

Recommandations générales sur le report des tests et procédures cardiovasculaires non urgents pendant la pandémie de COVID-19

Dans le but de réduire le risque d'infection / propagation de COVID-19, de protéger nos patients et nos équipes de soins, d'améliorer la capacité de répondre à la pandémie et de préserver l'accès aux soins cardiovasculaires nécessaires, de nombreux hôpitaux et cliniques ont commencé à différer les examens et procédures cardiovasculaires non urgents.

En général, il est raisonnable d'envisager de différer tout examen ou procédure qui ne devrait pas avoir d'impact direct sur l'évolution clinique ou thérapeutique au cours des prochains mois.

Conformément aux recommandations des « Centers for Disease Control and Prevention » qui préconisent de reporter les rendez-vous des << consultations externes non urgentes >> et des << chirurgies électives nécessaires >>, on a identifié les examens et les procédures susceptibles d'être reportés.

La liste suivante représente un "point de départ" pour une discussion autour de ce sujet.

Cette liste est susceptible de changer au fil du temps, en fonction de la capacité hospitalière et de la disponibilité du personnel, en particulier dans le cadre d'une augmentation de COVID-19.

Dans la mesure du possible, il est préférable de privilégier les examens qui peuvent être effectués par des moyens alternatifs ou à distance (par exemple, interrogation de dispositifs électroniques implantables cardiovasculaires).

Les décisions concernant les examens / procédures à effectuer (ou à ne pas effectuer) doivent être basées sur une évaluation personnalisée du risque, basée sur l'état clinique du patient.

La prise de décision partagée entre les patients et les membres de l'équipe soignante représente un élément important et, à ce titre, doit être clairement documentée dans le dossier médical.

Domaine de l'examen	Examens / procédures avec possibilité de report
Tests de stress et imagerie cardiovasculaires	<ul style="list-style-type: none"> • Les tests de stress (ECG uniquement ou couplé à l'imagerie (écho, scintigraphie, IRM)) en cas de suspicion de cardiopathie ischémique stable (patient ambulatoire et hospitalisé). • Épreuve d'effort cardiopulmonaire pour l'évaluation fonctionnelle (patient ambulatoire et hospitalisé). • Échocardiographies transthoraciques (patient ambulatoire) • Échocardiographies transœsophagiennes chez des patients stables (patients ambulatoires et hospitalisés) • Tomodensitométrie cardiovasculaire (coroscanner, angioscanner, scanner cardiaque) (patient ambulatoire) • Imagerie par résonance magnétique cardiovasculaire (IRM) (patient ambulatoire) • Imagerie cardiaque nucléaire (scintigraphie myocardique, SPECT et TEP) (patient ambulatoire et hospitalisé) • Imagerie vasculaire pour atteinte asymptomatique de l'artère carotide (patient ambulatoire et hospitalisé) • Imagerie vasculaire pour évaluer la claudication des membres inférieurs (patient ambulatoire et hospitalisé) • Imagerie à des fins de dépistage (p. Ex. Score de calcium coronaire, échographie de dépistage pour évaluer la présence d'un AAA) (patient ambulatoire et hospitalisé)
Électrophysiologie	<ul style="list-style-type: none"> • Contrôles / interrogations directs des dispositifs électroniques cardiovasculaires implantables (DECI) (patients externes) et en l'absence de nouveaux symptômes cardiovasculaires (patients hospitalisés)

	<ul style="list-style-type: none"> • Cardioversion chez des patients stables et asymptomatiques (ambulatoires et hospitalisés) • Tilt test (ambulatoire et hospitalisé) • Implantation d'un Holter implantable (ILR) en dehors d'AVC cryptogénique (ambulatoire et hospitalisé) • Implantation de stimulateur cardiaque pour dysfonction sinusale stable ou bloc AV du deuxième degré sans syncope (ambulatoire et hospitalisé) • Implantation d'un DAI en prévention primaire chez les patients stables à faible risque (ambulatoire) • Upgrading d'un PM vers un dispositif de resynchronisation cardiaque (CRT) chez les patients stables (ambulatoires et hospitalisés) • Ablation de la fibrillation auriculaire chez des patients stables (par exemple, sans insuffisance cardiaque réfractaire) (ambulatoire et hospitalisé) • Ablation du flutter auriculaire chez les patients stables (par exemple, sans insuffisance cardiaque réfractaire) (ambulatoire et hospitalisé) • Ablation des TSV chez les patients stables (ambulatoire et hospitalisé) • Ablation des ESV chez les patients stables (ambulatoires et hospitalisés) • Fermeture / occlusion de auricule gauche (ambulatoire et hospitalisé) • Extraction de sondes non liée à une infection ou à une défaillance symptomatique des sondes (ambulatoire et hospitalisé)
<p>Insuffisance cardiaque et transplantation cardiaque</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Test d'effort cardio-pulmonaire pour l'évaluation fonctionnelle (ambulatoire et hospitalisé) • Cathétérisme cardiaque droit (ambulatoire) • Cathétérisme cardiaque droit et biopsie cardiaque post-transplantation cardiaque de contrôle (ambulatoire)

