

Anesthésie et réanimation

Anomalies mitrales Maladie d'Ebstein

DIU Réanimation des cardiopathies congénitales

Dr A. de Boislambert

Hôpital Haut Lévêque CHU Bordeaux

ANOMALIES MITRALES

Multiples situations

Sténoses mitrales :

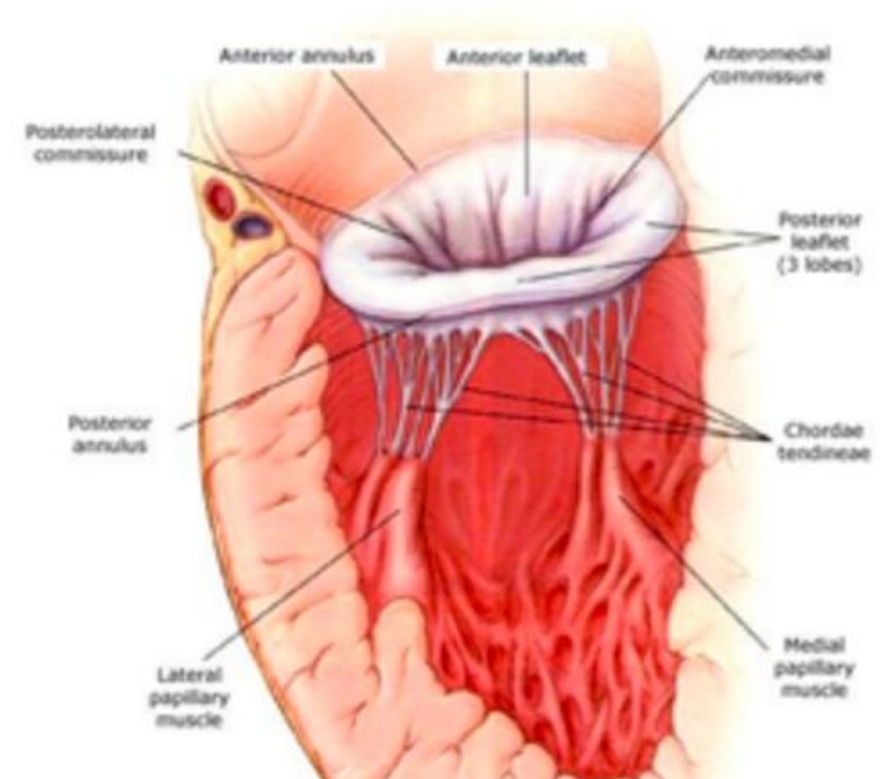
- Pathologies respiratoires, surinfections
- Suboedème pulmonaire, dyspnée
- Troubles du rythme, FA

Fuites mitrales :

- Insuffisance cardiaque congestive
- Bas débit, dyspnée

Malformations associées

- Situations complexes
- Multiples réinterventions à prévoir



Optimisation – Traitements préopératoires

Congestion :

- Diurétiques – IEC
- IOT

Antiarrythmiques

Anticoagulants si FA

Axes vasculaires : « Développement durable »

