

Pertinence des consultations et tests  
préopératoires pour une chirurgie  
élective à faible risque chez les  
personnes de 16 ans et plus  
Annexes complémentaires

Une production de l'Institut national  
d'excellence en santé  
et en services sociaux (INESSS)

Direction de l'évaluation et de la pertinence  
des modes d'intervention en santé



*Le présent document contient les annexes complémentaires au rapport Pertinence des consultations et tests préopératoires pour une chirurgie élective à faible risque chez les personnes de 16 ans et plus.*

Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'INESSS.

Ces annexes et le rapport final sont accessibles en ligne dans la section [Publications](#) de notre site Web.

---

## **Renseignements**

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)

2535, boulevard Laurier, 5<sup>e</sup> étage  
Québec (Québec) G1V 4M3  
Téléphone : 418 643-1339  
Télécopieur : 418 646-8349

2021, avenue Union, bureau 1200  
Montréal (Québec) H3A 2S9  
Téléphone : 514 873-2563  
Télécopieur : 514 873-1369

[inesss@inesss.qc.ca](mailto:inesss@inesss.qc.ca)

[www.inesss.qc.ca](http://www.inesss.qc.ca)

---

## **Responsabilité**

L'Institut rend accessibles les principales informations qui ont servi à la préparation du rapport Usage optimal des consultations et tests préopératoires aux lecteurs qui désirent plus de détails sur sa démarche scientifique.

Ce document n'a pas fait l'objet d'une révision linguistique. Il ne reflète pas forcément les opinions des autres personnes consultées aux fins du présent dossier.



# TABLE DES MATIÈRES

ANNEXE A.....	1
Stratégie de repérage de l'information scientifique.....	1
ANNEXE B.....	6
Sélection des documents.....	6
ANNEXE C.....	18
Résultats de l'évaluation de la qualité des documents retenus.....	18
ANNEXE D.....	21
Synthèse des recommandations/indications et des constats tirés des guides et des revues systématiques.....	21
RÉFÉRENCES.....	69

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau A-1	Bases de données bibliographiques et mots-clés.....	1
Tableau A-2	Littérature grise consultée.....	5
Tableau B-1	Liste des documents issus de la recherche bibliographique exclus et raisons d'exclusion.....	7
Tableau B-2	Liste des documents issus de la littérature grise exclus et raisons d'exclusion.....	15
Tableau B-3	Liste et caractéristiques des documents retenus.....	17
Tableau C-1	Évaluation de la qualité des guides de pratique clinique à l'aide de la grille AGREE II [Brouwers <i>et al.</i> , 2010].....	18
Tableau C-2	Évaluation de la qualité méthodologique des revues systématiques à l'aide de l'outil AMSTAR 2 [Shea <i>et al.</i> , 2017].....	19
Tableau D-1	Consultations préopératoires.....	21
Tableau D-2	Tests préopératoires (général).....	23
Tableau D-3	Radiographie thoracique.....	27
Tableau D-4	Fonction pulmonaire : spirométrie et mesure des gaz artériels.....	30
Tableau D-5	Échocardiographie transthoracique au repos.....	32
Tableau D-6	Angiographie coronarienne (CCTA).....	35
Tableau D-7	Test d'effort cardiopulmonaire (CPET), échographie ou imagerie et tests à l'effort ou de stress.....	36
Tableau D-8	Dosage de BNP/NT-ProBNP.....	38
Tableau D-9	Imagerie des carotides.....	39
Tableau D-10	Groupage sanguin et recherche d'anticorps irréguliers (RAI).....	40
Tableau D-11	Dépistage de l'anémie falciforme.....	41
Tableau D-12	Électrocardiogramme (ECG).....	42
Tableau D-13	Évaluation de la fonction rénale : créatinine et eGFR.....	43
Tableau D-14	Tests biochimiques (Biochimie sérique/ions).....	46

Tableau D-15	Test de glycémie et dosage de l'hémoglobine glyquée (HbA1C).....	49
Tableau D-16	Dosage de l'hémoglobine/hématocrite et formule sanguine complète.....	52
Tableau D-17	Tests d'hémostase et de coagulation .....	54
Tableau D-18	Tests de fonction hépatique.....	61
Tableau D-19	Test de grossesse.....	62
Tableau D-20	Fragilité/Évaluation cognitive .....	64
Tableau D-21	Apnée du sommeil .....	65
Tableau D-22	Analyses d'urine.....	67

## **LISTE DES FIGURES**

Figure B-1	Diagramme de flux .....	6
------------	-------------------------	---

# ANNEXE A

## Stratégie de repérage de l'information scientifique

**Tableau A-1 Bases de données bibliographiques et mots-clés**

<b>MEDLINE (Ovid)</b>	
<b>Segment :</b> (R) ALL 1946 to February 08, 2023	
<b>Date de la recherche :</b> 9 février 2023	
<b>Limites :</b> 2012- ; anglais, français	
1	Ambulatory Surgical Procedures/ OR Elective Surgical Procedures/ OR Perioperative Care/ OR Perioperative Nursing/ OR Perioperative Period/ OR Preoperative Care/ OR Preoperative Period/
2	(peri-operati* OR perioperati* OR peri-surg* OR perisurg* OR pre-op OR pre-operati* OR preop OR preoperati* OR preprocedure* OR pre-procedure* pre-surg* OR presurg*).ti,kf,bt.
3	((advance* OR ahead OR before OR pre OR preced* OR prior) ADJ4 (anaesthes* OR anesthes* OR intervention* OR operat* OR procedure* OR surger* OR surgical)).ti,kf,bt.
4	((elective OR non urgent OR nonurgent OR non obligatory OR nonobligatory) ADJ4 (intervention* OR operation* OR procedure* OR surger* OR surgical)).ti,bt,kf
5	((ambulatory OR office OR outpatient OR planified OR planned OR programmed OR schedule*) ADJ5 (intervention* OR operation* OR procedure* OR surger* OR surgical)) OR (day ADJ2 (operation* OR surger* OR surgical)).ti,bt,kf
6	OR/2-5
7	Clinical Laboratory Techniques/ OR Diagnostic Tests, Routine/
8	(assess* OR consult? OR consulted OR consulting OR consultat* OR evaluat* OR examinat* OR investigat* OR screen* OR test*).ti,kf,bt.
9	Surgical Clearance/
10	((preoperat* OR pre-operat* OR preop OR pre-op OR pre-surg* OR presurg* OR pre-anaesthes* OR preanaesthes* OR pre-anesthes OR preanesthes* OR preprocedure* OR pre-procedure*) ADJ2 (assess* OR consult? OR consulted OR consulting OR consultat* OR evaluat* OR examinat* OR investigat* OR screen* OR test*).ti,kf,bt
11	((operat* OR surgical) ADJ2 clearance*).ti,kf,bt.
12	10 OR 11
13	(1 AND 7) OR 9
14	(6 AND 8) OR 12
15	13 OR 14
16	(exp Animals/ NOT (exp Animals/ and exp Humans/)) OR ((animal* OR rat OR rats OR mouse OR mice OR rodent* OR murine* OR hamster* OR cat OR cats OR feline* OR dog OR dogs OR canine* OR rabbit* OR pig OR pigs OR piglet* OR porcine* OR sheep* OR lamb OR lambs OR goat* OR monkey* OR cow OR cows OR calf OR calves OR cattle OR horse* OR veterinar*).ti,ab,kf ) NOT (human* OR patient*).ti,ab,kw
17	15 NOT 16
18	(Case Reports OR Comment OR Editorial OR Letter).pt OR (case report* OR case stud* OR comment* OR reply OR replies OR editorial* OR letter*).ti
19	17 NOT 18
20	exp Algorithms/ OR exp Clinical Protocols/ OR exp Consensus/ OR exp Consensus Development Conference/ OR exp Consensus Development Conferences as Topic/ OR exp Critical Pathways/ OR exp Guideline/ OR exp Guidelines as Topic/ OR Health Planning Guidelines/ OR Clinical Conference.pt OR (guideline* OR guide line* OR CPG OR CPGs OR guidance OR practical guide* OR (best ADJ3 practice*) OR (evidence ADJ2 (base* OR report* OR synthes* OR research OR practice* OR best)) OR consensus OR algorithm* OR (clinical ADJ2 (path OR paths OR pathway* OR protocol*)) OR (critical ADJ2 (path OR paths OR pathway*)) OR recommendation* OR committee opinion* OR policy statement* OR position statement* OR practice parameter* OR practice pathway* OR practice protocol* OR ((standard OR standards) ADJ2 (care* OR practice*)) OR (gold ADJ2 standard*).ti,ab,kw
21	Meta-Analysis/ OR exp Meta-Analysis as Topic/ OR Systematic Review/ OR exp Technology Assessment, Biomedical/ OR (meta-analy* OR metaanaly* OR met analy* OR metanaly* OR meta-review* OR metareview* OR meta regression* OR metaregression* OR meta synthesis OR metasynthesis OR overview of review* OR overviews of reviews OR (systematic* ADJ3 (review* OR overview* OR literature OR search*

	OR research*)) OR ((quantitative OR methodologic* OR integrativ*) ADJ (review* OR overview* OR syntheses*)) OR umbrella review* OR HTA OR HTAs OR technology assessment* OR technology overview* OR technology appraisal* OR technology reassessment*).ti,ab,kw OR ((review).mp AND ((medline OR pubmed) AND (cinahl OR cochrane OR embase OR psycinfo)).ti,ab,kw)
22	(19 AND 20) OR (19 AND 21)

<b>EMBASE (Ovid)</b>	
<b>Segment : 1974 to 2023 February 08</b>	
<b>Date de la recherche : 9 février 2023</b>	
<b>Limites : 2012- ; anglais, français</b>	
1	Ambulatory Surgery/ OR Elective Surgery/ OR Perioperative Care/ OR Perioperative Nursing/ OR Perioperative Period/ OR Preoperative Care/ OR Preoperative Period/
2	(peri-operati* OR perioperati* OR peri-surg* OR perisurg* OR pre-op OR pre-operati* OR preop OR preoperati* OR pre-surg* OR presurg* OR preprocedure* OR pre-procedure*).ti,kf,bt.
3	((advance* OR ahead OR before OR pre OR preced* OR prior) ADJ4 (anaesthes* OR anesthes* OR intervention* OR operat* OR procedure* OR surger* OR surgical)).ti,kf,bt.
4	((elective OR non urgent OR nonurgent OR non obligatory OR nonobligatory) ADJ4 (intervention* OR operation* OR procedure* OR surger* OR surgical)).ti,kt,kf
5	((ambulatory OR office OR outpatient OR planified OR planned OR programmed OR schedule*) ADJ5 (intervention* OR operation* OR procedure* OR surger* OR surgical)) OR (day ADJ2 (operation* OR surger* OR surgical)).ti,kt,kf
6	OR/2-5
7	Laboratory Technique/ OR Laboratory Test/ OR Diagnostic Test/
8	(assess* OR consult? OR consulted OR consulting OR consultat* OR evaluat* OR examinat* OR investigat* OR screen* OR test*).ti,kf,bt.
9	*Preoperative Evaluation/
10	((preoperat* OR pre-operat* OR preop OR pre-op OR pre-surg* OR presurg* OR pre-anaesthes* OR preanaesthes* OR pre-anesthes OR preanesthes* OR preprocedure* OR pre-procedure*) ADJ2 (assess* OR consult? OR consulted OR consulting OR consultat* OR evaluat* OR examinat* OR investigat* OR screen* OR test*).ti,kf,bt
11	((operat* OR surgical) ADJ2 clearance*).ti,kf,bt.
12	10 OR 11
13	(1 AND 7) OR 9
14	(6 AND 8) OR 12
15	13 OR 14
16	((exp Animal/ OR Nonhuman/) NOT exp Human/) OR ((animal* OR rat OR rats OR mouse OR mice OR rodent* OR murine* OR hamster* OR cat OR cats OR feline* OR dog OR dogs OR canine* OR rabbit* OR pig OR pigs OR piglet* OR boar* OR porcine* OR swine* OR sheep* OR lamb OR lambs OR goat* OR monkey* OR cow OR cows OR calf OR calves OR cattle OR horse? OR veterinar*).ti,ab,kw,hw ) NOT (human* OR patient*).ti,ab
17	15 NOT 16
18	(Case Reports OR Comment OR Editorial OR Letter).pt OR (case report* OR case stud* OR comment* OR reply OR replies OR editorial* OR letter*).ti
19	17 NOT 18
20	Algorithm/ OR Clinical Pathway/ OR Clinical Protocol/ OR Consensus/ OR Consensus Development/ OR Health Care Planning/ OR exp Practice Guideline/ OR (algorithm* OR best evidence OR (best ADJ3 practice*) OR clinical path OR clinical paths OR (clinical ADJ3 pathway*) OR clinical protocol* OR committee opinion* OR CPG OR CPGs OR consensus OR (critical ADJ3 pathway*) OR gold standard* OR guidance* OR guideline* OR guide line* OR policy statement* OR position statement* OR practical guide* OR practice parameter* OR practice pathway* OR practice protocol* OR practice standard* OR recommendation* OR standard care* OR standard of care OR standards of care).ti,ab. OR standard*.ti.
21	Biomedical Technology Assessment/ OR Meta Analysis/ OR "Meta Analysis (topic)"/ OR Systematic Review/ OR "Systematic Review (topic)"/ OR (HTA OR HTAs OR evidence base* OR evidence report* OR evidence synthesis OR evidence syntheses OR meta-analy* OR metaanaly* OR met analy* OR metanaly* OR meta regression* OR metaregression* OR meta review* OR metareview* OR meta synthesis OR metasynthesis OR overview of review* OR (systematic* ADJ3 (review* OR overview* OR search* OR research*)) OR research evidence* OR technology appraisal* OR technology assessment* OR technology overview* OR

	technology reassessment* OR umbrella review*).ti,ab. OR (review.tw. AND ((medline OR pubmed) AND (cinahl OR cochrane OR embase OR psycinfo)).ti,ab.)
22	(19 AND 20) OR (19 AND 21)
23	limit 22 to embase
24	limit 22 to exclude medline journals
25	23 OR 24

<b>EBM Reviews (Ovid) : Cochrane Database of Systematic Reviews</b>	
<b>Segment :</b> 2005 to January 17, 2023	
<b>Date de la recherche :</b> 9 février 2023	
<b>Limites :</b> 2012- ; anglais, français	
1	(peri-operati* OR perioperati* OR peri-surg* OR perisurg* OR pre-op OR pre-operati* OR preop OR preoperati* OR pre-surg* OR presurg* OR preprocedure* OR pre-procedure*).ti,kw
2	((advance* OR ahead OR before OR pre OR preced* OR prior) ADJ4 (anaesthes* OR anesthes* OR intervention* OR operat* OR procedure* OR surger* OR surgical)).ti,kw
3	((elective OR non urgent OR nonurgent OR non obligatory OR nonobligatory) ADJ4 (intervention* OR operation* OR procedure* OR surger* OR surgical)).ti,kw
4	((ambulatory OR office OR outpatient OR planified OR planned OR programmed OR schedule*) ADJ5 (intervention* OR operation* OR procedure* OR surger* OR surgical)) OR (day ADJ2 (operation* OR surger* OR surgical))).ti,kw
5	OR/1-4
6	(assess* OR consult? OR consulted OR consulting OR consultat* OR evaluat* OR examinat* OR investigat* OR screen* OR test*).ti,kw
7	((preoperat* OR pre-operat* OR preop OR pre-op OR pre-surg* OR presurg* OR pre-anaesthes* OR preanaesthes* OR pre-anesthes OR preanesthes* OR preprocedure* OR pre-procedure*) ADJ2 (assess* OR consult? OR consulted OR consulting OR consultat* OR evaluat* OR examinat* OR investigat* OR screen* OR test*).ti,kw
8	((operat* OR surgical) ADJ2 clearance*).ti,kw
9	OR/7-8
10	(5 AND 6) OR 9

<b>EBM Reviews (Ovid) : NHS Economic Evaluation Database</b>	
<b>Segment :</b> 1st Quarter 2016	
<b>Date de la recherche :</b> 9 février 2023	
<b>Limites :</b> 2012- ; anglais, français	
1	Ambulatory Surgical Procedures/ OR Elective Surgical Procedures/ OR Perioperative Care/ OR Perioperative Nursing/ OR Perioperative Period/ OR Preoperative Care/ OR Preoperative Period/
2	(peri-operati* OR perioperati* OR peri-surg* OR perisurg* OR pre-op OR pre-operati* OR preop OR preoperati* OR pre-surg* OR presurg* OR preprocedure* OR pre-procedure*).ti
3	((advance* OR ahead OR before OR pre OR preced* OR prior) ADJ4 (anaesthes* OR anesthes* OR intervention* OR operat* OR procedure* OR surger* OR surgical)).ti
4	((elective OR non urgent OR nonurgent OR non obligatory OR nonobligatory) ADJ4 (intervention* OR operation* OR procedure* OR surger* OR surgical)).ti
5	((ambulatory OR office OR outpatient OR planified OR planned OR programmed OR schedule*) ADJ5 (intervention* OR operation* OR procedure* OR surger* OR surgical)) OR (day ADJ2 (operation* OR surger* OR surgical))).ti
6	OR/1-5
7	Clinical Laboratory Techniques/ OR Diagnostic Tests, Routine/
8	(assess* OR consult? OR consulted OR consulting OR consultat* OR evaluat* OR examinat* OR investigat* OR screen* OR test*).ti
9	7 OR 8
10	Surgical Clearance/
11	((preoperat* OR pre-operat* OR preop OR pre-op OR pre-surg* OR presurg* OR pre-anaesthes* OR preanaesthes* OR pre-anesthes OR preanesthes* OR preprocedure* OR pre-procedure*) ADJ2 (assess* OR consult? OR consulted OR consulting OR consultat* OR evaluat* OR examinat* OR investigat* OR screen* OR test*).ti
12	((operat* OR surgical) ADJ2 clearance*).ti

13	OR/10-12
14	(6 AND 9) OR 13

<b>EBM Reviews (Ovid) : Health Technology Assessment</b>	
<b>Segment</b> : 4th Quarter 2016	
<b>Date de la recherche</b> : 9 février 2023	
<b>Limites</b> : 2012- ; anglais, français	
	Ambulatory Surgical Procedures/ OR Elective Surgical Procedures/ OR Perioperative Care/ OR Perioperative Nursing/ OR Perioperative Period/ OR Preoperative Care/ OR Preoperative Period/
2	(peri-operati* OR perioperati* OR peri-surg* OR perisurg* OR pre-op OR pre-operati* OR preop OR preoperati* OR pre-surg* OR presurg*).ti
3	((advance* OR ahead OR before OR pre OR preced* OR prior) ADJ4 (anaesthes* OR anesthes* OR intervention* OR operat* OR procedure* OR surger* OR surgical)).ti
4	((elective OR non urgent OR nonurgent OR non obligatory OR nonobligatory) ADJ4 (intervention* OR operation* OR procedure* OR surger* OR surgical)).ti
5	((ambulatory OR office OR outpatient OR planified OR planned OR programmed OR schedule*) ADJ5 (intervention* OR operation* OR procedure* OR surger* OR surgical)) OR (day ADJ2 (operation* OR surger* OR surgical))).ti
6	OR/1-5
7	Clinical Laboratory Techniques/ OR Diagnostic Tests, Routine/
8	(assess* OR consult? OR consulted OR consulting OR consultat* OR evaluat* OR examinat* OR investigat* OR screen* OR test*).ti
9	7 OR 8
10	Surgical Clearance/
11	((admission OR preadmission* OR pre-admission* OR preoperat* OR pre-operat* OR preop OR pre-op OR pre-surg* OR presurg* OR pre-anaesthes* OR preanaesthes* OR pre-anesthes OR preanesthes*) ADJ2 (assess* OR consult? OR consulted or consulting OR consultat* OR evaluat* OR examinat* OR investigat* OR screen* OR test*).ti
12	((operat* OR surgical) ADJ2 clearance*).ti
13	OR/10-12
14	(6 AND 9) OR 13

## Tableau A-2 Littérature grise consultée

Date de la consultation : février 2023

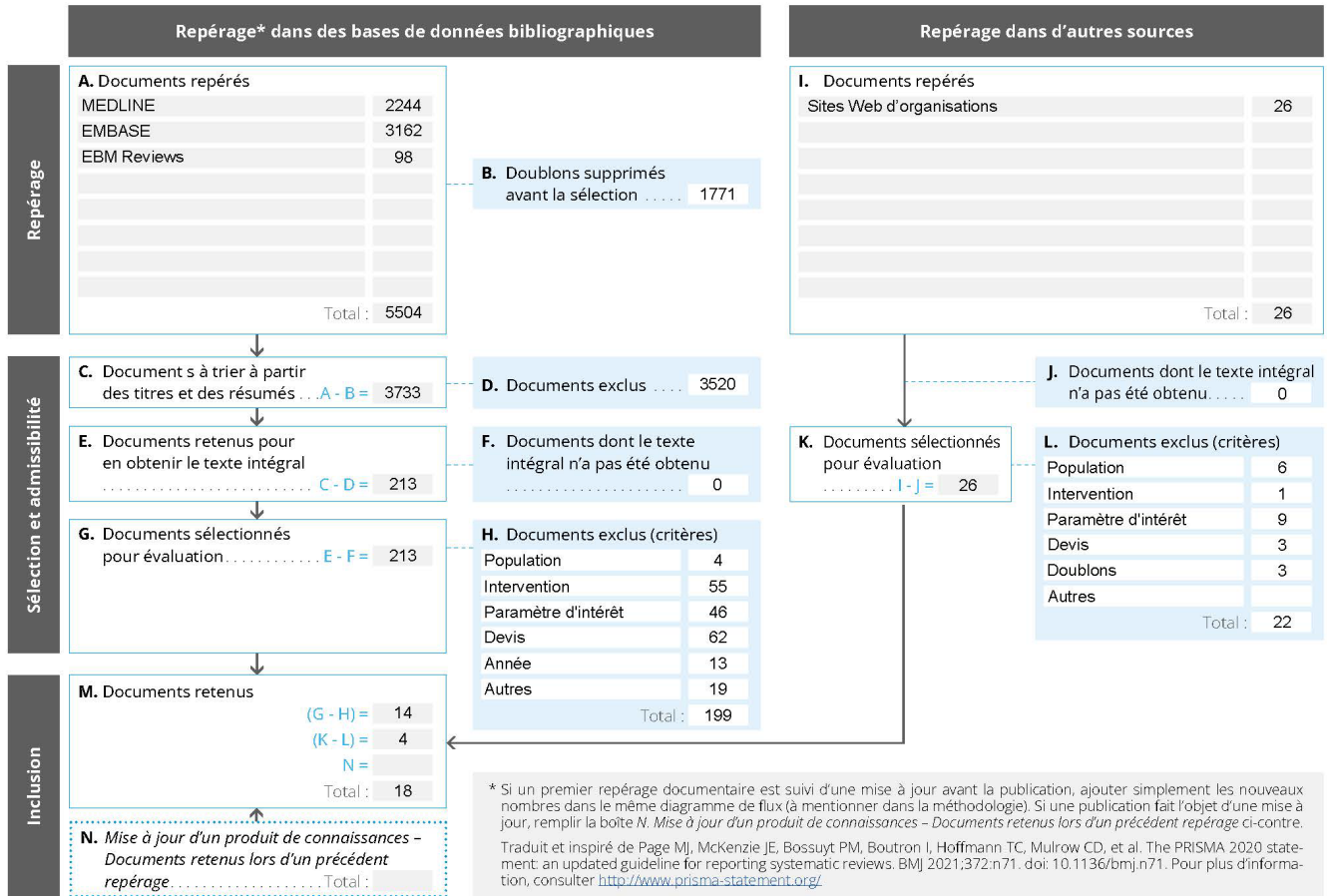
Veille effectuée jusqu'en novembre 2023

Sites	Lien	Résultats
1. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)	<a href="https://effectivehealthcare.ahrq.gov/">https://effectivehealthcare.ahrq.gov/</a>	1
2. Agence canadienne des médicaments et des technologies/Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (ACMTS/CADTH)	<a href="https://www.cadth.ca/">https://www.cadth.ca/</a>	1
3. BCGuidelines.ca	<a href="https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/practitioner-professional-resources/bc-guidelines">https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/practitioner-professional-resources/bc-guidelines</a>	0
4. Centre fédéral d'expertise en santé (KCE)	<a href="https://kce.fgov.be/fr">https://kce.fgov.be/fr</a>	0
5. ECRI Guidelines Trust	<a href="https://guidelines.ecri.org">https://guidelines.ecri.org</a>	0
6. ERAS	<a href="https://erassociety.org/guidelines/">https://erassociety.org/guidelines/</a>	5
7. Guidelines International Network (GIN)	<a href="https://guidelines.ebmportal.com/">https://guidelines.ebmportal.com/</a>	2
8. Haute Autorité de Santé (HAS)	<a href="http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_6056/fr/recherche-avancee">http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_6056/fr/recherche-avancee</a>	2
9. Health Quality Ontario (HQO)	<a href="http://www.hqontario.ca/Evidence">http://www.hqontario.ca/Evidence</a>	3
10. Infobanque AMC (Association médicale canadienne – Canadian Medical Association)	<a href="https://www.cma.ca/Fr/Pages/clinical-practice-guidelines.aspx">https://www.cma.ca/Fr/Pages/clinical-practice-guidelines.aspx</a>	8
11. Institute for Clinical Evaluative Sciences	<a href="http://www.ices.on.ca/">www.ices.on.ca/</a>	0
12. Institute of Health Economics (IHE)	<a href="http://www.ihe.ca/">http://www.ihe.ca/</a>	0
13. International Network for Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA)	<a href="http://www.inahta.org">http://www.inahta.org</a>	3
14. New Zealand Guidelines Group (NZGG)	<a href="https://www.health.govt.nz/publications">https://www.health.govt.nz/publications</a>	0
15. NHS National Institute for Health and Care Excellence (NICE)	<a href="https://www.nice.org.uk/guidance">https://www.nice.org.uk/guidance</a>	1
16. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)	<a href="http://www.sign.ac.uk">http://www.sign.ac.uk</a>	0
17. The Campbell Collaboration Library of Systematic Reviews	<a href="https://www.campbellcollaboration.org/">https://www.campbellcollaboration.org/</a>	0
18. Accelerating Change Transformation Team (ACTT) (Anciennement Practice Management Program, Primary Care Networks Program Management Office et Toward Optimized Practice)	<a href="https://actt.albertadoctors.org/pages/default.aspx">https://actt.albertadoctors.org/pages/default.aspx</a>	0
19. World Health Organization (WHO)	<a href="https://www.who.int/">https://www.who.int/</a>	0
<b>Total</b>		<b>26</b>

