

PRATIQUE CLINIQUE

Faut-il modifier ou optimiser le traitement préopératoire ? ☆☆☆**It is necessary to modify or to optimize the preoperative treatment?**

V. Piriou

Service d'anesthésie-réanimation, centre hospitalier universitaire Lyon-Sud, université Claude-Bernard, EA 1896, 69495 Pierre-Bénite cedex, France

Mots clés : Arrêt cardiaque ; Prise en charge ; Bêtabloquants ; Statines**Keywords:** Arrest cardiac; Perioperative management; Statin

I. PLACE ET GESTION DES BÊTABLOQUANTS EN PÉRIOPÉRAIRE—OBJECTIFS THÉRAPEUTIQUES

Les β -bloquants agissent sur les facteurs qui favorisent un déséquilibre de la balance en O_2 (diminution des apports, augmentation des besoins) et permettent ainsi de prévenir l'ischémie myocardique périopératoire.

Les arguments pour prescrire des β -bloquants sont essentiellement basés sur deux grandes études multicentriques randomisées. La première a été publiée en 1996 par Mangano et al. [1], elle comportait 200 patients présentant des critères cliniques de risque cardiaque. Ces patients ont reçu de l'aténolol intraveineux en préopératoire titré en fonction de la fréquence cardiaque (objectif entre 55 et 65 b/min). Cette étude n'a pas montré de différence de morbidité hospitalière, cependant, elle a montré une diminution du risque à 6, 12 et 24 mois en faveur du traitement par β -bloquants.

La seconde étude, celle de Poldermans et al. [2], publiée en 1999, a sélectionné parmi une population de 1351 patients, 112 patients qui présentaient des critères d'ischémie myocardique lors d'exams de stress. Ces patients étant des patients opérés en chirurgie vasculaire. Les patients ont

bénéficié d'un traitement par bisoprolol per os plusieurs semaines avant la chirurgie avec un objectif de fréquence cardiaque inférieur à 60 bat/min en période préopératoire. Cette étude a montré une diminution de la morbidité extrêmement importante puisqu'elle est passée de 34 à 3,4 %. Il s'agissait d'une population qui présentait un risque extrêmement important (morbidité de 34 % dans le groupe placebo) et qui était susceptible de bénéficier fortement d'un traitement cardioprotecteur.

Ces études ont été critiquées, car elles comportaient plusieurs biais : dans celle de Mangano et al. [1], la morbidité intrahospitalière n'était pas incluse dans l'analyse finale, il y avait des patients sous β -bloquants avant l'inclusion, parmi ces derniers un certain nombre du groupe témoin ont été sevrés, ce qui peut expliquer une aggravation de la symptomatologie au sein de ce groupe, en raison d'un syndrome de sevrage. Parmi la population de cette étude, 32 % des patients étaient diabétiques, il y avait une surreprésentation des femmes et une tendance à avoir des antécédents cardiovasculaires plus fréquents au sein du groupe placebo. Dans l'étude de Poldermans et al. [2], seulement 8 % des patients sélectionnés ont été inclus, les patients sous β -bloquants de façon chronique ont été exclus, cette étude n'était pas réalisée en insu, et elle n'a pas été menée à son terme en raison des résultats intermédiaires importants qu'elle a montré.

Récemment, trois études négatives avec les β -bloquants ont été publiées. L'étude DIPOM a inclus 921 patients

☆ doi of original article 10.1016/j.annfar.2007.10.009.

☆☆ Journée monothématique de la Sfar.

Adresse e-mail : piriou@univ-lyon1.fr (V. Piriou).

diabétiques, randomisés traités ou non par du métoprolol [3]. Elle n'a montré aucune différence de morbidité de d'origine cardiaque, à court et à long terme, chez ces patients diabétiques. L'étude MaVS concernait des patients de chirurgie vasculaire [4]. Il s'agissait d'une étude contrôlée en double insu qui a étudié l'effet du métoprolol chez 997 patients. Il n'a pas été retrouvé de différence de morbidité chez ces patients, cependant, des épisodes d'hypotension et de bradycardie étaient plus fréquents dans le groupe métoprolol. Une troisième étude, l'étude POBBLE concernait des patients à bas risque de chirurgie vasculaire, 100 patients ont été randomisés avec ou sans métoprolol, il n'a pas été montré de différence de morbidité parmi ces patients, en revanche, il y avait, là aussi, plus d'effets indésirables liés au métoprolol [5].

Une méta-analyse récente a montré que, bien que les β -bloquants puissent exercer un effet préventif sur l'ischémie myocardique périopératoire, ils n'ont pas d'effet significatif sur l'apparition des infarctus du myocarde [6]. Cependant, cette méta-analyse a inclus un certain nombre d'essais qui présentaient une méthodologie divergente et qu'il était difficile de comparer : les trois derniers essais (DIPOM, MaVS, POBBLE) [3–5] utilisaient une dose fixe de β -bloquants non titrée en fonction de la fréquence cardiaque, la durée du traitement était différente, c'est le métoprolol qui a été utilisé, or celui-ci possède une demi-vie courte qui peut donc entraîner un effet rebond [7].

