

COMPTE-RENDU DE PASSAGE AUX URGENCES

Edition du 19/03/2025 à 00:41

Date : **18/03/2025** 162929 212490081
Heure : **20:08** **ROBERT-BETHUNE** Nom de naissance : ROBERT-BETHUNE
CORINNE Date de naissance : 11/01/1969
Sexe : F **Age : 56a**
34 RUE STE MARGUERITE 21200 BEAUNE
07-61-03-96-60
Sortie : 19/03/2025 à 00:40

Prise en charge par : KALIS ALAIN

HUGONNET JULES
8 RUE PAUL BOUCHARD 21200 BEAUNE
03-80-24-72-66

PARENT CAROLINE personnel 06-61-17-95-37 AMI

Carte de mutuelle / assurance

MOTIF DE CONSULTATION

18/03/2025 20:21 par DEQUINCEY LEA

Hémoptysie

MP régul 15 pour hémoptysie

Découverte de bronchectasie au moins d'aout, même épisode en décembre, hospit sur CHU.

Ce jour reviens car hémoptysie de nouveau sur toux. Conseil du pneumologue de venir au urgences le plus proche.

A avalé une ampoule d'exacyl il y a 30 minutes, sur conseil du pneumo également.

Douleur thoracique au moment du saignement, et encore actuellement au SAU.

A l'impression d'odeur de sang quand elle respire.

Pas le teint pale, pas de signe de choc

ANTECEDENTS

bronchectasie

vertige bénin paroxystique

ALLERGIES

TRAITEMENTS HABITUELS

CONSTANTES D'ENTREES

Poids estimé: 43kg, Pouls : 73bts/min, TA droite : 99/68mmHg, T° : 36.2°C, SaO2 : 100%, EVA : 6, ventilation spontanée air ambiant, Hémoglobine : 12g/l

TRI ET GRAVITE 2 - inf. 20 minutes

HISTOIRE DE LA MALADIE

Connue du CHU pour hémoptysie sur DDB 2ème épisode en 12/2024 traitée par EXACYL IV, aérosol et LEVOFLO.

Serait allergique à l'Augmentin. *NON*

Ce jour nouvel épisode, abondance ? Revient sur les conseils du pneumo après avoir pris de l'EXACYL PO.

A l'arrivée aux urgences, persistance de quelques mucus teinté de sang.

EXAMEN CLINIQUE

KALIS ALAIN 18/03/2025 21:00

EXAMEN CLINIQUE SAU du 18/03/2025 21:22 par Dr KALIS ALAIN
Constantes correctes. TAs limite 100. PAs de tachycardie.
Pas de dyspnée.
Pas de douleur thoracique, en avait à son arrivée.
Ausc CP sans anomalie notable.
Pas d'OMI.
Abdomen souple et indolore.

Bio et scanner IV

EXAMEN CLINIQUE SAU du 18/03/2025 22:49 par Dr KALIS ALAIN
Bio RAS

Scanner

Pas d'embolie pulmonaire visible jusqu'à l'étage segmentaire
Pas de dilatation du tronc de l'artère pulmonaire ou du coeur droit
Pas d'anomalie cardiaque gauche ou aortique
Dilatation de l'artère bronchique droite naissant sur la face droite de l'aorte isthmique
Pas d'épanchement pleural ou péricardique
Pas d'adénomégalie médiastino-hilaire ou axillaire
Foyer de DDB cylindriques du Fowler droit avec bronchocèle et syndrome bronchiolaire en faveur d'un saignement bronchique, associé à quelques plages d'hémorragie intra alvéolaire
Pas d'anomalie significative sur le reste du parenchyme
Pas d'anomalie visible au dépens des structures osseuses et des organes sous diaphragmatiques dans les limites du champ d'exploration

CONCLUSION

Hémorragie intra alvéolaire et intra bronchique sur foyer de DDB cylindriques du Fowler droit. Dilatation de

l'artère bronchique droite naissant sur la face droite de l'aorte isthmique

EXAMEN CLINIQUE SAU du 18/03/2025 23:03 par Dr KALIS ALAIN

Avis pneumo pneumo SI,ok pour admission CHU, Exacyl 1 g aérosol et transfert.