# ANNEXE B

## Sélection des documents

Figure B-1 Diagramme de flux



**Tableau B-1 Liste des documents issus de la recherche bibliographique exclus et raisons d'exclusion**

RÉFÉRENCE	Raison d'exclusion
Abramowicz, D., et al. European Renal Best Practice Guideline on kidney donor and recipient evaluation and perioperative care. <i>Nephrology, dialysis, transplantation: official publication of the European Dialysis and Transplant Association - European Renal Association</i> 2015;30(11):1790-7.	Population
Aceto, P., et al. Implementation of frailty preoperative assessment to predict outcome in patients undergoing urological surgery: a systematic review and meta-analysis. <i>BJU international</i> 2021; 127(5): 507-517	Paramètre d'intérêt
Agarwal, et al. Preoperative pregnancy testing (Structured abstract). 2016	Devis
Agency for Healthcare, Research and Quality. Pre-operative evaluation for elective cataract surgery. 2016	Année (publication originale en 2005)
Ahmed, R. and S. Bhattacharya. Universal screening versus universal precautions in the context of preoperative screening for HIV, HBV, HCV in India. <i>Indian journal of medical microbiology</i> 2013; 31(3): 219-225	Pays
Alghamdi, A., et al. Preoperative Endoscopic Ultrasound Fine Needle Aspiration Versus Upfront Surgery in Resectable Pancreatic Cancer: A Systematic Review and Meta-analysis of Clinical Outcomes Including Survival and Risk of Tumor Recurrence. <i>Journal of the Canadian Association of Gastroenterology</i> 2022; 5(3): 121-128	Paramètre d'intérêt
Alghamdi, A., et al. Preoperative EUS-guided FNA is associated with better overall survival in resectable pancreatic cancer when compared to upfront surgery without preoperative tissue acquisition: a systemic review and meta-analysis. <i>Journal of the Canadian Association of Gastroenterology</i> 2020; 3 (Supplement 1)	Devis
Ali, M., et al. Preoperative hemoglobin and perioperative blood transfusion in major head and neck surgery: a systematic review and meta-analysis. <i>Journal of Otolaryngology - Head and Neck Surgery</i> 2023; 52(1): 3.	Paramètre d'intérêt
Alolabi, N., et al. Preoperative Angiography for Free Fibula Flap Harvest: A Meta-Analysis. <i>Journal of Reconstructive Microsurgery</i> 2019; 35(5): 362-371.	Intervention
Alvarez-Nebreda, M. L., et al. Recommendations for Preoperative Management of Frailty from the Society for Perioperative Assessment and Quality Improvement (SPAQI). <i>Journal of clinical anesthesia</i> 2018	Intervention
Anderson, T., et al. Day case surgery guidelines. <i>Surgery (United Kingdom)</i> 2017; 35(2): 85-91	Devis
Anonymous. Pre-Operative Screening and Post-Operative Monitoring of Adults with Obstructive Sleep Apnea: A Review of Clinical Effectiveness and Guidelines. <i>Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health</i> . 2014	Paramètre d'intérêt
Anonymous. Pre-operative tests. <i>Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain))</i> 2016; 30(37): 16	Devis
Anonymous. Routine investigations before cataract surgery: Which routine please? <i>Zeitschrift fur Allgemeinmedizin</i> 2015; 91(4): 150	Langue
Anonymous. Nurse assessments reduce need for pre-surgery tests. <i>Nursing times</i> 2016; 112(15): 4	Devis
Preoperative and postoperative ultrasound assessment of stress urinary incontinence. <i>Minerva ginecologica</i> 2019; 71(4): 306-312	Paramètre d'intérêt
Arvidsson, S., et al. Preoperative routines (Structured abstract). 2016	Année (publication originale en 1989)
Atar, D., et al. Implementing screening for myocardial injury in non-cardiac surgery: perspectives of an ad-hoc interdisciplinary expert group. <i>Scandinavian Cardiovascular Journal</i> 2023; 57(1): 31-39	Intervention
Ayob, F., et al. Pre-operative biomarkers and imaging tests as predictors of post-operative delirium in non-cardiac surgical patients: a systematic review. <i>BMC anesthesiology</i> 2019; 19(1): 25	Paramètre d'intérêt
Babayan, R. K. Re: Optimal preoperative assessment of the geriatric surgical patient: A best practices guideline from the american college of surgeons national surgical quality improvement program and the american geriatrics society. <i>Journal of Urology</i> 2013; 189(6): 2169	Devis
Balk, E. M., et al. Benefits and harms of routine preoperative testing: comparative effectiveness (Structured abstract). 2016	Devis
Balk, E. M., et al. Benefits and Harms of Routine Preoperative Testing: Comparative Effectiveness. <i>AHRQ</i> 2014	Paramètre d'intérêt
Barrere, S., et al. Dental assessment prior to orthopedic surgery: A systematic review. <i>Orthopaedics &amp; traumatology, surgery &amp; research: OTSR</i> 2019; 105(4): 761-772	Paramètre d'intérêt

RÉFÉRENCE	Raison d'exclusion
Bauer, P. R., et al. Can fMRI safely replace the Wada test for preoperative assessment of language lateralisation? A meta-analysis and systematic review. <i>Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry</i> 2014; 85(5): 581-588	Intervention
Benahmed, N., et al. Examens préopératoires de routine pour la chirurgie non cardio-thoracique planifiée chez l'adulte. <i>Revue médicale de Bruxelles</i> 2018; 39(2): 101-107	Devis
Beniczky, S. and P. Sharma. Ictal EEG source imaging. <i>Zeitschrift fur Epileptologie</i> 2018; 31(3): 197-202	Langue
Berkow, L. C. and P. Ariyo. Preoperative assessment of the airway. <i>Trends in Anaesthesia and Critical Care</i> 2015; 5(1): 28-35	Devis
Bevacqua, B. K. Pre-operative pulmonary evaluation in the patient with suspected respiratory disease. <i>Indian journal of anaesthesia</i> 2015; 59(9): 542-549	Devis
Bible, K. C., et al. 2021 American Thyroid Association Guidelines for Management of Patients with Anaplastic Thyroid Cancer. <i>Thyroid</i> 2021; 31(3): 337-386	Intervention
Bjorkstrom, L. M., et al. The Impact of Preoperative Assessment and Planning on the Outcome of Benign Hysterectomy - a Systematic Review. <i>Geburtshilfe und Frauenheilkunde</i> 2021; 81(2): 200-213	Paramètre d'intérêt
Black, D. F., et al. American Society of Functional Neuroradiology-Recommended fMRI Paradigm Algorithms for Presurgical Language Assessment. <i>American journal of neuroradiology</i> 2017; 38(10): E65-E73	Intervention
Blessberger, H., et al. Perioperative beta-blockers for preventing surgery-related mortality and morbidity. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> 2014; (9): CD004476	Intervention
BlueCross Blue Shield Association. Magnetic resonance imaging of the breast for preoperative evaluation in patients with localized breast cancer (Structured abstract). 2016	Devis
Bonkat, G., et al. Non-molecular Methods to Detect Bacteriuria Prior to Urological Interventions: A Diagnostic Accuracy Systematic Review. <i>European Urology Focus</i> 2017; 3(6): 535-537	Intervention
Braendholt, M. and M. Jensen. Evidence From Meta-Analysis Supports Ictal Magnetoencephalographic Source Imaging as an Accurate Method in Presurgery Evaluation of Patients With Drug-Resistant Epilepsy. <i>Clinical EEG and neuroscience</i> 2020; 51(6): 403-411	Intervention
Brooks, D. C. and J. L. Schindler. Perioperative stroke: Risk assessment, prevention and treatment topical collection on cerebrovascular disease and stroke. <i>Current Treatment Options in Cardiovascular Medicine</i> 2014; 16(2): 282	Devis
Brown, J. S., et al. Accuracy of preoperative clinical examination and imaging for mandibular resection in oral cancer: a systematic review of diagnostic test accuracy studies. <i>The British journal of oral &amp; maxillofacial surgery</i> 2023; 61(1): 28-38	Intervention
Brown, M. A., et al. Pre-operative embolization, surgical resection, and follow-up evaluation of a giant intercostal schwannoma. <i>Clinical imaging</i> 2022; 85: 74-77	Devis
Burnside, W. S. and C. Snowden. Preoperative assessment and investigation. <i>Surgery (United Kingdom)</i> 2017; 35(2): 75-80	Devis
Canada's Drug and Health Technology Agency (CADTH). Optimal screening procedures prior to physician visits: guidelines (Structured abstract). 2016	Intervention
Canada's Drug and Health Technology Agency (CADTH). Pre-operative screening and post-operative monitoring in adult patients with obstructive sleep apnea: clinical effectiveness and guidelines (Structured abstract). 2016	Année (publication originale en 2010)
Calderaro, D., et al. Update of the Brazilian Society of Cardiology's Perioperative Cardiovascular Assessment Guideline: Focus on Managing Patients with Percutaneous Coronary Intervention – 2022. <i>Arquivos Brasileiros de Cardiologia</i> 2022; 118(2): 536-547	Langue
Canelo-Aybar, C., et al. Preoperative breast magnetic resonance imaging in patients with ductal carcinoma in situ: a systematic review for the European Commission Initiative on Breast Cancer (ECIBC). <i>European Radiology</i> 2021; 31(8): 5880-5893	Intervention
Cao, W., et al. Clinical significance of preoperative neutrophil-lymphocyte ratio and platelet-lymphocyte ratio in the prognosis of resected early-stage patients with non-small cell lung cancer: A meta-analysis. <i>Cancer Medicine</i> 2022; 12(6): 7065–7076	Paramètre d'intérêt
Carbonniere, M., et al. Perioperative management of sleep apnea syndrome. <i>Praticien en Anesthésie Réanimation</i> 2017; 21(1): 8-15	Devis
Carlsen, J. F., et al. Can preoperative brain imaging features predict shunt response in idiopathic normal pressure hydrocephalus? A PRISMA review. <i>Neuroradiology</i> 2022; 64(11): 2119-2133	Intervention
Casper, D. S. and J. A. Rihn . Preoperative Risk Stratification: Who Needs Medical Consultation? <i>Spine</i> 2020; 45(12): 860-861	Devis

RÉFÉRENCE	Raison d'exclusion
Chan, M. J., et al. Near-Infrared Spectroscopy in Adult Cardiac Surgery Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. <i>Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia</i> 2017; 31(4): 1155-1165	Intervention
Chan, S. H., So, V. C., Irwin, M. G. Preoperative cardiac optimization. <i>Anaesthesia and Intensive Care Medicine</i> 2020; 21(10):493-497	Devis
Charloux, A., et al. Bilan fonctionnel préopératoire du cancer bronchique et réhabilitation préopératoire. <i>Revue des maladies respiratoires</i> 2020; 37(10): 800-810	Devis
Charrow, J., et al. Diagnostic evaluation, monitoring, and perioperative management of spinal cord compression in patients with Morquio syndrome. <i>Molecular genetics and metabolism</i> 2015; 114(1): 11-18	Devis
Chatterjee, A. and F. G. Hage. Guidelines in review: 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. <i>Journal of nuclear cardiology: official publication of the American Society of Nuclear Cardiology</i> 2015; 22(1): 158-161	Devis
Chelabi, S. and S. Stelianides. Fitness for radical therapy in lung cancer: From preoperative pulmonary rehabilitation to NVI. <i>Revue des Maladies Respiratoires Actualités</i> 2014; 6(2): 100-103	Devis
Chiesa-Estomba C.M., et al. Imaging checklist for preoperative evaluation of laryngeal tumors to be treated by transoral microsurgery: guidelines from the European Laryngological Society. <i>European archives of oto-rhino-laryngology: official journal of the European Federation of Oto-Rhino-Laryngological Societies (EUFOS): affiliated with the German Society for Oto-Rhino-Laryngology - Head and Neck Surgery</i> 2020; 277(6): 1707-1714	Paramètre d'intérêt
Chow, W. B., et al. Optimal preoperative assessment of the geriatric surgical patient: a best practices guideline from the American College of Surgeons National Surgical Quality Improvement Program and the American Geriatrics Society. <i>Journal of the American College of Surgeons</i> 2012; 215(4): 453-466	Devis
Chuat, M., et al. Risques et bénéfices de la spirométrie avant réparation chirurgicale de l'anévrisme de l'aorte abdominale. <i>Revue Médicale Suisse</i> 2022; 18(767): 207-209	Devis
Collins, C. S., et al. A systematic approach to the preoperative medical evaluation of adults. <i>Hospital practice (1995)</i> 2014; 42(1): 52-64	Devis
Cooper, L., et al. Launching a Geriatric Surgery Center: Recommendations from the Society for Perioperative Assessment and Quality Improvement. <i>Journal of the American Geriatrics Society</i> 2020; 68(9): 1941-1946	Intervention
Coscia, A. C., et al. Does preoperative diagnosis impact patient outcomes following reverse total shoulder arthroplasty? A systematic review. <i>Journal of Shoulder and Elbow Surgery</i> 2021; 30(6): 1458-1470	Paramètre d'intérêt
Darvall, J. N., K. J. Gregorevic. Frailty indexes in perioperative and critical care: A systematic review. <i>Archives of gerontology and geriatrics</i> 2018; 79: 88-96	Paramètre d'intérêt
Di Donato, V., et al. Preoperative frailty assessment in patients undergoing gynecologic oncology surgery: A systematic review. <i>Gynecologic oncology</i> 2021; 161(1): 11-19	Paramètre d'intérêt
Dimar, J., et al. Congress of Neurological Surgeons Systematic Review and Evidence-Based Guidelines for Perioperative Spine: Preoperative Osteoporosis Assessment. <i>Neurosurgery</i> 2021; 89(Suppl 1): S19-S25	Intervention
do Nascimento Junior, P., et al. Incentive spirometry for prevention of postoperative pulmonary complications in upper abdominal surgery. <i>Cochrane Database Systematic Review</i> 2014; (2) CD006058	Intervention
Douketis, J. D., et al. Perioperative management of antithrombotic therapy. Antithrombotic therapy and prevention of thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines. <i>Chest</i> 2012; 141(2 SUPPL.): e326S-e350S	Paramètre d'intérêt
Duceppe, E. et al. Canadian Cardiovascular Society Guidelines on Perioperative Cardiac Risk Assessment and Management for Patients Who Undergo Noncardiac Surgery. <i>Can J Cardiol.</i> 2017 Jan;33(1):17-32. doi: 10.1016/j.cjca.2016.09.008.	Population
Durieux, P. Indications for routine preoperative examinations (Structured abstract). 2016	Année (publication originale en 1992)
Dutton, J., et al. The accuracy of pre-operative (P)-POSSUM scoring and cardiopulmonary exercise testing in predicting morbidity and mortality after pancreatic and liver surgery: A systematic review. <i>Annals of medicine and surgery</i> 2021; 62: 1-9	Paramètre d'intérêt
Esposito, A., et al. SIRM-SIC appropriateness criteria for the use of Cardiac Computed Tomography. Part 1: Congenital heart diseases, primary prevention, risk assessment before surgery, suspected	Paramètre d'intérêt

RÉFÉRENCE	Raison d'exclusion
CAD in symptomatic patients, plaque and epicardial adipose tissue characterization, and functional assessment of stenosis. <i>La Radiologia medica</i> 2021; 126(9): 1236-1248	
Fadel, M. G., et al. Requirement of preoperative blood typing for cholecystectomy and appendectomy: a systematic review. <i>Langenbeck's archives of surgery</i> 2022; 407(6): 2205-2216	Population
Farrell, S. A. No. 127-The Evaluation of Stress Incontinence Prior to Primary Surgery. <i>Journal of obstetrics and gynaecology Canada</i> 2018; 40(2): e45-e50	Publication retirée
Feely, M. A., et al. Preoperative testing before noncardiac surgery: guidelines and recommendations. <i>American family physician</i> 2013; 87(6): 414-418	Devis
Finelli, A., et al. Complex surgery and perioperative systemic therapy for genitourinary cancer of the retroperitoneum. <i>Current oncology (Toronto, Ont.)</i> 2020; 27(1): e34-e42	Paramètre d'intérêt
Gaber, R. M., et al. A Systematic Review to Uncover a Universal Protocol for Accuracy Assessment of 3-Dimensional Virtually Planned Orthognathic Surgery. <i>Journal of oral and maxillofacial surgery: official journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons</i> 2017; 75(11): 2430-2440	Intervention
Garvey, L. H., et al. Medical algorithms: Diagnosis and investigation of perioperative immediate hypersensitivity reactions. <i>Allergy</i> 2020; 75(8): 2139-2142	Devis
Garvey, L. H., et al. An EAACI position paper on the investigation of perioperative immediate hypersensitivity reactions. <i>Allergy</i> 2019; 74(10): 1872-1884	Paramètre d'intérêt
Gedde, S. J., et al. Primary Open-Angle Glaucoma Preferred Practice Pattern. <i>Ophthalmology</i> 2021; 128(1): P71-P150	Paramètre d'intérêt
Gencer, B., et al. European Society of Cardiology Quality Indicators for the Cardiovascular Preoperative Assessment and Management of patients considered for non-cardiac surgery. Developed in collaboration with the European Society of Anaesthesiology & Intensive Care. <i>European heart journal. Quality of care &amp; clinical outcomes</i> 2023; 9(4): 331-341	Paramètre d'intérêt
Geng, L., et al. Prognostic role of preoperative albumin-bilirubin grade on patients with hepatocellular carcinoma after surgical resection: A systematic review and meta-analysis. <i>European Journal of Gastroenterology and Hepatology</i> 2020; 32(7): 769-778	Paramètre d'intérêt
Gitman, M., et al. Cardiac diseases among liver transplant candidates. <i>Clinical transplantation</i> 2018; 32(7): e13296	Paramètre d'intérêt
Godfroid, N. and F. Verjans. The add-on value of preoperative anesthetic consultation and the role of the general practitioner. <i>Revue Médicale de Liège</i> 2018; 73(1): 22-27	Devis
Goeddel, L. A. and M. C. Grant. Preoperative Evaluation and Cardiac Risk Assessment in Vascular Surgery. <i>Anesthesiology clinics</i> 2022; 40(4): 575-585	Devis
Gong, L., et al. The effect of preoperative biliary stents on outcomes after pancreaticoduodenectomy: A meta-analysis. <i>Medicine (United States)</i> 2020; 99(42): E22714	Intervention
Goodman B.A., et al. Risk modification and preoperative optimization of vascular patients. <i>Anaesthesia and Intensive Care Medicine</i> 2022; 23(4):202-5	Devis
Gouvea, G., et al. Pre-operative Evaluation of Patients with Pulmonary Hypertension. <i>Current Anesthesiology Reports</i> 2018; 8(1): 44-51	Devis
Grebic, D., et al. Preoperative evaluation of patients and preparation for surgery. <i>Chirurgia (Turin)</i> 2020; 33(4): 210-215	Langue
Griehling, T. L. Re: Optimal preoperative assessment of the geriatric surgical patient: A best practices guideline from the American College of Surgeons National Surgical Quality Improvement Program and the American Geriatrics Society. <i>Journal of Urology</i> 2013; 190(1): 172	Devis
Gualandro, D. M., et al. 3rd Guideline for Perioperative Cardiovascular Evaluation of the Brazilian Society of Cardiology. <i>Arquivos brasileiros de cardiologia</i> 2017; 109(3 Supl 1): 1-104	Pays
Guarracino, F., et al. Revised ESC/ESA Guidelines on non-cardiac surgery: cardiovascular assessment and management. Implications for preoperative clinical evaluation. <i>Minerva anesthesiologica</i> 2015; 81(2): 226-233	Devis
Guinn, N. R., et al. Perioperative Quality Initiative and Enhanced Recovery After Surgery-Cardiac Society Consensus Statement on the Management of Preoperative Anemia and Iron Deficiency in Adult Cardiac Surgery Patients. <i>Anesthesia and Analgesia</i> 2022; 135(3): 532-544	Intervention
Guyatt, G. H., et al. Executive summary: Antithrombotic therapy and prevention of thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines. <i>Chest</i> 2012; 141(2 SUPPL.): 7S-47S	Intervention
Haldane, C. E., et al. Preoperative physical examination and imaging of femoroacetabular impingement prior to hip arthroscopy-a systematic review. <i>Journal of hip preservation surgery</i> 2017; 4(3): 201-213	Intervention

RÉFÉRENCE	Raison d'exclusion
Hao, Z., et al. Preoperative risk factors associated with urosepsis following percutaneous nephrolithotomy: A meta-analysis. <i>International Journal of Clinical and Experimental Medicine</i> 2019; 12(8): 9616-9628	Paramètre d'intérêt
Harrop, J. S., et al. Congress of Neurological Surgeons Systematic Review and Evidence-Based Guidelines for Perioperative Spine: Preoperative Surgical Risk Assessment. <i>Neurosurgery</i> 2021; 89(Suppl 1): S9-S18	Intervention
Harte, B. H., et al. Preoperative assessment for thoracic anaesthesia. <i>Anaesthesia and Intensive Care Medicine</i> 2018; 19(2): 55-59	Devis
Health Council of the Netherlands. Preoperative evaluation (Structured abstract). 2016	Année (publication originale en 1997)
Health Council of the Netherlands. Translation of Spanish report on routine pre-operative testing-systematic review (Structured abstract). 2016	Année (publication originale en 2003)
Health Technology Assessment, Ministry of Health. Routine pre-operative investigation (Structured abstract). 2016	Pays
Heideveld-Chevalking, A. J., et al. Prospective methods for identifying perioperative risk-assessment methods for patient safety over 20 years: a systematic review. <i>BJS open</i> 2020; 4(2): 197-205	Intervention
Hines S., et al. Effectiveness of nurse-led preoperative assessment services for elective surgery: a systematic review update. <i>JBIC database of systematic reviews and implementation reports</i> 2015; 13(6):279-317	Paramètre d'intérêt
Hines, S., et al. Effectiveness of nurse-led preoperative assessment services for elective surgery: A systematic review update protocol. <i>JBIC Database of Systematic Reviews and Implementation Reports</i> 2013; 11(9): 73-83	Devis
Houssami, N., et al. Preoperative magnetic resonance imaging in breast cancer: Meta-analysis of surgical outcomes. <i>Annals of Surgery</i> 2013; 257(2): 249-255	Intervention
Hu, H., et al. A non-smooth tumor margin on preoperative imaging assesses microvascular invasion of hepatocellular carcinoma: A systematic review and meta-analysis. <i>Scientific reports</i> 2017; 7(1): 15375	Intervention
Hubner, M., et al. Guidelines for Perioperative Care in Cytoreductive Surgery (CRS) with or without hyperthermic IntraPERitoneal chemotherapy (HIPEC): Enhanced recovery after surgery (ERAS) Society Recommendations - Part I: Preoperative and intraoperative management. <i>Journal of Surgical Oncology</i> 2020; 46(12): 2292-2310	Intervention
Humble, C. A. S., et al. Prognostic performance of preoperative cardiac troponin and perioperative changes in cardiac troponin for the prediction of major adverse cardiac events and mortality in noncardiac surgery: A systematic review and meta-analysis. <i>PLoS ONE</i> 2019; 14(4): e0215094	Paramètre d'intérêt
Hwang, M., et al. Validation of the STOP-Bang questionnaire as a preoperative screening tool for obstructive sleep apnea: a systematic review and meta-analysis. <i>BMC anesthesiology</i> 2022; 22(1): 366	Intervention
Institute of Health Economics. Routine preoperative tests - are they necessary? (Structured abstract). 2016	Année (publication originale en 2007)
Jeram, M., et al. Are There Ethnic Differences in Micronutrient Deficiencies in Preoperative Bariatric Patients? A Systematic Review and Meta-analysis. <i>Obesity surgery</i> 2021; 31(11): 5005-5021	Intervention
Kalesan, B., et al. Pre-operative stress testing in the evaluation of patients undergoing non-cardiac surgery: A systematic review and meta-analysis. <i>PLoS one</i> 2019; 14(7): e0219145	Paramètre d'intérêt
Karas, P. L., et al. Is low serum albumin associated with postoperative complications in patients undergoing cardiac surgery? <i>Interactive cardiovascular and thoracic surgery</i> 2015; 21(6): 777-786	Paramètre d'intérêt
Kash, B. A., et al. International comparison of preoperative testing and assessment protocols and best practices to reduce surgical care costs: a systematic literature review. <i>Advances in health care management</i> 2015; 17: 161-194	Paramètre d'intérêt
Kawczynski, M. J., et al. Role of pre-operative transthoracic echocardiography in predicting post-operative atrial fibrillation after cardiac surgery: A systematic review of the literature and meta-analysis. <i>Europace</i> 2021; 23(11): 1731-1743	Paramètre d'intérêt
Keay, L., et al. Routine preoperative medical testing for cataract surgery. <i>The Cochrane database of systematic reviews</i> 2019; 1: CD007293	Paramètre d'intérêt
Kennedy, E., et al. Optimisation of preoperative assessment in patients diagnosed with rectal cancer. <i>Clinical oncology (Royal College of Radiologists (Great Britain))</i> 2015; 27(4): 225-245	Intervention
Keogh, B. F. and D. Alexander. Preoperative assessment for thoracic surgery. <i>Anaesthesia and Intensive Care Medicine</i> 2015; 16(2): 59-62	Devis
Which frailty scales for patients with adult spinal deformity are feasible and adequate? A systematic review. <i>Spine Journal</i> 2022; 22(7): 1191-1204	Intervention

