

**LETTRE DE SORTIE**

Mme X: née le 21.04.1965

Séjour : du 28/02/2017 au 09/03/2017

---

**MOTIF D'HOSPITALISATION**

2ème cure de chimiothérapie de type BEACOPP. Jour 1: Rituximab 375mg/m<sup>2</sup> IV  
Jours 1–4: Etoposide 50mg/m<sup>2</sup> IV + doxorubicin 10mg/m<sup>2</sup> IV + vincristine 0.4mg/m<sup>2</sup> IV

Jour 5: Cyclophosphamide 750mg/m<sup>2</sup> IV

Jours 1–6: Prednisone 60mg/m<sup>2</sup> p.os 2x/j.

**DIAGNOSTIC PRINCIPAL**

Lymphome B diffus à grandes cellules lié au HIV avec envahissement des surrénales, diagnostiqué en janvier 2017

avec :

- 2ème cure de chimiothérapie de type BEACOPP, qui s'est déroulée sans complication du 28.02. à 16h au 05.03.2017.

**DIAGNOSTIC SECONDAIRE :**

- Hypokaliémie substituée.
- Insuffisance surrénalienne substituée.
- Infection HIV-1 de stade C3 traité avec: Tivicay 1x par jour, Truvada 1cp/j
- Trouble anxio-dépressif traité

**COMPLICATIONS**

Nihil.

**ANTECEDENTS PERSONNELS PERTINENTS**

- Ancienne tuberculose bacillaire traitée pendant 6 mois en 2007.

**INTERVENTIONS ET PROCEDURES NON CHIRURGICALES**

- Chimiothérapie par protocole BEACOPP

## **SYNTHESE DE L'HOSPITALISATION ET PRISE EN CHARGE DES PROBLEMES**

Madame .X est une patiente de 52 ans, connu pour un HIV récemment diagnostiqué ainsi que pour un lymphome de type B avec un envahissement des surrénales. Elle a bénéficié d'une première cure de chimiothérapie de type BEACOPP du 8 février au 12 février 2017, un dernier ultrason abdominal du 19 février 2017 montrait une diminution des masses surrénales.

La patiente est réhospitalisée le 28 février 2017 pour sa 2<sup>ème</sup> cure de chimiothérapie.

Celle-ci se déroule sans complication du 28 février au 5 mars 2017. Dès le 5 mars, la patiente est mise sous Neupogen avec une absence d'agranulocytose. A noter que

lors de la dernière cure de chimiothérapie, l'agranulocytose s'était manifestée un peu plus tardivement mais malgré notre volonté de garder le patient dans notre unité pour surveillance, la patiente veut quitter l'hôpital.

Nous vous proposons de réaliser un contrôle de la formule sanguine complète avec répartition, contrôle de la fonction rénale, de la CRP, des urates et des LDH le vendredi 11 mars et le lundi 14 mars 2017.

Nous proposons également d'adapter le régime à cause du risque d'agranulocytose en supprimant les crudités pour privilégier des aliments bien cuits. L'hospitalisation s'est compliquée d'une hypokaliémie jusqu'à 2,8 mmol/l, qui se corrige après une substitution iv.

Nous vous adressons le rapport concernant le patient susnommé, né le 12.08.1970, hospitalisé chez nous du 27.01.2017 au 18.02.2017.

### Diagnostic

#### 1. Pseudomyxome péritonéal,

- 08.12.11 CT abdomino-pelvien: ascite compartimentée d'importance modérée, net épaissement du grand omentum
- 13.12.13 Echographie de l'abdomen et ponction d'un liquide gélatineux
- Cytologie: compatible avec un pseudomyxome péritonéal
- 19.12.13 Gastro- et colonoscopie sans évidence de tumeur
- Status après laparotomie, debulking de la masse, omentectomie, péritonectomie,
- CT de l'abdomen du 19.09.2016: masse tumorale évolutive intra- et rétropéritonéale

#### Situation actuelle

Augmentation de l'ascite dans le cadre de métastases péritonéales. Nouvelle apparition d'iléus du grêle dans le contexte de la tumeur péritonéale. Pas de métastases d'organes.

#### 2. Septicémie sévère en présence d'un iléus du grêle/d'un subiléus du côlon et d'un compartiment abdominal

- péritonite par infiltration
- leucocytose >12, tachycardie, tachypnée, température corporelle >38°C

#### Microbiologie

- Hémocultures 2x2 du 01.2.2017: pas de croissance
- Culture urinaire du 01.2.2017: pas de croissance

#### 3. Malnutrition sévère

- NRS 5 BMI 18 le 4.2.2017, consultation nutritionnelle à 2 reprises

#### 4. Troubles électrolytiques au cours d'un syndrome de réalimentation pour malnutrition

- Hypokaliémie et hypophosphatémie substituées

#### 5. Anémie normochrome normocytaire

- Anémie postopératoire par spoliation, anémie tumorale
- Carence en acide folique

### Traitement

- Debulking de la tumeur abdominale le 28.1.2017
- Laparotomie exploratrice avec adhésiolyse
- Evacuation de 1.5 litre d'ascite séro-sanguinolente
- Iléostomie à double canons dans l'abdomen inférieur droit le 01.2.2017
- Mise en place d'un anneau de caoutchouc (drain abdominal): 01.-10.02.2017
- Alimentation parentérale: 04.2. - 15.2.2017 Traitement nutritionnel
- Substitution en électrolytes
- Transfusion de 4 culots érythrocytaires au total: 03.02.2017 (2x) et 05.02.2017 (2x)

## **Histologie**

Tissu tumoral intrapéritonéal:

Infiltrats par un adénocarcinome mucineux (de bas grade) associés à des masses étendues d'un mucus acellulaire.

## **Evolution** (Ad 1,2)

Déroulement peropératoire sans complication.

