**Monsieur** 1958 a été hospitalisé dans l’Unité Conventionnelle du service de Pneumologie du 27/12/2017 au 09/01/2018.

**MOTIFS D’HOSPITALISATION :**

Décompensation BPCO

**ATCD :**

Chirurgie du ligament croisé antérieur droit

**COMORBIDITES :**

BPCO post tabagique (pas de suivi depuis 2 ans))

**MODE DE VIE :**

Peintre de métier. Ne travaille pas actuellement.

Vit à domicile avec sa femme. Autonome. 3 enfants.

Tabagisme 35PA sevré depuis 1 mois. Pas d’OH.

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

Innovair 2 bouffées par jour

Spiriva 1 fois par jour

Ventoline à la demande

Mis aux urgences :

Augmentin IV 1g 3 fois par jour

Aérosols Bricanyl/Atrovent 2 fois par jour

O2 2L/min

**HISTOIRE DE LA MALADIE :**

Dyspnée sifflante depuis 3 jours sans amélioration sous Ventoline, dans un contexte de bronchite et rhinopharyngite, avec expectorations blanchâtres. Pas notion de contage. Admis aux urgences le 26/12. Patient spastique, fébrile et oxygéno-dépendant à 2L/min. Test de grippe négatif. Syndrome inflammatoire biologique sans hyperleucocytose. A la gazométrie, hypoxémie PaO2 51.2mmHg, hypercapnie PaCO2 48mmHg et pH normal à 7.41. Début antibiothérapie par Augmentin IV et transfert dans le service pour suite de prise en charge.

**EXAMEN CLINIQUE ET STATUT FONCTIONNEL :**

SpO2 = 95% sous O2 2L

TA = 178/81mmHg, Pouls = 111 bpm, Température = 39°C

Poids = 71.5 kg Taille = 187 cm

Frein expiratoire. Diminution global du murmure vésiculaire avec sibilants diffus.

Bruits du cœur réguliers, pas de souffle, pouls périphériques perçus, pas d’œdèmes des membres inférieurs

Abdomen tendu, pléthorique mais dépressible, hépatomégalie à 2 TDD, pas de splénomégalie, BHA+, pas de trouble du transit

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

Radiographie thoracique : syndrome bronchique. Hile droit volumineux.

Biologie : syndrome inflammatoire biologique sans hyperleucocytose, CRP 112mg/L, Hémoglobine 14.6g/dL, Plaquettes 202G/L, lymphopénie 0.6 G/L

Pas de trouble ionique, bonne fonction rénale avec urée 6.8mM, créatinine 79µM et DFG 93ml/min

ECG : rythme sinusal régulier à 112/min, pas de trouble de repolarisation

Hémocultures du 26/12 : négatives.

ECBC : Haemophilus influenzae 10^8 sensible à l’Augmentin.

TDM thoracique injecté le 08/01/2018 : Pas de lésion suspecte.

Le tronc de l’artère pulmonaire est mesuré à 35 mm avec une artère pulmonaire droite mesurée à 30 mm, une artère pulmonaire gauche à 25 mm. Pas de dilatation des cavités droites

Test de marche 08/01/2018 : distance parcourue = 280mètres, SpO2 au début de l’épreuve = 93% en AA, SpO2 en fin d’épreuve = 90% en AA, pas d’arrêt.

**EVOLUTION DANS LE SERVICE :**

Aérosolthérapie et antibiothérapie probabiliste par Augmentin pendant 7 jours. Documentation microbiologique qui retrouve un Haemophilus Influenzae à un seuil pathogène. Antibiothérapie adaptée à l’antibiogramme.

Kinésithérapie respiratoire associée avec bonne évolution sur le plan clinique et fonctionnel.

Sevrage progressif de l’oxygène. Pas de besoins en oxygène à l’effort.

Réalisation d’un TDM thoracique injecté devant un aspect radiographie de gros hile droit. Pas de lésion suspecte mise en évidence.

Retour à domicile avec surveillance et kinésithérapie à domicile.

Suivi à reprendre avec le médecin traitant.

**SYNTHESE MEDICALE DU SEJOUR :**

Décompensation infectieuse de BPCO à Haemophilus influenzae.

Patient porteur de BMR ou BHRe : NON

Patient transfusé au cours du séjour : NON

Evènement indésirable : NON

**TRAITEMENT DU PATIENT LA SORTIE :**

Dafalgan 500mg 2 comprimés 3 fois par jour en cas de fièvre

Innovair 1 bouffées matin et soir

Spiriva 18mcg 1 gélule le matin

Ventoline à la demande