RÉFÉRENCE	Raison d'exclusion
Kivrak, S. and G. Haller. Scores for preoperative risk evaluation of postoperative mortality. Best practice & research. Clinical anaesthesiology 2021; 35(1): 115-134	Devis
Kobayashi, T., et al. Predictors of preoperative deep vein thrombosis in hip fractures: A systematic review and meta-analysis. Journal of Orthopaedic Science 2021; 28(1): 222-232	Intervention
Kumar, C., et al. Preoperative assessment in older adults: A comprehensive approach. American Family Physician 2018; 98(4): 214-220	Devis
Kurra, J., et al. A systematic review of preoperative risk assessment of adnexal masses using simple rules from the international ovarian tumor analysis group. Turkish Journal of Physiotherapy and Rehabilitation 2021; 32(3): 2559-2567	Pays
Kusumoto, F. M., et al. 2018 ACC/AHA/HRS Guideline on the Evaluation and Management of Patients with Bradycardia and Cardiac Conduction Delay: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society. Journal of the American College of Cardiology 2019; 74(7): e51-e156	Intervention
Kyo, S., et al. Guidelines for Perioperative Cardiovascular Evaluation and Management for Noncardiac Surgery (JCS 2014) - Digest Version. Circulation journal: official journal of the Japanese Circulation Society 2017; 81(2): 245-267	Intervention
Labourier, E. and T. J. Fahey, 3 <sup>rd</sup> . Preoperative molecular testing in thyroid nodules with Bethesda VI cytology: Clinical experience and review of the literature. Diagnostic cytopathology 2021; 49(4): E175-E180	Paramètre d'intérêt
L'Agence Nationale d'Accréditation d'Évaluation en Santé. MR-Angiography, CT-angiography and Doppler ultrasonography in preoperative investigation of proximal stenosis of the cervical internal carotid artery (Structured abstract). 2016	Année (publication originale en 2001)
L'Agence Nationale d'Accréditation d'Évaluation en Santé. Evaluation of preoperative screening tests - systematic review (Structured abstract). 2016	Année (publication originale en 2007)
Lee, D. J. K., et al. Frailty in Surgical Preoperative Evaluation and Postoperative Recovery. Current Geriatrics Reports 2019; 8(2): 87-96	Devis
Lee, S.-W., et al. Comparison of Preoperative Imaging Modalities for the Assessment of Malignant Potential of Pancreatic Cystic Lesions: A Network Meta-analysis. Clinical nuclear medicine 2022; 47(10): 849-855	Intervention
Lees, N. P., et al. Frailty in the perioperative setting. Clinical Medicine, Journal of the Royal College of Physicians of London 2019; 19(6): 485-489	Devis
Lema, G. F., et al. Evidence-based perioperative management of patients with high serum potassium level in resource-limited areas: A systematic review. International Journal of Surgery Open 2019; 21: 21-29	Paramètre d'intérêt
Leong, S., et al. Development of an optimized preoperative computed tomography imaging checklist for endoscopic sinus surgery utilizing a systematic review of the literature and the modified Delphi method. International Forum of Allergy and Rhinology 2023; 13(3):196-204	Intervention
Levett, D. Z. H., et al. Perioperative cardiopulmonary exercise testing (CPET): consensus clinical guidelines on indications, organization, conduct, and physiological interpretation. British journal of anaesthesia 2018; 120(3): 484-500	Intervention
Li, H., et al. Prognostic significance of elevated preoperative neutrophil-to-lymphocyte ratio for patients with colorectal cancer undergoing curative surgery. Medicine (United States) 2019; 98(3): e14126	Intervention
Li, J., et al. The safe and risk assessment of perioperative antiplatelet and anticoagulation therapy in inguinal hernia repair, a systematic review. Surgical endoscopy 2019; 33(10): 3165-3176	Intervention
Li, L., et al. Radiomics for the Preoperative Evaluation of Microvascular Invasion in Hepatocellular Carcinoma: A Meta-Analysis. Frontiers in oncology 2022; 12: 831996	Intervention
Liang, C., et al. Three-dimensional time-of-flight magnetic resonance angiography combined with high resolution T2-weighted imaging in preoperative evaluation of microvascular decompression. World journal of clinical cases 2022; 10(34): 12594-12604	Paramètre d'intérêt
Liang, Z., et al. Effects of Preoperative Radiotherapy on Long-Term Bowel Function in Patients with Rectal Cancer Treated with Anterior Resection: A Systematic Review and Meta-analysis. Technology in Cancer Research and Treatment 2022; 21: 1-9	Intervention
Liu, D., et al. Society for Translational Medicine Expert Consensus on the preoperative assessment of circulatory and cardiac functions and criteria for the assessment of risk factors in patients with lung cancer. Journal of thoracic disease 2018; 10(9): 5545-5549	Pays
Lurati Buse, G. Pre-operative evaluation of the adult patient undergoing elective noncardiac surgery: Updated guideline from the European Society of Anaesthesiology: Direction and not directives. European Journal of Anaesthesiology 2018; 35(6): 405-406	Devis

RÉFÉRENCE	Raison d'exclusion
Lv, H., et al. Expert consensus on liver transplantation perioperative evaluation and rehabilitation for acute-on-chronic liver failure. <i>Liver Research</i> 2022; 6(3): 121-129	Pays
Maciejewski, D. Guidelines for system and anaesthesia organisation in short stay surgery (ambulatory anaesthesia, anaesthesia in day case surgery). <i>Anaesthesiology Intensive Therapy</i> 2013; 45(4): 190-199	Paramètre d'intérêt
Maggiore, U., et al. Standard work-up of the low-risk kidney transplant candidate: A European expert survey of the ERA-EDTA Developing Education Science and Care for Renal Transplantation in European States Working Group. <i>Nephrology Dialysis Transplantation</i> 2019; 34(9): 1605-1611	Intervention
Maher, J. L. and R. C. Mahabir. Preoperative pregnancy testing. <i>The Canadian journal of plastic surgery</i> 2012; 20(3): e32-34	Devis
Mahmood, F., et al. A practical approach to echocardiographic assessment of perioperative diastolic dysfunction. <i>Journal of cardiothoracic and vascular anesthesia</i> 2012; 26(6): 1115-1123	Paramètre d'intérêt
Manchikanti, L., et al. Assessment of bleeding risk of interventional techniques: a best evidence synthesis of practice patterns and perioperative management of anticoagulant and antithrombotic therapy. <i>Pain physician</i> 2013; 16(2 Suppl): SE261-318	Intervention
Martin, S. K. and A. S. Cifu. Routine Preoperative Laboratory Tests for Elective Surgery. <i>JAMA</i> 2017; 318(6): 567-568	Devis
Mevorach, L., et al. Perioperative risk factors associated with increased incidence of postoperative delirium: systematic review, meta-analysis, and Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation system report of clinical literature. <i>British journal of Anaesthesia</i> 2023; 130(2): e254-e262	Paramètre d'intérêt
Michalik, C., et al. Geriatric assessment among elderly patients undergoing urological surgery: A systematic literature review. <i>Advances in clinical and experimental medicine: official organ Wroclaw Medical University</i> 2020; 29(3): 399-407	Paramètre d'intérêt
Mitchell, J., et al. Guideline on anaesthesia and sedation in breastfeeding women 2020: Guideline from the Association of Anaesthetists. <i>Anaesthesia</i> 2020; 75(11): 1482-1493	Intervention
Mohamed, B., et al. Congress of Neurological Surgeons Systematic Review and Evidence-Based Guidelines for Perioperative Spine: Preoperative Pulmonary Evaluation and Optimization. <i>Neurosurgery</i> 2021; 89(Suppl 1): S33-S41	Intervention
Mu, X., et al. Contrast-enhanced magnetic resonance angiography for the preoperative evaluation of hepatic vascular anatomy in living liver donors: a meta-analysis. <i>Academic Radiology</i> 2014; 21(6): 743-749	Intervention
Munoz, M., et al. Pre-operative haematological assessment in patients scheduled for major surgery. <i>Anaesthesia</i> 2016; 71 Suppl 1: 19-28	Devis
Munro, J., et al. Routine preoperative testing: a systematic review of the evidence. 2016	Année (publication originale en 1997)
National Guideline Alliance. Evidence review for urodynamic assessment prior to primary surgery for stress urinary incontinence: Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women: management: Evidence review A. <i>NICE Guideline</i> 2019; No. 123	Devis
National Institute for Clinical Excellence. Preoperative testing: the use of routine preoperative tests for elective surgery (Structured abstract). (2016 Issue 4)	Devis
Ney, M., et al. Systematic review: pre- and post-operative prognostic value of cardiopulmonary exercise testing in liver transplant candidates. <i>Alimentary pharmacology &amp; therapeutics</i> 2016; 44(8): 796-806	Paramètre d'intérêt
Nickel, C., et al. The evidence-based preoperative assessment for the otolaryngologist. <i>The Laryngoscope</i> 2020; 130(1): 38-44	Devis
Oliva, G. and M. Salvat. Indications of routine pre-operative tests: Chest x-ray (Structured abstract). 2016	Devis
Omar, H. R., et al. Preoperative cardiac evaluation of the vascular surgery patient—an anesthesia perspective. <i>Vascular and endovascular surgery</i> 2012; 46(3): 201-211	Devis
O'Neill, F., et al. Routine preoperative tests for elective surgery: summary of updated NICE guidance. <i>BMJ (Clinical research ed.)</i> 2016; 354: i3292	Devis
Ontario Health Technology Advisory Committee. Preoperative consultations. <i>OHTAC Recommendation</i> 2014; 1-11	Paramètre d'intérêt
Oprea, A. D., et al. Comparison between the 2007 and 2014 American College of Cardiology/American Heart Association Guidelines on Perioperative Evaluation for Noncardiac Surgery. <i>Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia</i> 2015; 29(6): 1639-1650	Devis
Ozkan, M., et al. Summary of Consensus Report on Preoperative Evaluation. <i>Turkish thoracic journal</i> 2015; 16(1): 43-52	Pays

RÉFÉRENCE	Raison d'exclusion
Padma, S. and P. S. Sundaram. Current practice and recommendation for presurgical cardiac evaluation in patients undergoing noncardiac surgeries. World journal of nuclear medicine 2014; 13(1): 6-15	Pays
Pannell, L. M. K., et al. Cardiac risk assessment before non-cardiac surgery. European heart journal. Cardiovascular Imaging 2013; 14(4): 316-322	Devis
Partridge, J. S. L., et al. The impact of pre-operative comprehensive geriatric assessment on postoperative outcomes in older patients undergoing scheduled surgery: a systematic review. Anaesthesia 2014; 69 Suppl 1: 8-16	Paramètre d'intérêt
Partridge, J. S. L., et al. Perioperative care for older people. Age and Ageing 2022; 51(8)	Devis
Pham, Clarabelle T., et al. Effectiveness of preoperative medical consultations by internal medicine physicians: a systematic review. BMJ open 2017; 7(12): e018632	Paramètre d'intérêt
Piccioni, F., et al. Recommendations from the Italian intersociety consensus on Perioperative Anesthesia Care in Thoracic surgery (PACTS) part 1: preadmission and preoperative care. Perioperative medicine (London, England) 2020; 9(1): 37	Intervention
Puelacher, C., et al. Expert consensus on peri-operative myocardial injury screening in noncardiac surgery: A literature review. European journal of anaesthesiology 2021; 38(6): 600-608	Devis
Pulignano, G., et al. ANMCO/SIC/SICI-GISE/SICCH Executive Summary of Consensus Document on Risk Stratification in elderly patients with aortic stenosis before surgery or transcatheter aortic valve replacement. European heart journal supplements: journal of the European Society of Cardiology 2017; 19(Suppl D): D354-D369	Intervention
Raslau, D., et al. Preoperative Cardiac Risk Assessment. Mayo Clinic proceedings 2020; 95(5): 1064-1079	Devis
Reilly, C. A., et al. The effect of preoperative penicillin allergy testing on perioperative non-beta-lactam antibiotic use: A systematic review and meta-analysis. Allergy and asthma proceedings 2018; 39(6): 420-429	Paramètre d'intérêt
Roeseler, S., et al. Preoperative routine diagnostics (chest radiography, EKG and laboratory tests) for elective surgery (Structured abstract). (2016 Issue 4)	Année (publication originale en 1999)
Romagnoli, S., et al. Fluid Status Assessment and Management During the Perioperative Phase in Adult Cardiac Surgery Patients. Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia 2016; 30(4): 1076-1084	Devis
Roulet, S., et al. Position of the French Working Group on Perioperative Haemostasis (GIHP) on viscoelastic tests: What role for which indication in bleeding situations? Anaesthesia, critical care & pain medicine 2019; 38(5): 539-548	Intervention
Saur, N., et al. The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Perioperative Evaluation and Management of Frailty Among Older Adults Undergoing Colorectal Surgery. Diseases of the colon and rectum 2022; 65(4): 473-488.	Paramètre d'intérêt
Scarlett, M. D., et al. Guidelines for appropriate preoperative investigations of patients for elective surgery. West Indian Medical Journal 2019; 68(Supplement2): 39-45	Pays
Scolaro, R. J., et al. Australian and New Zealand Anaesthetic Allergy Group Perioperative Anaphylaxis Investigation Guidelines. Anaesthesia and intensive care 2017; 45(5): 543-555	Intervention
Shanker, A., et al. Impact of frailty in cardiac surgical patients-Assessment, burden, and recommendations. Annals of cardiac anaesthesia 2021; 24(2): 133-139	Devis
Singh, S. A., et al. LTSL Consensus Guidelines: Preoperative Pulmonary Evaluation in Adult Liver Transplant Recipients. Journal of Clinical and Experimental Hepatology 2023; 13(3): 523-531	Pays
Skalicka, H., et al. Summary of the 2014 ESC guidelines on non-cardiac surgery: Cardiovascular assessment and management: Prepared by the Czech Society of Cardiology. Cor et Vasa 2015; 57(3): e190-e213	Langue
Swingland, O., et al. Preoperative investigations in adult cardiac surgery patients. Surgery (United Kingdom) 2015; 33(2): 52-56	Devis
Szaflarski, J. P., et al. Practice guideline summary: Use of fMRI in the presurgical evaluation of patients with epilepsy. Neurology 2017; 88(4): 395-402	Intervention
Temple, L. K., et al. Canadian association of general surgeons, the american college of surgeons, the canadian society of colorectal surgeons, and the american society of colon and rectal surgeons: Evidence based reviews in surgery -colorectal surgery. Diseases of the Colon and Rectum 2012; 55(4): 494-496	Devis
Ten Cate, H., et al. Practical guidance on the use of laboratory testing in the management of bleeding in patients receiving direct oral anticoagulants. Vascular health and risk management 2017; 13: 457-467	Intervention
Terefe, M., et al. Perioperative management of the thyrotoxic patients: A systematic review. Annals of medicine and surgery (2012) 2022; 81: 104487	Intervention

RÉFÉRENCE	Raison d'exclusion
Thilen, S. R., et al. Preoperative Consultations. <i>Anesthesiology Clinics</i> 2016; 34(1): 17-33	Devis
Tiendrebeogo, A. J. F. and L. Boyer. When to ask for a VO2 max? <i>Revue des Maladies Respiratoires Actualités</i> 2017; 9(2): 136-143	Devis
Tommasino, C. Cardiovascular risk assessment in the senior population undergoing anesthesia for non-cardiac surgery. <i>Monaldi archives for chest disease</i> 2017; 87(2): 853	Devis
Tsakonas, E. and C. Argaez. Pre-operative screening for Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus (MRSA) infection: a review of the clinical-effectiveness and guidelines (Structured abstract). 2016	Année (publication originale 1994)
Umesh, G., et al. Preoperative Investigations: Practice Guidelines from the Indian Society of Anaesthesiologists. <i>Indian journal of anaesthesia</i> 2022; 66(5): 319-343	Pays
University HealthSystem Consortium. Routine preoperative diagnostic evaluations (Structured abstract). 2016q	Année (publication originale en 1994)
Wiggins, M., et al. Common neurodegenerative disorders in the perioperative setting: Recommendations for screening from the Society for Perioperative Assessment and Quality Improvement. <i>Perioperative care and operating room management</i> 2020; 20.	Paramètre d'intérêt
Wong, J. K. L., et al. The impact of preoperative glycated hemoglobin (HbA1c) on postoperative complications after elective major abdominal surgery: a meta-analysis. <i>Korean Journal of Anesthesiology</i> 2022; 75(1): 47-60	Paramètre d'intérêt
Wozniak, S. E., et al. Optimal Preoperative Evaluation and Perioperative Care of the Geriatric Patient: A Surgeon's Perspective. <i>Anesthesiology Clinics</i> 2015; 33(3): 481-489	Devis
Yentis, S. M., et al. AAGBI: Consent for anaesthesia 2017: Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland. <i>Anaesthesia</i> 2017; 72(1): 93-105	Intervention
Zaballos, M., et al. Preoperative tests recommendations in adult patients for ambulatory surgery. <i>Recomendaciones de pruebas preoperatorias en el paciente adulto para procedimientos en regimen de cirugia ambulatoria</i> 2015; 62(1): 29-41	Langue
Zarinsefat A et Henke P. Update in preoperative risk assessment in vascular surgery patients. <i>Journal of vascular surgery</i> 2015;62(2):499-509.	Population
Zhang, Q., et al. Research progress of asymptomatic bacteriuria before arthroplasty. 2018;	Pays
Zhong, X., et al. Radiomics models for preoperative prediction of microvascular invasion in hepatocellular carcinoma: a systematic review and meta-analysis. <i>Abdominal Radiology</i> 2022; 47(6): 2071-2088	Intervention

**Tableau B-2 Liste des documents issus de la littérature grise exclus et raisons d'exclusion**

RÉFÉRENCE	Raison d'exclusion
Balk EM, Earley A, Hadar N, Shah N, Trikalinos TA. Benefits and Harms of Routine Preoperative Testing: Comparative Effectiveness. <i>Comparative Effectiveness Review No. 130</i> . (Prepared by Brown Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-2012-0012-I.) AHRQ Publication No. 14-EHC009-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; January 2014. <a href="http://www.effectivehealthcare.ahrq.gov/reports/final.cfm">www.effectivehealthcare.ahrq.gov/reports/final.cfm</a> .	Devis
Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé. Routine Preoperative Testing in Adults Undergoing Elective Non-Cardiothoracic Surgery. <i>KCE Report 280</i> .	Doublon
Debono B et al. Consensus statement for perioperative care in lumbar spinal fusion: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society recommendations. <i>The Spine Journal</i> 21 (2021); 729-752	Paramètre d'intérêt
Dobson G. et al. Guidelines to the Practice of Anesthesia: Revised Edition 2023. <i>Can J Anesth/J Can Anesth</i> . Volume 70, number 1 <a href="https://doi.org/10.1007/s12630-022-02368-0">https://doi.org/10.1007/s12630-022-02368-0</a>	Doublon
Engelman DT et al. Guidelines for Perioperative Care in Cardiac Surgery Enhanced Recovery After Surgery Society Recommendations. <i>JAMA Surg</i> . 2019;154(8):755-766. doi:10.1001/jamasurg.2019.1153	Population
Garneau et al. Guidelines for Canadian bariatric surgical and medical centres: a statement from the Canadian Association of Bariatric Physicians and Surgeons. <i>Can J Surg</i> 2022 March 9; 65(2). doi: 10.1503/cjs.020719	Population
Glazer S, Biertho L. Canadian Adult Obesity Clinical Practice Guidelines: Bariatric Surgery: Selection & Pre-Operative Workup. Available from: <a href="https://obesitycanada.ca/guidelines/preop">https://obesitycanada.ca/guidelines/preop</a> . Accessed 15 November 2023.	Population

RÉFÉRENCE	Raison d'exclusion
Greenberg JA, et al. Clinical practice guideline: evidence, recommendations and algorithm for the preoperative optimization of anemia, hyperglycemia and smoking. <i>Can J Surg</i> 2021 October 1; 64(5). doi: 10.1503/cjs.011519	Paramètre d'intérêt
Gustafsson UO et al. Guidelines for Perioperative Care in Elective Colorectal Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society Recommendations: 2018. <i>World J Surg</i> (2019) 43:659–695.	Paramètre d'intérêt
Haute Autorité de Santé. Chirurgie de l'obésité chez l'adulte : prise en charge préopératoire minimale. Résultats des indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Campagne 2017 – Données 2016. 1 <sup>e</sup> campagne nationale obligatoire	Devis
Haute Autorité de Santé. Éléments d'appréciation en vue de la prise en charge d'un patient. Rapport d'évaluation technologique. Mai 2014. <a href="https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-07/rapport_chir_ambu_axe2_vf.pdf">https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-07/rapport_chir_ambu_axe2_vf.pdf</a>	Paramètre d'intérêt
Hubner M. et al. Guidelines for Perioperative Care in Cytoreductive Surgery (CRS) with or without hyperthermic IntraPERitoneal chemotherapy (HIPEC): Enhanced recovery after surgery (ERAS) Society Recommendations Part I: Preoperative and intraoperative management. <i>European Journal of Surgical Oncology</i> 46 (2020); 2292-2310.	Paramètre d'intérêt
Katharine L. McGinagle et al. Perioperative care in open aortic vascular surgery: A consensus statement by the Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society and Society for Vascular Surgery. <i>Journal of Vascular Surgery</i> . Vol. 75; Number 6 <a href="https://doi.org/10.1016/j.jvs.2022.01.131">https://doi.org/10.1016/j.jvs.2022.01.131</a>	Population
Lambrinos, A. Preoperative consultations: a rapid review. Toronto: Health Quality Ontario; 2014 March. 19 p. Available from: <a href="http://www.hqontario.ca/evidence/evidence-process/appropriateness-initiative#preop-consult">http://www.hqontario.ca/evidence/evidence-process/appropriateness-initiative#preop-consult</a> .	Paramètre d'intérêt
Low DE et al. Guidelines for Perioperative Care in Esophagectomy: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society Recommendations. <i>World J Surg</i> (2019) 43:299–330	Paramètre d'intérêt
Muradali D, Fletcher GG, Cordeiro E, Fienberg S, George R, Kulkarni S, et al. Preoperative Breast Magnetic Resonance Imaging Guideline. Toronto (ON): Ontario Health (Cancer Care Ontario); 2023 March 24. Program in Evidence Based Care Guideline No.: 1-25 GL.	Intervention
National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Routine preoperative tests for elective surgery. NICE guideline. Published 5 April 2016. <a href="https://www.nice.org.uk/guidance/ng45">https://www.nice.org.uk/guidance/ng45</a>	Doublon
Natriuretic Peptide Testing for Perioperative Risk Assessment: Clinical Effectiveness, Cost-Effectiveness, and Guidelines. Ottawa: CADTH; 2019 July. (CADTH rapid response report: summary of abstracts).	Devis
Nelson G. et al. Guidelines for perioperative care in gynecologic/oncology: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society recommendations—2019 update. <i>Int J Gynecol Cancer</i> 2019;29:651–668. doi:10.1136/ijgc-2019-000356	Paramètre d'intérêt
Ontario Health Technology Advisory Committee (OHTAC). Preoperative Consultations: OHTAC recommendation [Internet]. Toronto: Queen's Printer for Ontario; 2014 March. 11 p. Available from: <a href="http://www.hqontario.ca/evidence/evidence-process/appropriateness-initiative#preop-consult">http://www.hqontario.ca/evidence/evidence-process/appropriateness-initiative#preop-consult</a> .	Paramètre d'intérêt
Ontario Health Technology Advisory Committee (OHTAC). Preoperative resting echocardiography for noncardiac surgery: OHTAC recommendation [Internet]. Toronto: Queen's Printer for Ontario; 2014 March. 9 p. Available from: <a href="http://www.hqontario.ca/evidence/evidence-process/appropriateness-initiative#preop-rest-echo">http://www.hqontario.ca/evidence/evidence-process/appropriateness-initiative#preop-rest-echo</a> .	Population
Thomas W Wainwright et al. (2020) Consensus statement for perioperative care in total hip replacement and total knee replacement surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations, <i>Acta Orthopaedica</i> , 91:3, 363-363, DOI:10.1080/17453674.2020.1724674	Population

**Tableau B-3 Liste et caractéristiques des documents retenus**

	Devis	Auteurs/acronyme	Organisation	Année	Pays	Qualité méthodologique
						<b>AGREE II</b>
1	Guides	Aceto et col.	Italian Society of Anesthesia, Analgesia and Intensive Care	2020	Europe (Italie)	Modérée
2		Apfelbaum et col. /ASA,2012	American Society of Anesthesiologists	2012	États-Unis	Modérée
3		Bonhomme et col.	French Society of Anaesthesia and Intensive Care	2013	Europe (France)	Modérée
4		Chung et col.	Society of Anesthesia and Sleep Medicine	2016	Canada	Bonne
5		De Hert et col./ESA, 2018	European Society of Anesthesiology	2018	Europe	Bonne
6		Dobson et col./CAS, 2023	Canadian Anesthesiologists' Society	2023	Canada	Faible
7		Fleisher et col./ACC-AHA 2014	American College of Cardiology	2014	États-Unis	Bonne
8		Halvorsen et col. /ESC 2022	European Society of Cardiology	2022	Europe	Bonne
9		Kozek-Langenecker et col.	European Society of Anesthesiology	2017	Europe	Modérée
10		Molliex et col./SFAR 2012	Société Française d'Anesthésie et de Réanimation	2012	Europe (France)	Modérée
11		Munoz et col.	Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland	2017	Royaume-Uni	Modérée
12		Pasha et col.	American Society for Gastrointestinal Endoscopy	2014	États-Unis	Modérée
13		Smith et col./NICE 2016	National Institute for Health and Care Excellence	2016	Royaume-Uni	Bonne
14		Varela et col./ICSI, 2020	Institute for Clinical Systems Improvement	2020	États-Unis	Bonne
15		Vlayen et col./KCE, 2017	Kenniscentrum – Centre d'expertise	2017	Europe (Belgique)	Bonne
16		Zwissler et col. /GSAICM, 2019	German Society for Anesthesiology and Intensive Care Medicine	2019	Europe (Allemagne)	Faible
						<b>AMSTAR 2</b>
17	Revue	Bock et col.	N/A	2015	Europe	Très faible
18	Revue systématique	McMartin et col.	N/A	2016	Canada	Très faible