Transfert en USI après l'opération. Administration transitoire de noradrénaline et remplissage, puis de diurétiques au cours de l'évolution, en raison d'une hypotension et d'une diurèse insuffisante persistantes. Obtention d'une diurèse adéquate et de valeurs tensionnelles normales. Taux d'Hb bas stable. Renoncement initial à une transfusion sanguine.

Le 30.01.17, transfert du patient dans le service des lits de chirurgie avec apparition le 01.02.2017 d'une péjoration aiguë de l'état général avec abdomen aigu dans un contexte de tableau clinique et biologique de septicémie et nouvelle instabilité hémodynamique. Mise en évidence au CT d'un iléus du grêle et d'air libre dans la cavité abdominale et au niveau de la paroi abdominale gauche. Epaissement partiel de la paroi de certains segments du grêle, dans le cadre d'une péritonite ou d'une ischémie. Indication à une nouvelle laparotomie le jour même. 1.5 litre de liquide séro-sanguinolent est retiré durant l'intervention et on trouve de nombreuses adhérences précoces, un iléus chronique du grêle et un subiléus du côlon, nécessitant l'installation d'une iléostomie à double canons Il n'y avait pas de perforation, ni signe de fasciite. Compte tenu du status peropératoire, on a retenu l'hypothèse d'un début de compartiment abdominal.

Reprise du patient intubé dans l'USI après l'opération. Evolution sans complications et extubation le lendemain 02.02.2017, alors que le patient se trouve en état hémodynamiquement stable. Introduction prudente d'une alimentation progressive par sonde, associée à une alimentation parentérale complétée par des apports par voie orale.

L'antibiothérapie débutée avant l'opération a été poursuivie après cette dernière en l'absence de germe évident. L'apport de volume intensif mis en place pendant l'intervention aux fins de stabilisation hémodynamique a nécessité l'administration forcée de diurétiques au cours de la phase postopératoire avec un véritable bilan négatif.

Le 03.02.2017, reprise du patient dans le service des lits de chirurgie en état afébrile et hémodynamique stable.

Evolution lente en raison d'une reprise lente du transit intestinal, qui a nécessité un traitement procinétique et une stimulation intestinale énergique. Rétablissement très tardif de la fonction normale de l'iléostomie. Retrait des fils et des agrafes le 12.2.2017.

## **Ad 3,4)**

En raison de la carence alimentaire prolongée, on a mis en place une alimentation parentérale après la seconde intervention avec un renforcement à la suite de l'absence prolongée de transit intestinal. Développement d'un syndrome de *refeeding*, qui a pu être traité de manière satisfaisante par une substitution

électrolytique et une alimentation parentérale réduite. Consultation nutritionnelle à 2 reprises avec augmentation progressive de l'alimentation et ultérieurement réduction, puis arrêt, de l'alimentation parentérale. L'alimentation par la sonde gastrique à ensuite dû être interrompue en raison de l'absence de passage.

Ad 5)

Développement en postopératoire d'une anémie symptomatique due aux pertes sanguines durant l'opération. Transfusion de 4 culots érythrocytaires au total, suivis d'un retour des valeurs d'Hb à un niveau normal.

Nous avons pu transférer Mr XY dans le centre de réhabilitation le 18.02.2017 en bon état général et avec des plaies calmes

### **Rapport du séjour en USI du 28.1.17 au 31.1.17 SAPS NEMS 180 Pt**

Prise en charge postopératoire à l'USI après laparotomie et debulking tumoral. Assistance circulatoire peropératoire. Extubation sans difficultés avant le transfert. Perte de 800ml de sang sans chute significative de l'hémoglobine. Retrait de 2 l d'ascite et d'env. 6 l de masse tumorale gélatineuse. Intervention sous couverture antibiotique. Diurèse plutôt faible pendant l'opération avec émission d'une urine concentrée. La sonde gastrique a été retirée peu après l'intervention en raison d'un mauvais positionnement.

A l'entrée à l'USI, patient réveillé, adéquat, en légère normocarde, stable sur le plan respiratoire avec 3 l d'O<sub>2</sub> par voie nasale. Pansement abdominal sec. Analgésie avec PDA thoracique (D10-11).

En présence, malgré l'administration de boli de volume liquidien, persistance d'une hypotension et d'une diurèse insuffisante motivant l'administration transitoire de noradrénaline. Celle-ci a pu être interrompue par la suite chez un patient devenu hémodynamiquement stable. La poursuite de la substitution liquidienne et un traitement diurétique faiblement dosé ont permis d'assurer par la suite une diurèse suffisante. Les paramètres de rétention rénale sont restés à tout moment dans les limites de la norme. Les taux d'Hb étaient bas, mais stables, et nous avons renoncé à une transfusion sanguine compte tenu d'un seuil transfusionnel de 7g/l.

Le patient était afébrile et la plaie opératoire était calme et sèche. Douleur bien contrôlée sous PDA continue. La PDA a pu être mise en place avant le transfert dans le service des lits. Une reprise prudente de l'alimentation a pu commencer à l'unité des soins intensifs déjà avec un traitement laxatif adéquat.

Mr R a pu être transféré dans le service des lits de chirurgie le 31.01.17.

**Rénal:** créatinine dans la norme avec diurèse suffisante au cours de la journée.

**Infection:** CRP en augmentation, pas d'antibiothérapie

**Notes du dossier aux USI 01.02. – 03.02.17 SAPS NEMS 260 Pt**

Transfert du service des lits de chirurgie avec des douleurs abdominales en progression, associées à une tachypnée et à une tachycardie. Le patient avait subi un debulking tumoral pour un pseudomyxome péritonéal le 28.01.17. Un CT abdominal réalisé pour cette raison le 01.02.17 a mis en évidence beaucoup d'air libre dans la cavité abdominale et un emphysème des parties molles s'étendant du thorax à la hanche gauche.

