

GESTION INFIRMIERE PERI- OPERATOIRE AU COURS DES ABLATIONS SIMPLES

A Simoni – F Kopp

Centre hospitalier Aix en Provence

Déclaration de Conflits d'intérêt

Nous n' avons **aucune relation
financière** à déclarer.

GESTION INFIRMIERE PERI-OPERATOIRE AU COURS DES ABLATIONS SIMPLES

- ❑ Introduction
- ❑ Programmation de l'intervention
- ❑ J -1

- ❑ J 0 avant le bloc
- ❑ J 0 au bloc
- ❑ J 0 après le bloc=> sortie

GESTION INFIRMIERE PERIO-PERATOIRE AU COURS DES ABLATIONS SIMPLES

- ❑ **Introduction**
- ❑ **Programmation de l'intervention**
- ❑ **J -1**

- ❑ **J 0 avant le bloc**
- ❑ **J 0 au bloc**
- ❑ **J 0 après le bloc=> sortie**

Ablations non complexes

- ❑ Jonction AV
- ❑ Flutters auriculaires droits
- ❑ Tachycardies jonctionnelles

GESTION INFIRMIERE PERI-OPERATOIRE AU COURS DES ABLATIONS SIMPLES

- ❑ Introduction
- ❑ Programmation de l'intervention
- ❑ J -1

- ❑ J 0 avant le bloc
- ❑ J 0 au bloc
- ❑ J 0 après le bloc=> sortie

Formulaire de programmation de l'intervention

ELECTROPHYSIOLOGIE , IMPLANTATION DE PROTHESES

NOM PRENOM

Tel

DATE INTERVENTION

Risque Kreutzfeld Jacob non oui

DEMANDE

MEDECINS DEMANDEUR /INTERVENANT

CB JT RM MV
JMT JB FQ

INDICATION :

ARRET AVK A PREVOIR
 CS ANESTHESIE A PREVOIR
 STIMULODEPENDANCE

Reveal

Implantation
 Explantation

Pacemaker

Simple chambre Double chambre Triple chambre
 Primoimplantation
 Remplacement de boîtier
 Reprise de sonde
 Reprise de boîtier
 Upgrading + 1 sonde de stimulation
 Upgrading + 1 sonde de défibrillation
 Upgrading + 1 sonde de stimulation et défibrillation
 Autre

Boîtier
sondes OD
sondes VD
sondes SC

Défibrillateur

Simple chambre Double chambre Triple chambre
 Primoimplantation
 Remplacement de boîtier
 Reprise de sonde
 Reprise de boîtier
 Upgrading + 1 sonde de stimulation
 Upgrading + 1 sonde de défibrillation
 Upgrading + 1 sonde de stimulation et défibrillation
 Autre

DF1 DF4

Boîtier
sondes OD
sondes VD
sondes SC

Exploration electrophysiologique

Standard
 Testing ventriculaire
 Possible ablation
 Autre

Ablation

Flutter
 Tachycardie jonctionnelle
 Autre

Générateur
Sonde ablation

ORGANISATION DE LA PROCEDURE

- Impression date RDV PRIMA avec nom médecin opérateur àagrafer à cette feuille
 Réservation lit pour admission J-1 le Hospitalisation en cours
 Si AVK dernière prise le soit 48 h avant l'admission **sauf si valve mécanique.** Ablation sous AVK
 Formulaire consentement éclairé remis si patient sur place
 Si DAI Cs anesthésie > 48 h avant intervention
 Réservation salle au bloc opératoire par fax
 Prévenir pharmacie Ingénieur prévenu
IDE Responsable AS FK CS NR SL IS

GESTION INFIRMIERE PERI-OPERATOIRE AU COURS DES ABLATIONS SIMPLES

- ❑ Introduction
- ❑ Programmation de l'intervention
- ❑ J -1
- ❑ J 0 avant le bloc
- ❑ J 0 au bloc
- ❑ J 0 après le bloc=> sortie

Information aux patients

Information des patients avant une ablation par radiofréquence

Pourquoi vous propose-t-on une ablation par radiofréquence ?

Cette technique introduite en cardiologie depuis la fin des années 80 consiste à utiliser les effets des courants de radiofréquence pour supprimer certaines tachycardies (accélération du rythme cardiaque). Dans les indications habituelles, elle est efficace dans la majorité des cas.

Les courants de radiofréquence sont transmis vers l'intérieur des cavités cardiaques par l'intermédiaire d'un cathéter (câble électrique recouvert d'une gaine en plastique) et provoquent à son extrémité une brûlure de très petite taille (0,5 cm²) dans une zone préalablement repérée comme étant déterminante dans le déclenchement de votre trouble du rythme. Certaines tachycardies peuvent être traitées par un nombre restreint d'applications de courant, d'autres, comme le flutter auriculaire, nécessitent plusieurs applications. Outre le cathéter destiné à transmettre le courant de radiofréquence, d'autres cathéters sont généralement utilisés afin de localiser très précisément la région cible.

