**CAS CLINIQUE 1**

**Cher Confrère,**

Veuillez trouver ci-dessous le compte-rendu d’hospitalisation de votre patiente, Madame X, âgée de 84 ans, du 15 au 16 février.

**MOTIF D'HOSPITALISATION :**

Madame X a été admise pour un **quatrième épisode de luxation** de sa prothèse totale de hanche gauche. Une réduction sous anesthésie générale a été réalisée. Nous avons constaté une **instabilité persistante de la hanche**, qui se reluxait à 90° de flexion et 10° de rotation interne.

**CONCLUSION :**

Madame X est actuellement immobilisée avec une attelle de Zimmer et a pu regagner son domicile. Un suivi en consultation est prévu afin de discuter la possibilité d’un **changement de prothèse**.

Je vous prie de recevoir, Cher Confrère, l’expression de mes salutations distinguées.

DP : T84.0 Complication mécanique d'une prothèse articulaire interne

DAS : Y83.1 Intervention chirurgicale avec implantation d'une prothèse interne à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'accident au cours de l'intervention

**CAS CLINIQUE 2**

**Cher Confrère,**

Veuillez trouver ci-dessous le compte-rendu d'hospitalisation de votre patient, Monsieur X, âgé de 61 ans, du 20 au 27 janvier.

**MOTIF D'HOSPITALISATION :**

Monsieur X a été hospitalisé pour la prise en charge d'un **sepsis précoce** sur prothèse de hanche gauche, implantée il y a 3 mois.

**INTERVENTION :**

Le patient a subi une **ablation de la prothèse**, suivie de la mise en place d’un **spacer**.

**ÉVOLUTION DANS LE SERVICE :**

Les prélèvements bactériologiques du liquide articulaire ont révélé une infection à **staphylocoque doré résistant à la méticilline (SARM)**. Après concertation avec l'équipe d'infectiologie, une antibiothérapie associant **BACTRIM** et **FLUCIDINE** a été instaurée.

**CONCLUSION :**

Le patient est sorti avec une ordonnance pour des **antalgiques et antibiotiques**, ainsi que des soins infirmiers à domicile jusqu’à la cicatrisation complète, prévue en centre de convalescence.

Un suivi à J30 est programmé pour un contrôle radioclinique de routine.

Je vous prie de recevoir, Cher Confrère, l'expression de mes salutations distinguées.

DP : M00.05 Arthrite et polyarthrite (septique) à staphylocoques Articulations de la hanche et sacro-iliaque

DAS : T84.5 Infection et réaction inflammatoire dues à une prothèse articulaire interne

U82.100 Staphylococcus aureus résistant à la Méthicilline [SARM], situation d'infection

Y83.1 Intervention chirurgicale avec implantation d'une prothèse interne à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'accident au cours de l'intervention

Y95 Facteurs nosocomiaux

**CAS CLINIQUE 3**

**Cher Confrère,**

Veuillez trouver ci-dessous le compte-rendu d’hospitalisation de votre patient, M. X, âgé de 28 ans, du 15 au 29 janvier.

**MOTIF D'HOSPITALISATION :**

M. X a été hospitalisé pour la prise en charge d’une **infection au niveau de la cicatrice opératoire**, survenue après une intervention d'ostéosynthèse pour fracture de la cheville gauche, réalisée 15 jours auparavant.

**TRAITEMENT :**

Le traitement a consisté en une **excision des lésions cutanées infectées**. Les prélèvements peropératoires ont mis en évidence la présence d’un **Entérobacter cloacae**. Une antibiothérapie combinant **AXEPIM** et **CIFLOX** a été instaurée pour une durée de 6 semaines.

**ÉVOLUTION DANS LE SERVICE :**

Les contrôles postopératoires à J2 puis à J4 ont montré des **pansements propres**, sans signe d’inflammation, avec une évolution satisfaisante de la cicatrisation.

**CONCLUSION :**

Le patient a été autorisé à sortir avec un traitement antibiotique par **fluoroquinolone per os**. Une **contention sans appui** devra être maintenue pour une durée de 3 semaines, avec une surveillance régulière du pansement, étant donné le risque de complications cutanées secondaires.

