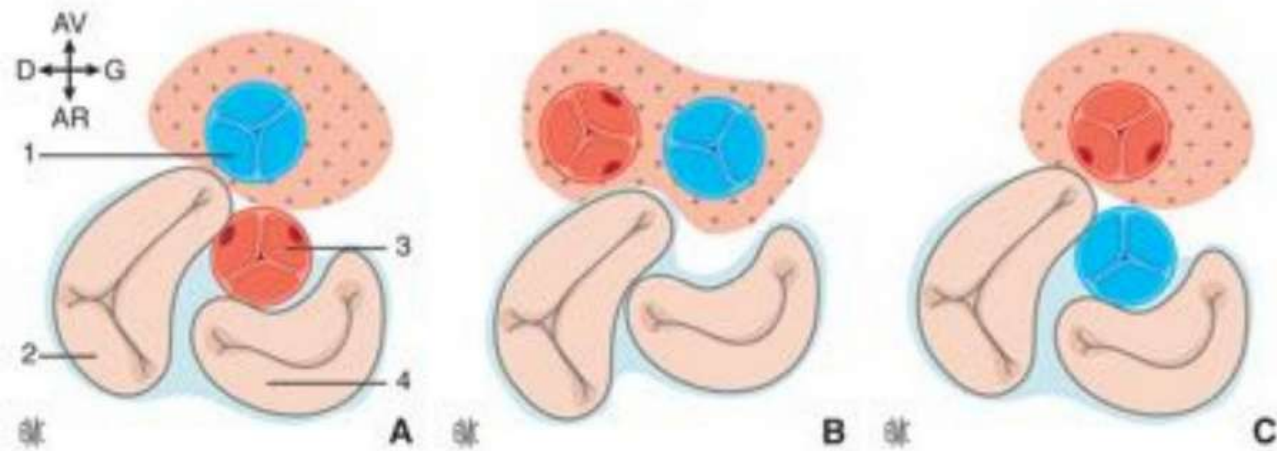


Anesthésie-réanimation des malpositions des gros vaisseaux



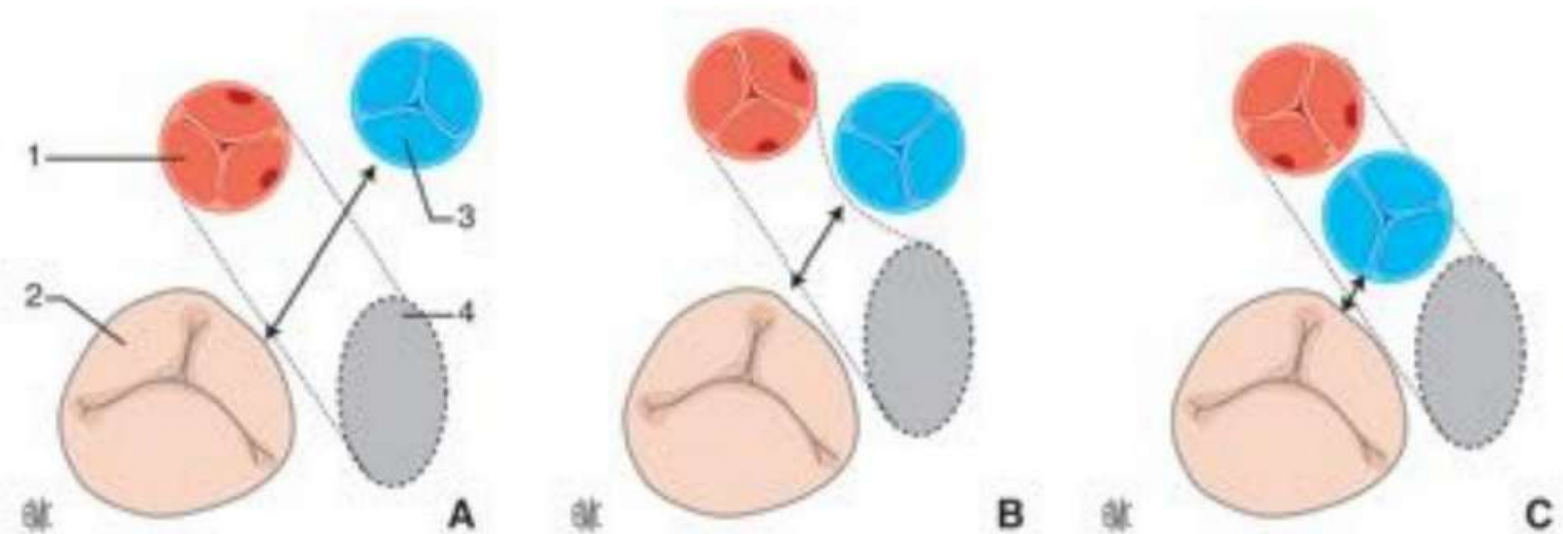
normal

malpositions

transposition

Choix de la chirurgie - 2 éléments de décision:

- Distance tricuspido-pulmonaire ($>$ ou $<$ diamètre Ao)
- État de la voie pulmonaire (libre ou stenosée)



Distance tricuspido- pulmonaire	Voie pulmonaire libre	Voie pulmonaire stenosée
> diamètre Ao	Intra-ventricular repair (tunnélisation VG-Ao)	IVR + élargissement de la voie pulmonaire
< diamètre Ao	Tunnélisation VG- AP + switch	Rastelli REV Bex-Nikaïdoh