Ces cathéters sont introduits sous anesthésie locale par ponction d'une artère ou d'une veine au niveau de l'aîne et (ou) du cou. Ils sont placés à l'intérieur des cavités cardiaques sous contrôle télévisé.

Réalisation d'une ablation par radiofréquence :

Durant cette intervention :

- Il est nécessaire d'être à jeun, allongé sur une table de radiologie située dans une salle spécialement équipée.
- Aucune anesthésie générale n'est pratiquée mais une simple anesthésie locale, au niveau des points de ponction vasculaire, associée parfois à un traitement sédatif, l'intervention pouvant se prolonger au-delà d'une heure.
- Des épreuves de stimulation cardiaque sont souvent réalisées pour préciser le trouble du rythme et orienter le traitement.
- L'examen est peu douloureux mais le passage du courant de radiofréquence est parfois accompagné d'une sensation de brûlure thoracique que l'on atténue alors en diminuant la puissance électrique.
- Afin d'éviter un saignement local après la procédure, une compression est réalisée au niveau des points de ponction. S'il s'agit d'une artère, une compression appuyée, parfois douloureuse est nécessaire et un pansement compressif est laissé en place : il faut rester allongé, en évitant de plier la jambe pendant plusieurs heures et sous surveillance électrocardiographique pendant 24 à 48 heures.

L'ablation par radiofréquence comporte-t-elle des risques ?

Parmi les complications recensées par les enquêtes réalisées auprès de nombreux centres français, européens et nord-américains, la plupart sont bénignes :

- hématomes au point de ponction ;
- douleurs thoraciques transitoires.

Mais certaines sont plus sévères et rares (1,5 % dans l'expérience française) :

- épanchements péricardiques (saignements dans l'enveloppe qui entoure le cœur) ou thoraciques qui doivent parfois être évacués en urgence ;
- blocs auriculo-ventriculaires nécessitant la mise en place d'un stimulateur cardiaque définitif, lorsque l'opération est pratiquée dans une région proche des voies qui conduisent normalement l'influx nerveux des oreillettes aux ventricules ;

Information aux patients

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE CARDIOLOGIE

- troubles du rythme cardiaque pouvant nécessiter une cardioversion électrique ;
- accidents thrombo-emboliques par formation de caillots sanguins qui peuvent migrer dans la circulation. Pour tenter de prévenir ces accidents, un traitement anticoagulant est généralement institué pendant toute la période opératoire ;
- lésions vasculaires pouvant nécessiter un traitement chirurgical local ;
- lésions d'une artère coronaire ou d'une valve cardiaque.

Le risque d'évolution grave entraînant le décès est minime (0,4/1 000 dans le registre français).

Toutes les précautions sont prises avant, pendant et après l'intervention pour limiter au maximum ces risques.

Quels bénéfices peut-on attendre de l'ablation par radiofréquence ?

La suppression par radiofréquence des zones de conduction qui sont à l'origine des tachycardies permet de prévenir la récurrence des troubles du rythme. Dans les indications habituelles, elle est efficace dans la majorité des cas. Elle entraîne la disparition complète ou la réduction significative des symptômes fonctionnels et des complications. Elle permet de réduire voire de supprimer les traitements médicamenteux qui pouvaient être mal tolérés ou insuffisamment efficaces.

Identification du Service

Identification du Médecin

Les documents publiés par la Société française de cardiologie et la Fédération française de cardiologie constituent une notice explicative des risques et bénéfices de l'ablation par radiofréquence que vous devez subir.

Ils ne constituent pas une décharge de responsabilité de l'équipe médicale qui vous prend en charge et qui vous a commenté ces informations générales en les rapportant à votre situation particulière.

Je reconnais que la nature de l'ablation par radiofréquence ainsi que ses risques et avantages m'ont été expliqués en termes que j'ai compris, et qu'il a été répondu de façon satisfaisante à toutes les questions que j'ai posées.

Fait à

en deux exemplaires
dont un remis au patient
et l'autre conservé dans le dossier

Le

Signature du patient

GESTION INFIRMIERE PERI-OPERATOIRE AU COURS DES ABLATIONS SIMPLES

- ❑ Introduction
- ❑ Programmation de l'intervention
- ❑ J -1

- ❑ J 0 avant le bloc
- ❑ J 0 au bloc
- ❑ J 0 après le bloc=> sortie

Protocole de liaison

PROTOCOLE DE LIAISON CARDIO BLOC OPERATOIRE ABLATION (agrafer sur le dossier)

I. AVANT L' ABLATION

ETIQUETTE PATIENT

a. Préparation Patient

- Douche betadinée la veille
- Rasage le matin
- Perfusion G5 500 cc/j
- Perfalgan 1 g flash 1 h avant l'intervention
- Chemise de bloc- bonnet - sur chaussures. Aucun sous vêtement.
- Patient ayant uriné dans l'heure avant de descendre
- Patient à jeun depuis minuit si intervention le matin et plus de 6 h après petit déjeuner si intervention après midi
- Héparine avec TCA 45 à 70 ou Previscan avec INR 2 à 3 en cours sinon prévenir médecin

b. Préparation dossier

- Bilan biologique du jour agrafé sur le dossier et vu (TP, Plaquette, créatininémie)
- 16 Etiquettes patient dans le dossier
- Le consentement éclairé a été signé et se trouve dans le dossier*

