

Nom : SARKIS, PIERRE

Date : 25/04/2017

Né(e) le : 04/07/1995

<u>VG: dimensions et contractilité</u>		<u>Remplissage VG</u>	
FE (Biplan)	64 %	VM E Vit	0.79 m/s
Vol.VG.tD(sim. BP)	145 ml		
Vol.VG.tS(sim. BP)	53 ml		
SIVd	1.04 cm		
VGd	5.16 cm		
PPVGd	1.14 cm		
SIVs	1.74 cm		
VGs	2.63 cm		
PPVGS	1.99 cm		
FR%	49 %		
Mas. VGd.ind.	144 g/m ²		
DTDVG ind.	2.9 cm/m ²		
h/r	0.42		

<u>OG / Ao</u>		<u>Coeur droit</u>	
Ss Ao Diam	3.0 cm	TAPSE	2.3 cm
Ao Asc	3.7 cm	Sann Tric	16 cm/s

<u>Doppler aortique</u>			
Ss Ao Diam	3.0 cm	IA T1/2	257 ms
Ss Ao ITV	19.7 cm		
FC	94 BPM		
Débit Card.Ind.	7.2 l/minm ²		
VA Vmax	2.67 m/s		
VA GDmax	29 mmHg		
VA GDmoy	15 mmHg		
Surf.Ao(ITV)	3.45 cm ²		
Surf Ao Ind	1.94 cm ² /m ²		

<u>Doppler mitral</u>	

Clinique Médico-Chirurgicale BIZET, Département de Cardiologie
Médicale, 21 rue Georges Bizet, 75116 Paris
 Laboratoire d'Explorations Cardio-Vasculaires, Tél: 01 40 69 35 13
 Echographie Cardiaque

Nom : SARKIS, PIERRE
 ALEXANDRE

Date : 22/03/2017

Taille : 180.0 cm

Poids : 60.0 kg

Surf. Corp. : 1.77 m²

Né(e) le : 04/07/1995

<u>Mesures 2D</u>		<u>VG + VD (TM)</u>	<u>OG/Ao (TM)</u>
SIVd	0.87 cm	SIVd	0.84 cm
VGd	5.07 cm	VGd	5.35 cm
PPVGd	1.02 cm	PPVGd	1.11 cm
Ao sinus Vals	3.5 cm	SIVs	1.29 cm
Ao jonct sino-tub	3.2 cm	VGs	3.08 cm
Isthme Ao	1.81 cm	PPVGS	1.49 cm
Diam. Ao Asc.	3.704 cm		
OG Surf	10.04 cm ²		
VGd Long(4cav)	8.68 cm	FE(Teich)	73.00 %
Vol. VG TD(sim.4cav)	92.73 ml	FR%	42.42 %
VGs Long(A4C)	6.88 cm	Mas. VGd.ind. (ASE)	111.44 g/m ²
Vol.VG.tS(sim.4cav)	33.91 ml		
Vol.Téléd(Teich)	121.95 ml		
FE VG (sim.A4C)	63.43 %		

<u>Valve Tricuspidé</u>	<u>Valve Aortique</u>	<u>Valve Mitrale</u>	<u>Fonction Diastolique</u>
IT Vmax	3.58 m/s	Ss Ao Vmax	1.26 m/s
IT GDmax	51.39 mmHg	Ss Ao Vmoy	0.81 m/s
POD est	10.00 mmHg	Ss Ao GDmax	6.32 mmHg
VDPs est	61.39 mmHg	Ss Ao GDmoy	3.12 mmHg
		Ss Ao env.Ti	292.39 ms
		Ss Ao ITV	23.61 cm
		FC	84.25 BPM
		VA Vmax	2.30 m/s
		VA Vmoy	1.67 m/s
		VA GDmax	21.22 mmHg
		VA GDmoy	12.81 mmHg
		VA Env.Ti	273 ms
		VA ITV	45.78 cm
		FC	78.82 BPM
		VA Vmax	2.29 m/s
		VA GDmax	20.96 mmHg
		Isth. sup- sternal Ao	18.5 cm/s
		VtéléD	
		IP	0.5

Conclusions

Surveillance d'une IA avec bicuspidie:

Ventricule gauche non dilaté non hypertrophié
 FEVG estimée à 70%, cinéétique segmentaire normale
 Pressions de remplissage normales

Aorte ascendante non dilatée

Valve aortique bicuspidie sans sténose

Insuffisance aortique excentrée de grade 3/4.

