

Le syndrome confusionnel Post-opératoire

Professeur A. GENTRIC
Service de gériatrie CHU Brest
EA 4686 UBO Brest
Pontivy – 16 mars 2017

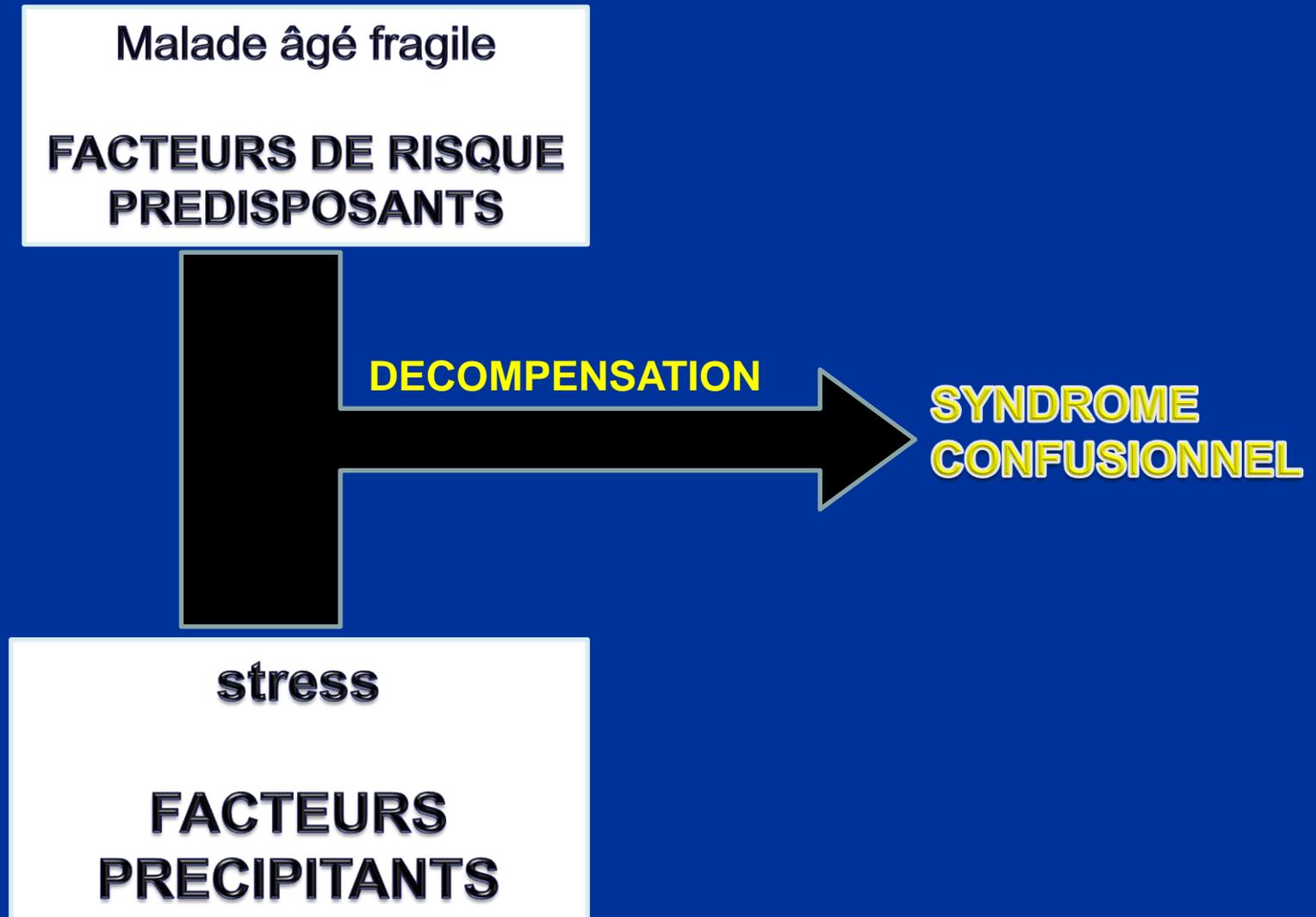
Complications de l'hospitalisation des malades âgés fragiles: Les Syndromes Gériatriques

