

Implantation percutanée de valve aortique : un exemple de collaboration médico-chirurgicale

V. BOU, cadre infirmier, service d'hémodynamique, Clinique Pasteur, Toulouse

Il se passe toujours quelque chose de nouveau en cardiologie interventionnelle au cœur des salles d'hémodynamique ! Il s'agit en effet d'un lieu en perpétuelle évolution. L'un des champs d'investigation le plus excitant est indéniablement le remplacement valvulaire aortique par bioprothèse percutanée. Jusqu'à récemment, les différentes évolutions en cardiologie interventionnelle se déroulaient dans l'enceinte des blocs d'hémodynamique, entre les mains des cardiologues, sans intervention extérieure. Avec cette nouvelle et prometteuse technique, une collaboration médico-chirurgicale s'impose, aussi bien au niveau médical que paramédical.

Nous avons ainsi vu les équipes chirurgicales « envahir » notre lieu d'exercice aussi bien en termes de personnel que de

matériel spécifique et rapidement nous sembler appartenir à une autre « galaxie ». Certaines adaptations ont dû être effectuées pour permettre à

ces deux mondes de cohabiter au sein du bloc hémodynamique. Le nombre de participants à une même procédure, peu modifié par l'implantation

de prothèse CoreValve™, a pu être multiplié par 3 pour une prothèse Edwards Sapien™. Il nous a donc fallu « faire de la place » pour permettre aux anesthésistes, chirurgiens, cardiologues interventionnels et échographistes, aux infirmières de bloc opératoire (IBODE) et d'hémodynamique de travailler en symbiose suivant un rituel parfaitement orchestré. Nous nous sommes vite rendu compte de la quantité impressionnante de matériel nécessaire à la collaboration de tout ce petit monde, dans un lieu initialement agencé pour un autre usage. Une adaptation a donc été indispensable.

Dans notre centre, l'organisation du bloc a ainsi été modifiée avec deux configurations différentes suivant le type de procédure : transfémorale ou transapicale (figures 1 et 2).

Les procédures sont regroupées sur une journée afin de faciliter la gestion du bloc. Le rituel commence par une préparation du bloc la veille des procédures, après le dernier examen de la journée. Le matériel d'angioplastie non dédié aux procédures valvulaires est sorti de la salle afin de faciliter l'installation des IBODE et du matériel chirurgical le lendemain matin.

Chacune des procédures commence par l'anesthésie générale du patient. Après confirmation par échographie transœsophagienne de la faisabilité de la procédure (vérification de la compatibilité du diamètre de l'anneau aortique avec les prothèses disponibles), vient le temps du badiageon, de l'installation des

champs opératoires puis de l'abord chirurgical fémoral ou apical. Les infirmières d'hémodynamique cèdent alors la place aux IBODE afin qu'elles aient toute la latitude nécessaire à la réalisation de ces gestes dans les meilleures conditions d'asepsie.

Nous venons ensuite assister les cardiologues interventionnels dans les gestes de cathétérisme conventionnel que constituent l'insertion des désilets (veineux pour la stimulation ventriculaire droite et artériels pour l'angiographie et l'insertion de la prothèse), la manipulation des différents cathéters ou guides et la valvuloplastie aortique au ballon.

Les IBODE se mettent alors plus en retrait tout en apportant leur aide notamment dans la gestion des compresseurs radio-opaques et des instruments chirurgicaux demandés par les médecins.

La préparation de la prothèse est effectuée en parallèle par un binôme constitué d'une IBODE et d'une infirmière d'hémodynamique dans une procédure « à 4 mains ». Nous avons choisi cette configuration afin qu'il y ait une référente de chaque équipe formée au sertissage de la prothèse. Une fois la valve aortique implantée, nous cérons la place à l'équipe chirurgicale pour la fermeture de la voie d'abord. Une coordination parfaite est indispensable à la fluidité de la procédure et au confort des différents intervenants à chaque étape.