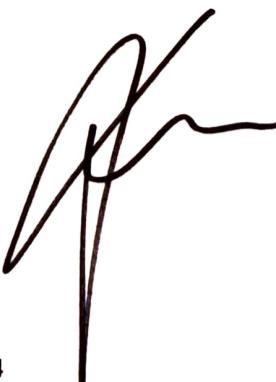
VTD isthme aortique à 18 cm/s.

Valve mitrale un peu ballonisée

Minime insuffisance mitrale physiologique

Pas de sténose valvulaire, pas de CIA.

Examen réalisé sur échographe Vivid E9 - GE - Mis en service en 2014



OG non dilatée

Ventricule droit non dilaté non hypertrophié

Pas d'HTAP, PAPS estimée à 25 mmHG

AP normale, minime IP.

VCI non dilatée et compliant

Péricarde sec

Conclusion: Insuffisance aortique de grade 3/4, secondaire à une bicuspidie aortique. Patient asymptomatique, un avis auprès du Dr LANSAC est recommandé. Suivi échocardiographique indispensable tous les 6 mois. Prophylaxie de l'endocardite infectieuse recommandée.

Dr I. ABI NASR

MD, FESC

Cardiologue

EXPLORATIONS FONCTIONNELLES

Patient	Mr. PIERRE ALEXANDRE JEAN GUY SARKIS	Medecin	ANTOINE HAGE
No. Dossier	DM205788	No. Analyse	AX00021911
Sexe	M	Date	16-mai-2016
Naissance	04-juil.-1995	Chambre	0000

ECHODOPPLER CARDIAQUE

VG: DTD= 54 mm DTS= 28 mm % R = 48 % FE= 79 %
 SIV= 10 mm PP = 10 mm
 AO = 36 mm Sigm = 27 mm OG = 32 mm

VG légèrement dilaté avec taille à la limite supérieure et bonne fonction systolique globale
 Bicuspidie aortique avec IA 2 à 3/4 importante; valves droite et gauche.
 Ballonisation de la grande valvule mitrale avec IM minime 1/4.
 OG et cavités droites non dilatées.
 Pas d'épanchement péricardique.

Conclusion:

Bicuspidie aortique avec IA significative.
 VG à la limite de la dilatation.

Dr. ANTOINE HAGE

Signature

Dr. Antoine E. HAGE
CARDIOLOGUE



EXPLORATIONS FONCTIONNELLES

Patient	Mr. PIERRE ALEXANDRE JEAN GUY SARKIS	Medecin	ANTOINE HAGE
No. Dossier	DM205788	No. Analyse	AX00012997
Sexe	M	Date	18-juin-2015
Naissance	04-juil.-1995	Chambre	0000

ECHODOPPLER CARDIAQUE

VG: DTD= 53 mm DTS= 34 mm % R = 35 % FE= 64 %
 SIV= 10 mm PP = 10 mm
 AO = 36 mm Sigm = 26 mm OG = 31 mm

VG de taille normale avec bonne fonction systolique globale

Bicuspidie aortique avec IA 2 à 3/4 importante.

Raphé antéro droit.

Ballonisation de la grande valvule avec micro IM minime < 1/4.

OG et cavités droites non dilatées.

Pas d'épanchement péricardique.

Pas de thrombus intra-cavitaire.

Conclusion:

Bicuspidie aortique avec IA importante stable.

Bonne fonction ventriculaire.

