

SITE DE GODINNE
Département de médecine interne
Pr E. Marchand
(Chef de département)

HÉMATOLOGIE

Pr M. André (Chef de service)
Pr A. Sonet (Chef de service adjoint)

Dr E. Collinge
Dr G. Crochet
Dr J. Depaus
Dr F. Desquesnes
Pr B. Devalet
Dr J. Devreux
Pr C. Graux
Dr H. Vellemans

Pr C. Doyen (Cons. émérite)
Dr V. Mathieux

Prise de rendez-vous

Consultations : +32 (0)81 42 38 15
Hop. Méd. Jour : +32 (0)81 42 60 81

Secrétariat

Tél. : +32 (0)81 42 38 31
Fax : +32 (0)81 42 38 32

Mont-Godinne, le 09/03/2023

Docteur CLAIRE MOONS
Maison Médicale les Coquelicots
Rue des Marronniers, 10
BE-5651 THY-LE-CHATEAU

N/Réf. : ECO /ECO

Concerne: **GRIMARD Françoise - DNI: 19540529**

RUE DES QUAIRES(WAL) 19 5650 WALCOURT

numéro NISS: 54052905055

Cher Confrère,

Comme vous le savez, nous avons en traitement Madame **GRIMARD Françoise**, née le 29/05/1954 et domiciliée RUE DES QUAIRES(WAL) 19 5650 WALCOURT.

Par la présente, je souhaiterais obtenir le remboursement de la spécialité **ACLASTA 5mg**, chez cette patiente ménopausée, aux antécédents fracturaires multiples, dont l'ostéodensitométrie en 2022 montrait déjà une ostéopénie, ayant bénéficié depuis lors (et bénéficiant toujours) d'une corticothérapie en traitement d'une maladie du greffon contre l'hôte (GVHD) post-allogreffe, et présentant actuellement un tassement vertébral de L3.

J'espère que vous pourrez accéder à cette demande et reste à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

Croyez, cher Confrère, à mes sentiments les meilleurs.

Docteur E. COLLINGE
19365851598

Courrier dicté, relu, validé électroniquement

1) Modèle de formulaire de demande de remboursement « non-spécifique » (*) visé à l'article 110, alinéa 11

(*) Formulaire de demande de remboursement utilisable pour introduire une demande de remboursement pour une spécialité dont les conditions de remboursement fixées au chapitre IV n'imposent pas un formulaire de demande spécifique, pour autant que l'autorisation de remboursement prévue soit un document dont le modèle est arrêté sous « b » ou « d » de l'annexe III de la liste.

I – Identification du bénéficiaire (nom, prénom, N°-NISS) :

GRINARD Françoise

II – Eléments à attester par le médecin traitant :

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le patient mentionné ci-dessus remplit toutes les conditions nécessaires pour obtenir le remboursement de la spécialité

AGLACTA Sing. (nom de la spécialité demandée)

telles que ces conditions figurent

au § 974 0000 (**) du chapitre IV de l'A.R. du 1^{er} février 2018 :

- ☒ Il s'agit d'une première période d'autorisation;
☐ Il s'agit d'une période de prolongation d'autorisation.

Je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que le patient concerné se trouve dans la situation attestée, y compris, le cas échéant, lorsque les conditions prévoient que la demande doit être rédigée par un médecin titulaire d'une qualification médicale particulière, une attestation d'un médecin possédant cette qualification, qui confirme que les conditions sont bien remplies chez le patient concerné.

Sur base de tous ces éléments, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement de cette spécialité pour la période prévue dans la réglementation du paragraphe mentionné ci-dessus.

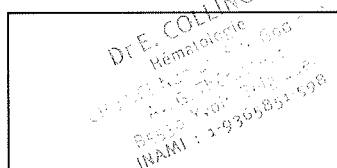
III – Identification du médecin traitant (nom, prénom, adresse, N°INAMI) :

COUNCE (nom)

ELADIE (prénom)

1-93658-51-598 (N° INAMI)

09/03/2023 (DATE)



(CACHET)

(SIGNATURE DU MEDECIN)

(*) Le présent formulaire de demande de remboursement n'est utilisable que pour introduire une demande de remboursement pour une spécialité dont les conditions de remboursement fixées au chapitre IV n'imposent pas un formulaire de demande spécifique, et pour autant que l'autorisation de remboursement prévue soit un document dont le modèle est arrêté sous « b » ou « d » de l'annexe III de la liste.

(**) Le texte du paragraphe concerné peut être joint en annexe avec le présent formulaire.

