



L'INSTITUT  
MUTUALISTE  
MONTSOURIS

DEPARTEMENT DE PATHOLOGIE CARDIAQUE  
Responsable de Pôle : Dr. Mathieu DEBAUCHEZ

CHIRURGIE CARDIAQUE  
CHEF DE SERVICE  
Dr M. DEBAUCHEZ

CHIRURGIENS  
Dr P. DERVANIAN  
Dr E. LANSAC  
Dr S. SALVI  
Dr K. ZANNIS

CARDIOLOGUES  
Dr A. BERREBI  
Dr L. MANKOUBI  
Pr J.L. MONIN  
Dr M. NOGHIN  
Dr D. INGREMEAU  
(Assistante)

USIC  
01 56.61.65.25  
Fax 01.56.61.65.36  
Dr F. RAOUX  
Dr J. P. SAAL  
Dr B. ALHABIL (assistant)  
Dr C. ROIG (assistant)  
Dr A. BESNARD (assistant)

REANIMATION  
01.56.61.62.43  
Fax 01.56.61.61.99  
Dr K. BOUABDALLAH  
Dr K. BRINI  
Dr A. CEDDAHA  
Dr S. MEKAOUAR  
Secrétariat :  
01.56.61.61.34/61.88

HOSPITALISATION  
Poste de soins  
01 56.61.65 21

Secrétariat  
Mme I. TAPOAYI  
01 56 61 65 07  
Mme E. TOPIN  
01 56 61 65 10  
Mme I. JOSSE  
01 56 61 65 12  
Mme H. ATCHANÉ  
01 56 61 65 05

Fax Secrétariat: 0156.61.65.33  
E mail : cardio@imm.fr  
prenom.nom@imm.fr

Cadre du Département  
Mme C. FERY  
01.56.61.61.87  
Cadre de soins  
Mme C. BRANCHEREAU  
01.56.61.65.17  
Infirmière coordinatrice  
Mme M. LACOUA  
01.56.61.65.22

## COMpte RENDU D'HOSPITALISATION DE REANIMATION

Monsieur SARKIS Pierre, 21 ans, né le 04/07/1995

Identification séjour :

Date d'entrée :	01.06.17	Date de sortie :	02.06.17
-----------------	----------	------------------	----------

CRI dicté et tapé le 01.06.17

### Correspondants :

Docteur ABI NASAR - Centre Médical Chirurgical Bizet - 21 Rue Georges Bizet  
- 75016 PARIS  
Dr SARKIS Pierre (étudiant en médecine).

### MOTIF D'HOSPITALISATION (Dr A. CEDDAHA/dv)

Patient âgé de 22 ans, adressé pour cure d'insuffisance aortique sévère sur bicuspidie.

### ANTECEDENTS

Pas d'allergie connue.  
1m80, 62 kg

Antécédents : Intervention sur cloison nasale.

Facteurs de risque cardio-vasculaires : néant.

### TRAITEMENT HABITUEL

Néant.

### HISTOIRE DE LA MALADIE

Insuffisance aortique sur bicuspidie connue depuis 2012. Aggravation progressive d'une dyspnée d'effort sur plusieurs années.

Le Dr ABI NASAR retrouve une insuffisance aortique de grade 3 sur bicuspidie. VG non dilaté. FEVG conservée.

Adressé à l'IMM où est réalisée une seconde ETT qui retrouve en effet une bicuspidie coronaire droite coronaire gauche avec un doute sur une forme mineure d'unicuspidie. La fuite aortique est importante, le débit cardiaque très augmenté, sans augmentation majeure du VG. La FE est conservée à 65%. DTD 55 mm, DTS : 26 mm, anneau aortique : 30 mm. Le reste de l'aorte n'est pas dilatée. Sinus : 35 mm. Jonction sino-tubulaire : 34 mm. Aorte tubulaire : 37 mm.



SARKIS Pierre  
04/07/1995

**Bilan pré-opératoire :** normal

- *ETO* : bicuspidie de type 0 avec prolapsus de la cusp antérieure fusionnée. IA très excentrée vers la mitrale. Cette IA est sévère.
- *Scanner cardiaque* : pas d'anomalie.
- *EFR* : normales.
- *Bilan stomatologique et ORL* : normal.
- *Biologie* : Hb : 16 g/dl, plaquettes : 223 000, TP et TCA : normaux. Créatinine : 83 µmol/L.

**Intervention le 01.06.17 - Dr E. LANSAC (Cf. CRO) :** plastie aortique avec fermeture de FOP.

Annuloplastie sus et sous valvulaire. L'anneau mesure 27 mm.

CEC : 128 min, clampage aortique : 110 min.

Sortie de CEC : défaillance ventriculaire droite. Retour en CEC pendant 8 min pour quelques points au niveau de l'anomalie de l'implantation de la CD. Les signes rétrocèdent.

Sortie sous Dobutamine.

**SUITES OPERATOIRES**

**A l'admission en Réanimation :**

Température corporelle : 36°1.

Le patient est en myosis symétrique, réveillable.

Il a bénéficié d'un bloc para vertébral bilatéral.

La ventilation est symétrique.

Le myosis est symétrique.

L'abdomen est souple.

Hémodynamique stable sur un rythme sinusal accéléré à PR court, constant. Quelques signes d'HVG. Troubles diffus de la repolarisation spécifique.

Par ailleurs, il n'existe pas de saignement actif au niveau de deux drains médiastinaux.

