

Question 4 : Stratégies globales multidisciplinaires concernant la prise en charge du coronarien qui doit être opéré d'une chirurgie non cardiaque

Coordinateurs :

J. Machecourt (SFC) - V Piriou (SFAR)

Rédacteurs : J Machecourt, V Piriou, P Albaladejo, E Marret M Elbaz, E Donal, G Derumeaux, C Girard, E Samain

« Cela conduit au concept que la **collaboration** anesthésistes-cardiologues ne doit pas se limiter à la seule **stratégie pré opératoire**, mais doit aussi se poursuivre durant la **phase périopératoire**, puis à distance de l'intervention. En effet le but ultime n'est pas de « passer » le cap de la période opératoire, mais d'assurer l'utilité à distance de la prise en charge (dans le sens de **l'amélioration du pronostic et de la qualité de vie du patient**) ».

Les données sur lesquelles s'appuie l'arbre décisionnel

9 points consécutifs sont à la base de la stratégie de prise en charge préopératoire du patient coronarien, suspecté ou avéré

1 La définition du patient à situation cardiaque évolutive

2 La classification du risque de la chirurgie programmée,

3 L'importance pronostique de l'évaluation de la capacité fonctionnelle du patient.

4 La définition du risque lié au patient

5 L'indication d'un test fonctionnel d'effort dépend en partie du nombre de facteurs de risque du patient

6 Une meilleure connaissance des résultats d'une revascularisation myocardique

7 Place du traitement bêtabloquant en pré opératoire

8 Place des statines

9 Importance de la surveillance multidisciplinaire per et post opératoire



Définition du patient à situation cardiaque évolutive

chez qui toute chirurgie non vitale doit être repoussée, voire contre indiquée

- Les patients qui, au moment de l'évaluation, présentent un **syndrome coronarien aigu ou un angor sévère de classe 3 ou 4** (selon la classification canadienne, voir annexe 1).

La chirurgie réglée est aussi contraindiquée en cas

- **d'insuffisance cardiaque décompensée**,
- de **valvulopathie sévère** (RA avec gradient supérieur à 40 mmHg ou une surface inférieure à 1 cm² .m-2)
- **d'arythmie ventriculaire ou supra ventriculaire** (incluant une fibrillation auriculaire à réponse ventriculaire trop rapide ou une bradycardie excessive).

Risque selon le type de chirurgie

- chirurgie à faible risque (Evt <1%):

Xie superficielle, mammaires, ophtalmologiques, ambulatoire endoscopiques.

- chirurgie à risque intermédiaire (Evt 1-5%)

Xie intra ou rétro-péritonéales, thoraciques, carotidiennes, tête - cou, orthopédique, prostatique à fort potentiel hémorragique

- chirurgie à risque majeur (Evt > 5%)

Xie aortiques, vasculaires majeures, vasculaire périphériques.

Xie de fracture de hanche du sujet âgé

Risque cardiaque périopératoire

=

Risque lié au patient

- Antécédents du patient:
Score de Lee

- Capacité à faire un effort
(réserve fonctionnelle)

Risque lié à la
chirurgie

Score de risque cardiaque de Lee

Calcul du score de Lee classique	Facteur de risque	Calcul du score de Lee clinique
1 point	Chirurgie à haut risque définie par une chirurgie vasculaire suprainguinale, intra thoracique ou intra péritonéale	
1 point	Coronaropathie définie par un antécédent d'infarctus du myocarde, un angor clinique, une utilisation de nitrés, une onde Q sur l'ECG ou un test non invasif de la circulation coronaire positif	1 point
1 point	Insuffisance cardiaque définie par un antécédent d'insuffisance cardiaque congestive, d'œdème pulmonaire, une dyspnée nocturne paroxystique, des crépitants bilatéraux ou un galop B3, ou une redistribution vasculaire radiologique	1 point
1 point	Antécédent d'accident vasculaire cérébral ischémique ou d'accident cérébral ischémique transitoire	1 point
1 point	Diabète <i>sous insulino-thérapie</i>	1 point
1 point	Insuffisance rénale chronique définie par une créatinine > 2,0 mg/dL (177 µmol/L)	1 point

La capacité fonctionnelle

- L'état fonctionnel et les capacités physiques du patient sont de bons **marqueurs pronostiques** de la survenue d'événements cardiaques péri-opératoires et à distance.
- Cette capacité fonctionnelle peut être exprimée en équivalents métaboliques ou **MET**,