SITE DE GODINNE
Département médico-technique
Pr T. Vander Borgh
(Chef de département)

**RADIOLOGIE
DIAGNOSTIQUE ET
INTERVENTIONNELLE**

Coordinateur de gestion
Olivier De Mullier
Tél. : +32 (0)81 42 35 07

Radiologues
Dr Cécile Abraham
Dr Irina Amartinesei
Dr Magdalena Avadanei
Dr Béatrice De Coene
Pr Michaël Dupont
Dr Ana Falticeanu
Dr Danielle Fontaine
Dr Hadrien Fourneau
Dr Marie Habay
Pr Françoise Kayser
Dr Olivier Lebecque
Dr Nicolas Mulquin
Dr Nicole Nicaise
Pr Jean-François Nisolle
Dr Julien Sandron
Dr Sammy Tawk

Consultant interne UCL
Pr Frank Hammer

Consultant externe Sodiray
Dr Philippe Namur

Technologue chef
Renaud Vander Stricht

Radiophysique
Hubert Meurisse

Secrétariat et prise de rendez-vous
Tél. Sec. : +32 (0)81 42 35 06
Tél. RV : +32 (0)81 42 35 00
Fax : +32 (0)81 42 35 05
Email :
secretariat.radiologie.g-chu@uclouvain.be

Mont-Godinne, le 23/02/2023

Professeur CARLOS GRAUX
Courrier Interne (Hématologie)

N/Réf. 12047115 - A (MDA)

Concerne : GRIMARD Françoise , née le 29/05/1954

Cher Confrère,

Voici les résultats de l'examen réalisé en date du 22/02/2023.

RX COLONNE LOMBAIRE 3cl.

Fracture récente de L3 avec perte de hauteur de plus de 4mm et de 25%, les autres fractures en T11 et L4 étant connues.

Bien confraternellement,

Docteur Jean-François NISOLLE
Rapport relu et validé par voie électronique.

Accès direct aux images :

<https://tmpub.chudinantgodinne.be/tmpweb/start.app?ak=1631734-3152572>

Accès aux images : *<https://tmpub.chudinantgodinne.be/tmpweb/>*

Identification de votre patient : 1631734

Numéro d'examen : 31525725

Provisoire

SITE DE GODINNE

Département médico-technique
Pr T. Vander Borgh
(Chef de département)

MÉDECINE NUCLÉAIRE
Pr T. Vander Borgh (Chef de service)

Pr B. Krug
Dr A.-S. Pirson

Radiopharmacie
M. Bary

Radiophysique
J. George
H. Meurisse

Secrétariat
Tél. : +32 (0)81 42 34 00
Fax : +32 (0)81 42 34 08

Mont-Godinne, le 06/12/2022

Docteur ELODIE COLLINGE
Courrier Interne (Hématologie)

Concerne : GRIMARD Françoise 1631734 DNI:19540529
(CVY)

Ostéodensitométrie

Examen réalisé le 06/12/2022.

Indication : Evaluation.

Densité minérale osseuse L1-L4 : 0.977 g/cm² (T score = -0.6).

Densité minérale osseuse de la hanche totale gauche : 0.889 g/cm² (T score = -0.4).

Densité minérale osseuse du col fémoral gauche : 0.665 g/cm² (T score = -1.7).

Conclusion:

Ostéopénie.

Les définitions de "Normale, Ostéopénie et Ostéoporose" n'ont été validées par l'OMS que pour les femmes ménopausées.

Risque de fracture ostéoporotique à 10 ans, calculé par l'algorithme FRAX (WEB version : 4.3) : 20 % pour toutes les fractures ostéoporotiques et 3.8 % pour la fracture du col du fémur.

Cette estimation du risque ne tient pas compte de l'efficacité des traitements en cours.

Bien confraternellement,

Mme C. VYNCKIER

Dr A. CHAOUKI

Dr A.S. PIRSON

Pr Th. VANDER BORGHT

COPIE

Accès direct aux images : <https://tmpub.chudinantgodinne.be/tmpweb/start.app?ak=1631734-31095942>
Accès aux images : <https://tmpub.chudinantgodinne.be/tmpweb/>
Identification de votre patient : 1631734
Numéro d'examen : 31095942

SITE DE GODINNE
Département de médecine interne
Pr E. Marchand
(Chef de département)

HÉMATOLOGIE

Pr M. André (Chef de service)
Pr A. Sonet (Chef de service adjoint)

