

PAUSE AR | |

Nouveautés de la semaine du 24 octobre 2026

2 nouveautés cette semaine, dont 1 susceptible de changer votre pratique.

ANESTHÉSIE PÉRIOPÉRATOIRE Essai randomisé · PELICAN

Individualized Cardiac Index-Guided Hemodynamic Therapy in High-Risk Patients Undergoing Elective Major Abdominal Surgery: The PELICAN Randomized Clinical Trial

JAMA · 19 octobre 2026 · Essai randomisé multicentrique en simple aveugle, 1 095 patients · ASA 2026

Faut-il régler l'hémodynamique peropératoire sur l'index cardiaque propre au patient ? Cet essai a comparé deux stratégies hémodynamiques chez 1 095 patients à haut risque opérés d'une chirurgie abdominale majeure programmée, dans douze centres hospitalo-universitaires de cinq pays européens : l'une visait cet index, mesuré au repos avant l'intervention ; l'autre était la prise en charge habituelle, où l'index cardiaque était mesuré mais masqué aux équipes. Le critère principal était composite : insuffisance rénale aiguë, lésion myocardique, complication infectieuse grave, arrêt cardiaque non fatal ou décès dans les sept jours suivant l'opération. Il est survenu chez 44,3 % des patients de la stratégie individualisée, contre 46,9 % de ceux de la prise en charge habituelle, et aucune différence n'a été mise en évidence sur les composantes prises séparément. En revanche, la mortalité à 90 jours, critère secondaire exploratoire, a été plus élevée dans le groupe individualisé.

En pratique : chez le patient à haut risque opéré d'une chirurgie abdominale majeure programmée, viser en peropératoire l'index cardiaque mesuré avant l'intervention n'a pas réduit les complications des sept premiers jours, et aucune différence n'est apparue sur les composantes prises une à une. L'essai ne plaide donc pas pour faire de l'index cardiaque préopératoire la cible d'un protocole hémodynamique systématique. Un point appelle la prudence : la mortalité à 90 jours a été plus élevée dans le groupe individualisé, sur un critère secondaire issu d'analyses exploratoires : ce résultat peut relever du hasard, mais il demande à être confirmé ou écarté avant d'envisager cette stratégie. Le monitoring du débit cardiaque garde par ailleurs son intérêt pour comprendre une instabilité en cours d'intervention : c'est la cible chiffrée qui est en cause, pas la mesure.

[Article original](#)

Effect of electrical impedance tomography-guided positive end-expiratory pressure optimisation on postoperative pulmonary complications in laparoscopic colorectal surgery: a randomised controlled trial

Br J Anaesth · 20 octobre 2026 · Essai randomisé monocentrique, 117 patients, Chine

Le pneumopéritoine et la position de Trendelenburg prononcée favorisent l'atélectasie et exposent aux complications pulmonaires postopératoires. La tomographie d'impédance électrique montre les zones de poumon collabé et permet de régler la pression expiratoire positive patient par patient, mais son effet sur les complications elles-mêmes restait mal établi. Cet essai monocentrique a comparé une pression expiratoire positive titrée sous tomographie d'impédance et une pression fixe de 5 cm d'eau chez 117 adultes à risque intermédiaire ou élevé de complications pulmonaires, opérés d'une chirurgie colorectale par coelioscopie. Les complications pulmonaires à trente jours ont été moins fréquentes sous réglage individualisé, et la pression motrice plus basse. Le comparateur reste une pression unique et fixe : l'essai ne dit pas ce que vaudrait la tomographie d'impédance face à une titration conventionnelle.

En pratique : chez un patient à risque respiratoire opéré d'une chirurgie colorectale par coelioscopie, régler la pression expiratoire positive sous tomographie d'impédance électrique a fait passer les complications pulmonaires à trente jours de près de trois patients sur quatre à un sur deux, avec une pression motrice plus basse d'environ trois centimètres d'eau. Le résultat est net, mais il a été obtenu contre une pression fixe de 5 cm d'eau, qui n'est pas le meilleur réglage possible lorsqu'on ne dispose pas de tomographie d'impédance : ainsi construit, l'essai ne permet pas de dire si le bénéfice vient de l'outil ou de la pression qu'il a conduit à choisir. Ce qu'il établit le plus solidement concerne le comparateur : dans cette population, s'en tenir à 5 cm d'eau s'est accompagné de davantage de complications. Avant de faire de la tomographie d'impédance un équipement nécessaire, il faudra un essai multicentrique la comparant à une titration conventionnelle.

[Article original](#)

Tableau de bord complet — toutes les sorties, recherche FR/EN, fiches de lecture : pausear.fr

Fiches rédigées à l'aide de l'IA — résumés à valider par le lecteur avant toute application clinique, se reporter aux articles originaux.