**Madame** 1980 a été hospitalisée dans l’Unité Conventionnelle du service de Pneumologie du 06/07 au 10/07.

**MOTIFS D’HOSPITALISATION :** Crise d’asthme aigue grave

**ATCD :** Aucun

**COMORBIDITES :** Asthme diagnostiqué en mai, sur hospitalisation pour toux chronique

**MODE DE VIE :** Mariée, ancienne assistante commerciale, tabagisme estimée à 1 PA (5cig/J depuis 3ans). Pas d’allergies connues

**TRAITEMENTS HABITUELS DU PATIENT AVANT L’ADMISSION :**

Symbicort

bronchodual

**HISTOIRE DE LA MALADIE :**

Patiente se présente le 06/07 à 10H30, spontanément, aux consultations de pneumologie, pour dyspnée aigüe avec tirage sus claviculaire et polypnée**.**

Depuis 1 semaine, dyspnée à l’effort (mMRC 1) avec majoration d’une toux grasse, surtout le soir et la nuit. Gêne médio-thoracique soulagée par l’expectoration.

Utilisation de Ventoline quasi continue depuis 1 semaine.

En parallèle, la patiente s’est auto médique par du Solupred 20 mg / jour depuis sa sortie d’hospitalisation jusqu’à ce jour, avec 4 jours d’interruption début juin. Elle n’a pas pris son traitement de fond instauré à la dernière hospitalisation.

La patiente est hospitalisée en pneumologie pour une prise en charge spécialisée

**EXAMEN CLINIQUE ET STATUT FONCTIONNEL :**

SpO2 = 85% en AA et 88% sous 2 L à l’arrivée

DEP : 80 L/min

TA =130/80 mmHg, Pouls = 106 bpm, Température = 36,8 °C

Poids = 54 kg Taille = 163 cm

Glasgow 15. Orthopnée, avec une fréquence respiratoire à 39/min, tirage sus claviculaire ne répondant que par des mots, agitée. Pas de cyanose, ni sueur ni céphalée. On retrouve des sibilants bilatéraux diffus sans foyer.

Bruits du cœur réguliers rapides. Ps de signe d’insuffisance cardiaque ou de thrombose veineuse profonde.

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

Radiographie thoracique : Distension thoracique avec élargissement espace inter-costaux, pas de foyer pulmonaire

Biologie : Gb 15,6G/L PNN 8,8G/L Hb 15g/dl PNE 0,9G/L Pq 341G/L CRP 5,3mg/L ionogramme normale, fonction rénale normale

ECG : rythme sinusal régulier sans trouble de la repolarisation

Gazométrie :pH :7,44 ; PaO2 : 48 mmHg ; PaCO2 : 42 mmHg ; HCO3 28,5mmol/L ; SaO2 88%

ECBC : flore oropharyngée

**EVOLUTION DANS LE SERVICE :**

Sur le plan respiratoire :

La patiente se présente en détresse respiratoire, avec une oxygénorequérance à 2L/min. La patiente s’améliore après 80mg IV de solupred et 3 drains d’aérosol de Bricanyl et d’atrovent.

La patiente s’améliore rapidement avec un traitement symptomatique à base de 40mg de solupred, des aérosols et de la kinésithérapie. Ses DEP sont à 80L/min à l’arrivée et à 350 à la sortie. La patiente devra continuer une surveillance de ses DEP à domicile et tenir un carnet de DEP.

La patiente reçoit une éducation thérapeutique. Aux vues de l’utilisation chronique de corticothérapie, la patiente sort avec une décroissance de corticoïdes. Elle réalisera un TDM thoracique en externe pour faire le bilan de son asthme.

Elle reverra le Dr WWW en consultation en septembre.

Sur le plan hématologique

Découverte de lymphocytes hyperbasophiles devant le doute d’une mononucléose, la patiente sort avec une ordonnance de sérologie à réaliser en ville.

**SYNTHESE MEDICALE DU SEJOUR :**

Crise d’asthme aigue grave sur inobservance

Patient porteur de BMR ou BHRe : NON

Patient transfusé au cours du séjour : NON

Evènement indésirable : NON

**TRAITEMENT DU PATIENT LA SORTIE :**

Solupred 20mg : 2 cpr le matin jusqu’au 11/07 inclus puis 1 cpr le matin jusqu’au 16/07 inclus puis 0,5 cpr le matin jusqu’au 21/07 inclus

Symbicort 200/6g : 2 doses le matin et le soir

Bronchodual 50µg/ 20µg : 2 bouffées matin midi et soir si besoin.

Kinésithérapie respiratoire

**SUITES A DONNER :**

* Continuité des soins : Consultation Dr WW en septembre + EFR

**Document de sortie valant pour CRH : OUI**