Dr E. Collinge
Dr G. Crochet
Dr J. Depaus
Dr F. Desquesnes
Pr B. Devalet
Dr J. Devreux
Pr C. Graux
Dr H. Vellemans

Pr C. Doyen (Cons. émérite)
Dr V. Mathieux

Prise de rendez-vous

Consultations : +32 (0)81 42 38 15
Hop. Méd. Jour : +32 (0)81 42 60 81

Secrétariat

Tél. : +32 (0)81 42 38 31
Fax : +32 (0)81 42 38 32

Mont-Godinne, le 20/02/2023

Docteur CLAIRE MOONS
Maison Médicale les Coquelicots
Rue des Marronniers, 10
BE-5651 THY-LE-CHATEAU

Nréf.: MA/ASO /DDE

Cher Confrère,

<u>Concerne:</u> GRIMARD Françoise, née le 29/05/1954 domiciliée RUE DES QUAIRES(WAL) 19 , 5650 WALCOURT
--

Votre patiente a séjourné dans le service d'Hématologie **du 05/12/2022 au 17/02/2023** .

Motif d'admission: Allogreffe haplo-identique pour myélodysplasie avec excès de blastes type 2 (MDS EB2).

Antécédents hématologiques :

- 09/12/2021 : myélodysplasie avec excès de blastes de type 1 (5.8 %). Caryotype normal 46,XX. Présence en NGS de mutations pathogéniques dans les gènes ASXL1, RUNX1 (x2), SRSF2, TET2 (x2). Score pronostic IPSS à 1.
- 30/12/2021 : chute de l'hémoglobine à 9.9 g% probablement favorisée par un saignement sur les biopsies réalisées lors de la gastroscopie du 22/12/2022. Par ailleurs, problèmes plus larges de diathèse hémorragique (cloques hémorragiques dans la bouche tous les matins, ecchymoses spontanées).
- Vu le caractère évolutif, décision de lancer une recherche de donneur non apparenté qui n'a pas abouti. Décision de réaliser une allogreffe haplo-identique avec son fils Valéry en cas de progression vers un IPSS à 1.5.
- 11/03/2022 : contrôle médullaire montrant une blastose stable (SMD-EB1). Retenons toutefois la présence d'un excès de forme jeune dont des promyélocytes (17.5%).
- 28/06/2022 : contrôle médullaire montrant une blastose à 8% avec un excès de formes immatures qui progresse.

- 30/08/2022 : blastose à 10.4 %, décision d'instaurer un traitement par Vidaza + Vénétoclax avant de procéder à l'allogreffe.
- 05/09/2022 : Vidaza 75 mg/m² 7 jours + Vénétoclax 100 1x/jour pendant 14 jours. Constipation majeure avec nécessité d'un grand lavement le 10/09/2022, favorisée également par une chute dans la douche avec fracture du plateau supérieur de T12 + antidouleurs morphiniques.
- 29/09/2022 : le contrôle médullaire montre une blastose qui est descendue à 2.1 %.
- 03/10/2022 : deuxième cycle de Vidaza + Vénétoclax.
- 14/11/2022 : troisième cure de Vidaza 75 mg/m² pendant 5 jours sans Vénétoclax (bridge vers l'allogreffe).

Antécédents médico-chirurgicaux :

- Ménisectomie interne du genou gauche en 1968
- Hernie discale C6-C7 traitée par chirurgie en 1998
- Bouveret bien tolérée en 2003
- Ménopause depuis 2003
- Suture coiffe des rotateurs épaule droite avec capsulite et neuro-algodystrophie en 2007
- Fracture de 3 côtes en 2009
- TVT avec gros problèmes inflammatoires en 2011
- Maladie de Lyme avec érythème migrant au niveau de la cuisse gauche traitée par Doxycycline en 2013
- Fracture de L4 en 2014
- Fracture de côtes à droite en 2016
- Fracture de l'olécrâne du coude gauche traitée par ostéosynthèse en 2020
- Ablation du matériel d'ostéosynthèse du coude gauche en 04/2021

Profil social: Infirmière retraitée

Mariée, 2 enfants et 6 petits-enfants

Elle a 2 frères de 70 ans et 62 ans et une soeur de 69 ans (difficultés psychologiques).

Habitudes de vie:

- Tabac: néant.
- Alcool: Occasionnel
- Drogue: néant.