Distance tricuspido- pulmonaire	Voie pulmonaire libre	Voie pulmonaire stenosée
> diamètre Ao	Intra-ventricular repair (tunnélisation VG-Ao)	IVR + élargissement de la voie pulmonaire
< diamètre Ao	Tunnélisation VG- AP + switch	Rastelli REV Bex-Nikaïdoh

Induction d'anesthésie et CEC

CIV +/- protection pulmonaire

- FiO₂ adaptée
- Précharge

Hypertrophie VD : protection myocardique !

Cyanose et retentissement sur l'hémostase

Redux (capital veineux)

IVR $\pm$ élargissement voie pulmonaire

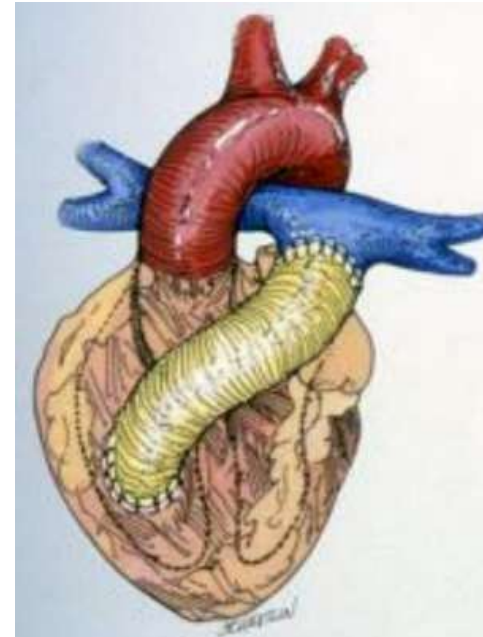
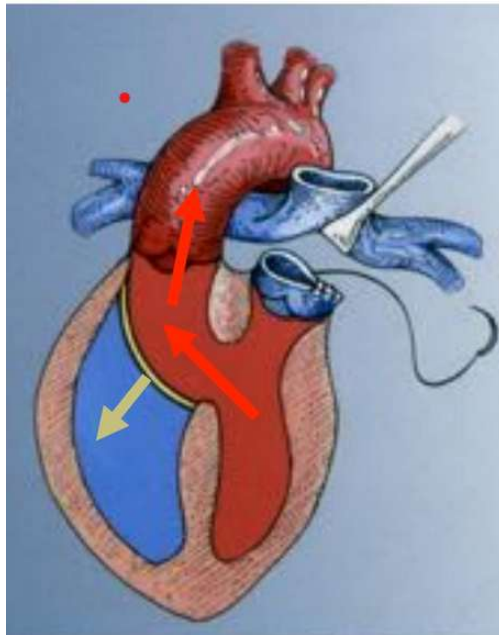
Fin de CEC

