Prise en charge anesthésique et postopératoire des pathologies univentriculaires

M Bojan

Il s’agit d’une prise en charge complexe ….

Mortalité à J30 dans l’hypoVG :
Années 1980 : 60 à 70%
Années 1990 : < 40%
Années 2000 : < 20%
Depuis 2003 : 7 à 20%

Bilan préopératoire

- Fuite valve AV systémique
- Fonction systolique du ventricule systémique
- Défaillances viscérales
- SpO_2 préopératoire
- Anomalies neurologiques

$Qp/Qs = (SpO2 – SvO2) / (Sa\ VP – Sa\ AP)$

Cœur normal : $Sa\ VP = SpO2$

$Sa\ AP = SvO2$

$SpO2 – SvO2 = 30\%$

$Sa\ VP = 100\%$

-> $Qp/Qs = 1$

$Qp/Qs = (SpO2 – SvO2) / (Sa\ VP – Sa\ AP)$

Cœur normal : $Sa\ VP = SpO2$

$Sa\ AP = SvO2$

$SpO2 – SvO2 = 30\%$

$Sa\ VP = 100\%$

Ventricule unique : $Sa\ AP = SpO2$

$SpO2 – SvO2 = 30\%$

$Sa\ VP = 100\%$

-> $Qp/Qs = 1$ si $SpO2 = 70\%$

-> $Qp/Qs = 1.5$ si $SpO2 = 80\%$

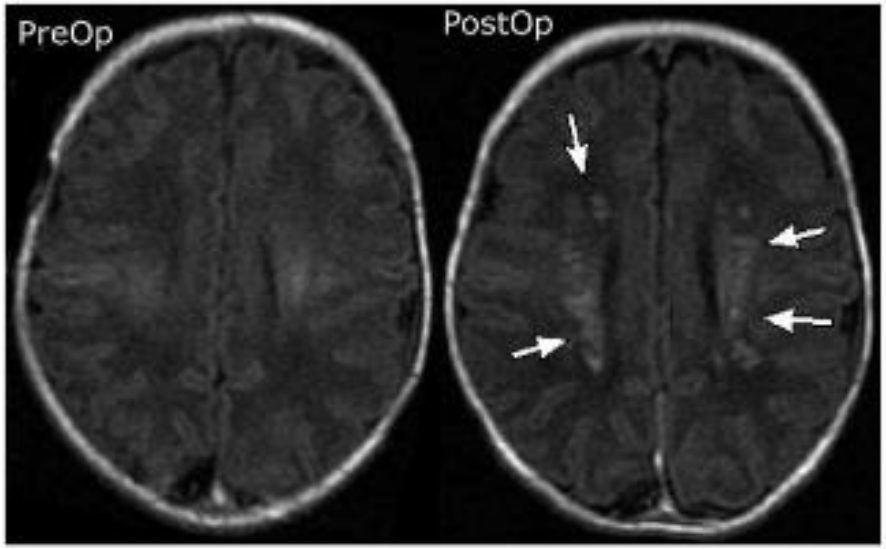
-> $Qp/Qs = 2$ si $SpO2 = 85\%$

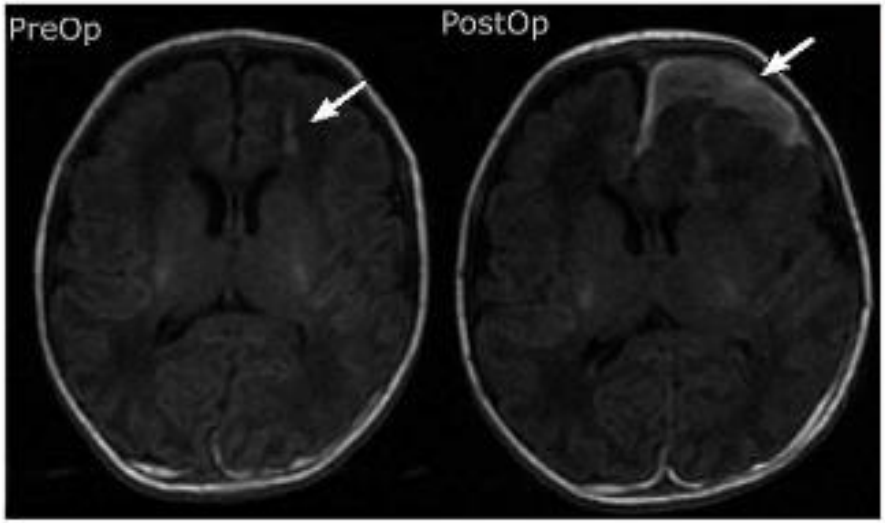
-> $Qp/Qs = 3$ si $SpO2 = 90\%$

-> $Qp/Qs = 4$ si $SpO2 = 92.5\%$

Brain magnetic resonance imaging abnormalities after the Norwood procedure using regional cerebral perfusion

Dent, JTCVS 2006





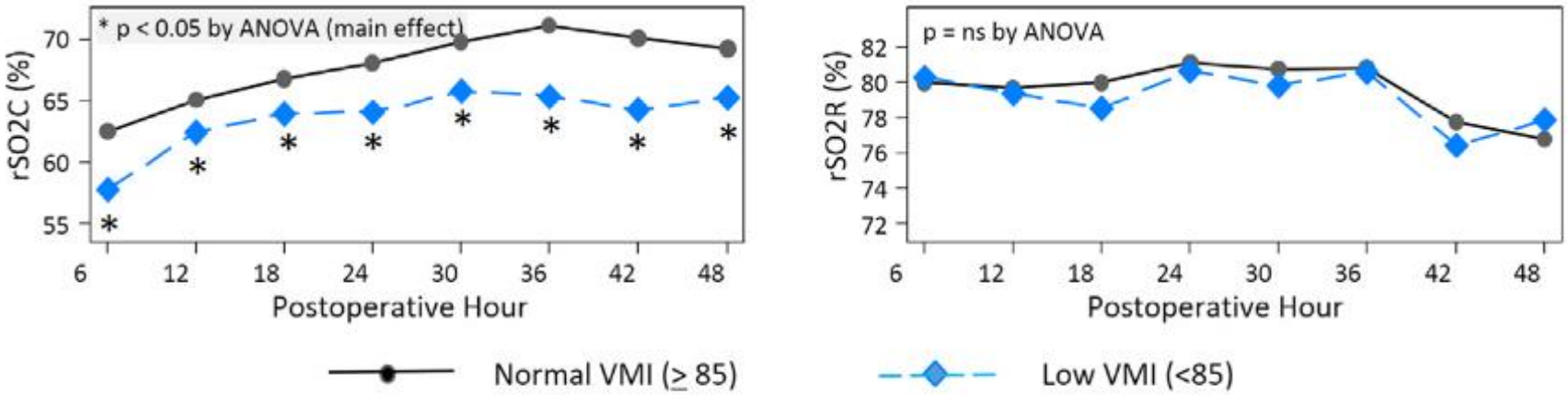
N=22

25% lésions ischémiques préop, 73% postop

Perioperative cerebral oxygen saturation in neonates with hypoplastic left heart syndrome and childhood neurodevelopmental outcome