**Evolution en Réanimation au 02.06.17 – Dr S. MEKAOUAR/dv :**

Sur le plan neurologique : arrêt des sédatifs dès son arrivée en réanimation. Le patient ouvre les yeux. Les pupilles sont symétriques, isochores, bouge les 4 membres sans signe de déficit.

Sur le plan respiratoire : murmure vésiculaire présent, bilatéral et symétrique. Radio de thorax : pas d'anomalie parenchymateuse. Gazométrique parfaite.

Sur le plan hémodynamique : le patient est sorti du bloc sous Dobutamine à 5 gamma/kg/min, rapidement sevrée après la réalisation d'une ETT. ECG : sous décalage du segment ST en D2 D3 et AVF puis normalisation de celui-ci. Mouvement de troponine, pic à 17.97 et dosée à 16.24 ce jour. Lactate : normal. Pas de signe d'hypoperfusion périphérique.

Sur le plan respiratoire : excellente évolution sans anomalie. Critères d'extubation (neurologique, hémodynamique et respiratoire), réunis. Extubation à 15H54. Mis sous 6L d'oxygène avec une excellente évolution en réanimation.

Ce jour, l'examen neurologique, cardiovasculaire, respiratoire est sans anomalie.

Devant les difficultés chirurgicales, décision de transférer le patient en USIC pour suite de prise en charge.



SARKIS Pierre  
04/07/1995

### TRAITEMENT DE SORTIE

Garde veine 250 ml/24H

Inexium 20 mg : 1 cp/jour le soir

PCA Morphine

Héparine IVSE : 10 000 unités/jour

Kardégic 75 mg/jour à midi

Umuline rapide SC toutes les 6H selon HGT.

### CONCLUSION

*Plastie aortique chez un patient âgé de 21 ans, présentant une IA majeure sur bicuspidie type 0.  
Suites opératoires simples.*

Transfert en Surveillance post-réanimation le 02.06.17.

Dr S. MEKAOUAR  
*CRH dicté et tapé le 02.06.17*

**Antibiothérapie curative en cours à la sortie :**

non       oui

Transfusion de produits sanguins dans le service :

non       oui

Bactérie multirésistante :

non       oui

IGS 2 : 6



L'INSTITUT  
MUTUALISTE  
MONTSOURIS

DEPARTEMENT DE PATHOLOGIE CARDIAQUE  
Responsable de Pôle : Dr. Mathieu DEBAUCHEZ

CHIRURGIEN CARDIAQUE  
Dr J. TERRAILLE  
Dr J. TERRAILLE

CHIRURGIENS  
Dr J. TERRAILLE  
Dr E. LANSAT  
Dr S. SALVI  
Dr P. ZANNI

CARDIOLOGUES  
Dr A. BERREBI  
Dr L. MANKOUDI  
Dr J.L. MONIN  
Dr M. NOGGIN  
Dr D. INGRÉMEAU  
(assistant)

URGENCE  
Tél 01 56 61 66 26  
Fax 01 56 61 66 36  
Dr F. RAOUX  
Dr J. P. SAAL  
Dr B. ALHABIL (assistant)  
Dr C. ROIG (assistant)  
Dr A. BESNARD (assistant)

REANIMATION  
Tél 01 56 61 62 43  
Fax 01 56 61 61 99  
Dr K. BOUADALLAH  
Dr K. BRINI  
Dr A. CEDDAHA  
Dr S. MEKAOUAR  
Secrétariat :  
01.56.61.61.34/61.88

HOSPITALISATION  
Poste de soins  
Tél 01 56.61.65 21

Secrétariat  
Mme I. TAPOAYI  
Tél 01 56 61 65 07  
Mme E. TOPIN  
Tél 01 56 61 65 10  
Mme I. JOSSE  
Tél 01 56 61 65 12  
Mme H. ATCHANE  
Tél 01 56 61 65 05

Fax Secrétariat:  
0156.61.65.33  
E mail : cardio@imm.fr  
prenom.nom@imm.fr

Cadre du Département  
Mme C. FERY  
Tél 01.56.61.61.87  
Cadre de soins  
Mme C. BRANCHEREAU  
Tél 01.56.61.65.17  
Infirmière coordinatrice  
Mme M. LACOUE  
Tél 01.56.61.65.22

Re: LB/EL  
Demande d'acte et présentation du rapport  
et remboursement pour information

**Docteur ABI NASR**  
Centre Médical Chirurgical Bizet  
21 Rue Georges Bizet  
75016 PARIS

Paris, le 25/04/2017

Cher Confrère,

Je vous remercie de m'avoir adressé en consultation Monsieur Pierre SARKIS (04/07/1995), âgé de 21 ans.

Il présente effectivement une insuffisance aortique symptomatique avec une dyspnée d'effort.

L'examen échographique retrouve une insuffisance aortique sur une bicuspidie coronaire droite – coronaire gauche avec un doute sur une des échographies d'une forme mineure d'une unicuspide. Il s'agit d'une fuite aortique importante avec débit cardiaque très augmenté et sans dilatation majeure du ventricule gauche avec une fraction d'éjection qui est conservée à 65%, DTD 52 mm, DTS 26 mm. L'anneau aortique est dilaté à 30 mm et le reste de l'aorte n'est pas dilaté. Sinus 35 mm, jonction sino-tubaire 34 mm, aorte tubulaire 37 mm.

Nous sommes donc dans le cadre d'une insuffisance aortique à priori symptomatique. Toutefois afin de sensibiliser les symptômes, je propose la réalisation dans un premier temps d'une échographie d'effort couplée à une ETO afin de préciser le diagnostic puis de faire un scanner avec synchronisation cardiaque pour compléter le bilan aortique et le bilan coronaire.