Affection actuelle: Madame Grimard est connue pour une myélodysplasie avec excès de blastes de type 1 (6% de blastes), diagnostiquée en 12/2021, ayant évolué vers un excès de blastes de type 2 (10% de blastes) au contrôle médullaire du 30/08/2022. Elle a bénéficié de trois cycles de Vidaza dont les deux premiers en association avec du Vénétoclax. Contrôle médullaire le 1er décembre 2022, montrant une blastose à 1.7 %. Survenue le 18/11 d'un épisode de toux avec également la récurrence d'un épisode de tachy-arythmie (jusque là bien contrôlé par le bisoprolol). Par ailleurs, compte-tenu de la description d'infiltrats pulmonaires au scanner pré-greffe réalisé trois jours auparavant, prescription d'Avelox pendant 5 jours.

Anamnèse systématique: Excellent état général. Bon appétit. Pas de plaintes respiratoires. Pas de palpitation, pas de douleur thoracique. Pas de plainte digestive. Pas de plainte urinaire. Pas de douleurs articulaires.

Indice de performance: 0

Traitement habituel:

- Bisoprolol 2,5mg 1/2 co 1x par jour, le matin

Provisoire

- Pantomed 20 mg 1x/jour, le matin
- Pravastatine 20 mg 1x/jour, le soir
- Médrol 4mg 1/2 co 1x par jour, le matin
- Cantabiline 400 mg 1x/jour à la demande.

Examen clinique: Paramètres: Poids: 70kg. Taille: 168cm. BMI: 24.8. Tension artérielle: 140/77mmHg. Température: 35°. Pouls régulier à: 70/min. Saturation à l'air libre à: 97%. Bon état général. Patient normo-hydratée, normo-colorée. Bonne orientation spatio-temporelle. Pas de signe de diathèse hémorragique. Bruits cardiaques présents, réguliers, pas de souffle. Bruits respiratoires normaux et symétriques, pas de bruits adventis. Eupnéique au repos. Péristaltisme présent. Pas d'hépatosplénomégalie. Ebranlement lombaire négatif. Pas d'adénopathie palpée. Examen neurologique sans particularité. Gorge propre. Pas d'œdème des membres inférieurs. Pas de signe de TVP. Pouls périphériques palpés.

Biologie à l'entrée: en annexe.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

Rx thorax: 06/12/2023 : Voie veineuse centrale par abord sous-clavier gauche dont l'extrémité distale se projette à hauteur du segment proximal de la veine cave supérieure. Pas de pneumothorax. Pas d'épanchement pleural.

Rx thorax de contrôle: 25/12/2022, 03 et 06/2023

Ostéodensitométrie : 06/12/2022: Ostéopénie.

ECG: 19/12/2022 : rythme sinusal

CT Scan thoraco-abdominal: 06/01/2023 : Apparition d'un épanchement pleural bilatéral à prédominance droite associé à une majoration diffuse des septa interlobulaires témoignant d'un tableau de surcharge en première hypothèse. Signes de bronchopathie diffuse. Pas d'argument formel pour une aspergillose. Suspicion d'un petit épaississement relativement focal des parois coliques au niveau de l'angle colique droit avec une petite infiltration de la graisse de voisinage ainsi qu'une infiltration de la gouttière pariétocolique droite, évoquant une colite focale en première hypothèse. Pas de calcul radio-opaque au sein de la vésicule biliaire ni d'évidence d'hydrops vésiculaire. On note cependant un aspect rehaussant des parois vésiculaires avec une épaisseur limitée à 3 mm et une discrète infiltration de la graisse au sein du lit vésiculaire : cholécystite débutante ?

Rectosigmoïdoscopie : 06/01/2023 : Examen normal hormis quelques pétéchies millimétriques.

Biopsies côlon gauche et rectum : 06/01/2023 : Muqueuse colique sans anomalie franche.

Oesogastroduodénoscopie : 13/01/2023 : Oesophagite de grade A. Bulbite modérée et duodénite sévère (GVH). Déchirure muqueuse sur biopsie D3.

Biopsie duodénum : 13/01/2023 : Muqueuse duodénale montrant des lésions compatibles avec une GVH, au moins de grade 2.

Ponction médullaire: 13/02/2023 : La ponction de moelle a ramené des grains, la pureté médullaire est calculée à 72,4%. Moelle peu cellulaire dans laquelle les MK sont rarement observés mais pleomorphes. Le rapport GE est légèrement inversé en faveur de la lignée érythrocytaire qui arbore

Provisoire

d'importants signes de régénération (nombreux îlots de rouges, renforcement en précurseurs) sans dysérythropoïèse significative. La lignée granulocytaire demeure présente à tous les stades maturatifs sans dysgranulopoïèse manifeste. Pas d'excès de blastes sur l'ensemble des lames examinées. Présence de nombreux macrophages à surcharge pigmentaire. La CMF retrouve 0.2% de cellules CD34+, immunophénotypiquement compatibles avec des myéloblastes.
Conclusion : Moelle sans excès de blastes annonçant une ébauche de régénération. A confronter aux données clinico-biologiques de la patiente.

