

Anesthésiologie

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

par
La Société canadienne des anesthésiologistes
Dernière mise à jour : juin 2018



1 Ne demandez pas des analyses de laboratoire de référence (formule sanguine complète, tests de coagulation ou analyses biochimiques sériques) chez les patients asymptomatiques devant subir une chirurgie non cardiaque à faible risque.

Les analyses de laboratoire de référence avant une chirurgie non cardiaque à faible risque apportent peu aux soins périopératoires. Une anamnèse clinique et un examen physique ciblés permettent de détecter en toute confiance les anomalies pertinentes que l'on rechercherait au moyen d'analyses de laboratoire de routine avant une chirurgie à faible risque. De plus, les données probantes indiquent que les résultats anormaux dans ce contexte ont rarement une influence sur la prise en charge et n'améliorent pas les résultats cliniques. Les analyses préopératoires pourraient être utiles chez un patient symptomatique ou dans le contexte d'une chirurgie à risque plus élevé, mais ne devraient pas être effectuées de routine avant une chirurgie à faible risque chez des patients asymptomatiques.

2 Ne demandez pas un électrocardiogramme de référence chez les patients asymptomatiques devant subir une chirurgie non cardiaque à faible risque.

Les électrocardiogrammes (ÉCG) effectués avant les chirurgies non cardiaques électives sont souvent anormaux, et plus particulièrement chez les patients âgés. Malgré la fréquence de ces anomalies, les ÉCG ne contribuent guère à améliorer la prévisions des risques comparativement au simple fait d'interroger les patients sur leur santé. Les événements cardiaques graves, comme la crise cardiaque, sont rares après les chirurgies à faible risque; les médecins ne peuvent pas faire grand-chose pour atténuer davantage ce risque. Un ÉCG préopératoire n'améliorera donc pas les résultats, mais pourrait mener à d'autres tests ou d'autres traitements superflus. Les ÉCG utilisés pour identifier la cause de certains symptômes (palpitations, douleur thoracique, dyspnée, etc.) demeurent des outils diagnostiques utiles, que le patient soit ou non soumis à une chirurgie.

3 Ne demandez pas une radiographie pulmonaire de référence chez les patients asymptomatiques, sauf dans le cadre d'une évaluation chirurgicale ou oncologique.

Si les radiographies pulmonaires demeurent un élément important de l'évaluation en chirurgie avant des interventions pour le cancer ou des interventions thoraciques, il est préférable que ces examens de classification du stade clinique soient complétés avant de soumettre le patient à une chirurgie. Les radiographies pulmonaires ne sont pas indiquées pour l'évaluation préanesthésique de routine. En l'absence de symptômes, les radiographies n'ont que peu d'utilité diagnostique et produisent souvent des résultats faux positifs. Les radiographies pulmonaires n'améliorent ni la quantification du risque. En évaluation préanesthésique, elles devraient être réservées aux patients qui présentent des symptômes de maladie cardiopulmonaire aiguë (dyspnée, respiration sifflante, toux productive, etc.).

4 N'effectuez pas d'échocardiographie au repos dans le cadre d'une évaluation préopératoire pour les patients asymptomatiques devant subir une chirurgie non cardiaque de risque faible à intermédiaire.

L'échocardiographie au repos est clairement utile pour répondre à des questions diagnostiques chez certains patients en chirurgie, par exemple pour trouver l'étiologie de souffles systoliques potentiels ou d'une dyspnée à l'effort d'apparition récente. À part ces indications, l'échocardiographie au repos n'ajoute aucun renseignement pronostique additionnel significatif aux évaluations cliniques habituelles. Elle n'est pas utile comme outil de dépistage pour reconnaître les patients de chirurgie qui seraient à risque de complications cardiaques.

5 N'effectuez pas d'épreuve cardiaque d'effort chez les patients asymptomatiques qui doivent subir une chirurgie non cardiaque de risque faible à intermédiaire.

Les épreuves d'effort peuvent aider à confirmer un diagnostic chez les patients en chirurgie, par exemple, déterminer si une personne qui éprouve un malaise thoracique et présente des facteurs de risque vasculaire est atteinte d'une coronaropathie non diagnostiquée. Elles peuvent aussi aider à reconnaître les patients à risque élevé de complications cardiaques après une chirurgie vasculaire majeure. Néanmoins, les patients asymptomatiques qui ont une bonne capacité fonctionnelle présentent un très faible risque de complications cardiaques après une chirurgie non cardiaque de risque faible à intermédiaire. L'épreuve d'effort chez ces patients n'est pas utile pour établir le risque périopératoire et orienter les soins cliniques.

Comment la liste a été établie

La Société canadienne des anesthésiologistes (SCA) a demandé à une petite équipe d'experts anesthésiologistes canadiens de mettre au point une méthodologie de recherche et de procéder à un sondage afin d'établir la liste des cinq principales recommandations de la SCA. Le sondage s'est inspiré d'un travail similaire effectué par l'American Society of Anesthesiologists qui a dressé une liste factuelle d'activités à remettre en question en anesthésiologie sous le titre Five Things Physicians and Patients Should Question : American Society of Anesthesiologists. L'équipe de la SCA a dressé une liste brève de douze tests et interventions périopératoires et a demandé à ses membres d'y réfléchir et de répondre à des questions au sujet de leur fréquence d'utilisation, de leur impact sur la qualité des soins aux patients, de leur coût, des preuves les concernant et de la possibilité de les éviter. Cinq recommandations ont été sélectionnées à partir de la collecte et de l'analyse des données du sondage par l'équipe de recherche de la SCA en collaboration avec un expert-conseil en sondages et sur la base du consensus des experts. Les cinq principales recommandations ont été présentées au Congrès annuel de la SCA en juin 2015 et seront publiées dans le Journal canadien d'anesthésie.

