

Anesthésie-réanimation

STENOSE AORTIQUE INSUFFISANCE AORTIQUE.

DU réanimation des cardiopathies congénitales

Dr. Elise LANGOUET

CCA – ARCV cardiopathies congénitales



STENOSE AORTIQUE

RAPPELS PHYSIOPATHOLOGIQUES :

Anomalie **sous-valvulaire, valvulaire ou supra-valvulaire** réduisant le diamètre efficace

Augmente la **POST-CHARGE DU VENTRICULE GAUCHE**.

Adaptation vers **HYPERTROPHIE CONCENTRIQUE**

Ventricule gauche **RESTRICTIF**, augmentation **PTDVG**

en période intra-utérine :

hausse POG → inversion FOP G-D → baisse précharge VG ⇒ HYPO VG + DUCTODEPENDANCE

en période neonatale :

hausse de la post-charge, myocarde néonatal défaillant ⇒ **CHOC CARDIOGÉNIQUE**

en postnatal tardif :

(bicuspidie, mbr ss ao...) **VG restrictif** mais de **TAILLE NORMALE HVG** ↔ RAC serré

EFFET SAM (systolic anterior movement) :

HVG, bourrelet sous aortique, accélération CCAo, effet venturi sur Valve mitrale =>

INSUFFISANCE MITRALE



STENOSE AORTIQUE

PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE :

Néonatale :

Sténose pulmonaire néonatale critique => CATHETERISME dilatation \pm TTT medical
(**PROSTINE, INOTROPES** coro-adré)

Pédiatrique :

Sténose **supra valvulaire** : (!\ sténose coronaire associée) **PATCH D'ÉLARGISSEMENTS**

Sténose **valvulaire** : **PLASTIE AORTIQUE** => sténose résiduelle \pm lao ou **PROCÉDURE DE ROSS**

Sténose **sous valvulaire** (mbr ou bourrelet) : **MYOMECTOMIE SEPTALE** !\ BAV, CIV



STENOSE AORTIQUE

HEMODYNAMIQUE EN PRE OPERATOIRE :

Période néonatale :

Myocarde néonatal, mauvaise adaptation à la postcharge. **LIMITER LES HAUSSES DE RVS**, si ductodépendance

Période pédiatrique :

Myocarde adapté, HVG, **PRECHARGE VG** suffisante, maintenir **RVS NORMALE-BASSES**



STENOSE AORTIQUE

AU BLOC OPERATOIRE :

Au sevrage de la CEC :

HVG CONCENTRIQUE

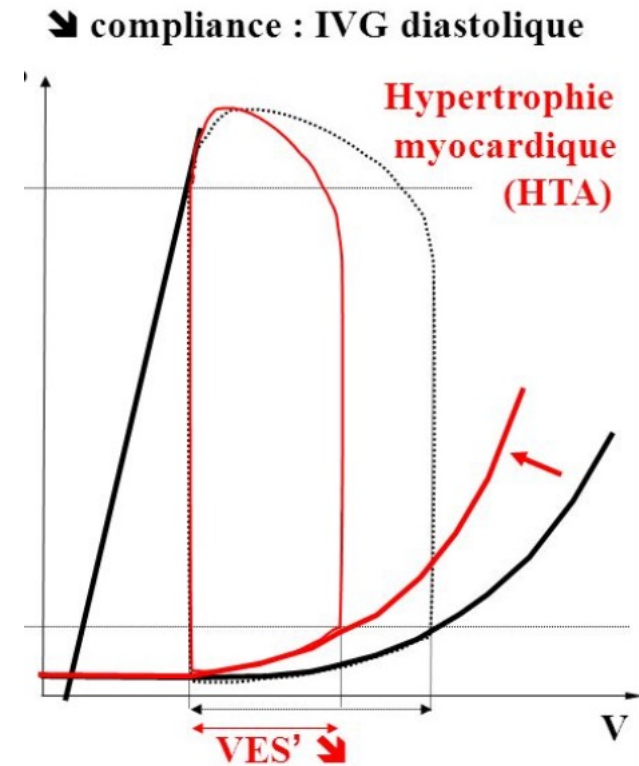
Courbe de Starling, hausse PTDVG rapide

REPLISSAGE TITRÉ

Éviter tachycardie

MONITORAGE :

KTA, VVC, NIRS, T°, ETO



STENOSE AORTIQUE

EN POST-OPERATOIRE :

COROTROPE ± ADRENALINE (neonatal ++, voire LEVOSIMENDAN)

Surveillance **INSUFFISANCE AORTIQUE**

STENOSE RESIDUELLE

Si procédure de Ross : **OBJECTIF PAS < 120mmHg pendant 48h** pronostic dilatation racine.

FAST-TRACK

REEMPLISSAGE suffisant, éviter la **TACHYCARDIE** si HVG concentrique,

≠

Si cœur néonatal, VG borderline, **TACHYCARDIE ADAPTATIVE à respecter**



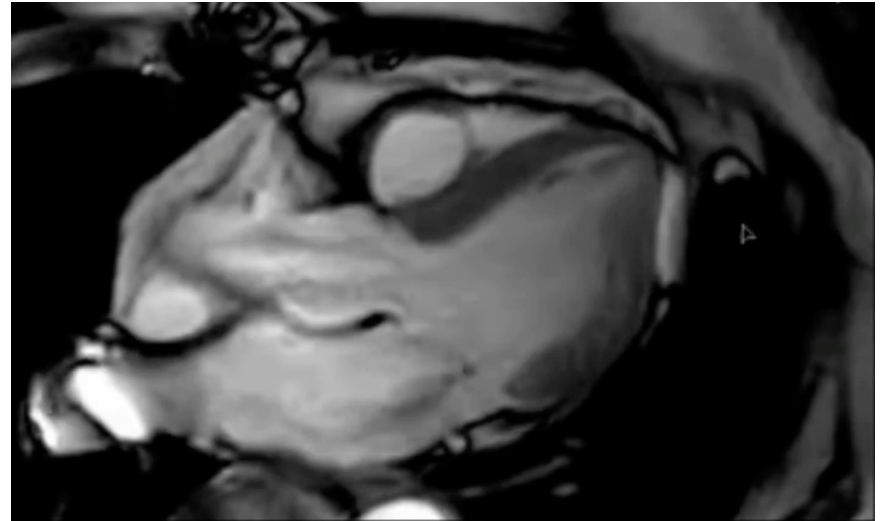
INSUFFISANCE AORTIQUE

RAPPELS PHYSIOPATHOLOGIQUES :

Surcharge **VOLUMETRIQUE**
AUGMENTATION VTDVG

Marfan
Laubry-Pezzi

Rare en période néonatale



INSUFFISANCE AORTIQUE

PRE-OPERATOIRE :

RVS normales-basses

Diurétiques

/!\ Bradycardie majore la fuite

MONITORAGE :

Standard : KTA, VVC, NIRS, ± BIS



INSUFFISANCE AORTIQUE

PER-OPERATOIRE :

Sevrage CEC sous **COROTROPE-ADRENALINE**,
FEVG altérée mais s'assurer d'un **DÉBIT CARDIAQUE CONSERVÉ**

MONITORAGE :

Standard : **KTA, VVC, NIRS, ± BIS**

/!\ FEVG supranormale, ITV sur-estimée



INSUFFISANCE AORTIQUE

POST-OPERATOIRE :

Sevrage CEC sous **COROTROPE-ADRENALINE**,
FEVG altérée mais s'assurer d'un **DÉBIT CARDIAQUE CONSERVÉ**
Rechercher lésions résiduelles.

NPO : Reprise des IEC, Aldactone à distance.