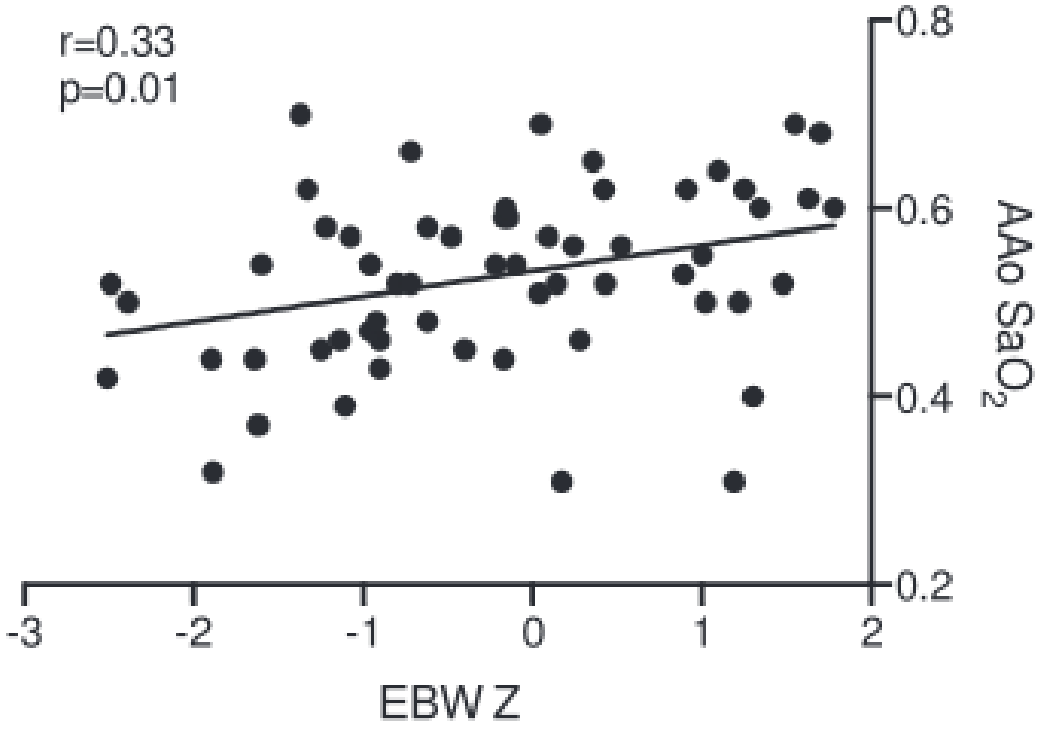
Hoffman, JTCVS 2006

N=51
Évaluation de l'intégration visio-motrice
Bonne VPN pour rSO2C>55, bonne VPP pour rSO2<45



Reduced Fetal Cerebral Oxygen Consumption Is Associated With Smaller Brain Size in Fetuses With Congenital Heart Disease

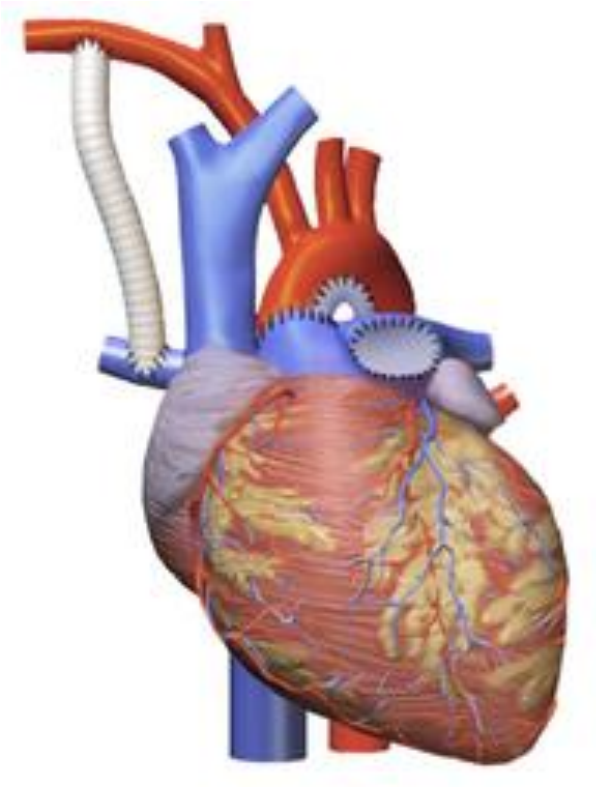
Sun, Circulation 2015



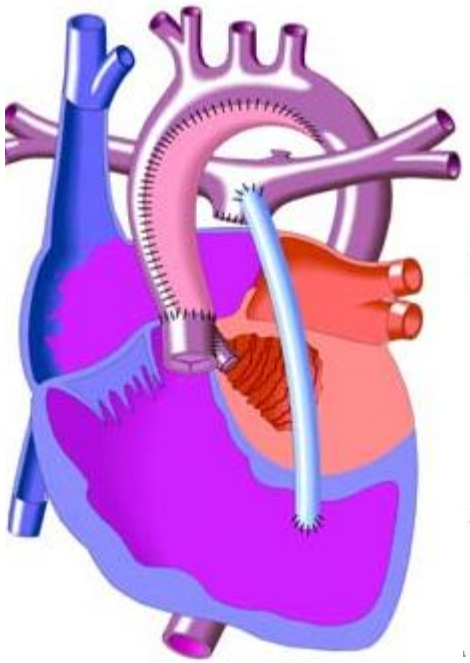
La taille du cerveau fœtal est proportionnelle à la SaO2 dans l'aorte ascendante

Réanimation préopératoire

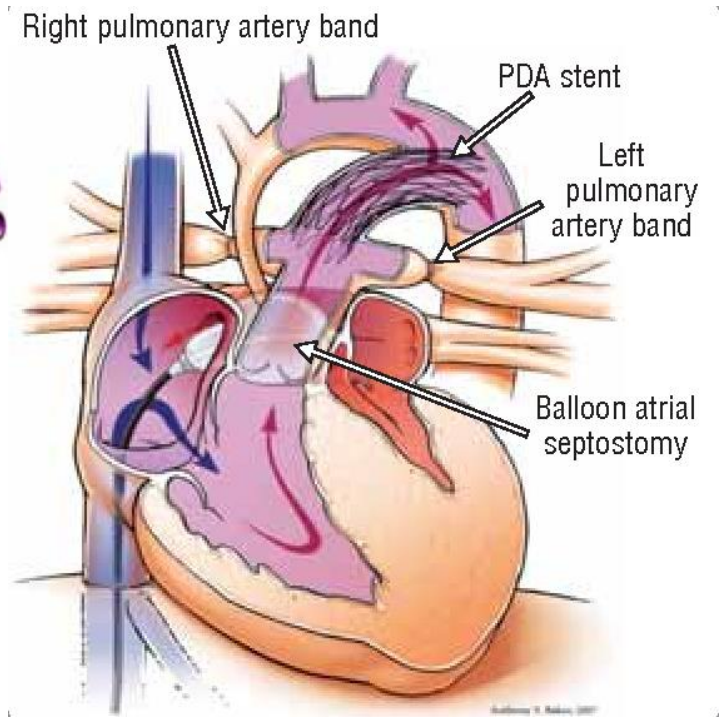
- PGE pour garder le CA ouvert
- RVS basses: température, analgésie
- maintien VS
- SaO2 entre 80 et 85%
- Si ventilation: $PCO_2 \geq 40$ mmHg (5,3kPa)



Norwood



Sano



Hybride

Anesthésie / CEC

- Objectif SaO2 75-85% - FiO2, ventilation, température
- Prostine très vasodilatatrice, éviter la vasoplégie à l'induction
- Si Norwood/Sano : KT artériel radial D
- Futur candidat au Fontan – préserver le système cave sup
- CEC néonatale normo/hypothermique
- DHCA si réfection de la crosse (Norwood/Sano)