Je vous prie de recevoir, Cher Confrère, l’expression de mes salutations distinguées.

DP : L08.8 Autres infections localisées précisées de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané

DAS : T81.4 Infection après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classée ailleurs

B96.88 Autres agents bactériens précisés, cause de maladies classées dans d'autres chapitres

Y83.4 Autres interventions chirurgicales réparatrices à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'accident au cours de l'intervention

**CAS CLINIQUE 4**

**Cher Confrère,**

Votre patiente, Madame X, âgée de 35 ans, a été hospitalisée ce jour dans notre service de chirurgie ambulatoire pour le **retrait d'un DIU MIRENA**, ayant migré en **intra-péritonéal**.

L'ablation a été réalisée par **cœlioscopie**, et l’intervention s’est déroulée sans incident.

Madame X a pu regagner son domicile le jour même avec une prescription d’**antalgiques simples**, des soins locaux pour la cicatrice, ainsi que des **consignes de surveillance**. Un rendez-vous postopératoire a été fixé.

Je vous prie de recevoir, Cher Confrère, l'expression de mes salutations distinguées.

DP : T83.3 Complication mécanique d’un dispositif intra-utérin contraceptif

DAS : Y84.8 Autres actes médicaux à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'accident au cours de l'intervention

**CAS CLINIQUE 5**

**Chère Consœur,**

Madame X, âgée de 82 ans, a été hospitalisée dans notre service de chirurgie pour une **résection transurétrale de vessie (RTUV)**, après la découverte échographique et cystoscopique d’une lésion d’un centimètre au niveau de la paroi latérale gauche.

**Antécédents médicaux :**

* Accident ischémique transitoire (AIT) il y a 20 ans
* Ancienne fumeuse, sevrée depuis 40 ans
* Pas d’allergie médicamenteuse connue

**Intervention :**

* **Date** : 21/02
* **Type** : RTUV

**Évolution postopératoire :**

Les suites opératoires ont été marquées par un épisode fébrile avec une température atteignant 38,5°C. Madame X portait une sonde vésicale depuis l’intervention. L’**ECBU** a révélé la présence d’un **E. coli**, et un traitement antibiotique par **CIFLOX** a été instauré. Après le retrait de la sonde, la patiente a repris des **mictions spontanées** avec des urines claires.

**Résultat anatomopathologique :**

L’analyse histologique a confirmé un **carcinome urothélial papillaire de haut grade**.

**Sortie :**

Madame X a pu regagner son domicile avec les prescriptions suivantes :

* **CIFLOX 500 mg** : 2 comprimés par jour pendant 10 jours
* **TOPALGIC 50 mg** : 1 comprimé en cas de douleur (maximum 3 par jour)
* **DOLIPRANE 3 g** : par jour pendant 5 jours

Je lui ai également recommandé une hydratation d’au moins **1,5 litre d’eau par jour** en dehors des repas.

Je reverrai la patiente en consultation pour un contrôle postopératoire, lors duquel elle devra se munir des résultats d’un **ECBU de contrôle**.

Bien confraternellement,

DP : C67.2 Tumeur maligne de la paroi latérale de la vessie

DAS : N39.0 infection urinaire

T83.5 Infection et réaction inflammatoire due à une prothèse, un implant et une greffe de l’appareil urinaire

B96.2 Escherichia coli, cause de maladies classées dans d’autres chapitres

Y84.6 Sondage urinaire à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'accident au cours de l'intervention

Y95 Facteurs nosocomiaux

**CAS CLINIQUE 6**

**Cher Confrère,**

Nous avons hospitalisé Monsieur X, âgé de 74 ans, du **09/01 au 14/01**, pour la prise en charge d’une **éventration** de la paroi abdominale antérieure, consécutive à une laparotomie réalisée pour chirurgie vasculaire.

J’ai procédé à une **cure d’éventration par cœlioscopie**, avec pose d’une plaque double face de **20 x 25 cm**.

Les suites opératoires immédiates ont été satisfaisantes.

