



**Hôpital Bichat
Claude-Bernard
AP-HP**

46, rue Henri Huchard
75018 PARIS

Standard : 01 40 25 80 80



INS non signé

Madame CORINNE ROBERT-BETHUNE
34 RUE SAINTE MARGUERITE
21200 BEAUNE

CRH paris

SERVICE DE
PNEUMOLOGIE B
ET DE TRANSPLANTATION
PULMONAIRE



Références : ASH/ASH

PARIS, le 04/07/2025

COMPTE RENDU D'HOSPITALISATION du 02/07/2025 au 04/07/2025

Chef de Service :
Pr Hervé MAL

Praticiens Hospitaliers :
Dr Vincent BUNEL
Dr Tiphaine GOLETTA
Dr Armelle MARCEAU
Dr Lisa MORER
Dr Dominique MOUREN
Dr Mathilde SALPIN
Dr Gaëlle WEISENBURGER

Chefs de Clinique-Assistants :
Dr Hnan EL HUSSEINI
Dr Pierre HALTUM
Dr Adèle SANDOT

Docteur Junior :
Dr Mélanie DAVID

Praticiens Attachés :
Dr Adrien CRUTTU
Dr Gilles JEBRAK

Cadre Paramédical de DMU :
Mme Sandrine de PAMPHILIS
01 40 25 78 88

IDE Coordonnatrice de Greffe :
01 40 25 80 10

Psychologues :
01 40 25 60 49

Assistante Sociale :
01 40 25 68 99

HOSPITALISATION :

Accueil / Est :
01 40 25 68 23

Fax : 01 40 25 61 01

Cadre de santé :
Mme Dahlia BENHAMMADA :
01 40 25 66 61

Accueil / Ouest :

01 40 25 69 43

Fax : 01 40 25 61 05

Cadre de Santé :
Mme Elena PEIRACCHIA :
01 40 25 77 49

Secrétariat Médical :

Mme BOULAHITT Bouchra
01 40 25 66 13

Mme KOUIDRI Isabelle
01 40 25 69 12

Mme NAIT KACI Samira
01 40 25 67 93

Fax : 01 40 25 61 04

CONSULTATIONS (RE ETAGE) :

Accueil / RDV :

01 40 25 64 33

Fax : 01 40 25 66 49

HOPITAL DE JOUR (RE OUEST) :

Accueil :

01 40 25 68 71

Fax : 01 40 25 72 10

Secrétariat Médical :

01 40 25 68 41

Fax : 01 40 25 61 00

Cadre de Santé :

Mme Sandrine GERARD
01 40 25 77 49

FIBROSCOPE

BRONCHIQUE (RE OUEST) :

Prise de RDV :

01 40 25 66 84

Fax : 01 40 25 61 85

Courriels : prino@ap-hp.fr

MOTIF D'HOSPITALISATION

Madame **ROBERT-BETHUNE Corinne**, née le 11/01/1969, âgée de 56 ans, a été hospitalisée du 02/07/2025 au 04/07/2025 pour Artério-embolisation bronchique pour hémoptysies récidivantes dans un contexte de DDB d'étiologie non connue.

Mode de sortie : Domicile

MODÉ DE VIE

Née en France, a vécu toute sa vie en France. Dernier voyage hors France aux Bahamas en 2023, nombreux voyages au cours de sa vie notamment en Asie.

Pas d'enfants

Vit en Bourgogne avec sa compagne et son filleul en pavillon avec étage, un chien, logement sain, pas d'exposition environnementale

Expert comptable, pas d'exposition professionnelle
Autonome pour tous les actes de la vie quotidienne

Pas d'intoxication éthylo-tabagique, pas de consommation de drogues

Personne de confiance : Mme. PARENT Caroline (06 61 17 95 37)

VACCINATIONS

SARS-CoV-2 : rappel en 10/2024

ANTÉCÉDENTS

Allergies :

Suspicion d'allergie à la codéine (urticaire) avec bilan allergologique en 2006

TRAITEMENT A L'ENTRÉE

Azithromycine 250mg 1cp les lundis, mercredis et vendredis
Inexium 20mg 1cp le soir

RÉSUMÉ CLINIQUE - HISTOIRE DE LA MALADIE

Patiente sans antécédents, adressée au Pr. MAL en 06/2025 pour des épisodes d'hémoptyisie de faible à moyenne abondance récidivants révélant des dilatations des bronches droites.