Patient stable à l'entrée sur le plan hémodynamique et respiratoire et avec des douleurs modérées sous analgésie / PDA. Après discussion avec le Prof. W., il décide de réopérer dans la mesure où une fasciite nécrosante ne peut être exclue. Pas de perforation, ni de signes suggestifs d'une fasciite lors de l'opération. On a trouvé une ascite claire et un iléus chronique du grêle. On a procédé à la mise en place d'une iléostomie à double canons en raison de l'iléus chronique du grêle avec paroi iléale épaissie, ainsi qu' en présence d'un iléon terminal envahi par la tumeur et d'un caecum au passage incertain. Mise en place d'un drain (anneau de caoutchouc) supplémentaire dans le petit bassin.

Dans la vue d'ensemble, on a retenu un très probable syndrome de compartiment abdominal débutant.

Patient initialement instable durant l'opération avec une bonne réponse aux apports liquidiens (3 l au total) et à l'administration transitoire de noradrénaline.

Renoncement à une transfusion d'érythrocytes en l'absence de pertes sanguines significatives. L'antibiothérapie introduite déjà avant l'intervention a été poursuivie.

Lors de la reprise postopératoire, le patient intubé était stable sur le plan hémodynamique et respiratoire et ne nécessitait pas de catécholamines. Le sevrage étant adéquat, extubation le jour suivant, soit le 02.02.17.

Une reprise prudente de l'alimentation par sonde combinée avec une alimentation parentérale a pu être démarrée avec succès le 02.02. En parallèle, introduction lente d'une alimentation par voie orale.

L'antibiothérapie a été poursuivie en l'absence persistante de germes identifiés. Un traitement diurétique forcé a été introduit avant le transfert dans le service des lits et on a administré deux culots érythrocytaires en raison d'un taux d'Hb à 65g/l.

### **Rapport opératoire du 28.01. 2017 à 9 heures**

Diagnostic clinique: Progression tumorale en présence d'un pseudomyxome péritonéal connu

Opération: Exérèse des métastases de la paroi abdominale  
Debulking tumoral étendu en présence d'un pseudomyxome à production relativement forte de sécrétions gélatineuses

Diagnostic postopératoire: Tumeurs résiduelles dans le petit bassin, debulking tumoral relativement bon le long de l'abdomen supérieur et sur l'intestin grêle

### **Opération**

Positionnement rectal, badigeon de Bétadine.

Reprise de l'ancienne cicatrice de laparotomie médiane avec un abdomen ballonné. Dès le plan sous-cutané, on tombe sur des masses tumorales qui sont excisées. L'abord dans la cavité abdominale est aisée après l'exérèse des masses tumorales. On trouve d'importantes masses gélatineuses, qui sont extraites mécaniquement et par rinçage. Prise simultanée du péritoine ventral, y compris les masses tumorales.

On arrive ensuite à exposer le grêle du Treitz jusqu'à l'iléon et à l'isoler franchement de la tumeur à l'aide de ciseaux. Masses tumorales relativement grossières au niveau iléocæcal, dans la région du côlon transverse et dans le petit bassin. L'abdomen supérieur est à peine accessible. Debulking étendu. Contrôle de l'hémostase. Repositionnement de l'intestin. La réadaptation de la musculature rectale antérieure est possible malgré l'excision des masses tumorales. Fermeture du plan sous-cutané. Fermeture de la peau.

## **Rapport opératoire du 01.02.2017. à 14 heures**

Diagnostic clinique

Abdomen aigu sur/avec

- pseudomyxome péritonéal
- status post-laparotomie avec debulking tumoral abdominal le 28.01.2017

Opération

Laparotomie exploratrice avec adhésiolyse

- évacuation d'1.5 litres de liquide d'ascite séro-sanguinolent
- iléostomie à double canons dans la fosse iliaque droite

Diagnostic postopératoire

- iléus chronique de l'intestin grêle, subiléus du côlon avec masses tumorales dans le caecum, éléments tumoraux disséminés, de plus petite taille – diamètre maximal de l'iléon 8cm

### **Opération:**

Abord par l'ancienne cicatrice (l'emphysème sous-cutané n'est plus palpable qu'au niveau ventral gauche et basithoracique, mais plus au niveau abdominal).

Après l'ouverture du péritoine, l'aspiration ramène essentiellement de l'ascite séro-sanguinolente, mais pas d'air. Aspiration d'environ 1.5 litre d'ascite. On assistait peut-être à la constitution d'un compartiment abdominal débutant. Libération au doigt de nombreuses adhérences précoces par la Dresse XX. Les organes de l'abdomen supérieur sont sans particularités à l'examen succinct, si l'on excepte la présence diffuse, à la palpation de toute la cavité abdominale, de petits nodules sur les parois de l'intestin et de l'abdomen, ne nécessitant pas une résection. La révision de l'intestin grêle révèle un iléus chronique de ce dernier avec un diamètre maximal du grêle de 8cm. Il n'y a cependant pas de lésions de la séreuse par la distension associée à l'iléus chronique. La longueur de l'intestin grêle atteint bien 2.5m. Pas de diverticule de Meckel. Notamment pas de signes de perforations ni de fuites, même en rapport avec la tumeur. Status post-appendicectomie. La révision du cadre colique met en évidence dans le caecum des masses tumorales étendues, le côlon ascendant paraissant moins atteint, tout comme l'angle droit. Le côlon transverse est marqué par de multiples petits nodules de pseudomyxome péritonéal. Le sigmoïde n'est que peu dilaté. Dans la région du côlon, absence de tout signe de lésion de la paroi intestinale ou de fuite. Le petit bassin montre des signes d'envahissement marqué par le pseudomyxome péritonéal. Pas d'air dans la paroi abdominale et aspect normal des fascias visualisés. Nous retenons donc l'hypothèse selon laquelle la préparation du fascia gauche lors de la fermeture de la paroi abdominale était responsable de l'air visualisé dans la paroi abdominale gauche au CT. Aucun signe de fasciite nécrosante ni de gangrène.