# ANNEXE C

## Résultats de l'évaluation de la qualité des documents retenus

Tableau C-1 Évaluation de la qualité des guides de pratique clinique à l'aide de la grille AGREE II [Brouwers *et al.*, 2010]

Guide organisation	Évaluateur	Score par évaluateur (par domaine)						Score combiné pondéré (par domaine)						Score global du guide	Qualité du guide
		Domaine 1. Champ et objectifs	Domaine 2. Participation des groupes concernés	Domaine 3. Rigueur d'élaboration de la RPC	Domaine 4. Clarté et présentation	Domaine 5. Applicabilité	Domaine 6. Indépendance éditoriale	Domaine 1. Champ et objectifs	Domaine 2. Participation des groupes concernés	Domaine 3. Rigueur d'élaboration de la RPC	Domaine 4. Clarté et présentation	Domaine 5. Applicabilité	Domaine 6. Indépendance éditoriale		
<b>Aceto <i>et al.</i> 2020</b> Italian Society of Anesthesia, Analgesia and Intensive Care	1	18	13	36	20	13	14	81%	58%	50%	89%	33%	92%	63%	Modérée
	2	17	14	28	18	11	12								
<b>Apfelbaum <i>et al.</i> 2012</b> American Society of Anesthesiologists	1	16	13	37	14	12	5	83%	64%	66%	67%	31%	25%	63%	Modérée
	2	20	16	42	16	11	5								
<b>Bonhomme <i>et al.</i> 2013</b> French Society of Anaesthesia and Intensive Care	1	11	12	41	19	16	9	56%	58%	71%	89%	42%	67%	69%	Modérée
	2	15	15	43	19	12	11								
<b>Chung <i>et al.</i> 2016</b> Society of Anesthesia and Sleep Medicine	1	21	15	47	21	17	12	94%	67%	76%	97%	54%	83%	79%	Bonne
	2	19	15	42	20	17	12								
<b>De Hert <i>et al.</i> 2018</b> European Society of Anesthesiology	1	21	10	46	19	20	12	97%	50%	82%	89%	65%	79%	77%	Bonne
	2	20	14	49	19	19	11								
<b>Dobson <i>et al.</i> 2023</b> Canadian Anesthesiologists' Society	1	12	12	15	10	6	8	64%	42%	19%	47%	4%	42%	34%	Faible
	2	17	9	19	13	4	6								
<b>Fleicher <i>et al.</i> 2014</b> American College of Cardiology	1	21	17	55	20	19	12	97%	81%	93%	94%	60%	88%	89%	Bonne
	2	20	18	50	20	18	13								
<b>Halvorsen <i>et al.</i> 2022</b> European Society of Cardiology	1	21	17	47	20	22	11	97%	83%	85%	92%	71%	88%	87%	Bonne
	2	20	19	51	19	20	14								
<b>Kozek-Langenecker <i>et al.</i> 2017</b> European Society of Anesthesiology	1	15	8	51	20	11	9	72%	39%	89%	94%	46%	67%	74%	Modérée
	2	17	12	50	20	19	11								
<b>Mollinex <i>et al.</i> 2012</b> Société Française d'Anesthésie et de Réanimation	1	17	11	41	17	19	6	83%	56%	65%	81%	44%	29%	64%	Modérée
	2	19	15	37	18	10	5								
<b>Munoz <i>et al.</i> 2017</b> Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland	1	18	16	15	20	16	12	81%	67%	20%	81%	35%	83%	51%	Modérée
	2	17	14	20	15	9	12								
<b>Pasha <i>et al.</i> 2014</b>	1	14	8	37	20	18	6	64%	39%	60%	92%	48%	38%	60%	Modérée
	2	15	12	37	19	13	7								

Guide organisation	Évaluateur	Score par évaluateur (par domaine)						Score combiné pondéré (par domaine)						Score global du guide	Qualité du guide
		Domaine 1. Champ et objectifs	Domaine 2. Participation des groupes concernés	Domaine 3. Rigueur d'élaboration de la RPC	Domaine 4. Clarté et présentation	Domaine 5. Applicabilité	Domaine 6. Indépendance éditoriale	Domaine 1. Champ et objectifs	Domaine 2. Participation des groupes concernés	Domaine 3. Rigueur d'élaboration de la RPC	Domaine 4. Clarté et présentation	Domaine 5. Applicabilité	Domaine 6. Indépendance éditoriale		
American Society for Gastrointestinal Endoscopy															
<b>Smith et al. 2016</b> National Institute for Health and Care Excellence	1	20	18	52	20	23	12	94%	75%	90%	89%	73%	88%	86%	Bonne
	2	20	15	50	18	20	13								
<b>Varela et al. 2020</b> Institute for Clinical Systems Improvement	1	19	15	48	18	26	11	94%	81%	86%	89%	94%	88%	87%	Bonne
	2	21	20	51	20	27	14								
<b>Vlayen et al. 2017</b> Kenniscentrum – Centre d'expertise	1	21	15	55	21	28	12	94%	81%	96%	92%	90%	88%	91%	Bonne
	2	19	20	53	18	23	13								
<b>Zwissler et al. 2019</b> German Society for Anesthesiology and Intensive Care Medicine	1	15	8	23	11	11	10	72%	39%	33%	56%	27%	58%	43%	Faible
	2	17	12	25	15	10	8								

**Tableau C-2 Évaluation de la qualité méthodologique des revues systématiques à l'aide de l'outil AMSTAR 2 [Shea et al., 2017]**

ÉLÉMENTS	Revue systématique évaluée	
	Bock et al. 2015	McMartin et al. 2016
1. Les questions de recherche et les critères d'inclusion de la revue comprenaient-ils les éléments de PICO?	oui	oui
2. Le rapport de la revue contenait-il un énoncé explicite indiquant que les méthodes de la revue ont été établies avant sa réalisation, et le rapport a-t-il justifié tout écart important par rapport au protocole?	non	oui partiel
3. Les auteurs de la revue ont-ils expliqué leur choix des devis d'études à inclure dans la revue?	oui	oui
4. Les auteurs de la revue ont-ils eu recours à une stratégie de recherche documentaire exhaustive?	oui partiel	oui partiel
5. Les auteurs de la revue ont-ils réalisé la sélection des études en double?	oui	non

ÉLÉMENTS	Revue systématique évaluée	
	Bock <i>et al.</i> 2015	McMartin <i>et al.</i> 2016
6. Les auteurs de la revue ont-ils effectué l'extraction des données en double?	non	non
7. Les auteurs de la revue ont-ils fourni une liste des études exclues et justifié leur exclusion?	oui	non
8. Les auteurs de la revue ont-ils décrit les études incluses de manière suffisamment détaillée?	non	non
9. Les auteurs de la revue ont-ils employé une technique satisfaisante pour évaluer le risque de biais des études individuelles incluses dans la revue?	non	non
10. Les auteurs de la revue ont-ils rapporté les sources de financement des études incluses dans la revue?	non	non
11. Si une méta-analyse a été effectuée, les auteurs de la revue ont-ils utilisé des méthodes appropriées pour la combinaison statistique des résultats?	Les auteurs n'ont pas effectué de méta-analyse.	Les auteurs n'ont pas effectué de méta-analyse.
12. Si une méta-analyse a été effectuée, les auteurs de la revue ont-ils évalué l'impact potentiel des risques de biais des études individuelles sur les résultats de la méta-analyse ou d'autres synthèses des données?	Les auteurs n'ont pas effectué de méta-analyse.	Les auteurs n'ont pas effectué de méta-analyse.
13. Les auteurs de la revue ont-ils tenu compte des risques de biais des études individuelles lors de l'interprétation/la discussion des résultats de la revue?	oui	non
14. Les auteurs de la revue ont-ils fourni une explication satisfaisante pour toute hétérogénéité observée dans les résultats de la revue et une discussion sur celle-ci?	oui	oui
15. S'ils ont réalisé une synthèse quantitative, les auteurs de la revue ont-ils effectué une évaluation adéquate du biais de publication (biais de petite étude) et discuté de son impact potentiel sur les résultats de la revue?	Les auteurs n'ont pas effectué de méta-analyse.	Les auteurs n'ont pas effectué de méta-analyse.
16. Les auteurs de la revue ont-ils rapporté toutes sources potentielles de conflits d'intérêts, y compris le financement reçu pour réaliser la revue?	oui	oui
<b>Qualité de la revue systématique</b>	<b>Très faible</b>	<b>Très faible</b>

## ANNEXE D

### Synthèse des recommandations/indications et des constats tirés des guides et des revues systématiques

#### Recommandations pour les consultations médicales préopératoires

**Tableau D-1 Consultations préopératoires**

Guides ou revues systématiques/Qualité	Recommandation ou indication	Niveau de preuve	Niveau de recommandation
Kozek-Langenecker, 2022 [Kozek-Langenecker <i>et al.</i> , 2017] Europe Qualité AGREE II : Modérée	Nous suggérons que les patients avec des troubles hémostatiques associés à des maladies systémiques, métaboliques et endocrines devraient être pris en charge en préopératoire en collaboration avec un hématologue.	2C : Preuve de faible qualité	Recommandation faible
	Nous suggérons de référer les patients à un hématologue pour l'évaluation et la planification de l'intervention si un trouble de la coagulation héréditaire (IBD) est suspecté en préopératoire	2C : Preuve de faible qualité	Recommandation faible
European Society of Anaesthesiology (ESA), 2018 [De Hert <i>et al.</i> , 2018] Europe Qualité AGREE II : Bonne	Certains patients avec une maladie cardiaque subissant une chirurgie non cardiaque à risque faible et intermédiaire peuvent être référés par l'anesthésiologiste pour une évaluation cardiologique et une optimisation médicale.	2C : Faible qualité de preuve	Recommandation faible
	Nous suggérons une consultation préopératoire précoce pour les patients avec une maladie neurologique sévère, mal contrôlée ou décompensée, un AVC récent et ceux subissant des procédures avec un risque élevé de complications neurologiques.	2B : Qualité de preuve modérée	Recommandation faible
American College of Cardiology and American Heart Association (ACC-AHA), 2014 [Fleisher <i>et al.</i> , 2014] États-Unis Qualité AGREE II : Bonne	À moins que le risque de report de la chirurgie dépasse les bénéfices potentiels, une évaluation préopératoire par un spécialiste de l'hypertension pulmonaire avant une chirurgie non cardiaque peut être bénéfique pour les patients avec une hypertension pulmonaire, particulièrement pour les patients avec des caractéristiques suggérant un risque préopératoire augmenté.	C : Populations évaluées très limitées ; seulement consensus d'opinions d'experts, études de cas, ou normes de pratique	Classe IIa : Raisonnable
Bonhomme, 2013 [Bonhomme <i>et al.</i> , 2013] Europe (France) Qualité AGREE II : Modérée	Il est recommandé d'obtenir des conseils d'un spécialiste pour les cas où l'histoire de diathèse hémorragique suggère une altération de la fonction d'hémostase.	N/A	GRADE 1+ : Recommandation forte

Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR), 2012 [Molliex <i>et al.</i> , 2012] Europe (France) Qualité AGREE II : Modérée	Il est recommandé de demander un avis spécialisé en cas d'anamnèse de diathèse hémorragique évocatrice d'un trouble de l'hémostase.	N/A	GRADE 1+ : Recommandation forte
<b>Constats</b>			
		<b>Étendue de la preuve</b>	<b>Pays</b>
Pour une chirurgie à faible risque, une consultation médicale peut être envisagée selon les considérations suivantes si une modification de la prise en charge est anticipée :			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Certains patients avec une maladie cardiaque</li> </ul>		1 guide de bonne qualité (ESA 2018)	Europe
<ul style="list-style-type: none"> <li>Les patients avec une maladie neurologique sévère, mal contrôlée ou décompensée ou un AVC récent</li> </ul>		1 guide de bonne qualité (ESA 2018)	Europe
<ul style="list-style-type: none"> <li>Les patients avec une hypertension pulmonaire</li> </ul>		1 guide de bonne qualité (ACC-AHA 2014)	États-Unis
<ul style="list-style-type: none"> <li>Les patients avec des troubles hémostatiques associés à troubles de coagulation héréditaires, des maladies systémiques, métaboliques et endocrines</li> </ul>		1 guide de qualité modérée (Kozek-Langenecker, 2022)	Europe
<ul style="list-style-type: none"> <li>Il est recommandé de demander un avis spécialisé (par ex. hématologue) en cas d'anamnèse de diathèse hémorragique évocatrice d'un trouble de l'hémostase.</li> </ul>		3 guides de qualité modérée (SFAR 2012, Bonhomme 2013, Kozek-Langenecke 2017)	Europe Europe (France)

AVC: Accident vasculaire cérébral; IBD: *Inherited bleeding disease*.

## Recommandations générales sur les tests préopératoires

**Tableau D-2 Tests préopératoires (général)**

Guides ou revues systématiques/Qualité	Recommandation ou indication	Niveau de preuve	Niveau de recommandation
<p>Canadian Anesthesiologists' Society (CAS), 2023</p> <p>[Dobson <i>et al.</i>, 2023]</p> <p>Canada</p> <p>Qualité AGREE II : Faible</p>	<p>Des examens de laboratoire devraient être réalisés lorsqu'indiqué par le statut médical du patient, et la nature de la procédure proposée (Les tests de laboratoire ne devraient pas être réalisés de routine mais devraient être obtenus seulement lorsque les résultats pourront changer la prise en charge périopératoire.</p>	N/A	N/A
<p>European Society of Cardiology (ESC), 2022</p> <p>[Halvorsen <i>et al.</i>, 2022]</p> <p>Europe</p> <p>Qualité AGREE II : Bonne</p>	<p>Si un patient cédulé pour une chirurgie non cardiaque a une douleur thoracique ou d'autres symptômes suggestifs d'une maladie coronarienne, des examens diagnostiques supplémentaires avant la chirurgie sont recommandés.</p>	C : Consensus d'opinions d'experts et/ou études de petite taille, études rétrospectives, registres	Classe I : Bénéfique, utile, efficace
	<p>Chez tous les patients cédulés pour une chirurgie non cardiaque, une histoire médicale et un examen clinique précis sont recommandés.</p>	C : Consensus d'opinions d'experts et/ou études de petite taille, études rétrospectives, registres	Classe I : Bénéfique, utile, efficace
	<p>Il est recommandé de procéder à une évaluation du risque préopératoire, idéalement au même moment que la chirurgie non cardiaque est proposée</p>	B : Données provenant d'un seul ECR ou d'études non randomisées de grande taille	Classe I : Bénéfique, utile, efficace
<p>Aceto, 2020</p> <p>[Aceto <i>et al.</i>, 2020]</p> <p>Europe (Italie)</p> <p>Qualité AGREE II : Modérée</p>	<p>Il est recommandé que l'évaluation du risque cardiovasculaire inclue :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La capacité fonctionnelle et, en cas de chirurgie majeure, un test de stress cardiaque (lorsqu'indiqué)</li> <li>• Un index de risque cardiaque (p.ex. Lee index) ou un calculateur de risque chirurgical qui inclut l'âge et les comorbidités (calculateur de risque chirurgical ACS-NSQIP)</li> <li>• Le risque de complications cardiaques associées au type d'intervention chirurgicale.</li> </ul>	B : Qualité modérée	GRADE A : Il y a une grande certitude que le bénéfice net est substantiel
<p>Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI), 2020</p>	<p>Ne pas tester de routine tous les patients subissant une chirurgie non cardiaque élective. Le besoin</p>	Faible	Recommandation forte

<p>[ICSI, 2020]</p> <p>États-Unis</p> <p>Qualité AGREE II : Bonne</p>	<p>de tester doit être guidé par les facteurs de risque individuels du patient (basé sur l'histoire médicale et l'examen physique) et le risque d'événements indésirables cardiaques majeurs (morbidité ou mortalité) associés à la procédure planifiée.</p>		
	<p>Une évaluation de la santé et un dépistage qui inclut une histoire médicale ciblée et un examen physique approprié devraient être complétés pour tous les patients subissant une chirurgie une procédure chirurgicale, sans égard à l'établissement (à moins que la procédure implique une sédation légère, ou une anesthésie topique/locale).</p>	<p>N/A</p>	<p>Consensus</p>
<p>German Society for Anesthesiology and Intensive Care Medicine (GSAICM), 2019</p> <p>[Zwissler, 2019]</p> <p>Europe (Allemagne)</p>	<p>Il n'y a présentement aucune indication pour des tests cardiaques supplémentaires chez les patients subissant une chirurgie avec un risque cardiaque faible, indépendamment de la présence de facteurs de risque cardiaques.</p>	<p>N/A</p>	<p>N/A</p>
<p>Qualité AGREE II : Faible</p>	<p>Les patients avec des marqueurs d'intégrité cardiaque augmentés (p.ex., troponine, N-terminal pro B-type natriuretic peptide, NT-proBNP) ont plus de complications cardiovasculaires périopératoires. Il n'a pas été clarifié comment la mesure des marqueurs d'intégrité cardiaque de routine pour le risque cardiovasculaire des patients peut contribuer à réduire la morbidité périopératoire, ceci n'est donc pas recommandé.</p>	<p>N/A</p>	<p>N/A</p>
<p>European Society of Anaesthesiology (ESA), 2018</p> <p>[De Hert <i>et al.</i>, 2018]</p>	<p>Nous suggérons le modèle NQSIP ou le RCRI pour la stratification du risque cardiaque périopératoire.</p>	<p>1B : Qualité de preuve modérée</p>	<p>Recommandation forte</p>
<p>Europe</p> <p>Qualité AGREE II : Bonne</p>	<p>Nous suggérons de prendre en considération les facteurs de risque connus comme l'âge avancée ou l'obésité pour identifier les patients à risque de problèmes rénaux aigus (AKI). Une attention particulière devrait être accordé lorsqu'une médication potentiellement néphrotoxique est administrée, en ajustant le statut volumique et en contrôlant la pression sanguine dans ces groupes.</p>	<p>2C : Faible qualité de preuve</p>	<p>Recommandation faible</p>
	<p>Nous suggérons de prendre en considération les résultats (BUN/Cr ratio, concentration Hb préopératoire et une diminution</p>	<p>2B : Qualité de preuve modérée</p>	<p>Recommandation faible</p>

	de l'Hb périopératoire) afin d'identifier les patients à risque de problèmes rénaux aigus (AKI) postopératoire.		
American College of Cardiology and American Heart Association (ACC-AHA), 2014 [Fleisher <i>et al.</i> , 2014] États-Unis Qualité AGREE II : Bonne	Pour les patients avec un risque faible d'événements indésirables cardiaques majeurs, des tests supplémentaires ne sont pas recommandés avant une opération planifiée. Un outil validé de prédiction du risque peut être utile pour prédire le risque d'événements indésirables cardiaques majeurs chez les patients subissant une chirurgie non cardiaque	B : Populations évaluées limitées ; Données provenant d'un seul ECR ou d'études non randomisées B : Populations évaluées limitées ; Données provenant d'un seul ECR ou d'études non randomisées	Classe III : Aucun bénéfice Classe IIa : Raisonnable
Pasha, 2014 [Pasha <i>et al.</i> , 2014] États-Unis Qualité AGREE II : Modérée	Nous recommandons que les endoscopistes procèdent à des tests préopératoires sélectivement en se basant sur l'histoire médicale du patient, l'examen physique, et les facteurs de risque relié au patient et à la procédure.	GRADE : Qualité de preuve élevée	N/A
Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR), 2012 [Molliex <i>et al.</i> , 2012] Europe (France) Qualité AGREE II : Modérée	Intervention à faible risque : Pas d'examen complémentaires systématiques pour les patients ASA I à ASA IV	N/A	N/A
American Society of Anesthesiologists (ASA), 2012 [Apfelbaum <i>et al.</i> , 2012] États-Unis Qualité AGREE II : Modérée	Évaluation cardiaque préanesthésie (autre que ECG) : 1) L'évaluation cardiaque préanesthésie peut inclure une consultation avec des spécialistes et demander ou réaliser des tests qui se situent entre les tests passifs non invasifs ou les tests de dépistage provoqués (p.ex. tests de stress) et l'évaluation non invasive et invasive de la structure cardiaque, et la vascularité (p.ex., échocardiogramme, imagerie par radionucléotide, cathétérisme cardiaque) 2) Les anesthésistes devraient balancer les risques et les coûts de ces évaluations par rapport aux bénéfices.  Les caractéristiques à considérer incluent les facteurs de risque cardiaques et le type de chirurgie.	B2 : La littérature contient des études observationnelles avec des statistiques associatives ou descriptives	N/A

	<p>Période pour réaliser les tests :</p> <p>1) Il n'y a pas de données suffisantes pour identifier des paramètres décisionnels explicites ou des « règles » pour demander des tests préopératoires sur la base de facteurs spécifiques reliés aux patients.</p> <p>Les résultats de tests obtenus du dossier médical à l'intérieur de 6 mois avant la chirurgie sont généralement acceptables si l'histoire médicale du patient n'a pas changé substantiellement.</p>	B2 : La littérature contient des études observationnelles avec des statistiques associatives ou descriptives	N/A
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

<b>Constats</b>		
	<b>Étendue de la preuve</b>	<b>Pays</b>
Il n'est pas recommandé de faire des tests préopératoires de routine pour tous les patients subissant une chirurgie non cardiaque élective.	1 guide de bonne qualité (ICSI 2020)	États-Unis
Pour les patients subissant une intervention à faible risque, il n'y pas d'indications de recourir à des tests cardiaques complémentaires, indépendamment de la présence de facteurs de risques cardiaques.	1 guide de qualité modérée (SFAR 2012) 1 guide de faible qualité (GAISCM 2019)	Europe (France) Europe (Allemagne)
Il est recommandé de procéder à une évaluation du patient avant une chirurgie non cardiaque élective incluant l'histoire médicale du patient et un examen physique approprié avant une chirurgie non cardiaque élective à moins que la chirurgie ne nécessite qu'une légère sédation ou une anesthésie locale ou topique	2 guides de bonne qualité (ICSI 2020, ESC 2022)  1 guide de qualité modérée (Pasha 2014)	États-Unis Europe
Une évaluation du risque préopératoire avec l'usage d'échelles ou de questionnaires validés pour la stratification du risque cardiovasculaire est suggérée (p.ex., RCRI, NSQIP, MACE ou Lee index)	3 guides de bonne qualité (ACC-AHA 2014, ESA 2018, ESC 2022)  1 guide de qualité modérée (Aceto 2015)	États-Unis Europe Europe (Italie)
Il est recommandé de procéder à des examens diagnostiques préopératoires plus approfondis chez les patients présentant une douleur thoracique ou des symptômes suggestifs d'une maladie cardiaque non détectée	1 guide de bonne qualité (ESC 2022)	Europe

N/A : Non disponible ou non mentionné ; RCRI : *Revised Cardiac Risk Index*.

