

Anesthésie et réanimation

CIA

RVPA partiel

CAV partiel

DIU Réanimation des cardiopathies congénitales

Dr A. de Boislambert

Hôpital Haut Lévèque CHU Bordeaux

Cardiopathies congénitales à score Aristotle bas

Objectif de résultat :

- Courte durée de réanimation
- Réhabilitation précoce
- Pas de transfusion
- Faible morbi-mortalité

Patients concernés

Cardiopathies bien tolérées :

- Poids > 10kg
- Age > 1 an

Cardiopathies mal tolérées :

- Poids < 10 Kg - Retard staturo-pondéral
- Age < 1 an

Cardiopathies vieillies :

- Age > 15 ans

Epargne transfusionnelle

Transfusion autologue différée :

- Idéale mais difficile à réaliser

Optimisation préopératoire de l'hématocrite :

- Consultation d'anesthésie précoce
- Prescription Fer + EPO +/- Foldine
- Intérêt d'un protocole

Monitorage peropératoire

Monitorage classique pour une CEC :

- KT artériel, VVP
- VVC à gauche pour ne pas gêner ?
- SpO₂, GDS
- BIS, NIRS
- ETO

Attention aux cardiopathies vieillies :

- QP/QS >>1 : Bas débit postopératoire, HTAP
- Discuter KTC SvO₂

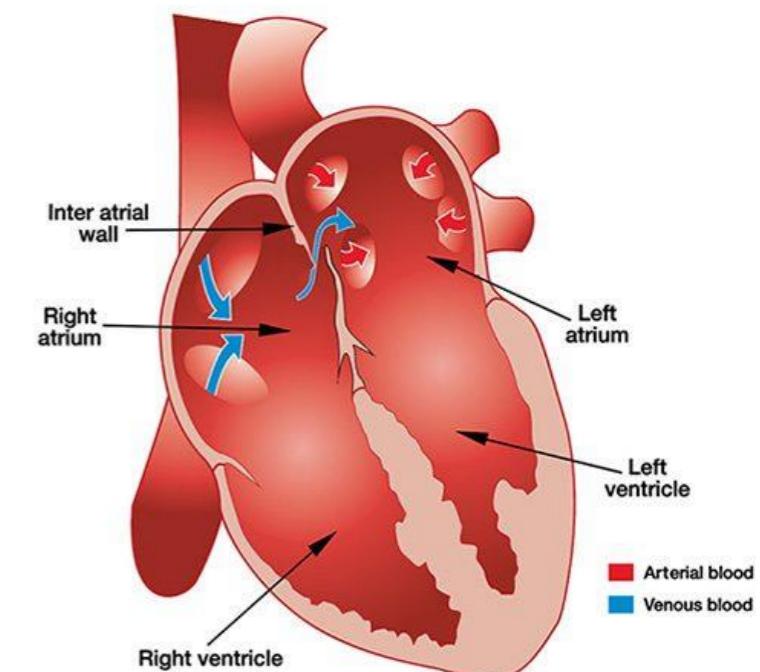
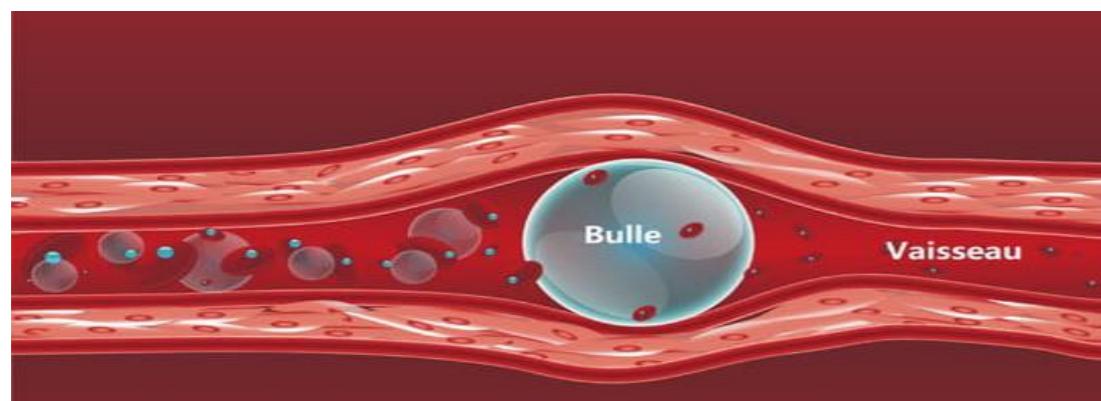
Induction anesthésique

