



Jeudi 16 mars 2017

***L'UCOG Bretagne présente
son 4^{ème} congrès annuel***

***CHIRURGIE CARCINOLOGIQUE
DU SUJET AGE***



ATELIER N°1 :

- **Anticipation et prise en charge du syndrome de désadaptation posturale lors d'un acte chirurgical : Présentation et cas clinique**

14h15-15h

***Dr Bérengère BEAUPLÉ
UCOG NORMANDIE
CHU CAEN***

Syndrôme de DESADAPTATION POSTURALE ou PSYCHOMOTRICE

CONTEXTE

Décrit par Pr Gaudet en 1986 en situation **POST CHUTE** puis étudié par P. Pfitzenmeyer

mais pas de publication en POST OP!!! Encore moins en cancérologie

MeSH: "Psychomotor Disorders"[Mesh] AND "Aged"[Mesh] AND "Postoperative Period"[Mesh]

Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil. 2014 Mar.

« Psychomotor disadaptation syndrome » Manckoundia P, Soungui EN, Tavernier-Vidal B, Mourey F.

Syndrôme de DESADAPTATION POSTURALE ou PSYCHOMOTRICE

DEFINITION

décompensation de la fonction posturale, **perte des automatismes** de la marche (même se retourner dans le lit) du fait de l'altération de la programmation motrice.

Se manifeste par:

- trouble de la posture: **rétropropulsion** du tronc, flexion genoux
- des signes moteurs :
 - neurologiques (akinésie, **hypertonie** réactionnelle)
 - et trouble de la marche: freezing à l'initiation (petits pas glissés, augmentation du temps bipodal)
- des signes psychologiques: **peur de la verticalisation et de la marche à la phase aiguë** (réactions de protection, agrippement, cris) ou ralentissement et anhédonie dans son aspect chronique. (souffrance morale++)

Syndrôme de DESADAPTATION POSTURALE ou PSYCHOMOTRICE

DEFINITION

- Aucune échelle diagnostique

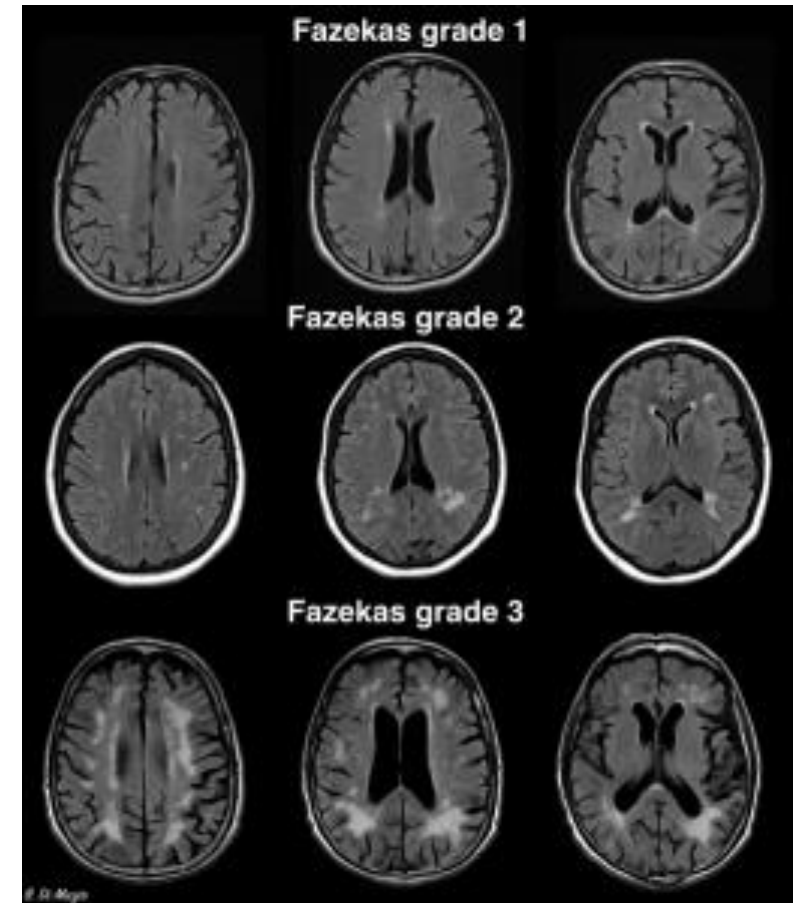


Syndrôme de DESADAPTATION POSTURALE ou PSYCHOMOTRICE

Physiopathologie

Facteur prédisposant: Altérations des systèmes sous-cortico-frontaux:

- lésions sous-corticales de la substance blanche, telles que la **leucoaraïose**, ou **lacunes** dans les ganglions de la base et le thalamus ; sont corrélées avec les troubles de la posture, de la marche et du comportement exécutif,
- ischémie et à hypoxie chronique favorisées par la fragilité circulatoire de ces **zones vasculaires très périphériques**, sensibles à l'hypoperfusion cérébrale.