L'iléus chronique du grêle notamment avec un diamètre d'intestin grêle allant jusqu'à 8cm et le subiléus du côlon posent l'indication à une iléostomie à double canons

L'iléon terminal est aussi infiltré par le pseudomyxome péritonéal ; à env. 10cm de la valvule iléo-caecale en direction orale on trouve cependant un segment mou d'une longueur d'env. 10cm, qui pourra être évacué par la suite par une iléostomie à double canons au niveau de la fosse iliaque droite. Avant l'évacuation, on a procédé à une courte iléotomie pour aspirer l'intestin grêle avec fermeture par PDS 3-0 EKN avant l'extraction. Mise en place d'un drain de silicone épais dans la fosse iliaque gauche et le petit bassin. Fermeture de la paroi abdominale. Ouverture ensuite de l'iléostomie et fixation par Prolène 3-0 EKN et moyennant une tige couchée. Le segment afférent est en position caudale médiale et le segment efférent en position

crânio-latérale. La perfusion de l'iléostomie est bonne et il n'y a pas de tension.  
Pansement stérile.

Transfert du patient intubé à l'USI.

**LETTRE DE SORTIE**

Mr ZZZ né le 09.08. 1954  
Séjour : du 17/06/2017 au 24/06/2017

**MOTIF D'HOSPITALISATION**

Hépatectomie gauche élective dans le cadre d'un traitement inversé.

**DIAGNOSTIC PRINCIPAL**

Métastases hépatiques entre le lobe gauche et le segment IV d'un adénocarcinome, diagnostiqué en février 2017  
sigmoïdien moyennement différencié.

**DIAGNOSTICS SECONDAIRES**

stéatose mixte

**ANAMNESE ACTUELLE ET STATUS D'ENTREE**

Monsieur **ZZZ** est un patient de 63 ans connu pour un adénocarcinome sigmoïdien métastatique au niveau hépatique depuis février 2017. On note la présence d'une volumineuse lésion principale de 11,6 cm entre le lobe gauche et le segment IV, associée à une lésion satellite de 3,1cm.

Monsieur **ZZZ** bénéficie dès mars 2017 d'une chimiothérapie sous la forme de 6 cures de Folfiri-Cetuximab avec une bonne réponse biologique (baisse des marqueurs CEA et CA19-9) de même que radiologique avec une diminution de la taille du nodule principal à 9cm, de même que de la lésion sigmoïdienne. Pour cette raison, l'indication à un traitement chirurgical inversé, comprenant dans un premier une hépatectomie gauche puis, à 4-6 semaines plus tard une sigmoïdectomie est retenue.

**INTERVENTIONS CHIRURGICALES**

Le 17.06.2017

Hépatectomie partielle du lobe gauche et du segment IV

**INTERVENTIONS non CHIRURGICALES**

Tumor Board 19.06.2017

**DIAGNOSTIC ANATOMO-PATHOLOGIQUE**

Rapport histologique du 17.06.2017

.

**Diagnostic:**

Cholécystectomie:

- Cholécystite chronique avec cholestérolose de la paroi.

Ganglion de l'artère hépatique :  
- 2 ganglions lymphatiques sans lésion.

Hépatectomie gauche

- Multiples métastases d'un adénocarcinome moyennement différencié compatible avec l'origine colique connu, mesurant entre 0.2 et 8.5 cm de grand axe avec un bord de type infiltratif.
- Les 2 métastases principales sont en régression tumorale partielle (TRG3) ; les micrométastases montrent une régression mineure (TRG 4-5).

## **SYNTHESE DE L'HOSPITALISATION ET PRISE EN CHARGE DES PROBLEMES**

Les suites de l'hépatectomie gauche sont simples et marquées par une reprise rapide du transit, d'une alimentation standard ainsi que d'une mobilisation libre. L'antalgie est d'abord assurée par un cathéter de péridurale relayé par un traitement oral de Morphine et Paracetamol efficace, et finalement progressivement stoppée en l'absence de douleur.

Un blake abdominal drainant le site de résection est laissé en place quelques jours et peut être retiré suite au tarissement de l'écoulement abdominal et l'exclusion d'une fuite biliaire.

Le résultat histopathologique de la pièce de résection retrouve plusieurs métastases dont les deux principales sont en régression partielle et, malgré quelques images d'invasion périnerveuse, les marges chirurgicales sont sans tumeur (la plus proche à 0,4 cm). Compte tenu de la mauvaise réponse histologique à la chimiothérapie (TRG 4-5), le panel interdisciplinaire ne propose pas de chimiothérapie postopératoire après résection de la tumeur primaire.

Le patient sera vu en consultation à l'Hopital XY, ou il réside, par le Dr X pour la prise en charge chirurgicale au niveau colique. Un suivi post ablation de la tumeur primaire selon les recommandations de la société suisse de gastro-entérologie sera à organiser par la suite.

L'évolution est favorable, si bien que Monsieur **ZZZ** peut rentrer à domicile le 24.06.2017. Il bénéficiera de l'ablation des fils de suture le 02.07.2017, soit à 15 jours de l'intervention à votre cabinet.

## **SUIVI A LA SORTIE**

Suite de prise en charge au niveau colique à l'hôpital de XY

## **COMPTE-RENDU OPERATOIRE**

Date d'intervention : 17/06/2017 11 h

### **DIAGNOSTIC**

Métastase d'un adénocarcinome sigmoïdien.

### **INTERVENTION**

Hépatectomie partielle du lobe gauche et du segment IV

Ultrason peropératoire.

Test au bleu de méthylène.

