

# Anesthésie du sujet âgé

Congrès d'Oncogériatrie

Pontivy le 16-03-2017

Dr Auvray L. Anesthésiste-Réa CH St Malo

Ismail Abaakil Interne Anesthésie-Réa CH St Malo





# Epidémio



- **2017:** 3% de la population française a plus de 85 ans.
- **2050:** 150 000 centenaires et plus de 5 millions de personnes de plus de 85 ans.
  
- Score **ASA souvent >3** (50% des patients de plus de 85 ans)
- Plusieurs comorbidités associées.
- Mais morbidité et mortalité péri opératoire plus influencées par l'histoire clinique que par l'âge
- **Age physiologique++**



# Mr B. 89 ans

- Adénok angle colique droit
- RA serré (gradient VG/Ao 80 mmHg)
- AC/FA
- 2 AVC ischémiques emboliques
- Néphropathie vasculaire
- Déplacement en fauteuil roulant  
Fonctions sup normales



## PATIENT RECUSE

- DC 18 mois après d'infection respiratoire
- 



Mr A. 80 ans

- Syndrome occlusif sur tumeur infranchissable de la marge anale
- Cardiopathie dilatée. FE VG 23%
- Pacemaker
- Défibrillateur implantable
- AC/FA



➤ **INTERVENTION EN URGENCE.**

- Suites post-opératoires simples
  - Retour à domicile 12 jours après
  - DC à 6 mois de métastases cérébrales
- 



# Evaluation pré opératoire

- **Consultation d'Anesthésie +/- évaluation d'oncogériatrie.**
- **Eléments intervenant dans la prise de décision:**
  - Score de Lee
  - Degré d'insuffisance respiratoire
  - Degré de dénutrition
  - Degré d'autonomie du patient
  - Fonctions cognitives
- **Information et souhait du patient concernant sa prise en charge**
- **Analyse bénéfice-risque**



# Bilans pré op

- ▶ En cancéro:
- ▶ Bilan Sg: NFS, Iono, Coag, RAI et Gr SG
- ▶ ECG
  
- ▶ ETT en fonction de l'évaluation clinique
- ▶ RP en fonction de l'évaluation clinique

Examens complémentaires guidés par la clinique



# Idéalement conditionnement pré opératoire (2 à 3 semaines avant la chirurgie)

- Optimisation des traitements, allègement thérapeutique si besoin

La tendance actuelle est de poursuivre la plupart des TTT en préop (B Bloquants, Kardégic..)

- Bilan nutritionnel

Prise en charge diététique si besoin

# Période opératoire





# Période opératoire



- ▶ Installation: Vérification des appuis, réchauffement
- ▶ Choix de la technique Anesthésique
- ▶ Pas de bénéfice Rachi/ AG
- ▶ Les complications sont plus liées à l'agression chirurgicale qu'à la technique anesthésique
- ▶ Chirurgie carcinologique AG++

# Choix des produits Anesthésiques





# Choix des produits Anesthésiques

- ▶ Pas de prémédication si possible
- ▶ Pas de benzodiazépine
- ▶ Morphinique à faible dose (Sufentanyl)
- ▶ Hypnotique à faible retentissement cardiovasculaire (Etomidate)
- ▶ Réduction des doses d'induction et d'entretien en fonction de l'âge
- ▶ Curarisation
- ▶ Monitoring de l'Anesthésie: BIS, ANI, curamètre, température.      Monitoring hémodynamique invasif si besoin.







# Trois objectifs majeurs

- Stabilité hémodynamique
  - Contrôle de la température
  - Stratégie transfusionnelle
- 



# Prise en charge de la douleur

- ▶ But: limiter les doses de morphiniques per et post opératoires.
- ▶ ALR de complément si possible pour l'analgésie post-opératoire.
- ▶ Bloc périmerveux, cathéters préperitonéaux
- ▶ Perfusion continue de xylocaïne per opératoire (analgésie, diminution de l'inflammation, reprise du transit).



# Gestion de la douleur

- ▶ Souvent mal évaluée, niveau de prise en charge insuffisant, antalgiques peu adaptés aux sujets âgés
  - ▶ Source de syndrome confusionnel
  - ▶ Ralentit la rééducation
  - ▶ Utiliser Algo plus et Dolo plus si besoin
  - ▶ Penser à détecter un globe vésical
  - ▶ Titration des morphiniques
- 



# Hypnose (en l'absence de syndrome confusionnel)

- ▶ Hypnose: possible pour les examens d'investigation pré opératoires (coloscopie, fibro)
- ▶ Hypnose conversationnelle ou formelle, d'accompagnement, au bloc opératoire
- ▶ Permet de prendre en charge les patients contre-indiqués pour l'Anesthésie pour les gestes peu invasifs



# Complications post-opératoires

- Décompensation cardiaque
- AVC
- Décompensation respiratoire
- Insuffisance rénale
- Anémie
- Dysfonctions cognitives
- Perte d'autonomie



# Facteurs de risque d'un syndrome confusionnel

- Age
  - Durée de l'Anesthésie
  - Infections post-op
  - Complications respiratoires
  - ATCD de démence
- 



# Réhabilitation post-opératoire précoce

- ▶ Correction de l'anémie (seuil transfusionnel autour de 9g/dl), de l'hypovolémie, des troubles hydro-électrolytiques
- ▶ Reprise alimentaire précoce
- ▶ Lever précoce
- ▶ Déperfusion précoce
- ▶ TTT par voie orale
- ▶ Récupération des repères habituels (orientation temporo spatiale, rythme veille-sommeil, lunettes, prothèses auditives). Confusion < 10%



# Anesthésie de plus en plus fréquente

- ▶ Peu de patients recusés
  - ▶ L'âge n'est pas l'élément déterminant
  - ▶ Anesthésie souvent bien tolérée
  - ▶ Capacité de réadaptation post-opératoire prise en compte++
  - ▶ Confusion post-op souvent présente
- 
- ▶ **Indication d'intervention à évaluer au cas par cas de façon pluridisciplinaire**

Merci pour votre attention.

