

Résumé rapide

Maxime a présenté une évaluation complète des protocoles d'évaluation cardiaque préopératoire, comparant les différentes approches canadiennes, européennes et américaines pour identifier les patients à risque et optimiser la prise en charge chirurgicale. Il a examiné en détail les méthodes d'évaluation fonctionnelle, les scores de risque cardiaque, les examens cardiaques préopératoires et les biomarqueurs utilisés pour évaluer le risque de complications cardiovasculaires post-opératoires. Maxime a également analysé les recommandations concernant la gestion des médicaments cardiovasculaires en périopératoire et les différences entre les directives des divers pays, soulignant les lacunes actuelles dans la prise en charge optimale de ces patients.

Prochaines étapes

Les étapes suivantes n'ont pas été générées en raison d'une transcription insuffisante.

Résumé

Évaluation Cardiaque Préopératoire

Maxime a présenté une évaluation cardiaque pour identifier les patients à risque et ajuster l'approche chirurgicale. Il a expliqué que la mortalité cardiovasculaire post-opératoire reste la troisième cause de mortalité et que les facteurs de risque patients sont plus importants que le type de chirurgie. Maxime a également discuté du nouveau concept de myocardial, qui concerne les infarctus du myocarde asymptomatiques et leur impact sur la mortalité post-opératoire.

Évaluation fonctionnelle pré-chirurgie cardiovasculaire

Maxime a présenté une étude sur l'évaluation de la capacité fonctionnelle des patients avant une chirurgie à risque cardiovasculaire. Il a comparé différents méthodes d'évaluation, notamment les autoévaluations des patients (capacité de monter les escaliers) versus les tests objectifs comme le cipette. Maxime a expliqué que les lignes directrices canadiennes de 2017 attendaient la publication de la Met Study avant de recommander une approche, tandis que les directives européennes de 2022 ont considéré l'autoévaluation comme acceptable, et les Américains se basent sur la Met Study de 2018 avec le Dasy score.

Scores de Risque Cardiaque

Maxime a présenté une discussion détaillée sur les scores de risque cardiaque, notamment les scores MICA et ACS basés sur la base de données NSIPK aux États-Unis. Il a expliqué que ces scores sont bien validés extérnemement sur de grandes populations mais ont des limitations en matière d'application clinique en raison de l'absence de mesures systématiques de biomarqueurs, ce qui peut entraîner une sous-estimation du risque jusqu'à 50-65%. Maxime a souligné que les recommandations canadiennes considèrent ces scores comme de faible qualité, bien que l'algorithme de prise en charge périopératoire basé sur le RCRI soit utilisé au Canada. Il a également discuté des problématiques liées à l'interprétation des électrocardiogrammes et des différents types de blocs de conduction, notant que certains ne nécessitent pas d'interventions spéciales tandis que d'autres nécessitent une surveillance plus étroite.

Recommandations Examens Cardiaques Préopératoires

Maxime a discuté des recommandations concernant les examens cardiaques préopératoires pour les chirurgies à bas risque, notant que l'INAS recommande des consultations et tests préopératoires pour tous les patients. Il a expliqué que les études montrent un risque élevé d'annulations chirurgicales (13 cas dans une étude canadienne) en raison d'anomalies cardiaques, soulignant que ces complications sont rares (moins de 10 patients) pour d'autres types d'arythmies. Maxime a également comparé les recommandations entre le Canada, l'Europe et les États-Unis concernant les examens vasculaires et les épreuves d'efforts, notant des différences dans l'approche entre ces régions.

Évaluation préopératoire des patients cardiaques

Maxime a présenté les recommandations pour l'évaluation préopératoire des patients cardiaques, expliquant les différences entre les directives du Canada, de l'Europe et des États-Unis. Il a souligné que les études excluent généralement les maladies du tronc commun ou étendues, et que l'échocardiographie au repos n'est pas recommandée au Canada sauf dans certains cas spécifiques. Maxime a également discuté des tests de perfusion myocardique et de l'utilisation du biomarqueur BNP Pro pour évaluer le risque de complications cardiovasculaires postopératoires.

Biomarqueurs de Risque Cardiaque Post-op

Maxime a présenté une discussion détaillée sur les biomarqueurs de risque cardiaque post-opératoire, en se concentrant sur les niveaux de BNP et NT-proBNP ainsi que sur les troponines. Il a expliqué comment les recommandations varient

entre les pays, le Canada étant plus réceptif aux biomarqueurs que les États-Unis et l'Europe. Maxime a également détaillé l'algorithme canadien de classification des patients selon leur risque de complications cardiovasculaires post-opératoires, incluant les critères d'âge, de maladies cardiovasculaires et de type de chirurgie.

Changements Cg Post-Opératoire Cardiaque

Maxime a présenté une étude sur les changements de Cg post-opératoire après un événement cardiaque majeur, notant que 88% des patients ont une variation dans le Cg 15 minutes après leur arrivée en salle de réveil. Il a expliqué que les patients présentant des changements Cg nécessitent un suivi similaire aux événements cardiaques aigus, incluant le début d'une statine et d'aspirine. Maxime a souligné que bien que les directives actuelles existent, il manque encore d'évidence concernant la prise en charge optimale de ces patients, particulièrement pour ceux avec un score de risque modéré.

Comparaison Guidelines Médicaments Cardiovasculaires

Maxime a présenté une analyse comparative des lignes directrices canadiennes, européennes et américaines concernant la gestion des médicaments cardiovasculaires en périopératoire pour les patients sousgoing une chirurgie non cardiaque. Il a examiné les recommandations pour l'aspirine, les bêta-bloqueurs, les statines et d'autres médicaments, notant les différences dans les délais de suspension et de reprise selon les régions. Maxime a souligné que l'étude française de 2024 a montré qu'il n'y avait pas de différence significative entre la suspension et la continuation des bêta-bloqueurs avant la chirurgie, ce qui suggère une révision potentielle des recommandations actuelles.