

Service de Pneumologie

Prof. L. P. Nicod

Chef de service
Tél. : 021 314 13 80
Fax : 021 314 13 84

Secrétariat médical

Tél. : 021 314 13 75

Explorations fonctionnelles respiratoires

Rendez-vous
Tél. : 021 314 13 82

Prof. J.-W. Fitting

Professeur associé
Tél. : 021 314 13 86

Transplantation pulmonaire

Prof. ass. J.-D. Aubert

Médecin adjoint
Tél. : 021 314 13 76

Hypertension pulmonaire

Prof. ass. J.-D. Aubert

Médecin adjoint
Tél. : 021 314 13 76

Mucoviscidose

Prof. L. P. Nicod
Dresse J. Mazza Stalder

Tél. 021 314 68 79

Tuberculose

Prof. L. P. Nicod

Prof. J.-W. Fitting
Tél. : 021 314 13 80

Maladies neuromusculaires

Ventilation à domicile

Prof. J.-W. Fitting

Dr L. Burdet
Médecin agréé
Tél. : 021 314 13 75

Pneumopathies interstitielles

Dr R. Lazor

Médecin associé, MER
Tél. : 021 314 47 76

Troubles respiratoires du sommeil

Dr R. Heinzer

Médecin associé, MER

Laboratoire de recherche

Mme C. Obregon, PhD

Tél. +21 341 13 88

Correspondance :

CHUV
Rue du Bugnon 46
CH-1011 Lausanne VD

Email :

Prenom.Nom@chuv.ch

Dr Clara Kelliny
MI - Nestlé

N/réf. : AM/ms

Lausanne, le 27 juin 11

ROMANENS Jacques, 10.09.1934

N° IPP 838594 – séjour 311045738

CONSULTATION DU 24.06.11

Liste des problèmes

- ✦ Pneumonie sur broncho-aspiration probablement itérative
- ✦ Syndrome de Lambert-Eaton et syndrome cérébelleux avec :
 - Anticorps anti-VGCC positifs
 - Dysarthrie et troubles de la déglutition
 - Troubles de la marche et de l'équilibre avec chutes
- ✦ Dénutrition sévère avec alimentation par PEG
- ✦ Hypertension artérielle
- ✦ Dyslipidémie
- ✦ Syndrome de l'apnée du sommeil appareillé
- ✦ Tabagisme à 50 UPA stoppé il y a quelques mois
- ✦ Ethylisme chronique sévère début 2010

Rappel anamnestique

Il s'agit d'un patient de 76 ans, hospitalisé depuis le 22.06.11 en médecine interne en raison d'une baisse de l'état général et d'une dyspnée. A la radiographie du thorax, un infiltrat pulmonaire droit est mis en évidence et une antibiothérapie d'Amoxicilline/acide clavulanique est débutée pour pneumonie. A noter que le patient aurait déjà été subfébrile lors de la précédente hospitalisation du 24.05 au 13.06.11 en neurologie.

Actuellement il n'y a pas de toux ni d'expectoration, en dehors des épisodes de fausses routes qui surviennent quotidiennement. Le patient suit une évolution favorable avec diminution de la dyspnée et remobilisation progressive. Il n'y a pas eu d'état fébrile ni de frisson dernièrement. Il n'y a pas d'hémoptysie. Le patient a perdu 26 kg en 1 an. Il s'agit d'un ancien typographe.

Status : TA 127/53 mmHg, FC 67/mn, T 37,2°, satu. 93% à l'AA. Poids 54 kg. Patient eupnéique, dysarthrique, sans cyanose.

Auscultation cardiaque : B1-B2 bien frappés, souffle systolique 2/6 au foyer aortique et au foyer d'Erb.

Auscultation pulmonaire : MR symétrique, râles crépitants fins bibasaux prédominant à G, absence de sibilances.

Laboratoire du 22.06.11: leuco 10 G/l, Hb 102 g/l (anémie normochrome normocytaire), crase normale, CRP 63 mg/l, créat. 83 μmol/l.

Culture d'expectorations du 11.01.11 : négative, y compris la culture pour mycobactérie, mis à part la présence de flore oro-pharyngée.

Test HIV négatif le 12.08.10

Rx thorax du 22.06.11 (couché): infiltrat à la base D déjà présent sur le cliché du 11.06.11 mais pas encore sur celui du 13.02.11

CT-scanner thoraco-abdominal du 26.05.11: léger épanchement pleural D, infiltrat condensant et hétérogène au niveau des 2 lobes inférieurs et du lobe moyen.

Discussion et propositions

Votre patient présente un syndrome inflammatoire biologique associé à des infiltrats radiologiques multiples au CT-scan du 26.05.11 évoquant des broncho-aspirations à répétition chez un patient connu pour des troubles de la déglutition. Un bilan ORL et phoniatrique a déjà été réalisé en début d'année, concluant une déglutition pathologique et à un risque important de broncho-aspiration. Le patient avait par ailleurs bénéficié d'une évaluation et d'un suivi logopédique et phoniatrique. Nous vous proposons de poursuivre le traitement antibiotique d'Amoxicilline/acide clavulanique pour une durée totale de 10 jours et ne voyons pas d'indication à réaliser une bronchoscopie actuellement.

Il s'agit d'un patient connu pour un syndrome de Lambert-Eaton depuis 2010 avec un bilan extensif à la recherche d'une lésion néoplasique ne retrouvant pas de tumeur primaire. Il est impossible d'exclure une lésion néoplasique sous-jacente aux multiples infiltrats du parenchyme pulmonaire visualisés au CT-scan du mois de mai. Par conséquent, nous vous proposons de prévoir un CT thoracique de contrôle après la fin du traitement antibiotique pour juger de l'évolution des infiltrats et pour déceler une éventuelle tumeur.

Prof. Jean-William Fitting
Médecin chef

Dr Alexandra Mihalache
Médecin assistant

17 juin il a fait
plus de 20
broncho-aspirations
en buvant les 500 ml.
de novasource.

Était afebrile et non
pas subfébrile lors de
son hospitalisation
du 24.5 au
13.6 2011

Rapport du
8 juillet 2011