Syndrôme de DESADAPTATION POSTURALE ou PSYCHOMOTRICE

Physiopathologie

Facteurs précipitants:

- Fonctionnels: la chute, ou **l'alitement**
- Organiques: **l'hyperthermie, la déshydratation, hypoglycémie, l'hypotension artérielle** notamment orthostatique ainsi que toutes les causes **d'hypoxie ou de diminution du débit cardiaque** (arythmie ou insuffisance cardiaque, ou l'anémie); qui aggravent la réduction du débit sanguin cérébral.
- **Iatrogène**: certains médicaments sédatifs tels que les benzodiazépines de demi vie longue, les antipsychotiques et les antalgiques centraux peuvent précipiter la survenue du SDPM.

Syndrôme de DESADAPTATION POSTURALE ou PSYCHOMOTRICE

Diagnostics différentiels 1/3

- la maladie de **Parkinson** qui partage avec le SDPM le *freezing* (marche à petits pas glissés avec augmentation du temps d'appui bipodal), l'akinésie, l'hypertonie, ralentissement idéatoire et quelquefois la rétropulsion. Cependant:
 - **akinésie principalement axiale dans le SDPM**, alors qu'elle est généralisée dans la MP.
 - **hypertonie oppositionnelle dans le SDPM** tandis qu'elle est plastique et en « tuyau de plomb » dans la MP.
 - **tremblement de repos** dans la MP, **absent dans le SDPM** ;
- les **démences sous-corticales** : difficile à différencier en période post-opératoire, si survient un **syndrome confusionnel surajouté** gênant l'évaluation cognitive, ou en cas de bradypsychie observée dans la forme chronique du SDPM. Il est donc indispensable de **répéter l'évaluation cognitive ; Interroger sur la présence de symptômes antérieurs à l'hospitalisation.**

Syndrôme de DESADAPTATION POSTURALE ou PSYCHOMOTRICE

Diagnostics différentiels 2/3

- **l'hydrocéphalie à pression normale** comprenant troubles de la marche, ralentissement psychomoteur . Mais **absence de troubles sphinctériens et élargissement du polygone de sustentation dans le SDPM**
- **Syndrome de glissement:** induit aussi un état de grabatisation rapide,
 - mais avec une **indifférence, apathie, absence d'affects, mutisme**, régression (refus alimentaire, faire manger, troubles de la continence)
 - s'installe après un intervalle libre succédant à une pathologie aiguë dont il ne subsiste plus de signes cliniques ou biologiques.
- **Douleur: la patient peut dire ne pas avoir de douleur, mais en hétéroévaluation, échelles positives! Peut être associée!!!**

Syndrôme de DESADAPTATION POSTURALE ou PSYCHOMOTRICE

Diagnostics différentiels 3/3

Échelle ECPA

I - OBSERVATION AVANT LES SOINS

1/ EXPRESSION DU VISAGE : REGARD ET MIMIQUE

Visage détendu	0
Visage soucieux	1
Le sujet grimace de temps en temps	2
Regard effrayé et/ou visage crispé	3
Expression complètement figée	4

2/ POSITION SPONTANÉE au repos (recherche d'une attitude ou position antalgique)

Aucune position antalgique	0
Le sujet évite une position	1
Le sujet choisit une position antalgique	2
Le sujet recherche sans succès une position antalgique	3
Le sujet reste immobile comme cloué par la douleur	4

3/ MOUVEMENTS (OU MOBILITÉ) DU PATIENT (hors et/ou dans le lit)

Le sujet bouge ou ne bouge pas comme d'habitude*	0
Le sujet bouge comme d'habitude* mais évite certains mouvements	1
Lenteur, rareté des mouvements contrairement à son habitude*	2
Immobilité contrairement à son habitude*	3
Absence de mouvement** ou forte agitation contrairement à son habitude*	4