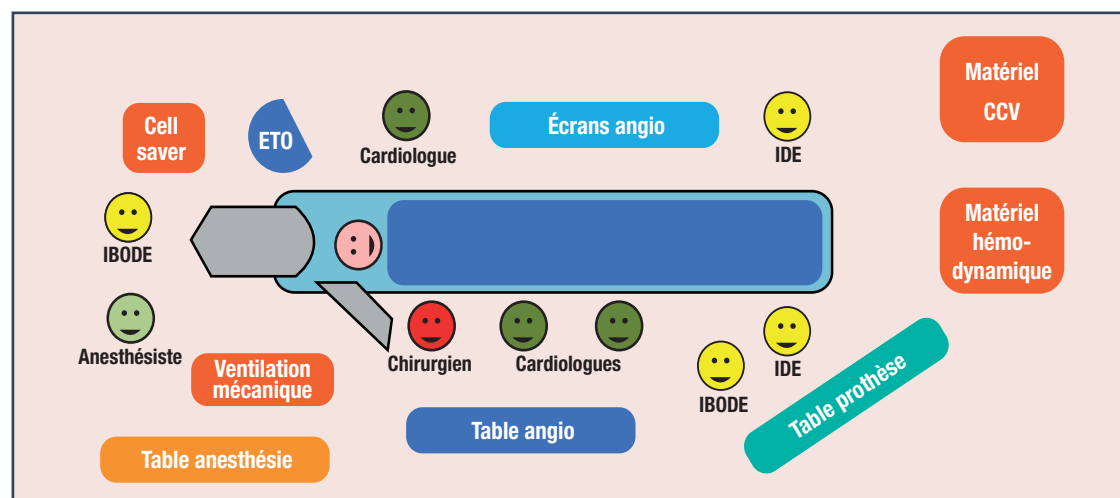


Figure 1. Organisation du bloc d'hémodynamique pour une procédure aortique transfémorale. ETO : échographie transœsophagienne. CCV : chirurgie cardiovasculaire. IBODE : infirmière de bloc opératoire diplômée d'état. IDE : infirmière diplômée d'état.

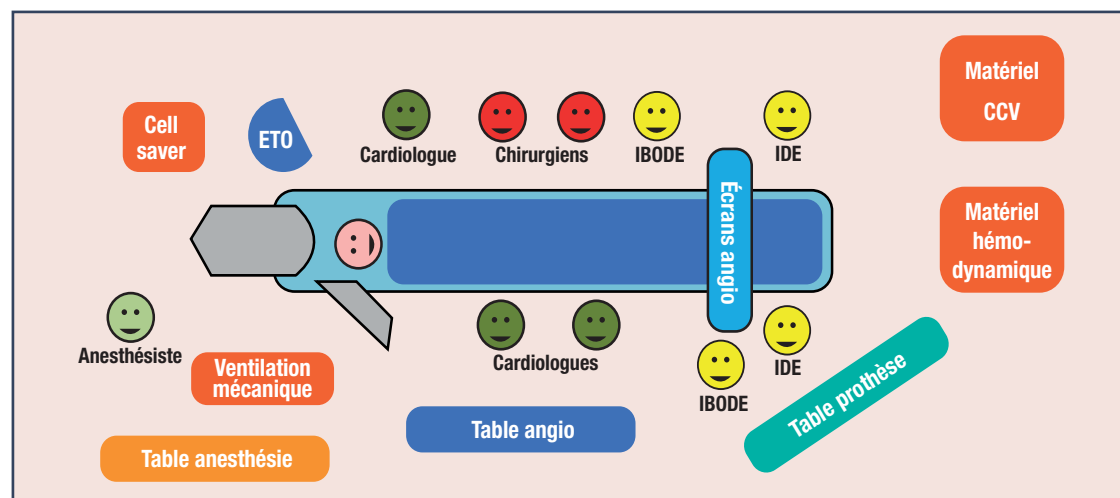


Figure 2. Organisation du bloc d'hémodynamique pour une procédure aortique transapicale. ETO : échographie transœsophagienne. CCV : chirurgie cardiovasculaire. IBODE : infirmière de bloc opératoire diplômée d'état. IDE : infirmière diplômée d'état.

CONCLUSION

L'implication des uns et des autres fait que cette expérience nouvelle se déroule dans d'excellentes conditions. La confrontation avec une autre manière de travailler est passionnante et gage de progression mutuelle. La généralisation de ces procédures au sein de salles hybrides devrait permettre d'améliorer cette collaboration. Encore de grands moments en perspective !