Ne pas majorer le shunt : RVP hautes – RVS basses

- **FiO₂ basse**
- **Eviter hyperventilation**

Attention à l'embolie paradoxale :

- **Purge parfaite de tous les cathéters**



Epargne transfusionnelle

Limiter la perte sanguine :

- Récupération sanguine peropératoire : **Cell Saver®**
- **Antifibrinolytiques**
- **Normothermie**

CEC en hémodilution totale :

- **Priming « blanc »**
- **Limitation du volume** de priming (longueur des tubulure, volume du réservoir...)
- Possible à partir d'environ **15kg selon hématocrite initiale** : Intérêt préparation ++
- Eviter remplissage pré-CEC
- **Hémofiltration**

Rétropriming : Déroulement

Ligne veineuse :

- Connection de la ligne veineuse
- Déclampage
- Récupération du sang dans le circuit
- Remplissage lent du circuit



Ligne artérielle :

- Non raccordée à la canule aortique
- Récupération du priming blanc dans une cupule
- Connexion à la canule aortique
- Départ en CEC



Rétropriming : Surveillance

Equivalent à un choc hémorragique :

- Variations **FC, PA, SaO₂, NIRS** : Tolérance < 20%
- Au mieux : retour du sang à la ligne artérielle
- **Vasoconstriction** réactionnelle

Possible en pédiatrie :

- > **8kg**
- Eviter les pathologies d'obstacle : Sténose, Fallot...
- De préférence patient avec **volémie élevée**

Sortie de CEC

Souvent simple :

- Titrer le remplissage mais intérêt de redonner tout le circuit de CEC
- Milrinone volontiers sur VD dilaté
- Thérapeutiques adaptées si HTAP
- Paramètres physio : Ca++, T°, Hb

ETO :

- Shunt résiduel
- Fonction VD et VG
- Bulles

Objectif = Fast tracking

Vérifications fondamentales en réanimation :

- **ETT** : Shunt résiduel, HTAP, Fonction
- **RP**
- **Bilan**
- Absence de **saignement**

EXTUBATION PRECOCE

Réhabilitation précoce :

- Reprise **alimentaire**
- Ablation des **drains**
- **Fauteuil**
- **Sortie** de réanimation

Complications : Embolie gazeuse

Risque majoré par le shunt auriculaire :

- Purge parfaite
- Intérêt des NIRS +/- BIS
- Réveil et évaluation neuro rapide

Risque majoré par la thoracotomie :

- Bénéfice/risque à discuter
- Raison esthétique / Risque neurologique
- Information complète ++

Complications

Dysfonction du nœud sino-auriculaire :

- Traumatisme / Ischémie
- CIA Sinus Veinosus ++

Dysfonction Ventriculaire gauche ou droite :

- Cardiopathie vieillie ++
- HTAP - Dilatation VD chronique
- CAVp : Pronostic sur valve mitrale

HTAP :

- Cardiopathies vieillies
- Rare en pédiatrie

Complications

Shunt résiduel :

- Patch peu commun (VCS gauche)
- ETO/ETT précoce ++

Obstruction veineuse :

