

Revue générale

Anesthésie et réanimation pour chirurgie réglée de l'anévrisme de l'aorte abdominale

Anaesthesia and critical care for scheduled infrarenal abdominal aortic aneurysm surgery

E. Marret *, N. Lember, F. Bonnet

Département d'anesthésie-réanimation, hôpital Tenon, 4, rue de la Chine, 75970 Paris cedex 20, France

Reçu le 19 avril 2005 ; accepté le 31 août 2005

Disponible sur internet le 02 novembre 2005

Résumé

Objectif. – Les patients programmés pour une chirurgie de l'anévrisme de l'aorte abdominale sous-rénale présentent un risque élevé de comorbidité cardiaque et respiratoire. Résumer la prise en charge anesthésique de ces patients.

Méthodes. – Revue de la littérature croisant les termes anévrisme de l'aorte abdominale, anesthésie, analgésie, réanimation et/ou chirurgie dans la base de données Medline.

Résultats. – L'évaluation préopératoire cardiaque et sa stratégie ont fait récemment l'objet de recommandations. Les patients avec un risque cardiaque intermédiaire ou élevé doivent bénéficier d'un test d'effort cardiaque avant l'intervention pour décider entre une stratégie préopératoire médicamenteuse (bêtabloquant ± statine et aspirine) ou une stratégie interventionnelle (angioplastie coronarienne ou chirurgie cardiaque). Une ischémie myocardique périopératoire doit être recherchée chez ces patients par un monitoring clinique, électrocardiographique et biologique (dosage de la troponine Ic). Le risque de décompensation respiratoire peut aussi être évalué à l'aide d'un score réalisé en préopératoire. L'analgésie péridurale permet de diminuer le risque des complications respiratoires. Aucun traitement pharmacologique n'a montré son efficacité pour diminuer l'incidence de l'insuffisance rénale après chirurgie de l'aorte. Le traitement par mise en place d'une endoprothèse aortique est actuellement recommandé chez seulement les patients âgés, les patients à haut risque chirurgical ou les patients avec un abdomen multi-opéré.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Abstract

Objectives. – Patient scheduled for infrarenal abdominal aortic aneurysm surgery carries a high risk of cardiac or respiratory comorbidity. To outline the perioperative management for these patients.

Methods. – Review of the literature using MesH Terms “abdominal aortic aneurysm”, “anesthesia”, “analgesia” “critical care” and/or “surgery” in Medline database.

Results. – Cardiac preoperative evaluation and management have recently been reviewed. Intermediate and high-risk patients should undergo non-invasive cardiac testing to decide between a preoperative medical strategy (using betablocker ± statin and aspirin) and an interventional strategy (coronary angioplasty or cardiac surgery). Perioperative myocardial ischaemia should also be investigated by clinical, electrocardiographic and biologic monitoring such as plasmatic troponin Ic dosage. Specific score could also assess the respiratory failure risk preoperatively. Epidural analgesia decreases this risk. There is no evidence that a pharmacological treatment decreases the incidence of acute renal failure after aortic surgery. Endovascular repair is actually recommended for older, higher-risk patients or patients with a hostile abdomen or other technical factors that may complicate standard open repair.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : emmanuel.marret@tnn.ap-hop-paris.fr (E. Marret).

Mots clés : Anesthésie ; Analgésie ; Réanimation ; Anévrisme ; Aorte abdominale ; Chirurgie

Keywords: Anaesthesia; Analgesia; Critical care; Infrarenal abdominal aortic aneurysm; Surgery

1. Introduction

L'anévrisme de l'aorte abdominale (AAA) devient actuellement une maladie de plus en plus fréquente. La maladie anévrismale de l'aorte est le plus souvent la conséquence d'un processus dégénératif chronique de la paroi artérielle ; sa prévalence augmente donc avec l'âge et avec le vieillissement de la population. Cinq à 10 % des sujets âgés de plus de 65 ans sont ainsi atteints par un AAA [1–4]. Les anévrismes augmentent de taille lentement jusqu'à un diamètre critique où l'évolution prend alors une allure exponentielle. La maladie anévrismale reste cependant, bien souvent asymptomatique jusqu'à la rupture. Le risque de rupture augmente avec le diamètre de l'AAA [5]. La mortalité périopératoire des AAA rompus peut atteindre jusqu'à 60 % des patients ce qui justifie une chirurgie réglée de l'AAA dès que le diamètre est supérieur à 50 mm. La mortalité périopératoire d'une chirurgie à froid se situe aux environs de 5 % mais reste supérieure à 2 % même dans les centres les plus expérimentés ou dans les études les plus récentes. Cependant, des chiffres de mortalité supérieurs à 5 % sont observés dans les centres effectuant moins de 50 interventions réglées de l'AAA par an et/ou avec des chirurgiens opérant annuellement un faible nombre d'AAA [6]. Les facteurs de risque identifiés de la maladie anévrismale sont ceux des maladies cardiovasculaires ou plus précisément l'âge, le sexe masculin, le tabagisme, l'hypertension, l'hypercholestérolémie et les antécédents familiaux d'anévrismes [1–4,7,8]. La prévalence de l'insuffisance coronaire sévère chez les malades opérés d'un AAA s'élève alors à plus de 30 % [9–11]. La présence de lésions athéromateuses souvent diffuses justifie ainsi une prise en charge particulière de ces patients aussi bien avant l'acte d'anesthésie qu'après la cure d'un AAA.

