



Chef de service

Pr Lucien Roussel

Équipe médicale

Dr Roger Vidal

Praticien hospitalier

Dr Julien Haddad

Praticien hospitalier

Dr Valérie Hamon

Chef de clinique assistant

Secrétariat

Tél. : 03 53 01 47 18

Fax : 03 53 01 58 41

secretariat.ccv@ghqc-beauvais.fr

Consultations

Du lundi au vendredi
de 8h30 à 17h00

N° séjour : 256626280 IPP : 5905186063

Réf. : CRO / CCV

Beauvais, le 04/05/2025

Monsieur DELMAS Bernard

Né le 29/08/1953 à Pruillé-le-Chétif (72)

INS (NIR) : 1 53 08 72 247 870 61

119 rue de la Liberté

60590 SÉRIFONTAINE

Tél. : 06 39 98 93 43

COMPTE RENDU OPÉRATOIRE

Date de l'intervention	01/05/2025
Opérateur	Dr Roger Vidal
Aide opératoire	Monique Leclerc (interne)
Anesthésiste	Dr Olivier Lacroix
Salle	Bloc A - salle 5

Date de l'intervention : 15/01/25.

Chirurgien : Dr Roger Vidal.

Intervention :

Diagnostic préopératoire :

Dissection aortique de type A de Stanford/ 1 de DeBakey aiguë.

Type d'intervention :

Remplacement de l'aorte ascendante de la jonction sino-tubulaire au pied du TABC par un tube droit Getinge Hémabridge de 28 mm et de l'hémicrosse en arrêt circulatoire, associé à un remplacement de la valve aortique par bioprothèse Medtronic AVALUS Ultra 25mm.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE :

Anesthésie générale.

Installation en décubitus dorsal.

Réalisation de la check-list pré-opératoire

Abord chirurgical

Incision cutanée sous-clavière droite.

Exposition de l'artère axillaire droite.

Réalisation de bourse par deux fils de Prolène 5/0 pledgétés.

Incision cutanée sternale.

Sternotomie médiane complète.

Pas d'adhérences péricardiques.

Épanchement péricardique séro-hématique de moyenne abondance.

Bilan chirurgical

Bonne contraction ventriculaire.

Ventricule gauche non dilaté.

Dissection aortique intéressant la racine de l'aorte, l'aorte thoracique ascendante, la crosse de l'aorte et touchant le tronc artériel brachio-céphalique mais épargnant l'artère carotide primitive gauche et l'artère sous-clavière gauche et se poursuivant sur l'aorte thoracique descendante.

Installation de la circulation extra-corporelle

Après héparinisation, canulation artérielle axillaire droite.

Canulation de l'atrium droit par une canule veineuse à double courant.

Canulation aveugle du sinus coronaire pour la cardioplégie rétrograde.

Départ de la circulation extra-corporelle

Hypothermie générale à 26°C.

Séparation et mise sur tirette des trois troncs supra-aortique, libération de l'espace entre l'aorte et l'artère pulmonaire.

Fibrillation ventriculaire à 28°C

Distension importante du ventricule gauche nécessitant la mise en place d'une sonde de décharge ventriculaire gauche à travers la paroi atriale gauche.

Clampage aortique et protection myocardique

Cardioplégie au sang froid à 25°C continue rétrograde par le sinus coronaire permettant l'obtention de l'asystolie.

Auto transfusion par Cell Saver.

Bilan des lésions aortiques

Exploration de l'aorte ascendante

Ouverture circonferentielle de l'aorte.

Présence d'une porte d'entrée au niveau de la jonction sino-tubulaire au-dessus du sinus non coronaire.

Etat de la valve aortique

Sinus de Vasalva disséqués uniquement au niveau du sinus non coronaire mais non dilatés.

Ostia coronaires en position normale.

Valves sigmoïdes fortement calcifiées.

Anneau aortique

Non dilaté.

Geste chirurgical en attente de l'hypothermie, sous clampage aortique, avant l'arrêt circulatoire

Remplacement de la valve aortique

Exérèse de la valve aortique.

Décalcification soigneuse de l'anneau.

Mise en place d'une prothèse biologique péricardique Medtronic Avalus Ultra 25 mm.

Suture à l'anneau par trois surjets de Prolène® 2/0.

Réparation de l'aorte d'amont

Excision de l'aorte ascendante jusqu'au ras du clamp aortique.

Solidarisation de la paroi artérielle disséquée autour des ostia coronaires par de la colle biologique.

