

Cardiologie

Les sept examens et traitements sur lesquels les médecins et les patients devraient s'interroger

par
La Société canadienne de cardiologie
Dernière mise à jour : Juillet 2022



1 Ne procédez pas à des examens d'imagerie cardiaque à l'effort ou d'imagerie non invasive avancée au cours de la première évaluation des patients qui n'ont pas de symptômes cardiaques, sauf en présence de marqueurs de haut risque.

Les patients asymptomatiques à faible risque subissent jusqu'à 45 % d'examens de « dépistage » inutiles. Il faut procéder à des examens seulement en présence des constatations suivantes : diabète chez les patients de plus 40 ans; artériopathie oblitérante des membres inférieurs ou risque annuel de plus de 2 % d'événements liés à la coronaropathie.

2 Ne procédez pas à des examens annuels d'imagerie cardiaque à l'effort ou d'imagerie non invasive avancée dans le contexte du suivi de routine de patients asymptomatiques.

Les examens d'imagerie cardiaque à l'effort ou d'imagerie non invasive avancée chez les patients asymptomatiques, suivant une tendance en série ou programmée (par exemple, chaque année, tous les deux ans ou à l'anniversaire d'une intervention cardiaque), produisent rarement des changements importants de la prise en charge des patients. En fait, cette pratique peut entraîner des interventions invasives inutiles et une exposition excessive à la radiation sans avoir d'effet bénéfique démontré sur l'évolution de l'état de santé des patients. Il pourrait y avoir une exception à cette règle, soit chez les patients qui ont subi un pontage il y a plus de cinq ans.

3 Ne procédez pas à des examens d'imagerie cardiaque à l'effort ou d'imagerie non invasive avancée comme moyen d'évaluation préopératoire chez les patients qui doivent subir une intervention chirurgicale non cardiaque à faible risque.

Les examens non invasifs ne sont pas utiles pour des patients qui subissent une intervention chirurgicale non cardiaque à faible risque (par exemple, l'ablation de la cataracte). Ces examens ne changent pas la prise en charge clinique du patient ni l'évolution de son état de santé.

4 Ne procédez pas à une échocardiographie pour le suivi d'une valvulopathie native, asymptomatique et bénigne chez les patients adultes dont les signes ou les symptômes ne changent pas.

Les patients qui ont une valvulopathie native vivent habituellement des années sans avoir de symptômes avant que la détérioration apparaisse. Un échocardiogramme n'est pas recommandé annuellement, sauf si l'état clinique change.

5 Ne prescrivez pas d'électrocardiogramme (ECG) chez les patients à faible risque de coronaropathie et asymptomatiques.

Il ne faut pas soumettre à un électrocardiogramme de dépistage les personnes asymptomatiques et à faible risque de coronaropathie. Chez les personnes asymptomatiques à faible risque de coronaropathie (risque à 10 ans < 10 %), le dépistage de la coronaropathie par électrocardiographie n'améliore pas les résultats pour les patients.

6 Ne proposez pas de traitements basés sur les avantages relatifs à la survie avant d'avoir établi le pronostic, les préférences et les objectifs de soins de votre patient.

Suivre les algorithmes de soins médicaux et augmenter le niveau de soins lorsque le patient en a besoin est souvent la voie de la moindre résistance. Cependant, il a été démontré à maintes reprises que les patients apprécient les discussions sur les objectifs de soins pour mieux comprendre le pronostic et les prochaines étapes possibles du traitement. Ces discussions améliorent les soins aux patients et permettent d'éviter les interventions inutiles.

7 Ne vérifiez pas la myoglobine ou la CK-MB pour le diagnostic de l'infarctus aigu du myocarde (IAM). Utilisez plutôt la troponine I ou T.

Contrairement à la CK-MB et à la myoglobine, la libération de la troponine I ou T est spécifique aux lésions cardiaques.

La troponine est libérée avant la CK-MB et elle apparaît dans le sang en même temps, voire avant la myoglobine après l'IAM. Environ 30 % des patients qui présentent des douleurs rétrosternales au repos et un taux normal de CK-MB, recevront un diagnostic d'IAM si on mesure leur taux de troponine. Les mesures ponctuelles des taux de troponine coïncident avec la taille de l'infarctus, ce qui permet d'en déterminer la gravité. Il y a donc assez de preuves pour que l'on se fie uniquement au taux de troponine et que l'on cesse d'utiliser la CK-MB et les autres marqueurs.