Cholécystectomie

### **DESCRIPTION DE L'INTERVENTION**

Sous anesthésie général

Patient en décubitus dorsal. Désinfection et champtage habituels. Incision bi-sous costale.

Accès aisé à la cavité péritonéale. On débute l'intervention par la cholécystectomie.

On enchaîne avec une mobilisation du foie gauche qui sera difficile en raison de l'atrophie du lobe gauche. Le foie droit est de taille tout à fait satisfaisante et le foie gauche est majoritairement occupé par cette tumeur et donc du parenchyme hépatique non fonctionnel. Nous ne pensons pas qu'il y ait un risque d'insuffisance hépatique postopératoire. On aborde le pédicule en disséquant l'artère hépatique gauche qui sera liée au Vicryl 2.0. On libère également en évidence une artère probablement pour le segment IV qui sera laissée intacte et liée secondairement. La section de l'artère hépatique gauche nous donne un jour sur la veine porte gauche dont on fait le tour et qui sera liée au Vicryl 2.0 également. Section de la veine porte gauche. Bonne décoloration du lobe gauche. Le segment IV a l'air viable et nous mettons un bouledogue sur l'artère que nous pensions être à destination du segment IV: décoloration immédiate du segment IVb. On complète donc la ligature de l'artère du segment IV qui sera également sectionnée. On effectue ensuite un ultrason qui nous montrera les limites de la tumeur et confirmera qu'il faut passer à droite de la veine sagittale. Nous essayerons de faire le tour de la veine sagittale après avoir disséqué le ligament d'Arantius en passant postérieurement à ce dernier. Malheureusement cette manoeuvre s'avèrera difficile et nous renoncerons à laquer le tronc commun gauche/sagittal de la veine sus-hépatique. On effectue la parenchymotomie au CUSA, en clippant et en liant les branches de plus de 2mm. Du côté pédiculaire, on déportera notre dissection de manière à conserver le Spiegel. On aborde la voie biliaire dont on fera le tour et qui sera liée au Prolène 2.0. Crânialement, nous faisons finalement le tour du tronc commun de la veine sus-hépatique sagittale et gauche. Mise en place d'un clamp aortique et résection de la veine après l'avoir nettoyée plus distalement de manière à obtenir une bonne collerette, de même pour sa fermeture. Ectomie de la pièce. Fermeture du moignon du tronc commun de la veine sus-hépatique par un surjet aller/retour de Prolène 4.0. Retrait des clamps. Pas de saignement.

On effectuera ensuite un test au bleu de méthylène en réouvrant le canal cystique: pas de fuite biliaire. Retrait du cathéter de Cook et ligature du canal cystique.

.Rinçage de la cavité péritonéale et complément d'hémostase. La bilistase est parfaite. Mise en place d'un drain de Blake dans la cavité laissée par l'hépatectomie. Fermeture de la bi-sous costale en deux plans par 2 surjets de PDS 1CTX Surjet intradermique de Prolène 3.0 pour la peau. Pansements

## **Résumé de séjour aux Soins Intermédiaires et péri-interventionnelle (IMC)**

### **Durée de séjour IMC**

Début: 17.06.2016 14:14:00 Fin: 18.06.2016 16:54:00 Durée de prise en charge: 26 h : 40 min.

### **Diagnostic principal**

Hypovolémie

### **Diagnostic secondaire \***

Hyperglycémie nécessitant de l'insuline

Douleurs post op fortes

**Scores spécifiques SAPS/NEMS : 92**

**Rapport de sortie****Patient XY 28.12.2016****Hospitalisation** du 28.12.2016 au 04.05.2017**Diagnostic de garçon prématuré eutrophique, né à 26 4/7 semaines de grossesse, poids de naissance 940g (P 50)****Syndrome de détresse respiratoire par déficit de surfactant****Dysplasie bronchopulmonaire légère****Hypotension artérielle****Syndrome d'apnées-bradycardie du prématuré****Infection bactérienne néonatale****Omphalite (diagnostic initial 10.01.17)****Anémie sur hémorragie fœtale à la suite d'un décollement placentaire****Anémie de la prématurité****Hyponatrémie****Hyperbilirubinémie non conjuguée sur naissance prématurée****Reflux gastro-œsophagien****Hernie inguinale bilatérale (herniotomie 22.04.17)****Données périnatales***Mère* de 18 ans, 0 grossesse antérieure*Rupture de la poche des eaux* à la naissance, liquide amniotique clair*Naissance* le 28.12.2016 à 20:24 heures à 26 4/7 semaines de grossesse (terme calculé 01.04.2017) par césarienne primaire en urgence en position céphalique,*Lieu de la naissance* (hôpital): Maternité de l'hôpital XX*Enfant* de sexe masculin, unique, Apgar: 1/3/9*Paramètres à la naissance*: Poids 940 g (P 50), circonférence crânienne 25.5 cm (P 50), taille 35.5 cm (P 50)*Scores CRIB II*: 10,*NEMS à l'unité des soins intensifs de néonatalogie*: 2609,*NEMS soins continus de néonatalogie*: 3057*Groupes sanguins**Mère*: 0, Rh positif, anticorps: négatifs. *Enfant*: A, Rh positif, anticorps (Coombs direct): négatif**Grossesse***Grossesse*: Déroulement normal de la grossesse jusque-là. Hémorragie vaginale soudaine le 28.12.16, raison de l'arrivée à l'XX.*Sérologies/frottis*: HBV négatif Rougeole immunisé*Toxoplasmose* négatif / *Streptocoques du groupe B* inconnu*Lues* négatif

## **Naissance et premiers soins**

*Naissance:* Césarienne en urgence en présence de saignements vaginaux en progression sur décollement placentaire prématuré sans possibilité d'induction de maturation pulmonaire préalable.