Norwood ou Blalock : a l'ouverture du shunt

- si PAD chute peu = les RVP ont élevées -> risque d'hypodébit pulmonaire

  => FiO_2 élevée et normocapnie

- si PAD chute beaucoup= les RVP sont basses -> risque d'hyperdébit pulmonaire

  => FiO_2 basse, hypercapnie permissive (> 40mmHg), Ht élevé

Fin de la chirurgie

Objectif SaO2 = 75-85%, SvO2 > 50%

SvO2 / SaO2	<75%	>85%
<50%	Diminuer RVP, augmenter DO2	Diminuer RVS, augmenter DO2

augmenter la DO_2 : vasodilatation systémique, Hte 40-45% et inotropes
surveillance lactate, NIRS somatique

hémostase rigoureuse

La réanimation va consister à assurer le métabolisme aérobie par une délivrance systémique d'oxygène adéquate

$$DO_2 \approx SaO_2 * Qs * Hb$$

La SaO_2 est un mauvais estimateur de la DO_2

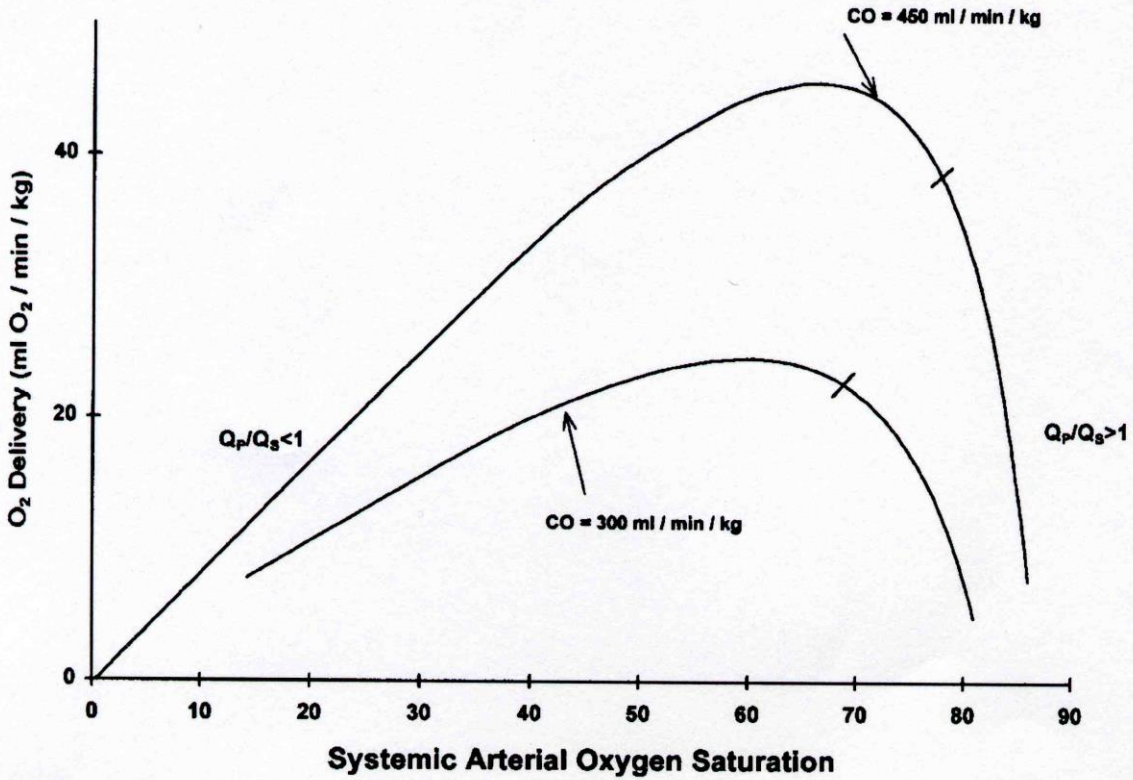


Figure 2. Systemic arterial oxygen saturation versus systemic oxygen (O_2) delivery. Two curves are presented. The curves were generated by setting the CO at 300 or 450 $mL \cdot min^{-1} \cdot kg^{-1}$ and varying Qp/Qs from 0.2 to 10. Most patients will have Qp/Qs>1. The short line on each curve represents the point at which Qp/Qs=1. Note that similar low and high oxygen delivery curves can be generated with many combinations of CO, $Spvo_2$, and $C\dot{V}o_2$.

Barnea, Circulation 1998

La SvO_2 est un moins mauvais estimateur de la DO_2

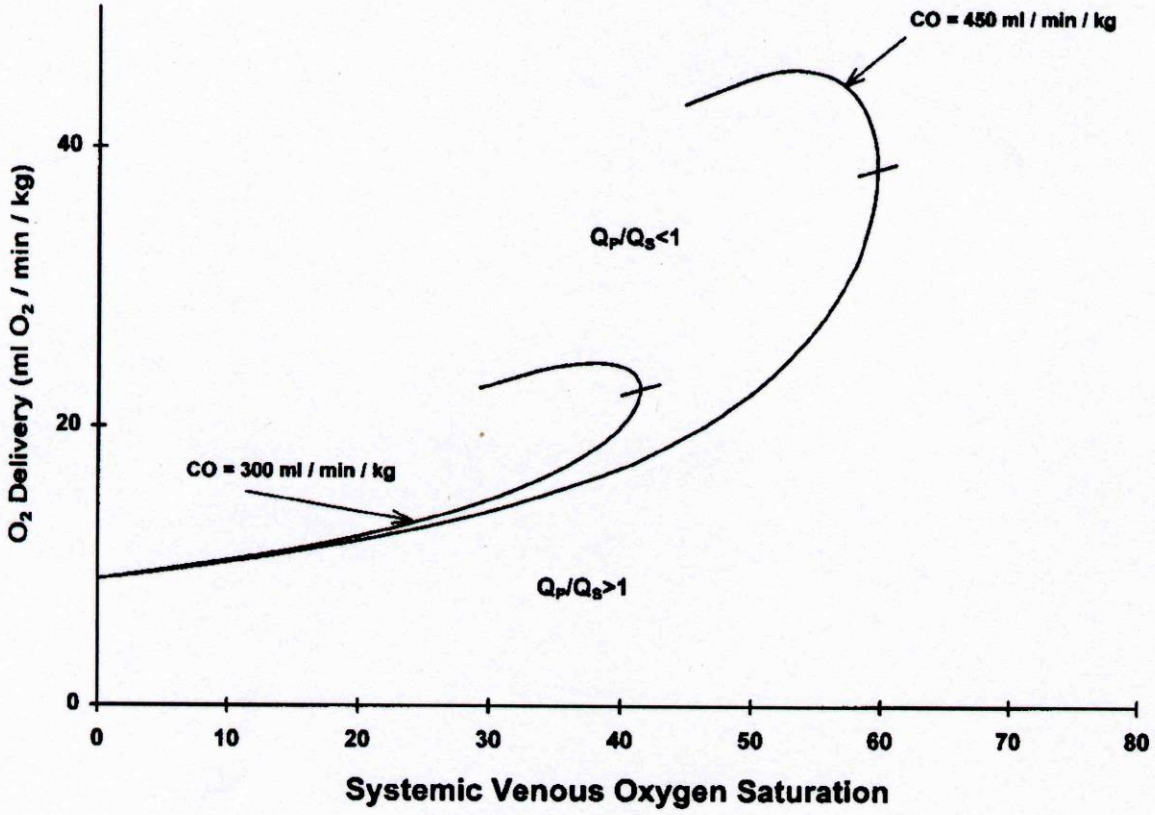


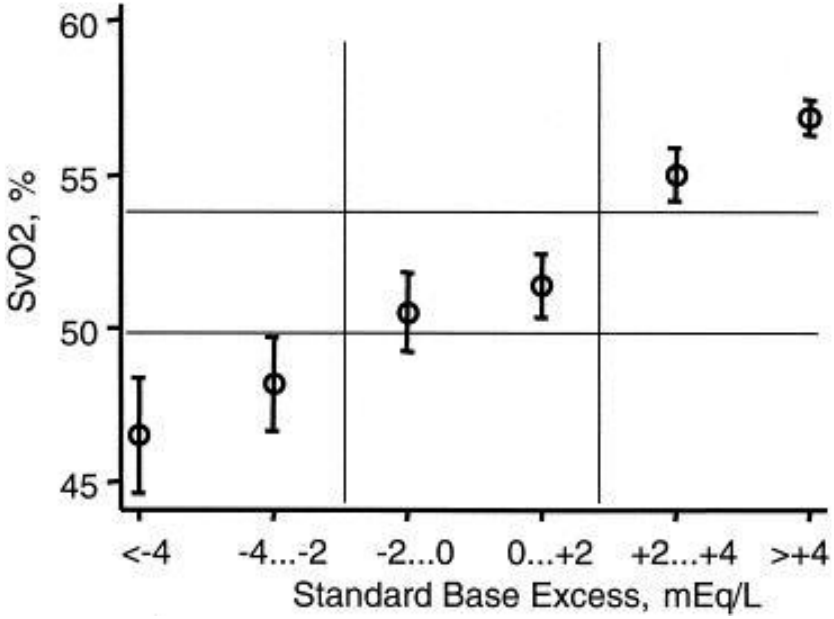
Figure 3. Systemic oxygen (O_2) delivery against Svo_2.