IDE responsable (s) de la vérification :

II. AU BLOC OPERATOIRE

- Si Patiente < 50ans : Retard de règle oui non
- Vérifier la biologie (TP, Plaquette, créatininémie)
- Tension artérielle et SaO2 de départ
- Oxygène branché avec lunettes + raccords vérifié
- Masque à haute concentration prêt + raccords vérifiés
- Ambu et masque prêts sur le chariot d'urgence

GESTION INFIRMIERE PERI-OPERATOIRE AU COURS DES ABLATIONS SIMPLES

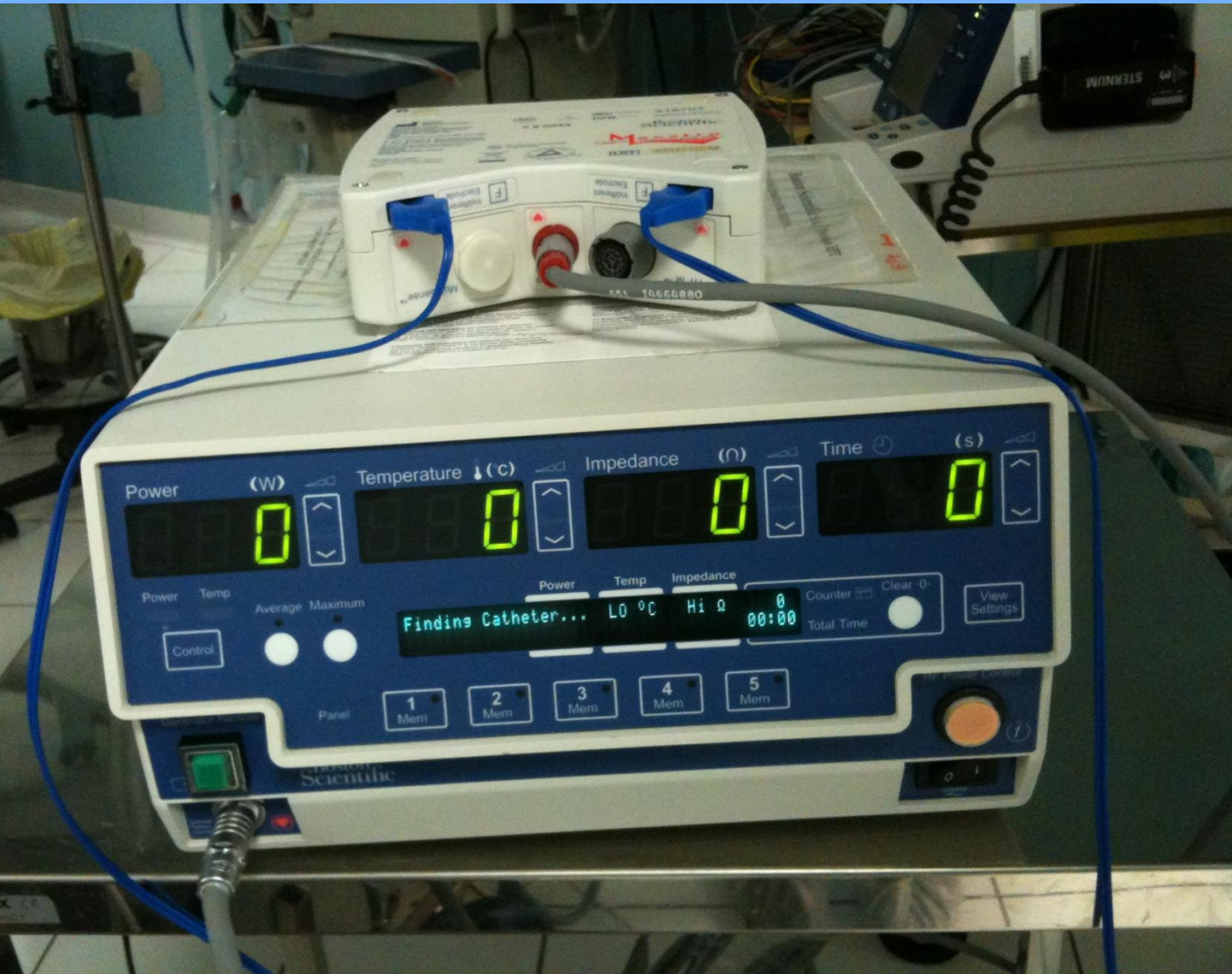
- Introduction
- Programmation de l'intervention
- J -1

- J 0 avant le bloc
- J 0 au bloc
 - 1. Préparation de la salle**
 - 2. Arrivée du patient**
 - 3. Procédure d'ablation**
- J 0 après le bloc=> sortie

