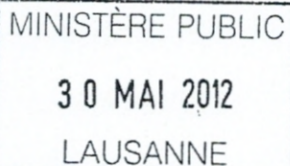


Dr Mirela CACI
Directrice médicale adjointe

Tél: 021 314 14 35
Fax: 021 314 75 01

Mirela.Caci@chuv.ch
www.chuv.ch



Monsieur Pascal GILLIERON
Procureur
MINISTÈRE PUBLIC DE
L'ARRONDISSEMENT DE LAUSANNE
Ch. de Couvaloup 6
1014 LAUSANNE

BM 015201 PGN

MC/rv

Lausanne, le 23 mai 2012

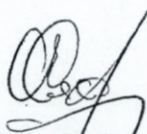
Concerne : Monsieur Jacques ROMANENS, né le 10.9.1934

Monsieur le Procureur,

La Direction médicale a bien reçu votre lettre du 21 mai 2012, demandant des renseignements au sujet du patient susnommé, et vous en remercie.

Veuillez trouver, en annexe, la lettre de sortie du Département de médecine concernant l'hospitalisation de Monsieur Romanens du 22 juin au 18 juillet 2011, date de son transfert à la Clinique Valmont

En restant à votre disposition pour tout renseignement complémentaire, je vous présente, Monsieur le Procureur, mes salutations attentives.



Dr Mirela Caci
Directrice médicale adjointe

Tél : +41 21 314 11 11
www.chuv.ch

Dr Gondrand BLANC
Place F.-Girardet 2B
1023 CRISSIER



Lausanne, le 25 juillet 2011

Faxmed de sortie

ROMANENS JACQUES, 10.09.1934

N° de séjour: 311045738

RUE DU BUGNON 47, 1020 RENENS VD

Le patient susnommé a séjourné dans notre service de MENH du 22.06.2011 au 18.07.2011, date de son transfert à la clinique de Valmont

Motif de recours

EF, baisse EG et frissons

Anamnèse

Patient connu pour Lambert Eaton depuis juin 2010, sorti d'une hospitalisation au NLG début juin 2011, connu pour des fausses routes, alimentation par PEG. Depuis le 22.6.11, BEG avec EF mis en évidence par son ex-femme qui s'occupe bcp de lui. Anamnèse par le patient difficile, dysarthrie qui s'est péjorée ces 2 derniers jours. Toux comme d'habitude, expectoration difficile. Pas de dysuries, pas de céphalée, pas de douleur abdo. Selon ex-femme, infirmière du CMS lui aurait donné Isosource à boire p.o. environ 5 jours avant EF et patient a fait bronchoaspiration.

Liste des problèmes et commentaires

1.- Pneumonie basale droite et lobe moyen d'origine communautaire à germe indéterminé avec probable récurrence le 12.07.11

Baisse EG, EF, frissons depuis le 22.6.11. Patient connu pour bronchoaspirations.

Radio thorax: infiltrat basal droit (déjà présent à la radio du 11.6.11 et du CT du 26.5.11)

Lors de précédente hospitalisation, patient avait fait état subfébrile, asymptomatique, et n'a pas reçu d'antibiothérapie malgré le foyer à la radio du 11.6.11 et au CT du 26.5.11.

Avis pneumo: images typiques pour bronchoaspiration. Att: antibiothérapie 10j, puis refaire CT contrôle (pas d'indication de broncoscopie pour l'instant).

CT thoracique contrôle du 05.07: infiltrat bilatérale en régression marqué avec persistance au niveau du lobe moyenne D avec composante de fibrose. Nodule pulmonaire au lobe inférieur gauche de 1cm de diamètre peu spécifique. ADP infracarinaire et hilare D stable, déjà présente au comparatif. Proposition: CT contrôle à 3 mois

DD. néoplasie (Lambert Eaton rare hors contexte néo, 75 UPA) malgré bilan onco extensif négatif Evolution favorable du point de vue respiratoire, eupneique à l'AA. Néanmoins, le 12.07 récurrence d'EF à 39.4 avec frissons et épisode de désaturation transitoire. Auscultation pulmonaire idem (râles 1/3 inf D et base G), sans autre piste clinique. Leuco 16. Hémoc en cours. Rx thorax: pas de nouveau infiltrat.