Dr. ANTOINE HAGE

Signature

Dr. Antoine E. HAGE
CARDIOLOGUE



ECHOCARDIOGRAPHIE DOPPLER

NOM: SARKIS 17ANS Date: 29/08/2012

PRENOM: ALEXANDRE PIERRE

N: 92102

MEDECIN: Prof. Rabih AZAR

Echocardiographie trans-oesophagienne

- SIA intègre ; absence de shunt OG-OD.
- OG non dilatée. Auricule gauche libre. Absence de thrombus intracavitaire.
- VG de dimensions et de cinétique segmentaire et globale normales.
- Bicuspidie aortique avec ouverture en dôme des feuillets responsable d'une IA excentrique vers la VMA, de grade 2/4 à 2,5/4, atteignant le milieu du VG.
- Aorte ascendante non dilatée (36,7mm au niveau des sinus de Valsalva).
- Absence de shunt gauche - droit.
- Petite ballonisation mitrale sans IM associée.
- Aorte thoracique descendante normales.
- Cavités droites non dilatées.

→ Bicuspidie aortique isolée avec IA de grade moyen 2 à 2,5/4, sans retentissement hémodynamique.

Prof. Roland KASSAB

Professeur Roland KASSAB
Chef de Service de Cardiologie
N°: Ordre KJ174

**ECHOCARDIOGRAPHIE DOPPLER****NOM:** SARKIS**Date:** 24/08/2012**PRENOM:** PIERRE ALEXANDRE**N:** 92023**MEDECIN:** Pr AZAR R

	Racine AO	OG	VD	SIV	PP	VGd	FE(%)
Normal	<39	<40	<24	6-11	6-11	38-56	53-77
Mesures	38	31	-	10	10	47	66

Commentaires

- 1- Ventricule gauche non dilaté non hypertrophié de fonction systolique globale et segmentaire normale.
- 2- Bicuspidie aortique avec défaut de coaptation postérieur causant une fuite modérée 2/4 excentrique qui serait mieux évaluée en ETO. Anneau aortique = 25mm. Absence de sténose. (PHT = 420ms, Reflux dans l'isthme = 0.2m/s). Ballonisation modérée de la valve mitrale antérieure avec micro-IM
- 3- Aorte ascendante non dilatée. Absence de coarctation de l'aorte.
- 4- Oreillette gauche non dilatée .
- 5- Cavités droites non dilatées.
- 6- Péricarde sec
- 7- VCI non dilatée et compliant

Dr Zena KADRI



L'INSTITUT
MUTUALISTE
MONTSOURIS

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

Réf. IJ/EL

COMPTE-RENDU OPERATOIRE

Paris, le 13 Juin 2017

NOM : Pierre SARKIS 04/07/1995

CHIRURGIEN : DR LANSAC
ASSISTANT : DR BREGA
ANESTHESISTE : DR KATTOU

MEDECIN : DR ABI NASR

DATE : 1^{er} JUIN 2017

INSUFFISANCE AORTIQUE DYSTROPHIQUE SUR BICUSPIDIE TYPE I CORONAIRE DROITE – CORONAIRE GAUCHE

PLASTIE AORTIQUE DE RESSUSPENSION DOUBLE ANNULOPLASTIE SUS (EXTRA AORTIC 27MM) ET SOUS (PEROUSE 3GL) VALVULAIRE FERMETURE D'UN FORAMEN OVALE PERMEABLE

ETO 3D préopératoire (Dr A. BERREBI) : insuffisance aortique grade IV sur bicuspidie type I coronaire droite – coronaire gauche avec une orientation commissurale à 120°. Prolapsus de la valve fusionnée et prolapsus relatif du feuillet non coronaire qui a une hauteur effective à 4mm. L'anneau aortique est dilaté à 30mm. Le reste de la racine aortique n'est pas dilaté. Sinus de valsalva 35mm, jonction sino-tubulaire 32mm, aorte tubulaire 31mm. Il y a un foramen ovale perméable.

Sternotomie médiane.

A l'ouverture du péricarde le cœur est dilaté.

Rythme sinusal.

Aorte souple.

Héparinisation générale.

Mise en route d'une CEC entre l'aorte ascendante et les deux veines caves.

Clampage aortique.

Cardioplégie antérograde dans les ostia coronaires au Custodiol (2l).

