

Recommandations pour l'évaluation et la prise en charge cardiovasculaire des patients devant avoir une chirurgie non-cardiaque

POINTS MAJEURS ET COMMENTAIRES

Points majeurs

Evaluer le risque cardiovasculaire per-opératoire

Pour la réalisation du « bilan pré-op » il ne faut plus recourir aux grilles de risque telle celle de Lee. L'évaluation du risque per-opératoire repose sur deux éléments : la connaissance du risque cardiovasculaire (CV) associé à la chirurgie et la qualification du risque du patient.

Connaître le risque cardiovasculaire propre à la chirurgie

Les auteurs ont qualifié la chirurgie non-cardiaque en 3 niveaux de risque de survenue d'un des 3 événements parmi les décès CV, le infarctus du myocarde ou les AVC dans les 30 jours suivants la chirurgie:

- chirurgie à risque CV faible : moins de 1 % de risque;
 - chirurgie à risque CV intermédiaire : risque compris entre 1 et 5 % ;
 - chirurgie à risque CV élevé : plus de 5 % de risque.
- Le **tableau 1** indique à quelle catégorie de risque appartiennent la plupart des chirurgies non-cardiaques programmées.

Evaluer le risque cardiovasculaire propre au patient

Les données ont été simplifiées en 3 catégories de risque CV concernant les patients :
■ patient à risque CV faible : c'est un patient de moins de 65 ans, quel que soit le sexe,

et sans facteur de risque CV ou maladie CV présente ;
■ patient à risque CV élevé : c'est un patient qui a une maladie CV présente ;
■ patient à risque CV intermédiaire : ce sont tous les autres patients et donc ceux n'ayant pas de maladie CV mais ayant soit au moins 65 ans ou un autre facteur de risque CV. Ainsi, par exemple, un patient diabétique, quel que soit son âge est d'emblée à risque intermédiaire.

Déterminer la stratégie

L'étape suivante consiste à croiser ces deux évaluations dans un tableau pour connaître la stratégie de prise en charge (**tableau 2**).

gatoire ayant éliminé un symptôme et d'un examen clinique ayant éliminé des éléments en faveur d'une maladie cardiaque ou vasculaire ce qui justifierait alors un avis cardiologique. Parmi ces patients, ceux ayant des antécédents familiaux de cardiomyopathie génétique (dilatée, hypertrophique, restrictive, arythmogène...) doivent avoir un bilan cardiologique comprenant un ECG et une échocardiographie ;
■ même en cas de chirurgie à bas risque, dans certaines circonstances, l'avis du cardiologue reste nécessaire sinon indispensable comme par exemple pour les conseils et recommandations pour le maniement des antithrombotiques, comme lorsqu'il y a eu une décompensation cardiaque récente etc.. Le cardiologue doit veiller à ce que l'information et la stratégie qu'il va proposer pour la

à différer la chirurgie jusqu'à ce que l'état du patient soit stable. Il s'agit donc d'états CV instables ou sévères : insuffisance cardiaque en stade NYHA IV, choc cardiogénique, HTAP sévère, ou grande fragilité. Chez ces patients une chirurgie à risque CV spécifique élevé doit être évitée. Dans ces cas, la décision doit être multidisciplinaire, incluant souvent un gériatre mais aussi le patient et ses proches.

Concernant le risque CV propre du patient

Les patients à haut risque CV sont ceux ayant une maladie CV avérée mais une définition stricte n'en est pas fournie. De ce fait, il existe une zone grise comme lorsque l'on tente de différencier prévention primaire et secondaire.

cardiologique (cf **tableau 2**), il est préconisé d'effectuer une évaluation de la capacité fonctionnelle et un dosage de biomarqueurs biologiques : peptides natriurétiques et troponine. Le risque CV est implicitement indiqué comme majoré lorsque la capacité fonctionnelle est inférieure à 4 METs, c'est-à-dire inférieure à un effort assimilé à la montée de 2 étages d'escalier sans s'arrêter, soit, en épreuve d'effort, un effort autour de 40 watts. Concernant les biomarqueurs, des valeurs supérieures à la normale pour l'âge font passer le patient dans une catégorie de risque CV supérieure. De plus, le dosage de la troponine-hs est utile pour disposer d'une valeur de référence afin de pouvoir comparer les valeurs post-opératoires à celle-ci et évaluer la probabilité qu'une valeur élevée en

Tableau 2. Bilan cardiovasculaire pré-opératoire en chirurgie non cardiaque
Quoi? Chez qui? En fonction de quelle chirurgie?

