



Consultations sur rendez-vous
Conventionné, Secteur II

Secrétariat : Mme Angélique PEIXOTO
Mlle Dorothée PIENS
Tel : 05 57 81 07 90
Fax: 05 56 99 29 17

Madame, Monsieur,

Vous allez bénéficier d'une intervention du coeur très prochainement.

Le document suivant est une information nécessaire et obligatoire à apporter à tout patient devant bénéficier d'une intervention chirurgicale.

Ce document à lire attentivement ne constitue pas une décharge de responsabilité. Son but est de répondre à vos interrogations légitimes sur l'intervention et ses risques.

Avant l'intervention

Vous avez été informé par votre médecin traitant, votre cardiologue et le chirurgien de la nécessité de cette intervention (le traitement médical ne suffit plus, la mise en place de stent coronarien est impossible ou dangereuse avec risque d'infarctus).

Les risques de la chirurgie ont été évalués par les médecins (traitant, cardiologue, coronarographe, anesthésiste réanimateur, chirurgien...) qui vous suivent et qui vont vous prendre en charge, avec votre accord.

Les risques de l'intervention sont liés :

– à votre état général : fonctionnement des reins, des poumons, de la circulation artérielle générale et cérébrale.

– à votre état cardiaque : qualité du muscle cardiaque, retentissement pulmonaire éventuel de l'atteinte cardiaque.

– à la technique chirurgicale :

* risque infectieux : notamment respiratoire surtout en cas d'atteinte pulmonaire pré existante.

* risque cérébral s'il existe des antécédents (AVC ou AIT) ou une circulation cérébrale altérée.

* risque hémorragique s'il existe des anomalies de la coagulation spontanée ou lié à un traitement médical (aspirine, Plavix, anticoagulants).

* risque respiratoire s'il existe une pathologie pulmonaire préexistante (asthme, bronchite chronique, tabagisme important).

* risque cardiaque selon l'altération de la qualité du muscle cardiaque (myocarde)

* risque rénal surtout chez les diabétiques et les insuffisants rénaux.

* risque embolique par migration de fragment d'athérome aortique ou de calcification valvulaire, rarement par thrombose ou par migration d'air dans la circulation cérébrale.

* risque de trouble du rythme (tachycardie) ou de conduction (bradycardie).



Consultations sur rendez-vous
Conventionné, Secteur II

Secrétariat : Mme Angélique PEIXOTO
Mlle Dorothée PIENS
Tel : 05 57 81 07 90
Fax: 05 56 99 29 17

Déroulement de l'intervention

Il s'agit d'une intervention nécessitant une anesthésie générale. Après ouverture du thorax, pour accéder au cœur, la circulation sanguine est interrompue dans le cœur et les poumons (excepté chirurgie à cœur battant). Le cœur est ainsi immobilisé le temps de réaliser le geste chirurgical.

Chirurgie valvulaire :

Elle est réalisée soit par sternotomie médiane (ouverture du thorax), soit par thoracotomie droite simple ou vidéo assistée. Votre chirurgien vous précisera la voie d'abord en fonction de votre pathologie. La circulation extra corporelle est établie au niveau du cœur pour la sternotomie ou au niveau des vaisseaux du membre inférieur droit pour la thoracotomie et permet d'arrêter le cœur pour accéder à la valve endommagée (valve aortique ou mitrale). Après examen de cette valve, elle sera changée ou réparée si cela est possible. En cas de remplacement valvulaire, la prothèse mise en place sera soit biologique (tissu d'origine animale) soit mécanique (en carbone).

Pontages coronaires :

Après ouverture du thorax, les vaisseaux utilisés pour les pontages sont prélevés : artère(s) mammaire(s) dans le thorax, veine saphène sur la jambe ou la cuisse, artère radiale sur l'avant- bras. La circulation extra corporelle est ensuite établie (sauf chirurgie à cœur battant) permettant d'arrêter le cœur pour réaliser les pontages. Un pontage coronaire est une dérivation permettant de rétablir la circulation sanguine en

aval de l'obstacle qui la freine.