Comment la liste a été établie

La Société canadienne de cardiologie (SCC) a formulé ses cinq principales recommandations dans le contexte du programme Choisir avec soin en collaborant de près avec l'American College of Cardiology (ACC). L'ACC a fourni à la SCC des recensions des écrits qui étaient complètes jusqu'en 2009. Ces recensions ont guidé la SCC dans le choix des cinq principales recommandations. La SCC en a tiré une solide assise pour entreprendre son étude au sujet des cinq principales recommandations pertinentes sur les soins cardiaques dans le contexte canadien. La SCC a ensuite procédé à une recension détaillée des écrits pour y inclure toutes les publications pertinentes depuis le 1er janvier 2009. De plus, la SCC a inclus toutes les lignes directrices canadiennes en vigueur, les critères d'utilisation appropriée au Canada et les politiques nationales ou provinciales du Canada portant sur les cinq énoncés. La SCC a ensuite procédé à une diffusion générale et à une consultation de ses membres par courriel, Facebook et Twitter, dans le cadre de l'assemblée nationale annuelle et de Webinaires pour assurer que les cinq principales recommandations étaient connues et approuvées. Les quatre premiers éléments ont été adaptés avec l'autorisation de Five Things Physicians and Patients Should Question, © 2012 American College of Cardiology. Le cinquième élément a été adapté avec l'autorisation de Five Things Physicians and Patients Should Question, © 2012 American College of Family Medicine.

Sources

- 1 American College of Cardiology Foundation Appropriate Use Criteria Task Force, et coll. ACCF/ASE/AHA/ASNC/HFSA/HRS/SCAI/SCCM/SCCT/SCMR 2011 Appropriate Use Criteria for Echocardiography. J Am Coll Cardiol. 1^{er} mars 2011; 57(9):1126-66. PMID : 21349406.
Dowsley T, et coll. The role of noninvasive imaging in coronary artery disease detection, prognosis, and clinical decision making. Can J Cardiol. Mars 2013; 29(3):285-96. PMID : 23357601.
Hendel RC, et coll. ACCF/ASNC/ACR/AHA/ASE/SCCT/SCMR/SNM 2009 appropriate use criteria for cardiac radionuclide imaging. Circulation. 9 juin 2009; 119(22):e561-87. PMID : 19451357.
Natarajan MK, et coll. Canadian cardiovascular society position statement on radiation exposure from cardiac imaging and interventional procedures. Can J Cardiol. 29 novembre 2013; 29(11):1361-8. PMID : 24035289.
Taylor AJ, et coll. ACCF/SCCT/ACR/AHA/ASE/ASNC/NASCI/SCAI/SCMR 2010 Appropriate use criteria for cardiac computed tomography. J Am Coll Cardiol. 23 novembre 2010; 56(22):1864-94. PMID : 21087721.
- 2 American College of Cardiology Foundation Appropriate Use Criteria Task Force, et coll. ACCF/ASE/AHA/ASNC/HFSA/HRS/SCAI/SCCM/SCCT/SCMR 2011 Appropriate Use Criteria for Echocardiography. J Am Coll Cardiol. 1^{er} mars 2011; 57(9):1126-66. PMID : 21349406.
Hendel RC, et coll. ACCF/ASNC/ACR/AHA/ASE/SCCT/SCMR/SNM 2009 Appropriate use criteria for cardiac radionuclide imaging. Circulation. 9 juin 2009; 119(22):e561-87. PMID : 19451357.
Natarajan MK, et coll. Canadian cardiovascular society position statement on radiation exposure from cardiac imaging and interventional procedures. Can J Cardiol. 29 novembre 2013; 29(11):1361-8. PMID : 24035289.
- 3 American College of Cardiology Foundation Appropriate Use Criteria Task Force, et coll. ACCF/ASE/AHA/ASNC/HFSA/HRS/SCAI/SCCM/SCCT/SCMR 2011 Appropriate Use Criteria for Echocardiography. J Am Coll Cardiol. 1^{er} mars 2011; 57(9):1126-66. PMID : 21349406.
Fleisher LA, et coll. ACC/AHA 2007 guidelines on perioperative cardiovascular evaluation and care for noncardiac surgery. J Am Coll Cardiol. 23 octobre 2007; 50(17):e159-241. PMID : 17950140.
Hendel RC, et coll. ACCF/ASNC/ACR/AHA/ASE/SCCT/SCMR/SNM 2009 appropriate use criteria for cardiac radionuclide imaging. Circulation. 9 juin 2009; 119(22):e561-87. PMID : 19451357.
Natarajan MK, Paul N, Mercuri M, Waller EJ, Leipsic J, Trabelsi M, et coll. Canadian cardiovascular society position statement on radiation exposure from cardiac imaging and interventional procedures. Can J Cardiol. 29 novembre 2013; 29(11):1361-8. PMID : 24035289.
- 4 American College of Cardiology Foundation Appropriate Use Criteria Task Force, et coll. ACCF/ASE/AHA/ASNC/HFSA/HRS/SCAI/SCCM/SCCT/SCMR 2011 Appropriate Use Criteria for Echocardiography. J Am Coll Cardiol. 1^{er} mars 2011; 57(9):1126-66. PMID : 21349406.
Cardiac Care Network. Standards for provision of echocardiography in Ontario [Page Web]. 2012. (Consulté le 19 février 2014).
- 5 U.S. Preventive Services Task Force. Screening for coronary heart disease with electrocardiography [Page Web]. Juillet 2012. (Consulté le 19 février 2014).
- 6 Detering KM, Hancock AD, Reade MC, Silvester W. The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial. BMJ. Le 23 mars 2010; vol. 340 : p. c1345. PMID : 20332506.
Shaw M, Shaw J, Simon J. Listening to Patients' Own Goals: A Key to Goals of Care Decisions in Cardiac Care. Can J Cardiol. Juillet 2020; vol. 36, n° 7 : p. 1135-1138. PMID : 32348846.
- 7 Amsterdam et coll. 2014 AHA/ACC Guideline for the Management of Patients with Non-ST-Elevation Acute Coronary Syndromes: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol. Le 23 décembre 2014; vol. 64, n° 24 : p. e139-228. PMID : 25260718.
Eggers KM, Oldgren J, Nordenskjöld A et coll. Diagnostic value of serial measurement of cardiac markers in patients with chest pain: limited value of adding myoglobin to troponin I for exclusion of myocardial infarction. J Am Heart. 2004; vol. 148 : vol. 9 : p. 574-581. PMID : 15459585.
Kavsak PA, MacRae AR, Newman AM et coll. Effects of contemporary troponin assay sensitivity on the utility of the early markers myoglobin and CKMB isoforms in evaluating patients with possible acute myocardial infarction. Clin Chim Acta. 2007; vol. 380 : p. 213-216. PMID : 17306781.
Kontos MC, de Lemos JA, Ou FS et coll. Troponin positive, MB-negative patients with non-ST-elevation myocardial infarction : an undertreated but high-risk patient group: Results from the National Cardiovascular Data Registry Acute Coronary Treatment and Intervention Outcomes Network-Get With The Guidelines (NCDR ACTION-GWTG) Registry. J Am Heart. 2010; vol. 160 : p. 819-825. 30 : p. 188-190. PMID : 21095267.
Volz KA, McGillicuddy DC, Horowitz GL et coll. Creatine kinase-MB does not add additional benefit to a negative troponin in the evaluation of chest pain. Am J Emerg Med. 2012; vol. 30 : p. 188-190. PMID : 21129891.
Newby LK, Roe MT, Chen AY et coll. Frequency and clinical implications of discordant creatine kinase-MB and troponin measurements in acute coronary syndromes. J Am Coll Cardiol. 2006; vol. 47 : p. 312-318. PMID : 16412853.