	Patient à faible risque CV = < 65 ans sans facteur de risque ou maladie CV	Patient à risque CV intermédiaire = Au moins 65 ans ou un facteur de risque CV	Patient à risque CV élevé = Maladie CV présente
Chirurgie à bas risque CV	Rien	Rien	Rien
Chirurgie à risque CV intermédiaire	Rien	ECG, biomarqueurs Capacité fonctionnelle	ECG, biomarqueurs Capacité fonctionnelle
Chirurgie à risque CV élevée	Si plus de 45 ans ECG, biomarqueurs	ECG, biomarqueurs Capacité fonctionnelle	ECG, biomarqueurs Capacité fonctionnelle + consultation cardiologique 1 et décision multidisciplinaire

gestion des traitements antithrombotiques doit être argumentée, écrite et plus encore, il doit veiller à ce que cette information circule en temps adapté auprès des différents acteurs de la prise en charge péri-opératoire. Les auteurs indiquent qu'il peut être difficile de contre-indiquer la chirurgie si une intervention est nécessaire, mais que certaines circonstances doivent conduire, si cela paraît possible à contre-indiquer ou tout au moins

Concernant la stratégie

Avant de décider qu'il n'y aura pas de consultation cardiologique spécifique, tous les patients doivent avoir une évaluation de leur risque CV mais aussi un interrogatoire CV sur leurs symptômes et leurs antécédents CV familiaux et avoir un examen clinique CV. Pour tous les autres patients que ceux des quatre catégories ne justifiant pas d'avis

post-opératoire correspondre à un infarctus post-opératoire. Des valeurs anormalement élevées de Nt-poBNP doivent conduire à la réalisation d'une échocardiographie. Chez le patient à risque CV per-opératoire élevé et devant avoir une chirurgie non cardiaque à risque CV élevé, il est préconisé que la prise en charge du risque CV per-opératoire résulte d'une décision multidisciplinaire. ■

Tableau 1. Risque cardiovasculaire en fonction du type d'intervention

Risque cardiovasculaire faible (< 1%)	Risque cardiovasculaire intermédiaire (1 à 5%)	Risque cardiovasculaire élevé (> 5%)
<ul style="list-style-type: none">■ Mammaire■ Dentaire■ Thyroïdienne■ Oculaire■ Gynécologique mineure■ Orthopédique mineure (par ex. ménisectomie)■ Reconstructive■ Superficielle■ Urologique mineure (résection transurétrale de prostate)■ Thoracique vidéo-assistée	<ul style="list-style-type: none">■ Carotide asymptomatique■ Carotide symptomatique (angioplastie)■ Réparation endovasculaire d'anévrisme■ Chirurgie de la tête et du cou■ Chirurgie intrapéritonéale: splénectomie, réparation d'hernie hiatale, cholécystectomie■ Chirurgie neurologique et orthopédique majeure (hanche ou moëlle épinière)■ Angioplastie artérielle périphérique■ Transplantation rénale■ Chirurgie urologique ou gynécologique majeure	<ul style="list-style-type: none">■ Résection surrénalienne■ Chirurgie aortique ou vasculaire majeure■ Chirurgie de carotide symptomatique■ Chirurgie duodéno-pancréatique■ Résection hépatique, chirurgie des voies biliaires■ Œsophagectomie■ Revascularisation chirurgicale des jambes pour ischémie aiguë ou amputation■ Pneumonectomie (par chirurgie ou vidéo-assistée)■ Transplantation hépatique ou pulmonaire■ Chirurgie de perforation intestinale■ Cystectomie totale

Commentaires

Concernant le risque CV de la chirurgie

L'évaluation du risque CV périopératoire reposant sur le type de chirurgie
■ comme les modalités de l'anesthésie peuvent avoir une influence chez les patients à risque intermédiaire et à haut risque CV, il peut être justifier de recourir à une concer-

tation pluridisciplinaire pour définir la stratégie ;
■ il est impératif que la chirurgie envisagée soit indiquée aussi précisément que possible (par exemple : résection de prostate et non pas chirurgie urologique) sur la demande de bilan préopératoire ;
■ la qualification du risque CV de la chirur-

gie est importante (**tableau 1**) car, quel que soit le niveau de risque CV d'un patient, s'il doit avoir une chirurgie qualifiée à bas risque, il n'y a pas nécessité à ce qu'il soit vu par un cardiologue (**tableau 2**) ;
■ toutefois, si un bilan pré-opératoire cardiologique spécifique n'est pas préconisé, cela ne peut l'être qu'au terme d'un interro-