 1 MET correspondant à une consommation en oxygène (VO₂) de 3.5 ml/kg/min pour un homme de 40 ans de 70 kg.

Aptitude Physique (Echelle de Dukes)	METs	VO ₂ estimée (ml/kg/min)	Activité physique réalisable sans symptôme	Risque Chirurgical estimé
Excellente	> 10	> 35	Natation Tennis en simple Ski de fond Athlétisme Basketball	Faible
Très bonne à bonne	7-10	24.5 – 35.0	Jouer au tennis en double, au football Danser Gros travaux d'entretien dans la maison Courir sur une courte distance Monter en haut d'une colline Monter 2 étages ou plus Marcher rapidement sur terrain plat	
Modérée	4 - 7	14.0 – 24.5	Monter 2 étage Faire du ménage	
Faible	< 4	< 14	Marcher sur terrain plat à 3-5 km/h Marcher à l'intérieur de son domicile Faire sa toilette, s'habiller, manger	Intermédiaire à élevé
Non évaluable	?	?	Aucune	

Chirurgie Urgente

Chirurgie Non Urgente

Chirurgie à risque intermédiaire ou élevé

Chirurgie à bas risque

Patient stable

Patient instable

Patient stable

Score de Lee clinique
0-1 (vasculaire)
ou 0-2 (non vasculaire)

Score de Lee
≥ 2 (vasculaire)
ou ≥ 3 (non vasculaire)

-Retarder la chirurgie
-Discussion collégiale
-Traitements spécifiques

Capacité fonctionnelle

Bonne

Mauvaise

Tests d'ischémie

- +

-Discuter l'opportunité d'une éventuelle
revascularisation
-Traitement médical optimisé
-Surveillance pré et post-opératoire rapprochée

Chirurgie sans examen complémentaire

Optimisation du traitement médical pré-opératoire



Apports en O₂

Demande en O₂

Hypotension

(remplissage, VC)

Anémie

(Transfusion si Hite < 0.3)

Hypoxie

(oxygène)

Tachycardie

(analgésie, β-)

Tachycardie

(analgésie, β-)

Hypertension

(analgésie, β-)

Frisson

(hypothermie)

Annexe I.- Exemple de fiche de liaison entre l'anesthésiste-réanimateur et le cardiologue

Étiquette du patient : _____ Coordonnées du patient : _____

Date de demande : _____

Nom et téléphone de l'anesthésiste : _____

Antécédents cardiaques connus (préciser et joindre les comptes rendus, cardiologue traitant) :

- Coronaires :
- Autres : RA, autres valves, HTA, FA, antécédents vasculaires...

Présence d'un stent coronaire : Oui Non si oui, détails (type, date, actif ?, correspondant) :

Interrogatoire : Angor : Non Oui Possible
Dyspnée : Non Oui, Stade NYHA : 1 2 3 4
Capacité à l'effort : (le patient peut-il monter 2 étages ?)

Examen clinique : FC TA Autre information utile :

ECG (à joindre) :

Type d'intervention programmée : _____ Date prévue : _____

Chirurgie risque : élevé intermédiaire faible

Motif de l'intervention (oncologie, hémorragie, menace vitale, fracture, fonctionnelle, etc.) :

La chirurgie peut-elle être repoussée ? : Oui Non

Traitement actuel (dont antiagrégants, bêtabloquant, médicaments de l'IC, statines...) :

Si traitement par antiplaquettaire, la chirurgie peut-elle être réalisée sous aspirine et /ou clopidogrel ?

Score de risque (à remplir par l'anesthésiste) :

Score de Lee :	
Chirurgie à haut risque	<input type="checkbox"/>
Cardiopathie ischémique	<input type="checkbox"/>
ATCD AVC/AIT	<input type="checkbox"/>
Diabète	<input type="checkbox"/>
ATCD IC congestive	<input type="checkbox"/>
Insuffisance Rénale	<input type="checkbox"/>
Total :	

Motif spécifique de la demande :

CONSULTATION DE CARDIOLOGIE (joindre le compte rendu)

Nom du cardiologue : _____ Coordonnées du cardiologue : _____

Date de consultation : _____

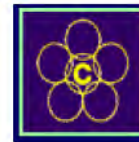
Des examens ont-ils été réalisés en consultation ?

Des examens complémentaires sont-ils recommandés ? ECG d'effort :
Scintigraphie myocardique :
Echographie sous dobutamine :
Coronarographie :
Autres :

Prévoir le dosage de la troponine I postopératoire : Oui Non

Recommandations thérapeutiques : Bêtabloquants :
Statines :
Antiagrégants plaquettaires :
Autres :





**Collège Français des Anesthésistes Réanimateurs
Société Française d'Anesthésie Réanimation**

Société Française de Cardiologie

REFERENTIEL DE PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Prise en charge du patient coronarien, ou à risque
coronarien, opéré d'une chirurgie non cardiaque

A. Identification au niveau de la structure

- Disposer d'un protocole institutionnel de prise en charge **du coronarien qui doit être opéré en chirurgie non cardiaque** élaboré selon les recommandations, validé par les différents acteurs, tenant compte d'éventuelles situations cliniques spécifiques et des préférences du patient, disponible dans les différents sites où il est appliqué ; et connu de tous (*critère 1*).