- Syndrome cave sup
- Veine pulmonaire droite

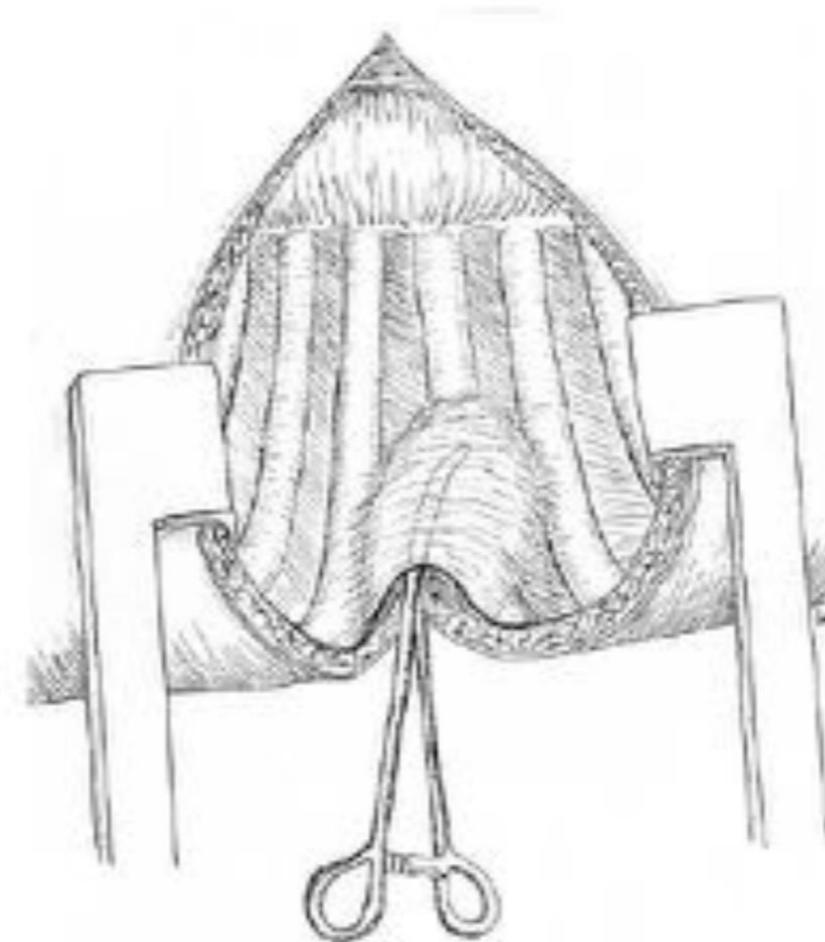
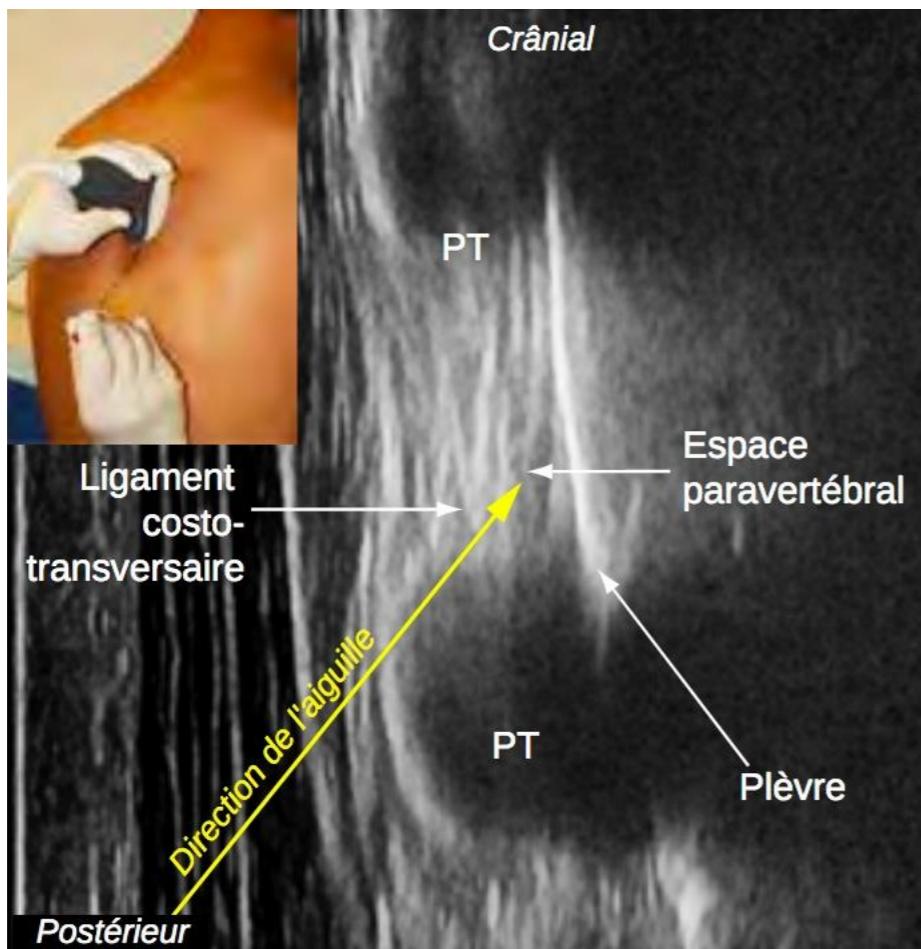
Commun à toute CEC :