2. Préparation du patient à l'intervention : stratégie préopératoire

Les patients opérés d'une chirurgie de l'AAA nécessitent une approche multidisciplinaire du fait des nombreuses pathologies associées à la maladie anévrismale de l'aorte.

2.1. Évaluation cardiaque

L'évaluation cardiaque préopératoire est une étape fondamentale pour les patients opérés d'une chirurgie pour AAA. La prévention du risque cardiaque passe avant tout par l'évaluation soigneuse de l'état cardiovasculaire du patient au moyen d'index cliniques et d'explorations limitées. Au terme de cette évaluation, le praticien doit décider d'une préparation qui repose généralement sur une optimisation du traite-

ment médicamenteux ou sur un traitement médicamenteux préventif spécifique, établi en collaboration avec le chirurgien et le cardiologue. Le recours à un geste de revascularisation devient actuellement de moins en moins fréquent car le bénéfice d'une revascularisation myocardique n'est pas supérieur à celui d'une chirurgie vasculaire réalisée sous bêta-bloquant, aspirine et statine [12]. L'évaluation du risque cardiaque chez les patients programmés pour une chirurgie majeure a fait l'objet de plusieurs synthèses [13,14].

L'incidence élevée des infarctus du myocarde (IdM) périopératoires et des décès de cause cardiaque chez les patients de chirurgie vasculaire est attribuée à l'importante prévalence de la maladie coronarienne [15]. Plus d'un patient sur trois programmé pour une cure chirurgicale d'un AAA présente une coronaropathie sévère [9–11]. Le taux de mortalité après la survenue d'un IdM postopératoire est supérieur à 20 % et le risque de décès après IdM est dix fois plus élevé que le risque de décès après toute autre complication postopératoire [15]. Moins de 10 % des patients de chirurgie vasculaire ont des artères coronaires normales et plus de 50 % ont une insuffisance coronaire sévère [16]. Dans cette population, la prévalence des complications cardiaques périopératoires est de plus de 10 %, celle de l'IdM est selon la littérature d'environ 4 % et la mortalité cardiaque avoisine 2 % [17,18].

2.1.1. Échelles de risque

Des échelles de risque fondées sur des données cliniques et paracliniques simples ont été développées dans le but d'évaluer rapidement un malade à risque de complications cardiaques postopératoires. L'échelle de Goldman a été utilisée pendant plus de 30 ans pour évaluer le risque cardiaque des patients opérés [19] ; ce score a été établi sur un mélange hétéroclite de critères cliniques et paracliniques et n'a pris en compte qu'une population à faible risque cardiovasculaire [19]. Lee et al. ont récemment proposé une échelle simplifiée pour évaluer le risque cardiaque chez les patients âgés de plus de 50 ans, opérés d'une chirurgie majeure non urgente. Son évaluation s'est fondée sur une population de 4315 patients. Une complication cardiaque majeure (IdM, œdème aigu du poumon, fibrillation ventriculaire ou arrêt cardiaque) est survenue chez 2 % des patients. Six facteurs de risque de poids quasi-équivalent, ont été indépendamment associés à une augmentation du risque cardiaque : chirurgie à haut risque (chirurgie pour AAA, chirurgie thoracique, chirurgie digestive), cardiopathie ischémique, antécédent d'insuffisance cardiaque, antécédent d'accident vasculaire cérébral, traitement par insuline et taux de créatinine plasmatique supérieure à 177 $\mu\text{mol/l}$ ou supérieur à 20 mg/l [20] ; les complications associées à la présence d'un, deux, trois ou plus de trois facteurs étaient respectivement de 0,4, 1,9, 7 et 11 %. Finale-

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2748289>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2748289>

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