

HCL

HOSPICES CIVILS
DE LYON



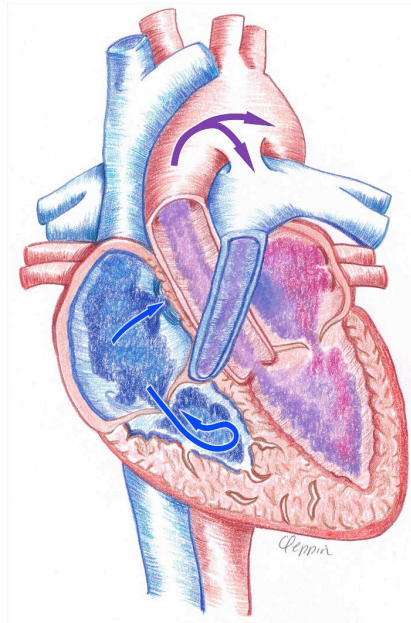
Prise en charge anesthésique et réanimatoire Atrésie pulmonaire à septum intact

L.CHARDONNAL

Département d'Anesthésie – Réanimation cardiopédiatrique

Hospices Civils de Lyon

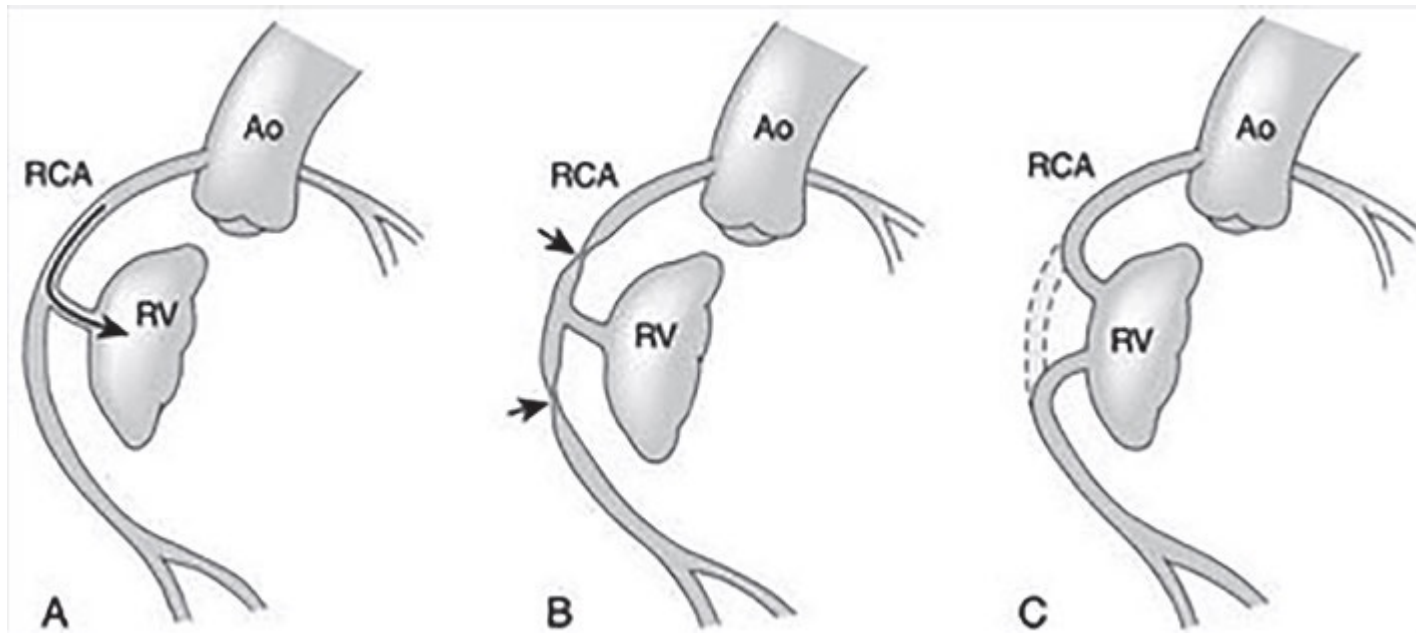
Introduction



Maladie du VD

Spécificité de la prise en charge néonatale

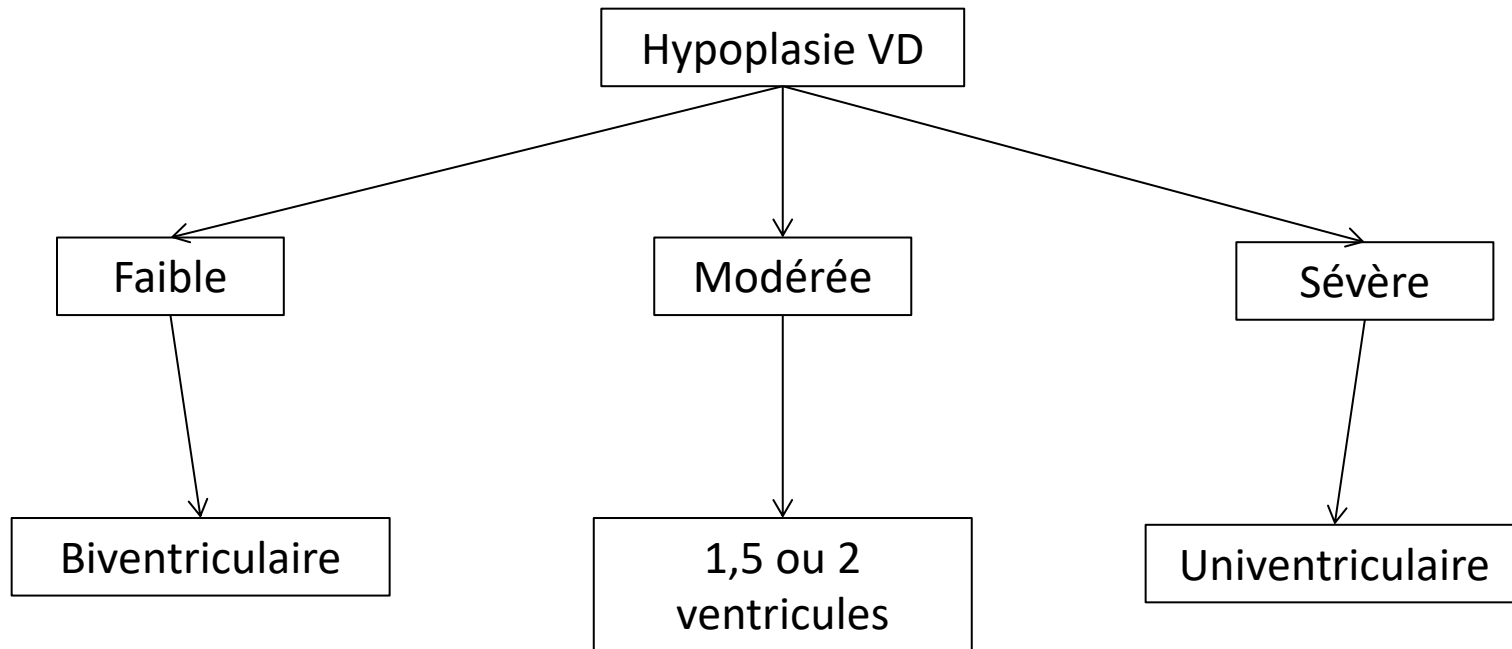
Introduction



Fistules coronaires

Environ 10% des patients

Introduction



Réanimation néonatale

But = maintenir la perfusion pulmonaire

Prostaglandines ++

Surveillance Qp/Qs

Attention à la baisse des RVP dans les premiers jours de vie

Bilan préopératoire - ETT

Taille et hypertrophie du VD

Valve tricuspide

Présence de fistules coronaires

CIA

Canal artériel

Prise en charge initiale

But de la prise en charge :

- assurer un débit pulmonaire
- promouvoir le développement du VD
- éviter l'ischémie myocardique
- éviter la fuite tricuspide

Ouverture de la voie pulmonaire *sous condition* :
Perforation par cathétérisme ++++
Ouverture VD-AP

