

Chef de Service
Pr Philippe BONNIAUD
Chef de Service Adjoint
Pr Marjolaine GEORGES

Médecins

Pr Philippe CAMUS
Dr Nicolas BAUDOIN
Dr Guillaume BELTRAMO
Dr Amaury BERRIER
Dr Cléo CAMUS
Dr Annlyse FANTON
Dr Nicolas FAVROLT
Dr Clément FOIGNOT
Dr Jean Christophe GARNIER
Dr Maximilien SPANJAARD
Dr Ayoub ZOUAK

Chefs de Clinique - Assistants

Dr Jade CHORVOZ
Dr Déborah SCHENESSE
Dr Pierre MOUILLOT

Médecins Attachés

Dr Cassandra CILT
Dr Philippe RAVIER
Dr Nathalie TUPIN

Médecins Allergologues

Dr Louise COLLIN
Dr Marzia IBRAHIMI
Dr Aurélie MILLIERE

Réhabilitation Respiratoire

Dr Jean Marc PERRUCHINI

Maladies Rares – Hôpital de Jour

Infirmières (8h-16h) :
03.80.29.55.58

Diététicienne

Mme Sandrine GUYON

IDE Tabacologue

Mme Charlotte LAURENT

Cadres infirmiers

Soins Intensifs Respiratoires
Unité d'Endoscopie - EFR
Mme Laure MALATY
03.80.29.32.50

Pneumologie

Hospitalisation Complète
Unité de Sevrage Ventilatoire - UARD
Mme Anne-Lise QUELLIER
03.80.29.32.63

Site de Pathologie Respiratoire
Médicamenteuse
www.pneumotox.com

Pneumologie
☎ 03.80.29.37.72 (8h - 18h)
secretariat.pneumologie@chu-dijon.fr

EFR
☎ 03.80.29.35.07 (8h - 16h)
secretariat.EFR@chu-dijon.fr

Sommeil/UARD
☎ 03.80.29.35.09 (8h - 16h)
secretariat.sommeil@chu-dijon.fr

Dijon, le lundi 24 mars 2025

Madame Corinne ROBERT-BETHUNE
Née ROBERT-BETHUNE de sexe Féminin le 11/01/1969

COMPTE RENDU D'HOSPITALISATION
Du 19/03/2025 au 25/03/2025

Motif d'hospitalisation* : Hémoptysie

Antécédents médicaux :

- Dilatation des bronches à priori séquelle d'une infection en 2006, compliquée d'hémoptysie, deux épisodes
- Vertige positionnel paroxystique bénin

Allergie : CODEINE et JOSAMYCINE

Traitement habituel : Aucun

Mode de vie :

Mme ROBERT-BETHUNE vit à domicile avec sa compagne. Elle est autonome pour les actes de la vie quotidienne.

Elle travaille comme expert-comptable sans notion d'exposition professionnelle.

Histoire de la maladie :

Pour rappel Madame ROBERT-BETHUNE a présenté en aout 2024 un premier épisode d'hémoptysie faisant découvrir un foyer de dilatation de bronches du lobe inférieur droit. La fibroscopie réalisée au CHAL montrait des sécrétions purulentes documenté à Staphylococcus aureus. L'évolution avait été favorable sous traitement médical avec une antibiothérapie par AMOXICILLINE.

Malheureusement, elle présente un second épisode d'hémoptysie mi-décembre 2024. Pour lequel, elle est hospitalisée en unité de sevrage ventilatoire au CHU Dijon. Elle évolue de nouveau favorable sous traitement médical seul avec une antibiothérapie probabiliste par CLAFORAN puis LEVOFLOXACINE.

L'histoire récente est marquée par récurrence d'hémoptysie évaluée de faible abondance le 19/03. Elle consulte donc aux urgences de Beaune dans ce contexte après avoir pris 1 ampoule d'EXACYL per os.

Aux urgences, la patiente bénéficie d'un scanner thoracique avec temps bronchique retrouvant les dilatations de bronches connues au niveau du lobe inférieur droit et du lobe moyen associé à un bronchocèle avec quelques plages de verre dépoli en regard. Il est débuté un traitement par 1 g d'EXACYL IV et en aérosols et la patiente est transférée aux soins intensifs respiratoires dans ce contexte.

A l'entrée dans le service :

Constantes : Apyrétique, TA : 127/68 mmHg, SpO2 : 98 % en air, FC : 70/min.

L'auscultation pulmonaire est claire et symétrique, sans bruit surajouté. Il n'y a pas de récurrence d'hémoptysie. Il n'existe pas non plus de signe de décompensation cardiaque. L'abdomen est souple, indolore, et dépressible. Il n'y a pas de signe fonctionnel urinaire.

Evolution dans le service* :

Nous mettons en place dès l'arrivée dans le service un traitement procoagulants par EXACYL I.V., aérosols, et DICYNONE IV. Il n'existe pas de récurrence d'hémoptysie après la mise en place du traitement. Au vu du 3^e épisode chez une patiente présentant un foyer de dilatations de bronches, nous discutons avec nos collègues radiologues interventionnels de la réalisation d'une radio embolisation bronchique. Il existe une cible au niveau de l'artère bronchique droite sur le scanner. Mais après discussion avec la patiente et devant des épisodes de faible abondance uniquement, il est décidé de temporiser le geste et de rediscuter si récurrence de grande abondance.