Avis laryngologie : 15/02/2023 : Bourdonnements d'oreilles transitoires lors du passage en station debout très probablement en lien avec hypotension orthostatique. Examen clinique et audio rassurante (contrôle audio dans 1an pour suivi de la légère asymétrie droite/gauche). Garder les bas de contention, kiné de mobilisation++.

EN CONCLUSION:

Madame GRIMARD Françoise, âgée de 68 ans, est suivie pour **myélodysplasie avec excès de blastes II (MDS EB-II)** à caryotype normal, mutations ASXL1, RUNX1, SRSF2, TET2, **en CR1** (MRD inférieure à 2%), après traitement par 3 cycles de **Vidaza-Venetoclax**.

Elle est hospitalisée pour la procédure d'**allogreffe apparentée haplo-identique** après conditionnement atténué.

Le bilan pré-greffe n'a pas montré de contre-indication à la procédure.

La procédure thérapeutique a comporté :

Conditionnement débuté le 07/12/2022 et comportant :

- Fludarabine 30 mg/m² de J-7 à J-3 soit du 07/12 au 11/12 inclus
- Melphalan 100 mg/m² à J-2 soit le 12/12/2022

14/12/2022 (J0) : allogreffe haplo-identique de cellules souches périphériques, prélevées après stimulation du donneur par G-CSF. Ré-infusion de 546x10e6 CD34, soit 8 x 10e6 CD34/kg.

Rappelons les caractéristiques donneur-receveur:

	Donneur	Receveur
Nom Prénom	GOBLET Valéry	GRIMARD Françoise
DDN	31/05/1978	29/05/1954
Age	44 ans	68 ans
Sexe	M	F
Groupe sanguin	O+	O+
	Pas d'incompatibilité	
CMV	-	-
Toxo	-	+
EBV	-	+

Immunosuppression et prévention de la GVHD par Endoxan 50 mg/m² post greffe (PTCy) à J+3 et J+4, Cellcept dès J+5, Prograft dès J+5.

Evolution et complications durant la procédure :

- Isolement protecteur sous flux laminaire.
- Mise en place d'une voie centrale triple le 06/12/2022, sans complication.

Provisoire

Sur le plan infectieux :

- Introduction des prophylaxies anti-infectieuses : prophylaxie anti-herpétique par Aciclovir. Prophylaxie anti-pneumocystis et toxoplasmose par Bactrim. Prophylaxie anti-pneumococcique par Amoxicilline (à poursuivre jusqu'à la revaccination contre le pneumocoque). Durant l'aplasie : prophylaxie primaire de la neutropénie fébrile par Ciprofloxacine et prophylaxie anti-fongique par Diflucan.
- **Neutropénie fébrile secondaire à une septicémie à Streptococcus oralis**, à point de départ digestif. Antibiothérapie empirique par Céfépime-Vancomycine, suspension de la vancomycine dès identification du germe. Escalade au Méropénème en raison d'une persistance de frissons, sans nouvelle documentation. Evolution favorable, arrêt de l'antibiothérapie à la sortie d'aplasie, soit après 9 jours.
- Reprise d'une antibiothérapie empirique par Tazocin à J21 (04/01) en raison de pics fébriles quotidiens à la sortie d'aplasie, escalade au Meropénème à J23 (06/01) en l'absence de réponse favorable. Absence de germe identifié motivant l'arrêt de l'antibiothérapie après 11 jours.
- **Septicémie silencieuse à Enterococcus faecium**, à point de départ digestif, à J35 (18/01), initiation d'une antibiothérapie par Vancomycine IV à partir du 19/01 (J36) pour une durée de 14 jours. Evolution favorable.