- Hémorragie - Tamponade
- BAV (CIA OP) : risque faible mais ne pas s'affranchir des électrodes

Analgésie postopératoire

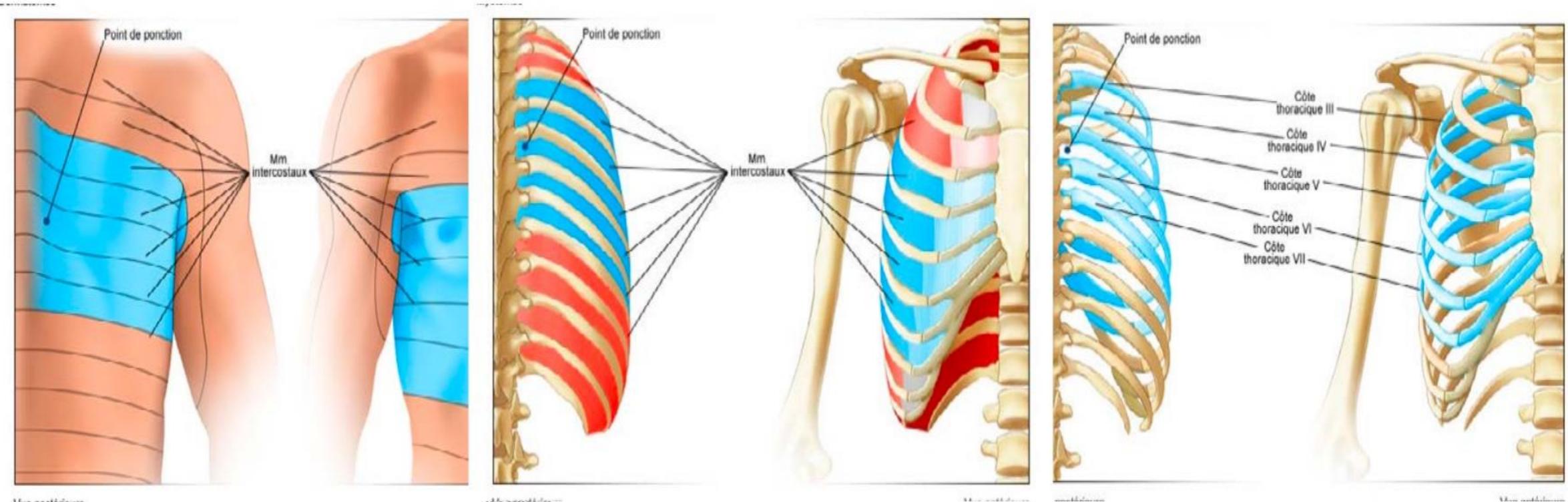
Thoracotomie : Bloc paravertébral

- Ropivacaine 0,2 % : 0,2 mL/kg/h



Analgésie postopératoire

Thoracotomie : Bloc paravertébral



Dermatome

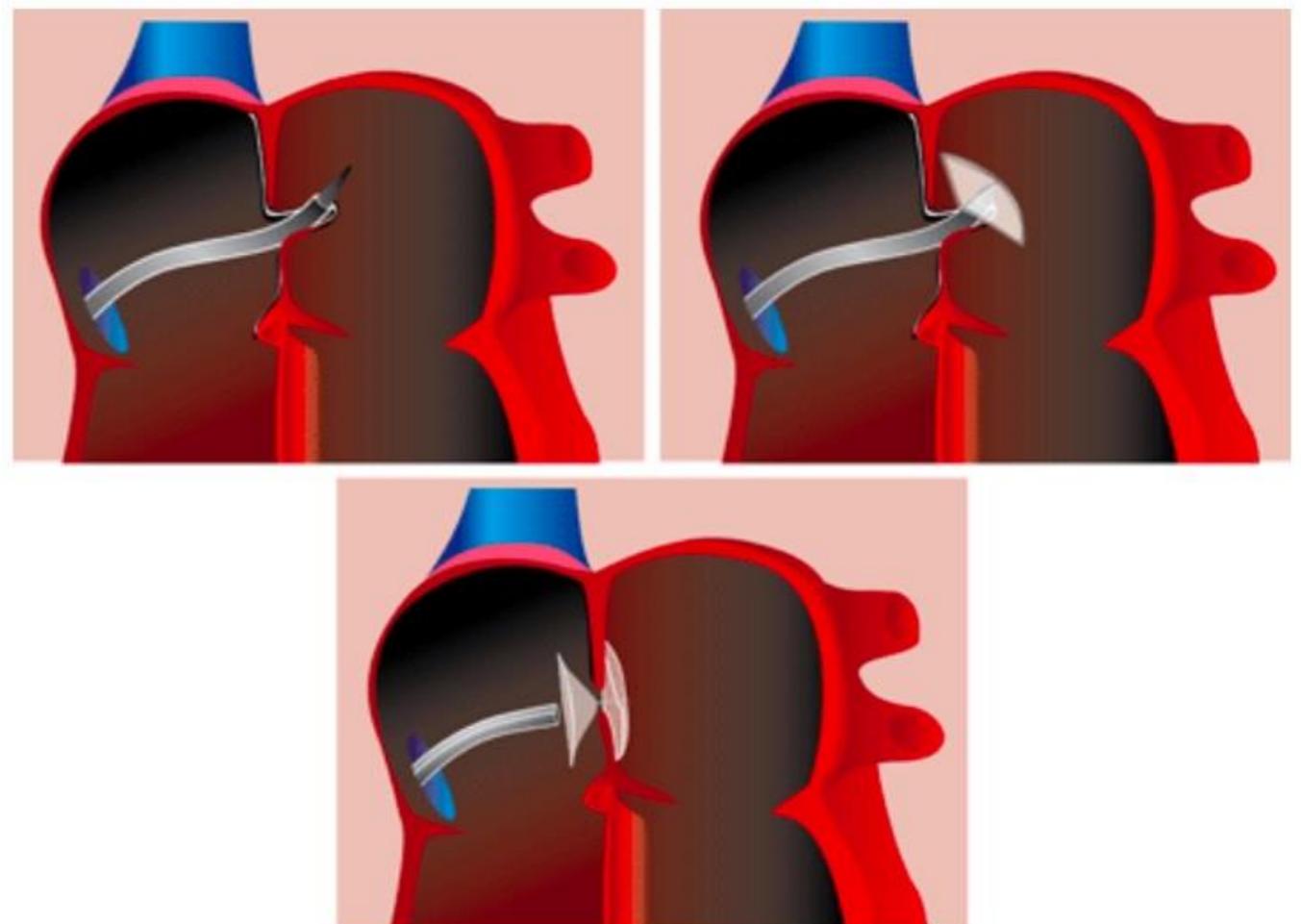
Myotome

Sclérotome

KT interventionnel

Fermeture de FOP ou CIA par KT :

- Abord fémoral
- Guidée par ETO
- Anesthésie simple



Conclusion

Anesthésie d'un shunt gauche - droit

Peu de complications : Obligation de résultat

Risque embolie gazeuse : information complète

Objectifs :

- Optimisation pré-opératoire
- Fast-track
- Pas de transfusion