Salle en attente de patient



Générateur



Stimulateur



Matériel stérile

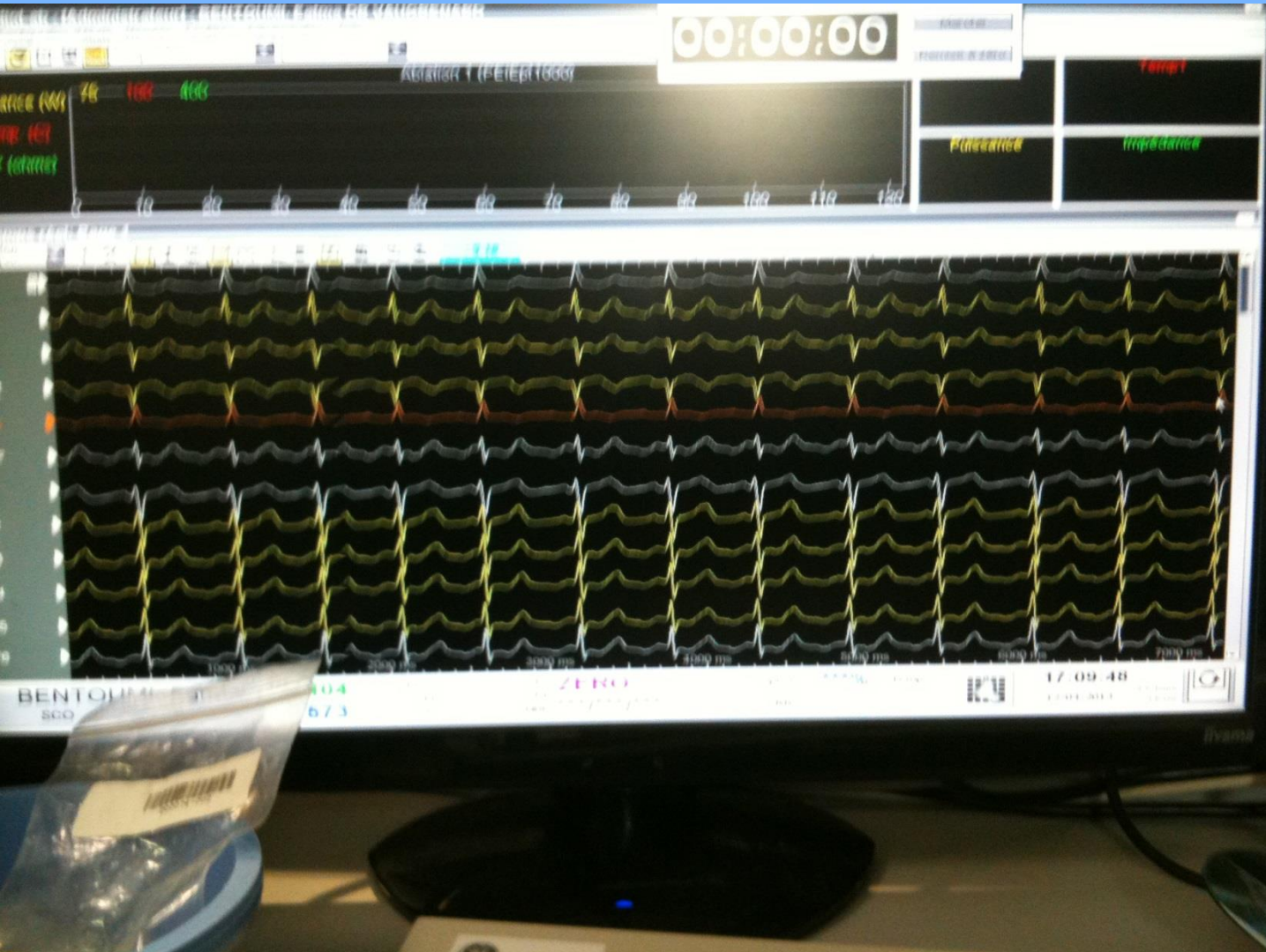


GESTION INFIRMIERE PERI-OPERATOIRE AU COURS DES ABLATIONS SIMPLES

- ❑ Introduction
- ❑ Programmation de l'intervention
- ❑ J -1

- ❑ J 0 avant le bloc
- ❑ J 0 au bloc
 1. Preparation de la salle
 - 2. Arrivée du patient**
 - 3. Procédure d'ablation**
- ❑ J 0 après le bloc=> sortie

ECG en flutter



Patch de défibrillation et électrodes indifférentes



GESTION INFIRMIERE PERI-OPERATOIRE AU COURS DES ABLATIONS SIMPLES

- Introduction
- Programmation de l'intervention
- J -1

- J 0 avant le bloc
- J 0 au bloc
 1. **Preparation de la salle**
 2. ***Arrivée du patient***
 3. ***Procédure d'ablation***
- J 0 après le bloc=> sortie