Nous avons aussi longuement discuté des bénéfices et les risques d'une intervention qui devrait consister en première intention en une plastie aortique et en cas d'impossibilité d'une plastie nous avons aussi parlé des différents substituts valvulaires à la fois de la valve mécanique et de la valve biologique.

Sous réserve de confirmation pré-opératoire, Monsieur SARKIS serait plutôt favorable à l'implantation d'une bio-prothèse en conscience d'un risque de re-opération par rapport aux inconvénients et aux risques du traitement anticoagulant de la valve mécanique.

Son bilan pré-opératoire aura lieu le 12/5/2017.

Je ne manquerai pas de vous tenir au courant.  
Je vous remercie pour votre confiance.

Bien cordialement.

**Docteur Emmanuel LANSAC**

✉ Monsieur Pierre SARKIS 19 Rue Riffault 86000 POITIERS



SERVICE DE  
CARDIOLOGIE  
Chef de service :  
Dr C. CAUBIN

**HOSPITALISATION**

CARDIO.  
INTERVENTIONNELLE  
Dr N. AMABILE  
Dr A. DIBIE  
Dr L. DRIEU  
Dr P. GOY  
Dr Z. MAMJI  
Dr A. OHANEGBIAN  
Dr A. VEUGEOIS

CARDIOLOGUES  
Dr D. CZITROM  
Dr C. DJAKOV  
Dr Q. LANDOLFI  
Dr A. BESNARD (assistante)  
Dr D. INGREMEAU  
(assistante)  
Dr C. ROIG (assistante)

USIC  
Tél 01 56.61.65.25  
Fax : 01.56.61.65.36  
Dr F. RAOUX  
Dr J. P. SAAL  
Dr B. ALHABIL (assistant)

HOSPITALISATION  
Poste de soins  
Tél 01 56.61.65.71

SECRETARIAT  
Mme S. FAGOT  
Tél 01 56.61.65.56

RYTHMOLOGIE  
Dr J.M. DARONDEL  
Tél 06.61.75.57.97  
Dr P. JORROT  
Tél 06.18.44.23.13  
Dr N. MIGNOT  
Tél 01.56.61.65.53  
Dr F. SEBAG  
Tél 01.56.61.65.53  
Dr J. SEBBAH  
Tél 06.09.10.61.96  
Dr E. SIMEON  
Tél 01.56.61.65.53  
Secrétaire  
Tél 01.56.61.65.53

Rendez vous de procédures  
Interventionnelles,  
consultations  
Tél 01.56.61.65.52

Rendez vous d'échographies  
Tél 01.56.61.65.51  
Fax Secrétaire: 0156.61.65.23  
E mail : cardio@imm.fr  
prenom.nom@imm.fr

Cadre du Département  
Mme C. FERY  
Tél 01.56.61.61.87  
Cadre de soins  
Mme C. BRANCHEREAU  
Tél 01.56.61.65.17  
Infirmière coordinatrice  
Mme M. LACOUA  
Tél 01.56.61.65.22

Réf :  
Tapé le 11 mai 2017 par K. AACHA

**COMPTE-RENDU D'HOSPITALISATION**

**NOM : SARKIS Pierre né(e) le 04/07/1995**

Hospitalisé (e) du 11/05/2017 au

**Correspondant (s) :**

- Pierre SARKIS 19 Rue Riffault 86000 POITIERS
- Dr LANSAC
- Dr ABI NASSAR

**MOTIF D'HOSPITALISATION :**

Bilan pré-chirurgical d'une insuffisance aortique symptomatique

**ANTECEDENTS :**

Insuffisance aortique sur bicuspidie connue depuis 2012  
Opération de la cloison nasale

**MODE DE VIE :** Etudiant en 3<sup>ème</sup> année en médecine

**FACTEURS DE RISQUE :** Aucun

**TRAITEMENT D'ENTREE :** Aucun

**HISTOIRE DE LA MALADIE:**

Aggravation progressive d'une dyspnée d'effort modéré sur plusieurs années. Pas de dyspnée dans les actes de la vie quotidienne. Pas de douleur thoracique, pas de syncope, pas de palpitations.

Le patient est adressé au Dr LANSAC par le Dr ABI NASSAR qui retrouvait une insuffisance aortique grade III sur bicuspidie, VG non dilaté, FEVG conservé.

Une nouvelle ETT réalisé par le Dr NOGHIN et retrouve une insuffisance aortique sur une bicuspidie coronaire droite – coronaire gauche avec un doute sur une des échographies d'une forme mineure d'une unicuspide

Il s'agit d'une fuite aortique importante avec débit cardiaque très augmenté et sans dilatation majeure du ventricule gauche avec une fraction d'éjection qui est conservée à 65%, DTD 52 mm, DTS 26 mm. L'anneau aortique est dilaté à 30 mm et le reste de l'aorte n'est pas dilaté. Sinus 35 mm, jonction sino-tubaire 34 mm, aorte tubulaire 37 mm.

Le bilan est adressé pour bilan pré-opératoire.

**EXAMEN CLINIQUE A L'ARRIVEE :**

Constantes : 132/82 FC 75 97% en air ambiant, apyrétique

Pas de signes d'insuffisance cardiaque droite ou gauche

Bruits du cœur régulier, souffle d'insuffisance aortique 2/6

Eupnéique en air ambiant, murmure vésiculaire bilatéral symétrique, pas de bruits surajoutés.

**BIOLOGIE :**

Urée 3.6mmol/L, Crétinine 83µmol/L, Na 146mmol/L, K 3.6 mmol.