- Chutes / syndrome post-chute
 - Immobilisation
 - Dénutrition
 - Dépression
 - Syndrome de glissement
 - Incontinence
 - Syndrome confusionnel
- Perte d'autonomie
 - Déclin fonctionnel et/ou cognitif
 - Décès
-
- The diagram consists of two columns of text. The left column lists seven geriatric syndromes: Chutes / syndrome post-chute, Immobilisation, Dénutrition, Dépression, Syndrome de glissement, Incontinence, and Syndrome confusionnel. The right column lists three outcomes: Perte d'autonomie, Déclin fonctionnel et/ou cognitif, and Décès. Yellow lines connect the syndromes to the outcomes: 'Chutes / syndrome post-chute' connects to 'Perte d'autonomie'; 'Immobilisation', 'Dénutrition', and 'Dépression' all connect to 'Déclin fonctionnel et/ou cognitif'; 'Syndrome de glissement' and 'Incontinence' both connect to 'Perte d'autonomie'; and 'Syndrome confusionnel' connects to 'Décès'. The 'Syndrome confusionnel' text is enclosed in a white rectangular box with a black border.

(BMC Geriatrics ; 2016 ; 16 : 157-169)

SYNDROME CONFUSIONNEL

Modèle de syndrome gériatrique



Syndrome confusionnel (delirium)

Modification aiguë et fluctuante du fonctionnement cognitif avec troubles de la vigilance et changements de comportement

- Forme hyperactive
- Forme hypoactive
- Forme mixte

Critères diagnostiques (DSM V) (2013)

- A Perturbation de l'attention et de la conscience(par rapport à son environnement)
- B Installation en un temps court, changement aigu par rapport à l'état antérieur, évolution fluctuante au cours de la journée
- C Modification du fonctionnement cognitif (mémoire, orientation, langage, capacités visuo-spatiales, perception)
- D Les critères A et C ne sont pas mieux expliqués par un trouble neuro-cognitif préexistant stabilisé ou en évolution et ne surviennent pas dans un contexte de coma
- E Perturbation due à
 - Une affection médicale générale
 - Un effet secondaire médicamenteux(iatrogénie)
 - Un sevrage
 - De multiples facteurs

Incidence en cours d'hospitalisation

- **Médecine: 15 à 42 %**
- **Chirurgie :16 à 62 % (moyenne 36.8%)**
 - *vasculaire 10 – 54 %*
 - *orthopédique 9 – 15 %*
 - *traumatologique 43-62%*
 - *abdominale 5 – 26 %*

(Can Ger J 2016;19:113-126)

- **USI:80%**
- **Sous diagnostic :28 à 66%(forme hypoactive)**

Outil de dépistage précoce :

CAM (Confusion Assessment Method) : 1 + 2 + 3 ou 4

(Ann Int Med 1990 ; 113 : 941 – 948)

(JAGS 2008 ; 56 : 823 – 830)

(Perspect Infirm 2005 ; 3 : 12 – 20)

- Simple, rapide (< 5') Médecins, infirmières,
- VPP : 93 à 100% VPN 95 %
- Non validé chez le malade dément

1 – DEBUT BRUTAL

- Changement soudain de l' état cognitif / état antérieur

2 – TROUBLE DE L' ATTENTION

- Difficultés à maintenir l' attention (facilement distrait Difficultés à se rappeler les informations qui viennent d' être dites)
- Si oui, comportement fluctuant ?

3 – DESORGANISATION DE LA PENSEE

- Pensée désorganisée ou incohérente (parle sans arrêt, propos inappropriés ou décousus, passe d' un sujet à l' autre ...)

4 – ALTERATION DE L' ETAT DE CONSCIENCE

- Hypervigilant (hypersensible à l' environnement)
- Léthargique (sommolence, se réveille facilement)
- Stuporeux (difficile à réveiller)

Deux mécanismes physio-pathologiques de délirium

-Lésion cérébrale directe **Direct brain injury**

Hypoxie, anomalies métaboliques, AVC, médicaments

+++-Réponse inadaptée au stress **Aberrant stress response**

**LIBERATION EXAGEREE DE NEUROMEDIATEURS DE L INFLAMMATION
(INTERLEUKINES) ET DU STRESS (CORTISOL)**

(Age and Ageing 2013 ; 42 : 667-674)