CONCLUSION SAU

Hémoptysie, 3ème épisode sur DDB, rapprochement pneumo SI.

R04.2_hémoptysie [P]

J47_bronchectasie [S]

USC 18/03/2025 23:08

COMPTE-RENDU DE PASSAGE EN ZSCD

HISTOIRE DE LA MALADIE ZSCD

EXAMEN CLINIQUE

KALIS ALAIN 19/03/2025 00:40

CONCLUSION ZHCD

Transféré 19/03/2025 00:40

SORTIE

RETOUR A DOMICILE.
avec Passage en ZSCD

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

Médecins

Pr Philippe CAMUS
Dr Nicolas BAUDOUIIN
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.nneumotox.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 - 16h1)
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 séquellaire 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 récurrence**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 récurrence 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



CHU Dijon Bourgogne

Laboratoire de Biologie et de Pathologie

2 RUE ANGELIQUE DUCOUDRAY, BP 37013, 21000 DIJON – Tél : 03 80 29 56 77 Fax : 03 80 29 56 90
 Site : POLE DE BIOLOGIE ET PATHOLOGIE – PLATEFORME DE BIOLOGIE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE, 2 RUE ANGELIQUE DUCOUDRAY, 21000 DIJON

Responsable du laboratoire : Dr PASCAL GUERARD – Responsable du site : Dr Pascal GUERARD

ROBERT-BETHUNE, CORINNE
 Nom naissance : ROBERT-BETHUNE
 Prénom(s) de naissance : CORINNE
 Nom usuel : ROBERT-BETHUNE
 Prénom usuel : CORINNE
 DDN : 11/01/1969 Age : 56 ans Sexe : Féminin
 Lieu de naissance : 95680
 Adresse : 34 RUE SAINTE MARGUERITE
 21200 BEAUNE
 IPP CHU : 000068979730 NAD : 128652230
 INS : 269019568001932 (NIR)
 Adresse de messagerie de santé patient : 269019568001932@patient.mssante.fr

UF :
PNEUMOLOGIE SOINS INTENSIFS

Demande : 2507800732 Prélevé le : 19/03/2025 14:30 Service : 2061 PNEUMOLOGIE SOINS INTENSIFS
 Prescripteur : POISSON Camille
 Généré le : 05/05/2025 16:05 Compte-rendu : Partiel

Analyses	Résultats	Unités	Val. Réf.	Antériorités	Biologiste
----------	-----------	--------	-----------	--------------	------------

BACTERIOLOGIE MEDICALE - Tel 03 80 29 33 01
 Dr L. Amoureux - Dr J. Bador - Dr H. Benchaoui - Dr A. Chagnis - Dr A. Macellon - Pr O. Neuwirth - Dr J. Tatu - Dr P. Vermoulen

Techniques : - Culture sur milieux adaptés et en atmosphères adaptées BAJU
 - Si identification : spectrométrie de masse MALDI-TOF (Bruker), techniques biochimiques manuelles ou techniques biochimiques automatisées VITEK2 (Biomérieux)

Examen bactériologique d'un prélèvement broncho-pulmonaire - Expectoration (01)

Cellules épithéliales <10 /champs VEPI
(Coloration au bleu de méthylène)

Prélèvement non salivaire, culture réalisée VEPI

Examen direct par coloration de Gram

Leucocytes Très nombreux polynucléaires VEPI

Germes Nombreuse flore polymorphe VEPI

Culture et identification

Flore oro-pharyngée 5.10*7 UFC/mL BESA

Staphylococcus aureus 1.10*7 UFC/mL



CHU Dijon Bourgogne - Laboratoire de Biologie et de Pathologie

Patient : ROBERT-BETHUNE, CORINNE Nom na/ss. : ROBERT-BETHUNE DDN : 11/01/1969 Age : 56 ans Sexe : Féminin IPP CHU : 000088979730			Demande : 2507800732 Partiel Prélevé le : 19/03/2025 14:30 Complet le : Prescripteur : POISSON Camille	
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Analyses	Résultats	Unités	Val. Réf.	Antériorités	Biologiste
----------	-----------	--------	-----------	--------------	------------

