**COMPTE RENDU A TRADUIRE EN MOTS « SIMPLES » (non médicaux)**

Je vous adresse ce courrier concernant notre patient, Monsieur X, admis récemment en service de pneumologie pour une dyspnée associée à des signes cliniques et biologiques évocateurs d’une pneumopathie aiguë. Ses antécédents incluent une SAOS non appareillée, une HTA bien contrôlée sous lercanidipine, ainsi qu'une hypothyroïdie stabilisée par levothyroxine. En 2020, il a présenté une phlébite compliquée d’une EP traitée efficacement.

Lors de l’admission, la FC était régulière, sans signes d’IC ni marbrures cutanées. Le patient ne présentait pas de douleur thoracique, mais l’auscultation révélait un murmure vésiculaire aboli en base pulmonaire gauche, associé à une crépitation inspiratoire.

 Biologiquement, nous avons observé une hyperleucocytose avec neutrophilie associée à une CRP élevée, ce qui confirmait le syndrome inflammatoire biologique. Une PCT légèrement augmentée mais non alarmante a également été relevée.

Le TDM thoracique a mis en évidence une pleurésie basale gauche avec pneumopathie. Une prise en charge par antibiothérapie à base de lévofloxacine a été initiée en raison d’une allergie documentée à la pénicilline. Le patient a par ailleurs bénéficié d'une oxygénothérapie par lunettes à 2L/min, ce qui a rapidement amélioré sa saturation en O₂.

Au cours de l’hospitalisation, une échographie thoracique et une fibroscopie bronchique avec LBA ont été réalisées. Ces examens n’ont révélé aucune lésion endobronchique suspecte, et les cultures sont revenues négatives, excluant une pathologie infectieuse persistante ou une hémorragie alvéolaire.

À ce jour, l’état de santé de Monsieur X est stable et l’évolution clinique favorable. L’antibiothérapie a été maintenue pendant 7 jours avec un bon contrôle des symptômes, permettant un retour à domicile dans de bonnes conditions.

Je reste à votre disposition pour toute information complémentaire concernant ce patient.