Récemment, Ferringa et al. [8] ont montré que plus la posologie de β -bloquants était importante, plus la fréquence cardiaque était basse, moins la fréquence cardiaque variait en période périopératoire, et plus les ischémies à l'ECG ou l'élévation de troponine T étaient faibles [8]. L'étude DECREASE II a montré une relation directe entre la fréquence cardiaque et la morbidité de d'origine cardiaque chez les patients opérés en chirurgie vasculaire [9].

Dans une étude rétrospective portant sur 329 centres et incluant 783 000 patients, Lindenauer et al. [10] ont montré que les patients qui bénéficient d'un traitement par β -bloquants sont les patients à haut risque. Les patients qui ont un risque faible n'ont pas de bénéfice des β -bloquants, mais en ont les inconvénients, alors que les patients avec un score de risque de Lee supérieur à 2 ont les bénéfices des β -bloquants [11]. Cette étude présentait un certain nombre de limites : il s'agissait d'une étude rétrospective, les β -bloquants n'étaient pas titrés en fonction de la fréquence cardiaque, et ils n'étaient pas prescrits dans le but de prévenir les complications périopératoires [5]. Cependant, elle a révélé des résultats identiques à l'étude de Boersma et al. [12] qui retrouvait un effet des β -bloquants d'autant plus important, que le risque des patients était élevé.

Les recommandations américaines de 2006 concernant l'usage périopératoire des β -bloquants recommandent en classe I la prescription de β -bloquants chez les patients coronariens ou à haut risque cardiovasculaire opérés en chirurgie vasculaire [13]. Chez les autres patients opérés en chirurgie vasculaire ou chez les patients à risque intermé-

diaire ou à haut risque, opérés en chirurgie non vasculaire à risque, les β -bloquants peuvent être utiles, mais ils font l'objet d'une recommandation de classe II.

Il faudra attendre les résultats de grands essais multicentriques randomisés pour se positionner définitivement sur la sélection des patients qui pourraient bénéficier d'un traitement préventif par β -bloquants. Actuellement, l'étude multicentrique POISE (Peri Operative ISchemic Evaluation) a prévu de randomiser 10 000 patients avec ou sans métoprolol. En mars 2006, 6300 patients avaient déjà été inclus dans plusieurs pays du monde [14].

Lorsque les β -bloquants sont prescrits de façon chronique, ils ne doivent jamais être arrêtés en raison d'un risque de sevrage [13]. Lorsqu'ils sont maintenus, il semblerait que l'effet des β -bloquants prescrits de façon chronique ne soit pas aussi efficace qu'un traitement prescrit avec une cible de fréquence cardiaque. En effet, Sprung et al. [15] ont montré que les patients qui recevaient des β -bloquants de façon chronique présentaient des variations peropératoires de fréquence cardiaque identiques à ceux qui ne recevaient pas de β -bloquants.

2. GESTION PÉRI-OPÉRAIRE DES INHIBITEURS DE L'ENZYME DE CONVERSION

Le système rénine-angiotensine constitue un système de régulation de la pression artérielle à moyen terme, après le système nerveux autonome par le baroréflexe. Les inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) et les antagonistes des récepteurs à l'angiotensine 2 (ARA-2) sont prescrits dans le cadre de l'hypertension artérielle, de l'insuffisance cardiaque, de la prévention du remodelage ventriculaire post-infarctus ou de l'insuffisance rénale chronique. L'anesthésie générale ou médullaire provoque une sympatholyse et, chez les patients dont le système rénine-angiotensine est inhibé, peut entraîner des hypotensions artérielles. Certaines études observationnelles ont rapporté des hypotensions peropératoires sévères chez des patients dont le traitement par IEC ou ARA-2 était maintenu jusqu'au jour de l'intervention [16–18]. Ces hypotensions sont favorisées par l'hypovolémie préopératoire et probablement par des inductions anesthésiques brutales.

Cependant, dans une étude portant sur 267 patients sous IEC ou ARA-2, Comfere et al. [19] ont montré qu'un arrêt des IEC et des ARA-2 de 10 à 12 heures avant l'intervention chirurgicale permettait de réduire significativement le risque d'hypotension artérielle à l'induction. Cela suggère qu'une restauration partielle de l'activité du système rénine-angiotensine est probablement suffisante.

Il est donc conseillé chez ces patients, d'assurer une volémie efficace et une titration des agents anesthésiques. Un arrêt des inhibiteurs du système rénine-angiotensine d'environ 12 heures avant l'intervention chirurgicale est donc conseillé lorsque ceux-ci sont prescrits dans le cadre

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2747420>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2747420>

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