Antibiogramme

		2 cm (mg)
PENICILLINE G	R	
AMOXICILLINE	R	
AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	S	
OXACILLINE	S	0.5
CEFACLOR	S	
CEFAZOLINE	S	
CEFOTAXIME et C3G injec.	S	
IMPENEME	S	
GENTAMICINE	S	<= 0.5
KANAMYCINE	S	<= 4
LEVOFLOXACINE	I	<= 0.12
ERYTHROMYCINE	S	0.5
AZITHROMYCINE	S	
CLARITHROMYCINE	S	
CLINDAMYCINE	S	0.25
PRISTINAMYCINE	S	
DALFOPRISTINE + QUINUPRISTINE	S	<= 0.25
TETRACYCLINE	S	<= 1
NITROFURANTOINE	S	<= 16
TRIMETHOPRIME + SULFAMIDES	S	<= 10
FOSFOMYCINE	S	<= 8
RIFAMPICINE	S	<= 0.03
ACIDE FUSIDIQUE	S	<= 0.5
VANCOMYCINE	S	<= 0.5
TEICOPLANINE	S	<= 0.5
LINEZOLIDE	S	1

VEPI

Technique: antibiogramme manuel par diffusion ou automatisé VITEK2 (Biomérieux)
 Interprétation selon les recommandations du CASFM 2022v1

BAJU

- S : Sensible à posologie standard
- I : Sensible à forte posologie
- R : Résistant
- : Non testé ou absence de critères d'interprétation pour le couple germe/antibiotique

Recherche de mycobactéries dans un prélèvement broncho-pulmonaire - Expectoration (02)

Examen direct

Recherche de bacilles acido-alcoolo-résistants **Absence**
 (Coloration à l'auramine, Borealsys, Biocentric)

VEPI

Culture et identification

Culture en milieu liquide **En cours**

Culture en milieu solide **En cours**

En cours

En cours

VEPI

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE - Tel 03.80.29.33.01
 Pr F. Dalle - Dr E. Bailly - Dr L. Bastmejian - Dr M. Sauboul - Dr S. Vaipi

Marqueurs fongiques dans le sang

Recherche de Beta-Glucanes

1-3-Béta-D-Glucanes : **<3.8 pg/mL** <3.8 <3.8 04/12/2024 18:15 SAMA
Turbidimétrie cinétique - Réactif : Lincosone (Wako Fujifilm)



Les Interférences potentielles figurent dans le Manuel de Prélèvements : chu-dijon.manuelprelevement.fr

CHU Dijon Bourgogne - Laboratoire de Biologie et de Pathologie

Patient : ROBERT-BETHUNE, CORINNE	Demande : 2507800732	Partiel
Nom naiss. : ROBERT-BETHUNE	Prélevé le : 19/03/2025 14:30	Complet le :
DDN : 11/01/1969	Age : 56 ans	Sexe : Féminin
IPP CHU : 000068979730	Prescripteur : POISSON Camille	

Analyses	Résultats	Unités	Val. Réf.	Antériorités	Biologiste
----------	-----------	--------	-----------	--------------	------------

!!! Changement de technique le 04/11/2024, modification des seuils d'interprétation !!!
 Seuil (limité) proposé par le fournisseur: 7 pg/ml.
 Des essais réalisés au laboratoire ont montré que des valeurs comprises entre 4 et 7 pg/ml doivent être considérées comme significatives. De nombreuses études* ont également calculé un cut-off optimisé permettant d'augmenter la sensibilité du test tout en conservant une excellente spécificité. Un Cut-off de 4 pg/ml permet ainsi d'avoir une sensibilité moyenne de 80% tout en conservant une spécificité de 90%.
 Le béta-glucane est un composant de la paroi de la plupart des champignons, détecté dans le sang des patients en cas d'infection fongique invasive (à l'exception des mucormycoses et de la cryptococcose) et dans la pneumocystose. La sensibilité du test est de 50 à 90% en fonction du champignon en cause. Des réactions faussement positives existent : certaines bactériémies sous traitements antibiotiques, dialyse sur membrane de cellulose, chirurgie (principalement digestive), injection d'albumine ou de veinoglobulines.
 *Bibliographie disponible dans notre manuel de prélèvement (<https://chu-dijon.manuelprelevement.fr/>).

