

De la consultation d'anesthésie du sujet  
âgé à la réhabilitation postopératoire.  
Un défi à relever !

Dr Brigitte MAGET  
Institut Jean Godinot Reims

2011

# HISTOIRE

- Au début du siècle dernier, un âge supérieur à 50 ans était une CI à un acte chirurgical
- En 1927, la cure de hernie inguinale, au-delà de 50 ans était considérée comme non justifiée

- Aujourd'hui, l'âge en lui-même n'est plus une CI à la chirurgie
- L'augmentation de l'espérance de vie et la confiance, justifiée, dans les progrès de l'Anesthésie Réanimation amènent de plus en plus de patients âgés à la Chirurgie

# Epidémiologie

Entre 75 et 84 ans:

Chirurgie ophtalmologique	30%
Chirurgie orthopédique	24%
Chirurgie digestive	13%
Chirurgie urologique	11%

Après 85 ans: 20% de chirurgie en urgence

Chez le vieillard, la mortalité péri-opératoire est doublée lorsque la chirurgie est réalisée en urgence.

# ESTIMATION

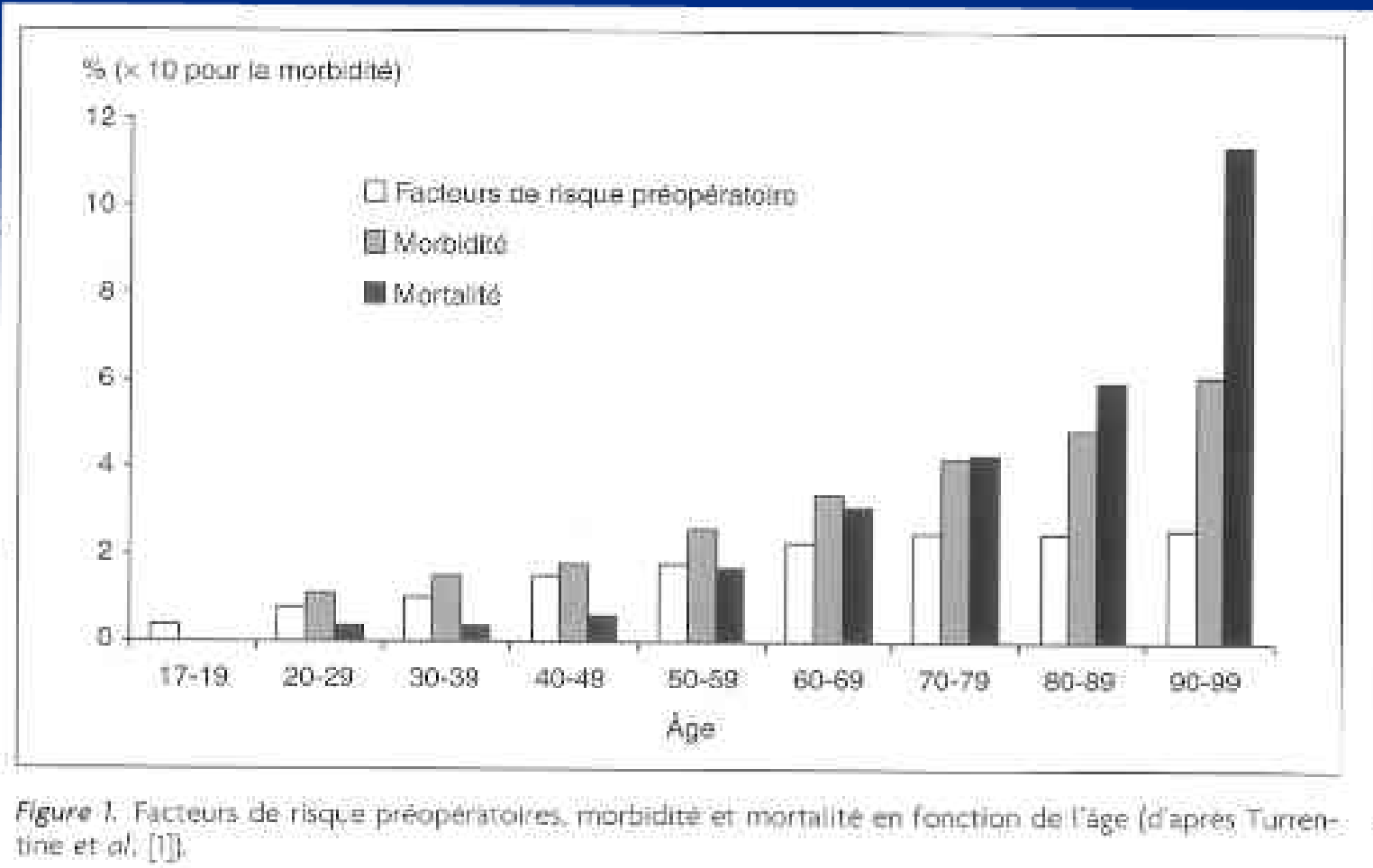
- ❖ en 2020, près de 50% des gestes anesthésiques concernent des personnes de plus de 60 ans
- ❖ dans cette population, les grands vieillards (>85 ans), seront de plus en plus nombreux
- ❖ au-delà de 80 ans 50% classé ASA III à IV