Tenue obligatoire en salle d'électrophysiologie



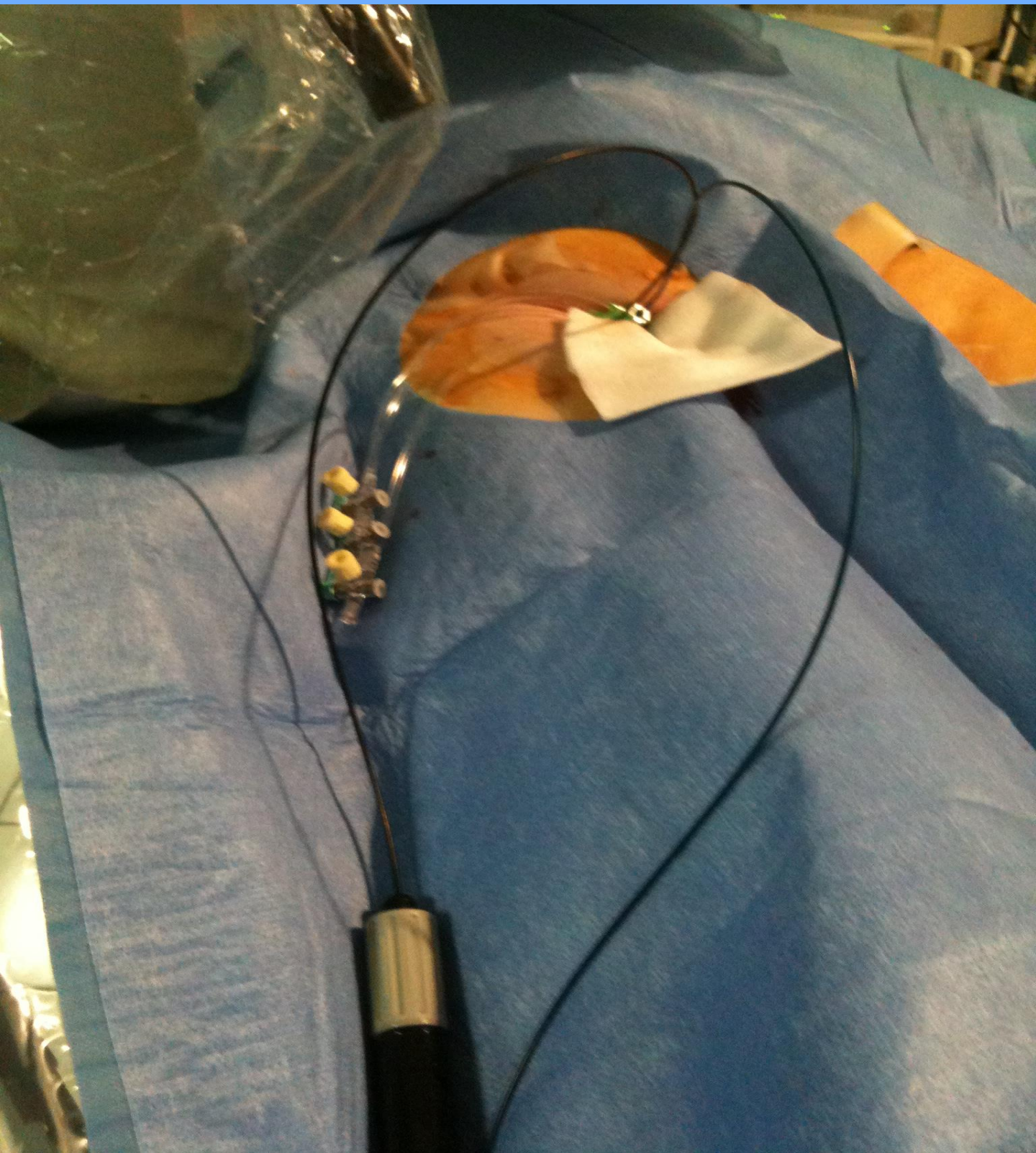
Le patient est recouvert d'un champ stérile