Sources

- 1** Committee on Standards and Practice Parameters, et coll. Practice advisory for preanesthesia evaluation: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Preanesthesia Evaluation. *Anesthesiology*. Mars 2012; 116(3):522-38. [PMID : 22273990](#).
Czoski-Murray C, et coll. What is the value of routinely testing full blood count, electrolytes and urea, and pulmonary function tests before elective surgery in patients with no apparent clinical indication and in subgroups of patients with common comorbidities: a systematic review of the clinical and cost-effective literature. *Health Technol Assess*. Décembre 2012; 16(50):i-xvi, 1-159. [PMID : 23302507](#).
Keay L, et coll. Routine preoperative medical testing for cataract surgery. *Cochrane Database Syst Rev*. 14 mars 2012; 3:CD007293. [PMID : 22419323](#).
Merchant R, et coll. Guide d'exercice de l'anesthésie – Édition révisée 2015. *J Can Anesth*. Janvier 2015; 62(1):54-79. [PMID : 25323121](#).
- 2** Liu LL, et coll. Preoperative electrocardiogram abnormalities do not predict postoperative cardiac complications in geriatric surgical patients. *J Am Geriatr Soc*. Juillet 2002; 50(7):1186-91. [PMID : 12133011](#).
Mathis MR, et coll. Patient selection for day case-eligible surgery: identifying those at high risk for major complications. *Anesthesiology*. Décembre 2013; 119(6):1310-21. [PMID : 24108100](#).
van Klei WA, et coll. The value of routine preoperative electrocardiography in predicting myocardial infarction after noncardiac surgery. *Ann Surg*. Août 2007; 246(2):165-70. [PMID : 17667491](#).
- 3** Committee on Standards and Practice Parameters, et coll. Practice advisory for preanesthesia evaluation: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Preanesthesia Evaluation. *Anesthesiology*. Mars 2012; 116(3):522-38. [PMID : 22273990](#).
Joo HS, et coll. The value of screening preoperative chest x-rays: a systematic review. *Can J Anaesth*. Juin-juillet 2005; 52(6):568-74. [PMID : 15983140](#).
McAlister FA, et coll. Incidence of and risk factors for pulmonary complications after nonthoracic surgery. *Am J Respir Crit Care Med*. 1er mars 2005; 171(5):514-7. [PMID : 15563632](#).
- 4** Fleisher LA, et coll. 2014 ACC/AHA guideline on perioperative cardiovascular evaluation and management of patients undergoing noncardiac surgery: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation*. 9 décembre 2014; 130(24):e278-333. [PMID : 25085961](#).
Halm EA, et coll. Echocardiography for assessing cardiac risk in patients having noncardiac surgery. *Ann Intern Med*. 15 décembre 1996; 125(6):433-41. [PMID : 8779454](#).
Kristensen SD, et coll. 2014 ESC/ESA Guidelines on non-cardiac surgery: cardiovascular assessment and management: The Joint Task Force on non-cardiac surgery: cardiovascular assessment and management of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Anaesthesiology (ESA). *Eur Heart J*. 14 septembre 2014; 35(35):2383-431. [PMID : 25086026](#).
Wijeyesundera DN, et coll. Association of echocardiography before major elective non-cardiac surgery with postoperative survival and length of hospital stay: population based cohort study. *BMJ*. 20 juin 2011; 342:d3695. [PMID : 21724560](#).
- 5** Etchells E, et coll. Semiquantitative dipyridamole myocardial stress perfusion imaging for cardiac risk assessment before noncardiac vascular surgery: a meta-analysis. *J Vasc Surg*. Septembre 2002; 36(3):534-40. [PMID : 12218978](#).
Fleisher LA, et coll. 2014 ACC/AHA guideline on perioperative cardiovascular evaluation and management of patients undergoing noncardiac surgery: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation*. 9 décembre 2014; 130(24):e278-333. [PMID : 25085961](#).
Kristensen SD, et coll. 2014 ESC/ESA Guidelines on non-cardiac surgery: cardiovascular assessment and management: The Joint Task Force on non-cardiac surgery: cardiovascular assessment and management of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Anaesthesiology (ESA). *Eur Heart J*. 14 septembre 2014; 35(35):2383-431. [PMID : 25086026](#).
Sgura FA, et coll. Supine exercise capacity identifies patients at low risk for perioperative cardiovascular events and predicts long-term survival. *Am J Med*. Mars 2000; 108(4):334-6. [PMID : 11014727](#).

À propos de la Société canadienne des anesthésiologistes

La SCA est la société nationale de spécialité qui représente l'anesthésiologie au Canada. La SCA, fondée en 1943, est une organisation sans but lucratif, à participation volontaire, guidée par une vision de leadership novateur et d'excellence en anesthésiologie, soins périopératoires et sécurité des patients. La SCA représente 3000 membres (anesthésiologistes, anesthésistes de médecine générale, résidents, assistants en anesthésie, etc.) au Canada et ailleurs dans le monde, et se consacre à la promotion de l'excellence dans les soins aux patients grâce à la recherche, la formation et la représentation.



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.