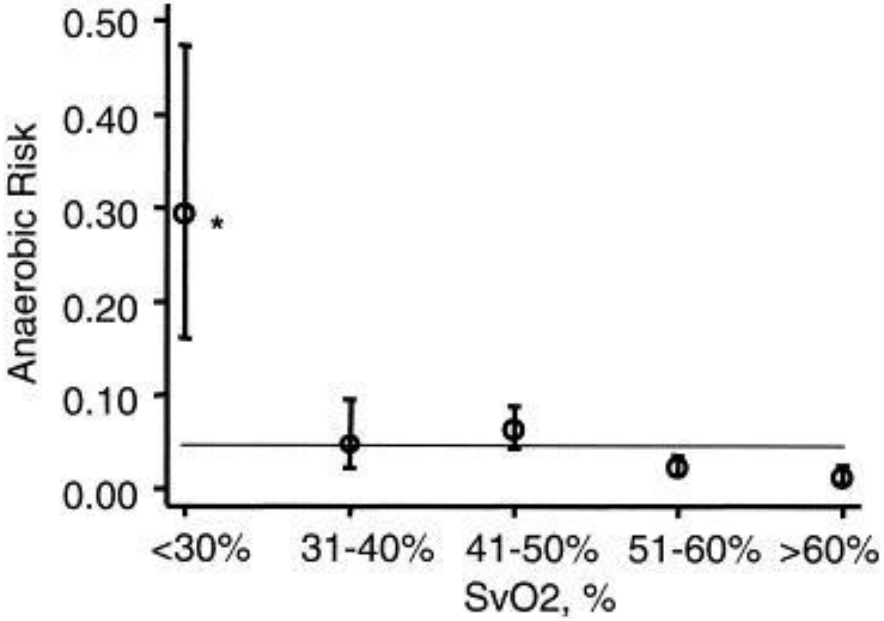
Barnea, Circulation 1998

La SvO2 est un bon indicateur du métabolisme anaérobie

n=48

seuil d'anaérobie: BE= - 4mEq/L ou qui augmente > 2mEq/L/h

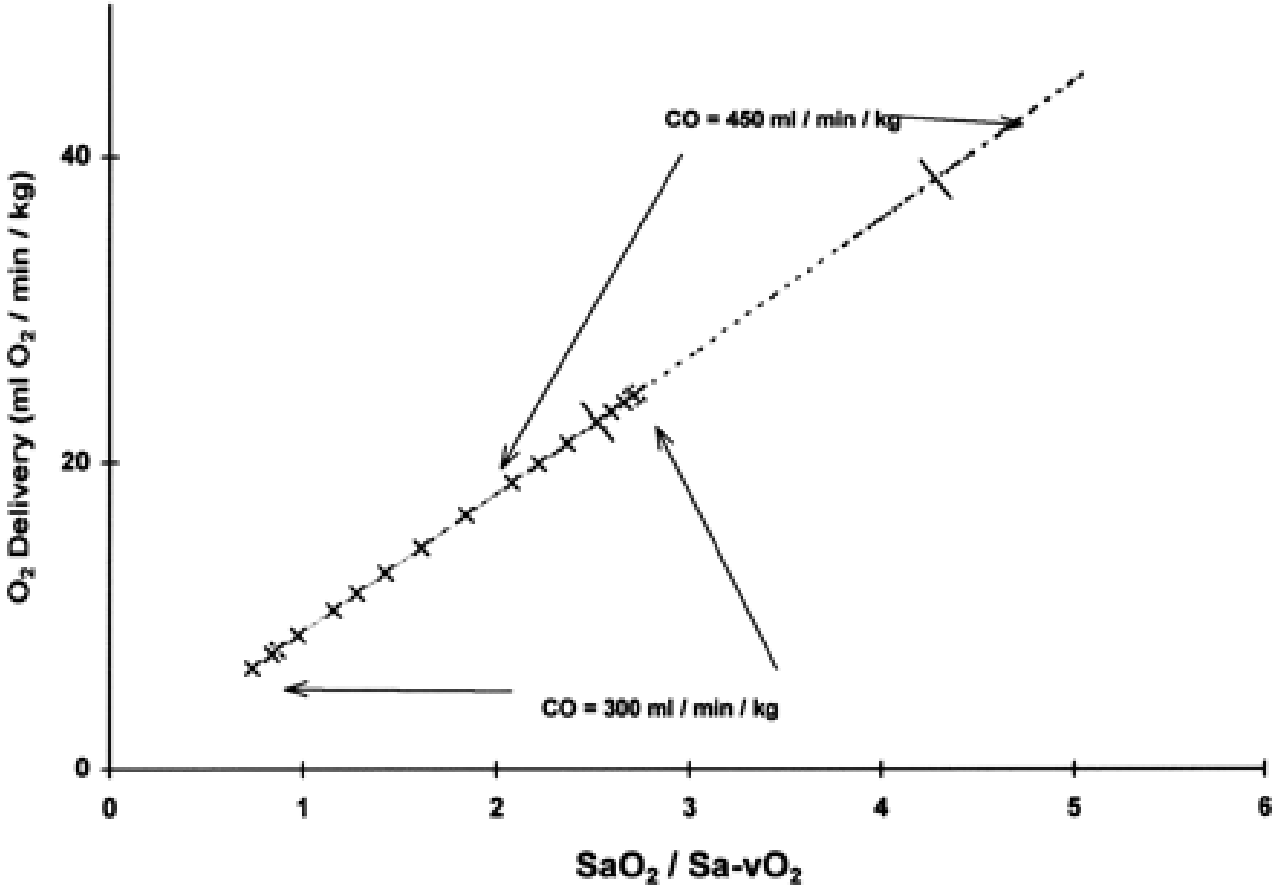




Objectif : SvO2 > 50%

Hoffman, ATS 2000

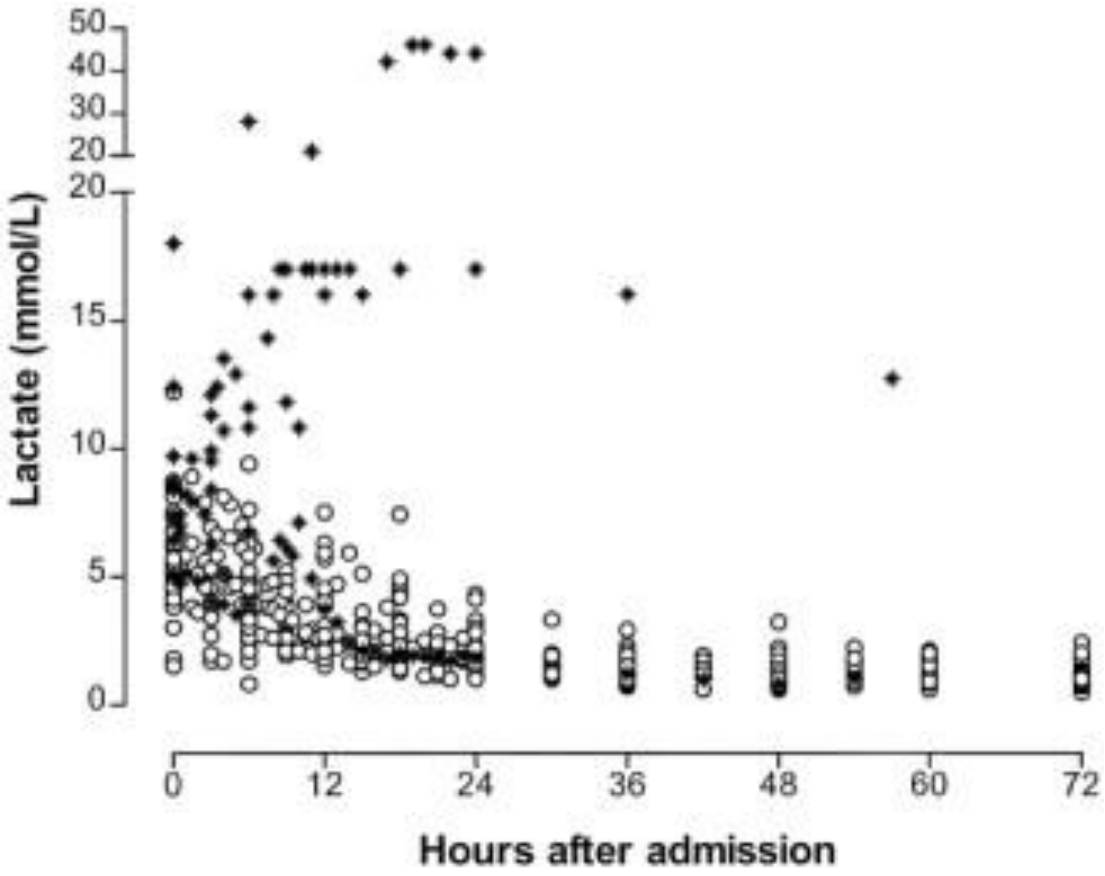
« Oxygen excess factor »
Ω= DO2/VO2 = $SaO_2/(SaO_2-SvO_2)$
meilleure corrélation avec la DO_2