Sur le plan hématologique :

- Pancytopénie chimio-induite :
 - * Neutropénie de grade IV (< 500 neutrophiles/ μ l) du 13/12/2022 au 31/12/2022 (18 jours). Support par GCSF. Sortie d'aplasie à J18 (le 01/01/2023).
 - * Anémie de grade 3 (nadir 6.9 g/dl), ayant nécessité la transfusion de 10 unités de globules rouges irradiés.
 - * Thrombopénie de grade 4 (nadir 5000/ μ l), ayant nécessité la transfusion de 19 poches de plaquettes.
- J20 (03/01) : **GVHD digestive aigue de stade 4 grade 4** (atteinte digestive haute et basse), se manifestant par de la fièvre, des diarrhées de grade 2, des nausées de grade 3 et vomissements de grade 2, et un tableau d'abdomen aigu.
Endoscopie : Oesophagite de grade A. Bulbite modérée et duodénite sévère (GVH). Déchirure muqueuse sur biopsie D3.
Biopsie : Muqueuse duodénale montrant des lésions compatibles avec une GVH, au moins de grade 2.
Traitement : Solumédrol 1 mg/kg dès le 06/01/2023 insuffisant; dès lors majoration de la dose à 2 mg/kg le 13/01/2023. Poursuite du Prograft (taux thérapeutique) et du Cellcept (1g 3x/j). Vu la cortico-dépendance/résistance à J7 de corticoides (à la dose 1mg/kg), décision d'instaurer un traitement de seconde ligne par Jakavi 10mg 2x/j. Ajout de Clipper 5mg 2x/j. Régime adapté. Excellente réponse au Jakavi permettant la dégression progressive de Médrol, l'arrêt du Cellcept le 01/02/2023 (J49), la réduction du Prograft. Sevrage quasi complet du Medrol à la sortie (4 mg 1 jour/2), taux cible de Prograft (8-10).
- Chimérisme T périphérique à J+30 complet.
- Examen médullaire de contrôle à J60 montrant une **moelle régénérative, sans excès de blastes ni signes de dysplasie**. Chimérisme global et cytogénétique en cours à la sortie de la patiente.
- Hypogammaglobulinémie; substitution IV (Privigen 10g/semaine - prémédication par Xyzall 5mg).

Sur le plan digestif :

- Mucite de grade 1 chimio-induite. Bains de bouche curatif.
- **Nausées de grade 4 et vomissements chimio-induits, réfractaires et extrêmement invalidants** dès

Provisoire

- l'admission et persistant à distance de la chimiothérapie. Traitement symptomatique par Ondansétron, Litican, Midazolam, Temesta, Dexaméthasone et Zyprexa.
- Anorexie chimio-induite, nutrition parentérale de support.
 - Diarrhées de grade 2 initialement, coprocultures négatives. Traitement symptomatique par Tasectan.
 - J20 (03/01) : GVHD aigue de stade 4 grade 4 (cfr supra). Nausées de grade 3 et vomissements de grade 2 secondaires à une GVHD aigue (avec duodénite sévère). Diarrhées de grade 2 secondaires à une GVHD aigue.
 - Nutrition parentérale de support jusqu'à J+61. Diète hydrique initiale, puis reprise d'une alimentation sans lactose, gluten, résidus. Elargissement progressif du régime et mise en place de suppléments protéiques oraux à l'arrêt de la nutrition parentérale.
 - Dénutrition protéino-calorique; supports (cfr supra).

Sur le plan métabolique et autres :

- Diabète cortico-induit, insulinothérapie transitoire. Normalisation après arrêt de l'alimentation parentérale et dégression des corticoides.
- Troubles ioniques (hypokaliémie et hypomagnésémie) ; substitution intraveineuse.
- Déconditionnement, perte d'autonomie, amyotrophie cortico-induite et liée à l'immobilisation. Kinésithérapie intensive en cours d'hospitalisation permettant un gain d'autonomie et un retour à domicile (avec aides à domicile). Poursuite de la kinésithérapie recommandée à domicile.
- Anxiété liée aux complications, à la longueur d'hospitalisation. Anxiolyse, soutien psychologique.
- Antécédent de fracture. Ostéodensitométrie du 06/12 : ostéopénie, à recontrôler (vu la corticothérapie récente et prolongée). Substitution vitamino-calcique en cours.
- Hypotension orthostatique. Port de bas de contention.
- Hypertension artérielle ; R/ anti-hypertenseur.

A la sortie du patient, les **problèmes en suspens** sont:

- Immunosuppression persistante (post-greffe et immunosuppresseurs): le patient reste à haut risque de développer des infections opportunistes. Dès lors, préventions multiples et poursuite rapprochée des contrôles hématologiques.
- GVHD aigue digestive traitée par Jakavi, Prograft, Clipper, Médrol à faible dose (4 mg 1jour/2).
- Dépendence transfusionnelle en plaquettes 1 fois/semaine.

