

Examen(s) souhaité(s)

Type de demande **Cardiologie**

Acte **EFC - Cardio, ETT - Echographie cardiaque transthoracique** Nombre **1**

Données de la demande

N° de demande **LSTM-2015-027854**

Statut de la demande **demande envoyée**

Priorité **Routine**

Date de la demande **04/07/2015** **09:59**

Exécutant

UF d'hébergement **EXPLO FONCT CARDIO ACY**

Demandeur

UF de responsabilité **PNEUMO**

UF d'hébergement **PNEUMO**

Demandeur

Autres informations

RdV souhaité le **04/07/2015** à

Commentaire

Mobilité **alité + oxygène**

**Délai souhaité \*** \* champs obligatoire

Rapide (moins de 48h) **Jour particulier**

Dans la semaine

Externe

Hospit de Jour / Semaine, à programmer ultérieurement

**Echographie(s) antérieure(s) :** \*

Oui  Non

Date :

Résultats : **Echo coeur = péricarde sec, VCI > 2 cm, CD non dilatée**

**Cardiologue traitant**

Oui  Non

**Motif de la demande :** \*

Bilan de dyspnée

Suspicion d'EI

Bilan Préthérapeutique

Evaluation de valvulopathie / Bilan de souffle

Suivi cardiologique (IRC, HTAP, HTA...)

Recherche de cardiopathie emboligène

Autre

BNP :  Non dosés

Pathologie pulmonaire connue  Oui  Non **cancer pulmonaire métastatique**

EP évoquée  Oui  Non

**Renseignements cliniques**

Patient de 69 ans adressé par le Dr pour prise en charge d'un adénocarcinome broncho-pulmonaire, biomol non connue car impossible.

Anamnèse :

- radio pulmonaire fin **février 2015** sur syndrome grippal, dyspnée et encombrement bronchique trainant : opacité lobe inférieur gauche
- TDM thoraco-abdomino-pelvien le **4 mars 2015** : lésion médiastino-hilaire gauche de 10 cm et du Fowler droit de 17 x 27 mm ; adénopathies médiastinales (dont une aorto-pulmonaire de 24 x 19 mm et une sous carinaire de 26 x 18 mm) Aspect nodulaire de la surrenale droite (21\*15mm) comme de la gauche (24\*23mm), à priori connu selon le patient.
- fibroscopie bronchique réalisée par le Dr Pirolet le **25/03/15** : infiltration du lobe supérieur gauche avec sténose quasi complète
- résultat de la biopsie = aspect de carcinome peu différencié à type d'adénocarcinome TTF1 négatif
- IRM encéphalique le **23 mars 2015** : pas d'argument pour des lésions secondaires
- TEP scan prévu le 1er avril mais n'a pas réussi à rester allongé donc non réalisé

Hospitalisé pour décompensation respiratoire avec majoration d'une hypercapnie à 60mmHg et nécessitant une oxygénothérapie à 3L min.

La radiographie thoracique retrouve un poumon gauche blanc.

L'échographie retrouve un volumineux épanchement pleural G libre, postérolatéral et inférieur, mesuré jusqu'à 35 mm d'épaisseur, et s'étendant sur au moins 12 cm de hauteur en position assise.

Drainage thoracique sous échographie le 08/04 ramenant plus d'un litre d'un liquide hémattique.

Le liquide pleural est exsudatif : protéine=42g/L. cyto confirme la metastase pleurale de l'adenocarcinome.

Au total : adenocarcinome de stade IV

Decision de la RCP du 09/04 d'une chimiothérapie par carboplatine-taxol : 3 cures puis évaluation

Le scanner du **4 juin 2015** (après les 3 cures de carboplatine - taxol) retrouve malheureusement une progression tumorale avec la persistance du volumineux processus ganglio-hilaire gauche mesurant 10 x 11 cm responsable d'une atelectasie complète du lobe supérieur gauche, majoration de l'épanchement pleural avec atelectasie passive partielle du lobe inférieur gauche, augmentation de taille des adénopathies sous-carinaires et apparition d'adénomégalies rétro-auriculaires et de la loge de Baréty. L'image du fowler à droite est stable mesurant 24 X 15 mm, on retrouve l'hyperplasie nodulaire surrenalienne bilatérale stable avec un nodule de 21 X 15 mm à droite et un nodule de 25 X 23 mm à gauche.

l'épanchement pleural a été drainé une nouvelle fois (6 litres). La fibroscopie a été contrôlée pour tenter de nouvelles biopsies mais saignement au moindre contact ne permettant de nouvelles biopsies.

Patient PS=1

hospitalisation en pneumo du 15/06/15 au 03/07/2015 pour majoration de la dyspnée:

Sur le plan pneumologique, le cliché thoracique mettait en évidence la majoration de l'épanchement pleural gauche de forte abondance avec un poumon quasiment blanc. Il y a également une part d'atélectasie sur cette image de poumon blanc comme on avait pu l'objectiver à la dernière fibroscopie.

Le bilan biologique était sans particularité hormis un syndrome inflammatoire et une CRP à 162.

-un drainage pleural par voie radiologique et sous repérage échographique pour bien faire la part des choses entre l'atélectasie et la pleurésie.

En effet, la 1ère ponction pleurale du 24/06 sans repérage échographie n'avait permis de retirer que 60 ml d'un liquide séro-hématique très épais. Le drain pleural a permis d'évacuer environ 6 l d'un liquide séro-hématique. Progressivement, l'amélioration clinique respiratoire a été obtenue via cette évacuation d'une grande quantité de pleurésie et par quelques jours de corticothérapie par SOLUMEDROL.

La fibroscopie bronchique du 24/06 retrouvait une sténose complète de la lobaire supérieure gauche par une infiltration de la muqueuse. Il y avait un saignement important au contact de la tumeur ne permettant pas de faire de biopsies. L'éperon de division lobaire supérieur gauche, lobaire inférieur gauche est élargi. Il y a un aspect de compression extrinsèque de la lobaire inférieure probablement par l'épanchement. Il y a une infiltration de la muqueuse au niveau du lobe inférieur gauche de type lymphangitique. Ainsi, les nouveaux prélèvements de biologie moléculaire n'ont pu être faits.

2ème ligne de traitement par immunothérapie (NIVOLUMAB), C1 le 02/07.

REVENU ce jour car maintien a domicile difficile, chute dorsale avec algie++++ vit seul, peu d'aide.

se dit extrêmement fatigué et essoufflé au moindre effort.  
il est hypotendu et très tachycarde 120/130/min  
la diurèses est conservée mais rare, pas de pli cutané ni sécheresse muqueuse, soif ++  
paleur cutanéomuqueusen apyrétique  
silence auscultatoire poumon G, pas de sueur ou cyanose, SaO2 90/92% sous 4l ( sous 3l a domicile)

ECG = RSR a 120, pas de signes ischémiques  
Echo coeur = péricarde sec, VCI &gt; 2 cm, CD non dilatée

**Informations patient : \***

- Externe  
 Hospitalisé

Téléphone patient : [REDACTED]  
Téléphone du service : [REDACTED]

Isolement  Oui  Non

**Information sur le séjour du patient au moment de la création de la demande**

Venue patient : 715474848

UF Hébergement : 6120 PNEUMO [REDACTED] Chambre A517

UF Responsabilité : 6120 PNEUMO [REDACTED]

valid. : [REDACTED]