Le dossier d'anesthésie :

- Il existe une place spécifique sur le dossier d'anesthésie du patient permettant d'évaluer(?) le score de Lee (*critère 2*).
- Il existe une place spécifique sur le dossier d'anesthésie du patient permettant de coter la capacité à l'effort (*critère 3*)
- Il existe une place spécifique sur le dossier d'anesthésie du patient permettant de coter le risque lié à la chirurgie (*critère 3*).

Les avis cardiologique :

- Disposer d'une liste des correspondants
- Disposer d'une feuille de liaison pour les avis cardiologiques (cf recommandations)
- Un Algorithme décisionnel doit être disponible
- Il existe une RMM dans la structure permettant de discuter les complications cardiovasculaires postopératoires, avec un accès pour les anesthésistes-réanimateurs et les cardiologues.

B. Identification au niveau du dossier patient :

Evaluation péopératoire lors de la consultation d'anesthésie :

- Le Score de Lee / tolérance a l'effort sont renseignés sur lors de la consultation danesthésie
- Risque de la chirurgie est renseigné sur la feuille d'anesthésie
- Recherche de symptômes d'angor

Demande d'avis spécialisé auprès du cardiologue :

- Si un avis cardiologique est demandé, la feuille de liaison est-elle renseignée ?
- Existe-t-il un courrier ?

Les examens préopératoires :

ECG préopératoire

L' ECG préopératoire : est-il réalisé en fonction des recommandations (indication) ?

L'ECG préopératoire : Si un ECG a été réalisé dans l'année précédente, un nouvel ECG est il réalisé ?

L'interprétation de l'ECG est présente dans le dossier médical.

Examen de stress cardiaque préopératoire

- Si un examen de stress préopératoire est réalisé, existe-t-il une discussion pluridisciplinaire (tracée avec participant, conclusion)?
- L'examen de stress est il réalisé selon les recommandations (indication, conditions de réalisation) ?
- La feuille de liaison a t elle été utilisée ?
- L'indication est elle conforme aux recommandations ?

Indicateurs

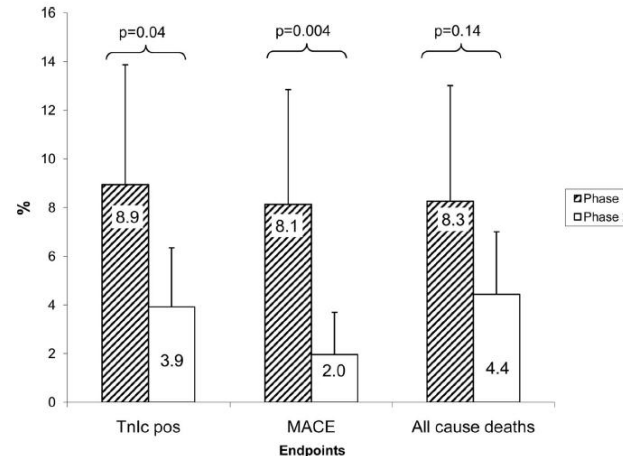
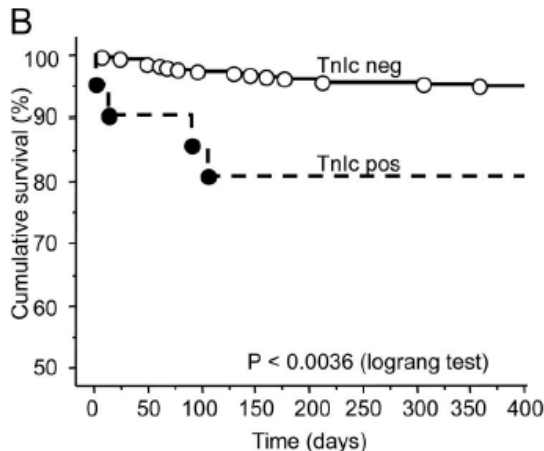
Evaluation préopératoire : Pertinence des avis spécialisés auprès du cardiologue :

- % des avis cardiologiques qui ont entraîné une modification de thérapeutique préopératoire, ou une modification de la stratégie pre, per ou postopératoire

- % des demandes d'avis cardiologiques qui suit les recommandations

- % de patients présentant une troponine I positive dans une population ciblée à risque.

Chacune des équipes doit cibler une population homogène à risque, par exemple, les patients opérés d'une chirurgie prothétique de hanche (*Ausset S et Coll. Cardiac troponin I release after hip surgery correlates with poor long-term cardiac outcome. Eur J Anaesthesiol. 2008;25:158-*



Conclusions

- Recommandations simples
- Recommandations pratiques
- Recommandations mixte: Cardio / Anesthésia