Suivi et perspectives :

- Suivi initialement bi-hebdomadaire à l'HDJ (dosage Tacrolimus, PCR CMV,...).
- Analyse du chimérisme sanguin théoriquement mensuellement jusque 6 mois, puis tous les trois mois, la première année. Analyse du chimérisme médullaire à 3, 6 et 12 mois.
- Politique de vaccination post-greffe à débiter entre 6 mois et un an.
- Le patient est invité à prendre un contact médical devant tout syndrome fébrile, éruption cutanée, ictère, intolérance digestive ou diarrhées importantes.

Traitement de sortie:

MEDICAMENTS	Matin	Midi	Soir	Coucher	REMARQUE
Aciclovir 800 MG = Zovirax	1/2		1/2		Prévention anti-herpès
Amoxicilline 500 MG = Clamoxyl	1	1	1		Antibiotique préventif
Bactrim Forte = Eusaprim	1co 3x / semaine (Lundi, Mercredi, Vendredi)				Prévention infections opportunistes

Provisoire

Bisoprolol 2.5 MG	1/2				Tachycardie
Pantomed 40 MG	1				Prévention gastrique
Ursofalk 250 MG	1	1	1		Prévention hépatique
Carbonate Calcique 1g			1		Calcium pour les os
D-cure 25 000U					Vitamine D pour les os 1x/semaine (à prendre au repas principal)
Magnecaps		1			Magnésium
Sedistress sleep 500mg				1	Contre les insomnies

TRAITEMENT IMMUNOSUPPRESSEUR ET DE LA GVHD

PROGRAFT (co de 0.5 MG ET 1 MG) = Tacrolimus	2 mg		1,5 mg		Intervalle de 12 h entre chaque prise
--	------	--	--------	--	--

!!!! Les jours de venue à l'hôpital de jour, ne pas prendre le Prograft avant la prise de sang, mais l'emporter avec vous pour le prendre APRES la prise de sang !!!

Jakavi 10 MG**	1		1		
----------------	---	--	---	--	--

**** Médicament fourni par l'hôpital et pas par votre pharmacie**

Medrol 4 mg 1 jour/2	4 mg 1j/2				Cortisone 4mg 1 jour sur 2
CLIPPER 5 mg	1				

SI NECESSAIRE

- Dafalgan (Paracétamol) 1 g max 3x/jour si douleur
- Tasectan 1 gelule 4x/jour si diarrhée
- Motilium 10 mg (max 3x/jour), ou Primpéran (10mg max 3x/j), ou Litican 50mg (max 4x/j) si nausées
- Amlor 5mg (max 2x/j) si tension artérielle systolique > 150 mmHg

A l'hôpital de jour

Privigen 10g/semaine (prémédication = Xyzall 5mg)

Autres

- Régime post-greffe et pauvre en lactose
- COMPLEMENTS ALIMENTAIRES PROTEIQUES
- IMPORTANCE D'UNE HYDRATATION ABONDANTE DE PLUS DE 1.5L/JOUR
- Port de bas de contention
- Crème hydratante sur l'ensemble du corps
- Larmes artificielle (tears naturelle) à la demande

Médicaments interdits: Aspirine, Anti-inflammatoires; Injections intra-musculaires.

Provisoire

Nous restons à votre disposition pour tous renseignements complémentaires.

Nous vous prions de croire, Cher Confrère, en l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Dr Q. PERLOT
 Assistant

Professeur A. SONET
courrier relu
validé électroniquement

Biologie du : 15/12/2022

Concerne : GRIMARD FRANCOISE (29/05/1954)

SECTEURS:

CH, HE_NUMERATION, HE_CYTOMETRIE, HE_CYTOLOGIE, MB_SERO, CH_AUTO, CH_CALCUL, MB_RC

DONNEES CLINIQUES:

IMMUNODEPRESSION (4J), ALLOGREFFE CSH (2J)

CRP/VS

CRP	1.12	mg/L	(-5.00)
-----	------	------	---------

CYTOLOGIE HEMATOLOGIQUE

HEMOGRAMME

Hémoglobine	-	8.0	g/dL	(12.0-15.8)
Erythrocytes x 10 ⁶	-	2.800	/μL	(3.500-5.300)
Hématocrite	-	24.2	%	(33.0-46.0)
M.C.V. (Volume globulaire moyen)		86.4	μm ³	(80.1-99.8)
M.C.H. (Poids Hgb/GR)		28.6	pg	(27.5-34.0)
M.C.H.C. (Conc Hgb/GR)		33.1	g/dL	(32.0-36.5)
Leucocytes x 10 ³	-	0.17	/μL	(3.90-11.10)