La durée de cette intervention est généralement comprise entre 1 h 30 et 3 heures 30 selon l'importance du geste à réaliser. Dans 90 % des cas, vous serez extubé, c'est-à-dire que vous reprendrez une respiration totalement indépendante et autonome dans les 1 à 4 heures suivant l'intervention. Dans 5 % des cas, vous serez sous respiration artificielle dans la nuit qui suit l'intervention.

Complications possibles :

a) Hémorragies :

-hémorragie immédiate nécessitant une reprise chirurgicale au bloc opératoire.

-hémorragie secondaire où le sang comprime le cœur et nécessite une réintervention (tamponnade).

-après l'intervention, un quart des patients présente une anémie nécessitant une transfusion sanguine.

b) Myocardiques :

Les complications peuvent être myocardiques c'est-à-dire concernant la fonction du muscle cardiaque : ces états de défaillance cardiaque nécessitent des traitements améliorant la contraction du cœur (Adrénaline, Dobutamine, Noradrénaline). En cas de défaillance majeure, il peut être nécessaire de mettre en place une assistance circulatoire.

c) Pulmonaires :

Sur le plan respiratoire, vous quitterez la salle d'opération avec un tube dans la bouche relié à un respirateur. Au cours des trois heures qui suivent l'intervention, ce tube vous sera enlevé et vous respirerez de façon autonome. Le sevrage du respirateur peut être plus délicat nécessitant plusieurs jours de réanimation, surtout dans les cas d'atteinte pulmonaire ancienne ou pneumopathie infectieuse étendue.

En revanche, les surinfections pulmonaires post opératoires sont plus fréquentes, responsables d'insuffisance respiratoire avec toux, crachats et température nécessitant une kinésithérapie respiratoire active. Ces infections sont rapidement jugulées.

d) Neurologiques :

Le plus fréquemment, les complications neurologiques se résument à une confusion voire agitation lors du réveil, en particulier chez les gens âgés.

Beaucoup plus rarement, un accident vasculaire cérébral peut survenir entraînant des troubles de conscience voire des paralysies d'un bras ou d'une jambe (monoplégie ou hémiplégie) et parfois même un coma. Cette complication survient chez les patients dont les artères cérébrales sont malades ou suite à un embolie calcaire d'athérome. Elle peut être transitoire et résolutive mais parfois laisser des séquelles.

Exceptionnellement (moins de 0,1 % des cas), une embolie gazeuse peut survenir : migration de bulles d'air dans le cerveau à partir de la circulation extra corporelle ou des cavités cardiaques. Les atteintes neurologiques liées à l'embolie gazeuse, disparaissent totalement dans la quasi- totalité des cas avec un traitement approprié.

e) Troubles rythmiques et conductifs :

Des troubles du rythme cardiaque (accès d'arythmie ou de tachycardie) sont assez fréquents (50 % des cas). Le patient ressent son cœur "qui tape". Un traitement médical très efficace permet en général de rétablir un rythme normal dans les heures qui suivent.

Le cœur peut également battre trop lentement, nécessitant un entraînement temporaire (quelques heures ou quelques jours) par une pile externe. Parfois, un pace maker peut être indiqué de façon définitive (surtout après remplacement de la valve aortique).

f) Inflammatoires :

Il est habituel qu'une réaction inflammatoire importante se produise dans les suites de l'intervention avec fièvre, fatigue, douleurs musculaires, et parfois même épanchement liquidien soit autour des poumons (épanchement pleural) soit autour du cœur (épanchement péricardique).

Le traitement anti-inflammatoire est dans la plupart des cas très efficace. Une évacuation de l'épanchement en cause est rarement nécessaire.

g) Cicatrices :

Sur le plan cicatriciel, vous aurez une cicatrice au niveau du sternum, mais également une cicatrice au niveau de la jambe pour les patients qui ont besoin de pontages coronariens multiples.