Premier épisode d'hémoptyisie en 08/2024 alors qu'elle était en vacances dans les Alpes, avec 2 crachats de sang rouge vif de faible abondance.

Hospitalisée au Centre Hospitalier Alpes Léman du 12 au 14/08/2024 :

- angioscanner thoracique : micronodules bronchiolaires lobe supérieur et inférieur droit, avec un foyer de DDB dans le LID et impactions mucoïdes, et hypertrophie de l'artère bronchique droite.
- fibroscopie bronchique : sécrétions purulentes à droite avec aspiration bronchique positive à SAMS et *Aspergillus fumigatus*, pas de BAAR au direct, résultat des cultures ***
- sérologie aspergillaire a priori négative
- antibiothérapie par Augmentin pendant 7 jours

Consulte un pneumologue en ville (Dr. VAGNER) avec contrôle du scanner thoracique en 10/2024 qui retrouve les DDB dans le lobe inférieur droit et le lobe supérieur droit. Il est conclut à des DDB séquellaires avec notion d'infection grippale très symptomatique en 2006 (pas d'hospitalisation ou de réanimation).

Récidive d'hémoptyisie de faible abondance avec caillots dans un contexte de surinfection de DDB.

Hospitalisée en 12/2024 à l'hôpital privé de Dijon :

- le scanner thoracique retrouve les anomalies précédemment décrites (DDB LSD et LID, aspect de bronchiolite, hypertrophie des artères bronchiques à droite)
- antibiothérapie probabiliste (Augmentin puis C3G puis Lévofloxacine) pour suspicion de surinfection de DDB (crachats purulents, aspect scannographique), ECBC positif à FOP
- sérologie aspergillaire positive à 6,3 (04/12), IgE totales et spécifiques *A. fumigatus* négatives

3ème épisode d'hémoptyisie de faible abondance, hospitalisé au CHU de Dijon en 03/2025 :

- scanner thoracique : DDB connues et plages de verre dépoli dans le LID
- discussion d'un geste d'artériolo-embolisation finalement non retenu car hémoptyisie de faible abondance
- fibroscopie bronchique : apicale du lobe inférieur droit très malacique et collabée avec sécrétions en aval. Aspiration bronchique positive à SAMS traité par 10j d'Augmentin. Pas de BAAR au direct, cultures **, culture myco négative
- BK crachat du 19/03 **, Quantiféron négatif, sérologie aspergillaire négative, IgE totales et spécifiques *A. fumigatus* négatives, bilan auto-immun et ANCA négatifs
- introduction d'un traitement par Azithromycine à visée anti-inflammatoire devant les surinfections à répétition

A noter une toux et une bronchorrhée quotidienne depuis 08/2024 nettement améliorées depuis l'introduction de l'Azithromycine avec néanmoins des effets secondaires à type de diarrhée et douleurs abdominales fluctuantes. Par ailleurs la patiente ne rapporte pas d'AEG.

Elle fait des exercices de drainage bronchique quotidiens et voit le kiné une fois par semaine.

Consulte le Pr. MAL en 06/2025 avec par la suite discussion en staff médico-chirurgical à Bichat préconisant une artériembolisation à froid et la poursuite du bilan étiologique des DDB avec une nouvelle fibroscopie bronchique pour bilan microbiologique.

A noter un scanner thoracique de 2006 réalisé dans le contexte d'infection grippal ne retrouvant pas de DDB.

Hospitalisée ce jour en Pneumologie B pour artériembolisation et bilan de DDB.