Bilan des lésions aortiques en arrêt circulatoire, sans clampage aortique

Exploration de l'aorte ascendante

Absence de porte d'entrée au niveau de l'aorte thoracique ascendante distale.

Exploration de l'aorte horizontale

Absence de porte d'entrée au niveau de la crosse aortique.

Excision de l'aorte ascendante jusqu'au ras du tronc artériel brachio-céphalique.

Perfusion cérébrale rétrograde par canulation axillaire et canulation de l'artère carotide primitive gauche par l'intérieur de la crosse aortique, hypothermie générale à 26° et arrêt circulatoire de l'hémicorps inférieur.

Geste chirurgical pendant l'arrêt circulatoire, sans clampage aortique

Remplacement de l'hémi-crosse aortique

Solidarisation de la paroi aortique disséquée restante de la crosse aortique par de la colle biologique.

Prothèse vasculaire droite en Dacron® pré-imprégné diamètre 28 mm.

Suture distale de la prothèse vasculaire aortique à la crosse aortique, par plusieurs surjets de fil Prolène® 4/0 appuyés sur bandelette de feutre.

Renforcement de la suture distale par de la colle biologique

Purge de l'aorte et des troncs supra-aortiques.

Clampage de la prothèse vasculaire aortique.

Reprise de la perfusion artérielle par voie rétrograde à partir de l'artère fémorale droite.

Durée cumulée de l'arrêt circulatoire : 15 min.

Durée cumulée de la cérébro-perfusion : 35 min.

Durée d'arrêt circulatoire de l'hémicorps inférieur : 50 min.

Réchauffement général jusqu'à la normothermie.

Geste chirurgical après l'arrêt circulatoire pendant le réchauffement, prothèse vasculaire aortique droite remplaçant l'aorte ascendante

Remplacement de l'aorte thoracique ascendante supra coronaire

Prothèse vasculaire droite Vascuteck diamètre 28 mm.

Suture de la prothèse vasculaire droite à l'aorte au niveau de la jonction sino-tubulaire par plusieurs surjets de fil Prolène® 4/0 appuyés sur une bandelette de feutre.

Suture de la prothèse-prothèse par un surjet de fil Prolène® 4/0.

Déclampage aortique

Reperfusion rétrograde par cardioplégie sanguine chaude pré-déclampage.

Manoeuvres de purge sous clampage aortique comprenant l'aspiration par la sonde de décharge de la racine aortique du contenu ventriculaire gauche, le cœur étant immergé.

Durée de clampage aortique: 130 min.

Assistance circulatoire sous circulation extra-corporelle

Défibrillation du cœur spontanée.

Rythme cardiaque rapidement sinusal.

Implantation des électrodes de stimulation cardiaque temporaire.

Récupération de la fonction myocardique.

Mise en aspiration déclive, après déclampage aortique et sur cœur battant, pendant 30-40 min le temps du réchauffement général, par la sonde trans-atriale gauche de décharge ventriculaire gauche pour récupérer les bulles d'air piégées dans le ventricule gauche.

Ablation de la sonde trans-atriale gauche de décharge ventriculaire gauche.

Sevrage de la circulation extra-corporelle

Sevrage simple.

Durée de la circulation extra-corporelle: 181 min.

Décanulation

Manoeuvres de décanulations artérielle axillaire et veineuses centrale.

Fermeture pariétale

Neutralisation de l'héparine circulante par protamine.

Vérification de l'hémostase.

Hémostase réalisée par correction seule de l'hémostase biologique.

Surgicel au contact de l'anastomose proximale.

Mise en place de trois gros drains de Redon, un péri-prothétique, un péricardique et un médiastinal.

Fermeture quasi complète du péricarde.

Fermeture de l'abord artériel fémoral droit en 3 plans au-dessus d'un drain de Redon.

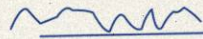
Fermeture pariétale en quatre plans: le sternum par des fils d'acier, le plan musculo-graisseux pré-sternal par des points séparés de fil Vicryl® 0/0 au-dessus d'un drain de Redon, le plan sous-cutané par un surjet de fil Vicryl® 2/0, la peau par des agrafes.

Etat hémodynamique depuis le sevrage de circulation extra-corporelle

Excellent.

Stable.

Dr Roger Vidal



Praticien hospitalier - Chirurgie cardio-vasculaire
RPPS : 10071149990

Compte rendu validé électroniquement le 01/05/2025

Copie à : Dr Mathieu Perrot (médecin traitant) ; Dossier patient