Le patient est donc autorisé à sortir aujourd'hui avec le traitement suivant :

* **DAFALGAN 1 g** : 3 fois par jour pendant 5 jours
* **SPASFON LYOC 80 mg** : 2 comprimés, 3 fois par jour pendant 10 jours
* Reprise de son traitement habituel
* **Pansement par IDE** à domicile pendant 7 jours
* Consultation postopératoire dans 1 mois
* Éviter les efforts physiques
* Port d’une **ceinture abdominale de contention** pendant 1 mois

Je vous remercie de votre confiance.

Bien confraternellement,

DP : K43.2 Eventration post-opératoire, sans occlusion ni gangrène

DAS : Y83.8 Autres interventions chirurgicales à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'accident au cours de l'intervention

**CAS CLINIQUE 7**

**Cher Confrère,**

Comme convenu, je vous adresse le jeune XX, âgé de **1 an**, porteur d'une **dérivation ventriculo-péritonéale** suite à une **hydrocéphalie post-hémorragique** du prématuré.

Comme vous pourrez l'observer, le drain ventriculaire n'est plus en place dans les cavités ventriculaires, et l’enfant n’a présenté aucun signe d’hypertension intracrânienne (PC à 45,5 pour une taille de 75,5 cm).

Le Radiologue a également analysé le crâne en 3D en raison de la plagiocéphalie, sans constater de signes de **crâniosténose**.

Je joins la radiographie initiale ainsi que les deux images du scanner.

Dans l’attente de votre avis,

Bien confraternellement,

DP : T85.0 Complication mécanique d'un shunt ventriculaire intracrânien

DAS : Y83.1 Intervention chirurgicale avec implantation d'une prothèse interne à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'accident au cours de l'intervention

Q67.3 Plagiocéphalie

**CAS CLINIQUE 8**

**Monsieur X, né en 1960**, a été hospitalisé dans le service d’Urologie du **09/01 au 13/01**.

**MODE D’ENTRÉE :**

Urgence.

**MOTIF D’HOSPITALISATION :**

Prise en charge médico-chirurgicale d’une **rectorragie** survenue après une **ponction biopsie prostatique (PBP)**.

**MODE DE VIE :**

Autonome à domicile.

**HISTOIRE DE LA MALADIE :**

Monsieur X s'est présenté aux urgences le **09/01** en raison de rectorragies post-PBP. À son arrivée, un bilan biologique a révélé une **hémoglobine à 13 g**. Le lendemain, face à une diminution de l’hémoglobine à **11 g**, puis à **9 g**, le patient a été pris en charge en bloc opératoire par l’équipe de chirurgie viscérale.

**ÉVOLUTION DANS LE SERVICE :**

Monsieur X a subi une intervention le **10/01** pour une **suture rectale** au niveau du point de ponction de biopsie. Les suites opératoires ont été simples. À la remontée de bloc, l’hémoglobine était à **7 g**.

Deux culots globulaires ont été transfusés à J1, ce qui a fait remonter l’hémoglobine à **8,4 g**, puis un troisième culot a permis d’atteindre **9,9 g** le **13/01**. En l'absence de récidive des rectorragies, Monsieur X a quitté le service le **13/01**.

**SYNTHESE MÉDICALE DU SÉJOUR :**

* Prise en charge médico-chirurgicale d’une rectorragie post-PBP par suture de la lésion et transfusion.
* Patient porteur de BMR ou BHRe : **NON**
* Patient transfusé au cours du séjour : **OUI**, transfusé de **3 culots**
* Événement indésirable : **NON**

**TRAITEMENTS DE SORTIE :**

* Traitement personnel
* Antalgiques

DP : S36.60 Lésion traumatique du rectum sans plaie intra abdominale

DAS : T81.2 Perforation et déchirure accidentelles au cours d'un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classées ailleurs

T81.0 Hémorragie et hématome compliquant un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classés ailleurs

D62 Anémie post-hémorragique aiguë

Y84.8 Autres actes médicaux / Y608 Coupure, piqûre, perforation ou hémorragie accidentelles au cours d'autres actes médicaux et chirurgicaux

Y95 affection nosocomiale