Objectif: Ω > 2.5, et le plus haut possible

Barnea, Circulation 1998

La lactatémie postop est un bon indicateur du métabolisme anaérobie, et un facteur prédictif du pronostic

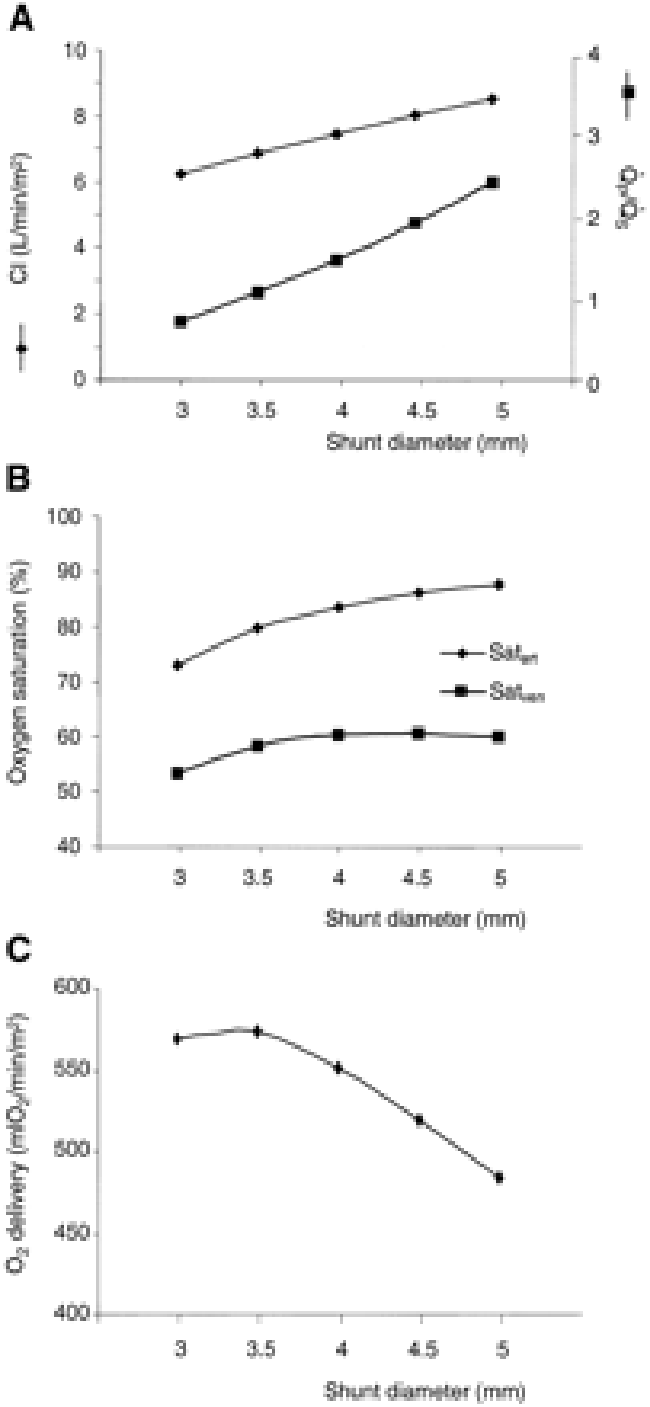


n=34
une augmentation
≥ 0.75mol/L/h a une
VPP 100% pour le
DC ou l'ECMO

Charpie, JTCVS 2000

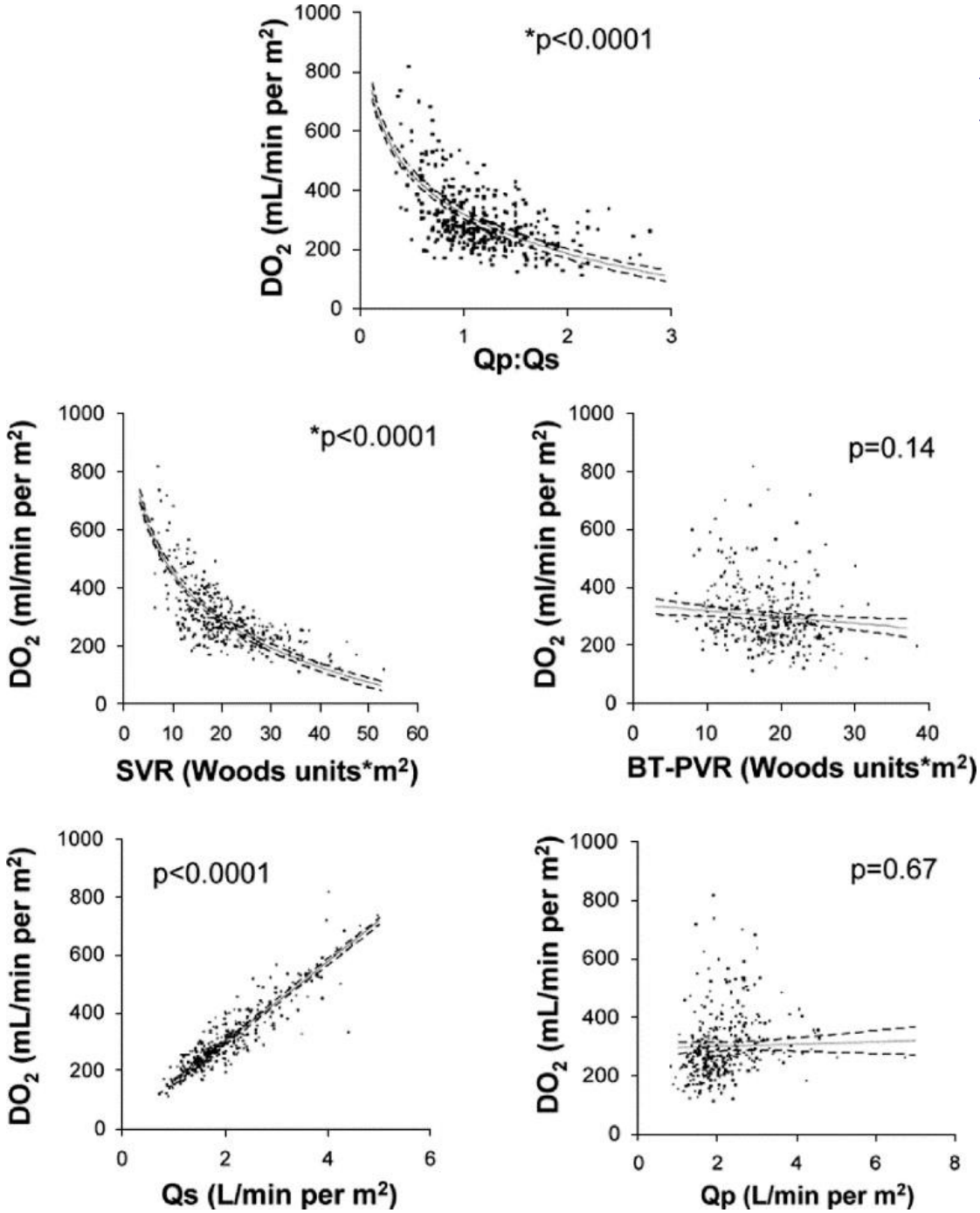
Etablir la meilleure DO_2 : la taille de l'anastomose systémico-pulmonaire