Troponine négative, NTPROBNP < 50.

Bilan hépatique normal

TP 91% TCAr 1.10

Hémoglobine 15.9g/dl, Leucocytes 7\*10^9/l, plaquettes 223\*10^9/l

**EVOLUTION SECONDAIRE :**

**Bilan préopératoire :**

Bilan ORL et STOMATOLOGIQUE en ville normaux

L'échographie d'effort retrouve une fuite aortique importante sur bicuspidie avec ouverture horizontale, performance correcte. Bonne réserve contractile VG, absence d'ischémie ECG ou échographique. Pas d'arythmie à l'effort. Arrêté à 88% de la FMT, 170W pour épuisement.

Echographie trans-œsophagienne Dr CZITROM : bicuspidie type 0, valve souple non calcifiée d'ouverture normale. Prolapsus de la cusp antérieure fusionnée. IA très excentrée vers la mitrale sévère. Anneau aortique à 32mm, sinus vasalva 36mm, JST 34mm et portion tubulaire à 35mm.

Scanner cardiaque fait CRH en attente.

EFR normales : VEMS 4.23L soit 93% de la théorique, VEMS/CVF 90%

Scores de risque : Euroscore 1 : 0.88%, Euroscore 2 : 0.55%, STS score : 0.47%

Le dossier sera discuté au staff médico-chirurgical le 15/05.

**TRAITEMENT DE SORTIE :** Aucun

**AU TOTAL :**

Patient de 22 ans hospitalisé pour bilan préopératoire d'une insuffisance aortique sévère symptomatique sur bicuspidie TYPE 0 avec dilatation de l'anneau aortique 32mm, pas de dilatation de l'aorte ascendante. Discussion au staff médico-chirurgical le 15/05.

**Docteur Roig Clémence / AACHA Karim**

Infection nosocomiale	Non
Transfusion sanguine	Non
Bactérie multi-résistante	Non



CHIRURGIE CARDIAQUE  
CHEF DE SERVICE  
Dr M. DEBAUCHEZ

CHIRURGIENS  
Dr P. DERVANIAN  
Dr E. LANSAC  
Dr S. SALVI  
Dr K. ZANNIS

CARDIOLOGUES  
Dr A. BERREBI  
Dr L. MANKOUBI  
Pr J.L. MONIN  
Dr M. NOGHIN  
Dr D. INGREMEAU  
(Assistante)

USIC  
01 56.61.65.25  
Fax 01.56.61.65.36  
Dr F. RAOUX  
Dr J. P. SAAL  
Dr B. ALHABIL  
(assistant)  
Dr C. ROIG (assistant)  
Dr A. BESNARD  
(assistant)

REANIMATION  
01.56.61.62.43  
Fax 01.56.61.99  
Dr K. BOUABDALLAH  
Dr K. BRINI  
Dr A. CEDDAHA  
Dr S. MEKAOUAR  
Secrétariat :  
01.56.61.61.34/61.88

HOSPITALISATION  
Poste de soins  
01 56.61.65 21

Secrétariat  
Mme I. TAPOAYI  
01 56 61 65 07  
Mme E. TOPIN  
01 56 61 65 10  
Mme I. JOSSE  
01 56 61 65 12  
Mme H. ATCHANE  
01 56 61 65 05

Fax Secrétariat:  
0156.61.65.33  
E mail : cardio@imm.fr

prenom.nom@imm.fr

Cadre du Département  
Mme C. FERY  
01.56.61.61.87

Cadre de soins  
Mme C. BRANCHEREAU  
01.56.61.65.17

Infirmière coordinatrice  
Mme M. LACOUA  
01 56 61 65 00

Réf : IJ/LM

### COMPTE-RENDU D'HOSPITALISATION

Paris, le 9 juin 2017

**NOM : SARKIS Pierre né(e) le 04/07/1995**

Hospitalisé du 31/05/2017 au 09/06/2017

#### **Correspondant (s) :**

- Dr ABI NASAR CMC Bizet 21 rue G.Bizet Paris 16ème
- Médecin Responsable de la Réadaptation Cardiaque à Bizet

#### **MOTIF D'HOSPITALISATION :**

Patient âgé de 22 ans, adressé pour cure d'insuffisance aortique sévère sur bicuspidie.

#### **ANTECEDENTS :**

*Pas d'allergie connue.*  
1m80, 62 kg

*Antécédents : Intervention sur cloison nasale.*

*Facteurs de risque cardio-vasculaires : néant.*

#### **HISTOIRE DE LA MALADIE :**

Insuffisance aortique sur bicuspidie connue depuis 2012. Aggravation progressive d'une dyspnée d'effort sur plusieurs années.

Le Dr ABI NASAR retrouve une insuffisance aortique de grade 3 sur bicuspidie. VG non dilaté. FEVG conservée.

Adressé à l'IMM où est réalisée une seconde ETT qui retrouve en effet une bicuspidie coronaire droite coronaire gauche avec un doute sur une forme mineure d'unicuspidie. La fuite aortique est importante, le débit cardiaque très augmenté, sans augmentation majeure du VG. La FE est conservée à 65%. DTD 55 mm, DTS : 26 mm, anneau aortique : 30 mm. Le reste de l'aorte n'est pas dilatée. Sinus : 35 mm. Jonction sino-tubulaire : 34 mm. Aorte tubulaire : 37 mm.