Bilan des lésions résiduelles :

- CIV résiduelle
- Obstacle sous-aortique
- Obstacle sous-pulmonaire
- IP
- BAV

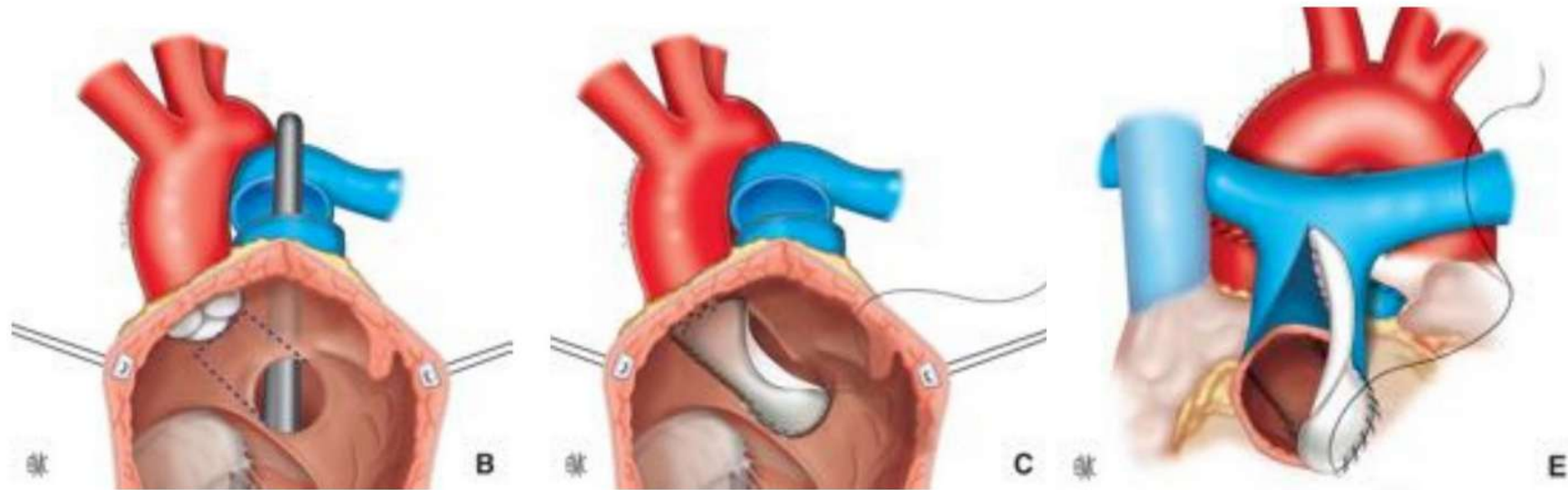
Distance tricuspidopulmonaire	Voie pulmonaire libre	Voie pulmonaire sténosée
> diamètre Ao	Intra-ventricular repair (tunnélisation VG-Ao)	IVR + élargissement de la voie pulmonaire
< diamètre Ao	Tunnélisation VG-AP + switch	Rastelli REV Bex-Nikaïdoh

L'intervention de Rastelli



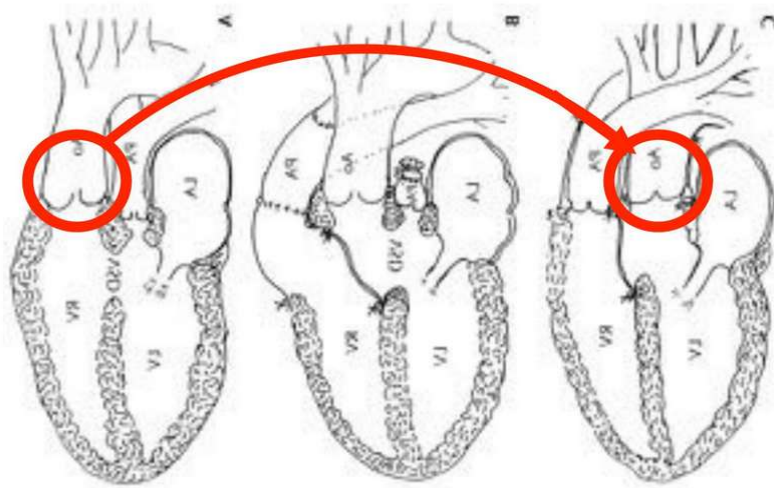
- Risque sténose sous-aortique
- Réduction de la taille VD
- Tube → anticoagulation (anti Xa 0.3U/mL, ATIII > 60%)
→ reprises chirurgicales multiples
- Indication de choix : petites APs ou RVP élevées