Recherche d'Antigène Aspergillaire

Ag aspergillaire (galactomannane) : 0,04 index <0,5 BAEL

Phlebia Aspergillus Ag - Biored

La recherche d'Ag galactomannane est indiquée en criblage systématique pluri-hebdomadaire pour le dépistage de l'aspergillose invasive chez le patient à haut risque (reutropénique), ou de façon ponctuelle en cas de suspicion chez les autres patients, notamment non neutropéniques. Dans ce dernier cas, la sensibilité est plus faible. En moyenne la sensibilité est de 70% et la spécificité de 90% (des réactions faussement positives existent).

Sérodiagnostic des Candidoses systémiques

Ac mannane (Candida) : Négatif Négatif 04/12/2024 18:16 BAEL

EIA - Réactif Phlebia Candida Ab Plus - Biored

Ac mannane titre : 0.1 UA/mL <5.0 0.1 04/12/2024 18:16 BAEL

< 5 : Nég ; >= 5 et < 10 : équivoque ; >= 10 : positif

Ag mannane (Candida) : Négatif Négatif 04/12/2024 18:16 BAEL

EIA - Réactif Phlebia Candida Ag Plus - Biored

Ag mannane titre : 0.0 pg/mL <62.5 <62.5 04/12/2024 18:16 BAEL

< 62.5 : Nég ; >= 62.5 et < 125 : équivoque ; >= 125 : positif

La recherche combinée de l'antigène mannane et des anticorps anti-mannanes a montré son intérêt dans le diagnostic et le suivi des candidoses systémiques chez les patients à risque d'infections fongiques invasives, en association avec les hémocultures fongiques et le bilan de colonisation. Il est recommandé de réaliser un suivi régulier (2 dosages par semaines) des patients à risque.

Examen d'un prélèvement broncho-pulmonaire - Expectoration (14)

Mycologie standard

Examen microscopique fongique : Négatif VAST

Eat frais (sans onzole)

Culture fongique standard : Négative BAEL

Culture sur gélose Candida Chromagar

Culture fongique prolongée : Négative BALO

Culture sur milieu de Sabouraud

Culture - identification

Absence d'éléments fongiques en culture BALO

SÉRODIAGNOSTIC DES MALADIES INFECTIEUSES - Tél 03.80.29.33.01
 Dr C. Aubrey - Dr N. Aulré - Dr A. Cassez - Dr A. de Rougemont - Pr F. DAVE - Dr P. Bailly - Dr L. Bismaciari - Dr M. Saitour - Dr S. Vétot

Diagnostic indirect des infections tuberculeuses

Témoin négatif (TN) : 0.014 UI/mL <8 CAAL

Ag TB-TN (tube 1) : 0 UI/mL <0,35 CAAL

Ag TB-TN (tube 2) : 0 UI/mL <0,35 CAAL

Témoin positif - TN : >10 UI/mL >0,5 CAAL

***Conclusion :** NEGATIF, infection à Mycobacterium tuberculosis peu probable. CAAL

(ELISA, Quantiferon TB Gold Plus (QFTB - Plus), Qiagen)

Mesure in vitro de la réponse IFN-gamma consécutive à la stimulation par les peptides ESAT-6 et CFP-10 associés à l'infection par Mycobacterium tuberculosis.

Sérologie Aspergillaire

Sérologie aspergillose (dépistage) : Négative BALO

ELISA - Reactif Aspergillus fumigatus IgG

Sérologie aspergillose index : 0.67 index BALO

index : < 0.9 négatif ; 0.9 à 1 équivoque ; > 1 positif / Changement de seuil !