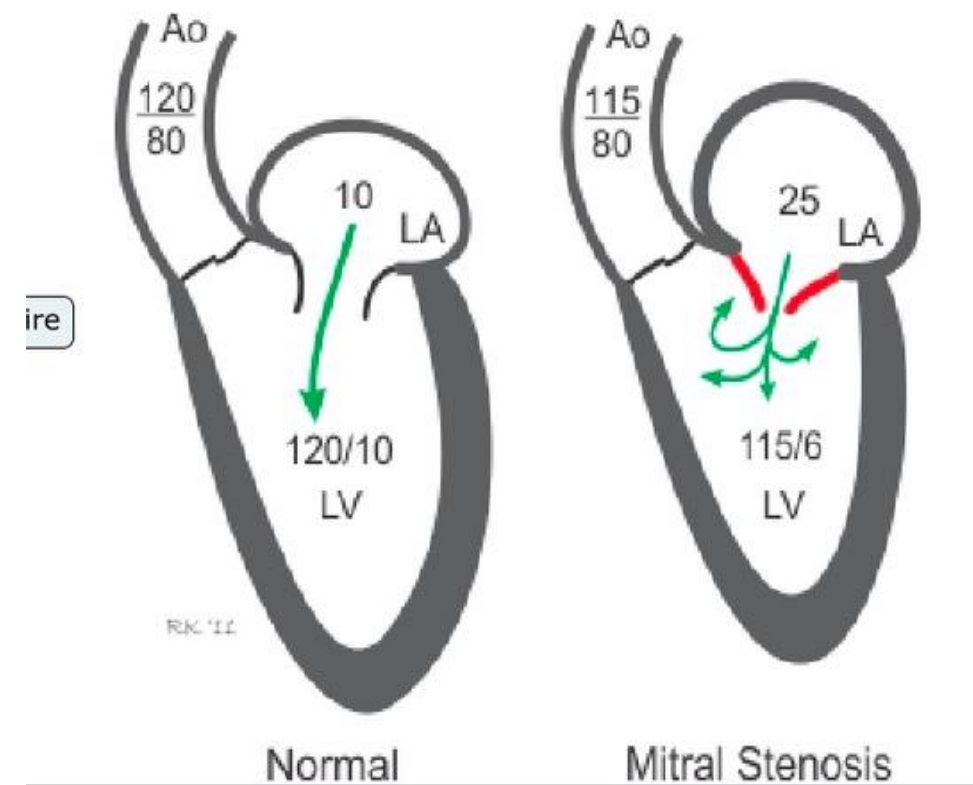
Sténose mitrale

Optimiser le remplissage VG :

- Maintenir FC
- Eviter tachycardie ++
- Maintenir la précharge : Remplissage prudent (/!\ OAP)

Maintenir éjection VG et fonction VD :

- Eviter inotropisme négatif
- Eviter hypotension
- Eviter HTAP



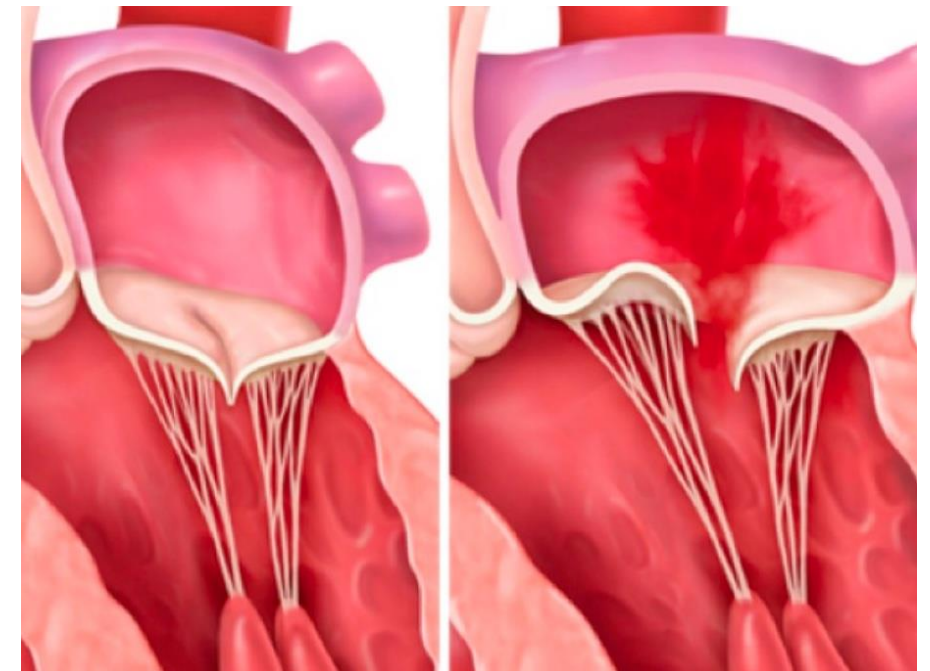
Fuite mitrale

Diminuer le volume régurgité :