* se référer au(x) jour(s) précédent(s) ** ou prostration

N.B. : les états végétatifs correspondent à des patients ne pouvant être évalués par cette échelle

4/ RELATION À AUTRUI

Il s'agit de toute relation, quel qu'en soit le type : regard, geste, expression...	
Même type de contact que d'habitude*	0
Contact plus difficile à établir que d'habitude*	1
Évite la relation contrairement à l'habitude*	2
Absence de tout contact contrairement à l'habitude*	3
Indifférence totale contrairement à l'habitude*	4

* se référer au(x) jour(s) précédent(s)

Au lit: RAS

Au fauteuil: tout change

Syndrôme de DESADAPTATION POSTURALE ou PSYCHOMOTRICE

Diagnostics différentiels 3/3

II - OBSERVATION PENDANT LES SOINS

5/ Anticipation ANXIEUSE aux soins

Le sujet ne montre pas d'anxiété	0
Angoisse du regard, impression de peur	1
Sujet agité	2
Sujet agressif	3
Cris, soupirs, gémissements	4

6/ Réactions pendant la MOBILISATION

Le sujet se laisse mobiliser ou se mobilise sans y accorder une attention particulière	0
Le sujet a un regard attentif et semble craindre la mobilisation et les soins	1
Le sujet retient de la main ou guide les gestes lors de la mobilisation ou des soins	2
Le sujet adopte une position antalgique lors de la mobilisation ou des soins	3
Le sujet s'oppose à la mobilisation ou aux soins	4

7/ Réactions pendant les SOINS des ZONES DOULOUREUSES

Aucune réaction pendant les soins	0
Réaction pendant les soins, sans plus	1
Réaction au TOUCHER des zones douloureuses	2
Réaction à l'EFFLEUREMENT des zones douloureuses	3
L'approche des zones est impossible	4

8/ PLAINTES exprimées PENDANT le soin

Le sujet ne se plaint pas	0
Le sujet se plaint si le soignant s'adresse à lui	1
Le sujet se plaint dès la présence du soignant	2
Le sujet gémit ou pleure silencieusement de façon spontanée	3
Le sujet crie ou se plaint violemment de façon spontanée	4

Probablement RAS
pendant les soins au
lit, mais **si tentative
de lever pour la
toilette ou séance de
kiné: tout change**

Syndrôme de DESADAPTATION POSTURALE ou PSYCHOMOTRICE

Conséquences : liées à l'immobilisation

- Escarres,
- RAU,
- pnp inhalation,
- MTEV
- Sarcopénie, chutes
- dépression
- Grabatisation définitive
- Entrée en institution

Est-ce une *complication post-opératoire carcinologique* chez les personnes âgées?

The screenshot shows a PubMed search results page. The search query is: "Frail Elderly"[Mesh] AND "Postoperative Complications"[Mesh] AND "Neoplasms"[Mesh]. The page displays search filters, article types, and navigation options. The search results are sorted by Most Recent, and there are 31 items in total. The page is currently on page 1 of 2.

Classification Clavien –Dindo relevé à 30 jours



- Respiratory
- Cardiac failure
- Renal failure
- Generalized sepsis
- Stroke/Neurological problem
- Hemorrhage and bleeding
- Nutritional problems
- Other organ failure
- Wound infection/dehiscence
- Thromboembolic problems
- Hepatic failure
- Urinary retention
- Anastomotic failure
- Peripheral ischemia
- Endocrine failure
- Pressure sores
- Analgesic problems
- Others ?

Classification Clavien-Dindo

Grade	Définition
<i>Grade I</i>	Toute variation par rapport aux suites opératoires normales ne nécessitant pas de traitement pharmacologique, ni d'interventions radiologique, endoscopique, ou chirurgicale (autorise les thérapeutiques suivantes : antalgiques, anti-émétiques, diurétiques, antipyrétiques, électrolytes, physiothérapie, incision d'un abcès de paroi au lit du malade)
<i>Grade II</i>	Nécessitant un traitement pharmacologique autre que ceux mentionnés pour les complications de grade I. Inclut les transfusions sanguines et la nutrition parentérale totale
<i>Grade III</i>	Nécessitant une intervention chirurgicale, endoscopique ou radiologique
<i>Grade III a</i>	Intervention ne nécessitant pas une anesthésie générale
<i>Grade III b</i>	Intervention nécessitant une anesthésie générale
<i>Grade IV</i>	Complication mettant en jeu le pronostic vital et nécessitant une prise en charge en soins intensifs
<i>Grade IV a</i>	Défaillance d'un organe
<i>Grade IV b</i>	Défaillance multi-organe
<i>Grade V</i>	Décès du patient



Est-ce qu'elle contribue à la *durée d'hospitalisation prolongée* chez les personnes âgées?

