

Anesthésie et réanimation des APS0

Mirela Bojan

APSO, la réparation dépend de la forme anatomique

En période néonatale :

APSO A-B: ouverture VD-AP / ASP

APSO C : rien

Nourrisson :

APSO A-B: cure complète avec fermeture de la CIV + reconstruction VD-AP

APSO B-C : réhabilitation de l'arbre pulmonaire , unifocalisation MAPCAs

APSO B-C à tout âge : réhabilitation de l'arbre pulmonaire / embolisation MAPCAs

- Avec / sans CEC
- Sternotomie / thoracotomie
- Tout âge
- Préservation du capital veineux

APSO type A-B

Palliation / période néonatale

- Qp ducto-dépendent -> ouverture VD-AP / ASP
- La CIV reste ouverte, pression VD isosystémique, assure la croissance des APs en cas d'ouverture VD-AP
- La gestion postopératoire dépend du débit à travers la communication VD-AP / ASP
 - RVP toujours un peu élevée après CEC + effet de l'hématocrite, pH, ventilation
 - le débit à travers une ASP est variable
 - il y a toujours un peu d'hyperdébit pulmonaire à travers une ouverture VD-AP pour APSO si l'arbre pulmonaire est bien développé (car la CIV reste ouverte)
 - fuite pulmonaire obligatoire après ouverture VD-AP + ventriculotomie responsables d'une IVD postop

APSO type A-B

Cure complète / nourrisson

Gestion idem Fallot irrégulier avec anneau pulmonaire fendu

- CEC :
 - Ré-oxygénation contrôlée
 - Retour veineux pulmonaire important
- Dysfonction VD due à la ventriculotomie
- IP ++ favorisée par un petit arbre pulmonaire et des RVP élevées en post-CEC
- **Si nombreuses MAPCAs -> éviter les vasodilatateurs pulmonaires, voire embolisation postop**

APSO type B-C = hypoplasie de l'arbre pulmonaire + problèmes liés aux MAPCAs

- Bronchomalacie / compression -> troubles ventilatoires, shunt intrapulmonaire
- Hémoptysies -> embolisation
- En cas d'abord thoracique : ↓ CRF / atélectasies
douleurs
- En cas d'hyperdébit du aux MAPCAs ventiler avec une PEEP élevée