

Casablanca, le .....

Mme 3002

## COMPTE RENDU D'HOSPITALISATION

### Motif d'hospitalisation :

Mr. NAANANI Bouazza, âgé de 68ans, a été hospitalisé à la clinique Ain Borja du 10 au 25 Juillet 2019 pour prise en charge d'une détresse respiratoire aigue.

### Antécédent :

- Asthmatique depuis 20 ans
- Tabagisme actif
- Goitre thyroïdien toxique traitée par Dimazol (spontanément arrêté par le patient il ya quelques semaines)

### Traitement habituel :

- Ventoline

### Histoire de la maladie :

Environ 24h avant son admission, le patient présente une toux productive avec expectoration blanchâtre sans notion de fièvre avec apparition progressive d'une détresse respiratoire avec suffocation.

### A l'admission :

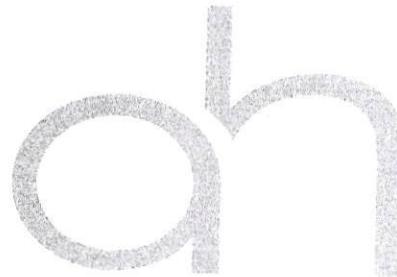
- TA : 135/106 mmHg, FC : 134 bpm, T° : 37°C, Dextro : 2,45 g/dl, SpO<sub>2</sub> : 84 %.
- Le patient a un état général relativement altéré. Il est amaigri
- Sur le plan neurologique le patient est parfaitement conscient avec un score de Glasgow à 15/15, sans signes de localisation sans signes de méningé.
- Sur le plan cardio-vasculaire l'examen est sans particularités.
- Sur le plan pleuro-pulmonaire, le patient présent des signes de détresse respiratoire avec lutte (tirage sus sternal et intercostal) il est en sueur. On retrouve des sibilants diffus avec une diminution du murmure vésiculaire au niveau de tout l'hémichamp droit.
- Le bilan initial retrouve un syndrome inflammatoire (GB : 17140) une hémococoncentration (HB : 16,10 ; protidémie à 85), le reste du bilan (fonction rénale, l'ionogramme et CRP) est sans particularités.

### Prise en charge initiale :

- Rx thorax : pneumothorax compressif à droite
- Mise en place en urgence d'un drain thoracique droit qui améliore nettement le patient sur le plan respiratoire
- Hospitalisation en réanimation

D/SALMI Said  
Professeur d'enseignement Supérieur  
Anesthésie Réanimation  
CASABLANCA





Casablanca, le .....

*m<sup>me</sup> 3002*

Un contrôle de la TSH est prévu au bout de 04 semaines.

Sur le plan infectieux : le patient est traité par antibiothérapie associant ceftriaxon et levofloxacine pendant 10 jours, puis devant la régression du syndrome inflammatoire est traité depuis l'entrée, une décision posé d'arrêter l'antibiothérapie.

Le 23-07-2019, le patient se plaint de brûlure mictionnelle.

Un ECBU réalisé il est positif mais nous sommes toujours dans l'attente de l'identification de germe et de l'antibiogramme.

#### Au total :

Mr. NAANANI Bouazza, âgé de 68ans présente d'une brèche broncho-pleural nécessitant une prise en charge chirurgicale.

Il a toujours un drain thoracique droit en place en aspiration depuis l'admission. Il est également porteur d'un goitre thyroïdien multinodulaire qui nécessitera une prise en charge spécifique une fois le problème pulmonaire est réglé.

On note par ailleurs, la présence d'une infection urinaire pour laquelle l'identification du germe est toujours en attente.

Il quitte notre structure le 25-07-2019 transféré en ambulance vers le CHU Ibn Rochd pavillon 1 pour une prise en charge par l'équipe de chirurgie thoracique.

#### Traitemenent de sortie :

- Sérum salé isotonique 1,5litre/24h
- Nébulisation d'Atrovent 4 fois /jour
- Oedes 20 mg : une gélule/jour
- Solumédrol 40 mg x 2/jour en cour de décroissance
- J1 de la posologie 40 mg
- Coralan 7,5 mg x 2/jour
- Dimazol 10 mg : 1cp x 2/jour
- Ceftriaxon 2g/jour (J 14 aujourd'hui)
- Levofloxacine 500 mg (J14)
- Lixifor gel 1/jour
- Lovenox 40 mg en sous cutanée/ jour

Dr. SALMI Said  
Professeur à l'Enseignement Supérieur  
ASSISTANT CHIRURGIEN  
CASABLANCA

## MC 3002

- Mise en condition voie veineuse central et cathéter artériel
- Réhydratation par voie veineuse
- Corticothérapie
- Nébulisation par Ventoline et Atrovent 6 fois/j
- Antibiothérapie par association de Levofloxacine et de Ceftriaxon
- Avis cardiologique : BPCO ancien tabagique décompensé sur un pneumothorax compressif, poursuite du traitement comme initié et refaire des gazes des sangs régulièrement.
- Avis cardiologue : tachycardie sinusale, échocardiographie retrouve des valeurs dans les limites de la normale pour l'âge avec une FE à 55%. Le patient est mis sous Coralan pour cette tachycardie qui ne cède pas malgré un remplissage vasculaire.

### Evolution :

Sur le plan respiratoire : le patient est initialement très opposant aux soins, il arrache son premier drain thoracique après discussion avec le patient et lui avoir expliqué vraiment l'impact de drainage thoracique, le patient accepte la pose d'un nouveau drain thoracique. Une fois le drain en place et le poumon accolé à la paroi le patient se sent beaucoup mieux et la dyspnée régressent progressivement sans totalement céder.

Plusieurs tentatives de clampage du drain thoracique sont réalisés sans échecs à chaque fois des radios de contrôles et la clinique montre un pneumothorax suffocant. Le patient est donc laissé avec drain en aspiration douce.

Un TDM thoracique est réalisé le 12-07-2019 met en évidence un Hydro pneumothorax droit de grande abondance compressif sur des poumons emphysémateux, associé à un pneumo médiastin minime et un important emphysème des parties molles pariétales thoraciques, axillaires et basicervicales.

Le patient présente des nodules et micronodules lobaires moyens.

Sur le plan pulmonaire : le patient est relativement stable avec son drain thoracique en aspiration. Il est sous oxygénothérapie à deux litres.

Un avis est pris de chirurgie thoracique et une discussion de transfère dans le service de chirurgie thoracique de l'hôpital (pavillon 2 est décidée en concertation avec l'équipe de CHU et l'équipe de la clinique).

Le patient est donc transféré ce jour (le 25-07-2019) à l'hôpital pour suite de la prise en charge.

Sur le plan hémodynamique : une fois sous Coralan, le patient est resté stable tout au long de son hospitalisation.

Sur le plan endocrinologique : un contrôle de la TSH va montrer une TSH effondré avec une T4 augmenté, le traitement par Dimazol est repris, un avis endocrino est demandé.

Le patient avait bénéficié d'une échographie cervical le 14-07-2019 qui met en évidence un goitre multinodulaire dont le nodule le plus péjoratif est de siège lobaire gauche classé EUTIRADS 4.

Vu le contexte actuel, la discussion d'une prise en charge éventuelle non chirurgicale de ce goitre est reporté ultérieurement.

Le patient reste donc sous traitement par Dimazol 1cp x 2/jour.

  
Dr. SALMI  
Professeur de l'Endocrinologie Supérieure  
Université Hassan II de Casablanca