	<ul style="list-style-type: none"> • Angiographie coronaire de contrôle après transplantation cardiaque (ambulatoire) • Implantation de moniteur hémodynamique (par exemple CardioMEMS) (ambulatoire et hospitalisé)
Cardiologie interventionnelle	<ul style="list-style-type: none"> • Angiographie coronaire ± angioplastie pour cardiopathie ischémique stable (ambulatoire et hospitalisé) • Angiographie coronaire ± angioplastie pour une évaluation préopératoire non cardiaque (ambulatoire et hospitalisée) • Angioplastie d'occlusion totale chronique (CTO) (ambulatoire et hospitalisé) • Curiethérapie coronaire (ambulatoire et hospitalisée) • Angiographie coronaire de contrôle après transplantation cardiaque (ambulatoire) • Cathétérisme cardiaque droit (ambulatoire) • Angiographie pulmonaire (ambulatoire) • Angioplastie pulmonaire à ballonnet pour HTAP thromboembolique chronique (ambulatoire et hospitalisé) • Angiographie rénale ± Angioplastie (ambulatoire et hospitalisé)
Maladies cardiaques structurelles	<ul style="list-style-type: none"> • Fermeture FOP / CIA (ambulatoire et hospitalisé) • Remplacement percutané de la valve aortique (TAVI) chez les patients asymptomatiques (ambulatoires et hospitalisés) • Plastie percutanée de la valve mitrale (par exemple, MitraClip) ou remplacement (par exemple, valve dans la valve) (ambulatoire) • Fermeture / occlusion de l'auricule gauche (par exemple, Watchman) (ambulatoire et hospitalisé)
Chirurgie cardiaque	<ul style="list-style-type: none"> • Chirurgie de pontage aorto-coronaire pour une cardiopathie ischémique stable (ambulatoire et hospitalisée) • Plastie / remplacement valvulaire chez les patients asymptomatiques (ambulatoires et hospitalisés)

	<ul style="list-style-type: none"> • Réparation d'un anévrisme aortique ascendant asymptomatique (<5,5 cm) chez ceux sans facteurs de risque supplémentaires (par exemple, antécédents familiaux) (ambulatoire et hospitalisé) • Traitement chirurgical de la fibrillation auriculaire (ambulatoire)
Vasculaire	<ul style="list-style-type: none"> • Angiographie des membres supérieurs ± angioplastie (ambulatoire et hospitalisé) • Angiographie des membres inférieurs ± angioplastie pour claudication des membres inférieurs (ambulatoire et hospitalisé) • Revascularisation chirurgicale des membres inférieurs pour la claudication (ambulatoire et hospitalisé) • Angiographie des membres inférieurs ± angioplastie pour les ulcères artériels (sans perte imminente du membre ou de tissu) (ambulatoire et hospitalisé) • Revascularisation chirurgicale des membres inférieurs pour les ulcères artériels (sans perte imminente de membre ou de tissu) (ambulatoire et hospitalisé) • Angiographie carotidienne ± angioplastie chez des patients asymptomatiques (ambulatoires et hospitalisés) • Revascularisation artérielle cérébrale Trans-carotidienne (TCAR) ou autre revascularisation chirurgicale chez des patients asymptomatiques (ambulatoires et hospitalisés) • Angiographie rénale ± angioplastie (ambulatoire et hospitalisé) • Confection d'un accès de dialyse (fistule AV) (ambulatoire) • Réparation d'un anévrisme de l'aorte ascendante asymptomatique (<5,5 cm) chez les patients sans facteurs de risque surajoutés (par exemple, antécédents familiaux) (ambulatoire et hospitalisé)

	<ul style="list-style-type: none"> • Traitement endovasculaire ou à ciel ouvert d'un anévrisme de l'aorte abdominale non rompu (AAA) ≤5,5 cm (ambulatoire et hospitalisé) • Traitement endovasculaire ou à ciel ouvert d'un anévrisme de l'aorte thoracique non rompu (AAA) ≤5,5 cm (ambulatoire et hospitalisé) • Stripping veineux (ambulatoire et hospitalisée) • Stenting veineux (ambulatoire et hospitalisée)
Autres	<ul style="list-style-type: none"> • Réadaptation cardiaque, phase 1 (hospitalisation) et phases 2 & 3 (ambulatoire) • Réadaptation pulmonaire (ambulatoire) • Réadaptation vasculaire (ambulatoire)