommes donc pas fondé à attendre à priori une amélioration de l'état clinique de la patiente, nous sommes juste devant une épilepsie secondaire classique chez les cérébrlésés.

Visite pluridisciplinaire du 29/04/2014 – Dr T

Le KEPRA en solution a été introduit la semaine dernière suite à la constatation d'une morsure de langue. On note néanmoins toujours les mêmes mouvements stéréotypés.

Dans le même ordre d'idée, devant ces mouvements avait été introduite de la DOPAMINE à dose d'emblée curative sans que nous ayons constaté une amélioration de cette symptomatologie motrice inadaptée.

Le compagnon a été mis au courant de l'existence d'une place dans le service G. Je dois le revoir prochainement pour savoir s'il a évoqué ce point aussi avec les enfants.

Visite pluridisciplinaire du 06/05/2014 – Dr T

RAS sur le plan somatique.

J'ai reçu les enfants hier qui adhèrent totalement au projet de mutation dans le service G.

Merci de programmer un RDV avec Dr E,

Visite pluridisciplinaire du 20/05/2014 – Dr T

Vu avec les fils et le service social la procédure de tutelle et lancée.

Une réunion a lieu jeudi 22 mai pour son passage dans le service G.

Constat du passage sur un état végétatif chronique.

Visite pluridisciplinaire du 27/05/2014 – Dr SAMANIEGO

Sur le plan médical, légère augmentation des sécrétions bronchiques, soulagées par l'aspiration.

Pas d'hyperthermie, pas d'aspect purulent des sécrétions.

Saturation entre 92 et 95 en air ambiant.

Sur le plan cutané, absence de mycose au niveau des plis.

On constate un retard de selles connue chez cette patiente 1 fois/semaine. Traitement laxatif en cours. A réévaluer selon besoins.

Elle sera mutée dans le service EVC le 30/05/2014

Codage des diagnostics et dépendances

les mouvements (mode entrée et mvt au cours du séjour)

Nb de RHS