

Etiquette

Patient



8

ÉCHOGRAPHIE TRANS OESOPHAGIENNE

Durant votre hospitalisation, votre pathologie pourra nécessiter la réalisation d'une Echographie cardiaque Trans Oesophagienne, dite ETO.

Il s'agit d'un examen explorant votre coeur, grâce à un capteur placé sur une sonde que l'on introduit en passant par la bouche dans votre oesophage jusqu'à votre estomac.

Cet examen pourra être réalisé pendant l'intervention chirurgicale ou en réanimation pendant que vous êtes endormi(e) ou sous anesthésie locale si vous êtes conscient(e).

1. AVANT L'EXAMEN

- > Vous devez être à jeun depuis 6h.
- > Votre éventuelle prothèse dentaire sera enlevée.
- > Un spray anesthésique sera pulvérisé afin de rendre le passage de la sonde indolore, afin d'insensibiliser votre arrière gorge.
- > Un cale dent sera placé sur vos arcades dentaires.

2. PENDANT L'EXAMEN

- > Vous devrez respirer calmement par le nez.
- > Vous ne pourrez pas parler et devrez laisser couler la salive hors de votre bouche.
- > Vous devrez rester calme (éventuellement cet examen peut se faire sous légère sédation).

3. APRÈS L'EXAMEN

- > Vous pourrez ressentir des douleurs dans l'arrière gorge.
- > Vous devrez rester à jeun encore une heure (en raison de l'anesthésie de l'arrière gorge) afin d'éviter une fausse route des aliments.

4. LES RISQUES DE L'ETO

- > Des incidents bénins : troubles digestifs, palpitations...
- > Des complications graves mais rares : perforations digestives 0.02 à 0.03%, décès dans moins de 0.01%.

5. LES CONTRE INDICATIONS

- > Un antécédent de radiothérapie sur la partie médiane de votre thorax
- > Une anomalie ou maladie de votre oesophage

QUESTIONNAIRE À REMPLIR AU VERSO ↪

QUESTIONNAIRE MÉDICAL avant ETO

	OUI	NON
⇒ Pathologie oesophagienne ou gastrique :		
Varices oesophagiennes, tumeur, sténose, diverticule,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ulcère,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dysphagie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⇒ Pathologie ORL : opération, tumeur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⇒ Pathologie rhumatismale évoluée du rachis cervical : PR, SpA ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⇒ Risque de maladie de Creutzfeldt Jacob :		
Sujet greffé,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurochirurgie,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chirurgie sur l'oeil ou le nerf optique,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traitement par hormone de croissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⇒ Corticothérapie au long cours ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⇒ Radiothérapie médiastinale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⇒ Apparition récente de signes neurologiques, d'évolution rapide et sans rémission ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⇒ Un cas d'ESST (Encéphalopathie Subaigüe Spongiforme Transmissible) liée à une mutation de gène codant pour la Protéine Prion, dans sa famille génétique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Date : / /

Nom : Prénom :

SIGNATURE DU PATIENT :

Par ma signature, je reconnais avoir lu et compris l'information concernant l'Echographie Trans Oesophagienne (ETO).

**Ce document ne constitue 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.**

SIGNATURE