Formule absolue automatisée

Formule relative automatisée

Formule absolue microscopique

Neutrophilie abs. x 10 ³	-	0.163	/μL	(2.100-7.500)
Lymphocytose abs. x 10 ³	-	0.010	/μL	(1.000-3.000)
Monocytose abs. x 10 ³	-	0.000	/μL	(0.240-0.910)
Eosinophilie abs. x 10 ³	-	0.000	/μL	(0.040-0.420)
Basophilie abs x 10 ³	-	0.00	/μL	(0.02-0.09)

Formule relative microscopique

Neutrophiles	+	95.8	%	(45.0-70.0)
Lymphocytes	-	4.2	%	(20.0-45.0)
Monocytes	-	0.0	%	(2.0-12.0)
Eosinophiles	-	0.0	%	(1.0-6.0)
Basophiles	-	0.0	%	(0.0-2.0)
Plaquettes x 10 ³	-	130	/μL	(150-400)
M.P.V. (Volume plaquettaire moyen)		10.6	μm ³	(9.4-12.4)
Réticulocytes		0.23	%	(0.20-2.00)
Réticulocytose absolue x 10 ³	-	6.4	/μL	(25.0-75.0)
% de globules rouges microcytaire	+	5.8	%	(0.3-3.9)
Fraction immature réticulo		11.9	%	

Morphologie des leucocytes

Commentaire(s) sur les WBC

Formule microscopique réalisée sur moins de 50 leucocytes

Screening Schizo	+	0.97	%	(-0.5)
Schizocytes (Microscopie)		<0.5	%	(-0.5)

BIOCHIMIE

CHIMIE DU SANG

Bilan glucidique

Glycémie	+	171	mg/dL	(70-110)
----------	---	-----	-------	----------

Ionogramme

Sodium		137	mmol/L	(137-145)
Potassium		3.8	mmol/L	(3.5-5.1)
Chlorures		102	mmol/L	(98-107)
Bicarbonates		26	mmol/L	(22-30)
Calcium		2.14	mmol/L	(2.10-2.55)

Provisoire

Calcémie corrigée	2.28	mmol/L	(2.1-2.55)
Phosphore	1.04	mmol/L	(0.81-1.45)
Magnésium	0.75	mmol/L	(0.66-0.94)
Biochimie générale			
Urée	28	mg/dL	(15-36)
Créatinine	0.78	mg/dL	(0.52-1.04)
Soit	69.03	μmol/L	(46.02-92.04)
Filtration glomérulaire	77.94	ml/min/1.73	
Estimation calculée (MDRD) sur base de la créatinine et de l'âge du patient. A multiplier par 1.21 si patient d'origine africaine.			
Acide urique	4.5	mg/dL	(2.5-6.2)
Valeur recommandée dans le cadre d'un traitement hypo-uricémiant ou de la prévention cardio-vasculaire : < ou = 6 mg/dl.			
Protéines Totales	- 62.3	g/L	(63.0-82.0)
Bilirubine totale	0.71	mg/dL	(0.00-1.30)
Bilirubine directe	<0.05	mg/dL	(0.00-0.40)
Bilirubine indirecte	0.77	mg/dL	
Haptoglobine	1.63	g/L	(0.34-2.00)
Bilan martial			
Contenu en hémoglobine du réticu +	36.0	pg	(29.7-35.4)
Contenu HGB Ret - contenu GR +	8.10	pg	(1.40-3.70)
% de globules rouges hypochromes +	1.50	%	(0.00-0.40)
Enzymologie			
L.D.H.	+ 456	UI/L	(120-246)
Phosphatases alcalines totales	61	UI/L	(38-126)
Aspartate transaminase (GOT)	36	UI/L	(14-36)
Alanine transaminase (GPT)	22	UI/L	(-35)
Gamma-GT	20	UI/L	(12-43)
SEROLOGIE			
Sérologie mycotique			
Aspergillus			
Antigène aspergillaire (ELISA)	Négatif		
Ag aspergillaire (Index)	0.10	Index	(0-0.5)
COMPENDIUM - ACCRÉDITATION			
Analyses accréditées ISO15189 et EFI identifiées dans le compendium du laboratoire (https://compendium.chudinantgodinne.be).			
Certificat d'accréditation (431-MED) disponible sur le site de BELAC (https://economie.fgov.be/belac).			
L'accréditation EFI est disponible sur le site de l'EFI (https://efi-web.org/accreditation/).			

Provisoire