# Morbidité et Mortalité péri-opératoire

- La période péri-opératoire est un «modèle» de stress de l'organisme
- Conséquence d'une altération des réserves fonctionnelles et d'une augmentation de la fréquence des comorbidités, la capacité du sujet âgé à faire face à ce stress péri-opératoire diminue

- L'âge avancé potentialise les autres FDR en période péri-opératoire
- Dans une population globale bénéficiant d'une chirurgie colorectale, la morbidité postopératoire: respiratoire, cardiovasculaire et neurologique, augmente significativement avec l'âge
- Mais à un âge avancé sans comorbidité importante : suites comparables à une population plus jeune

- Augmentation linéaire de la morbidité(+0,71%/an)
- Augmentation exponentielle de la mortalité



# Facteurs de risque

- Chirurgie en urgence
  - HTA et cardiopathies
  - Insuffisance rénale
  - Dénutrition
  - Dyspnée
  - Diabète et baisse de l'immunité
  - Transfusion sanguine en pré-opératoire
- 
- Sujet âgé en institution

umbey  
2011

# Risque de décès en 2006

- Risque de décès lié à l'anesthésie:  
1/145 000
- 2/3 de la mortalité concerne les patients de plus de 70 ans

2011

# La consultation pré-anesthésique

- Etape importante et obligatoire de l'anesthésie
- Objectifs de l'évaluation préopératoire :
  - ❖ antécédents et co-morbidités
  - ❖ traitement en cours
  - ❖ mode de vie et autonomie
  - ❖ statut neuropsychologique
  - ❖ réserves fonctionnelles et capacités d'adaptation à l'effort
  - ❖ examen clinique, examens complémentaires
  - ❖ risque péri-opératoire
  - ❖ mode d'anesthésie et stratégies particulières
  - ❖ information et consentement

Une communication souvent plus lente et une histoire très souvent plus longue...

# Cauchemar ou réalité?



- Mme X envoyée pour bilan d'opérabilité, seule, sans questionnaire, ne répond pas aux questions....
- Trois solutions: deux mauvaises, une correcte

# Interrogatoire et examen clinique

- Antécédents médicaux et chirurgicaux
- Co-morbidités répertoriées:  
cardiovasculaires, pulmonaires, rénales,  
neuropsychologiques et endocriniennes
- Mode de vie et activité physique
- Effets du vieillissement sur les grandes  
fonctions
- Examen clinique en fonction du patient

# Traitement en cours

- Traitement personnel plus automédication... et phytothérapie
- Polymédication ↑ le risque d'interactions avec les anesthésiques et les antalgiques
- Tendances actuelles: poursuite de la plupart des médicaments sauf IEC, ARA II, AVK, certains agents antiplaqu., IRS
- Kennedy et al: association entre arrêt des traitements chroniques et ↑ des complications cardiovasc. et neuropsych.

# Examens pré-opératoires

- En pratique: les bilans sont demandés en fonction du terrain, de l'acte chirurgical et de l'équipe
- Anomalies fréquentes: Hb, Créat, Gly
- Lors d'une chirurgie lourde, importants pour guider la réanimation péri-opératoire

# Evaluation des patients suivant la classification de l'American Society of Anesthesiology

- Classe ASA 1 : patient en bonne santé
- Classe ASA 2 : patient présentant une atteinte modérée d'une grande fonction
- Classe ASA 3 : patient présentant une atteinte sévère d'une grande fonction qui n'entraîne pas d'incapacité
- Classe ASA 4 : patient présentant une atteinte sévère d'une grande fonction, invalidante et qui met en jeu le pronostic vital
- Classe ASA 5 : patient moribond, dont l'espérance de vie est inférieure à 24h avec ou sans intervention chirurgicale

# Quantifier le risque : 3 questions

1. L'acte chirurgical et l'anesthésie sont-ils réalisables avec une morbidité et une mortalité acceptables ?
2. Existe-t-il des possibilités de réduire le risque ?
3. Quel bénéfice en tirera le patient en terme de qualité de vie mais aussi de « qualité de mort » ?