#### **Bilan pré-opératoire :** normal

- *ETO : bicuspidie de type 0 avec prolapsus de la cusp antérieure fusionnée. IA très excentrée vers la mitrale. Cette IA est sévère.*
- *Scanner cardiaque : pas d'anomalie.*
- *EFR : normales.*
- *Bilan stomatologique et ORL : normal.*
- *Biologie : Hb : 16 g/dl, plaquettes : 223 000, TP et TCA : normaux. Créatinine : 83 µmol/L.*



Nom : SARKIS Pierre  
Né(e) : 04/07/1995

**Intervention le 01.06.17 - Dr E. LANSAC (Cf. CRO)** : plastie aortique avec fermeture de FOP.

Annuloplastie sus et sous valvulaire. L'anneau mesure 27 mm.

CEC : 128 min, clampage aortique : 110 min.

Sortie de CEC : défaillance ventriculaire droite. Retour en CEC pendant 8 min pour quelques points au niveau de l'anomalie de l'implantation de la CD. Les signes rétrocèdent.

Sortie sous Dobutamine.

#### **SUITES OPERATOIRES :**

##### **A l'admission en Réanimation :**

Température corporelle : 36°1.

Le patient est en myosis symétrique, réveillable.

Il a bénéficié d'un bloc para vertébral bilatéral.

La ventilation est symétrique.

Le myosis est symétrique.

L'abdomen est souple.

Hémodynamique stable sur un rythme sinusal accéléré à PR court, constant. Quelques signes d'HVG.

Troubles diffus de la repolarisation spécifique.

Par ailleurs, il n'existe pas de saignement actif au niveau de deux drains médiastinaux.

#### **Evolution en Réanimation au 02.06.17 – Dr S. MEKAOUAR/dv :**

Sur le plan neurologique : arrêt des sédatifs dès son arrivée en réanimation. Le patient ouvre les yeux. Les pupilles sont symétriques, isochores, bouge les 4 membres sans signe de déficit.

Sur le plan respiratoire : murmure vésiculaire présent, bilatéral et symétrique. Radio de thorax : pas d'anomalie parenchymateuse. Gazométrique parfaite.

Sur le plan hémodynamique : le patient est sorti du bloc sous Dobutamine à 5 gamma/kg/min, rapidement sevrée après la réalisation d'une ETT. ECG : sous décalage du segment ST en D2 D3 et AVF puis normalisation de celui-ci. Mouvement de troponine, pic à 17.97 et dosée à 16.24 ce jour. Lactate : normal. Pas de signe d'hypoperfusion périphérique.

Sur le plan respiratoire : excellente évolution sans anomalie. Critères d'extubation (neurologique, hémodynamique et respiratoire), réunis. Extubation à 15H54. Mis sous 6L d'oxygène avec une excellente évolution en réanimation.

Ce jour, l'examen neurologique, cardiovasculaire, respiratoire est sans anomalie.

Devant les difficultés chirurgicales, décision de transférer le patient en USIC pour suite de prise en charge.

#### **EVOLUTION SECONDAIRE :**

Séjour en USIC du 1er juin au 4 juin 2017 puis en salle

L'évolution a été simple sur le plan hémodynamique.

**Sur le plan rythmique**, rythme sinusal permanent permettant l'ablation des électrodes à J +4.

**Sur le plan infectieux**, épisode fébrile à 38.5 à J2 sans point d'appel particulier. L'ECBU, deux hémocultures prélevées sont négatives. Le syndrome inflammatoire biologique habituel en post-opératoire est en baisse régulière.



Nom : SARKIS Pierre  
Né(e) : 04/07/1995

**Examen clinique au 8 ème jour postopératoire :**

Le patient est apyrétique et asymptomatique, la cicatrice de sternotomie est propre avec un thorax solide. Il n'y a pas de signe d'insuffisance cardiaque périphérique.

**ECG :**

Tachycardie sinusale à QRS fins, intervalle PR normal, troubles de repolarisation à type d'onde T. Négative en territoire inféro-apico-latérale, HVG.

**Radiographie thoracique le 05/06/2017**

Poumons clairs, sans foyer ni épanchement.

**Echocardiographie du 08/06/2017**

Plastie aortique non sténosante (gradient moyen 13 mmHg) non fuyante. Dimension normale de l'aorte initialé tubulaire. VG non dilaté, SIV paradoxal post-opératoire FE VG 57%. PR VG normales. Pas de valvulopathie mitrale. OG taille normale. Bonne fonction systolique VD. Pas d'HTAP. Péricarde sec.

**TDM Aorte systématische le 07/06/2017**

Bon résultat post-opératoire sans anomalie décelée

**Bilan biologique :**

GB = 7.32	GR = 3.51
Hémoglobine = 105	Hématocrite = 29 %
Plaquettes = 401	Glycémie = 4.6
Natrémie = 141	Kaliémie = 3.6
Protides = 67	Créatinin = 54
Urée = 2.6	CRP = 39

**TRAITEMENT DE SORTIE :**

Lovenox 04 ml 1 injection sous-cutanée par jour  
Kardégic 75 mg/jour  
Paracétamol 1 g 3 x par jour  
Topalgic LP 100 mg 1 comprimé matin et soir  
Lanzor 30 mg le soir

**AU TOTAL :**

Patient âgé de 21 ans, présentant une insuffisance aortique sévère sur bicuspidie type 0 avec FEVG préservée.