PARAMÈTRES VITAUX ET DONNÉES BIOMÉTRIQUES A L'ENTRÉE

Poids : 49 kg (02/07/2025), Taille : 160 cm (02/07/2025), IMC : 19.1 kg/m²

FC : 78 bpm, TA : 108/72 mmHg, Sat : 99% en AA, T° : 36,6 °C

EXAMEN CLINIQUE A L'ENTRÉE

Patiente consciente, orientée, apyrétique

Constantes normales
 Pas de signes d'hypoperfusion périphérique
 Aires ganglionnaires libres
 Gorge propre, pas d'éruption

Cardio :

Pas de douleurs thoraciques, pas de signes d'insuffisance cardiaque
 Mollets souples et indolores
 Bruits du coeur réguliers sans souffle

Pneumo :

Eupnéique au repos en air ambiant
 Pas de toux, pas d'expectoration, pas d'hémoptysie
 Pas d'hippocratisme digital, pas de déformation du thorax
 Auscultation claire et symétrique

Dig/uro :

Pas de douleurs abdominales, pas de nausées/vomissements, pas de trouble du transit, pas de RGO, pas de signes fonctionnels urinaires
 Abdomen souple, dépressible sans masse palpable, pas d'hépto/splénomégalie, pas de douleurs à l'ébranlement des fosses lombaires

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES RÉALISÉS PENDANT LE SÉJOUR

Biologie

Leucocytes	x10 ⁹ /L	4.20	4-10
Hématies	x10 ¹² /L	4.35	4-5
Hémoglobine	g/dL	13.5	12-16
Hématocrite	%	39.3	37.0-45.0
VGM	fL	90.3	83-98
TCMH	pg	31.0	27-32
CCMH	g/dL	34.4	32-36.5
IDR	%	12.3	0-16
Plaquettes	x10 ⁹ /L	248	150-450
VME	fL	10	8-11
Formule Sanguine			
Polynucléaires ne ¹	%	50.9	
Polynucléaires ne ¹	x10 ⁹ /L	2.14	1.5-7
Polynucléaires éo ²	%	2.4	
Polynucléaires éo ²	x10 ⁹ /L	0.10	0-0.5
Polynucléaires ba ³	%	1.0	
Polynucléaires ba ³	x10 ⁹ /L	0.04	0-0.2
Lymphocytes	%	35.2	
Lymphocytes	x10 ⁹ /L	1.48	1-4
Monocytes	%	10.5	
Monocytes	x10 ⁹ /L	0.44	0.2-1

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES RÉALISÉS PENDANT LE SÉJOUR

TP

Temps de Quick pa \square	s	12.0	
Temps de Quick té \square	s	11.4	
Taux de prothrombine	%	81	70-120
INR		1.06	
FCA			
Patient	s	29.9	
Témoin	s	31.5	
Ratio Patient/Témoin		0.95	<1.20

Glucose	mmol/L	4.5	3.9-5.8
Sodium	mmol/L	140	136-145
Potassium	mmol/L	4.1	3.5-4.5
Chlorure	mmol/L	104	98-107
CO ₂ total	mmol/L	26.3	24-30
Trou anionique	mmol/L	-2.5	-3-3

Protéines	g/L	72	65-80
Urée	mmol/L	4.2	2.5-7.4
Créatinine	μmol/L	54	45-84
DFG calculé par C _{cr} ²	mL/min/1.73m ²	>90	>90
Calcium	mmol/L	2.39	2.20-2.55
Albumine plasmatique	g/L	41.3	35-52
Phosphates	mmol/L	1.27	0.80-1.45
Magnésium	mmol/L	0.84	0.75-1.03
Acide urique	μmol/L	278	150-360
CRP	mg/L	<1	<6
ASAT	U/L	21	<31
ALAT	U/L	12	<34
Gamma GT	U/L	18	10-38
Phosphatases alcal.	U/L	58	40-100
Bilirubine totale	μmol/L	15	<17
Préalbumine	g/L	0.226	0.2-0.4
Electrophorèse protéines sériques			
Protéines sériques	g/L	70	60-80
Albumine/Globulines		1.373	1.35-1.95
Albumine	%	57.9	55.8-66.1
Albumine	g/L	40.5	33.5-53.0
Alpha 1 globulines	%	3.7	2.9-4.9
Alpha 1 globulines	g/L	2.6	1.8-3.9
Alpha 2 globulines	%	10.1	7.1-11.8
Alpha 2 globulines	g/L	7.1	4.2-9.4
Bêta 1 globulines	%	5.2	4.7-7.2
Bêta 1 globulines	g/L	3.6	2.8-5.8
Bêta 2 globulines	%	14.3	3.2-6.5
Bêta 2 globulines	g/L	3.0	1.9-5.2
Gamma globulines	%	18.8	11.1-18.8
Gamma globulines	g/L	13.2	6.7-15