*Premiers soins:* L'enfant est né flasque, bradycarde et sans activité respiratoire. Par conséquent, début de respiration assistée au masque et massage cardiaque chez un enfant en bradycardie persistante durant 5 minutes au total.

Intubation après 6 minutes. Enfant devenu immédiatement normocarde. Possibilité par la suite d'une réduction lente de la FiO<sub>2</sub> initialement à 1.0. A l'arrivée de l'équipe de prise en charge équipée de surfactant, administration de surfactant alors que l'enfant était âgé d'1 heure. Poursuite de la baisse de la FiO<sub>2</sub> à 0.3. Mise en place d'un cathéter veineux ombilical. Prélèvement d'hémocultures et groupage sanguin. Administration ensuite de garamycine, Clamoxyl et perfusion de glucose. Enfant avec tension artérielle stable.

Transport par ambulance sans problèmes sous ventilation conventionnelle dans notre unité de soins intensifs de néonatalogie pour la suite de la prise en charge.

## **Evolution**

*Ad Syndrome de détresse respiratoire sur déficit en surfactant et dysplasie bronchopulmonaire*

Nous avons poursuivi au sein de notre unité la ventilation sans complication particulière, ce qui a conduit à une réduction bien tolérée des besoins en FiO<sub>2</sub> et avec amélioration des paramètres-respiratoires. Extubation réussie après 18 heures, le 29.12.16, avec assistance ventilatoire subséquente par CPAP nasal.

La suite a été marquée par des hypopnées et des apnées sous CPAP. Une infection a dès lors dû être exclue à plusieurs reprises par des examens cliniques et de laboratoire.

Le 20.01.17 (24<sup>e</sup> jour de vie), réintubation en raison d'apnées récurrentes sévères.

Divers examens virologiques n'ont pas confirmé d'infection et il n'y avait aucun signe suggestif d'une infection bactérienne ; une hémorragie intracrânienne fraîche a été exclue par échographie. Le 23.01.17, tentative d'extubation infructueuse avec réintubation après à peine une heure. Extubation durable à partir du 27.01.17.

Depuis lors, stable sous respiration assistée par CPAP. Celle-ci a été appliquée pour la dernière fois le 17.2.17, au 52<sup>e</sup> jour de vie.

Compte tenu d'un besoin d'oxygène supplémentaire persistant au-delà du 28<sup>e</sup> jour de vie et jusqu'à l'âge gestationnel de 33 3/7 semaines de grossesse, il s'agit d'une dysplasie bronchopulmonaire légère. Nous avons donc introduit dès le 17.01.2017 un traitement adjuvant de diurétiques sous substitution sodique et limitation des apports liquidiens globaux. Les diurétiques ont pu être stoppés le 20.02.17. Nous retenons l'hypothèse d'un déficit en surfactant et d'une conséquence d'une dysplasie bronchopulmonaire légère.

*Ad Hypotension artérielle*

Une hypotension artérielle (avec une valeur minimale de 21 mmHg) au cours des premières heures de vie a donné lieu à l'administration à deux reprises d'un volume de NaCl 0.9% avec une dose unique de Solucortef. La persistance de l'hypotension artérielle nous a fait introduire un traitement inotrope positif de dobutamine jusqu'au 29.12.16. L'état hémodynamique de XY est ensuite resté constamment stable.

*Ad Syndrome d'apnées-bradycardie*

Introduction de citrate de caféine avant l'extubation. Malgré tout, développement d'un syndrome d'apnées-bradycardie dans le contexte de l'immaturation de la régulation ventilatoire liée à la prématurité. Ce traitement médicamenteux a pu être interrompu le 17.03.17.

*Ad Infection / omphalite néonatale*

L'histologie placentaire n'a pas mis en évidence de chorioamnionite. En présence de signes cliniques d'omphalite, instauration le 10.01.17 d'une antibiothérapie sur 7 jours. Les paramètres inflammatoires sont restés normaux. Frottis du cordon uniquement marqué par la croissance d'une flore cutanée normale. Dans les hémocultures, croissance en revanche de staphylocoques coagulase-négatifs.

*Ad Anémie après décollement placentaire / naissance prématurée*

A l'entrée, l'hémoglobine était à 138 g/l et l'hématocrite à 0.42, si bien que nous avons opté pour une transfusion de culot érythrocytaire. Hémoglobine persistante à 188 g/l par la suite. Nous interprétons l'anémie comme une conséquence du décollement placentaire et la prématurité.

*Ad Alimentation/Reflux gastro-œsophagien/Exclusion d'une pneumonie par aspiration*

Introduction d'une alimentation parentérale-entérale. L'augmentation progressive de l'alimentation entérale a permis d'interrompre l'alimentation parentérale le 05.01.17. Par la suite, poursuite sans difficulté de l'alimentation avec apport initial de lait maternel et de lait de femme enrichi, puis, après l'arrêt de l'allaitement, de lait maternisé. La faiblesse de la prise de boisson physiologique due à la prématurité a nécessité une alimentation par sonde de longue durée jusqu'au 11.03.17. Pendant l'hospitalisation, XY a développé progressivement des oedèmes des paupières, des jambes et du scrotum, ce qui nous a conduit à faire des examens de laboratoire (protéines totales, albumine, créatinine, urée) qui se sont tous avérés normaux.

Nous avons finalement observé des épisodes répétés de reflux gastro-œsophagien. Nous avons interprété les cris au moment des épisodes de reflux associés à un score de la douleur croissant comme une possible oesophagite de reflux et avons introduit un traitement par Antra le 03.04.17. A titre d'essai, nous avons commencé une alimentation par BEBA en raison du reflux gastro-œsophagien persistant. Amélioration de la symptomatologie sous ce traitement. Antra a pu être interrompu le 20.04.17.

XY suit actuellement un développement normal, se maintenant entre les percentiles 25 et 50.