Plastie aortique avec fermeture de FOP, annuloplastie sus et sous valvulaire le 1er juin 2017 par le Docteur Lansac

**Suites opératoires simples**

Transfert à la clinique Bizet le 9 juin 2017 (J +8)

Docteur Leila MANKOUBI

Infection nosocomiale	Non
Transfusion sanguine	Non
Bactérie multi-résistante	Non



L'INSTITUT  
MUTUALISTE  
MONTSOURIS

DEPARTEMENT DE PATHOLOGIE CARDIAQUE  
Responsable de Pôle : Dr. Mathieu DEBAUCHEZ

CHIRURGIE CARDIAQUE

CHEF DE SERVICE

Dr M. DEBAUCHEZ

CHIRURGIENS

Dr P. DERVANIAN  
Dr E. LANSAC  
Dr S. SALVI  
Dr K. ZANNIS

CARDIOLOGUES

Dr A. BERREBI  
Dr L. MANKOUBI  
Pr J.L. MONIN  
Dr M. NOGHIN  
Dr D. INGREMEAU  
(Assistante)

USIC

01 56.61.65.25  
Fax 01.56.61.65.36  
Dr F. RAOUX  
Dr J. P. SAAL  
Dr B. ALHABIL (assistant)  
Dr C. ROIG (assistant)  
Dr A. BESNARD (assistant)

REANIMATION

01.56.61.62.43  
Fax 01.56.61.61.99  
Dr K. BOUABDALLAH  
Dr K. BRINI  
Dr A. CEDDAHA  
Dr S. MEKAOUAR  
Secrétariat :  
01.56.61.61.34/61.88

HOSPITALISATION

Poste de soins  
01 56.61.65 21

Secrétariat

Mme I. TAPOAYI  
01 56 61 65 07  
Mme E. TOPIN  
01 56 61 65 10  
Mme I. JOSSE  
01 56 61 65 12  
Mme H. ATCHANÉ  
01 56 61 65 05

Fax Secrétariat: 0156.61.65.33  
E mail : cardio@imm.fr  
prenom.nom@imm.fr

Cadre du Département

Mme C. FERY  
01.56.61.61.87

Cadre de soins

Mme C. BRANCHEREAU  
01.56.61.65.17

Infirmière coordinatrice

Mme M. LACOUA  
01.56.61.65.22

**COMPTE RENDU D'HOSPITALISATION DE REANIMATION**

**Monsieur SARKIS Pierre, 21 ans, né le 04/07/1995**

*Identification séjour :*

Date d'entrée :	01.06.17	Date de sortie :	02.06.17
-----------------	----------	------------------	----------

*CRI dicté et tapé le 01.06.17*

**Correspondants :**

Docteur ABI NASAR - Centre Médical Chirurgical Bizet - 21 Rue Georges Bizet - 75016 PARIS  
Dr SARKIS Pierre (étudiant en médecine).

**MOTIF D'HOSPITALISATION (Dr A. CEDDAHA/dv)**

Patient âgé de 22 ans, adressé pour cure d'insuffisance aortique sévère sur bicuspidie.

**ANTECEDENTS**

*Pas d'allergie connue.*

1m80, 62 kg

Antécédents : Intervention sur cloison nasale.

Facteurs de risque cardio-vasculaires : néant.

**TRAITEMENT HABITUEL**

Néant.

**HISTOIRE DE LA MALADIE**

Insuffisance aortique sur bicuspidie connue depuis 2012. Aggravation progressive d'une dyspnée d'effort sur plusieurs années.

Le Dr ABI NASAR retrouve une insuffisance aortique de grade 3 sur bicuspidie. VG non dilaté. FEVG conservée.

Adressé à l'IMM où est réalisée une seconde ETT qui retrouve en effet une bicuspidie coronaire droite coronaire gauche avec un doute sur une forme mineure d'unicuspidie. La fuite aortique est importante, le débit cardiaque très augmenté, sans augmentation majeure du VG. La FE est conservée à 65%. DTD 55 mm, DTS : 26 mm, anneau aortique : 30 mm. Le reste de l'aorte n'est pas dilatée. Sinus : 35 mm. Jonction sino-tubulaire : 34 mm. Aorte tubulaire : 37 mm.



**Bilan pré-opératoire :** normal

- ETO : bicuspidie de type 0 avec prolapsus de la cusp antérieure fusionnée. IA très excentrée vers la mitrale. Cette IA est sévère.
- Scanner cardiaque : pas d'anomalie.
- EFR : normales.
- Bilan stomatologique et ORL : normal.
- Biologie : Hb : 16 g/dl, plaquettes : 223 000, TP et TCA : normaux. Créatinine : 83 µmol/L.

**Intervention le 01.06.17 - Dr E. LANSAC (Cf. CRO) :** plastie aortique avec fermeture de FOP.

Annuloplastie sus et sous valvulaire. L'anneau mesure 27 mm.

CEC : 128 min, clampage aortique : 110 min.

Sortie de CEC : défaillance ventriculaire droite. Retour en CEC pendant 8 min pour quelques points au niveau de l'anomalie de l'implantation de la CD. Les signes rétrocèdent.

Sortie sous Dobutamine.

**SUITES OPERATOIRES**

**A l'admission en Réanimation :**

Température corporelle : 36°1.

Le patient est en myosis symétrique, réveillable.

Il a bénéficié d'un bloc para vertébral bilatéral.

La ventilation est symétrique.

Le myosis est symétrique.

L'abdomen est souple.

Hémodynamique stable sur un rythme sinusal accéléré à PR court, constant. Quelques signes d'HVG. Troubles diffus de la repolarisation spécifique.

Par ailleurs, il n'existe pas de saignement actif au niveau de deux drains médiastinaux.

**Evolution en Réanimation au 02.06.17 – Dr S. MEKAOUAR/dv :**

Sur le plan neurologique : arrêt des sédatifs dès son arrivée en réanimation. Le patient ouvre les yeux. Les pupilles sont symétriques, isochores, bouge les 4 membres sans signe de déficit.