Att:

- Augmentin iv puis po total 10 jours (jusqu'au 03.07.11) et reintroduction le 12.07 iv et puis relay p.os pour durée totale de 10j avec évolution favorable
- Prevoir CT thoracique contrôle à 3 mois (début Oct) à fin de comparer nodule pulmonaire inférieur G

2.- Maladie de Lambert Eaton et Syndrome cerebelleux

Suivi par Dr Wider en neuro CHUV. Symptomatologie depuis mai 2010. Bilan onco extenssif PET-CT etc déjà effectué toujours revenu négatif. CAVE: maladie Lambert Eaton rare hors contexte néoplasie, doute de néoplasie pulmonaire (nodule pulmonaire nouvelle au CT thoracique du 05.07, peu suspecte selon radiologue) --> Ad CT contrôle à 3 mois,

Dr Wider: patient a 2 maladies neurologiques très rares, raison pour laquelle le diagnostic a tardé pour être posé. Il bénéficie depuis 6 mois de tt d'Ig qui a permis de stabiliser en partie sa maladie, mais pas vraiment d'amélioration constatée. En revanche, sur la plan général, dénutrition importante, raison pour laquelle SNG puis PEG ont été posées. Pour l'instant, pause dans le tt par Ig, à reprendre après réévaluation dans 1 mois (début aout-dates exactes à revoir avec Dr Wider)(et si accord assurance).

Projet: CTR spécialisée neuro Valmont le 13.07.11. Ensuite, réévaluation (en fonction de l'évolution générale, prise de poids et résultat de recherche néoplasie), si RAD ou placement et si reprise de ttt Ig.

Evaluation par Dresse. Iwanosvski: potentiel de récupération présente, surtout après réalimentation du patient, mais potentiel faible quand à un RAD.

Att:

- Transfert à l'hôpital de Valmont le 13.07.11
- Poursuite physio mob en attendant
- Revoir avec Dr. Wider pour prochaine ttt d'Ig (à dispo)

3.- Dénutrition sévère avec troubles de la déglutition

68kg en mai 2010, 51 kg en mai 2011, 54 kg à l'entrée, donc poids à la hausse depuis mise en place de PEG. Alimentation par PEG Novasource 750ml/10h nuit (CAVE constipation!). Mange qq aliments po (régime mixé-lisse). Tous liquides obligatoirement épaissis.

Avis logopédiste (Severine Isoard) et ORL (Dr Schroeder): alimentation po doit être purement à but récréationnel et pour conserver mécanique de déglutition. Alimentation doit se faire plutôt par la PEG.

Poids à la sortie 57kg

Att:

- Majoration Novasource à 750 ml/nuit (avis diet: augmenter alimentation entérale uniquement si poids stagne)

4.- Troubles de la marche et de l'équilibre

Arrive à peine à se lever à l'entrée. Actuellement transfert seul sous surveillance, déplacement en chaise roulante, mais avec physio marche 50m avec rollateur + 1 personne)

FI: Lambert Eaton, syndrome cerebelleux, déconditionnement, polyneuropathie sur OH

Att:

- physio mob à continuer
- introduction CaD3

5.- HTA

Profil TA satisfaisant sous ttt habituel

6.-Anémie normocytaire normochrome hyporégénérative

Vit B12, folates dans la norme. Ferritine élevée dans contexte inflammatoire. DD: inflammatoire plus probable néoplasie?

Att:

- Suivi Hg en ambulatoire



Dresse JANINA RIVAS
GRAEFIN STILLFRIED
Médecin assistante

La présence des noms des signataires atteste de la validation électronique du document par ces derniers

Copie(s)

Dr Christian Wider, BH.13.207, 1011 Lausanne