

Anesthésie-Réanimation Tronc Artériel Commun

Dr Pierre LAVEDAN
Service de Réanimation des Cardiopathies Congénitales
CHU de Bordeaux

Physiopathologie

Mixing des deux circulations obligatoire – Mixing à haut débit

Nouveau-né

- RVP élevées
- Limitation du Shunt G-Dt



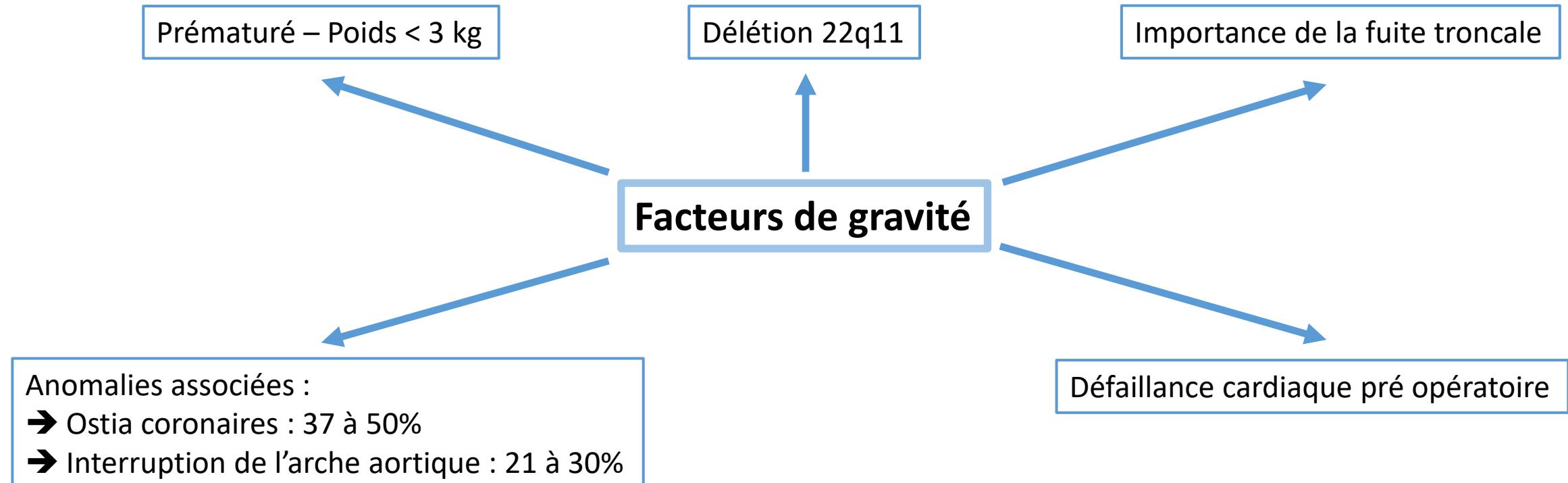
Après 2 – 3 semaines

- Baisse des RVP
- Augmentation du shunt G-Dt :
 - Hyperdébit pulmonaire
 - Insuffisance cardiaque
- Si fuite de la valve troncale :
 - Risque ischémique



Importance du timing opératoire
Intervention avant déséquilibre Qp/Qs

Tronc Artériel Commun: Morbi - Mortalité



Discussion pluridisciplinaire
Eventuelle contre-indication

Anesthésie

Age moyen : 1 mois

Défaillance cardiaque +/- Inotropes

Facteurs de gravité

Syndrome de Di George :
→ Risque hypocalcémie
→ Risque infectieux (Immunosuppression)

Association malformations faciales

Objectif : Contrôle du Shunt G-Dt

Induction Anesthésie : Baisse RVP et RVS

- Normocapnie et FiO₂ limitées
- Contrôle prudent du Qp/Qs



Ouverture sternale : Déséquilibre par baisse RVP

- Amélioration compliance pulmonaire
- Eviter hypocapnie



Eviter stimuli douloureux : Augmentation des RVS

- Augmentation de la fuite troncale
- Peut précipiter le départ en CEC et le clampage Aortique



