**Monsieur** 1945 a été hospitalisé dans l’Unité Conventionnelle du service de Pneumologie du 08/04 au 10/04.

**MOTIFS D’HOSPITALISATION :**

Hémoptysie

**ATCD :**

Appendicectomie

**COMORBIDITES :**

HTA

**MODE DE VIE :**

Marié, ancien chauffeur. Pas d’allergie connue.

Tabagisme estimé à 40PA et sevré depuis 30ans

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

Aspirine protect 1/J

Cokenzen 1/J

Verapamil 2/J

Crestor 1/J

**HISTOIRE DE LA MALADIE :**

Contexte de toux persistante depuis 1 mois avec échec de 2 lignes d’antibiotiques prescrites par son médecin traitant. Altération de l’état général avec perte de 4kg puis crachats hémoptoïques le 03/04 l’amenant à consulter aux urgences. Mise en évidence sur une imagerie thoracique d’une masse pulmonaire d’allure tumorale. Devant le bon état général du patient et l’absence de comorbidités, une prise en charge ambulatoire fut préconisée après information du patient. Une fibroscopie bronchique pour biopsies était planifiée pour le 12/04.

Devant la persistance des crachats hémoptoïques, le patient reconsulte ce jour avec une épouse inquiète.

**EXAMEN CLINIQUE ET STATUT FONCTIONNEL :**

SpO2 = 95% en air

TA = 84mmHg, Pouls = 146/91bpm, Température = 37°C

Poids = 83kg Taille = 170cm

Murmure vésiculaire bilatéral diminué à gauche, aboli en base gauche, pas de bruits surajoutés, pas de signes de détresse respiratoire aigue

Bruits du cœur réguliers, pas de signes d’insuffisance cardiaque droite ni de phlébite

Abdomen souple dépressible et indolore, BHA perçus

Glasgow 15, pas de déficit sensitivo-moteur

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

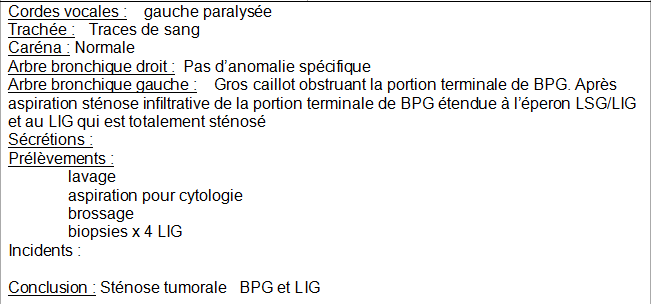
Radiographie thoracique : Masse lobaire inférieure gauche péri-hilaire, culs de sacs pleuraux libres, pas de cardiomégalie

Angioscanner thoracique 04/04 : Masse tissulaire hilaire gauche responsable d’un comblement complet de la bronche lobaire inférieure et d’un engainement des structures artérielles pulmonaires, suspecte de lésion primitive. Adénomégalie sous-carénaire. Hyperplasie nodulaire du corps de la surrénale gauche.

Biologie : GB 15.6G, Hb 14.4g/dL, plaquettes 355G, TP 87%, CRP 44mg/L, pas de troubles ioniques, créatininémie 108uM

ECG : rythme sinusal régulier à 77/min, BBD incomplet, pas de trouble de la repolarisation

Fibroscopie bronchique le 09/04 :



EFR : VEMS/CVF 51% - VEMS 1,27L (51%) – CVF 2,47 (76%) – CPT 6,36L (104%) – DLCO moyenne 13,21 (59%)

Trouble ventilatoire obstructif modéré non réversible après B2 ; pas de trouble ventilatoire restrictif

**EVOLUTION DANS LE SERVICE :**

Pas d’oxygénodépendance.

Réalisation d’une fibroscopie bronchique le 09/04 mettant en évidence une sténose infiltrative de la portion terminale de bronche pulmonaire gauche étendue à l’éperon, au LSG et au LIG. Sténose complète de la bronche du LIG. Réalisation de 4 biopsies au LIG.

Pas d’incident au décours.

Ce même jour, passage en fibrillation atriale jusqu’à 170bpm avec hémodynamique conservée, ralentie par 2 ampoules de Cordarone. Pas d’anticoagulation curative initiée. Poursuite de la Cordarone PO à 200mg/jour.

En pratique, nous prévoyons la réalisation d’un PET-scanner et d’un TDM cérébral en externe, et nous adressons le patient à la consultation du Dr xxx dans 15 jours afin de l’informer sur les résultats anatomopathologiques des biopsies et d’assurer la suite de la prise en charge.

**SYNTHESE MEDICALE DU SEJOUR :**

Hémoptysie sur une tumeur broncho pulmonaire du lobe inférieur gauche avec engainement de l’artère pulmonaire

Bilan d’extension prévu en externe

**TRAITEMENT DU PATIENT LA SORTIE :**

Aspirine protect 100mg 1 comprimé le midi

Cokenzen 8mg/12.5mg 1 comprimé le matin

Verapamil 120mg 1 gélule matin et soir

Crestor 10mg 1 comprimé le soir

Cordarone 200mg 1 comprimé le matin

Exacyl 1g 1 ampoule à boire toutes les 8 heures pendant 15 jours

**SUITES A DONNER :**

* Continuité des soins : consultation avec Dr XXXX le 25/04
* PET-scan + TDM cérébral en externe