Migliavacca,
Am J Physiol Heart Circ Physiol 2001



Habituellement Goretex 3.5

Déterminants de la DO_2



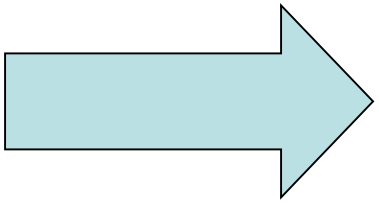
Li, JTCVS 2007

En somme

- Qp/Qs a 1 – 2, SaO_2 75-85%,
- ↑ DO2 : inodilatateurs, Hte
- ↓ VO2 : analgésie, ± sédation, ± ventilation mécanique, ± curarisation
- SvO_2 > 50%, Ω >2,5, diurèse, lactate

Qp/Qs insuffisant

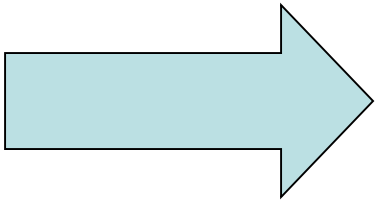
1. Problème sur le shunt / cerclages très serrés
2. RVP hautes (acidose, hypothermie)



↓ RVS : normo-/hypocapnie, FiO2 100%
±NOi
Remplissage
Sédation + curarisation
Inotrope, Ca

Qp/Qs élevé

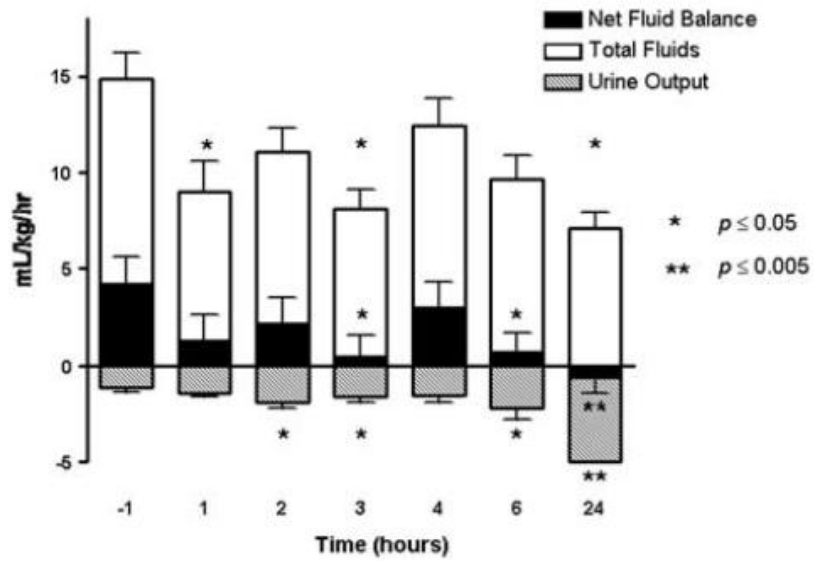
1. Shunt large / cerclages peu serrés
2. RVS élevée

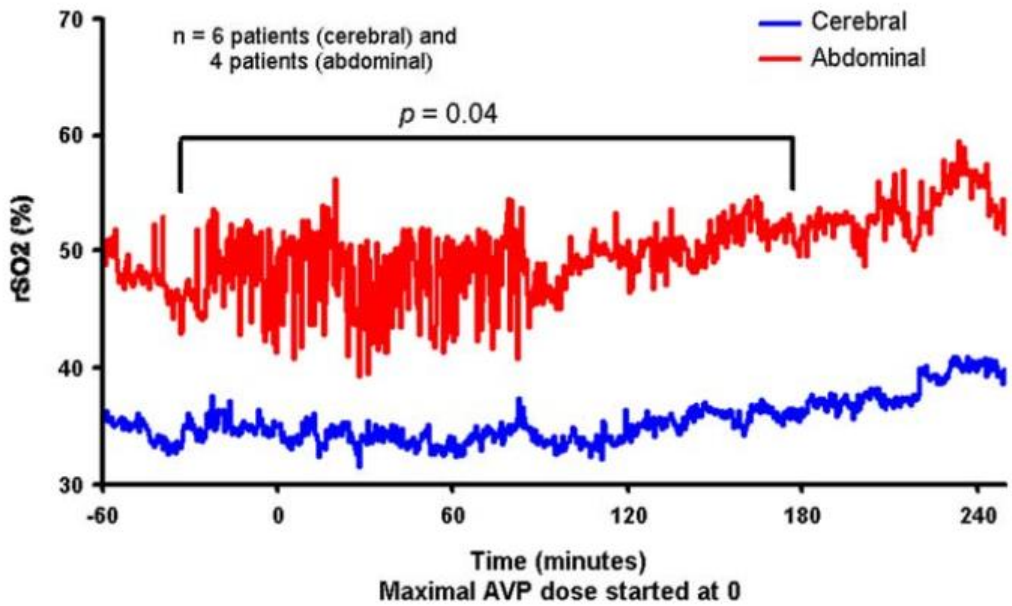


↑RVP par FiO2 basse,
hypercapnie permissive
↑Ht
↓ RVS : réchauffement, vasodilatateurs
Remplissage
Sédation + curarisation

The use of Arginine Vasopressin in neonates following the Norwood procedure

Burton, Cardio Young 2011





ECMO?

- si bas débit systémique
- survie 50% - 95%

Pizarro C, EJTCS 2001

Ungerleider RM, ATS 2004

- clampage du shunt ?