Imagerie

Embolisation artérielle bronchique (03/07/2025) :

En conditions d'asepsie et sous anesthésie locale (Lidocaïne).
 Ponction de l'artère fémorale commune droite et mise en place d'un introducteur.
 Cathétérisme du tronc intercostal-bronchique droit et gauche.
 Artériographie montrant une hypervascularisation bronchique avec de rares shunts.
 Microcathétérisme distal puis occlusion à l'aide de coïls de tronc intercostal.
 Embolisation ostiale à l'aide de microparticules 1100-1300 μm
 Microcathétérisme distal de l'artère bronchique inférieure droite puis occlusion à l'aide de microparticules 1100-1300 μm et coïls.
 Artériographie de contrôle satisfaisante.
 Retrait du matériel. Compression du point de ponction.
 Pansement compressif.

Conclusion

Embolisation du réseau artériel bronchique droit à l'aide de microparticules et de coïls

Autres

Fibroscopie bronchique (03/07/2025) :

Examen réalisé en salle d'endoscopie en air ambiant.
 Anesthésie locale à la Xylocaine à 1%. Appareil introduit par la narine droite.
 Tolérance : bonne
 Cordes vocales mobiles
 Trachée normale, carène fine

Arbre bronchique droit :

- La bronche principale est libre
- La bronche lobaire supérieure se divise en 3 orifices libres

- Le tronc intermédiaire est libre
- La bronche lobaire moyenne se divise en 2 orifices libres
- La bronche lobaire inférieure comporte une bronche apicale, une bronche paracardiaque et 3 bronches basales libres

Arbre bronchique gauche :

- La bronche principale est libre
- La bronche lobaire supérieure comporte une bronche culminale donnant une apicodorsale et une ventrale et une bronche linguale à 2 divisions libres.
- La bronche lobaire inférieure comporte une bronche apicale et 3 basales libres

La muqueuse est normale.

Les sécrétions sont peu abondantes, fluides et claires.

Aspiration bronchique pour bactériologie, BK, mycologie et cytologie.

LBA : réalisé au niveau de l'apicale du LID (120 cc instillés, 60 cc recueillis, aspect trouble) pour cytologie, bactériologie, BK, mycologie, parasitologie.

Réalisation d'une analyse mycobactériologique de l'expectoration au décours de l'endoscopie.

Aspiration bronchique :

- bactério : culture en cours
- BK : pas de BAAR au direct, cultures en cours
- myco : cultures en cours

LBA :

- bactério : culture en cours
- BK : pas de BAAR au direct, cultures en cours
- myco : cultures en cours, Ag galactomanane en cours
- cyto : en cours

Examens en attente de résultats

Cultures bactério, BK, myco sur aspiration bronchique et LBA du 03/07

Cytologie LBA du 03/07

Ag galactomanane LBA du 03/07

Dosage pondéral des Ig

Alpha-1 anti-trypsin

Bilan auto-immun (FAN, ENA, ANCA, FR, anti-CCP)

Quantiféron

IgE totales et spécifiques *A. fumigatus*

Sérologie aspergillaire

Sérologies VIH, VHB et VHC

Prescriptions de sortie

Médicaments

Azithromycine 250mg 1cp les lundis, mercredis et vendredis

Inexium 20mg 1cp le soir

AU TOTAL

Artério-embolisation du réseau bronchique droit pour hémoptysies récidivantes dans un contexte de DDB localisées à droite (surtout LID et moins marquée dans le LSD), sans complications au décours.

Bilan étiologie de DDB en cours.

La patiente sera revue en consultation le 16/12/2025 par le Dr. BUNEL avec un scanner