Nous prenons donc le parti de réaliser une fibroscopie bronchique à 48 heures de l'admission. Elle sera réalisée le 22/03. La patiente est incluse dans un protocole de recherche clinique, avec l'essai AVATAR. Elle sera randomisée dans le bras sans casque de réalité virtuelle. Le geste est de réalisation simple, retrouvant une bronche apicale du lobe inférieur droit, très malacique et totalement collabée avec du mucus en aval. Il n'existe pas d'anomalie du reste de l'arbre bronchique. La patiente bénéficie d'injections de sérum physiologique avec réalisation de fibroaspiration et de prélèvement à visée mycobactériologie, mycologique, bactériologique.

Il n'y a pas de récurrence, les traitements procoagulants sont progressivement arrêtés. Il n'y a pas de reprise des saignements bronchique à l'arrêt des traitements. La fibroscopie bronchique revient en faveur d'une colonisation à staphylococcus aureus sensible à l'AUGMENTIN, probablement la souche déjà mise en évidence au CHAL. La patiente bénéficie alors de la mise en place d'une antibiothérapie par AUGMENTIN à poursuivre pour une durée totale de 10 jours.

Dans le contexte de présence de plusieurs épisodes d'hémoptysie avec probable trigger infectieux, nous mettons en place une prévention par AZITHROMYCINE à dose anti-inflammatoire. La patiente sort également avec un traitement par EXACYL à prendre en cas de récurrence d'hémoptysie. Nous rappelons à la patiente la nécessité de contacter le service et de se rendre aux urgences en cas de récurrence de moyenne à grande abondance, ou de récurrence malgré la prise du traitement par EXACYL.

La patiente est autorisée à rentrer à domicile sous couvert d'un arrêt de travail pour une durée de 4 jours post hospitalisation.

Actes techniques* :

Fibroscopie bronchique réalisée le 22/03, avec inclusion dans l'essai AVATAR. La patiente sera randomisée dans le bras contrôle.

Il n'y a pas de complication au décours du geste, avec visualisation de la segmentaire apicale du lobe inférieur droit dilatée avec constatation d'une malacie sévère. On note la présence de sécrétions bronchiques en aval. Il n'y a pas de saignement actif visualisé au décours du geste. Et on ne retrouve pas d'anomalie du reste de l'arbre bronchique.

Biologie :

HB 14 g/dl, leucocytes 7,3 G/l sans anomalie de la formule, plaquettes 301 G/l.

Natrémie 140 mmol/l, kaliémie 4,9 mmol/l. Fonction rénale dans les normes avec DFG 105 mL/min/1,73 m², urée 3,9 mmol/l, créatinine 53 µmol/l. CRP 34,2 mg/l versus 62 mg/l la veille.

Sortie du patient* :

- Retour à domicile
- Hospitalisation à domicile (HAD)
- Transfert hospitalier
- Soins de suite et rééducation
- Autre :

Traitement habituel* :

Traitement de sortie* :

- Reprendre le traitement habituel
- Traitement habituel modifié
- Arrêt du traitement habituel
- Absence de traitement habituel

Ordonnance de sortie* :

- Ordonnance de sortie remise au patient
- Pas de traitement de sortie
- Ne nécessite pas d'ordonnance de sortie

Ordonnance de sortie :

AZITHROMYCINE 250 mg 1 cp les lundi, mercredi, vendredi

EXACYL 500 mg 2 cps si récidence

AUGMENTIN 1 g/125 mg 1 sachet matin, midi, et soir à poursuivre pendant 6 jours

DOLIPRANE 500 mg si besoin

Conclusion* :

Nouvel épisode d'hémoptysie dans un contexte de dilatation de bronches post-infectieuses, avec trigger infectieux documenté à Staphylococcus aureus.

Evolution favorable sous traitement médical sans récidence à l'arrêt de celui-ci, traitement antibiotique par AUGMENTIN.

Mise en route d'un traitement par AZITHROMYCINE 1 cp 3 fois par semaine à visée anti-inflammatoire.

Culture mycobactérie en cours.

Planification des soins* :

Retour à domicile.

Cs auprès du Docteur VAGNER en ville.

Bien confraternellement,

Docteur POISSON Camille	Interne BOUBIN Vincent
--------------------------------	-------------------------------

Facteurs de risque liés aux soins* :

- Survenue d'évènements indésirables pendant l'hospitalisation : oui non
- Patient connu porteur de micro-organismes multirésistants : oui non
- Pose d'un dispositif implantable pendant le séjour : oui non
- Transfusé pendant l'hospitalisation : oui non

Si oui, le patient a été transfusé en produits sanguins labiles durant son hospitalisation, et en a été informé. Il est conseillé de se soumettre à un suivi post-transfusionnel dans une période comprise entre un et trois mois conformément à l'article L-1232-3 du code de la Santé Publique.

Compte-rendu remis au patient (responsable légal ou personne de confiance)* : oui non

Correspondants :

Docteur LANG GERALDINE 19 RUE PISSEROTTE **Messagerie sécurisée 21200 MONTAGNY LES BEAUNE**

Docteur AMELINE VAGNER PNEUMOLOGUE 10 AVENUE MARECHAL FOCH **Messagerie sécurisée 21000 DIJON**

Corinne ROBERT-BETHUNE 34 RUE SAINTE MARGUERITE 21200 BEAUNE