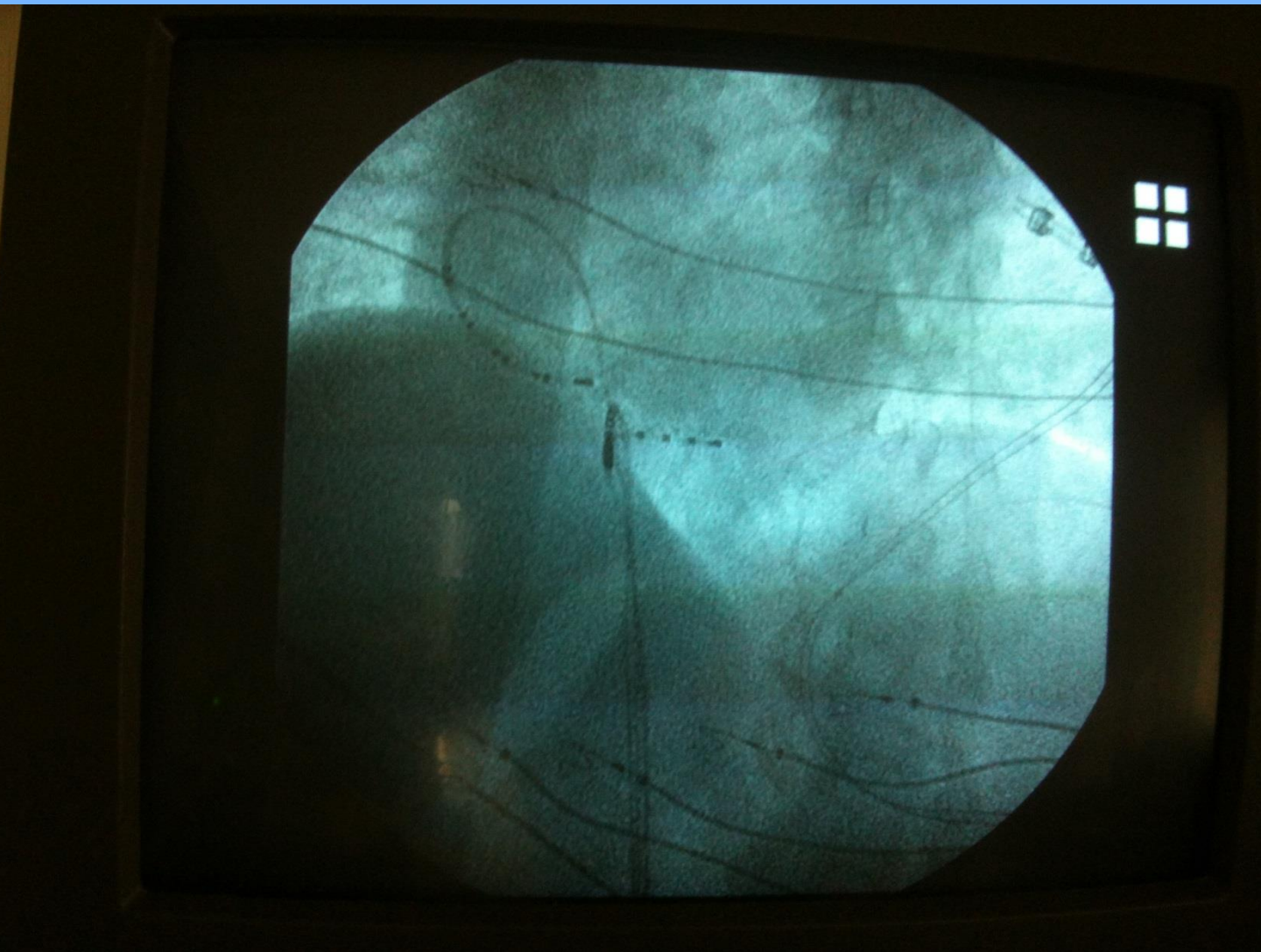
Anesthésie locale



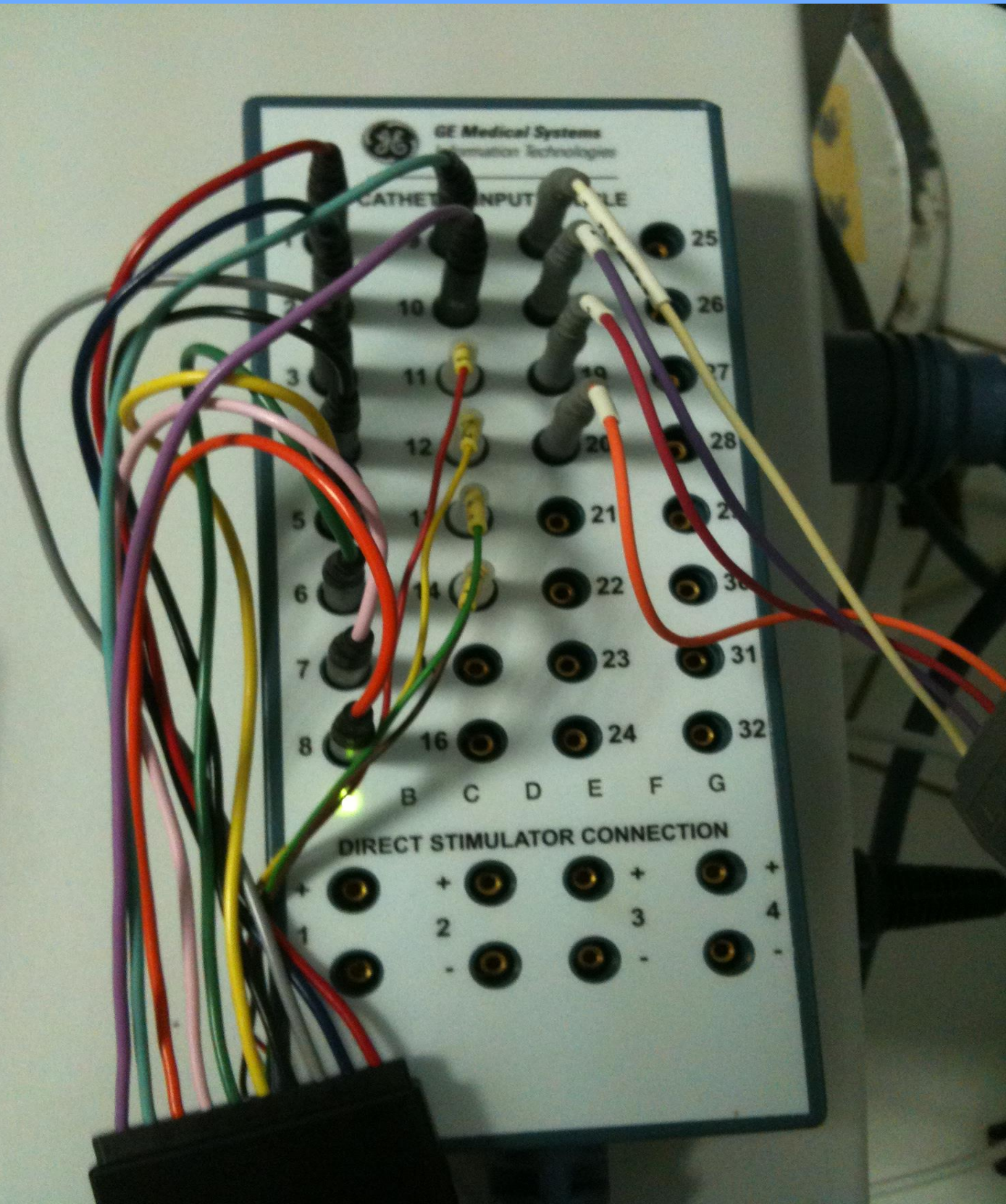
Sondes et ablateur dans les introducteurs



