

COMMENT PRESCRIRE LES EXAMENS COMPLÈMENTAIRES PRÉOPÉRATOIRES EN 2010 ?

Christian Blery

Centre Chirurgical Saint Roch, 29 route de gordes. Bp 65, 84302 Cavailon cedex. E-mail : christian.blery@wanadoo.fr

La prescription des examens complémentaires préopératoires doit se faire avec des objectifs spécifiques dans le cadre des recommandations professionnelles. Ces prescriptions ne se justifient que si elles améliorent significativement la qualité de soins et influencent favorablement la morbidité.

L'analyse des bilans prescrits chez des sujets sains (sensibilité, spécificité, valeur prédictive), montre qu'ils apportent peu d'information, leur valeur prédictive étant proche de zéro, tant sur le plan diagnostique que pour l'évaluation des risques. Leur impact est modeste sur les soins et, a fortiori sur la santé des patients. Leur multiplication génère de nombreux résultats faux positifs pouvant se révéler dangereux à la fois pour les patients qui sont soumis à une escalade d'investigations complémentaires, et pour les médecins qui, ayant tendance à les ignorer, se mettent en position délictuelle du point de vue de leur responsabilité. L'analyse de la prescription du bilan d'hémostase permet d'illustrer ce propos [1, 2].

Chez les sujets âgés, le nombre d'anomalies croissant, la problématique de l'utilité des examens se pose pour les interventions à faible risque [3]. L'analyse du cas de la chirurgie de la cataracte permet de penser que les examens préopératoires ne sont pas utiles dans ce cas [4].

D'une façon plus générale la demande d'examens sur le seul critère de l'âge reste discutée notamment pour l'électrocardiogramme [5].

Chez les sujets ayant des comorbidités, l'objectif de l'évaluation préopératoire n'est pas seulement d'évaluer l'aptitude du patient à l'anesthésie et à la chirurgie mais de répondre aux questions suivantes : est-ce qu'une aide à la stratification peut modifier la prise en charge ? Est-ce que quelque chose peut être fait pour réduire le risque du patient ? La plupart des décisions nécessaires doivent être prises abstraction faite de la chirurgie pour améliorer le pronostic à long terme du patient [6].

Les recommandations professionnelles sur le bilan préopératoire fleurissent depuis près de 30 ans. Elles expriment toutes le même message : l'ère des

bilans préopératoires systématiques est révolue, la prescription doit être établie selon le contexte clinique et les examens ne devraient être prescrits que si leurs résultats influencent la prise en charge [7, 8, 9].

En France, les recommandations de 1998 [10] sont en cours d'actualisation sous la forme de Recommandations Formalisées d'Experts.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Kitchens CS. To bleed or not to bleed? Is that the question for the PTT? *JThromb Haemost* 2005; 3: 2606-11.
- [2] Chee YL, Crawford JC, Watson HG, Greaves M. Guidelines on the assessment of bleeding risk prior to surgery or invasive procedures. British Committee for Standards in Haematology. *British Journal of Haematology* 2008; 140, 496-504.
- [3] Chung F, Yuan H, , Ling Yin, Vairavanathan S, Wong DT. Elimination of Preoperative Testing in Ambulatory Surgery *Anesth Analg* 2009; 108:467-475.
- [4] Keay L, Lindsley K, Tielsch J, Katz J, Schein O. Routine preoperative medical testing for cataract surgery. *Cochrane Database of Systematic Reviews/* 2009, Issue 2.
- [5] De Hert SG. Preoperative electrocardiograms. Obsolete or still useful? *Anesthesiology* 2009; 110:1205-6.
- [6] Pasternak LR. Preoperative Testing: Moving from Individual Testing to Risk Management . *Anesth. Analg.*, 2009; 108(2):393-394.
- [7] Munro J, Booth A, Nicholl J. Routine preoperative testing: a systematic review of the evidence. *Health Technol Assess* 1997;1:1-62.
- [8] Practice advisory for preanesthesia evaluation. A report by the American Society of Anesthesiologists task force on preanesthesia evaluation. *Anesthesiology* 2002;96:485-96.
- [9] Nice Institute for clinical excellence. The use of routine preoperative tests for elective surgery. 2003. www.nice.org.uk
- [10] ANAES. Les examens préopératoires systématiques 1998. *Recommandations et Références Professionnelles*; 2000:66-67.