Perforation de la valve pulmonaire

Induction :

équilibre Q_p/Q_s ++

Risque perforation myocardique

troubles du rythme

hémorragie

Contre-indiqué si fistules coronaires et circulation VD-dépendante

Prévention complications vasculaires (gestes répétés)

Perforation de la valve pulmonaire

Post-interventionnel:

- VD hypoplasique et hypertrophié :
 - ne peut accepter le débit systémique
 - dysfonction diastolique ++
 - congestion veineuse
- Prise en charge :
 - maintenir Prostine (et sevrage lent ++)
 - maintenir la précharge
 - soutien inotropique
 - ASP si impossible de sevrer les prostaglandines

Anastomose systémico-pulmonaire

Indication :

Fistules coronaires et circulation VD-dépendante

VD trop hypotrophique pour accepter le débit systémique

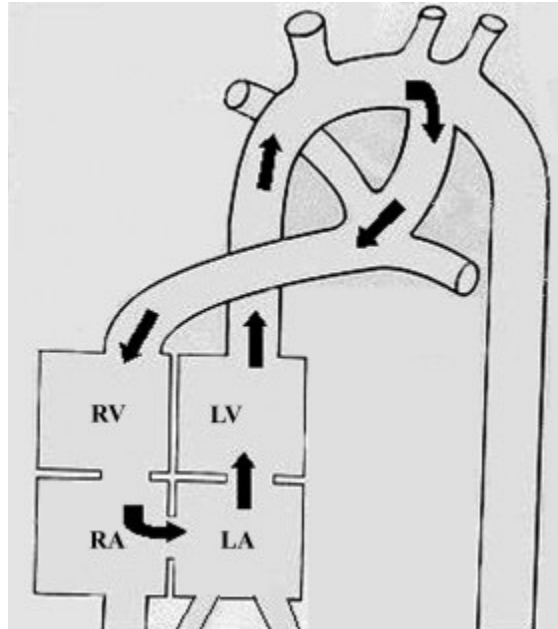
Gestion postopératoire :

cf cours ASP

possible flux compétitif si ouverture de la voie pulmonaire

possible shunt circulaire si fuite tricuspide et pulmonaire +++

Shunt circulaire



Prise en charge :

Favoriser le flux vers les AP : vasodilatateurs pulmonaires

Diminuer le flux à travers le gore-tex : vasodilatateurs systémiques

+/- diminuer l'ASP (éviter ASP trop proximal)

Milrinone

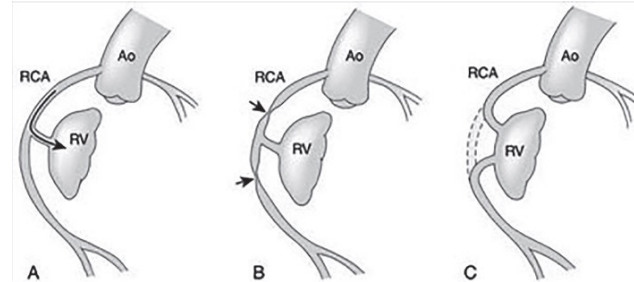
Fistules coronaires

10% des patients

Le VD perfuse les coronaires :

le sang est désaturé

la pression de perfusion est liée à celle du VD



Contre-indique la décompression du VD

Si ischémie myocardique :

augmenter les RVS

augmenter la pression intra-VD (remplissage et augmentation RVP)

l'ECMO aggrave l'ischémie

Conclusion

Pronostic lié au VD et à la présence de fistules

Plusieurs programmes selon VD

Prise en charge néonatale spécifique et prolongée

Risques : défaillance diastolique VD

shunt circulaire

ischémie myocardique

**Perioperative and Anesthetic
Considerations in Pulmonary Atresia
With Intact Ventricular Septum**

Stephen Gleich, MD¹, Gregory J. Latham, MD¹,
Denise Joffe, MD¹, and Faith J. Ross, MD¹

Seminars in Cardiothoracic and
Vascular Anesthesia

1-9

© The Author(s) 2017