

Place de la revascularisation myocardique chez le patient coronarien avant chirurgie non cardiaque^{☆,☆☆}

Anne-Céline Martin^{1,2}

Disponible sur internet le :

1. Hôpital d'instruction des armées Percy, service de santé des armées, service de cardiologie, 101, avenue Henri-Barbusse, 92140 Clamart, France
2. Inserm UMR-S1140, université Paris-Descartes, faculté de pharmacie, 12, rue de l'École-de-Médecine, 75006 Paris, France

Correspondance :

Anne-Céline Martin, hôpital d'instruction des armées Percy, service de santé des armées, service de cardiologie, 101, avenue Henri-Barbusse, 92140 Clamart, France.
ac.martin75@gmail.com

Mots clés

Revascularisation
myocardique
Infarctus du myocarde
Chirurgie
Angioplastie
Pontage aorto-coronarien

■ Résumé

La chirurgie non cardiaque expose les patients, en particuliers lorsqu'ils sont coronariens, à un risque d'infarctus du myocarde (IDM) et de décès périopératoires fréquent. Les mécanismes physiopathologiques impliqués dans la genèse des IDM périopératoires sont multiples et complexes et la revascularisation myocardique préopératoire systématique n'a que peu d'impact. Les recommandations font une place limitée à l'exploration coronarographique et la revascularisation myocardique avant une chirurgie non cardiaque. Son bénéfice en termes de prévention des événements cardiovasculaires périopératoires par rapport à un traitement médical optimisé n'est en effet démontré que chez des patients présentant une ischémie documentée menaçant un territoire myocardique étendu et ne doit être envisagé qu'avant une chirurgie à risque intermédiaire ou élevé de complications. La stratégie de revascularisation, angioplastie ou chirurgie de pontage aorto-coronarien, dépendra alors de l'anatomie et de la complexité des lésions coronaires et du degré d'urgence de la chirurgie, qui conditionne la durée de la bithérapie antiplaquettaire. Les stents nus, jusque-là privilégiés dans le contexte périopératoire laissent peu à peu la place aux stents actifs de nouvelle génération.

* Texte présenté à la Journée monothématique de Société française d'anesthésie et de réanimation (Sfar) : le patient coronarien en chirurgie non cardiaque. Paris, 17 mai 2017.

** Ce texte a été publié sous la seule responsabilité des auteurs et du comité scientifique de la « Journée monothématique de la Sfar ». Il n'a pas fait l'objet d'une évaluation par le bureau éditorial de la revue *Anesthésie & Réanimation*.

Keywords

Myocardial revascularization
Myocardial infarction
Surgery
Angioplasty
Coronary artery bypass grafting

Summary

Myocardial revascularization before noncardiac surgery in patients with coronary artery disease

Noncardiac surgery, especially in patients with coronary artery disease (CAD), exposes to frequent perioperative myocardial infarction (MI) and cardiac mortality. Pathophysiological mechanisms of perioperative MI are multiple and complex and prophylactic systematic myocardial revascularization has only little impact. In guidelines, indications for an invasive preoperative coronary angiography and subsequent revascularization are limited. As compared with optimal medical management, beneficial effects of myocardial revascularization in terms of perioperative major adverse cardiac events are limited to patients who have an extensive ischemia and should only be considered before intermediate-to-high surgery. The type of revascularization, coronary artery bypass graft or percutaneous coronary intervention, depends on the extent and complexity of CAD and technical feasibility, and on the urgency of the noncardiac surgery, which influences the duration of dual antiplatelet therapy. Bare metal stent advocated so far in order not to delay the surgery are gradually giving way to new generation stents.

Introduction

S'appuyant sur les données de la littérature, les recommandations françaises et européennes des sociétés de cardiologie et d'anesthésie publiées en 2011 et 2014 font une place limitée à la revascularisation myocardique chez le coronarien avant une chirurgie non cardiaque. Son bénéfice en termes de prévention des événements cardiovasculaires périopératoires par rapport à un traitement médical optimisé n'est en effet démontré que chez des patients présentant une ischémie documentée menaçant un territoire myocardique étendu. La stratégie de revascularisation, angioplastie ou chirurgie de pontage aorto-coronarien, dépendra alors de l'anatomie et de la complexité des lésions coronaires, des caractéristiques du patient et du degré d'urgence de la chirurgie qui conditionne en cas d'angioplastie la durée de la bithérapie antiplaquettaire.

Objectif de la revascularisation myocardique préopératoire

Prévention des infarctus du myocarde périopératoires

La chirurgie non cardiaque expose les patients, qu'ils soient coronariens ou non à un risque de complications cardiovasculaires majeures estimé entre 7 et 11 %, avec une mortalité entre 0,8 et 1,5 % [1]. Les décès d'origine cardiaque sont la cause principale et en particulier l'infarctus du myocarde (IDM) postopératoire précoce. L'IDM périopératoire, qu'il soit défini par une élévation de la troponine associée ou non à tableau clinique ou des modifications électrocardiographiques, est un facteur pronostique majeur. Il peut compliquer jusqu'à 4 % des chirurgies générales chez le coronarien [2,3] et sa mortalité peut atteindre 10–20 %. Dans la cohorte prospective VISION menée en chirurgie

non cardiaque sur plus de 15 133 patients, une valeur de troponine \geq à 0,30 ng/mL était un facteur prédictif indépendant de mortalité à 30 jours [4]. Elle atteignait 16,9 % vs. 1 % pour une valeur $<$ à 0,01 ng/mL.

Mécanismes physiopathologiques des infarctus du myocarde périopératoires

Les mécanismes physiopathologiques impliqués dans la genèse des IDM périopératoires sont multiples et interdépendants [5]. Leur description a ici pour intérêt d'en mettre en avant le caractère aléatoire et imprévisible. Les IDM périopératoires peuvent résulter d'une ischémie peropératoire en rapport avec une inadéquation entre l'offre et la demande en O₂ favorisée par l'hyperadrénergisme, l'hypotension, l'anémie, la douleur ou la tachycardie et aggravée par la présence d'une sténose coronaire hémodynamiquement significative. L'hypercoagulabilité induite par la chirurgie, alliant augmentation des facteurs de coagulation, activation plaquettaire, diminution des anticoagulants endogènes et hyperfibrinolyse peuvent également être responsables d'une ischémie myocardique sur des artères coronaires angiographiquement saines. Enfin, la rupture, fissure ou érosion d'une plaque d'athérome instable reste un mécanisme classique de la thrombose coronaire aiguë postopératoire, le stress de la chirurgie jouant probablement un rôle dans la vulnérabilité de la plaque. Duvall et al. [6] ont montré dans une étude incluant 66 patients avec une coronarographie pré et postchirurgie que 54,5 % des IDM provenaient d'un déséquilibre de la balance énergétique, 25,8 % étaient d'origine thrombotique et 19,7 % survenaient sur terrain de maladie coronaire sans sténose significative ni lésion coupable identifiée. Il est en effet aujourd'hui bien établi que les plaques instables sont des lésions non « protrusives », non serrées et qu'elles ne sont pas identifiables

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5580414>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5580414>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)