CHU Dijon Bourgogne - Laboratoire de Biologie et de Pathologie

Patient : ROBERT-BETHUNE, CORINNE Nom naiss. : ROBERT-BETHUNE DDN : 11/01/1969 Age : 56 ans Sexe : Féminin IPP CHU : 000068979730	Demande : 2507800732 Partiel Prélève le : 19/03/2025 14:30 Complet le : Prescripteur : POISSON Camille
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Analyses	Résultats	Unités	Val. Réf.	Antériorités	Biologiste
Sérologie aspergillose conclusion :	Absence d'anticorps à taux significatif				BALO

VIROLOGIE MEDICALE - Tel 03.80.29.33.01
 Dr. D. Aubry - Dr. N. Achraf - Dr. A. Cassinaz - Pr. A. de Rougemont

Examen d'un prélèvement des voies respiratoires Ecouvillon naso-pharyngé (08)

ARN du virus de la grippe A (virus influenza A) <i>Amplification génique (Flu A/B/RSV, Panther Fusion, Hologic)</i>	Négatif				OUAB
ARN du virus de la grippe B (virus influenza B) <i>Amplification génique (Flu A/B/RSV, Panther Fusion, Hologic)</i>	Négatif				OUAB
ARN du VRS <i>Amplification génique (Flu A/B/RSV, Panther Fusion, Hologic)</i>	Négatif				OUAB
ARN du virus parainfluenza 1 <i>Amplification génique (Parainfl, Panther Fusion, Hologic)</i>	Négatif				OUAB
ARN du virus parainfluenza 2 <i>Amplification génique (Parainfl, Panther Fusion, Hologic)</i>	Négatif				OUAB
ARN du virus parainfluenza 3 <i>Amplification génique (Parainfl, Panther Fusion, Hologic)</i>	Négatif				OUAB
ARN du virus parainfluenza 4 <i>Amplification génique (Parainfl, Panther Fusion, Hologic)</i>	Négatif				OUAB
ADN de l'Adénovirus <i>Amplification génique (AdUMMP/VRV, Panther Fusion, Hologic)</i>	Négatif				OUAB
ARN du Metapneumovirus <i>Amplification génique (MetMMP/VRV, Panther Fusion, Hologic)</i>	Négatif				OUAB
ARN du Rhinovirus <i>Amplification génique (MetMMP/VRV, Panther Fusion, Hologic)</i>	Négatif				OUAB

IMMUNOLOGIE - Tel 03.80.29.57.10
 Dr. D. Lakomy - Dr. J. Cosme - Dr. S. Francès

Auto-Immunité / SERUM

Autoanticorps antinucléaires (ANA)

Ac anti-nucléaires <i>(Méthode Immunofluorescence Indirecte sur cellules HEp2, réactifs INOVA - QUANTA Lysar - Wampet)</i> Des anticorps antinucléaires au titre de 80 sont retrouvés chez 10-15% des sujets sains. Des anticorps antinucléaires au titre égal ou supérieur à 160 sont à interpréter en fonction des résultats des anticorps anti-ADN double brin et anti-antigènes nucléaires solubles.	Positif				COJU
Titre 80	Aspect nucléaire : Moucheté fin		<80		COJU

Autoanticorps anti-cytoplasme des polynucléaires neutrophiles

ANCA <i>(Méthode Immunofluorescence Indirecte sur polynucléaires neutrophiles, réactifs INOVA - QUANTA Lysar - Wampet)</i>	Négatif		<20		LADA
Ac anti-myéloperoxydase					
Ac anti-MPO <i>(Méthode Immunofluorescence en flux - Bioplex - Biorad)</i>	<0.2 UA/mL		<1.0		LADA
Ac anti-protéinase 3					
Ac anti-PR3 <i>(Méthode Immunofluorescence en flux - Bioplex - Biorad)</i>	<0.2 UA/mL		<1.0		LADA

Autoanticorps anti-membrane basale glomérulaire

Ac anti-MBG <i>(Méthode Immunofluorescence en flux - Bioplex - Biorad)</i>	<0.2 UA/mL		<1.0		LADA
-------------------------------------------------------------------------------	------------	--	------	--	------