Facteurs de risque de mortalité postop immédiate

- prématurité
- poids < 2500g
- taille de l'aorte
- anomalies cardiaques associées
- **fonction VU et fuite VAV**
- anomalies non cardiaques
- durée CEC et ACHP
- postcharge élevée

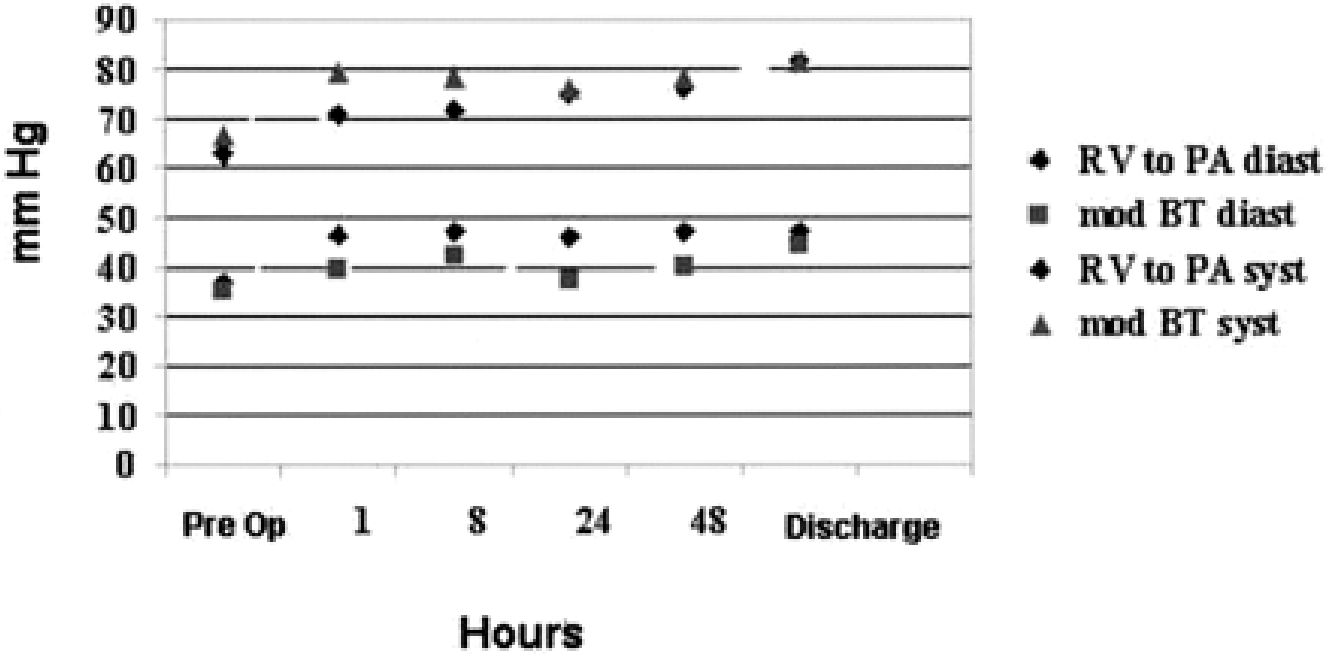
Cecchia, ATS 2004
Gaynor, EJCS 2002
Pizzaro, EJTCS 2002
Mahle, Circulation 2000
Gaynor, EJTCS 2002
Stasick CN fev 2006

Norwood	Sano
Avantages - Pas de ventriculotomie **Inconvenients:** - Qp/Qs plus difficile à équilibrer - Apporte du sang oxygéné et un flux continu dans l'AP - Vol diastolique important, risque d'ischémie myocardique - Risque de déformation des branches pulmonaires - Antiaggrégants	**Avantages** - Plus facile à réanimer - Pas de vol diastolique - Ne déforme pas les branches pulmonaires **Désavantages** - Nécessite une ventriculotomie

Tube VU-AP vs anastomose: le postop immédiat

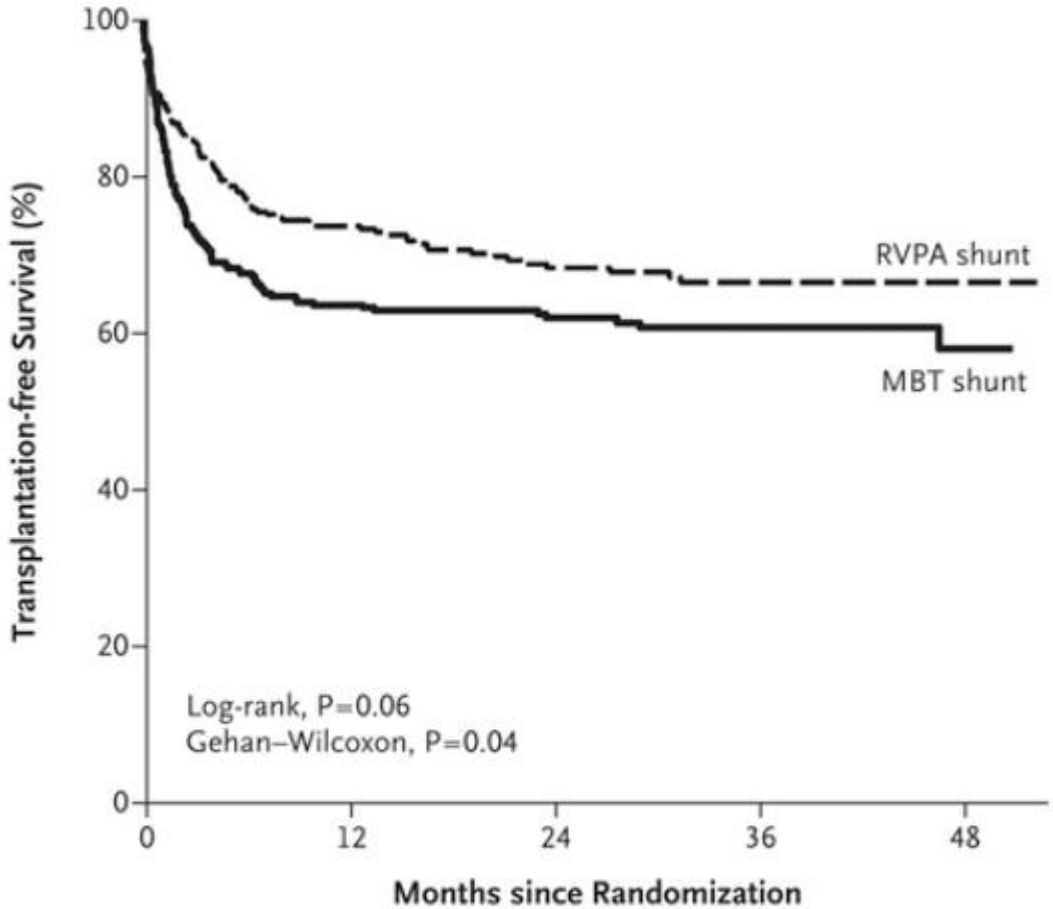
n = 36 + 20

-meilleure PASd
-survie 92% vs 70%, p = 0.05
-Qp/Qs plus stable



Maher, Circulation 2003

Tube VU-AP vs anastomose: mortalité à long terme similaire



No. at Risk					
RVPA shunt	274	202	139	76	15
MBT shunt	274	176	125	69	17

Ohye, NEJM 2010

La technique hybride: le peropératoire

Pediatric Anesthesia

Pediatric Anesthesia 2010 **20**: 38–46 doi:10.1111/j.1460-9592.2009.03205.x

Anesthetic management of the hybrid stage 1 procedure for hypoplastic left heart syndrome (HLHS)

AYMEN N. NAGUIB MD*, PETER WINCH MD*, LAWRENCE SCHWARTZ MD*, JANET ISAACS CRNA†, ROBERTA RODEMAN RN‡, JOHN P. CHEATHAM MD‡ AND MARK GALANTOWICZ MD‡

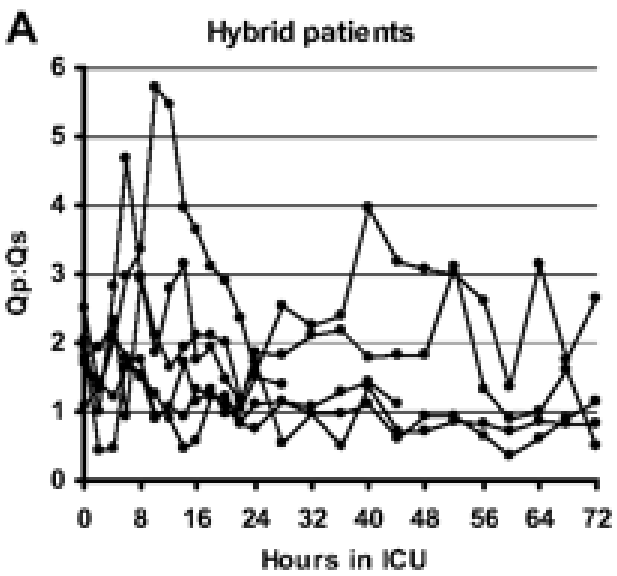
**Department of Anesthesia/The Heart Center, Nationwide Children's Hospital, Columbus, OH, USA, †Department of Anesthesia, Nationwide Children's Hospital, Columbus, OH, USA and ‡The Heart Center, Nationwide Children's Hospital, Columbus, OH, USA*

