

Les β -bloquants : l'histoire d'une épopée en anesthésie ☆☆☆

Bertrand Rozec¹, Vincent Piriou²

Disponible sur internet le :

1. CHU de Nantes, hôpital G.- et R.-Laënnec, service d'anesthésie-réanimation, boulevard Jacques-Monod, 44093 Nantes cedex 01, France
2. Université Claude-Bernard Lyon-1, centre hospitalier Lyon-Sud, service d'anesthésie-réanimation, 69495 Pierre-Bénite cedex, France

Correspondance :

Bertrand Rozec, CHU de Nantes, hôpital G.- et R.-Laënnec, service d'anesthésie-réanimation, boulevard Jacques-Monod, 44093 Nantes cedex 01, France.
bertrand.rozec@chu-nantes.fr

Mots clés

β -bloquant
Chirurgie non cardiaque
Maladie coronarienne
Ischémie myocardique
Complications
périopératoires

■ Points essentiels

Les β -bloquants par leurs actions pharmacologiques sont largement indiqués dans la prise en charge de la pathologie coronarienne.

L'étude de l'intérêt des β -bloquants en périopératoire a fait l'objet de nombreux scandales et controverses.

Il existe de multiples recommandations internationales qui sont régulièrement mises à jour en fonction du résultat des dernières études. Les dernières datent de 2014.

Lorsqu'un traitement par β -bloquant est indiqué chez un patient (en dehors de toute considération de prévention du risque cardiaque périopératoire), il faut discuter l'intérêt de son instauration.

Il est admis qu'il convient de poursuivre les β -bloquants en préopératoire chez les patients traités de manière chronique.

Débuter sans précaution (titration) en préopératoire un traitement par β -bloquants expose les patients à des effets secondaires cardiovasculaires (hypotension, bradycardie et accident vasculaire cérébral) et à une augmentation de la mortalité.

En préopératoire, chez les patients à haut risque, il convient d'envisager l'introduction de β -bloquants. Il n'est en revanche pas recommandé de les débuter avant une chirurgie à faible risque. Tous les β -bloquants utilisés dans les études sur le sujet ne sont pas tous équivalents pharmacologiquement. Il faut probablement privilégier l'aténolol et le bisoprolol au métoprolol.

De nouveaux β -bloquants dits de 3^e génération ont été développés pour la prise en charge de l'insuffisance cardiaque. Mieux tolérés selon certains travaux, ils n'ont pas été testés en périopératoire.

* 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

β -blocker
Non-cardiac surgery
Coronary artery disease
Myocardial ischemia
Perioperative complications

Key points

Beta-blockers: The story of an epic in anesthesia

β -blockers by their pharmacological actions are widely indicated in the management of the coronary disease.

Evaluation of the interest of β -blockers in preoperative period has been the subject of numerous scandals and controversies.

There are many international recommendations regularly updated according the outcome of recent studies. The last guidelines date from 2014.

When treatment with β -blockers is indicated for a patient (apart from any consideration of prevention of perioperative cardiac risk), it is necessary to discuss the benefit of its initiation.

Perioperative continuation of β -blockers is recommended in patients currently receiving this medication.

Initiate preoperatively a treatment with β -blockers without titration exposes patients to cardiovascular serious adverse events (hypotension, bradycardia and stroke) and increases mortality. In high-risk patients, preoperative initiation of β -blockers may be considered. On the contrary, it is not recommended to start them before a low-risk surgery.

Not all β -blockers used in the studies are pharmacologically equivalent. Probably atenolol and bisoprolol should be preferred to metoprolol in preoperative period.

New 3rd generation β -blockers have been developed for the management of heart failure. According to certain studies, they are better tolerated but they were not tested in perioperative period.

Introduction

Avec le vieillissement de la population, la prévalence des patients porteurs d'une pathologie coronarienne devant bénéficier d'une intervention augmente. L'anesthésie est généralement sans risque [1], mais le stress chirurgical peut engendrer des complications cardiovasculaires associées à une morbidité et une mortalité notables [2]. Sur une vaste cohorte de plus de 15 000 patients bénéficiant d'une chirurgie non cardiaque, 1200 présentaient une élévation du taux de troponine plasmatique dans les 3 jours postopératoires [3]. Cette augmentation des dosages de troponine était associée de manière indépendante à la mortalité et 10 % de ces patients mourraient dans le mois suivant la chirurgie, alors que plus de la moitié d'entre eux ne présentaient pas de critères diagnostiques de syndrome coronarien aigu (SCA).

Des progrès notables ont été réalisés dans l'évaluation préopératoire des risques induits par la pathologie coronarienne, notamment depuis la publication par Lee et al. [2] du Revised Cardiac Risk Index (RCRI) en 1999. Cependant, réduire le risque de complications cardiaques en postopératoire de chirurgie non cardiaque demeure un véritable challenge. Plusieurs stratégies ont été proposées pour y parvenir. Parmi celles-ci, l'utilisation des β -bloquants a fait l'objet de recherches intenses et de controverses importantes.

Sous l'effet du stress chirurgical, il est constaté une augmentation des taux de catécholamines endogènes. Celle-ci est responsable d'une élévation de la consommation d'oxygène myocardique favorisant le dommage et l'ischémie myocardique

[4]. Conceptuellement, les β -bloquants constituent une approche pharmacologique idéale en participant à l'équilibre de la balance besoin/consommation en oxygène lors de la période périopératoire :

- ils bloquent la réponse sympathique ;
- ils diminuent la contractilité myocardique ;
- ils réduisent la fréquence cardiaque et la pression artérielle ;
- ils diminuent les besoins myocardiques en oxygène ;
- ils semblent diminuer le risque de rupture de plaques d'athérome coronariennes [5].

La présente mise au point s'attache à présenter les principales études ayant conduit aux plus récentes recommandations sur l'utilisation périopératoire des β -bloquants en chirurgie non cardiaque.

Premières études

En 1996, Mangano et al. [6] publient un premier essai randomisé en double insu avec un effectif limité (l'étude Multicenter Study of Perioperative Ischemia [McSPI]), comparant l'effet de la prise d'aténolol ou de placebo sur la survie de patients à risque ou présentant une maladie coronarienne et devant bénéficier d'une chirurgie non cardiaque. Les patients recevaient soit un placebo soit de l'aténolol juste avant la chirurgie et jusqu'à leur sortie de l'hôpital ou pour une durée maximale de 7 jours. Le principal résultat était que dans les 6 à 8 premiers mois postopératoires, 1 seul décès de cause non cardiaque était rapporté dans le groupe aténolol contre 10 décès dans le groupe placebo, dont 7 de cause cardiaque ($p < 0,001$). Au-delà du 8^e mois la

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5580415>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5580415>

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