

PRISE EN CHARGE PREOPERATOIRE ET ANESTHESIQUE EN CHIRURGIE EXTRACARDIAQUE DU PATIENT A RISQUES CARDIOVASCULAIRES

I - INTRODUCTION – J. Acar

C'est un sujet à facettes multiples qui a fait l'objet d'un grand nombre de publications (1 - 6). Il touche à des domaines de la Santé Publique où sont partie prenante non seulement les cardiologues mais les praticiens de médecine générale, les chirurgiens, les anesthésistes.

On estime (2, 3) que plus de 100 millions de patients sont opérés tous les ans dans le monde : 60 millions dans les pays occidentaux dont 25 à 27 aux USA et 8 en France (recensement des anesthésies en 1996° ; Le quart de ces patients est à risques de morbidité cardiovasculaire périopératoire car il est formé de sujets coronariens ou présentant des facteurs de risques d'athérosclérose coronarienne ; ce chiffre s'élève à un tiers si l'on inclut les hypertension artérielles (2).

Le taux global des complications graves périopératoires (décès, infarctus) est très bas < 0.5 % mais ce chiffre est peu significatif car il se rapporte à l'ensemble des opérés. Il est environ dix fois plus élevé chez les malades à risques cardiovasculaires , se situant pour le seul infarctus du myocarde entre 3 et 5 % : sur ce terrain, les complications cardiovasculaires représentent près de la moitié de la mortalité périopératoire.

De surcroît il a été bien montré que les évènements ischémiques aigus postopératoires étaient graves et engageaient le pronostic vital pour les trois ans suivant la chirurgie.

Ces données, purement médicales, se doublent de considération économiques ; on a pu calculer quel était le coût de ces complications cardiaques. Une projection à 2020 faite par Mangano a estimé qu'à cette date, le coût annuel des accidents cardiovasculaires périopératoires (infarctus du myocarde, angor et mort cardiaque) dépasserait celui des mêmes complications traitées médicalement en milieu hospitalier (2). Ces problèmes économiques ne peuvent que s'accroître avec le temps ; le nombre d'opérés augmente en effet tous les ans, en particulier celui des sujets âgés à risques, ne serait-ce qu'en raison d'une longévité accrue dans la plupart des pays. Le nombre d'anesthésies était estimé en France à 3 millions en 70 vs 8 millions en 1996 ;

Aussi, la prévention de ces complications est-elle d'une importance considérable.

Le risque opératoire dépend de deux facteurs indépendants :

- le type, la sévérité de la maladie cardiaque pré-existante, connue ou ignorée, qui est le plus souvent une maladie coronarienne mais parfois une insuffisance cardiaque, une valvulopathie, un trouble rythmique, une myocardiopathie)
- le type même de l'intervention en individualisant un groupe à hauts risques (chirurgie aortique et autres chirurgies vasculaires majeures, chirurgie artérielle périphérique, procédures chirurgicales de longue durée (> 3 h) associées à de larges variations de la masse sanguine.

A partir de cette double évaluation, des scores, de risques cardiovasculaires périopératoires plus ou moins complexes ont été proposés (scores de Goldman, de Destsky, de Lee). Ils sont utiles ainsi que les algorithmes de stratification du risque mais ils sont obligatoirement imparfaits car ils ne peuvent couvrir toutes les situations cliniques. Ils laissent toute leur place aux approches simples, intuitives basées sur l'expérience, le bon sens, le jugement du praticien.

Quelles réponses attend-on des cardiologues ?

- 1- Qu'ils établissent un profil clinique du risque périopératoire qui peut influencer les décisions thérapeutiques.
- 2- Qu'ils conseillent pour cette évaluation les tests les plus appropriés en donnant à l'efficacité égale la priorité à ceux qui ne sont pas invasifs et qui sont les moins coûteux.

- 3- Enfin qu'ils évaluent pour le moyen et le long terme, au delà de la période opératoire le profil de risques cardiovasculaires du patient.

Bien entendu, une coordination étroite est nécessaire entre cardiologues, généralistes, chirurgiens et anesthésistes.

En France, une place de premier plan est donnée à l'anesthésiste puisque un décret de décembre 1994 rend obligatoire sa consultation à distance d'un acte programmé..

Le médecin anesthésiste intervient ainsi plus précocément. C'est lui qui a pour tâche de dépister les pathologies associées méritant une prise en charge spécifique.

C'est lui qui décidera de l'opportunité ou non d'un avis cardiologique diagnostique ou thérapeutique.

En pratique, l'avis du cardiologue aura souvent été demandé au préalable par le médecin traitant ou par le malade et s'avère dans la majorité des cas indispensable.

- 1 – ACC/AHA : Guideline update for perioperative cardiovascular evaluation for non cardiac surgery. Kim A. Eagle et al. JACC 2002 . 39 : 542-553
- 2 – DT Mangano. Surgery and the cardiac patient in Crawford M.H., Dimarco JP eds. Cardiology, London : Mosby Inter. Limited, 2001, section 8, 19 : 1-8.
- 3 – Crawford M.H. Perioperative evaluation of the cardiac patient in Crawford M.H., Dimarco JP Eds, Cardiology, London, Mosby Inter Limited, 2001, section 8, 18 : 1-10.
- 4 – Coriat P et Eyraud D; Incidences et prévention des complications coronaires après chirurgie générale. Arch Mal Cœur, 1998 . 91 IV : 17-22
- 5 – Marty J et Samain A. Effets cardiovasculaires de l'anesthésie. Arch Mal Cœur 1998. 91 IV : 23-28
- 6- Intégrale Cœur et Anesthésie. Cardiologie Pratique , 2001 : 563.