Dans un premier temps, on ferme le foramen ovale par une courte atriotomie. Celui-ci est position habituelle au sommet de la fosse ovale.

On se porte sur la valve aortique.

Trans-section aortique 1cm au dessus de la jonction sino-tubulaire.

Constatation des lésions :

Il existe une bicuspidie type I coronaire droite – coronaire gauche avec une orientation commissurale à 160°, des feuillets valvulaires qui sont souples, non rétractés.

Il existe un prolapsus complet de la valve fusionné et un prolapsus relatif du feuillet non coronaire avec une dilatation de l'anneau aortique à 30mm.

Geste effectué :

Dissection du plan sous valvulaire en passant dans l'espace sous coronaire.

Mise en place de six points d'annuloplastie, un sous le nadir de chaque cuspide, un sous chaque commissure à l'exception de la commissure non coronaire - coronaire droite où le point est placé à l'extérieur afin d'éviter les lésions du faisceau de his et du septum membraneux.

Il n'y a pas de rétraction valvulaire avec une hauteur géométrique du feuillet non coronaire à 25mm.

Puis on aligne les longueurs de bord libre de la valve fusionnée sur le feuillet non coronaire avec un excès de longueur de plus de 5mm qui est traité par des points de plicature centrale.

On met en place ensuite un anneau extra aortique expansible 27mm au niveau de la jonction sino-tubulaire qui est fixée par six d'anneau, un au niveau de chaque commissure et un au dessus de chaque ostium coronaire.

Puis on met en place des points de traction commissurale afin de mesurer la hauteur effective du feuillet non coronaire qui abaissé à 7mm et ressuspendu par un point de plicature centrale jusqu'à obtenir une hauteur effective à 9mm.

On réalise ensuite la longueur de bord libre de la valve fusionnée par un point supplémentaire de plicature centrale.

La réparation est protégée par une annuloplastie sous valvulaire découpée dans un tube Pérouse 3GL 28mm fixé en position sous valvulaire et noué au niveau du sinus non coronaire.

Puis on ferme l'aortotomie par un surjet de Prolène 4/0.

Purge des cavités cardiaques. Déclamping aortique au bout de 110 min.

L'activité cardiaque est rapidement satisfaisante, permettant un sevrage de la CEC au bout de 120 min de fonctionnement.

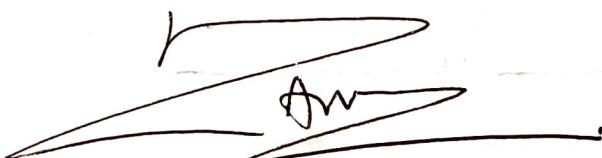
Le contrôle ETO peropératoire montre un bon résultat sans fuite résiduelle avec une hauteur effective à 8mm, une hauteur de coaptation à 11mm, un gradient moyen transvalvulaire à 4mmHg.

Décanulation. Protamination générale.

Vérification de l'hémostase.

Mise en place de deux redons péricardiques, un redon rétrosternal, électrodes temporaires de stimulation auriculaire et ventriculaire.

Fermeture du péricarde. Sternum aux fils d'acier. Paroi au Vicryl 1. Surjets intradermiques sur la peau.





L'INSTITUT
MUTUALISTE
MONTSOURIS

CHIRURGIE CARDIAQUE
CHEF DE SERVICE
Dr M. DEBAUCHEZ

Réf : IJ/EL

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. BOUADALLAH
Dr K. BRINI
Dr A. CEDDAHA
Dr S. MEKAOUAR
Secrétaire :
01.56.61.61.34/61.88

HOSPITALISATION
Poste de soins
01 56.61.65 21

Secréariat
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 Secréariat:
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

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

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

Paris, le 13 Juin 2017

Cher Imad,

Je te prie de trouver ci-joint le compte-rendu opératoire de **Monsieur Pierre SARKIS (04/07/1995)**.

Il présentait effectivement une insuffisance aortique isolée sur bicuspidie type I coronaire droite – coronaire gauche.

Il a été possible d'effectuer une plastie aortique de ressuspension associée à une double annuloplastie sus et sous valvulaire 27mm.

