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

- -> 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