Exploration biologique de l'allergie



CHU Dijon Bourgogne - Laboratoire de Biologie et de Pathologie

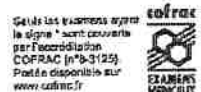
Patient : ROBERT-BETHUNE, CORINNE Nom naiss. : ROBERT-BETHUNE DDN : 11/01/1969 Age : 56 ans Sexe : Féminin JPP CHU : 000068979730	Demande : 2507800732 Partiel Prélevé le : 19/03/2025 14:30 Complet le : Prescripteur : POISSON Camille
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Analyses	Résultats	Unités	Val. Réf.	Antériorités	Biologiste
Dosage IgE totales					
IgE totales <small>(Méthode FEA - ImmunoCAP - ThermoFisher)</small> La valeur de référence indiquée tient compte de l'âge du patient.	34.90	kU/L	< 114	30 90 04/12/2024 10:10	LADA
IgE spécifiques : Pneumallergènes - Dosage					
Microorganismes					
m3 Aspergillus fumigatus <small>(Méthode FEA - ImmunoCAP - ThermoFisher)</small>	<0.10	kU/L	<0.10	<0.10 04/12/2024 10:10	LADA

Validé par : BALO: Dr Louise BASMACIYAN, CAAL: Dr Alice CASENAZ, BESA: Dr Sakina SENABADJI, VEPI: Dr Pierre VERMEULEN, BAJU: Dr Julien BADOR, COJU: Dr Justine COSME, DAFR: Pr Frédéric DALLE, BAEL: Dr Eloïse BAILLY, TEJE: Dr Jennifer TETU, LADA: Dr Daniela LAKOMY, SAMA: Dr Marc SAUTOUR, OUAB: Interne Abdeljalil OUIZZOU, VAST: Dr Stéphane VALOT

Les interférences potentielles figurent dans le Manuel de Prélèvements : chu-dijon.manuelprelevement.fr




 Détails des examens ayant le signe * sont couverts par l'accréditation COFRAC (n°19-3125). Prêt à disposition sur www.cofrac.fr



CHU Dijon Bourgogne

Laboratoire de Biologie et de Pathologie

2 RUE ANGELE DUCOUDRAY, BP 37013, 21000 DIJON – Tél : 03 80 29 56 77 Fax : 03 80 29 56 90
 Site : POLE DE BIOLOGIE ET PATHOLOGIE – PLATEFORME DE BIOLOGIE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE, 2 RUE ANGELE DUCOUDRAY, 21000 DIJON
 Responsable du laboratoire : Dr PASCAL GUERARD – Responsable du site : Dr Pascal GUERARD

ROBERT-BETHUNE, CORINNE

Nom naissance : ROBERT-BETHUNE
 Prénom(s) de naissance : CORINNE
 Nom usuel : ROBERT-BETHUNE
 Prénom usuel : CORINNE
 DDN : 11/01/1969 Age : 56 ans Sexe : Féminin
 Lieu de naissance : 95680
 Adresse : 34 RUE SAINTE MARGUERITE

21200 BEAUNE
 IPP CHU : 000068979730 NAD : 128652230
 INS : 269019568001932 (NIR)
 Adresse de messagerie de santé patient : 269019568001932@pajonl.mssante.fr

UF :
PNEUMOLOGIE SOINS INTENSIFS

Demande : 2508001034 Prélevé le : 21/03/2025 13:15 Service : 2061 PNEUMOLOGIE SOINS INTENSIFS
 Prescripteur : SCHENESSE Deborah RPPS : 10101545241
 Généré le : 05/05/2025 16:06 Compte-rendu : Partiel

Analyses	Résultats	Unités	Val. Réf.	Antériorités	Biologiste
----------	-----------	--------	-----------	--------------	------------

BACTERIOLOGIE MEDICALE - Tel 03 80 29 33 01
 Dr. Amoultoux - Dr. Baber - Dr. B. Benouach - Dr. A. Chapuis - Dr. A. Marillon - Pr. C. Neuwirth - Dr. J. Tatu - Dr. P. Vermeulen

Examen bactériologique d'un prélèvement broncho-pulmonaire - Fibro-aspiration (03)

Examen direct par coloration de Gram

Leucocytes	Rares	VEPI
Germes	Rares cocci à Gram positif	VEPI

Culture et Identification

<i>Staphylococcus aureus</i>	>100.10 ³ UFC/mL	BESA
Flore oro-pharyngée	>100.10 ³ UFC/mL	



CHU Dijon Bourgogne - Laboratoire de Biologie et de Pathologie

Patient : ROBERT-BETHUNE, CORINNE Nom naiss. : ROBERT-BETHUNE DDN : 11/01/1969 Age : 56 ans Sexe : Féminin IPP CHU : 000068979730	Demande : 2508001034 Partiel Prélevé le : 21/03/2025 13:15 Complet le : Prescripteur : SCHENESSE Deborah				
Analyses	Résultats	Unités	Val. Réf.	Antériorités	Biologiste