Sur le plan respiratoire : murmure vésiculaire présent, bilatéral et symétrique. Radio de thorax : pas d'anomalie parenchymateuse. Gazométrique parfaite.

Sur le plan hémodynamique : le patient est sorti du bloc sous Dobutamine à 5 gamma/kg/min, rapidement sevrée après la réalisation d'une ETT. ECG : sous décalage du segment ST en D2 D3 et AVF puis normalisation de celui-ci. Mouvement de troponine, pic à 17.97 et dosée à 16.24 ce jour. Lactate : normal. Pas de signe d'hypoperfusion périphérique.

Sur le plan respiratoire : excellente évolution sans anomalie. Critères d'extubation (neurologique, hémodynamique et respiratoire), réunis. Extubation à 15H54. Mis sous 6L d'oxygène avec une excellente évolution en réanimation.

Ce jour, l'examen neurologique, cardiovasculaire, respiratoire est sans anomalie.

Devant les difficultés chirurgicales, décision de transférer le patient en USIC pour suite de prise en charge.



SARKIS Pierre  
04/07/1995

**TRAITEMENT DE SORTIE**

Garde veine 250 ml/24H

Inexium 20 mg : 1 cp/jour le soir

PCA Morphine

Héparine IVSE : 10 000 unités/jour

Kardégic 75 mg/jour à midi

Umuline rapide SC toutes les 6H selon HGT.

**CONCLUSION**

*Plastie aortique chez un patient âgé de 21 ans, présentant une IA majeure sur bicuspidie type 0.  
Suites opératoires simples.*

Transfert en Surveillance post-réanimation le 02.06.17.

Dr S. MEKAOUAR  
*CRH dicté et tapé le 02.06.17*

**Antibiothérapie curative en cours à la sortie :**

non     oui

Transfusion de produits sanguins dans le service :

non     oui

Bactérie multirésistante :

non     oui

IGS 2 : 6



CHIRURGIE CARDIAQUE  
CHEF DE SERVICE  
Dr M. DEBAUCHEZ

CHIRURGIENS  
Dr P. DERVANIAN  
Dr E. LANSAC  
Dr S. SALVI  
Dr K. ZANNIS

CARDIOLOGUES  
Dr A. BERREBI  
Dr L. MANKOUBI  
Pr J.L. MONIN  
Dr M. NOGHIN  
Dr D. INGREMEAU  
(Assistante)

USIC  
01 56.61.65.25  
Fax 01.56.61.65.36  
Dr F. RAOUX  
Dr J. P. SAAL  
Dr B. ALHABIL  
(assistant)  
Dr C. ROIG (assistant)  
Dr A. BESNARD  
(assistant)

REANIMATION  
01.56.61.62.43  
Fax 01.56.61.61.99  
Dr K. BOUABDALLAH  
Dr K. BRINI  
Dr A. CEDDAHA  
Dr S. MEKAOUAR  
Secrétariat :  
01.56.61.61.34/61.88

HOSPITALISATION  
Poste de soins  
01 56.61.65 21

Secrétariat  
Mme I. TAPOAYI  
01 56 61 65 07  
Mme E. TOPIN  
01 56 61 65 10  
Mme I. JOSSE  
01 56 61 65 12  
Mme H. ATCHAN  
01 56 61 65 05

Fax Secrétariat:  
0156.61.65.33  
E mail : cardio@imm.fr

prenom.nom@imm.fr

Cadre du Département  
Mme C. FERY  
01.56.61.61.87  
Cadre de soins  
Mme C. BRANCHEREAU  
01.56.61.65.17  
Infirmière coordinatrice  
Mme M. LACOUA  
01.56.61.65.22

Réf : IJ/LM

### COMPTE-RENDU D'HOSPITALISATION

Paris, le 9 juin 2017

**NOM : SARKIS Pierre né(e) le 04/07/1995**

Hospitalisé du 31/05/2017 au 09/06/2017

#### **Correspondant (s) :**

- Dr ABI NASAR CMC Bizet 21 rue G.Bizet Paris 16ème
- Médecin Responsable de la Réadaptation Cardiaque à Bizet

#### **MOTIF D'HOSPITALISATION :**

Patient âgé de 22 ans, adressé pour cure d'insuffisance aortique sévère sur bicuspidie.

#### **ANTECEDENTS :**

*Pas d'allergie connue.*

1m80, 62 kg

*Antécédents : Intervention sur cloison nasale.*

*Facteurs de risque cardio-vasculaires : néant.*

#### **HISTOIRE DE LA MALADIE :**

Insuffisance aortique sur bicuspidie connue depuis 2012. Aggravation progressive d'une dyspnée d'effort sur plusieurs années.

Le Dr ABI NASAR retrouve une insuffisance aortique de grade 3 sur bicuspidie. VG non dilaté. FEVG conservée.

Adressé à l'IMM où est réalisée une seconde ETT qui retrouve en effet une bicuspidie coronaire droite coronaire gauche avec un doute sur une forme mineure d'unicuspidie. La fuite aortique est importante, le débit cardiaque très augmenté, sans augmentation majeure du VG. La FE est conservée à 65%. DTD 55 mm, DTS : 26 mm, anneau aortique : 30 mm. Le reste de l'aorte n'est pas dilatée. Sinus : 35 mm. Jonction sino-tubulaire : 34 mm. Aorte tubulaire : 37 mm.

