

Recommandations pour l'évaluation des patients devant avoir u

MALADIES CARDIAQUES CONNUES : MALAD

En 2022, la Société européenne de cardiologie (ESC) a émis de nouvelles recommandations pour l'évaluation et la prise en charge cardiovasculaire des patients devant avoir une chirurgie non-cardiaque.

Ce domaine a de fortes implications médico-légales nécessitant tout à la fois une trace écrite des justifications des décisions prises et que l'information concernant ces décisions circule rapidement et efficacement entre tous les acteurs de la prise en charge.

Cet article est consacré aux recommandations concernant certains traitements utilisés ou utilisables chez les patients ayant des maladies cardiovasculaires.

Dans ces recommandations, les auteurs proposent des modalités de prise en charge des patients ayant une maladie cardiaque assez classiques. Elles paraissent toutefois plus guidées par le consensus plutôt que par les niveaux de preuves. Il en est ainsi, par exemple, de la proposition de revascularisation coronaire préalablement à la chirurgie alors qu'aucun essai thérapeutique contrôlé ne soutient cette attitude.

Dès lors, les auteurs la proposent en cas d'ischémie importante (sans en préciser le degré), de symptômes réfractaires, mais n'est-ce pas ce qu'il faut proposer même en l'absence de chirurgie non cardiaque (CNC) programmée, ou de lésion du tronc commun coronaire gauche voire d'atteinte multitrunculaire (sténoses de plus de 70 % sur les trois artères coronaires épicaardiques) et ce, tout en reconnaissant que l'étude **ISCHEMIA** n'a pas montré de bénéfice précoce de la revascularisation coronaire par rapport au traitement pharmacologique.

Ainsi, très peu de recommandations ont un niveau de preuve A et toutes les recommandations concernant les valvulopathies ont un niveau de preuve C, ce qui rend compte du faible nombre de données fiables sur le sujet.

Plus encore, les quelques rares recommandations de niveau de preuve A semblent plus tenir de modèles théoriques que de résultats

d'essais thérapeutiques contrôlés spécifiquement conduits dans le contexte peropératoire. Qu'on en juge :

■ Si une angioplastie coronaire est indiquée avant une chirurgie non cardiaque (CNC), l'utilisation d'un stent actif de dernière génération est recommandée plutôt qu'un stent nu ou que l'utilisation du ballonnet seul (I, A).

■ Si la CNC peut être différée avec suffisamment de sécurité (c'est-à-dire d'au moins 3 mois), il est recommandé que les patients ayant un syndrome coronaire aigu (SCA) devant avoir une CNC programmée soient traités selon les règles des recommandations spécifiques aux SCA (I, A).

■ Il est recommandé que les patients ayant une insuffisance cardiaque et devant avoir une CNC reçoivent le traitement médical optimal selon les règles des recommandations ESC spécifiques (I, A).

MALADIE CORONAIRE

Ici ne sera abordée que la chirurgie non cardiaque (CNC) programmée.

Chez les patients ayant un syndrome coronaire aigu (SCA) et devant avoir une CNC programmée, la prise en charge du SCA doit être celle proposée dans les recommandations spécifiques. Toutefois dans le contexte d'une CNC programmée, il est proposé de ne traiter que la lésion coronaire coupable avec la CNC.

Il est aussi proposé, lorsque cela est possible de différer de trois mois la CNC programmée. Chez les patients ayant un syndrome coronaire chronique, le risque périopératoire en

cas de CNC programmée dépend du risque CV de base, du type de chirurgie et des comorbidités.

Par principe, l'objectif de la revascularisation coronaire est de diminuer l'ischémie myocardique périopératoire, pouvant conduire à un infarctus du myocarde, une instabilité hémodynamique et des troubles du rythme. La revascularisation coronaire de routine avant une CNC est à proscrire (III, B).

Les auteurs des recommandations reconnaissent qu'il y a peu d'essais thérapeutiques contrôlés ayant évalué l'utilité d'une revascularisation coronaire préalablement à une CNC et leurs résultats ne sont pas en faveur d'un bénéfice clinique, mais ces études ont exclu les patients ayant une lésion du tronc commun coronaire gauche et n'ont compris que peu de patients multitrunculaires.

Aussi, ils indiquent que l'absence de preuves de bénéfice d'une revascularisation coronaire préventive ne dispense pas d'une évaluation préopératoire du risque en cas d'ischémie myocardique significative.