## Tests préopératoires non recommandés de routine et sans considération clinique

**Tableau D-3 Radiographie thoracique**

Guides ou revues systématiques/Qualité	Recommandation ou indication	Niveau de preuve	Niveau de recommandation
Canadian Anesthesiologists' Society (CAS), 2023 [Dobson <i>et al.</i> , 2023] Canada Qualité AGREE II : Faible	Radiographie thoracique : Non recommandé chez les patients asymptomatiques pour l'évaluation préopératoire de routine à moins que ce soit à l'intérieur d'une prise en charge chirurgicale ou oncologique non relié à l'évaluation du risque périopératoire.	N/A	N/A
	Radiographie thoracique : Peut être considérée pour les patients avec une maladie cardiopulmonaire aiguë ou chronique selon l'histoire médicale et l'examen physique si un changement de la prise en charge est anticipé.	N/A	N/A
Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI), 2020 [ICSI, 2020] États-Unis Qualité AGREE II : Bonne	Ne pas faire une radiographie thoracique préopératoire de routine à moins qu'elle ne soit indiquée par l'histoire médicale et l'examen physique.	Faible	Forte
German Society for Anesthesiology and Intensive Care Medicine (GSAICM), 2019 [Zwissler, 2019] Europe (Allemagne) Qualité AGREE II : Faible	Une radiographie thoracique préopératoire est seulement indiquée lorsqu'une suspicion avec des conséquences sur la procédure périopératoire (p.ex., effusion pleurale, atélectasie, pneumonie, etc.) doit être confirmée ou exclue.	N/A	N/A
	Une radiographie thoracique peut être utile dans des cas spéciaux indépendamment des symptômes cardiopulmonaires (p.ex., pour évaluer le déplacement de la trachée chez les patients avec un goître)	N/A	N/A
European Society of Anesthesiology (ESA), 2018 [De Hert <i>et al.</i> , 2018] Europe Qualité AGREE II : Bonne	Nous ne recommandons pas une radiographie préopératoire de routine car elle altère rarement la prise en charge périopératoire.	1C : Faible qualité de preuve	Recommandation forte

<p>Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE), 2017</p> <p>[Vlayen, 2016]</p> <p>Europe (Belgique)</p> <p>Qualité AGREE II : Bonne</p>	<p>Une radiographie thoracique avant une chirurgie non cardiopulmonaire sans indication clinique n'est pas recommandée.</p>	<p>Faible</p>	<p>Forte</p>
<p>National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2016</p> <p>[NICE, 2016]</p> <p>Royaume-Uni</p> <p>Qualité AGREE II : Bonne</p>	<p>Ne pas offrir de routine une radiographie thoracique avant une chirurgie</p>	<p>Consensus</p>	<p>N/A</p>
<p>Pasha, 2014</p> <p>[Pasha <i>et al.</i>, 2014]</p> <p>États-Unis</p> <p>Qualité AGREE II : Modérée</p>	<p>Nous recommandons de ne pas procéder à des tests de routine pour la coagulation, la radiographie thoracique, l'électrocardiographie, le typage sanguin, les niveaux d'hémoglobine ou d'hématocrite, les analyses d'urine, et les tests biochimiques avant une endoscopie chez des patients en bonne santé.</p> <p>L'utilisation de ces tests devrait être individualisée et basée sur les risques reliés au patient et à la chirurgie.</p>	<p>GRADE : Qualité de preuve élevée</p>	<p>N/A</p>
	<p>Nous suggérons d'obtenir une radiographie thoracique avant une endoscopie chez les patients avec des nouveaux symptômes respiratoire ou une insuffisance cardiaque décompensée.</p>	<p>GRADE : Faible qualité de preuve</p>	<p>N/A</p>
<p>American Society of Anesthesiologists (ASA), 2012</p> <p>[Apfelbaum <i>et al.</i>, 2012]</p> <p>États-Unis</p> <p>Qualité AGREE II : Modérée</p>	<p>Radiographie thoracique pré-anesthésie : 1) Les caractéristiques cliniques à considérer incluent la consommation de tabac, une infection des voies respiratoires supérieures récente, une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), et une maladie cardiaque.</p> <p>Les experts reconnaissent que des anomalies de radiographie thoracique peuvent être plus fréquentes chez ces patients mais ne croient</p>	<p>B2 : La littérature contient des études observationnelles avec des statistiques associatives ou descriptives</p>	<p>N/A</p>

	pas que l'âge extrême, la consommation de tabac, une MPOC stable, une maladie cardiaque stable, ou une infection des voies respiratoires supérieures récente résolue devrait être considérés comme des indications sans équivoque pour une radiographie thoracique.		
Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR), 2012  [Molliex <i>et al.</i> , 2012]  Europe (France)  Qualité AGREE II : Modérée	Il est recommandé de ne pas prescrire de manière systématique une radiographie de thorax préinterventionnelle en chirurgie non cardiopulmonaire, quel que soit l'âge du patient, sauf en cas de pathologie cardiopulmonaire évolutive ou aiguë.	N/A	N/A
<b>Constats</b>			
		<b>Étendue de la preuve</b>	<b>Pays</b>
Il n'est pas recommandé de procéder à une radiographie thoracique préopératoire de routine pour une chirurgie non cardiopulmonaire élective		4 guides de bonne qualité (NICE 2016, ICSI 2020, ESA 2018, KCE 2017)  2 guides de qualité modérée (SFAR 2012, Pasha 2014)  1 guide de faible qualité (CAS 2023)	Canada États-Unis Europe Europe (Belgique) Europe (France) Royaume-Uni
Une radiographie thoracique est seulement indiquée à la suite de l'historique médical et de l'examen physique du patient lorsque qu'une condition cardiopulmonaire est suspectée (p.ex. en cas de pathologie cardiopulmonaire évolutive ou aiguë, symptômes respiratoires ou insuffisance cardiaque décompensée) et si un changement de prise en charge est anticipé.		1 guide de bonne qualité (ICSI 2020)  3 guides de qualité modérée (SFAR 2012, ASA 2012, Pasha 2014)  2 guides de faible qualité (CAS 2023, GSAICM 2019)	Canada États-Unis Europe (France) Europe (Allemagne)

MPOC : Maladie pulmonaire obstructive chronique ; N/A : Non disponible ou non mentionné.

**Tableau D-4 Fonction pulmonaire : spirométrie et mesure des gaz artériels**

Guides ou revues systématiques/Qualité	Recommandation ou indication	Niveau de preuve	Niveau de recommandation
Aceto, 2020 [Aceto <i>et al.</i> , 2020] Europe (Italie) Qualité AGREE II : Modérée	Les patients qui pourraient bénéficier d'une spirométrie préopératoire comprennent ceux souffrant de dyspnée inexpliquée ou d'intolérance à l'exercice, ainsi que ceux souffrant de MPOC ou d'asthme chez lesquels l'étendue de l'obstruction des voies respiratoires est inconnue.	N/A	N/A
German Society for Anesthesiology and Intensive Care Medicine (GSAICM), 2019 [Zwissler, 2019] Europe (Allemagne) Qualité AGREE II : Faible	Les tests préopératoires de la fonction pulmonaire sont donc indiqués chez les patients présentant une affection pulmonaire active nouvelle ou suspectée pour estimer la gravité de la maladie et surveiller le traitement.	N/A	N/A
European Society of Anesthesiology (ESA), 2018 [De Hert <i>et al.</i> , 2018] Europe Qualité AGREE II : Bonne	Nous ne recommandons pas la spirométrie diagnostique préopératoire chez les patients non cardiothoraciques pour évaluer le risque de complications postopératoires en général.	1C : Faible qualité de preuve	Recommandation forte
	Nous suggérons pas que la spirométrie incitative préopératoire aide à prévenir les complications pulmonaires postopératoires.	2A : Qualité de preuve élevée	Recommandation faible
	Nous suggérons que les patients atteints de diabète de longue date subissent une évaluation minutieuse des voies respiratoires.	2C : Faible qualité de preuve	Recommandation faible
Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE), 2017 [Vlayen, 2016] Europe (Belgique) Qualité AGREE II : Bonne	Les tests de la fonction pulmonaire (y compris l'analyse des gaz du sang artériel) ne sont pas systématiquement recommandés avant une intervention chirurgicale non cardiothoracique élective.	Très faible	Recommandation forte
National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2016	Ne pas offrir de routine des tests de fonction respiratoire ou des	N/A	N/A

[NICE, 2016] Qualité AGREE II : Bonne	analyses de gaz sanguins avant une chirurgie.		
Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR), 2012 [Molliex <i>et al.</i> , 2012] Europe (France) Qualité AGREE II : Modérée	Il est recommandé de ne pas prescrire de manière systématique des EFR pré-interventionnels en chirurgie non cardiothoracique, quel que soit l'âge du patient, sauf en cas de pathologie pulmonaire évolutive ou aiguë.	N/A	GRADE 1- : Recommandation forte
	Il est recommandé de ne pas prescrire de manière systématique des gaz du sang artériels pré-interventionnels en chirurgie non cardiothoracique, quel que soit l'âge du patient, sauf en cas de pathologie pulmonaire évolutive ou aiguë	N/A	GRADE 1- : Recommandation forte
American Society of Anesthesiologists (ASA), 2012 [Apfelbaum <i>et al.</i> , 2012] États-Unis Qualité AGREE II : Modérée	Les caractéristiques cliniques à prendre en compte comprennent le type et le caractère invasif de l'intervention chirurgicale, l'intervalle depuis l'évaluation précédente, l'asthme traité ou symptomatique, la MPOC symptomatique et la scoliose avec fonction restrictive.	B2 : La littérature contient des études observationnelles avec des statistiques associatives ou descriptives	N/A
<b>Constats</b>			
		<b>Étendue de la preuve</b>	<b>Pays</b>
Il n'est pas recommandé de prescrire des examens de fonction pulmonaire (incluant la mesure des gaz artériels) de manière systématique avant une chirurgie élective à faible risque.		2 guides de bonne qualité (NICE 2016, KCE 2017) 1 guide de qualité modérée (SFAR 2012)	Europe (Belgique) Europe (France) Royaume-Uni
Les examens de fonction pulmonaire préopératoires seraient indiqués pour des patients présentant une condition respiratoire nouvelle ou non contrôlée		1 guide de qualité modérée (SFAR 2012) 1 guide de faible qualité (GSAICM 2019)	Europe (France) Europe (Allemagne)
Il est suggéré de faire une évaluation des voies respiratoires pour les patients diabétiques de longue date.		1 guide de bonne qualité (ESA 2018)	Europe
<b>Constats</b>			
		<b>Étendue de la preuve</b>	<b>Pays</b>
<b>Spirométrie</b>			
Pour des patients devant subir une chirurgie non-cardiothoracique, il n'est pas recommandé de procéder à une spirométrie pour l'évaluation des complications post-opératoires.		1 guide de bonne qualité (ESA 2018)	Europe
Une spirométrie pourrait être envisagée pour des patients présentant :		1 guide de bonne qualité (ESA 2018)	États-Unis Europe

<ul style="list-style-type: none"> <li>• une dyspnée inexpliquée ;</li> <li>• une intolérance à l'effort ;</li> <li>• un diagnostic de MPOC ou d'asthme ;</li> <li>• une incertitude dans le niveau d'obstruction des voies respiratoires ;</li> <li>• une scoliose qui restreint leur mobilité ;</li> <li>• une maladie neuromusculaire.</li> </ul>	2 guides de qualité modérée (ASA 2012, Aceto 2020)	Europe (Italie)
<b>Mesure des gaz artériels</b>		
Pour des patients de tous âges devant subir une chirurgie non-cardiothoracique, il n'est pas recommandé de procéder systématiquement à des mesures des gaz artériels sanguins, excepté pour des patients avec une pathologie pulmonaire évolutive ou aiguë.	1 guide de bonne qualité (NICE 2016)  1 guide de qualité modérée (SFAR 2012)	Europe (France) Royaume-Uni

EFR : Explorations fonctionnelles respiratoires (incluant la spirométrie, la pléthysmographie, la mesure des gaz sanguins et les épreuves d'exercices) ; MPOC : Maladie pulmonaire obstructive chronique.

**Tableau D-5 Échocardiographie transthoracique au repos**

Guides ou revues systématiques/Qualité	Recommandation ou indication	Niveau de preuve	Niveau de recommandation
Canadian Anesthesiologists' Society (CAS), 2023  [Dobson <i>et al.</i> , 2023]  Canada  Qualité AGREE II : Faible	Une échocardiographie au repos peut être considérée si l'évaluation clinique suggère une anomalie obstructive intracardiaque sévère, une cardiomyopathie, ou une hypertension pulmonaire sévère non diagnostiquée.	N/A	N/A
European Society of Cardiology (ESC), 2022  [Halvorsen <i>et al.</i> , 2022]  Europe  Qualité AGREE II : Bonne	Une évaluation de routine de la fonction ventriculaire n'est pas recommandée	C : Consensus d'opinions d'experts et/ou études de petite taille, études rétrospectives, registres	Classe III : Non utile/efficace et peut être néfaste
	Chez les patients avec une histoire familiale de cardiomyopathie génétique, il est recommandé de procéder à un ECG et une ETT avant une chirurgie non cardiothoracique, sans égard à l'âge et aux symptômes	C : Consensus d'opinions d'experts et/ou études de petite taille, études rétrospectives, registres	Classe I : Bénéfique, utile, efficace
	Chez les patients avec un souffle nouvellement détecté et des symptômes et des signes de maladie cardiovasculaire, une ETT est recommandée avant une chirurgie non cardiothoracique	C : Consensus d'opinions d'experts et/ou études de petite taille, études rétrospectives, registres	Classe I : Bénéfique, utile, efficace
	Chez les patients avec une dyspnée et/ou un œdème périphérique et une BNP/NT-proBNP élevée, une ETT est recommandée avant une chirurgie non cardiothoracique. Si le test de BNP/NT-proBNP n'est pas disponible, une ETT devrait être considérée	C : Consensus d'opinions d'experts et/ou études de petite taille, études rétrospectives, registres	Classe I : Bénéfique, utile, efficace

Guides ou revues systématiques/Qualité	Recommandation ou indication	Niveau de preuve	Niveau de recommandation
German Society for Anesthesiology and Intensive Care Medicine (GSAICM), 2019 [Zwissler, 2019] Europe (Allemagne) Qualité AGREE II : Faible	Une insuffisance cardiaque stable ou une maladie cardiaque ischémique (maladie coronarienne) seule ne constitue pas une indication pour une échocardiographie préopératoire	N/A	N/A
	Une échocardiographie préopératoire est seulement recommandée, avant une chirurgie non cardiaque, chez les patients avec une dyspnée d'origine inconnue d'apparition récente, et chez les patients avec une insuffisance cardiaque connue et des symptômes aggravés au cours des 12 derniers mois	N/A	N/A
Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE), 2017 [Vlayen, 2016] Europe (Belgique) Qualité AGREE II : Bonne	Une échocardiographie au repos n'est pas recommandée de routine avant une chirurgie non cardiothoracique électorive	Très faible	Forte
National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2016 [NICE, 2016] Qualité AGREE II : Bonne	Ne pas offrir de routine une échocardiographie au repos	N/A	Consensus
	Considérer une échocardiographie au repos si la personne a : un souffle cardiaque et n'importe quel symptôme cardiaque (incluant une dyspnée, une pré-syncope, une syncope ou une douleur thoracique); ou des signes et symptômes d'insuffisance cardiaque	N/A	Consensus
American College of Cardiology and American Heart Association (ACC-AHA), 2014 [Fleisher <i>et al.</i> , 2014] États-Unis Qualité AGREE II : Bonne	Une évaluation de routine de la fonction du ventricule gauche n'est pas recommandée	B : Populations évaluées limitées ; Données provenant d'un seul ECR ou d'études non randomisées	Classe III : Aucun bénéfice
	Il est raisonnable de recourir à une évaluation de la fonction du ventricule gauche pour les patients qui présentent une dyspnée d'origine inconnue	C : Populations évaluées très limitées ; seulement consensus d'opinions d'experts, études de cas, ou normes de pratique	Classe IIa : Raisonnable
	Une réévaluation de la fonction du ventricule gauche peut être considérée chez les patients cliniquement stables avec une dysfonction du ventricule gauche documentée si aucune	C : Populations évaluées très limitées ; seulement consensus d'opinions d'experts, études de cas, ou normes de pratique	Classe IIb : Peut être considéré

Guides ou revues systématiques/Qualité	Recommandation ou indication	Niveau de preuve	Niveau de recommandation
	évaluation n'a été réalisée depuis un an		
	Il est recommandé de procéder à une échocardiographie préopératoire chez les patients avec une suspicion clinique de sténose ou régurgitation valvulaire modérée ou plus sévère si 1) aucune échocardiographie n'a été réalisée depuis 1 an ou 2) il y a un changement significatif de l'état clinique ou à l'examen physique depuis la dernière évaluation	C : Populations évaluées très limitées ; seulement consensus d'opinions d'experts, études de cas, ou normes de pratique	
Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR), 2012 [Molliex <i>et al.</i> , 2012]	Il n'est pas recommandé de prescrire de façon systématique une échocardiographie de repos pré interventionnelle	N/A	GRADE 1- : Recommandation forte
Europe (France) Qualité AGREE II : Modérée	Il est recommandé de limiter les indications d'échocardiographie pré interventionnelle aux sous-groupes de patients qui peuvent en bénéficier. Ce sont les patients symptomatiques, tels que les patients présentant une dyspnée, une insuffisance cardiaque de cause inconnue ou récemment aggravée, ou les patients présentant un souffle systolique non connu ou une suspicion d'HTAP	N/A	GRADE 2+ : Recommandation faible
<b>Constats</b>			
		<b>Étendue de la preuve</b>	<b>Pays</b>
	Il n'est pas recommandé de prescrire une évaluation de la fonction du ventricule gauche par une échocardiographie transthoracique préopératoire de routine pour une chirurgie non cardiothoracique élective à faible risque pour les patients asymptomatiques ou avec une condition stable.	4 guides de bonne qualité ACC-AHA 2014, NICE 2016, KCE 2017, ESC 2022)  1 guide de faible qualité (SFAR 2012)	Europe (Belgique) États-Unis Europe Royaume-Uni
	Considérer une échocardiographie préopératoire suivant l'évaluation clinique pour les patients avec : <ul style="list-style-type: none"> <li>un souffle cardiaque</li> <li>des symptômes cardiaques (incluant la dyspnée, une pré-syncope, une syncope, une douleur thoracique)</li> <li>des signes ou symptômes d'insuffisance cardiaque (p.ex. une dyspnée et/ou un œdème périphérique et une NT-proBNP/BNP élevée)</li> <li>une sténose ou une régurgitation valvulaire modérée ou sévère si aucune ETT n'a été réalisée dans la dernière</li> </ul>	2 guides de bonne qualité (NICE 2016, ESC 2022 ACC-AHA 2014)  1 guide de qualité modérée (SFAR 2012)  1 guide de faible qualité (CAS 2023, GSAICM 2019)	Canada États-Unis Europe Europe (France) Europe (Allemagne) Royaume-Uni

Guides ou revues systématiques/Qualité	Recommandation ou indication	Niveau de preuve	Niveau de recommandation
	année ou en cas de changement de l'état clinique ou à l'examen physique depuis la dernière évaluation <ul style="list-style-type: none"> <li>une cardiomyopathie génétique</li> </ul>		

BNP/NT-proBNP : peptide natriurétique/Fragment N-Terminal du peptide natriurétique ; ECG : Électrocardiogramme ; ECR : Essai contrôlé randomisé ; ETT : Échographie transthoracique ; HTAP : Hypertension artérielle pulmonaire ; N/A : Non disponible ou non mentionné.

**Tableau D-6 Angiographie coronarienne (CCTA)**

Guides ou revues systématiques/Qualité	Recommandation ou indication	Niveau de preuve	Niveau de recommandation
European Society of Cardiology (ESC), 2022 [Halvorsen <i>et al.</i> , 2022] Europe Qualité AGREE II : Bonne	Un angiogramme de la carotide interne (ICA) préopératoire de routine n'est pas recommandée chez les patients avec un syndrome coronaire stables subissant une chirurgie non cardiaque à risque faible ou intermédiaire.  Il est recommandé d'utiliser les mêmes indications pour un angiogramme de la carotide interne (ICA) ou une revascularisation préopératoire que celles utilisées hors du contexte chirurgical.	C : Consensus d'opinions d'experts et/ou études de petite taille, études rétrospectives, registres  C : Consensus d'opinions d'experts et/ou études de petite taille, études rétrospectives, registres	Classe III : Non utile/efficace et peut être néfaste  Classe I : Bénéfique, utile, efficace
German Society for Anesthesiology and Intensive Care Medicine (GSAICM), 2019 [Zwissler, 2019] Europe (Allemagne) Qualité AGREE II : Faible	Les indications pour un test invasif de diagnostic coronaire (cathétérisation cardiaque) pour une estimation du risque périopératoire sont rares avant une chirurgie non cardiaque. En général, les indications correspondent à celles pour une angiographie coronaire ou une intervention coronaire percutanée indépendamment de la chirurgie planifiée.	N/A	N/A
Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE), 2017 [Vlayen, 2016] Europe (Belgique) Qualité AGREE II : Bonne	Une tomographie (CT) coronaire préopératoire n'est pas recommandée de routine chez les patients subissant une chirurgie élective non cardiothoracique.	Très faible	Forte
American College of Cardiology and American Heart Association (ACC-AHA), 2014 [Fleisher <i>et al.</i> , 2014] États-Unis Qualité AGREE II : Bonne	Une angiographie coronaire préopératoire de routine n'est pas recommandée.	C : Populations évaluées très limitées ; seulement consensus d'opinions d'experts, études de cas, ou normes de pratique	Classe III : Aucun bénéfice

<b>Constats</b>		
	<b>Étendue de la preuve</b>	<b>Pays</b>
Il n'est pas recommandé de prescrire une angiographie coronarienne (CCTA) préopératoire de routine pour une chirurgie non cardiothoracique élective.	3 guides de bonne qualité (ACC-AHA 2014, ESC 2022, KCE 2017)  1 guide de faible qualité (GSAIM 2019)	États-Unis Europe Europe (Allemagne) Europe (Belgique)
Il est recommandé d'utiliser les mêmes indications que celles hors d'un contexte chirurgical pour l'utilisation de l'angiographie coronarienne.	1 guide de bonne qualité (ESC 2022)  1 guide de faible qualité (GSAICM 2019)	Europe Europe (Allemagne)

CCTA : Angiographie coronarienne ; CT : *Computerized tomography* ; ICA : *Internal carotid angiogram* ; N/A : Non disponible ou non mentionné

**Tableau D-7 Test d'effort cardiopulmonaire (CPET), échographie ou imagerie et tests à l'effort ou de stress**

<b>Guides ou revues systématiques/Qualité</b>	<b>Recommandation ou indication</b>	<b>Niveau de preuve</b>	<b>Niveau de recommandation</b>
European Society of Cardiology (ESC), 2022  [Halvorsen <i>et al.</i> , 2022]  Europe  Qualité AGREE II : Bonne	Une imagerie de stress n'est pas recommandée de routine avant une chirurgie non cardiaque.	C : Consensus d'opinions d'experts et/ou études de petite taille, études rétrospectives, registres	Classe III : Non utile/efficace et peut être néfaste
Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE), 2017  [Vlayen, 2016]  Europe (Belgique)  Qualité AGREE II : Bonne	Une imagerie de stress non invasive de routine n'est pas recommandée avant une chirurgie élective non cardiothoracique à faible risque, indépendamment du risque clinique du patient.	Très faible	Forte
	Une imagerie de stress non invasive peut être considérée pour les patients à risque élevé avant une chirurgie élective non cardiothoracique, avec une mauvaise capacité fonctionnelle, si elle changera la prise en charge.	Très faible	Faible
	Les tests d'effort cardiopulmonaire de routine ne sont pas recommandés avant une intervention chirurgicale non cardiothoracique élective.	Très faible	Forte
McMartin, 2017  [McMartin, 2016]  Canada	L'usage de routine de tests de stress cardiaques non invasifs pour des fins de dépistage préopératoire avant une chirurgie élective non	N/A	N/A

Qualité AMSTAR 2: Très faible	cardiaque à risque intermédiaire n'est pas recommandé. L'usage sélectif de ces tests doit être guidé par les facteurs de risque clinique des patients pour des complications cardiaques préopératoires, de même que la considération selon laquelle les résultats du test peuvent informer la décision clinique.		
	Un test de stress préopératoire n'est pas recommandé chez les patients à faible risque (i.e. sans facteurs de risque cardiaques au RCRI)	N/A	N/A
	L'usage de tests de stress cardiaques pour des fins de diagnostic doit être supporté (p.ex., pour le diagnostic d'une maladie des artères coronaires non diagnostiquée préalablement chez les patients présentant une douleur thoracique suspecte avant une chirurgie non cardiaque planifiée).	N/A	N/A
	Les bénéfices des tests de stress cardiaques préopératoires s'appliquent largement aux patients qui sont à risque élevé de complications cardiaques sur la base de 3 facteurs de risque ou plus en utilisant le RCRI.	N/A	N/A
American College of Cardiology and American Heart Association (ACC-AHA), 2014  [Fleisher <i>et al.</i> , 2014]  États-Unis  Qualité AGREE II : Bonne	Il est raisonnable pour les patients qui sont à risque élevé pour une chirurgie non cardiaque et qui ont une mauvaise capacité fonctionnelle (<4 METs) de procéder à un test de stress pharmacologique non invasif (échocardiogramme de stress avec dobutamine ou une MPI de stress pharmacologique), si elle changera la prise en charge.	B : Populations évaluées limitées ; Données provenant d'un seul ECR ou d'études non randomisées	Classe IIa : Raisonnable
<b>Constats</b>			
		<b>Étendue de la preuve</b>	<b>Pays</b>
Il n'est pas recommandé de prescrire une imagerie à l'effort de routine chez les patients subissant une intervention non cardiopulmonaire élective à faible risque peu importe le risque associé au patient.		2 guides de bonne qualité (ESC 2022, KCE 2017)	Europe Europe (Belgique)
Il est recommandé de ne pas effectuer un test d'effort cardiopulmonaire (CPET) préopératoire de routine pour améliorer l'estimation du risque cardiaque périopératoire.		1 guide de bonne qualité (KCE 2017)	Europe (Belgique)

Il n'est pas recommandé de prescrire un test à l'effort préopératoire chez les patients à faible risque (RCRI)	1 revue de qualité très faible (McMartin 2016)	Canada
Un test de stress non invasif pourrait être considéré :	2 guides de bonne qualité (ACC-AHA 2014, KCE 2017)	États-Unis Europe (Belgique)
<ul style="list-style-type: none"> <li>pour les patients avec une faible capacité fonctionnelle (MET moins de 4) si un changement de la prise en charge est anticipé</li> </ul>		
Un test de stress cardiaque non invasif pourrait être considéré :	1 guide de bonne qualité (KCE, 2017)	Europe (Belgique)
<ul style="list-style-type: none"> <li>pour les patients avec une faible capacité fonctionnelle (ASA 2,3 ou 4) si un changement de la prise en charge est anticipé</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>pour diagnostiquer une maladie coronarienne non connue chez les patients présentant une douleur thoracique suspecte</li> </ul>	1 revue de qualité très faible (McMartin 2016)	Canada
Les avantages des tests de stress cardiaque préopératoire sélectifs s'appliquent en grande partie aux patients qui présentent un risque élevé de complications cardiaques sur la base de 3 facteurs de risque cliniques ou plus, en utilisant l'indice de risque cardiaque révisé (RCRI).	1 revue de qualité très faible (McMartin 2016)	Canada

ASA : *American Anesthesiologist Association* (Classification); CPET : Test cardiopulmonaire à l'effort; ECG : Électrocardiogramme; ECR : Essai contrôlé; MET : *Metabolic equivalent*; N/A : Non disponible ou non mentionné