Limiter le débit pulmonaire en pré opératoire

Temps opératoires

Départ en CEC progressif et Clampage AP

Clampage aortique et Cardioplégie

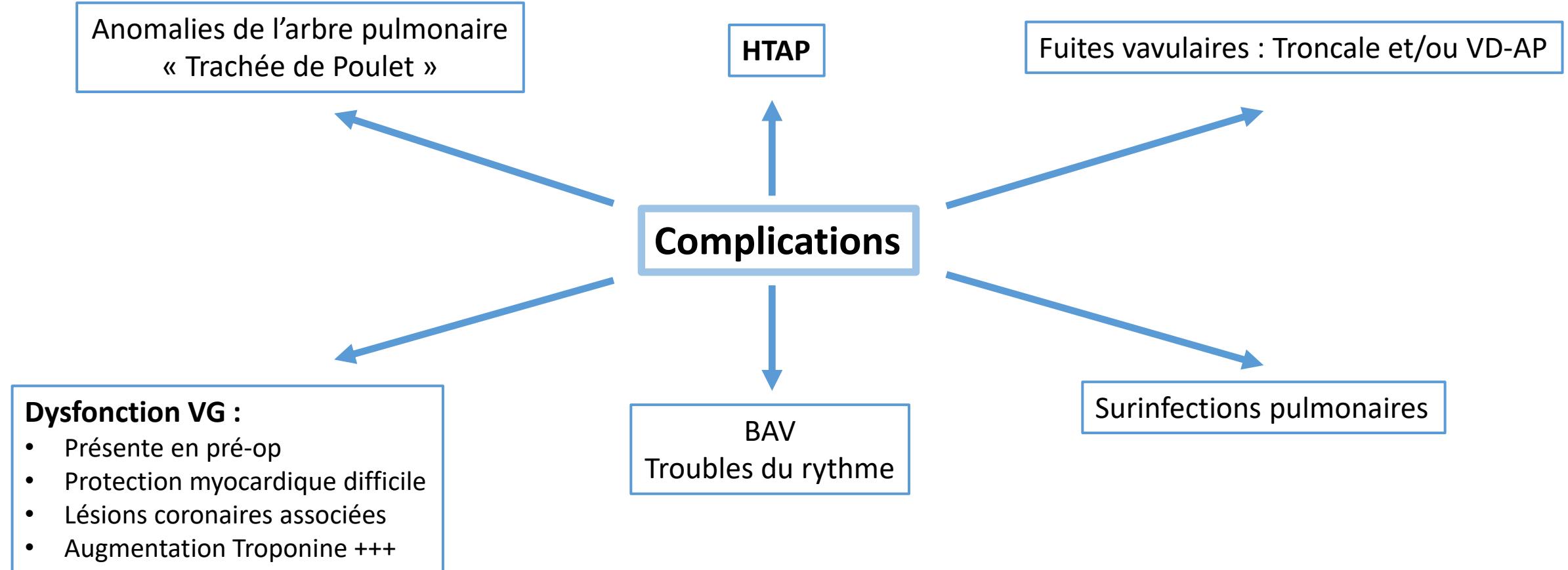
CEC prolongée +++ en **normothermie** (sauf IAAo associée)

Sevrage CEC

- Monitoring recommandé +++ :
 - KTAP (ou VD) SVO₂
 - KTOG
- Support inotope nécessaire
- Evaluation échographique per op +++

