**Madame** 1953 a été hospitalisée dans l’Unité de Court Séjour d’Urgence du 03/04 au 06/04

**MOTIFS D’HOSPITALISATION :**

Déficit neurologique d’apparition brutale persistant.

**ATCD :**

Aucun.

Allergie non connue.

**MODE DE VIE :**

Patiente autonome vivant seule à domicile.

**HISTOIRE DE LA MALADIE :**

Le 03/04 vers 19h, apparition d’une hémiparésie droite avec troubles de l’élocution, motivant une consultation aux urgences.

A son arrivée, un scanner cérébral injecté est réalisé en urgence, retrouvant une lésion unique rontale gauche très suspecte, sans indication neurochirurgicale urgente.

Dans ce contexte, la patiente est hospitalisée à l’UCSU dans l’attente d’une place en neurochirurgie.

**EXAMEN CLINIQUE ET STATUT FONCTIONNEL :**

Tension artérielle : 134/84 mm Hg.

Fréquence cardiaque : 86 bpm.

Saturation : 99% en air ambiant.

Temperature: 37,2°C.

Glasgow : 15.

EVA : 0.

Dextro normale.

Examen neurologique:

* Hémiparésie brachio-faciale droite.
* Aphasie mortice.
* Pupilles normosymétriques, réactives, bilatérales.
* Pas d’anisocorie, de syndrome méningé, cérébelleux ou vestibulaire.

Examen cardiopulmonaire :

* Eupnée en air ambiant.
* Bruits du cœur réguliers, pas de souffle audible cardiaque.
* Murmure vésiculaire bilatéral et symétrique, sans bruit surajouté.

Examen abdominal : abdomen souple, dépressible, indolore.

**EVOLUTION DANS LE SERVICE :**

Patiente stable hémodynamiquement, respiratoire et neurologique.

Persistance du déficit avec hémiparésie brachio-faciale droite et aphasie de Broca.

Pas de crise convulsive ni de céphalée pendant son hospitalisation, ni de vomissement.

Poursuite du traitement introduit aux urgences avec corticoïde à 80 mg 3 fois par jour en iv et KEPPRA 500 mg 2 fois par jour en iv.

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

Biologie normale.

ECG : rythme sinusal régulier à 73 bpm sans trouble de la repolarisation ni de la conduction.

Scanner cérébral injecté : syndrome de masse à 35 mm frontal gauche, partiellement hyperdense spontanément, avec une prise de contraste périphérique et un important œdème digitiforme pouvant faire évoquer soit une lésion secondaire soit une lésion primitive de type lymphome soit un abcès, à explorer par IRM cérébrale.

IRM cérébrale : lésion tumorale frontale gauche avec effet de masse sur le ventricule latéral gauche et début d’engagement sous-factoriel dont l’aspect évoque en premier lieu une lésion gliale de type glioblastome.

Scanner TAP injecté : pas de lésion primitive suspecte.

**SYNTHESE MEDICALE DU SEJOUR :**

Découverte d’une lésion cérébrale de type glioblastome unique fronto-pariétale gauche avec effet de masse et début d’engagement sous-factoriel .

Patiente porteuse de BMR ou BHRe : NON.

Patiente transfusée au cours du séjour : NON.

Evènement indésirable : NON.

**TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Médicaments habituels avant l’admission (traitement personnel du patient) | Médicaments prescrits à la sortie | Commentaires |
| Aucun | NaCl  LEVETIRACETAM  METHYLPREDNISOLONE  NICARDIPINE  PANTOPRAZOLE |  |

**SUITES A DONNER :**

Transfert en neurochirurgie pour poursuite de la prise en charge ; fils et patiente informés de la gravité du tableau.