Antibiogramme

	1
	CM# (mg%)
PENICILLINE G	R
AMOXICILLINE	R
AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	S
OXACILLINE	S <= 0.25
CEFACLOR	S
CEFAZOLINE	S
CEFOTAXIME et C3G inject.	S
IMIPENEME	S
GENTAMICINE	S <= 0.5
KANAMYCINE	S <= 4
LEVOFLOXACINE	I <= 0.12
ERYTHROMYCINE	S 0.5
AZITHROMYCINE	S
CLARITHROMYCINE	S
CLINDAMYCINE	S 0.25
PRISTINAMYCINE	S
DALFOPRISTINE + QUINUPRISTINE	S <= 0.25
TETRACYCLINE	S <= 1
NITROFURANTOINE	S <= 16
TRIMETHOPRIME + SULFAMIDES	S <= 10
FOSFOMYCINE	S <= 8
RIFAMPICINE	S <= 0.03
ACIDE FUSIDIQUE	S <= 0.5
VANCOMYCINE	S <= 0.5
TEICoplanine	S <= 0.5
LINEZOLIDE	S 1

VEP

Technique: antibiogramme manuel par diffusion ou automatisé VITEK2 (Biomérieux)
 Interprétation selon les recommandations du CASFM 2022v1

S : Sensible à posologie standard

I : Sensible à forte posologie

R : Résistant

- : Non testé ou absence de critères d'interprétation pour le couple gène/antibiotique

TEJE

Recherche de mycobactéries dans un prélèvement broncho-pulmonaire - Fibro-aspiration (02)

Examen direct

Recherche de bacilles acido-alcoolo-résistants Absence
 (Coloration à l'auramine, Borealys, Biocentric)

SOAN

Culture et identification

Culture en milieu liquide En cours

Culture en milieu solide En cours

En cours

En cours

SOAN



Examen d'un prélèvement broncho-pulmonaire - Fibro-aspiration (01)

Mycologie standard



Les interférences potentielles figurent dans le Manuel de Prélèvements : chu-dijon.manuelprelevement.fr

CHU Dijon Bourgogne - Laboratoire de Biologie et de Pathologie

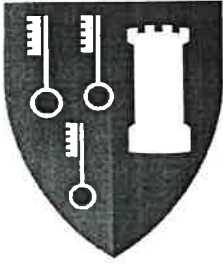
Patient : ROBERT-BETHUNE, CORINNE Nom naiss. : ROBERT-BETHUNE DDN : 11/01/1969 Age : 56 ans Sexe : Féminin IPP CHU : 000068979730	Demande : 2508001034 Partiel Prélevé le : 21/03/2025 13:15 Complet le : Prescripteur : SCHENESSE Deborah
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Analyses	Résultats	Unités	Val. Réf.	Antériorités	Biologiste
Examen microscopique fongique : <small>Catégorie white</small>	Négatif				SAMA
Culture fongique standard : <small>Culture sur gélose Candida Chromagar</small>	Négative				SAMA
Culture fongique prolongée : <small>Culture sur milieu de Sabouraud</small>	Négative				BALO
Culture - identification					
Absence d'éléments fongiques en culture					BALO

Validé par : BALO: Dr Louise BASMACIYAN, SOAN: Dr Angélique CHAPUIS, BESA: Dr Sakina BENABADJI, BAJU: Dr Julien BADOR, SAMA: Dr Marc SAUTOUR, VEPT: Dr Pierre VERMEULEN, TEJE: Dr Jennifer TETU, DAFR: Pr Frédéric DALLE



Les interférences potentielles figurent dans le Manuel de Prélèvements : chu-dijon.manuelprelevement.fr



HOSPICES CIVILS DE BEAUNE

Centre Hospitalier Philippe Le Bon

Avenue Guigone de Salins – BP 40104 – 21203 BEAUNE Cedex

IMAGERIE MEDICALE

Secrétariat : 03.80.24.44.32 - Fax : 03.80.24.45.77

Dr De Angelis F. - Dr Dechaseaux T. - Dr Thouant P. - Dr Bonnefoy T.