Sondes positionnées dans le cœur



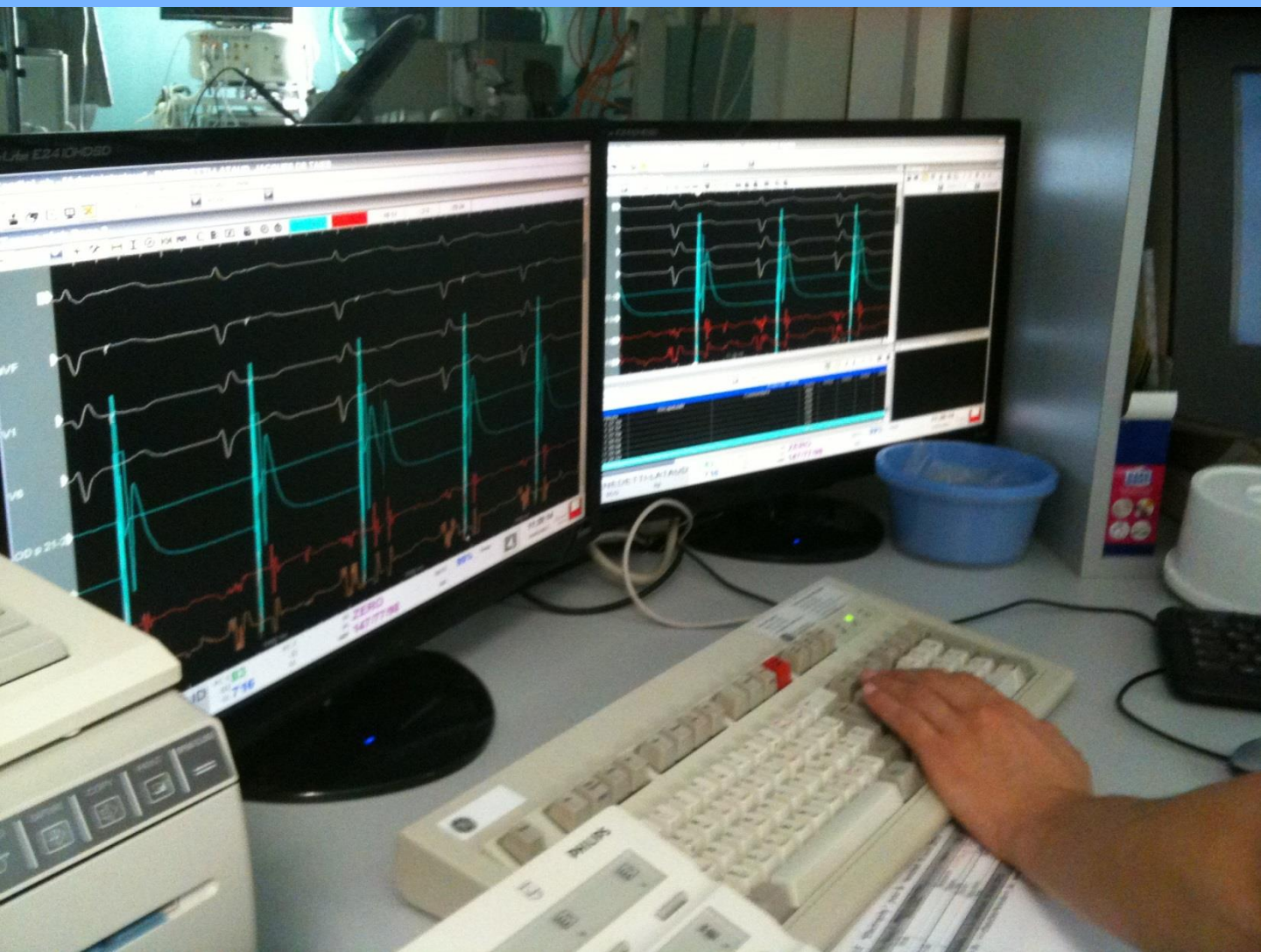
Boîtier pour les câbles des sondes



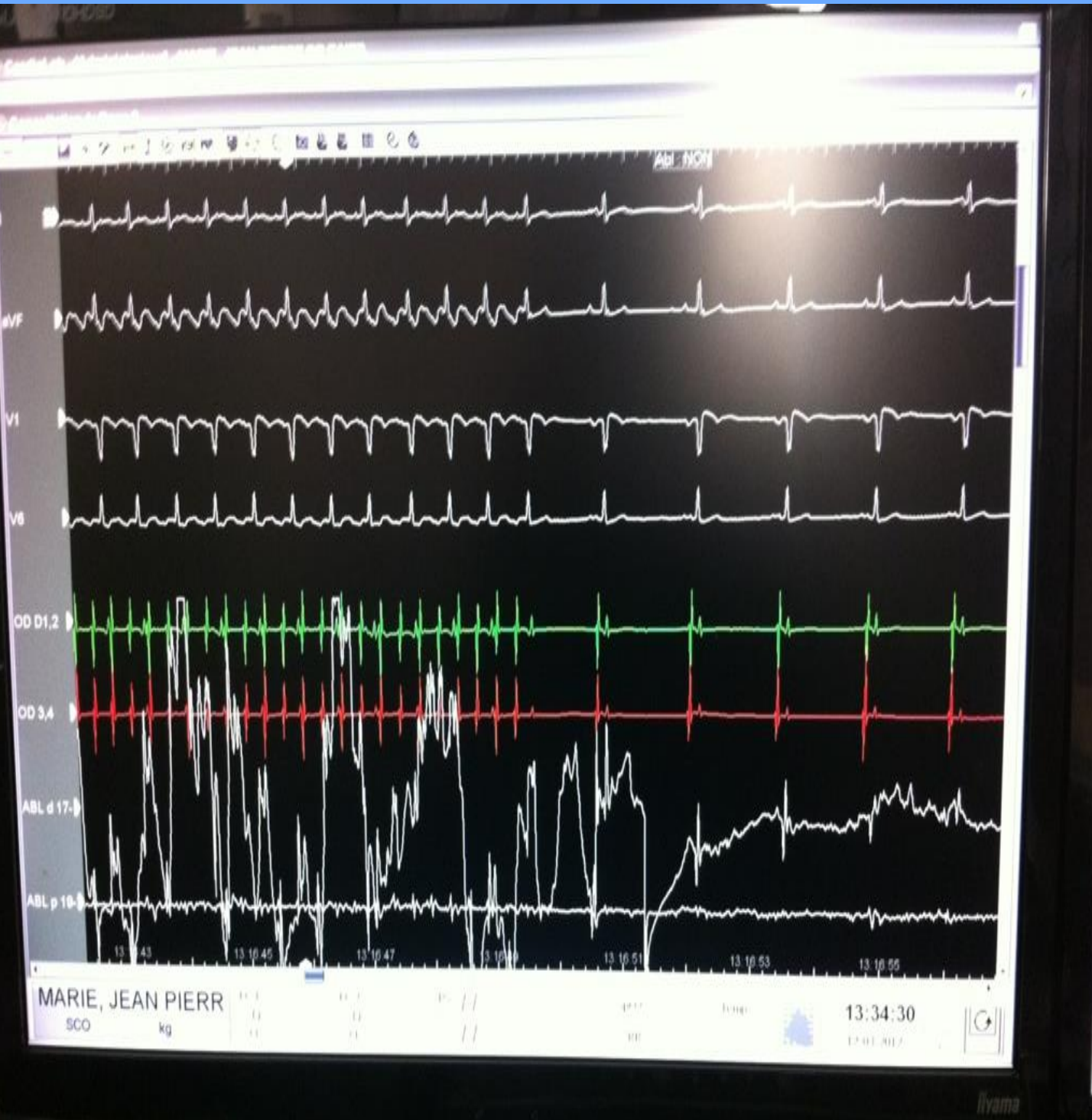
Paramètres d'ablation affichés en permanence sur l'écran



IDE aux commandes de la baie



Succès de l'ablation



GESTION INFIRMIERE PERI-OPERATOIRE AU COURS DES ABLATIONS SIMPLES

- ❑ Introduction
- ❑ Programmation de l'intervention
- ❑ J -1
- ❑ J 0 avant le bloc
- ❑ J 0 au bloc

- ❑ J 0 après le bloc => sortie

Surveillance paramètres vitaux et recherches de complications

- ❑ *Hématome du scarpa...
déglobulisation*
- ❑ *Arythmies (TSV, ESA ESV, TV, BAV...)*
- ❑ *Tamponnade (kit disponible)...*

Conclusions

La pratique d'ablations « non complexes » nécessite

- ❑ *une rigueur protocolaire avant pendant et après l'intervention*
- ❑ *un travail d'équipe avec une bonne coordination*