Hémostase : Protamine / PPSB / Fibrinogène / CPA

Complications



Réanimation

Stratégie anti-HTAP

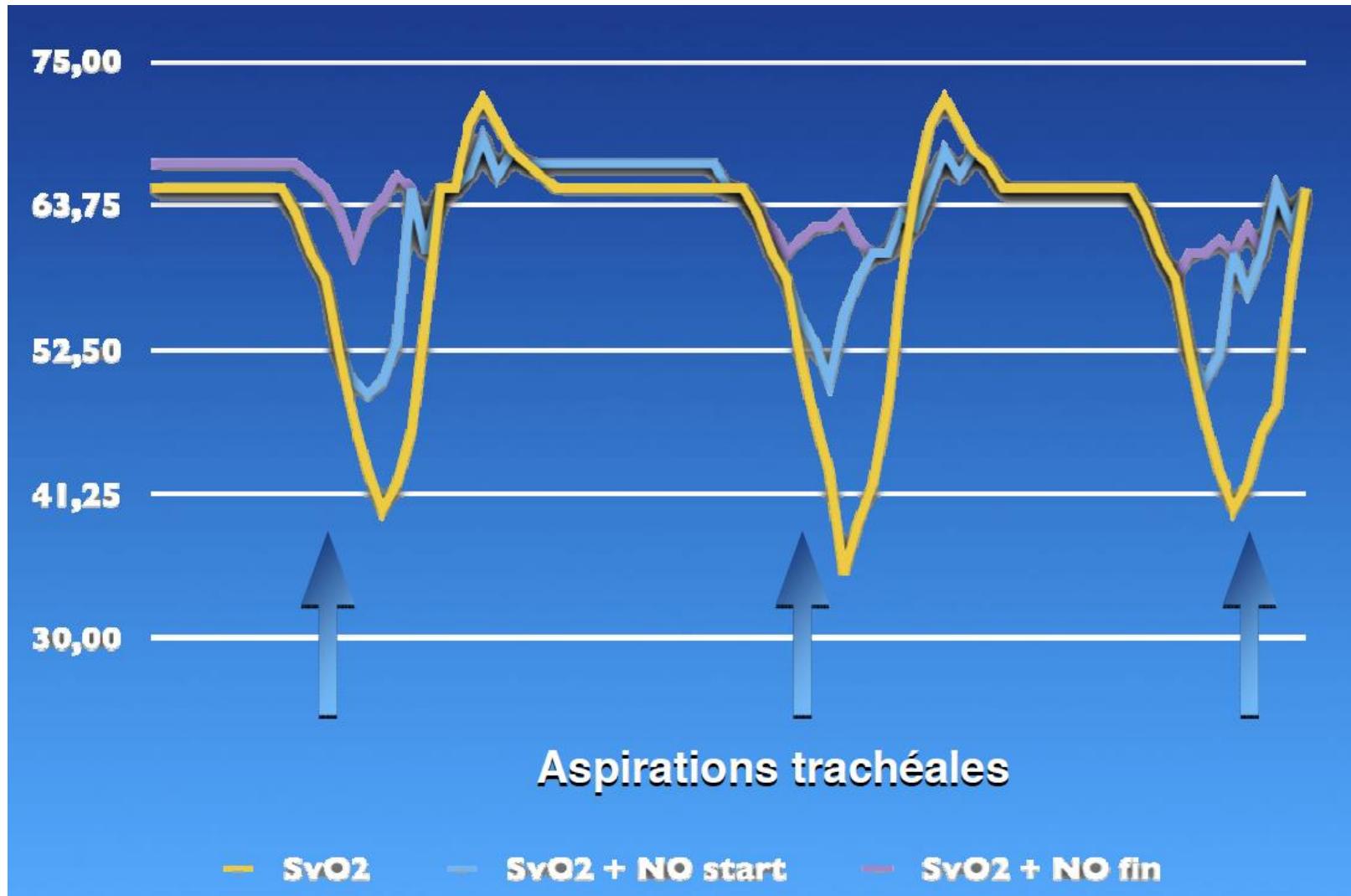
- Recherche de shunt résiduel
- Monitoring +++++ :
 - KTAP SvO₂
 - ETT quotidienne
- Lever de la sédation progressif
- Vasodilatateurs pulmonaires :
 - NO inhalé
 - Sildénafil
 - Tracleer
 - Aérosols d'Iloprost
- Inotropes :
 - Milrinone
 - Levosimendan

Dysfonction ventriculaire

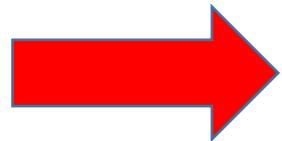
- Inotropes :
 - Adrénaline (max 0,1 – 0,15 µg.kg⁻¹.min⁻¹)
 - Milrinone
 - Levosimendan
- ECMO
 - Si dysfonction VG et HTAP +++
- Fuite pulmonaire sur tube non valvé
- Fuite de la valve troncale

Profil SvO_2 pendant les crises d'HTAP

Effet du NOi

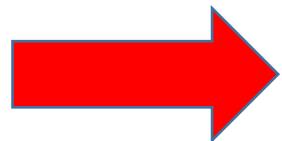


Tronc Artériel Commun: En pratique



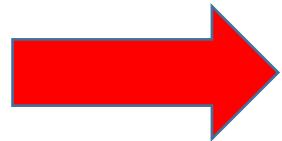
Pré opératoire

Timing opératoire +++ : < 1 mois
Facteurs de Gravité – CI chirurgie



Per opératoire

Démarrage CEC progressive
Monitorage avec KTAP SvO₂ et KTOG +++
Adrénaline / Milrinone / Levosimendan
Hémostase « aggressive »



Réanimation

Prise en charge et monitoring HTAP +++
ECMO si dysfonction VG et HTAP incoercible