Madame ROBERT-BETHUNE Corinne
Nom de naissance : ROBERT-BETHUNE
Née le 11/01/1969
Sexe : F

Date de l'examen : 18/03/2025
SERVICE : URG
MEDECIN : KALIS Alain

Nom machine : REVO HD , puissance : 3 , date installation : 21/01/2019 , N° agrément : 210024

Dose globale : , CDTIvol : 25,27 mGy, région : 5.13 Angio Aorte Thorax HR

MA

Produit : OPTIRAY 350 - 500ML, quantité inj : 75ML

SCANNER THORACIQUE AVEC INJECTION

ANGIOSCANNER AORTIQUE

INDICATION

Hémoptysie sur DDB

TECHNIQUE

Acquisition volumique sur le thorax après injection au temps artériel

RESULTATS

Pas d'embolie pulmonaire visible jusqu'à l'étage segmentaire

Pas de dilatation du tronc de l'artère pulmonaire ou du cœur droit

Pas d'anomalie cardiaque gauche ou aortique

Dilatation de l'artère bronchique droite naissant sur la face droite de l'aorte isthmique

Pas d'épanchement pleural ou péricardique

Pas d'adénomégalie médiastino-hilaire ou axillaire

Foyer de DDB cylindriques du Fowler droit avec bronchocèle et syndrome bronchiolaire en faveur d'un saignement bronchique, associé à quelques plages d'hémorragie intra alvéolaire

Pas d'anomalie significative sur le reste du parenchyme

Pas d'anomalie visible au dépens des structures osseuses et des organes sous diaphragmatiques dans les limites du champ d'exploration

CONCLUSION

Hémorragie intra alvéolaire et intra bronchique sur foyer de DDB cylindriques du Fowler droit. Dilatation de l'artère bronchique droite naissant sur la face droite de l'aorte isthmique

Hubert COCHET - RPPS 10100119311

Ce compte-rendu a été relu et validé électroniquement par le médecin signataire

18/03/2025 22:43

Examen interprété en téléradiologie

N° HI25004670



Prélevé le : 21/03/2025

Reçu le : 21/03/2025 à 13:20

Prescrit par : Dr SPANJAARD MAXIMILIEN
Double à : Dr PNEUMOLOGIE2 SECRETARIAT

ROBERT-BETHUNE CORINNE

11/01/1969 Age : 56

Sexe : F Code postal : 21200

NDA : 126652230



Docteur VAGNER AMELINE
SCP DE PNEUMOLOGIE
PNEUMOLOGIE
10 AVENUE MARECHAL FOCH
21000 DIJON

COMPTE RENDU DE PATHOLOGIE

DUPLICATA édité le 05/05/2025

MILLIERE

BIOPSIES BRONCHIQUES

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

Femme de 56 ans porteuse d'une dilatation de bronches focale de l'apicale du lobe inférieur droit compliquée d'hémoptysies récidivantes. Aspect infiltré de l'orifice bronchique avec infiltration de l'éperon. Le lit bronchique d'aval est très remanié, boursoufflé. Recherche d'argument pour une infiltration pathogène fongique ou infiltration néoplasique.

MICROSCOPIE :

2 fragments biopsiques. Inclusion en totalité en deux blocs. 2 niveaux de coupes, coloration HES.

La paroi bronchique est tapissée d'un revêtement bronchique cylindrique cilié non dysplasique souvent abrasé. Cette muqueuse est sous-tendue par un conjonctif siège d'un infiltrat inflammatoire marqué riche en lymphocytes T (CD3+) et B (CD20+) en polynucléaires neutrophiles (CD15+) et en plasmocytes (CD138+). Les colorations spéciales par le Pas et le Grocott ne mettent pas en évidence d'agent pathogène. Absence de caractère suspect de malignité.

CONCLUSION :

Biopsies bronchiques : paroi bronchique siège de remaniements inflammatoires marqués sans caractère suspect de malignité.

Le 27/03/2025

Docteur Alice MILLIERE
Praticien Hospitalier
Compte-rendu validé électroniquement