- IADL, la fatigue, le TUG et le PS préopératoire prédisent de façon indépendante la morbidité à 30 jours **et l'hospitalisation prolongée chez les personnes âgées**

Hodigere SJ Ramesh, et al. Risk assessment for cancer surgery in elderly patients. Clin Interv Aging. 2006 Sep; 1(3): 221–227.

- **Plutôt attribuée à la survenue d'un Syndrome confusionnel aigu**

(lien avec les anticholinergiques, le statut cognitif pré-opératoire et ADL altéré, chirurgie majeur vs mineur, ASA III-IV, le TUG préopératoire >20sec, les troubles du sommeil pré-opératoire notamment le SAOS ...)

allonge la durée d'hospitalisation et le risque d'institutionnalisation

Hempenius L. Long Term Outcomes of a Geriatric Liaison Intervention in Frail Elderly Cancer Patients. PLoS One. 2016 Feb 22;11(2):e0143364

- dépend aussi de la disponibilité d'aval et l'acceptabilité en SSR!

Syndrôme de DESADAPTATION POSTURALE ou PSYCHOMOTRICE

Prévention

1/ Identifier les facteurs de risque en pré-op:

- IRM cérébrale?
- Dépister lors de l'Evaluation oncoG les troubles:
 - **cognitifs mais surtout dysexecutifs!!** (BREF en plus du MMS, ou MOCA),
 - **thymiques surtout anxieux**: HADS plutôt que GDS?),
 - **de la marche** (GUG, TUG)
- Prévention infectieuse et de l'hypoxie: kiné respi, Vaccination antipneumococcique, correction d'une anémie, carence martiale (perf fer veineux)

The Get-up early test, elaboration process of a new screening tool for psychomotor

disadaptation syndrome. Cremer G. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil.* 2012 Jun;10(2):165-73

TUG>20 sec est associé à la survenue de complication majeure (OR 3.1); de meme que l'ASA ≥ 3 (OR 2.8)

NRS impaired (nutrition) (OR 3.3). Huisman MG. *Screening for predictors of adverse outcome in onco-geriatric surgical patients: A multicenter prospective cohort study.. Eur J Surg Oncol.* 2015 Jul;41(7):844-51.

Syndrôme de DESADAPTATION POSTURALE ou PSYCHOMOTRICE

Prévention

1/ Pré-op: Préhabilitation physique avec kinésithérapie et renutrition

2/ Post-op: éviter l'IMMOBILISATION prolongée,

- Gestion des troubles métaboliques, anémie, pneumopathie
- Antalgie (anesth péridurale thoracique)
- Transfusion si nécessaire
- Kiné réspi et mobilisatrice
- Eviter barrières, lever précoce avec bas de contention
- Eviter les fausses routes alimentaires



Syndrôme de DESADAPTATION POSTURALE ou PSYCHOMOTRICE

Prise en charge = **URGENCE GERIATRIQUE PLURIPROFESSIONNELLE**

1/ Médecin: PEC des facteurs aigus favorisant métaboliques, cardiovasculaires et iatrogènes

2/ Réadaptation psychomotrice par :

➤ **Psychomotricien ou psychologue** (anxiété)

➤ **Ergothérapeute : matériel pour transferts**

➤ Adaptation de la hauteur du siège (et WC)

➤ Éviter potence de lit = barre latérale de redressement ; Guidon de transfert

➤ **IDE et aide soignante:** Rendre le patient acteur de ses mouvements: ne pas le porter !



Syndrôme de DESADAPTATION POSTURALE ou PSYCHOMOTRICE

Prise en charge = URGENCE GERIATRIQUE PLURIPROFESSIONNELLE

2/ Réadaptation psychomotrice par :

- **kinesithérapeute** : renfort musculaire abdominal et latéralisation au lit, avant le passage à la position assise puis verticale

<http://www.ezygain.com/>

<https://www.youtube.com/watch?v=Fk12X>