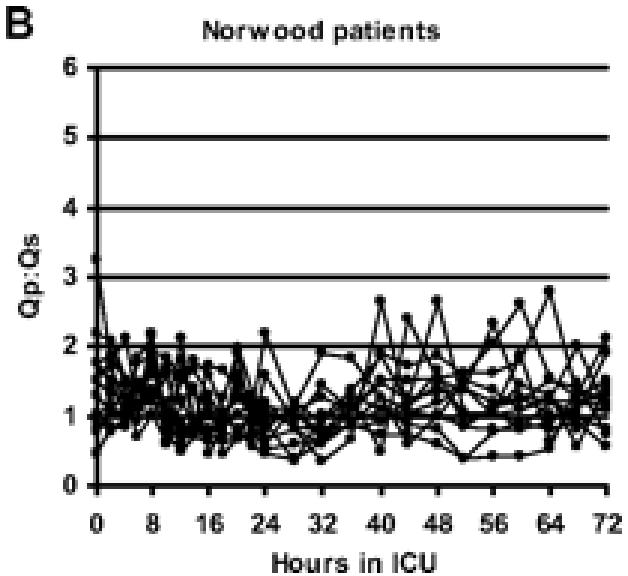
- instabilité majeure pdt le cerclage APG
- TDR
- intérêt de l'oxymétrie cérébrale

La technique hybride: le postopératoire

Objectif: PAP = ½ PAS, SaO_2 80 - 85%, accélération / cerclages ≤ 4m/sec

Dans la réalité: pas si stable …



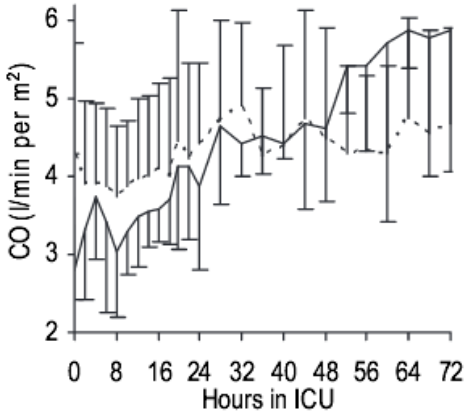


n = 6 vs 13

Li, Circulation 2007

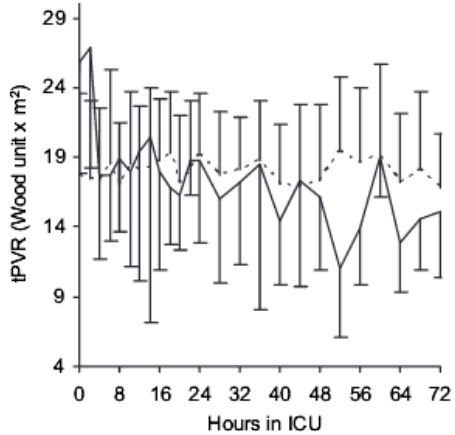
Hybride *vs* Norwood

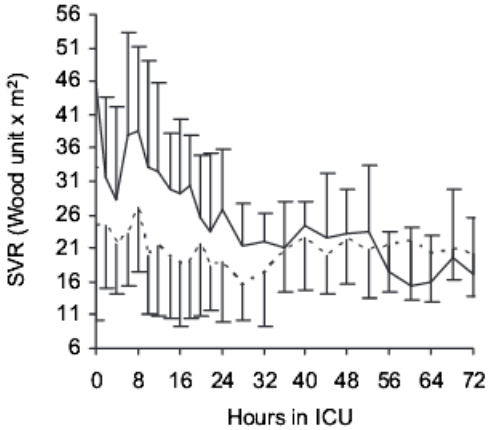
Li,
Circulation 2007

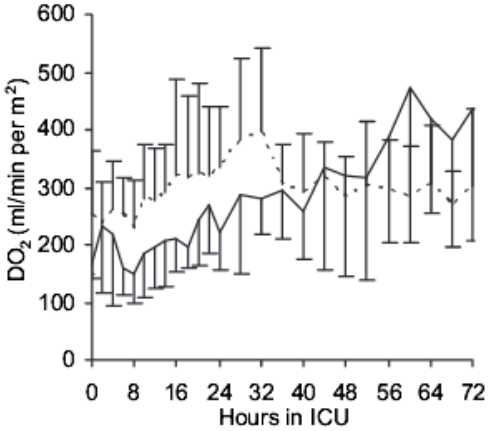


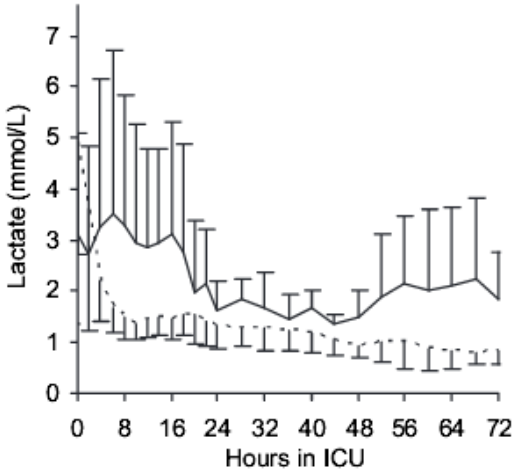
Hybrid group

Norwood group







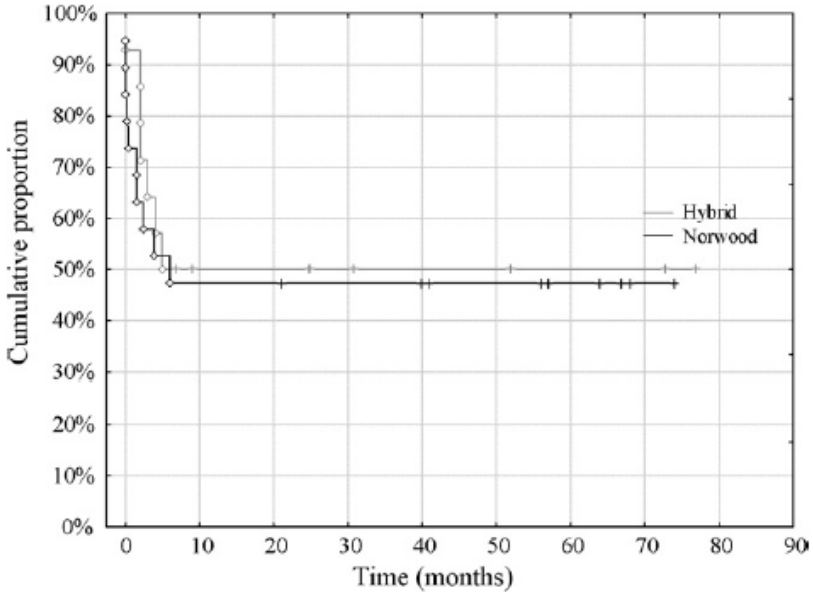


Hybride: résultats

-12% effets indésirables (TDR, hypoxie, hypotension, lésion traumatique periprocédurale)

Holzer, Congenit Heart Dis 2010

-Mortalité 30j : 5.8 – 28%
-A long terme, hybride vs Norwood:



Pizzaro, EJCTS 2008

Fig. 3. Kaplan–Meier actuarial survival according to management strategy.

Conclusions

Réanimation complexe
Privilégier la DO2 / augmentation du Qs (vasodilatation systémique)
Monitoring multimodal
Meilleure morbi/mortalité avec les nouvelles interventions hybrides