- Maintenir FC voir légère tachycardie
- Eviter bradycardie ++
- Baisser la postcharge VG

Maintenir éjection VG et fonction VD :

- Maintenir Qc : baisse postcharge
- Eviter inotropisme négatif
- Remplissage prudent éventuellement (écho)



Malformations associées

Prise en charge plus complexe :

- Shunt : CIA, CIV
- Sténose pulmonaire ou aortique
- Cavités restrictives ou très dilatées

Stratégie de préservation des axes vasculaires +++

CEC

Hypervolémie :

- Ultra Filtration
- Epargne transfusionnelle

Protection myocardique : Clampage long (/!\ Hypertrophie)

Sevrage de la CEC : Inotropes

- Fonction ventriculaire préop
- Temps de clampage : Plastie complexe, malformation associée
- Fuite ou sténose résiduelle ++

Mesures :

- POG : Optimiser précharge
- PAP : HTAP

ETO : Indispensable

- Réparation : Fuite ou sténose résiduelle : reclampage ?
- Fonction VG-VD

En réanimation

Bas débit cardiaque :

- Fuites mitrales ++ (postcharge majorée)
- Maintenir POG élevée (évaluer en préop)
- Si POG trop élevée = HTAP

Evaluation échographique :

- Lésions associées
- Fuites résiduelles

HTAP :

- Après sténose mitrale ++
- NOi

En réanimation

Anticoagulation sur valve mécanique :

- Efficace le plus tôt possible
- Hémostase chirurgicale et biologique parfaite
- Complicqué si saignement postopératoire

Fuite ou sténose persistante : PRONOSTIC

- Anticipée ++ : ETO, mesure POG, Gd transmitral
- Reprise chirurgicale

Maladie d'Ebstein

Maladie d'Ebstein

Partie fonctionnelle du VD = au delà de la tricuspide

VD « atrialisé », restrictif, dilaté

OD très dilatée

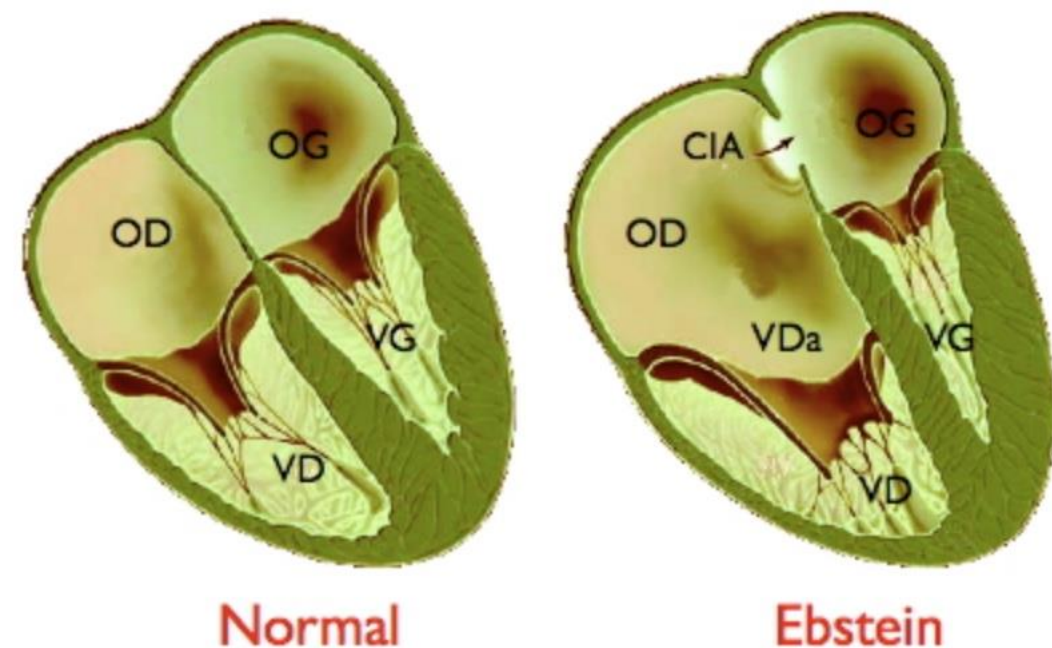
Tricuspide : fuyante, sténosante, ou les 2

