STÉNOSES ET INSUFFISANCES AORTIQUES

ANESTHESIE & RÉANIMATION

STENOSES AORTIQUES

FORMES CLINIQUES

- Sténose critique néonatale - choc cardiogénique
- Grand enfant, adulte : HVG
- Valvulaire, supra, infra +/- IA

ANOMALIES ASSOCIEES

- coronaires (supra : ostia) - coeur gauche et arche Ao (Shone, VU) - CIV (Laubry-Pezzi) — PCA - IA - CIA
- sténoses artérielles pulmonaires, rénales, TABC, dysmorphie et intubation difficile (Williams) angioscanner
- Willebrand acquis

PHYSIOPATHOLOGIE

- Obstacle à l'éjection du VG
  - St Crit Nné : Choc cardiogénique, ducto-dépendance
  - VG : hyperkinésie - hypertrophie - trouble de relaxation
    - ⇗ besoins / ⇘ apports O2 (⇗ systole / ⇘ diastole)
    - ischémie ++ sous-endocardique (fibroélastose)

PREOP

- QUELLE INTERVENTION PREVUE :
  - dilatation percutanée / hybride /valvulotomie / résection (ssAo, ssMi, Konno) / Brom / Ross / 1 ou 2V / RVAo
- Risque hémorragique (reprise, Ross, néonat), durée clampage
- Risque coronaire
- Anesthésie pour TDM, IRM, KT, hybride
- Anticiper produits sanguins, abords, monitorage
- Information

RISQUES

- HVG (gros coeur fragile) - coronaires (sténoses, fonctionnel) - mort subite
- induction : hypovolémie, TDR, vasodilatation, ino-
- sternotomie : FV - CEC : protection myocardique

INDUCTION

- Monitorage et abords :
  - ECG : Rythme, FC, ST - PANI + PA sanglante - SpO2 - NIRS - BIS - ETO
  - SvO2 - CaO2 (Hb, SaO2, PaO2), tropo, lactates, Ca, K+
  - ETO ++
  - vvc, vvp, remplissage, levo

INDUCTION

- MAINTENIR L’ÉQUILIBRE et PRÉVENIR L’ISCHÉMIE MYOCARDIQUE :
  - RYTHME SINUSAL : systole auriculaire
  - FRÉQUENCE NORMALE : ni brady ni tachy
  - PRÉCHARGE : pas d’hypovolémie
  - POSTCHARGE : pas de vasodilatation
  - CONTRACTILITÉ : pas d’inotropes négatifs

INDUCTION

- Volémie : jeûne préop - remplissage +/- transfusion - Prémédication - Hypnose - N2O
- Protocole AG balancée, titrée, monitorée, stable (aivoc); halogénés : pré-cond
- ! vasodilatateurs, ! ino -, ! brady / tachy
- Intubation : intubations difficiles, stimulus
- Levosimendan

PER OP

- PROTECTION MYOCARDIQUE : PENDANT ET APRES REPARATION :
- CARDIOPLEGIE - LEVOSIMENDAN - FILTRATION
- SVO2, NIRS, VOLEMIE, Hb, eqlb ionique
- DECLAMPAGE : ECG, TROPO, ETO
- PAS DE SEVRAGE BRUTAL DE CEC, OG
- ELECTRODES A+V
- QUELLE INTERVENTION REALISEE, difficultés, ETO

POST OP

- Saignement
- Réparation, lésions résiduelles
- LCOS : amines … levosimendan, thorax ouvert, CPBIA, coronaro, ECMO
- Ischémie : coronaro, KT, ETO, tropo (suivi et interprétation)
- BAV

POST OP

- CONTRÔLE TENSIONNEL
- ELECTRODES PM A ET V (BAV)
- OG
- ÉVITER INOTROPES, VASOCONSTRICTEURS, TACHYCARDIE
- LUSITROPES
- VOLEMIE, Hb, équilibre ionique
- ETO/ETT : fonction, lésions résiduelles (CIV, BAV, lésion valve, obstacle résiduel, IA)
- CORONAIRES : débit, réimplantation, sacrifice : tropo, ECG, ETT
- REIN, DP

INSUFFISANCE AORTIQUE

PHYSIOPATHOLOGIE

- augmentation du travail myocardique
- FEVG augmentée, ! si normale ou limite
- dilatation VG
- vasodilatation, PAD basse
- => risque coronaire
- RA associé

INDUCTION

- éviter ⇗ postcharge : calme, prémédication
- éviter bradycardie - normovolémie
- ! FEVG surestimée
- MONITORAGE, CEC : idem SA
  - CARDIOPLEGIE : +/- INTRACORONAIRE OU RETROGRADE
- ETO, OG
- INOTROPES, INODILATATEURS, LUSITROPES

CONCLUSION

- RA /IA :
  - EQUILIBRE - INDUCTION = !!!
  - DEBIT CARDIAQUE
  - PERFUSION CORONAIRE
  - PROTECTION MYOCARDIQUE
  - LÉSIONS ASSOCIÉES
  - RISQUES ISCHÉMIE MYOCARDIQUE ET DÉFAILLANCE VG
  - ETO - OG - NIRS - SVO2 - TROPO - ELECTRODES