# Stratégie péri-opératoire

- Mode d'hospitalisation
- Type d'anesthésie
- Monitoring
- Épargne sanguine ou transfusionnelle
- Prise en charge de la douleur
- Orientation postopératoire
- Réhabilitation postopératoire

# Information

- Obligation légale
- Patient et/ou ses proches
- Risque anesthésiques spécifiques
- Stratégies proposées
- Mesures d'amélioration pré-opératoire
- Douleur postopératoire
- Orientation, réhabilitation

# Visite pré-anesthésique

- Dernière étape avant l'opération
- Recherche des événements aigus
- Contrôle des examens
- Foire aux questions
- Climat de confiance
- Prémédication

2011  
mbeey

# Anesthésie pour chirurgie ambulatoire

- Les critères de « sélection » doivent être très stricts, à la fois médicaux et sociaux...
- Les pathologies nosocomiales potentielles suggèrent vivement la chirurgie ambulatoire chez le vieillard...
- La sortie et le traitement antalgique doivent être organisés
- Le risque de « ré-hospitalisation » n'est significatif qu'après 85 ans

# Choix de technique d'anesthésie

- Controverse de longue durée
- Aucune différence de mortalité ou de morbidité
- Qualité de la prise en charge > type d'anesthésie
- Choix en fonction de la chirurgie, de l'état global du patient et de ses souhaits
- Néanmoins, l'absence ou la quasi absence d'effets systémiques de l'anesthésie plexique, tronculaire ou locale est un avantage

# Anesthésie générale

- Tous les anesthésiques sont utilisables.....  
mais:
  - effet renforcé
  - début d'action plus lente
  - durée d'action plus longue
- Bonnes pratiques:
  - réduction des doses
  - titration des drogues
  - monitorage de leurs effets

# Exemples...

- Propofol: effet hémodynamique majoré et retardé, titration, réduction doses et vitesse
- N<sub>2</sub>O: inotrope négatif, utiliser avec prudence
- Halogéné: délai d'action plus long, augmentation de la masse grasse ⇒ utilisation préférentielle de gaz peu liposoluble ( Desflurane ® )

# Exemples

- Curares: délai et durée d'action prolongés, monitoring
- Morphinique: allongement du délai et du pic d'action  $\Rightarrow$  réduire les doses de 50%

# Anesthésie locorégionale

- Anesthésie péridurale: bonne analgésie postopératoire, repérage de l'espace difficile, risque d'hypotension et troubles sensitivo-moteurs
- Anesthésie intrathécale: simplicité et efficacité de mise en œuvre, durée de l'analgésie postopératoire limitée, diminution du débit cardiaque, hypotension +++
- Compréhension et collaboration indispensable

# Principales complications péri-opératoires

- Surdosage en agents anesthésiques (induction ++)
- Complications respiratoires (2<sup>ème</sup> cause de mortalité)
- Instabilité cardiaque et hémodynamique
- Agitation et syndrome confusionnel (5 à 64% selon littérature)
- Escarres, fractures, luxations
- Régurgitations et inhalations
- Hypothermie
- Maladie thromboembolique

2016  
2017

# Douleur postopératoire

- Ni trop, ni trop peu...
- Morphine: titration et réduction des doses, sous oxygénothérapie
- AINS: très efficaces, mais risque de complication
- Paracétamol largement utilisé

# Douleur postopératoire

- Tramadol risque de NVPO et de confusion
- Néfopam effet d'épargne morphinique, risque de confusion, réduction de dose de deux tiers
- Protocole Xylocaine IV en chirurgie abdominale, bonne efficacité
- Place de l'ALR n'est plus à démontrer

# Réhabilitation postopératoire en 1959

« ...Chez le vieillard il faut encourager le lever et la reprise précoce des activités normales. Une alimentation à haute teneur en calories doit être également reprise précocement. Il faut encourager les exercices respiratoires et le drainage postural... »

# Protocole de Réhabilitation Rapide

## en chirurgie colique (1)

- Laparoscopie
- Agents anesthésiques à demi-vie courte
- Remplissage vasculaire limité
- Lutte contre l'hypothermie
- Fraction inspirée d'oxygène : 80 %

# Protocole de Réhabilitation Rapide en chirurgie colique (2)

- Analgésie post-opératoire par APD
- Prévention des nausées/vomissements
  - Réalimentation rapide
  - Mobilisation précoce
- Démédicalisation
- Sortie précoce

# Conclusion

- Tenir compte de la fragilité
- Evaluer la fonction rénale
- Monitorages: hémodyn., neurol., de la curarisation
- Titration
- Réhabilitation

2011  
mbeey

# Conclusion

Les problèmes spécifiques soulevés par la prise en charge anesthésique du sujet âgé témoignent de la nécessité d'une concertation multidisciplinaire entre anesthésistes, chirurgiens, gériatres et personnel soignant.

L'objectif étant d'offrir au sujet âgé des soins individualisés et de qualité avec une sécurité optimale.

« Si je l'opère, dit l'un, je le  
récuse,  
dit l'autre.

A-t-on jamais rêvé si différents  
apôtres ?

Dévoués comme personne à leurs  
patients, j'espère,

Et, pourtant, pas d'accord pour  
opérer grand-père. »

(Bussone)