Lésions associées :

- CIA (> 50% des cas)
- Sténose ou atrésie pulmonaire
- Canal artériel
- Transposition corrigée

Troubles du rythme : Pré-excitation

- Faisceaux accessoires
- WPW



Physiopathologie

La fuite tricuspide et VD restrictif entraînent :

- Dilatation OD
- Shunt D-G par la CIA : Cyanose
- Dilatation OD-VD gênant le remplissage VG
- Hypodébit pulmonaire (forme néonatale)

Deux formes

Forme néonatale :

- Tableau d'hypodébit pulmonaire : Cyanose, défaillance cardiaque
 - Ductodépendance
- ⇒ Intubation ventilation, NOi, Prostine, inotropes
- ⇒ Réparation Bi / Univentriculaire



Forme chez l'enfant plus âgé :

- Dyspnée aggravative
 - Défaillance cardiaque
 - Troubles du rythme
- => Plastie ou remplacement de valve

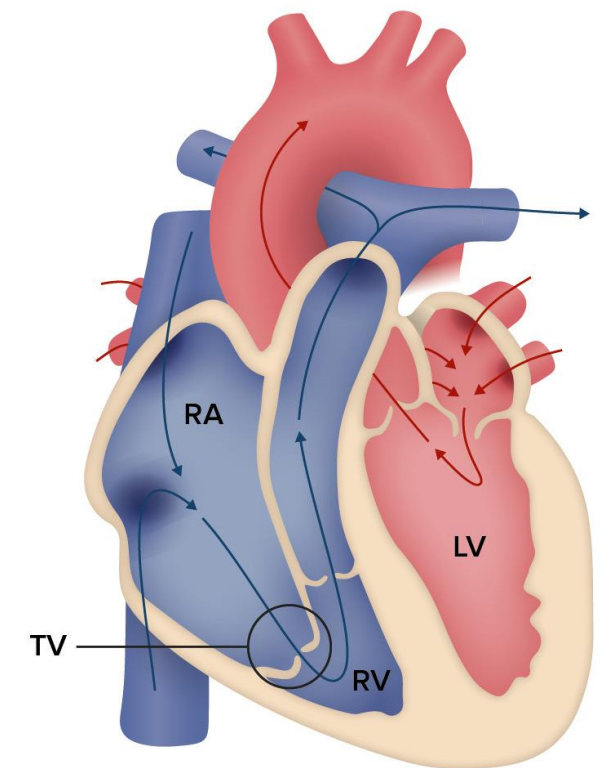


Anesthésie

Optimisation du remplissage VD et diminution de la fuite :

- Maintenir la précharge
- Ne pas augmenter les RVP
- Eviter la tachycardie

Maintenir la contractilité VG



Attention aux KT centraux :
Excitabilité +++



Anesthésie

Monitoring fonction VD et débit cardiaque :

- SvO₂, NIRS
- PVC
- ETO

Selon le type de réparation :

- Anastomose systémico-pulmonaire
- DCP
- Plastie tricuspide
- Remplacement valvulaire tricuspide

Réanimation

Après ASP :

- Si trop proximale : risque augmentation fuite pulmonaire et tricuspide

Après plastie :

- Fuite résiduelle : ETO
- Défaillance VD : Lévosimendan, Milrinone, adré
- Optimisation VD :
 - => Baisser post charge VD : NOi
 - => Favoriser remplissage : Bradycardie
- VD restrictif : Défaillance rénale congestive
- CIA de décharge : Cyanose résiduelle
- Troubles du rythme

Conclusion

Comprendre la physiopathologie

Conséquences ventriculaires de la réparation
VD restrictif

Pronostic = Qualité de la réparation