En cas d'ischémie significative, le scanner coronaire est envisagé comme un examen utile pour diagnostiquer une sténose du tronc commun coronaire gauche ou une atteinte pluritrunculaire.

Les auteurs proposent qu'une revascularisation coronaire préalable à la chirurgie ne soit envisagée qu'en cas de territoire ischémique ventriculaire gauche important ou de symptômes réfractaires et qu'en dehors de ces situations, la CNC puisse être envisagée sous couvert du traitement pharmacologique de la maladie coronaire.

et la prise en charge cardiovasculaire ne chirurgie non-cardiaque

IE CORONAIRE, INSUFFISANCE CARDIAQUE



Depositphotos - Rembert

En cas de revascularisation coronaire, le choix entre chirurgie de pontage et angioplastie doit suivre les recommandations de la maladie coronaire, tenant compte de l'anatomie coronaire et de l'existence d'un diabète. En cas d'angioplastie, l'utilisation d'un stent actif de dernière génération est recommandée.

INSUFFISANCE CARDIAQUE

L'existence d'une insuffisance cardiaque est un facteur de risque puissant de mortalité périopératoire en cas de CNC. L'ampleur du risque dépend de la fraction d'éjection ventriculaire gauche (FEVG), le risque étant d'autant plus grand que la FEVG est réduite, de l'état hémodynamique et de la présence de symptômes.

De ce fait, il n'est pas recommandé d'effectuer une CNC chez des patients ayant une insuffisance cardiaque non compensée.

En cas d'insuffisance cardiaque, il est utile de disposer des résultats d'une échocardiographie datant de moins de 6 mois et d'un dosage du NT-proBNP.

Afin de réduire le risque de décompensation

cardiaque aiguë périopératoire, le traitement de l'insuffisance cardiaque doit être optimal, c'est-à-dire tel que proposé dans les recommandations spécifiques. Ce traitement doit être maintenu pendant la période périopératoire.

Lors de la chirurgie, la gestion des apports en fluides et de l'hémodynamique devra être adaptée, avec notamment des moyens de surveillance dérivés de l'analyse de la courbe de pression artérielle tels l'évaluation du débit cardiaque, la variation de la pression pulsée et du volume VG éjecté. Dans certains cas, des moyens plus invasifs peuvent être envisagés tels un cathétérisme cardiaque droit ou une échocardiographie transoesophagienne.

Si le patient a un dispositif de resynchronisation cardiaque, celui doit être en activité pendant la période périopératoire.

CARDIOMYOPATHIE HYPERTROPHIQUE OBSTRUCTIVE

Les patients ayant une cardiomyopathie hypertrophique obstructive (CMH-O) ont

un risque augmenté de complications périopératoires. Il est recommandé de disposer préalablement à la CNC des résultats d'une échocardiographie quantifiant l'hypertrophie, l'obstruction et la fonction diastolique.

Chez ces patients, il faudra éviter un jeûne préopératoire prolongé et une déshydratation afin de maintenir un volume éjecté suffisant et de ne pas majorer l'obstruction. Il faudra éviter les anesthésiques vasodilatateurs et maintenir une balance volumique stable durant l'intervention.

La fréquence cardiaque devra être maintenue entre 60 et 65 par minute, la fibrillation atriale prévenue et les traitements de l'obstruction maintenus.

RÉTRÉCISSEMENT VALVULAIRE AORTIQUE

Le risque périopératoire associé au rétrécissement valvulaire aortique (RVA) dépend de l'existence de symptômes, de l'importance du rétrécissement valvulaire et d'une maladie cardiaque co-existante (maladie coronaire, altération de la FEVG...).

En cas de critères de sévérité, si la CNC peut être différée, il faut proposer un remplacement valvulaire aortique préalable, dont les modalités (chirurgie ou TAVI) doivent être guidées par les recommandations spécifiques et la préférence du patient.

En cas de critère de sévérité, si la CNC ne peut pas être différée, le TAVI est alors l'option raisonnable et la dilation au ballonnet seule peut aussi être discutée comme option permettant une CNC rapide dans l'attente du remplacement valvulaire aortique.

Les patients asymptomatiques ayant un RVA sévère et une FEVG normale peuvent avoir une CNC de risque cardiovasculaire bas ou intermédiaire avec une sécurité satisfaisante dès lors qu'ils ne sont pas exposés à de fortes variations volumiques. ■