Le contrôle ETO peropératoire montrait un bon résultat sans fuite résiduelle avec une hauteur de coaptation à 8mm et une hauteur effective à 11mm au dessus du plan de l'anneau et un gradient moyen transvalvulaire à 4mmHg.

Les suites postopératoires immédiates ont été simples avec une extubation du patient à J0 en rythme sinusal.

Je te remercie pour ta confiance.

Amicalement.

Docteur Emmanuel LANSAC

PS : Je te mets mon numéro de portable pour de plus de facilité dans nos communications si besoin

✉ Monsieur Pierre SARKIS 9 rue le bascles 86000 POITIERS



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. INGREMEAUX
(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. 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)

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 cirrus 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.



L'INSTITUT
MUTUALISTE
MONTSOURIS

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

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

Impression des résultats
 Document imprimé le 09/06/2017 11:46 par Visu Edgenet IMM
IMM
MANKOUBI Leila

MR SARKIS Pierre

Sexe: M - Date de Naissance: 04/07/1995

N° Dossier: 1706095125 (Validation Biologique)

Date de Crédation 09/06/2017 07:37

Analyses/Bilans	Résultats	Unités	Normales
------------------------	------------------	---------------	-----------------

Plasma hépariné (vert) Prélevé le 09/06/2017 05:52

	VB			
Urée	VB	2.6	mmol/l	2.8 - 8.1 ↘
Créatinine	VB	54	µmol/l	62 - 106 ↘
Glucose	VB	4.6	mmol/l	4.1 - 6
Glucose en mg/dL	VB	83	mg/dl	74 - 108
Sodium	VB	141	mmol/l	136 - 145
Potassium	VB	3.6	mmol/l	3.4 - 4.5
Chlorures	VB	98	mmol/l	98 - 107
Bicarbonates	VB	27	mmol/l	22 - 29
Protides plasmatiques	VB	67	g/l	66 - 87
CRP	VB	39	mg/l	0 - 5 ↗

Sang total sur EDTA (violet) Prélevé le 09/06/2017 05:52

	VB			
HÉMOGRAMME	VB			
NUMÉRATION	VB			
Leucocytes	VB	7.32	.10e9/l	4 - 10
Globules rouges	VB	3.51	.10e12/l	4.5 - 6.5 ↘
Hémoglobine	VB	105	g/l	130 - 170 ↘
Hématocrite	VB	0.29	l/l	0.4 - 0.54 ↘
VGM	VB	83.5	fL	80 - 100
TCMH	VB	29.9	pg	27 - 33
CCMH	VB	358	g/l	320 - 360
Indice de distribution des GR	VB	12.0	%	10 - 15
Plaquettes	VB	401	.10e9/l	150 - 450
Volume plaquettaire moyen	VB	8.9	fL	7 - 12
FORMULE LEUCOCYTAIRE	VB			
Polynucléaires neutrophiles	VB	4.68	.10e9/l	1.8 - 7
Lymphocytes	VB	1.72	.10e9/l	1 - 4
Monocytes	VB	0.78	.10e9/l	0.2 - 1
Polynucléaires éosinophiles	VB	0.11	.10e9/l	0 - 0.5
Polynucléaires basophiles	VB	<0.1	.10e9/l	0 - 0.2
...Polynucléaires neutrophiles %	VB	63.9	%	40 - 75
...Lymphocytes %	VB	23.5	%	20 - 45
...Monocytes %	VB	10.7	%	2 - 10 ↗
...Polynucléaires éosinophiles %	VB	1.5	%	1 - 5
...Polynucléaires basophiles %	VB	0.4	%	0 - 1

Ce document ne fait pas office de compte-rendu et ne se substitue en aucun cas à celui-ci

MR SARKIS Pierre

Sexe: M - Date de Naissance: 04/07/1995

N° Dossier: 1706095125 (Validation Biologique)

Date de Création 09/06/2017 07:37

Conclusion :

VB

Ce document ne fait pas office de compte-rendu et ne se substitue en aucun cas à celui-ci