*Ad Hyponatrémie*

Une hyponatrémie est apparue dans le cadre du traitement diurétique avec des valeurs minimales à 130mmol/l, raison pour laquelle nous avons introduit une substitution par voie orale qui a ramené les valeurs dans l'intervalle normale. La substitution a pu être interrompue le 22.02.17 après l'arrêt des diurétiques.

*Ad Hyperbilirubinémie indirecte*

Devant l'hyperbilirubinémie indirecte en rapport avec l'immaturation hépatique due à la prématurité, nous avons mis en route une photothérapie durant 3 jours. Début le 01.01.17

*Ad Hernie inguinale bilatérale*

Le diagnostic d'hernie inguinale bilatérale réductible a été posé le 20.04.17.  
Herniotomie sans complication le 22.04.17 par le service de chirurgie pédiatrique.

## **RAPPORT OPERATOIRE**

**Opération le 22.04.2017 à 9 heures**

**Diagnostic: Hernie inguinale indirecte bilatérale**

### **Opération**

Patient en décubitus dorsal, désinfection et champage stérile. Incision cutanée au niveau du pli abdominal inférieur gauche sur une longueur de 1.5 cm. Passage à travers le plan sous-cutané et le fascia de Scarpa jusqu'à l'aponévrose de l'oblique externe. Recherche de l'anneau inguinal. Il est béant et le sac herniaire se laisse facilement saisir, si bien que l'aponévrose de l'oblique externe n'a pas besoin d'être fendue. Séparation du nerf ilio-inguinal des fibres du crémaster. Clampage du sac herniaire volumineux et à parois épaissies. Séparation du cordon spermatique et des vaisseaux du sac herniaire. Incision du sac herniaire et poursuite de la séparation jusqu'à l'anneau inguinal interne. Excision des résidus du sac herniaire.

Repositionnement du testicule.

Suture pour fermeture du canal inguinal en évitant tout pincement du cordon spermatique et des vaisseaux.

Adaptation sous-cuticulaire. Procédure identique du côté droit. On y trouve un petit processus vaginalis à parois souples, mais également ouvert. Séparation là aussi sans difficulté du cordon spermatique et des vaisseaux avec ligature haute.

Fermeture de la plaie selon la même technique.

**LETTRE DE TRANSFERT**

M.XY né le 01.02.1943

Séjour : du 06/05/2017 au 01/07/2017

**DIAGNOSTIC PRINCIPAL**

Syndrome du pied diabétique gauche  
avec angiopathie et polyneuropathie

**DIAGNOSTICS SECONDAIRES**

Hypertension artérielle

Diabète de type 2 décompensé. avec une insuffisance artérielle des membres inférieurs, compliquée d'une nécrose.

**COMPLICATIONS**

Hématome post amputation

Infection du moignon à pseudomonas

Pneumonie nosocomiale bilatérale

**COMORBIDITES ACTIVES**

Dyslipidémie traitée

Insuffisance artérielle des membres inférieurs de stade IV à gauche avec :

Insuffisance cardiaque ischémique et rythmique.

Maladie mono-tronculaire et sténose de l'IVA proximale-moyenne traitée par angioplastie et pose d'un stent en juillet 2016.

Fibrillation auriculaire paroxystique cardioversée par Cordarone

**ANAMNESE ACTUELLE ET STATUS D'ENTREE**

Monsieur XY est un patient de 74 ans, connu pour une cardiopathie ischémique et une insuffisance artérielle des membres inférieurs de stade IV à gauche, traitée par angioplastie de l'AFS et une recanalisation de l'artère péronière en 2015.

Le patient a présenté une ostéomyélite des 1<sup>er</sup> et 2<sup>ème</sup> rayons du pied gauche, ce qui a conduit à une amputation transmétatarsienne début avril 2017.

Un bilan angiologique est effectué le 02.05.2017 et montre des TcPO2 en dessous du seuil d'ischémie critique au dos du pied.

Le patient nous est transféré de l'Hôpital XY pour une prise en charge chirurgicale.

## **INTERVENTIONS CHIRURGICALES**

11/05/2017 **Amputation mi-jambe selon Burgess.**

14/05/2017 **Reprise moignon + drainage hématome.**

25/05/2017 **Lavage-débridement du moignon**

## **INTERVENTIONS ET PROCEDURES NON CHIRURGICALES**

Scanner de la cuisse gauche du 18.05.2017 : status post-amputation de la jambe gauche au niveau du tiers diaphysaire proximal avec importante infiltration liquidienne du moignon et plusieurs collections mal définies communiquant entre elles sur environ 3 cm x 2.6 cm x 2 cm. Bulles d'air au sein d'une collection centrale et un emphysème sous-cutané antéro-médial venant se propager dans la moelle osseuse du fémur, sans érosion de ce dernier.

Scanner de la cuisse du 25.05.2017 : stabilité d'une infiltration liquidienne du moignon de la jambe gauche avec multiples collections confluentes. Absence de saignement actif. Absence de signe d'ostéite.

Radiographie du thorax du 26.05.2017 : accentuation de la trame broncho-vasculaire. Troubles ventilatoires bi-basaux sans foyer franc, toutefois, foyer débutant non exclu.

Radiographie abdomen du 26.05.2017 : Constipation . Aérogastrie. Pas de niveau hydroaérique.

Ultrason appareil urinaire du 27.05.2017 : reins de taille normale. Kyste cortical simple du pôle supérieur du rein gauche et un deuxième kyste parapyélique gauche. Pas de signe d'obstruction des voies excrétrices.

Radiographie du thorax du 28.05.2017 : condensation diffuse avec condensation rétro-cardiaque plus marquée, foyer non exclu. Signes de surcharge vasculaire. Turgescence hilare des 2 côtés. Troubles ventilatoires bi-basaux.

