Anesthésie-réanimation des malpositions des gros vaisseaux

M Bojan

Anesthésie / grande variété anatomique

CIV +/- protection pulmonaire

- RVP / FiO2 adaptée
- Précharge

Hypertrophie myocardique

Cyanose et retentissement sur l’hémostase

Redux (capital veineux)

Fin de CEC

Hémostase +++

Bilan des lésions résiduelles :

- CIV résiduelle
- Obstacle sous-aortique
- Obstacle pulmonaire
- IP
- BAV

CIV résiduelle :

- FiO2
- Ht
- Vasodilattaion systémique
- Fermeture chirurgicale

Obstacle sous-aortique

- Précharge
- RS, éviter la tachycardie
- Faible dose de catécholamines
- Parfois Bbloquants
- Ne pas trop baisser la postcharge

Obstacle sous-pulmonaire

- vasodilatateurs pulmonaires
- précharge
- évaluer la tolérance -> reprise chirurgicale

IP

- Vasodilatateurs pulmonaires ++
- Évaluer la tolérance -> valvulation ?

BAV

- Solution chirurgicale

Syndrome inflammatoire

- proportionnel avec la quantité de matériel (patch de péricarde équin tanné, tubes)
- Chirurgies longues
- -> intérêt des anti-inflammatoires

Dysfonction systolo-diastolique

- Clampage aortique long
- Ventriculotomie dte
- Réduction de la taille du VD

-> ino-dilatateurs
-> vasodilatateurs pulmonaires ++

(la troponine postop a peu d'intérêt …)
surveillance BNP ?

Anticoagulation si tube VD-AP

- HNF, anti Xa 0.3U/mL
- ATIII > 60%

Conclusions

Bien connaître la réparation et ses risques

Bilan complet au retour en réanimation

Adapter la conduite à tenir au bilan