La REV

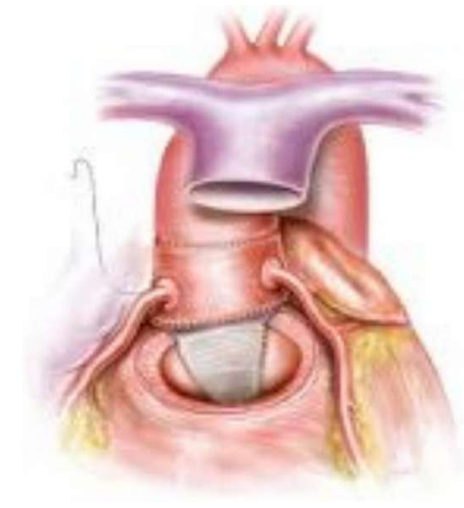
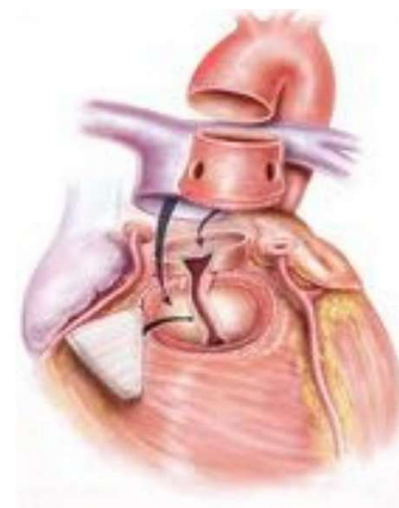


- Moindre risque de sténose sous-aortique
- Réduction de la taille du VD
- Reprise chirurgicale vers l'âge de 25 ans (50%)
- Il s'agit de la chirurgie de choix

L'intervention de Bex Nikaidoh



(REV)



- Pas de risque de sténose sous-aortique
- Pas de réduction de la taille VD
- Intervention complexe ++, réimplantation des coronaires
- Incertitudes quant au devenir de la valve aortique transloquée et des coronaires réimplantées

Fin de CEC

Hémostase +++

Bilan des lésions résiduelles :

- CIV résiduelle
- Obstacle sous-aortique
- Obstacle sous-pulmonaire
- IP
- BAV

CIV résiduelle :

- FiO₂
- Ht
- Fermeture chirurgicale

Obstacle sous-aortique

- Respecter la précharge
- **Respecter la postcharge**
- RS, éviter la tachycardie
- Faible dose de catécholamines
- Parfois Bbloquants

Obstacle sous-pulmonaire

- vasodilatateurs pulmonaires
- Précharge +++
- évaluer la tolérance -> reprise chirurgicale

IP

- Vasodilatateurs pulmonaires ++

BAV

- Solution chirurgicale

Syndrome inflammatoire

- proportionnel avec la quantité de matériel (patch de péricarde équin tanné, tubes) et la durée de la chirurgie
- intérêt des corticoïdes à dose anti-inflammatoire
- SIRS +++, intérêt de la noradrénaline

Dysfonction systolo-diastolique

- Clampage aortique long
- Ventriculotomie dte
- Réduction de la taille du VD

-> ino-dilatateurs

-> vasodilatateurs pulmonaires +

-> +/- noradrénaline si vasoplégie en présence d'une sténose sous-aortique (sdr inflammatoire)

- Le monitoring de la troponine postop a peu d'intérêt
- monitoring BNP +

Conclusions

Bien connaître la forma anatomique , le type de réparation et ses risques

Adapter la prise en charge en fonction du bilan anatomique postop

Prévenir/traiter le syndrome inflammatoire et les problèmes d'hémostase