Scanner thoraco-abdominal du 29.05.2017 : signes de surcharge volémique avec épanchement pleural bilatéral et atelectasie au contact, une surinfection ne peut pas être exclue. Distension gastrique. Stase stercorale pancolique. Absence d'occlusion digestive.

04.06- 30.06.2017 Traitement interdisciplinaire du moignon d'amputation avec montage prothétique, suivis et traitements des plaies par des infirmières spécialisées

## **SYNTHESE DE L'HOSPITALISATION ET PRISE EN CHARGE DES PROBLEMES**

Le patient bénéficie d'une amputation mi-jambe gauche le 11.05.2017. Nous devons par la suite réopérer Monsieur XXXX pour une reprise de moignon, une évacuation de l'hématome nouvellement formé et un lavage le 14.05.2017. Durant cette intervention, nous prélevons des frottis profonds qui reviennent positifs pour un *Pseudomonas aeruginosa*, raison pour laquelle nous instaurons une antibiothérapie. Le 25.05.2017 un CT-scan de la cuisse est effectué et montre une infiltration liquidienne du moignon avec de multiples collections confluentes, raison pour laquelle nous reprenons le patient une 3<sup>ème</sup> fois au bloc opératoire le 25.05.2017 pour un lavage et un débridement de son membre inférieur gauche.

Après l'intervention chirurgicale, le patient présente une insuffisance rénale aiguë raison pour laquelle nous effectuons un changement antibiotique empirique. Après une bonne évolution, nous débutons la procédure d'appareillage avec le prothésiste et le physiothérapeute. Début juin nous avons confectionné le manchon en silicone, le patient débute les exercices dans les barres parallèles et mi-juin, une prothèse provisoire est confectionnée.

Au laboratoire du 27.05.2017, le patient présente une insuffisance rénale aiguë avec une baisse de la GFR à 26 ml/min/1,73m<sup>2</sup>, avec un taux de créatinine qui a doublé, valeur à 211 mmol/l. Un avis de médecine interne est demandé et nos collègues nous proposent de stopper les médicaments néphrotoxiques. Nous hydratons le patient avec une perfusion de NaCl 0,9%, 1500cc par 24/h, et suivons la fonction rénale. Le 30.05.2017, nous introduisons du Lasix 2 x 20 mg par jour ce qui améliore rapidement la fonction rénale du patient.

En raison de l'insuffisance rénale aiguë, ainsi que les états post-opératoires et de surcharge du patient, son traitement pour le diabète de type 2 insulino-requérant doit être à plusieurs reprises modifié et adapté en raison de sa décompensation diabétique. HbA1C : 10.5. nécessitant 4 contrôles journaliers

Durant son séjour, le patient présente un état fébrile ainsi que des désaturations. L'imagerie met en évidence une probable pneumonie.

Le patient étant déjà sous antibiothérapie, nous poursuivons cette dernière et suivons l'évolution biologique qui est rapidement favorable.

Durant le mois de mai, le patient présente d'importantes constipations en raison de l'alitement prolongé que nous traitons avec du Laxoberon, Motilium, Erythromycine et avec des lavements. Avec la mobilisation du patient, le transit revient dans la norme.

Le 01.07.2017, au vu de l'évolution favorable, Monsieur XY est retransféré à l'Hôpital XY pour suite de prise en charge.

## **COMPTE-RENDU OPERATOIRE du 11/05/2017 8h**

### **INTERVENTION**

Amputation mi-jambe selon Burgess.

### **DESCRIPTION DE L'INTERVENTION**

En décubitus dorsal, sous AG, désinfection et champage habituels avec Bétadine. Incision cutanée à 15 cm de l'interligne articulaire en ventral et avec un flap d'environ 20

cm de longueur en distal.

Préparation primaire de la loge antéro-latérale et latérale avec visualisation de l'artère tibiale antérieure et le nerf péroné superficiel et profond. Ligature de celui ci et raccourcissement.

Préparation médiale de la veine et du nerf saphène et ligature de celui-ci. La hauteur de l'ostéotomie est choisie par 12 cm en distal de l'interligne articulaire et déterminée à 9 -10 cm environ du péroné. Coupe oblique. Préparation du paquet vasculo-nerveux. Ligature des structures et raccourcissement. Préparation du flap en laissant le muscle soléaire. Hémostase méticuleuse. Lavage

abondant. Adaptation par du Vicryl du fascia du gastrocnémien en périoste.

Fermeture en sous-cutané avec du Vicryl 2.0. Peau au Prolène 3.0 après avoir mis en place un redon.

Pansement habituel.

**Date d'intervention : 14/05/2017 11h**

### **INTERVENTION**

Reprise moignon + drainage hématome

### **DESCRIPTION DE L'INTERVENTION**

Décubitus dorsal, désinfection et champage du membre inférieur gauche.

Reprise de la cicatrice

Évacuation d'un hématome de la face latérale du moignon. pas d'écoulement purulent.

Oedème musculaire ++

Prélèvement bactériologique.

Lavage abondant.

Fermeture du plan profond au Vicryl 1 CT.

Fermeture sous-cutanée au Vicryl 3.0.

Fermeture à la peau par des Donati au Prolène 3.0.

Pansement.

**Date d'intervention : 25/05/2017 12h**

## **INTERVENTION**

Lavage-débridement.

### **DESCRIPTION DE L'INTERVENTION**

Ouverture de la plaie. En interne, tissu fibrineux, nécrotique, prélèvement microbiologique.

En partie le flap musculaire est en souffrance. Résection du flap. Pas de tissu nécrotique en profondeur.

Dans le fut tibial l'os est spongieux et mou. Prélèvement microbiologique de l'os. Lavage et hémostase.

Raccourcissement peau nécrotique et sous-cutané.

Fermeture standard (fascia au Vicryl 1, sous cutané 2.0, peau au Prolène 3.0 sur un redon).

Pas de souffrance de peau.