**Tableau D-8 Dosage de BNP/NT-ProBNP**

Guides ou revues systématiques/Qualité	Recommandation ou indication	Niveau de preuve	Niveau de recommandation
Canadian Anesthesiologists' Society (CAS), 2023  [Dobson <i>et al.</i> , 2023]  Canada  Qualité AGREE II : Faible	Peptide natriurétique cérébral (BNP ou NT-pro BNP) : Peut être envisagé si : <ul style="list-style-type: none"> <li>âge ≥ 65 ans,</li> <li>âgé de 45 à 65 ans souffrant d'une maladie cardiaque importante</li> <li>Score de l'indice de risque cardiaque révisé ≥1.</li> </ul>	N/A	N/A
European Society of Cardiology (ESC), 2022  [Halvorsen <i>et al.</i> , 2022]  Europe  Qualité AGREE II : Bonne	Chez les patients à faible risque subissant une chirurgie non cardiaque à faible risque ou à risque intermédiaire, il n'est pas recommandé d'obtenir de routine un ECG, une hs-cTn T/I, ou des concentrations de BNP/NT-proBNT préopératoires.	C : Consensus d'opinions d'experts et/ou études de petite taille, études rétrospectives, registres	Classe III : Non utile/efficace et peut être néfaste
European Society of Anesthesiology (ESA), 2018  [De Hert <i>et al.</i> , 2018]  Europe  Qualité AGREE II : Bonne	Nous suggérons d'envisager les mesures du BNP pour obtenir des informations pronostiques indépendantes en période périopératoire et les événements cardiaques tardifs chez les patients à haut risque.	2B : Qualité de preuve modérée	Recommandation faible
<b>Constats</b>			
		<b>Étendue de la preuve</b>	<b>Pays</b>
Il n'est pas recommandé d'obtenir une NT-proBNP/BNP préopératoire de routine chez les patients à faible risque subissant une intervention non cardiothoracique élective à faible risque ou à risque intermédiaire		1 guide de bonne qualité (ESC 2022)	Europe

Le dosage de NT-proBNP ou BNP est recommandé avant une chirurgie non-cardiaque pour des patients : <ul style="list-style-type: none"> <li>• ≥ 65 ans</li> <li>• entre 45-65 ans avec une maladie cardiaque importante ;</li> <li>• un score ≥1 au RCRI.</li> </ul>	1 guide de bonne qualité (CAS 2023)  1 guide de faible qualité (CAS 2023)	Canada
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------	--------

BNP/NT-proBNP : peptide natriurétique/Fragment N-Terminal du peptide natriurétique ; ECG : Électrocardiogramme; ECR : Essai contrôlé; hs-cTn T/I : *High-sensitive cardiac troponin T*; N/A : Non disponible ou non mentionné

**Tableau D-9 Imagerie des carotides**

Guides ou revues systématiques/Qualité	Recommandation ou indication	Niveau de preuve	Niveau de recommandation
European Society of Cardiology (ESC), 2022  [Halvorsen <i>et al.</i> , 2022]  Europe  Qualité AGREE II : Bonne	L'imagerie de l'artère carotide préopératoire n'est pas recommandée de routine chez les patients subissant une chirurgie non cardiaque.	C : Consensus d'opinions d'experts et/ou études de petite taille, études rétrospectives, registres	Classe III : Non utile/efficace et peut être néfaste
	Une imagerie préopératoire de l'artère carotide et cérébrale est recommandée chez les patients ayant des antécédents d'attaque ischémique transitoire ou d'accident vasculaire cérébral au cours des 6 mois précédents et n'ayant pas subi de revascularisation ipsilatérale.	C : Consensus d'opinions d'experts et/ou études de petite taille, études rétrospectives, registres	Classe I : Bénéfique, utile, efficace
German Society for Anesthesiology and Intensive Care Medicine (GSAICM), 2019  [Zwissler, 2019]  Europe (Allemagne)  Qualité AGREE II : Faible	L'échographie préopératoire vise à réduire le risque d'accident vasculaire cérébral périopératoire chez les patients sans symptômes au cours des 6 derniers mois et n'est donc pas recommandée.	N/A	N/A
	Les patients ayant présenté des symptômes indiquant une sténose de l'artère carotide au cours des 6 derniers mois doivent subir des tests de diagnostic préopératoires (généralement une échographie) et, si nécessaire, un traitement.	N/A	N/A
	Les indications périopératoires d'une intervention diagnostique ou thérapeutique au niveau de l'artère carotide ne diffèrent pas de celles chez les patients non opérés.	N/A	N/A

Constats		
	Étendue de la preuve	Pays
L'imagerie de la carotide n'est pas recommandée de routine pour des patients qui doivent subir une chirurgie non-cardiothoracique.	1 guide de bonne qualité (ESC 2022)  1 guide de faible qualité (GSAICM 2019)	Europe Europe (Allemagne)
L'imagerie de la carotide et l'imagerie cérébrale sont recommandées pour des patients présentant un historique de : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Accident ischémique transitoire (TIA)</li> <li>• Accident vasculaire cérébral (AVC) dans les 6 derniers mois sans revascularisation ipsilatérale</li> <li>• Symptômes indiquant une sténose de la carotide</li> </ul>	1 guide de bonne qualité (ESC 2022)  1 guide de faible qualité (GSAICM 2019)	Europe Europe (Allemagne)
Les indications préopératoires concernant le diagnostic ou l'intervention thérapeutique d'une problématique au niveau de l'artère carotide ne devraient pas être différentes que pour un patient ne subissant pas de chirurgie.	1 guide de faible qualité (GSAICM 2019)	Europe (Allemagne)

AVC : Accident vasculaire cérébral ; N/A : Non disponible ou non mentionné; TIA : Accident ischémique transitoire.

**Tableau D-10 Groupage sanguin et recherche d'anticorps irréguliers (RAI)**

Guides ou revues systématiques/Qualité	Recommandation ou indication	Niveau de preuve	Niveau de recommandation
Pasha, 2014  [Pasha <i>et al.</i> , 2014]  États-Unis  Qualité AGREE II : Modérée	Nous recommandons de ne pas procéder à des tests de coagulation, une radiographie thoracique, une électrocardiographie, un typage ou un dépistage sanguin ou une mesure du niveau d'hémoglobine ou d'hématocrite, des analyses d'urine et des tests biochimiques avant une endoscopie chez des patients en santé. L'usage de ces tests devraient être individualisés en fonction des facteurs de risque reliés au patient et à la procédure.	GRADE : Qualité de preuve élevée	N/A
	Nous recommandons un typage et un dépistage sanguin avant une endoscopie lorsqu'une transfusion sanguine est considérée probable chez les patients avec un saignement actif ou une anémie.	GRADE : Qualité de preuve élevée	N/A
Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR), 2012  [Molliex <i>et al.</i> , 2012]  Europe (France)  Qualité AGREE II : Modérée	En cas d'intervention à risque de transfusion ou de saignement nul à faible, il est recommandé de ne pas prescrire de groupage sanguin et de RAI.	N/A	GRADE 1- : Recommandation forte
	En cas d'intervention à risque de transfusion intermédiaire ou élevé ou de saignement important, il est recommandé de prescrire un groupage sanguin et une RAI	N/A	GRADE 1+ : Recommandation forte

Constats		
	Étendue de la preuve	Pays
Il n'est pas recommandé de prescrire de groupage sanguin et de RAI de routine pour les interventions à risque de saignement nul à faible.	2 guides de qualité modérée (SFAR 2012, Pasha 2014)	États-Unis Europe (France)
Il est recommandé de prescrire de groupage sanguin et de RAI: <ul style="list-style-type: none"> <li>• En cas d'intervention à risque de transfusion intermédiaire ou élevé ou de saignement important</li> <li>• Lorsqu'une transfusion est considérée chez les patients avec un saignement actif ou une anémie</li> </ul>	2 guides de qualité modérée (SFAR 2012, Pasha 2014)	États-Unis Europe (France)

N/A : Non disponible ou non mentionné ; RAI : Recherche d'anticorps irréguliers

**Tableau D-11 Dépistage de l'anémie falciforme**

Guides ou revues systématiques/Qualité	Recommandation ou indication	Niveau de preuve	Niveau de recommandation
Canadian Anesthesiologists' Society (CAS), 2023  [Dobson <i>et al.</i> , 2023]  Canada  Qualité AGREE II : Faible	Devrait être offert avec du counseling aux patients avec une risque élevé en raison de l'ethnicité.	N/A	N/A
National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2016  [NICE, 2016]  Royaume-Uni  Qualité AGREE II : Bonne	Ne pas offrir de routine un test pour l'anémie falciforme ou les porteurs du gène avant une chirurgie.	N/A	Consensus
	Demander à la personne subissant une chirurgie si elle est atteinte de l'anémie falciforme ou si un membre de sa famille en est atteint.	N/A	Consensus
	Si la personne est connue pour être atteinte d'anémie falciforme et que sa maladie est prise en charge par un service spécialisé pour l'anémie falciforme, faire le lien avec cette équipe avant la chirurgie.	N/A	Consensus
Constats			
	Étendue de la preuve	Pays	
Il n'est pas recommandé d'offrir de routine un test pour l'anémie falciforme.	1 guide de bonne qualité (NICE 2016)	Royaume-Uni	
Le test de dépistage de l'anémie falciforme devrait être offert aux patients dont le risque relié à l'ethnicité est élevé.	1 guide de faible qualité (CAS 2023)	Canada	

N/A : Non disponible ou non mentionné.

## Tests préopératoires à envisager selon certaines considérations cliniques

**Tableau D-12 Électrocardiogramme (ECG)**

Guides ou revues systématiques/Qualité	Recommandation ou indication	Niveau de preuve	Niveau de recommandation
European Society of Cardiology (ESC), 2022 [Halvorsen <i>et al.</i> , 2022] Europe Qualité AGREE II : Bonne	Chez les patients à faible risque subissant une chirurgie non cardiaque à faible risque ou à risque intermédiaire, il n'est pas recommandé d'obtenir un ECG, une hs-cTn T/I, ou une BNP/NT-proBNP préopératoire de routine.	C : Consensus d'opinions d'experts et/ou études de petite taille, études rétrospectives, registres	Classe III : Non utile/efficace et peut être néfaste
	Chez les patients avec une histoire familiale de cardiomyopathie génétique, il est recommandé de procéder à un ECG et une ETT avant une chirurgie non cardiothoracique, sans égard à l'âge et aux symptômes	C : Consensus d'opinions d'experts et/ou études de petite taille, études	Classe I : Bénéfique, utile, efficace
German Society for Anesthesiology and Intensive Care Medicine (GSAICM), 2019 [Zwissler, 2019] Europe (Allemagne) Qualité AGREE II : Faible	Chez les patients ayant des antécédents médicaux sans particularité et aucun symptôme cardiaque, les résultats pertinents pour l'anesthésie sont rares. Chez ces patients, un ECG préopératoire n'est pas nécessaire, indépendamment de l'âge.	N/A	N/A
Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE), 2017 [Vlayen, 2016] Europe (Belgique) Qualité AGREE II : Bonne	Un ECG préopératoire de routine n'est pas recommandé pour les patients qui n'ont aucun facteur de risque et qui sont cédulés pour une chirurgie élective non cardiothoracique à faible risque	Très faible	Forte
National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2016 [NICE, 2016] Royaume-Uni Qualité AGREE II : Bonne	Chirurgie mineure - ASA 1 Ne pas offrir de routine	N/A	Consensus
	Chirurgie mineure - ASA 2 Ne pas offrir de routine	N/A	Consensus
	Chirurgie mineure - ASA 3 ou 4 Considérer si aucun résultat d'ECG disponible dans les 12 derniers mois	N/A	Consensus
American College of Cardiology and American Heart Association (ACC-AHA), 2014 [Fleisher <i>et al.</i> , 2014] États-Unis Qualité AGREE II : Bonne	Un ECG à 12 dérivations au repos n'est pas utile pour les patients asymptomatiques subissant une procédure chirurgicale à faible risque	B : Populations évaluées limitées ; Données provenant d'un seul ECR ou d'études non randomisées	Classe III : Aucun bénéfice
Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR), 2012 [Molliex <i>et al.</i> , 2012]	Il est recommandé de ne pas prescrire un ECG pour une intervention mineure	N/A	N/A

Europe (France)			
Qualité AGREE II : Modérée			
<b>Constats</b>			
	<b>Étendue de la preuve</b>	<b>Pays</b>	
Il n'est pas recommandé de prescrire un ECG préopératoire de routine pour les patients à faible risque subissant une intervention élective non cardiothoracique à faible risque indépendamment de l'âge du patient	5 guides de bonne qualité (ACC-AHA 2014, GSAICM 2019, NICE 2016, KCE 2017, ESC 2022)  1 guide de faible qualité (SFAR 2012)	États-Unis Europe Europe (Allemagne) Europe (Belgique) Royaume-Uni	
Pour les patients à risque élevé (ASA 3 ou ASA 4), un ECG peut être considéré si aucun résultat d'ECG réalisé dans les 12 derniers mois n'est disponible	1 guide de bonne qualité (NICE 2016)	Royaume-Uni	
Chez les patients avec une histoire familiale de cardiomyopathie génétique, il est recommandé de procéder à un ECG avant une chirurgie non cardiothoracique, sans égard à l'âge et aux symptômes	1 guide de bonne qualité (ESC 2022)	Europe	

ASA : *American Anesthesiologist Association* (Classification) ; ECG : Électrocardiogramme; ECR : Essai contrôlé randomisé; ETT : Échographie transthoracique; N/A : Non disponible ou non mentionné.

**Tableau D-13 Évaluation de la fonction rénale : créatinine et eGFR**

Guides ou revues systématiques/Qualité	Recommandation ou indication	Niveau de preuve	Niveau de recommandation
Canadian Anesthesiologists' Society (CAS), 2023  [Dobson <i>et al.</i> , 2023]  Canada  Qualité AGREE II : Faible	Une mesure de la créatinine et du taux de filtration glomérulaire (eGFR) peut être considérée : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comme pour les électrolytes, aussi avec l'âge avancé et pour les patients qui prennent des médicaments qui affectent potentiellement la fonction rénale</li> <li>• Pour les patients qui reçoivent des anticoagulants oraux directs</li> <li>• Tel que requis pour calculer les indices de risque périopératoires</li> </ul> l'eGFR est recommandée pour assister la prédiction de résultats sur les reins.	N/A	N/A

<p>European Society of Cardiology (ESC), 2022</p> <p>[Halvorsen <i>et al.</i>, 2022]</p> <p>Europe</p> <p>Qualité AGREE II : Bonne</p>	<p>Si un test de cystatin C est disponible, une mesure de la cystatin C devrait être envisagée chez les patients avec une eGFR altérée (0,45-59 ml/min/1.73m<sup>2</sup>) pour confirmer une maladie rénale.</p>	<p>C : Consensus d'opinions d'experts et/ou études de petite taille, études rétrospectives, registres</p>	<p>Classe IIa : Preuve en faveur d'une utilité/efficacité</p>
<p>Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI), 2020</p> <p>[ICSI, 2020]</p> <p>États-Unis</p> <p>Qualité AGREE II : Bonne</p>	<p>Ne pas tester de routine le niveau de créatinine chez les patients en bonne santé, asymptomatiques.</p>	<p>Faible</p>	<p>Forte</p>
	<p>Un test peut être indiqué chez les patients avec une maladie rénale connue ou ceux avec des comorbidités (p.ex., diabète, hypertension) qui présentent un risque accru d'insuffisance rénale aiguë ou de maladie rénale.</p>	<p>Faible</p>	<p>Forte</p>
<p>German Society for Anesthesiology and Intensive Care Medicine (GSAICM), 2019</p> <p>[Zwissler, 2019]</p> <p>Europe (Allemagne)</p> <p>Qualité AGREE II : Faible</p>	<p>Des analyses de laboratoire additionnelles devraient seulement réalisées – sur une base individuelle dépendamment des résultats à l'histoire médicale et à l'examen physique – s'il est envisageable que les résultats influencent les procédures périopératoires.</p>	<p>N/A</p>	<p>N/A</p>
	<p>Chez les patients sous un traitement à l'héparine, une mesure préopératoire est recommandée (en raison du risque de surdose chez les patients avec une insuffisance rénale).</p>	<p>N/A</p>	<p>N/A</p>
<p>European Society of Anesthesiology (ESA), 2018</p> <p>[De Hert <i>et al.</i>, 2018]</p> <p>Europe</p> <p>Qualité AGREE II : Bonne</p>	<p>Nous suggérons d'utiliser l'eGFR au lieu de la créatinine sérique pour l'évaluation de la fonction rénale et la prédiction de la morbidité et la mortalité postopératoire chez les patients avec une fonction rénale altérée subissant des procédures non cardiaques</p>	<p>2C : Faible qualité de preuve</p>	<p>Recommandation faible</p>
<p>Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE), 2017</p> <p>[Vlayen, 2016]</p>	<p>Des tests de fonction rénale (créatinine, eGFR, sodium et potassium) ne sont pas recommandés chez les patients ASA 1</p>	<p>Très faible</p>	<p>Forte</p>

<p>Europe (Belgique)</p> <p>Qualité AGREE II : Bonne</p>	<p>subissant une chirurgie non cardiothoracique mineure ou intermédiaire</p>		
	<p>Les tests de fonction rénale (créatinine, eGFR, sodium et potassium) sont recommandés si une altération de la fonction rénale est suspectée chez les patients ASA 2 qui subissent une chirurgie élective mineure ou intermédiaire non cardiothoracique et chez les patients ASA 3-4 qui subissent une chirurgie élective mineure non cardiothoracique.</p>	<p>Faible</p>	<p>Forte</p>
<p>National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2016</p> <p>[NICE, 2016]</p>	<p>Chirurgie mineure – ASA 1</p> <p>Ne pas offrir de routine (tests de fonction rénale)</p>	<p>Consensus</p>	<p>N/A</p>
<p>Royaume-Uni</p> <p>Qualité AGREE II : Bonne</p>	<p>Chirurgie mineure – ASA 2</p> <p>Ne pas offrir de routine (tests de fonction rénale)</p>	<p>Consensus</p>	<p>N/A</p>
	<p>Chirurgie mineure – ASA 3 ou 4</p> <p>Considérer des tests de fonction rénale chez les individus à risque d'insuffisance rénale aiguë</p>	<p>Consensus</p>	<p>N/A</p>
<b>Constats</b>			
		<b>Étendue de la preuve</b>	<b>Pays</b>
<p>Les tests de laboratoire pour évaluer la fonction rénale (créatinine, eGFR, sodium/potassium) ne sont pas recommandés pour les patients asymptomatiques qui doivent subir une chirurgie non-cardiothoracique à faible risque.</p>		<p>3 guides de bonne qualité (NICE 2016, KCE 2017, ICSI 2020)</p>	<p>Europe (Belgique) États-Unis Royaume-Uni</p>
<p>En vue d'une chirurgie non-cardiothoracique à faible risque, les tests de laboratoire pour évaluer la fonction rénale (créatinine, eGFR, sodium/potassium) devraient être considérés pour des patients :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• selon leur historique médical/examen physique ;</li> <li>• ASA2 dont on suspecte une altération dans la fonction rénale;</li> <li>• ASA3-4 avec risque accru de maladie ou de lésion rénale (AKI);</li> <li>• avec une condition rénale connue ou présence de comorbidités (diabète, hypertension).</li> </ul>		<p>3 guides de bonne qualité (NICE 2016, KCE 2017, ICSI 2020)</p> <p>1 guide de faible qualité (GSAICM 2019)</p>	<p>Europe (Allemagne) Europe (Belgique) États-Unis Royaume-Uni</p>
<p>Le dosage de la créatinine devrait être considéré pour des patients :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• d'âge avancé;</li> <li>• qui prennent une médication qui affecte la fonction rénale (p.ex. héparine (LMWH), anticoagulants oraux).</li> </ul>		<p>2 guides de faible qualité (GSAICM 2019, CAS 2023)</p>	<p>Canada Europe (Allemagne)</p>

<p>Les mesures du taux de filtration glomérulaire estimé (eGFR) doivent être considérées pour des patients :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• d'âge avancé;</li> <li>• qui prennent une médication qui affecte la fonction rénale (p.ex. anticoagulants oraux);</li> <li>• pour une estimation juste de la fonction rénale (eGFR recommandé vs le dosage de créatinine sérique);</li> <li>• dont la fonction rénale est altérée.</li> </ul>	1 guide de faible qualité (CAS 2023)	Canada
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------	--------

ASA : *American Anesthesiologist Association* (Classification) ; eGFR : taux de filtration glomérulaire estimé; N/A : Non disponible ou non mentionné.

**Tableau D-14 Tests biochimiques (Biochimie sérique/ions)**

Guides ou revues systématiques/Qualité	Recommandation ou indication	Niveau de preuve	Niveau de recommandation
<p>Canadian Anesthesiologists' Society (CAS), 2023</p> <p>[Dobson <i>et al.</i>, 2023] Canada</p> <p>Qualité AGREE II : Faible</p>	<p>Électrolytes : Peut être considéré :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En présence de résultats connus ou probants en faveur de l'hypertension, d'une insuffisance cardiaque congestive, d'une insuffisance rénale chronique, de diabète compliqué, de maladie hépatique, de maladie hypophyso-surrénalienne, de malnutrition</li> <li>• Pour les patients sous diurétiques, inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine, bloqueurs du récepteur de l'angiotensine, et autres traitements affectant les électrolytes.</li> </ul>	N/A	N/A
<p>Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI), 2020</p> <p>[ICSI, 2020] États-Unis</p> <p>Qualité AGREE II : Bonne</p>	<p>Ne pas procéder à des tests préopératoires de routine pour le niveau de potassium et de sodium chez des patients en santé, asymptomatiques</p>	Faible	Forte
	<p>Les tests peuvent être indiqués chez :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Les patients sous traitement diurétique ;</li> <li>2. Les patients avec une maladie rénale (stade 3 à 5) ;</li> </ol>	Faible	Forte

	<p>3. Les patients sous un traitement de remplacement du potassium ;</p> <p>4. Les patients subissant une préparation intestinale.</p>		
<p>Pasha, 2014</p> <p>[Pasha <i>et al.</i>, 2014]</p> <p>États-Unis</p> <p>Qualité AGREE II : Modérée</p>	<p>Nous recommandons de ne pas procéder à des tests de coagulation, une radiographie thoracique, une électrocardiographie, un typage ou un dépistage sanguin ou une mesure du niveau d'hémoglobine ou d'hématocrite, des analyses d'urine et des tests biochimiques avant une endoscopie chez des patients en santé. L'usage de ces tests devraient être individualisés en fonction des facteurs de risque liés au patient et à la procédure.</p>	GRADE : Qualité de preuve élevée	N/A
	<p>Nous suggérons de procéder à des tests biochimiques sélectifs avant une endoscopie chez les patients avec une dysfonction endocrinienne, rénale ou hépatique significative avant l'usage de médicaments qui peuvent altérer la fonction.</p>	GRADE : Faible qualité de preuve	N/A
<p>Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR), 2012</p> <p>[Molliex <i>et al.</i>, 2012]</p> <p>Europe (France)</p> <p>Qualité AGREE II : Modérée</p>	<p>Il est recommandé de ne pas prescrire d'examen biochimique sanguin pré-interventionnel systématique, en dehors de signes d'appel anamnestiques ou cliniques, dans le contexte d'une chirurgie mineure.</p>	N/A	GRADE 1- : Recommandation forte
<p>American Society of Anesthesiologists (ASA), 2012</p> <p>[Apfelbaum <i>et al.</i>, 2012]</p> <p>États-Unis</p> <p>Qualité AGREE II : Modérée</p>	<p>Tests de chimie sériques préanesthésie (i.e., Potassium, glucose, sodium, fonctions rénale et hépatique) :</p> <p>1) Les caractéristiques cliniques à considérer avant de demander ces tests incluent</p>	B2 : La littérature contient des études observationnelles avec des statistiques associatives ou descriptives	N/A

	<p>les traitements périopératoires probables, les troubles endocriniens, le risque de dysfonction rénale et hépatique, et l'usage de certaines médications ou de traitements alternatifs.</p> <p>2) Les valeurs de laboratoire peuvent différer des valeurs normales aux âges extrêmes.</p>		
<b>Constats</b>			
		<b>Étendue de la preuve</b>	<b>Pays</b>
Il n'est pas recommandé de prescrire des examens biochimiques de manière systématique avant une chirurgie mineure à moins de conditions mentionnées lors de l'anamnèse ou l'évaluation clinique du patient.		1 guide de qualité modérée (SFAR 2012)	Europe (France)
Il n'est pas recommandé de prescrire des mesures d'électrolytes de manière systématique pour des patients asymptomatiques avant une chirurgie à faible risque.		1 guide de bonne qualité (ICSI 2020)  1 guide de qualité modérée (Pasha 2014)	États-Unis
<p>Les mesures d'électrolytes peuvent être considérées :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• S'il y a des évidences de : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hypertension ;</li> <li>• Insuffisance cardiaque ;</li> <li>• Diabète compliqué ;</li> <li>• Dysfonctionnement rénal ou hépatique;</li> <li>• Troubles endocriniens (telle que l'insuffisance surrénalienne) ;</li> <li>• Désordre électrolytique du potassium</li> <li>• Malnutrition.</li> </ul> </li> <li>• Pour des patients qui prennent des diurétiques, des inhibiteurs de l'angiotensine, de bloqueurs de l'angiotensine ou d'autres médications qui modulent les concentrations d'électrolytes;</li> <li>• Pour des patients sous préparation intestinale.</li> </ul> <p><b>Note :</b> les valeurs obtenues chez les patients très âgés peuvent varier des valeurs normales.</p>		2 guides de qualité modérée (ASA 2012, Pasha 2014)  1 guide de faible qualité (CAS 2023)	Canada États-Unis

N/A : Non disponible ou non mentionné.