À propos la Société canadienne de cardiologie

La Société canadienne de cardiologie (SCC) est une fière partenaire de Choisir avec soin. La SCC est le porte-parole national des médecins et des scientifiques dans le domaine cardiovasculaire. Ses 2 000 membres sont des cardiologues universitaires et communautaires, des chirurgiens cardiaques, des cardiologues pédiatriques, des stagiaires dans ces domaines, des chercheurs et d'autres professionnels de la santé travaillant dans le domaine des soins cardiaques, et ce, dans tous les coins du pays. La SCC s'est donné la mission d'améliorer la santé et les soins cardiovasculaires par le transfert de connaissances dans la pratique au moyen de la diffusion de la recherche et de la promotion des meilleures pratiques ainsi que le perfectionnement professionnel et l'engagement dans l'élaboration des politiques en matière de santé.



Canadian Cardiovascular Society

Leadership. Knowledge. Community.

Au sujet de Choisir avec soin

Choisir avec soin est la version francophone de la campagne nationale Choosing Wisely Canada. Choisir avec soin agit comme porte-parole national pour la réduction des examens et des traitements inutiles en santé. L'un de ses principaux rôles est d'aider les professionnels de la santé et les patients à engager un dialogue menant à des choix judicieux et efficaces.

🌐 choisiravecsoin.org | ✉ info@choisiravecsoin.org | 🐦 [@choisiravecsoin](https://twitter.com/choisiravecsoin) | 📘 [/choisiravecsoin](https://facebook.com/choisiravecsoin)