Au niveau du sternum, la cicatrisation peut être parfois douloureuse durant les premières semaines. Le port d'une ceinture de contention permet de réduire le risque de retard de consolidation (moins de 1%). Au niveau de la jambe, le risque de retard de cicatrisation est un peu plus fréquent. Par ailleurs, il peut apparaître un gonflement de la jambe du côté de prélèvement de la veine saphène (œdème). Ce gonflement est bénin et résolutif dans les jours ou les semaines qui suivent l'intervention.

h) Infections nosocomiales :

Une infection nosocomiale est une infection dont le germe responsable (bactérie) vit habituellement dans les établissements de soins. Une vigilance toute particulière est quotidiennement exercée afin de limiter à l'extrême ce type d'infection. Malgré tout, une infection est toujours possible nécessitant un traitement antibiotique généralement rapidement efficace.

i) Complications de type allergique –aux curares, aux antibiotiques : rare .

-à L'HEPARINE (thrombopénie) - à l'ORGARAN

j) Complications de type thrombose :

- veineuses au niveau des jambes ou des bras : phlébites
- artérielles (rénales, cérébrales, au niveau des jambes).

Le risque chirurgical pris est essentiellement individuel et dépend plus de chaque patient, de ses antécédents et de ses particularités, que de la statistique brute. La chirurgie a ses limites, et ne permet jamais de refaire à l'identique de la Nature. D'inévitables séquelles (ne serait-ce que cicatricielles) le plus souvent mineures, doivent être acceptées en contre partie du bénéfice obtenu. Un résultat n'est jamais garanti d'avance, même avec les techniques les plus éprouvées et les plus fiables.

Après lecture attentive de ce document, nous restons à votre entière disposition pour tout complément d'information que vous jugerez nécessaire. Dans le cas inverse, veuillez apposer votre signature avec la mention "lu et approuvé" et nous remettre ce document à votre arrivée à la Clinique.

Bordeaux, le

Nom et Prénom :

Signature :



Consultations sur rendez-vous
Conventionné, Secteur II

Secrétariat : Mme Angélique PEIXOTO
Mlle Dorothée PIENS
Tel : 05 57 81 07 90
Fax: 05 56 99 29 17

Risques cardiovasculaires

- infarctus du myocarde post opératoire
- choc cardiogénique
- arythmie transitoire ou prolongée
- troubles de conduction (bloc auriculo ventriculaire)
- fibrillation ventriculaire
- thrombose précoce de prothèse valvulaire
- rupture cardiaque
- complication vasculaire artérielle : fistule, faux anévrisme, ischémie de membre
- hémorragie par surdosage d'anticoagulants
- intoxication médicamenteuse par surdosage
- phlébite ou lymphoedème.

Risques neurologiques

- déficit neurologique central post opératoire et durant plus de 72 heures
- retard de réveil
- troubles cognitifs et confusion
- tétraplégie immédiate ou après réanimation prolongée
- paraplégie
- AVC par embolie temporaire ou persistant
- AVC hémorragique
- atteinte du plexus brachial

- paralysie cubitale
- perte de sensibilité après abord du scarpa (video chirurgie).

Risques respiratoires

- ventilation prolongée plus de 24 heures
- infection pulmonaire
- embolie pulmonaire
- détresse respiratoire aiguë
- paralysie phrénique
- pneumothorax ou bullage des drains
- épanchement pleural drainé
- hémithorax.

Risques rénaux

- insuffisance rénale : élévation de la créatinine ou dialyse
- infection urinaire
- rétention urinaire

Risques digestifs

- perforation oesophagienne (ETP)
- cholécystite
- infarctus mésentérique
- hémorragie digestive
- occlusion intestinale
- insuffisance hépatique
- pancréatite

Risques infectieux

- défaut de cicatrisation sternale
- médiastinite
- choc septique
- septicémie
- veinite ou lymphangite
- endocardite précoce sur prothèse
- défaut de cicatrisation en jambe

Risques liés à la circulation extra corporelle

- dissection aortique sur canulation
- embolie gazeuse massive
- choc à la Protamine
- choc à l'Aprotonine

Risques divers liés à l'intervention

- phlyctène sacré ou talonnier
- escarre sacré ou talonnier
- saignement médiastinal post opératoire
- hémorragie médiastinale massive
- défaillance multi organique
- dysphonie transitoire ou prolongée
- épanchement péricardique
- pseudarthrose sternale
- chute avec ou sans lésion
- décompensation du diabète
- anémie
- fièvre, syndrome inflammatoire
- douleurs thoraciques, sternales ou des épaules
- hémothorax
- lymphocèle