**Tableau D-15 Test de glycémie et dosage de l'hémoglobine glyquée (HbA1C)**

Guides ou revues systématiques/Qualité	Recommandation ou indication	Niveau de preuve	Niveau de recommandation
<p>Canadian Anesthesiologists' Society (CAS), 2023</p> <p>[Dobson <i>et al.</i>, 2023]</p> <p>Canada</p> <p>Qualité AGREE II : Faible</p>	<p>Glycémie à jeûn : Peut être considéré :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pour les diabétiques, en préopératoire le jour de la chirurgie pour guider le contrôle du glucose</li> <li>• Pour les patient sous un traitement avec glucocorticoïdes</li> <li>• Comme dépistage pour un IMC de plus 40 ou un risque très élevé de diabète en se basant sur les signes et symptômes</li> </ul>	N/A	N/A
	<p>Hémoglobine A1c : Peut être considérée pour les diabétiques connues aussitôt que possible avant la chirurgie (idéalement au moment de la référence en chirurgie) si les résultats peuvent changer la prise en charge.</p>	N/A	N/A
<p>European Society of Cardiology (ESC), 2022</p> <p>[Halvorsen <i>et al.</i>, 2022]</p> <p>Europe</p> <p>Qualité AGREE II : Bonne</p>	<p>Chez les patients avec du diabète ou un métabolisme du glucose altéré, un test de HbA1c est recommandé si cette mesure n'a pas été faite dans les 3 derniers mois. En cas d'une HbA1c <math>\geq 8.5\%</math> (<math>\geq 69</math> mmol/mol), la chirurgie non cardiaque électorale devrait être reportée, si faisable et sécuritaire.</p>	B : Données provenant d'un seul ECR ou d'études non randomisées de grande taille	Classe I : Bénéfique, utile, efficace
<p>Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI), 2020</p> <p>[ICSI, 2020]</p> <p>États-Unis</p> <p>Qualité AGREE II : Bonne</p>	<p>Considérer un test de glucose chez les patients avec des facteurs de risque pour le diabète (tel que défini par les recommandations USPSTF) ou si un professionnel de soins primaires croit que le diagnostic de diabète</p>	N/A	N/A

	pourrait altérer le plan de chirurgie.		
	Considérer obtenir un des valeurs préopératoires de test HbA1C, si pas réalisé dans les trois derniers mois, chez les patients avec un diabète connu lors de la visite à la clinique préopératoire.	N/A	N/A
German Society for Anesthesiology and Intensive Care Medicine (GSAICM), 2019 [Zwissler, 2019] Europe (Allemagne) Qualité AGREE II : Faible	Chez les patients avec un diabète connu ou nouvellement diagnostiqué, les niveaux de glucose sanguin doivent être étroitement surveillés et ajustés en périopératoire.	N/A	N/A
European Society of Anaesthesiology (ESA), 2018 [De Hert <i>et al.</i> , 2018] Europe Qualité AGREE II : Bonne	Nous suggérons que le glucose sanguin ne soit pas mesuré de routine à l'évaluation préopératoire chez les patients en santé cédulés pour une chirurgie non cardiaque élective, à l'exception des patients subissant une chirurgie vasculaire ou orthopédique majeure.	2A : Qualité de preuve élevée	Recommandation faible
	Test de glucose préopératoire : À part les groupes à risque (patients subissant une chirurgie vasculaire avec aucune altération de la tolérance au glucose ou les patients avec un diabète mellitus, les patients subissant une chirurgie orthopédique, les patients subissant une neurochirurgie), il n'y a cependant aucune évidence pour les tests de glucose sanguin de routine pour les patients en santé subissant une chirurgie élective.	N/A	N/A
	Nous suggérons des examens de laboratoire chez les patients obèses dans le but de détecter des concentrations pathologiques de glucose/HbA1c ou l'anémie.	2C : Faible qualité de preuve	Recommandation faible
Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE), 2017 [Vlayen, 2016] Europe (Belgique)	Un test de HbA1c est recommandé chez les individus avec un diabète subissant une chirurgie non cardiothoracique élective s'ils n'ont pas été	Faible	Recommandation faible

Qualité AGREE II : Bonne	testés dans les 3 derniers mois.		
	Les individus avec du diabète qui ont été référés pour une chirurgie non cardiothoracique à partir de la première ligne [soins primaires] doivent avoir les résultats de leur plus récent test HbA1c inclus dans les informations de la requête.	Faible	Recommandation faible
National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2016 [NICE, 2016] Royaume-Uni Qualité AGREE II : Bonne	Ne pas offrir de routine un test HbA1C avant une chirurgie aux individus sans diagnostic de diabète.	N/A	Consensus
	Offrir un test HbA1C chez les individus avec le diabète subissant une chirurgie s'ils n'ont pas été testés dans les 3 derniers mois.	N/A	Consensus
Bock, 2015 [Bock <i>et al.</i> , 2015] Europe Qualité AMSTAR 2: Très faible	Un test de glucose et un test de HbA1c préopératoire n'est pas requis chez les patients non diabétiques à moins qu'il y ait des signes cliniques évoquant une suspicion. Les patients cédulés pour une chirurgie vasculaire et orthopédique ont un risque élevé justifiant des tests de glucose ou de HbA1c préopératoire comme outil de dépistage.	N/A	N/A
<b>Constats</b>			
		<b>Étendue de la preuve</b>	<b>Pays</b>
	Il n'est pas recommandé de prescrire de tests HbA1c de routine chez les patients non diabétiques subissant une intervention non cardiothoracique élective à faible risque.	1 guide de bonne qualité (NICE 2016)  1 revue systématique de qualité très faible (Bock 2015)	Europe Royaume-Uni
	Il est recommandé de prescrire un test HbA1c : <ul style="list-style-type: none"> <li>• pour les patients diabétiques qui n'ont pas eu de résultats de test au cours des 3 derniers mois</li> <li>• si les résultats peuvent changer la prise en charge</li> </ul>	4 guides de bonne qualité (NICE 2016, ICSI 2020, ESC 2022, KCE 2017)  1 guide de faible qualité (CAS 2023)	Canada États-Unis Europe Europe (Belgique) Royaume-Uni

Les personnes atteintes de diabète qui sont référées pour une chirurgie non cardio-thoracique électorive depuis les soins primaires doivent avoir leurs résultats de test d'HbA1c les plus récents inclus dans leurs informations de référence.	2 guides de bonne qualité (NICE 2016, KCE 2017)	Europe (Belgique) Royaume-Uni
Il n'est pas recommandé de mesurer le glucose sanguin de routine chez les patients en bonne santé subissant une intervention non cardiothoracique électorive à faible risque.	1 guide de bonne qualité (ESA 2018)  1 revue systématique de très faible qualité	Europe
La mesure du glucose sanguin peut être considérée : <ul style="list-style-type: none"> <li>• pour les patients diabétiques ou avec une tolérance au glucose altérée, le jour de la chirurgie, afin de guider le contrôle glycémique (le taux de glucose devrait être monitoré et ajusté avant l'intervention);</li> <li>• pour les patients obèses (IMC supérieure à 40) ou ceux à risque élevé de diabète en se basant sur les signes et symptômes;</li> <li>• si le clinicien de première ligne croit qu'un diagnostic de diabète pourrait changer la plan chirurgical.</li> </ul>	2 guides de bonne qualité (ICSI 2020, ESA 2018)  2 guides de faible qualité (GSAICM 2019, CAS 2023)	Canada États-Unis Europe Europe (Allemagne)

HbA1C : Hémoglobine glyquée ; IMC : Indice de masse corporelle ; N/A : Non disponible ou non mentionné.

**Tableau D-16 Dosage de l'hémoglobine/hématocrite et formule sanguine complète**

Guides ou revues systématiques/Qualité	Recommandation ou indication	Niveau de preuve	Niveau de recommandation
Canadian Anesthesiologists' Society (CAS), 2023  [Dobson <i>et al.</i> , 2023]  Canada  Qualité AGREE II : Faible	Peut être considérée en se basant sur une potentielle perte sanguine significative, l'âge extrême, des maladies hématologiques ou hépatiques, des antécédents d'anémie ou de cancer.	N/A	N/A
Munoz, 2017  [Munoz <i>et al.</i> , 2017]  Royaume-Uni  Qualité AGREE II : Faible	Pour toutes les procédures chirurgicales : La présence d'anémie devrait être investiguée pour toutes les procédures chirurgicales avec une perte sanguine attendue modérée à élevée (plus de 500 ml)	N/A	N/A
Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE), 2017  [Vlayen, 2016]  Europe (Belgique)  Qualité AGREE II : Bonne	Un test de formule sanguine complète n'est pas recommandé de routine pour les patients subissant une chirurgie mineure non cardiothoracique électorive	Très faible	Forte

National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2016 [NICE, 2016] Royaume-Uni Qualité AGREE II : Bonne	Formule sanguine complète Chirurgie mineure ASA-1 Ne pas offrir de routine	N/A	N/A
	Formule sanguine complète Chirurgie mineure ASA-2 Ne pas offrir de routine	N/A	N/A
	Formule sanguine complète Chirurgie mineure ASA-3 ou 4 Ne pas offrir de routine	N/A	N/A
Pasha, 2014 [Pasha <i>et al.</i> , 2014] États-Unis Qualité AGREE II : Modérée	Nous recommandons de ne pas procéder à des tests de coagulation, une radiographie thoracique, une électrocardiographie, un typage ou un dépistage sanguin ou une mesure du niveau d'hémoglobine ou d'hématocrite, des analyses d'urine et des tests biochimiques avant une endoscopie chez des patients en santé. L'usage de ces tests devrait être individualisé en fonction des facteurs de risque reliés au patient et à la procédure.	GRADE : Qualité de preuve élevée	N/A
	Nous suggérons de tester l'hémoglobine/hématocrite avant une endoscopie chez les patients avec une anémie connue ou un saignement actif ou lorsqu'il y a un risque élevé de perte sanguine significative pendant la procédure.	GRADE : Qualité de preuve modérée	N/A
Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR), 2012 [Molliex <i>et al.</i> , 2012] Europe (France) Qualité AGREE II : Modérée	Lors d'une intervention à risque mineur, quel que soit l'âge, il est recommandé de ne pas prescrire un hémogramme avant l'acte.	N/A	GRADE 1- : Recommandation forte
<b>Constats</b>			
		<b>Étendue de la preuve</b>	<b>Pays</b>
Il n'est pas recommandé de prescrire une formule sanguine complète préopératoire de routine pour tous les patients subissant une chirurgie non cardiothoracique élective à faible risque.		2 guides de bonne qualité (NICE 2016, KCE 2017)  2 guides de qualité modérée	États-Unis Europe (Belgique) Europe (France) Royaume-Uni

	(SFAR 2012, Pasha 2014)	
<p>Il est recommandé de considérer une évaluation de la présence d'anémie pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• les chirurgies avec une perte sanguine attendue de plus de 500 ml;</li> <li>• les patients très âgés, avec une maladie du foie ou hématologique ou un historique d'anémie ou de cancer.</li> </ul>	<p>2 guides de qualité modérée (SFAR 2012, Pasha 2014)</p> <p>1 guide de faible qualité (CAS 2023)</p>	<p>Canada États-Unis Europe (France)</p>

ASA : *American Anesthesiologist Association* (Classification) ; N/A : Non disponible ou non mentionné.

**Tableau D-17 Tests d'hémostase et de coagulation**

Guides ou revues systématiques/Qualité	Recommandation ou indication	Niveau de preuve	Niveau de recommandation
<p>Canadian Anesthesiologists' Society (CAS), 2023</p> <p>[Dobson <i>et al.</i>, 2023]</p> <p>Canada</p> <p>Qualité AGREE II: Faible</p>	<p>Partial thromboplastin time/INR :</p> <p>Peut être considéré :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• en présence de conditions ou de médicaments associés avec une coagulation altérée (p.ex., maladie hépatique, malnutrition), histoire de saignement excessif ou histoire familiale de coagulopathie héréditaire ;</li> <li>• pour les patients sur un traitement anticoagulant oral ou parentéral.</li> </ul>	N/A	N/A
<p>Aceto, 2020</p> <p>[Aceto <i>et al.</i>, 2020]</p> <p>Europe (Italie)</p> <p>Qualité AGREE II : Modérée</p>	<p>Nous recommandons que l'hémoglobémie soit évaluée chez tous les patients gériatriques avec une attention particulière pour ceux âgés de plus de 80 ans</p>	B : Qualité modérée	GRADE A : Il y a une grande certitude que le bénéfice net est substantiel
<p>Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI), 2020</p> <p>[ICSI, 2020]</p> <p>États-Unis</p> <p>Qualité AGREE II : Bonne</p>	<p>Ne pas réaliser de tests de coagulation avant une chirurgie à moins que ça ne soit indiqué</p>	Faible	Forte
<p>German Society for Anesthesiology and Intensive Care Medicine (GSAICM), 2019</p> <p>[Zwissler, 2019]</p>	<p>Des tests de coagulation sont donc seulement recommandés sur la base de l'histoire de médication correspondante (p.ex., antagonistes de la vitamine K</p>	N/A	N/A

Europe (Allemagne) Qualité AGREE II : Faible	oraux) et lorsqu'il y a une suspicion clinique de coagulopathie (p.ex., en se basant sur une histoire de saignement évaluée avec un questionnaire standardisé)		
European Society of Anaesthesiology (ESA), 2018 [De Hert <i>et al.</i> , 2018] Europe Qualité AGREE II : Bonne	Nous recommandons une évaluation des antécédents de saignements, incluant un examen physique, en tant que meilleur outil pour l'identification des patients avec une hémostasie altérée et/ou un risque accru de complications hémorragiques pendant et après la chirurgie.	1B : Qualité de preuve modérée	Recommandation forte
Kozek-Langenecker, 2017 [Kozek-Langenecker <i>et al.</i> , 2017] Europe Qualité AGREE II : Modérée	Nous suggérons un test de fonction plaquettaire seulement en lien avec une histoire de saignement.	Preuve de qualité modérée	2B : Recommandation faible
	Nous suggérons que le test de fonction plaquettaire préopératoire soit utilisé pour identifier une diminution de la fonction plaquettaire causée par des conditions médicales ou une médication anti-plaquette.	Preuve de qualité modérée	2B : Recommandation faible
	Nous recommandons que les patients à risque de saignement soient évalués pour l'anémie 3 à 8 semaines avant la chirurgie.	Preuve de faible qualité	1C : Recommandation forte
	Nous recommandons l'utilisation d'un interrogatoire structuré du patient ou d'un questionnaire standardisé qui considère l'histoire clinique et familiale de saignements et les informations détaillées sur la médication du patient.	Preuve de faible qualité	1C : Recommandation forte
	Nous recommandons l'utilisation de questionnaires standardisés sur l'histoire de médicaments et de saignement préférablement à l'utilisation de routine des tests de dépistage conventionnels comme le temps de thromboplastine partielle activée (aPTT), le taux international normalisé (INR) et le décompte plaquettaire pour les chirurgies électives.	Preuve de faible qualité	1C : Recommandation forte
	Nous recommandons l'utilisation d'outils d'évaluation de saignement (BATs) pour détecter le risque préopératoire de saignement avant une	Preuve de faible qualité	1C : Recommandation forte

	chirurgie ou une procédure invasive.		
	Nous suggérons de référer les patients à un hématologue pour l'évaluation et la planification de l'intervention si des troubles hémorragiques héréditaires (IBDs) sont suspectés en préopératoire.	Preuve de faible qualité	2C : Recommandation faible
	Nous recommandons que les patients avec des IBDs soient pris en charge en préopératoire en collaboration avec un hématologue, préférablement dans des centres dédiés avec une expertise en troubles de la coagulation.	Preuve de faible qualité	1C : Recommandation forte
Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE), 2017 [Vlayen, 2016] Europe (Belgique) Qualité AGREE II : Bonne	Les tests d'hémostase ne sont pas recommandés de routine avant une chirurgie non cardiothoracique élective.	Très faible	Forte
National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2016 [NICE, 2016] Royaume-Uni Qualité AGREE II : Bonne	Ne pas offrir des tests d'hémostase de routine avant une chirurgie	Consensus	N/A
	Considérer les tests d'hémostase chez les personnes avec une maladie hépatique chronique subissant une chirurgie intermédiaire, majeure ou complexe.	Consensus	N/A
	Si les personnes prenant des anticoagulants ont besoin de modification à leur plan de traitement, procéder à un plan de traitement individualisé en fonction des procédures locales.	Consensus	N/A
	Si le statut de coagulation a besoin d'être testé avant la chirurgie, utiliser des tests au point de service.	Consensus	N/A
Pasha, 2014 [Pasha <i>et al.</i> , 2014] États-Unis Qualité AGREE II : Modérée	Nous recommandons de ne pas procéder à des tests de coagulation, une radiographie thoracique, une électrocardiographie, un typage ou un dépistage sanguin ou une mesure du niveau d'hémoglobine ou d'hématocrite, des analyses d'urine et des tests biochimiques avant une endoscopie chez des patients en santé. L'usage de ces tests devraient être	N/A	GRADE : Qualité de preuve élevée

	individualisés en fonction des facteurs de risque reliés au patient et à la procédure.		
	Nous suggérons que les tests de coagulation soient réalisés avant une endoscopie chez les patients avec un saignement actif, un trouble de saignement connu ou cliniquement suspecté, des risques liés à la médication (p.ex., usage d'anticoagulants, usage prolongé d'antibiotiques), obstruction biliaire prolongée, antécédents de saignement anormal, malnutrition, ou autres conditions associées avec des coagulopathies acquises.	N/A	GRADE : Faible qualité de preuve
Bonhomme, 2013 [Bonhomme <i>et al.</i> , 2013] Europe (France) Qualité AGREE II : Modérée	Il est recommandé que les tests d'hémostase ne soient pas systématiquement demandés chez les patients chez qui l'histoire et l'examen clinique ne suggère pas de problèmes d'hémostase, peu importe le score ASA, le type d'intervention ou l'âge (exception pour les enfants qui ne marchent pas encore)	N/A	GRADE 1- : Recommandation forte
	Il est recommandé que le risque de saignement soit évalué sur la base de l'histoire personnelle et familiale de diathèse hémorragique et sur la base de l'examen physique.	N/A	GRADE 1+ : Recommandation forte
	Un questionnaire standardisé devrait probablement être utilisé pour dépister l'histoire personnelle et familiale pour des signes de diathèse hémorragique.	N/A	GRADE 2+ : Recommandation faible
	Il est recommandé d'obtenir des conseils d'un spécialiste pour les cas où l'histoire de diathèse hémorragique suggère une altération de la fonction d'hémostase.	N/A	GRADE 1+ : Recommandation forte
	Les adultes non interrogeables devraient probablement avoir un test de PT et de aPTT, tout comme un décompte plaquettaire, de manière à exclure certains désordres hémostatiques héréditaires ou acquis.	N/A	GRADE 2+ : Recommandation faible
Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR), 2012	Il est recommandé de ne pas prescrire de façon systématique un bilan	N/A	GRADE 1- : Recommandation forte

<p>[Molliex <i>et al.</i>, 2012]</p> <p>Europe (France)</p> <p>Qualité AGREE II : Modérée</p>	<p>d'hémostase chez les patients dont l'anamnèse et l'examen clinique ne font pas suspecter un trouble de l'hémostase, quel que soit le type d'anesthésie choisi (anesthésie générale, anesthésie neuraxiale, blocs périphériques ou techniques combinées), y compris en obstétrique</p>		
	<p>Il est recommandé de ne pas prescrire de façon systématique un bilan d'hémostase chez les patients dont l'anamnèse et l'examen clinique ne font pas suspecter un trouble de l'hémostase, quel que soit le grade ASA, quel que soit le type d'intervention, et quel que soit l'âge de ces patients à l'exclusion des enfants qui n'ont pas acquis la marche.</p>	N/A	GRADE 1- : Recommandation forte
	<p>Il est recommandé d'évaluer le risque hémorragique d'après l'anamnèse personnelle et familiale de diathèse hémorragique et d'après l'examen physique.</p>	N/A	GRADE 1+ : Recommandation forte
	<p>Il faut probablement utiliser un questionnaire standardisé à la recherche de manifestations hémorragiques pour évaluer l'anamnèse personnelle et familiale.</p>	N/A	GRADE 2+ : Recommandation faible
	<p>Il est recommandé de demander un avis spécialisé en cas d'anamnèse de diathèse hémorragique évocatrice d'un trouble de l'hémostase.</p>	N/A	GRADE 1+ : Recommandation forte
	<p>Chez l'adulte non interrogeable, il faut probablement prescrire un TP, un TCA et une numération des plaquettes afin d'éliminer certaines pathologies constitutionnelles ou acquises de l'hémostase</p>	N/A	GRADE 2+ : Recommandation faible
	<p>American Society of Anesthesiologists (ASA), 2012</p> <p>[Apfelbaum <i>et al.</i>, 2012]</p> <p>États-Unis</p> <p>Qualité AGREE II : Modérée</p>	<p>Hémoglobine ou hématocrite pré-anesthésie :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Une hémoglobine ou un hématocrite de routine n'est pas indiqué</li> <li>2) Les caractéristiques cliniques à considérer comme des indications pour ces tests incluent le type et le caractère</li> </ol>	B2 : La littérature contient des études observationnelles avec des statistiques associatives ou descriptives

	invasif de la procédure, les patients avec une maladie hépatique, âge extrême, et une histoire d'anémie, de saignement, et autres troubles hématologiques.		
	<p>Tests de coagulation pré-anesthésie :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Les caractéristiques cliniques à considérer pour demander des tests de coagulation sélectionnés incluent les troubles hémorragiques, une dysfonction rénale, une dysfonction hépatique, et le type et le caractère invasif de la procédure ;</li> <li>2) Les médicaments anticoagulants et les traitements alternatifs qui peuvent présenter un risque périopératoire additionnel ;</li> <li>3) Il n'y a pas assez de données pour commenter sur l'opportunité de tests de coagulation avant une anesthésie régionale.</li> </ol>	B2 : La littérature contient des études observationnelles avec des statistiques associatives ou descriptives	N/A
<b>Constats</b>			
		<b>Étendue de la preuve</b>	<b>Pays</b>
	Il n'est pas recommandé de prescrire de bilan d'hémostase ou de tests de coagulation de routine chez les patients (peu importe le ASA [la condition du patient], le type d'anesthésie et l'âge) subissant une intervention non cardiothoracique élective à faible risque.	<p>3 guides de bonne qualité (NICE 2016, ICSI 2020, KCE 2017)</p> <p>2 guides de qualité modérée (Bonhomme 2013, Pasha 2014)</p> <p>1 guide de faible qualité (SFAR 2012)</p>	<p>États-Unis</p> <p>Europe</p> <p>Europe (France)</p> <p>Europe (Belgique)</p> <p>Royaume-Uni</p>
	Il est recommandé d'évaluer le risque de saignement ou d'identifier les patients avec un problème d'hémostase :		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• en se basant sur l'historique personnel et familial du patient et sur l'examen physique</li> </ul>	<p>1 guide de bonne qualité (ESA 2018)</p> <p>1 guide de qualité modérée (Bonhomme 2013)</p> <p>1 guide de qualité modérée (SFAR 2012)</p>	<p>Europe</p> <p>Europe (France)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 à 8 semaines avant la chirurgie</li> </ul>	1 guide de qualité modérée (Kozek-Langenecke 2017)	Europe

Il est suggéré d'utiliser un questionnaire standardisé ou d'outils d'évaluation du risque hémorragique (BATs) pour évaluer le risque hémorragique.	2 guides de qualité modérée (SFAR 2012, Kozek-Langenecke 2017)  1 guide de faible qualité (GSAICM 2019)	Europe Europe (Allemagne) Europe (France)
Chez l'adulte non interrogeable, il faut probablement prescrire un TP, un TCA et une numération des plaquettes afin d'éliminer certaines pathologies constitutionnelles ou acquises de l'hémostase.	1 guide de qualité modérée (SFAR 2012)	Europe (France)
Considérer d'évaluer le risque hémorragique par un bilan d'hémostase, un test de coagulation ou un test de fonction des plaquettes :		
<ul style="list-style-type: none"> <li>En fonction de l'histoire du patient et de l'examen clinique</li> </ul>	1 guide de qualité modérée (Bonhomme 2013)  1 guide de faible qualité (SFAR 2012)	Europe (France)
<ul style="list-style-type: none"> <li>Pour les patients avec des antécédents d'anémie, de saignement ou d'autres problèmes hémorragiques</li> </ul>	3 guides de qualité modérée (Kozek-Langenecke 2017, ASA 2012, Pasha 2014)  1 guide de faible qualité (CAS 2023)	Canada Europe États-Unis
<ul style="list-style-type: none"> <li>Pour des patients avec une suspicion de coagulopathie</li> </ul>	1 guide de qualité modérée (Pasha 2014)  1 guide de faible qualité (GSAICM 2019)	États-Unis Europe (Allemagne)
<ul style="list-style-type: none"> <li>Pour des patients sous médication anticoagulante (p.ex. antagonistes de la vitamine K)</li> </ul>	1 guide de qualité modérée (Pasha 2014)  2 guides de faible qualité (GSAICM 2019, CAS 2023)	Canada États-Unis Europe (Allemagne)
<ul style="list-style-type: none"> <li>Pour des patients avec une maladie du foie</li> </ul>	1 guide de faible qualité (CAS 2023)	Canada
<ul style="list-style-type: none"> <li>D'âge extrême</li> </ul>	1 guide de qualité modérée (ASA 2012)	États-Unis
Il est recommandé de mesurer la concentration d'hémoglobine si l'intervention est à risque significatif de saignement (p.ex. plus de 10%)	1 guide de faible qualité (GSAICM 2019)	Europe (Allemagne)
Il est recommandé d'évaluer l'hémoglobinémie et/ou le métabolisme du fer chez les patients gériatriques :		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Avec une attention particulière pour les patients de plus de 80 ans</li> </ul>	2 guides de qualité modérée (Bonhomme 2013, Aceto 2020)	Europe (France) Europe (Italie)
<ul style="list-style-type: none"> <li>Subissant une chirurgie avec une perte sanguine attendue de plus de 500 ml</li> </ul>	1 guide de qualité modérée (Aceto 2020)	Europe (Italie)

aPTT : Temps de thromboplastine partielle activée; ASA : *American Anesthesiologist Association* (Classification); INR : *International Normalised Ratio*; N/A : Non disponible ou non mentionné; PT : Temps de prothrombine; TCA : Temps de céphaline activée

**Tableau D-18 Tests de fonction hépatique**

<b>Guides ou revues systématiques/Qualité</b>	<b>Recommandation ou indication</b>	<b>Niveau de preuve</b>	<b>Niveau de recommandation</b>
Aceto, 2020 [Aceto <i>et al.</i> , 2020] Europe (Italie) Qualité AGREE II : Modérée	Nous recommandons que l'albuminémie soit évaluée chez tous les patients âgés subissant une chirurgie, spécialement ceux avec des comorbidités hépatiques, de multiples comorbidités, une pathologie majeure récente ou une malnutrition suspectée, ou des candidats pour une chirurgie majeure.	B : Qualité modérée	GRADE A : Il y a une grande certitude que le bénéfice net est substantiel
Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE), 2017 [Vlayen, 2016] Europe (Belgique) Qualité AGREE II : Bonne	Un test de fonction hépatique préopératoire de routine sans indication clinique n'est pas recommandé avant une chirurgie non cardiothoracique élective.	Très faible	Forte
<b>Constats</b>			
		<b>Étendue de la preuve</b>	<b>Pays</b>
Sans indication clinique, les tests de fonction hépatique de routine ne sont pas recommandés avant une chirurgie élective non-cardiothoracique.		1 guide de bonne qualité (KCE 2017)	Europe (Belgique)
Chez les patients âgés, il est recommandé de faire un dosage d'albumine sanguin lorsque présence de : <ul style="list-style-type: none"> <li>• maladie hépatique ;</li> <li>• comorbidités multiples ;</li> <li>• maladie majeure récemment diagnostiquée ;</li> <li>• possible malnutrition.</li> </ul>		1 guide de qualité modérée (Aceto 2020)	Europe (Italie)

N/A : Non disponible ou non mentionné.