#### **Bilan pré-opératoire : normal**

- ETO : bicuspidie de type 0 avec prolapsus de la cusp antérieure fusionnée. IA très excentrée vers la mitrale. Cette IA est sévère.
- Scanner cardiaque : pas d'anomalie.
- EFR : normales.
- Bilan stomatologique et ORL : normal.
- Biologie : Hb : 16 g/dl, plaquettes : 223 000, TP et TCA : normaux. Créatinine : 83 µmol/L.



Nom : SARKIS Pierre  
Né(e) : 04/07/1995

**Intervention le 01.06.17 - Dr E. LANSAC (Cf. CRO)** : plastie aortique avec fermeture de FOP.

Annuloplastie sus et sous valvulaire. L'anneau mesure 27 mm.

CEC : 128 min, clampage aortique : 110 min.

Sortie de CEC : défaillance ventriculaire droite. Retour en CEC pendant 8 min pour quelques points au niveau de l'anomalie de l'implantation de la CD. Les signes rétrocèdent.

Sortie sous Dobutamine.

**SUITES OPERATOIRES :**

**A l'admission en Réanimation :**

Température corporelle : 36°1.

Le patient est en myosis symétrique, réveillable.

Il a bénéficié d'un bloc para vertébral bilatéral.

La ventilation est symétrique.

Le myosis est symétrique.

L'abdomen est souple.

Hémodynamique stable sur un rythme sinusal accéléré à PR court, constant. Quelques signes d'HVG.

Troubles diffus de la repolarisation spécifique.

Par ailleurs, il n'existe pas de saignement actif au niveau de deux drains médiastinaux.

**Evolution en Réanimation au 02.06.17 – Dr S. MEKAOUAR/dv :**

Sur le plan neurologique : arrêt des sédatifs dès son arrivée en réanimation. Le patient ouvre les yeux. Les pupilles sont symétriques, isochores, bouge les 4 membres sans signe de déficit.

Sur le plan respiratoire : murmure vésiculaire présent, bilatéral et symétrique. Radio de thorax : pas d'anomalie parenchymateuse. Gazométrique parfaite.

Sur le plan hémodynamique : le patient est sorti du bloc sous Dobutamine à 5 gamma/kg/min, rapidement sevrée après la réalisation d'une ETT. ECG : sous décalage du segment ST en D2 D3 et AVF puis normalisation de celui-ci. Mouvement de troponine, pic à 17.97 et dosée à 16.24 ce jour. Lactate : normal. Pas de signe d'hypoperfusion périphérique.

Sur le plan respiratoire : excellente évolution sans anomalie. Critères d'extubation (neurologique, hémodynamique et respiratoire), réunis. Extubation à 15H54. Mis sous 6L d'oxygène avec une excellente évolution en réanimation.

Ce jour, l'examen neurologique, cardiovasculaire, respiratoire est sans anomalie.

Devant les difficultés chirurgicales, décision de transférer le patient en USIC pour suite de prise en charge.

**EVOLUTION SECONDAIRE :**

Séjour en USIC du 1er juin au 4 juin 2017 puis en salle

L'évolution a été simple sur le plan hémodynamique.

**Sur le plan rythmique**, rythme sinusal permanent permettant l'ablation des électrodes à J +4.

**Sur le plan infectieux**, épisode fébrile à 38.5 à J2 sans point d'appel particulier. L'ECBU, deux hémodcultures prélevées sont négatives. Le syndrome inflammatoire biologique habituel en post-opératoire est en baisse régulière.



Nom : SARKIS Pierre  
Né(e) : 04/07/1995

**Examen clinique au 8 ème jour postopératoire :**

Le patient est apyrétique et asymptomatique, la cicatrice de sternotomie est propre avec un thorax solide. Il n'y a pas de signe d'insuffisance cardiaque périphérique.

**ECG :**

Tachycardie sinusale à QRS fins, intervalle PR normal, troubles de repolarisation à type d'onde T. Négative en territoire inféro-apico-latérale, HVG.

**Radiographie thoracique le 05/06/2017**

Poumons clairs, sans foyer ni épanchement.

**Echocardiographie du 08/06/2017**

Plastie aortique non sténosante (gradient moyen 13 mmHg) non fuyante. Dimension normale de l'aorte initialé tubulaire. VG non dilaté, SIV paradoxal post-opératoire FE VG 57%. PR VG normales. Pas de valvulopathie mitrale. OG taille normale. Bonne fonction systolique VD. Pas d'HTAP. Péricarde sec.

**TDM Aorte systématische le 07/06/2017**

Bon résultat post-opératoire sans anomalie décelée

**Bilan biologique :**

GB = 7.32	GR = 3.51
Hémoglobine = 105	Hématocrite = 29 %
Plaquettes = 401	Glycémie = 4.6
Natrémie = 141	Kaliémie = 3.6
Protides = 67	Créatinine = 54
Urée = 2.6	CRP = 39

**TRAITEMENT DE SORTIE :**

Lovenox 04 ml 1 injection sous-cutanée par jour  
Kardégic 75 mg/jour  
Paracétamol 1 g 3 x par jour  
Topalgic LP 100 mg 1 comprimé matin et soir  
Lanzor 30 mg le soir

**AU TOTAL :**

Patient âgé de 21 ans, présentant une insuffisance aortique sévère sur bicuspidie type 0 avec FEVG préservée.

Plastie aortique avec fermeture de FOP, annuloplastie sus et sous valvulaire le 1er juin 2017 par le Docteur Lansac

Suites opératoires simples

Transfert à la clinique Bizet le 9 juin 2017 (J +8)

Docteur Leila MANKOUBI

Infection nosocomiale	Non
Transfusion sanguine	Non
Bactérie multi-résistante	Non