Cher Confrère,

Votre patiente,***Madame*** née le (77 ans), a été hospitalisée dans notre service de cardiologie du 1er au 15/03 pour une insuffisance cardiaque globale associée à une insuffisance respiratoire aiguë.

**Antécédents** :

Embolie pulmonaire sur une phlébite du bras

Hypothyroïdie

Coliques néphrétiques

HTA de découverte récente

BPCO post tabagique

Appendicectomie

Tabagisme important estimé à 25 paquets année

**Traitement** :

LEVOTHYROX 100 1/j

KARDEGIC 75 1/j

SPASFON

**Mode de vie :**

La patiente vit seule à la maison, sans aide.

**Anamnèse**:

La patiente consulte aux urgences pour une augmentation d’une dyspnée chez cette patiente connue BPCO et tabagique, associé à des œdèmes des membres inférieurs.

Aux urgences, elle est apyrétique, sa saturation est mesurée à 84 % en air ambiant, elle est polypnéique, spastique avec frein expiratoire. La tension est mesurée à 18/8, elle est non tachycarde, les bruits du cœur sont réguliers, sans souffle, il existe de volumineux œdèmes des membres inférieurs bilatéraux, sans signe infectieux.

L’ECG s’inscrit en rythme sinusal régulier.

La radio pulmonaire retrouve une surcharge pulmonaire péri hilaire bilatérale.

La biologie montre une hémoglobine à 179 g/l, plaquette à 228 G/l, pas de trouble ionique, une créatinine à 109 µmol/l, pas de syndrome infectieux, bilan hépatique normal, bilan cardiaque qui montre une troponine à 73 et des NT pro BNP à 6 790.

Les gaz du sang montrent une hypercapnie à 55 mmHg, une pO2 à 45,1.

Il s’agit donc d’une poussée d’insuffisance cardiaque droite compliquée d’une décompensation respiratoire aigüe de type II sur insuffisance respiratoire chronique négligée.

L’échographie cardiaque : absence de valvulopathie gauche, HTAP à 60+15 à 20 avec une veine cave inférieure dilatée.

Echodoppler : très mauvais état veineux des membres inférieurs, absence de thrombus au niveau fémoral et poplité mais le reste de l’examen est impossible en raison des œdèmes.

La patiente est hospitalisée dans le service de cardiologie, elle est mise sous KARDEGIC 250 mg associé à de la CALCIPARINE préventive puis relais par KARDEGIC 75 mg.

**Evolution dans le service :**

L’évolution dans le service est favorable.

Sur le plan cardiaque, il existe une bonne réponse aux diurétiques IV à forte dose avec une diminution en partie de la dyspnée, une diminution des œdèmes des membres inférieurs et une perte de poids estimée à 10 kg. Les NT pro BNP de contrôle sont mesurés à 3 500.

Un bilan lipidique est demande et revient normal. Une Hba1c à 6.26 %. Elle ne nécessite pas de traitement pour l’instant et une éducation par la diététicienne est réalisée lors de l’hospitalisation. (Cholestérol total à 17.78 g/l, HDL à 0.43 g/l, LDL à 1.14 g/l, triglycérides à 1.09 g/l).

Au niveau pulmonaire, avis au pneumologue est demandé. Il retrouve par son examen un tableau de BPCO sévère déjà ancienne à un stade d’hypoxie, d’hypoventilation et d’HTAP. Le VMF est à 31 % de la normale. Un traitement par corticothérapie est débuté associé à des aérosols de BRICANYL/ATROVENT, de la kinésithérapie respiratoire, de l’oxygène qui sera surement poursuivi à la maison.

Un angioscanner est réalisé pour rechercher une embolie pulmonaire ou une anomalie du parenchyme pulmonaire sur le terrain de la patiente. Il ne retrouve pas d’embolie pulmonaire. Il montre par contre une condensation d’allure infectieuse en basale postérieure gauche.

Bien qu’il n’y ait pas de syndrome infectieux clinique ou biologique, devant ces résultats un traitement par AUGMENTIN est débuté mais très mal toléré par la patiente, elle fait une réaction allergique avec éruption généralisée avec prurit et désaturation. L’AUGMENTIN est remplacé par la PYOSTACINE 3 g/j jusqu’au 21/03.

Une consultation sera à prévoir avec le pneumologue, après la réalisation d’un nouveau scanner pulmonaire dans un mois.

Bien que la patiente ait bénéficié de kinésithérapie motrice et respiratoire, le retour à domicile est trop fragile, et des demandes de SSR sont faites.

Un transfert aux SSR de est organisé le 15/03

**Donc**, **Mme a été hospitalisée dans le service pour une insuffisance cardiaque droite associée à une insuffisance respiratoire aiguë sur une insuffisance respiratoire chronique négligée.**

**L’évolution d’un point de vu cardiaque est favorable dans le service, sous diurétique avec une régression de la dyspnée, des œdèmes des membres inférieurs.**

**Du point de vu respiratoire, et après avis du pneumologue, la patiente présente une BPCO sévère jusque-là non explorée. L’évolution est favorable sous corticothérapie, kinésithérapie quotidienne et aérosol.**

**Le scanner ne retrouve pas d’anomalie du parenchyme pulmonaire mais un foyer infectieux traité initialement par AUGMENTIN, mais suite à une réaction allergique, switché par de la PYOSTACINE jusqu’au 21/03.**

**Elle sera revue en consultation auprès du pneumologue après la réalisation d’un scanner de contrôle dans un mois.**

**Un arrêt du tabac est fortement conseillé à la patiente mais non envisagée par celle-ci.**

**Traitement de sortie :**

FUROSEMIDE 40 mg 1 cp le matin

ALDACTONE 50 mg 1 cp le midi

LEVOTHYROX 100 µg 1 cp/j

KARDEGIC 75 mg 1 sachet le midi

Aérosol de BRICANYL ATROVENT 3x/j

FUNGISONE 100 mg/ml + BICARBONATE de bain de bouche 3x/j

VERATRAN 5 mg 1 cp le soir au couché si besoin

NICOPATCH 21 mg 1 patch/j

PYOSTACINE 500 mg 2 gélules matin, midi et soir jusqu’au 21/03.

Bien confraternellement.