## Autres considérations cliniques

**Tableau D-19 Test de grossesse**

Guides ou revues systématiques/Qualité	Recommandation ou indication	Niveau de preuve	Niveau de recommandation
<p>Canadian Anesthesiologists' Society (CAS), 2023</p> <p>[Dobson <i>et al.</i>, 2023]</p> <p>Canada</p> <p>Qualité AGREE II: Faible</p>	<p>Selon les lignes directrices spécifiques des établissements, les tests de grossesses :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>devraient être offerts aux femmes en âge de procréer selon qu'il existe une probabilité raisonnable de grossesse, sur la fiabilité de l'histoire menstruelle, et si les résultats peuvent annuler ou changer la procédure ou la prise en charge en anesthésie.</li> </ul> <p>Urinaires ou sanguins au point de service sont idéaux et sont donc recommandés.</p>	N/A	N/A
<p>Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI), 2020</p> <p>[ICSI, 2020]</p> <p>États-Unis</p> <p>Qualité AGREE II : Bonne</p>	<p>Ne pas procéder de routine à une test d'urine pour la grossesse. Cependant, les patientes en âge de procréer devrait se voir demander s'il y a une possibilité qu'elles soient enceintes.</p>	N/A	Consensus
	<p>Un test de grossesse est indiqué pour :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>des chirurgies qui impliquent l'utérus (p.ex., hystérectomie, myomectomie);</li> <li>une chirurgie de la cavité utérine (p.ex., dilatation et curetage, ablation de l'endomètre);</li> <li>une chirurgie qui impacte le flux sanguin à l'utérus (p.ex., chirurgies endovasculaires qui altèrent le flux sanguin aortique, les procédures qui impliquent les artères utérines.</li> </ol>	N/A	Consensus
<p>National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2016</p> <p>[NICE, 2016]</p> <p>Royaume-Uni</p> <p>Qualité AGREE II : Bonne</p>	<p>Le jour de la chirurgie, demandez avec sensibilité à toutes les femmes en âge de procréer si elles peuvent être enceintes.</p>	N/A	Consensus
	<p>Assurez-vous que les femmes qui peuvent possiblement être enceintes sont avisées du risque de</p>	N/A	Consensus

	l'anesthésie et de la procédure pour le fœtus.		
	Procéder à un test de grossesse avec le consentement de la femme s'il y a un doute qu'elle pourrait être enceinte.	N/A	Consensus
Pasha, 2014 [Pasha <i>et al.</i> , 2014] États-Unis Qualité AGREE II : Modérée	Nous suggérons qu'un test de grossesse soit considéré avant une endoscopie et l'usage de fluoroscopie chez les femmes en âge de procréer avec une histoire de grossesse incertaine ou une histoire suggestive de grossesse en cours en absence d'une hystérectomie total passée, d'une ligature bilatérales des trompes, ou de menstruations absentes depuis 1 an (ménopause)	GRADE : Faible qualité de preuve	N/A
American Society of Anesthesiologists (ASA), 2012 [Apfelbaum <i>et al.</i> , 2012] États-Unis Qualité AGREE II : Modérée	Test de grossesse pré-anesthésie : Un test de grossesse peut être offert aux femmes en âge de procréer et pour lesquelles les résultats peuvent changer la prise en charge, mais les tests ne devraient pas être obligatoires (MàJ 2021).	N/A	N/A
Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR), 2012 [Molliex <i>et al.</i> , 2012] Europe (France) Qualité AGREE II : Modérée	Il est recommandé de poser la question à toute femme en âge de procréer sur sa méthode éventuelle de contraception et s'il existe une possibilité qu'elle soit enceinte avant tout acte nécessitant une anesthésie.	N/A	GRADE 1+ : Recommandation forte
	Si, à l'interrogatoire, il existe une possibilité de grossesse, il est recommandé de prescrire un dosage plasmatique des βHCG après avoir obtenu le consentement de la patiente	N/A	GRADE 1+ : Recommandation forte
<b>Constats</b>			
		<b>Étendue de la preuve</b>	<b>Pays</b>
	Ne pas procéder de routine à un test d'urine pour la grossesse.	1 guide de bonne qualité (ICSI 2020)  1 guide de qualité modérée (ASA 2012)	États-Unis
	Il est recommandé de poser des questions à toute femme en âge de procréer sur sa méthode de contraception ou s'il y a une possibilité qu'elle soit enceinte lors de l'évaluation du patient.	2 guides de bonne qualité (NICE 2016 ; ICSI 2020;	États-Unis Europe (France) Royaume-Uni

	1 guide de qualité modéré (SFAR 2012)	
Après avoir obtenu son consentement, il est recommandé de procéder à un test de grossesse à une patiente si : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Il existe une possibilité qu'elle soit enceinte ;</li> <li>• Le résultat du test induit un changement dans la procédure ou dans la gestion de l'anesthésie ;</li> <li>• La patiente doit subir une chirurgie utérine (p. ex. hystérectomie, myomectomie, dilatation ou curettage, ablation de l'endomètre) ou une chirurgie qui fait varier le flux sanguin utérin (p.ex. chirurgies endovasculaires) ;</li> </ul> <p>Excepté les patientes ayant subi une hystérectomie totale, une ligature bilatérale des trompes ou s'il y a absence de menstruations depuis un an ou plus (ménopause).</p>	2 guides de bonne qualité (NICE 2016 ; ICSI 2020)	Canada États-Unis Europe (France) Royaume-Uni
	3 guides de qualité modérée (ASA 2012 ; Pasha 2014 ; SFAR 2012)	
	1 guide de faible qualité (CAS 2023)	

6HCG : Gonadotrophine chorionique humaine ; N/A : Non disponible ou non mentionné.

**Tableau D-20 Fragilité/Évaluation cognitive**

Guides ou revues systématiques/Qualité	Recommandation ou indication	Niveau de preuve	Niveau de recommandation
Aceto, 2020 [Aceto <i>et al.</i> , 2020] Europe (Italie) Qualité AGREE II : Modérée	Chez les patients hospitalisés âgés de > 65 ans subissant une chirurgie élective. Nous recommandons que le test Time Up-and-Go (TUG) soit réalisé chez tous les patients. Dans le cas de valeurs pathologiques (> 20 s), le Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) est nécessaire.	B : Qualité modérée	GRADE A : Il y a une grande certitude que le bénéfice net est substantiel
	Nous suggérons une Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) pour tous les patients plus vieux.	B : Qualité modérée	GRADE B : Il y a une grande certitude que le bénéfice net est modéré à substantiel
	Nous suggérons d'utiliser des échelles de fragilité multiparamétriques (p.ex. Fried Score or Edmonton Frailty Score) pour identifier les domaines pour lesquels une optimisation préopératoire est nécessaire.	C : Faible qualité	GRADE B : Il y a une grande certitude que le bénéfice net est modéré à substantiel
	Chez les patients âgés de > 65 ans, même en absence d'une histoire de déclin cognitif (chirurgie élective). Nous recommandons une évaluation cognitive (p.ex., Clock test, AMT, and MMSE) pour tous les patients âgés de > 65 ans, même en absence d'une histoire de déclin cognitif.	B : Qualité modérée	GRADE A : Il y a une grande certitude que le bénéfice net est substantiel
	Chez les patients avec un score pathologique. Nous recommandons une évaluation par un spécialiste en évaluation neurocognitive pour les patients avec un score de test pathologique.	N/A	N/A
European Society of Anaesthesiology (ESA), 2018	L'état fonctionnel peut être altéré chez les personnes âgées et peut prédire les résultats fonctionnels.	1B: Qualité de preuve modérée	Recommandation forte

[De Hert <i>et al.</i> , 2018] Europe Qualité AGREE II : Bonne	Nous recommandons l'évaluation de l'état fonctionnel, préférablement par une évaluation gériatrique complète pour identifier les patients à risque et/ou prédire les complications.		
<b>Constats</b>			
		<b>Étendue de la preuve</b>	<b>Pays</b>
Pour tous les patients âgés devant subir une chirurgie élektive, il est suggéré de procéder à une évaluation de la fragilité (CGA) pour identifier les risques et prévoir les complications.		1 guide de bonne qualité (ESA 2018)  1 guide de qualité modérée (Aceto 2020)	Europe Europe (Italie)
Il est recommandé de procéder à une évaluation de mobilité chronométrée (timed Up-and-Go) en premier lieu pour des patients hospitalisés de plus de 65 ans. Si le résultat est > 20 secs, l'évaluation de la fragilité avec CGA est nécessaire.		1 guide de qualité modérée (Aceto 2020)	Europe (Italie)
Il est recommandé de procéder à une évaluation cognitive (Clock test, AMT, MMSE) pour tous les patients âgés de plus de 65 ans devant subir une chirurgie élektive, même en l'absence d'un historique de déclin cognitif.		1 guide de qualité modérée (Aceto 2020)	Europe (Italie)

CGA : *Comprehensive geriatric assessment* ; N/A : Non disponible ou non mentionné ; TUG : *Time Up-and-Go*

**Tableau D-21 Apnée du sommeil**

Guides ou revues systématiques/Qualité	Recommandation ou indication	Niveau de preuve	Niveau de recommandation
Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI), 2020  [ICSI, 2020]  États-Unis  Qualité AGREE II : Bonne	Les cliniciens devraient utiliser des outils standardisés et validés pour dépister les patients pour une apnée du sommeil suspectée (facteurs de risque ou problèmes rapportés par le patient) ou des symptômes d'apnée du sommeil, et communiquer à l'équipe chirurgicale.  Les facteurs de risque majeurs pour l'apnée du sommeil incluent l'obésité, la taille du cou augmentée (> 37 cm chez l'homme, >35 cm chez la femme), des anomalies crâniofaciales, l'âge avancée et le sexe masculin.	N/A	Consensus
	Les patients avec une apnée du sommeil suspectée dans la période périopératoire devraient avoir une évaluation de suivi, de concert avec son médecin de famille (si disponible), et/ou être référé à un centre du sommeil.	N/A	Consensus
	Les patients avec une apnée du sommeil connue ou suspectée à l'évaluation préopératoire devraient avoir ceci communiqué à l'équipe chirurgicale et d'anesthésie et le patient devrait être avisé de l'augmentation du risque chirurgical.	N/A	Consensus
Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE), 2017	Une polysomnographie avant une chirurgie non cardiothoracique élektive,	Très faible	Forte

[Vlayen, 2016] Europe (Belgique) Qualité AGREE II : Bonne	incluant la chirurgie bariatrique, n'est pas recommandée de routine.		
Chung, 2016 [Chung <i>et al.</i> , 2016] Canada Qualité AGREE II : Bonne	Il y a des preuves insuffisantes pour supporter l'annulation ou le report d'une chirurgie afin de procéder à des techniques de dépistage plus avancées ou un test d'apnée du sommeil pour diagnostiquer les patients identifiés comme étant à risque élevé d'apnée du sommeil, à moins qu'il y ait des évidences d'une maladie systémique associée significative ou des problèmes additionnels avec la respiration ou les échanges gazeux.	Faible	Forte
	Nous suggérons qu'une considération devrait être apportée à l'obtention des résultats d'évaluation du sommeil (polysomnographie) et de la thérapie par pression positive (PAP) avant la chirurgie.	Faible	Faible
	Les patients adultes avec un risque d'apnée du sommeil devraient être identifiés avant la chirurgie.	Faible	Faible
	Des outils de dépistage tels que le STOP Bang, le 116 P-SAP, le 142 Berlin et le ASA Checklist peuvent être utilisés pour identifier les patients avec une apnée du sommeil suspectée.	Faible	Faible
<b>Constats</b>			
		<b>Étendue de la preuve</b>	<b>Pays</b>
	Un test de polysomnographie de routine n'est pas recommandé avant une chirurgie élective non-cardiaque.	1 guide de bonne qualité (KCE 2017)	Europe (Belgique)
	Avant une chirurgie, des outils d'évaluation standardisés devraient être utilisés pour dépister l'apnée du sommeil lors de la présence de facteurs de risque ou de symptômes.	2 guides de bonne qualité (ICSI 2020 ; Chung 2016)	Canada États-Unis
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Avant une chirurgie, le patient, le chirurgien, l'anesthésiologiste et l'équipe de soins devraient : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Connaître le diagnostic d'apnée du sommeil du patient pouvant faire augmenter le risque de complications en lien avec la chirurgie ;</li> <li>- Tenir compte des résultats de la polysomnographie et/ou de la thérapie par pression positive (<i>PAP settings</i>).</li> </ul> </li> </ul>	2 guides de bonne qualité (ICSI 2020 ; Chung 2016)	Canada États-Unis

N/A : Non disponible ou non mentionné ; PAP : Pression positive des voies respiratoires.

**Tableau D-22 Analyses d'urine**

Guides ou revues systématiques/Qualité	Recommandation ou indication	Niveau de preuve	Niveau de recommandation
Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE), 2017 [Vlayen, 2016] Europe (Belgique) Qualité AGREE II : Bonne	Une analyse d'urine de routine et une culture d'urine n'est pas recommandée avant une chirurgie non cardiothoracique élective.	Très faible	Forte
	Une culture d'urine préopératoire peut être considérée pour les patients subissant une chirurgie élective des voies urinaires ou une chirurgie pour une prothèse articulaire.	Très faible	Faible
National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2016 [NICE, 2016] Royaume-Uni Qualité AGREE II : Bonne	Ne pas offrir de routine de test de bandelette urinaire avant une chirurgie.	Consensus	N/A
	Considérer une microscopie ou une culture d'échantillon d'urine des voies urinaires intermédiaires avant une chirurgie si la présence d'une infection des voies urines pourrait influencer la décision d'opérer.	Consensus	N/A
Pasha, 2014 [Pasha <i>et al.</i> , 2014] États-Unis Qualité AGREE II : Modérée	Nous recommandons de ne pas procéder à des tests de coagulation, une radiographie thoracique, une électrocardiographie, un typage ou un dépistage sanguin ou une mesure du niveau d'hémoglobine ou d'hématocrite, des analyses d'urine et des tests biochimiques avant une endoscopie chez des patients en santé. L'usage de ces tests devraient être individualisés en fonction des facteurs de risque reliés au patient et à la procédure.	GRADE : Qualité de preuve élevée	N/A
Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR), 2012 [Molliex <i>et al.</i> , 2012] Europe (France) Qualité AGREE II : Modérée	Il est recommandé de ne pas prescrire d'examen biochimique d'urine systématique, quel que soit l'âge, en préopératoire d'une chirurgie quel que soit son type : mineure, intermédiaire ou élevé.	N/A	GRADE 1- : Recommandation forte
	Il est probablement recommandé de ne pas pratiquer d'analyse d'urine à la recherche d'une infection (BU ou ECU) dans le cadre d'une chirurgie à risque faible de complication liée à l'IU chez les patients ne présentant aucun facteur de risque d'IU/CU	N/A	GRADE 2- : Recommandation faible

	En chirurgie urologique lorsque la plaie opératoire peut être en contact avec l'urine (ce qui inclut les explorations et interventions endoscopiques), il est recommandé de réaliser systématiquement un ECBU préopératoire.	N/A	GRADE 1+ : Recommandation forte
American Society of Anesthesiologists (ASA), 2012 [Apfelbaum <i>et al.</i> , 2012] États-Unis Qualité AGREE II : Modérée	Une analyse d'urine n'est pas indiquée à l'exception de procédures spécifiques (p.ex., implantation de prothèse, procédures urologiques) ou lorsque des symptômes urinaires sont présents.	B2 : La littérature contient des études observationnelles avec des statistiques associatives ou descriptives	N/A
<b>Constats</b>			
		<b>Étendue de la preuve</b>	<b>Pays</b>
	Il n'est pas recommandé d'offrir systématiquement d'examen biochimique d'urine avant une chirurgie.	2 guides de bonne qualité (NICE 2016, KCE 2017)  2 guides de qualité modérée (SFAR 2012, Pasha 2014)	États-Unis Europe (Belgique) Europe (France) Royaume-Uni
	L'analyse d'urine n'est pas indiquée, excepté pour : <ul style="list-style-type: none"> <li>des procédures spécifiques (p.ex. chirurgies urologiques, prothèses)</li> <li>un patient présentant des symptômes liés à une infection des voies urinaires</li> <li>les cas où l'infection urinaire pourrait changer la décision d'opérer</li> <li>un patient dont la plaie opératoire peut entrer en contact avec l'urine</li> </ul>	2 guides de bonne qualité (NICE 2016, KCE 2017)  2 guides de qualité modérée (ASA 2012, SFAR 2012)	États-Unis Europe (Belgique) Europe (France) Royaume-Uni

BU : Bandelette urinaire ; ECBU : Examen cyto bactériologique des urines ; IU : Infection urinaire ; N/A : Non disponible ou non mentionné.

## RÉFÉRENCES

- Aceto P, Antonelli Incalzi R, Bettelli G, Carron M, Chiumiento F, Corcione A, Crucitti A, Maggi S, Montorsi M, Pace MC, Petrini F, Tommasino C, Trabucchi M, Volpato S, Societa Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva SIdGeGSIdCSIdCG, Associazione Italiana di P. Perioperative Management of Elderly patients (PriME): recommendations from an Italian intersociety consensus. *Aging clinical and experimental research* 2020;32(9):1647-73.
- Apfelbaum JL, Connis RT, Nickinovich DG, Pasternak LR, Arens JF, Caplan RA, Connis RT, Fleisher LA, Flowerdew R, Gold BS, Mayhew JF, Nickinovich DG, Rice LJ, Roizen MF, Twersky RS. Practice advisory for preanesthesia evaluation: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Preanesthesia Evaluation. *Anesthesiology* 2012;116(3):522-38.
- Bock M, Johansson T, Fritsch G, Flamm M, Hansbauer B, Mann E, Sonnichsen A. The impact of preoperative testing for blood glucose concentration and haemoglobin A1c on mortality, changes in management and complications in noncardiac elective surgery: a systematic review. *European journal of anaesthesiology* 2015;32(3):152-9.
- Bonhomme F, Ajzenberg N, Schved J-F, Molliex S, Samama C-M, French A, Intensive Care Committee on Evaluation of Routine Preoperative T, French Society of A, Intensive C. Pre-interventional haemostatic assessment: Guidelines from the French Society of Anaesthesia and Intensive Care. *European journal of anaesthesiology* 2013;30(4):142-62.
- Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, Fervers B, Graham ID, Grimshaw J, Hanna SE, Littlejohns P, Makarski J, Zitzelsberger L, Consortium ANS. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *J Clin Epidemiol* 2010;63(12):1308-11.
- Chung F, Memtsoudis SG, Ramachandran SK, Nagappa M, Opperer M, Cozowicz C, Patrawala S, Lam D, Kumar A, Joshi GP, Fleetham J, Ayas N, Collop N, Doufas AG, Eikermann M, Englesakis M, Gali B, Gay P, Hernandez AV, Kaw R, Kezirian EJ, Malhotra A, Mokhlesi B, Parthasarathy S, Stierer T, Wappler F, Hillman DR, Auckley D. Society of Anesthesia and Sleep Medicine Guidelines on Preoperative Screening and Assessment of Adult Patients With Obstructive Sleep Apnea. *Anesthesia and analgesia* 2016;123(2):452-73.
- De Hert S, Staender S, Fritsch G, Hinkelbein J, Afshari A, Bettelli G, Bock M, Chew MS, Coburn M, De Robertis E, Drinhaus H, Feldheiser A, Geldner G, Lahner D, Macas A, Neuhaus C, Rauch S, Santos-Ampuero MA, Solca M, Tanha N, Traskaite V, Wagner G, Wappler F. Pre-operative evaluation of adults undergoing elective noncardiac surgery: Updated guideline from the European Society of Anaesthesiology. *European journal of anaesthesiology* 2018;35(6):407-65.

- Dobson G, Chau A, Denomme J, Fuda G, McDonnell C, McIntyre I, Milne AD, Milkovich R, Sparrow K, Wang Y, Young C. Guidelines to the Practice of Anesthesia: Revised Edition 2023. *Can J Anaesth* 2023;70(1):16-55.
- Fleisher LA, Fleischmann KE, Auerbach AD, Barnason SA, Beckman JA, Bozkurt B, Davila-Roman VG, Gerhard-Herman MD, Holly TA, Kane GC, Marine JE, Nelson MT, Spencer CC, Thompson A, Ting HH, Uretsky BF, Wijeyesundera DN. 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* 2014;130(24):e278-333.
- Halvorsen S, Mehilli J, Cassese S, Hall TS, Abdelhamid M, Barbato E, De Hert S, de Laval I, Geisler T, Hinterbuchner L, Ibanez B, Lenarczyk R, Mansmann UR, McGreavy P, Mueller C, Muneretto C, Niessner A, Potpara TS, Ristic A, Sade LE, Schirmer H, Schupke S, Sillesen H, Skulstad H, Torracca L, Tutarel O, Van Der Meer P, Wojakowski W, Zacharowski K, Group ESCSD, Knuuti J, Kristensen SD, Aboyans V, Ahrens I, Antoniou S, Asteggiano R, Atar D, Baumbach A, Baumgartner H, Bohm M, Borger MA, Bueno H, Celutkiene J, Chieffo A, Cikes M, Darius H, Delgado V, Devereaux PJ, Duncker D, Falk V, Fauchier L, Habib G, Hasdai D, Huber K, Iung B, Jaarsma T, Konradi A, Koskinas KC, Kotecha D, Landmesser U, Lewis BS, Linhart A, Lochen ML, Maeng M, Manzo-Silberman S, Mindham R, Neubeck L, Nielsen JC, Petersen SE, Prescott E, Rakisheva A, Saraste A, Sibbing D, Siller-Matula J, Sitges M, Stankovic I, Storey RF, Ten Berg J, Thielmann M, Touyz RM. 2022 ESC Guidelines on cardiovascular assessment and management of patients undergoing non-cardiac surgery. *European heart journal* 2022;43(39):3826-924.
- ICSI. Perioperative, Sixth Edition. Health Care Guideline Institute for Clinical Systems Improvement; 2020.
- Kozek-Langenecker SA, Ahmed AB, Afshari A, Albaladejo P, Aldecoa C, Barauskas G, De Robertis E, Faraoni D, Filipescu DC, Fries D, Thorsten H, Jacob M, Lance MD, Pitarch JVL, Mallett S, Meier J, Molnar ZL, Rahe-Meyer N, Samama CM, Stensballe J, Van Der Linden PJF, Wikkelso AJ, Wouters P, Wyffels P, Zacharowski K. Management of severe perioperative bleeding: Guidelines from the European Society of Anaesthesiology. *European Journal of Anaesthesiology* 2017;34(6):332-95.
- McMartin K. Preoperative cardiac stress tests for noncardiac surgery: a rapid review (Structured abstract). *Preoperative cardiac stress tests for noncardiac surgery: a rapid review* 2016;(2016 Issue 4)
- Molliex S, Pierre S, Bléry C, Marret E, Beloeil H. Examens préinterventionnels systématiques. *Ann Fr Anesth Reanim* 2012;31(9):752-63.
- Munoz M, Acheson AG, Auerbach M, Besser M, Habler O, Kehlet H, Liembruno GM, Lasocki S, Meybohm P, Rao Baikady R, Richards T, Shander A, So-Osman C, Spahn DR, Klein AA. International consensus statement on the peri-operative management of anaemia and iron deficiency. *Anaesthesia* 2017;72(2):233-47.

NICE. Routine preoperative tests for elective surgery. *BJU international* 2016;121(1):12-6.

Pasha SF, Acosta R, Chandrasekhara V, Chathadi KV, Eloubeidi MA, Fanelli R, Faulx AL, Fonkalsrud L, Khashab MA, Lightdale JR, Muthusamy VR, Saltzman JR, Shaukat A, Wang A, Cash B. Routine laboratory testing before endoscopic procedures. *Gastrointest Endosc* 2014;80(1):28-33.

Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J, Moher D, Tugwell P, Welch V, Kristjansson E, Henry DA. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ* 2017;358:j4008.

Vlayen JB, N.; Robays, J. Routine preoperative testing in adults undergoing elective non-cardiothoracic surgery. *Good Clinical Practice (GCP) Brussels* : Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2016.

Zwissler B. Preoperative evaluation of adult patients before elective, noncardiothoracic surgery: Joint recommendation of the German Society of Anesthesiology and Intensive Care Medicine, the German Society of Surgery, and the German Society of Internal Medicine. *Anaesthesist* 2019;68(Supplement 1):25-39.

*Institut national  
d'excellence en santé  
et en services sociaux*

**Québec** 

### Siège social

2535, boulevard Laurier, 5<sup>e</sup> étage  
Québec (Québec) G1V 4M3  
418 643-1339

### Bureau de Montréal

2021, avenue Union, 12<sup>e</sup> étage, bureau 1200  
Montréal (Québec) H3A 2S9  
514 873-2563

[inesss.qc.ca](http://inesss.qc.ca)