Syndrome confusionnel post opératoire

Malade âgé fragile

Facteurs de risque prédisposants

↳ Décompensation aiguë

➔ **Syndrome confusionnel**

Facteurs de stress précipitants

- Hospitalisation
- Facteurs per opératoires
- +++ - Facteurs postopératoires (pathologie aiguë et / ou iatrogénie et/ou inadaption du processus de soin à un malade âgé fragile)

(Minerva Anesthesiol 2013;79:1066-1076)

⇒ **Facteurs prédisposants** (*Minerva Anesthesiol 2013;79:1066-1076*)

Age >80ans	OR:5.2
Comorbidités(BPCO)	OR : 3.8
Déficit cognitif+++	OR :5-11
Déficiences visuelle	OR : 1.7
Déficiences auditive	OR : 1.9
Dépression	OR : 1.9
Dénutrition (alb < 30 g/l)	OR : 4
Dépendance(1 ADL)	OR : 2.5

Facteurs précipitants per-opératoires

- Prémédication par benzodiazépines
- Intervention à haut niveau de stress(chirurgie cardio-vasculaire, fracture de hanche)
- Instabilité hémodynamique/hypocapnie/hypoperfusion cérébrale
- Anémie sévère(transfusion > 800ml)

Facteurs précipitants postopératoires

Pathologies ou iatrogénie

Douleur Douleur postopératoire RR : 9 (1.8-45.2)
Morphine < 10mg RR : 5.4

Médicaments Sevrage (benzodiazépines)
Adjonction

- Sédatifs (RR : 3 – 11.7) (Benzodiazépines +++)
- Psychotropes (RR 3.9)
- Anti-cholinergiques (RR : 4.5 – 11.7)
- Antalgiques
 - Palier 2 (Codéine, Tramadol)
 - Morphine (fortes doses, IV vs p.o. x3)

(Brit Med J Anesth 2007 ; 99 : 775-86)

Globe vésical, fécalome

Trouble métabolique (hyponatrémie, déshydratation) , Infection , Insuffisance cardiaque
Infarctus du myocarde , Embolie pulmonaire
(Mayo Clin Prov 2009 ; 84 : 91 – 92)

40 à 88% : aucun facteur précipitant « médical »
(Ann Surg 2009 ; 249 : 173 – 178)

Facteurs précipitants liés à l'inadaptation du processus de soins au malade âgé fragile

(Dement Geriatr Cogn Disorder 1999 ; 10 : 393 – 400)

- +++ – Contention : RR : 4.4
- Sonde urinaire à demeure (actes « agressifs »):RR : 2.4
- Immobilisation (chaque jour augmente le risque de confusion de 72 %)
- Perturbations du sommeil
- Désafférentation sensorielle
- Absence de repères spatio-temporaux

Traitement du syndrome confusionnel

Recommandations HAS 2009 (accord professionnel)

- Traitement des facteurs déclenchants
- Mesures non médicamenteuses
(éviter l'isolement, mobiliser, présence famille, éviter actes invasifs et contention physique +++)
- Traitement médicamenteux : aucun n'a l'AMM

Indications:

Symptômes comportementaux sévères (agitation, anxiété)

- provoquant une souffrance significative
- mettant en danger le patient ou autrui
- empêchant des traitements ou des examens indispensables à la prise en charge

Anxiété prédominantes : Benzodiazépine (Oxazepam, Alprazolam, Lorazepam)

Troubles productifs : Antipsychotique adapté au profil du patient

(dose faible, forme buvable ou orodispersible, durée maximum 24 à 48h)

Syndrome confusionnel postopératoire

- Fréquent
- Grave : mortalité, morbidité, entrée en institution à 6 mois x 2 à 3, déclin fonctionnel et cognitif x 2
- Facteurs prédisposants connus
- Pas de traitement curatif validé



Prévention

Prévention médicamenteuse du syndrome confusionnel postopératoire (JAGS 2016 ; 64 : 705 – 714)

Antipsychotiques

7 études randomisées (1999 → 2015)

1970 patients âges moyens : 61 à 87 ans

- HALOPERIDOL : 4 études (3 IV, 1 PO)
- RISPERDONE : 2
- OLANZAPINE : 1

- Doses : 1 à 7.5mgs équivalent HALOPERIDOL

- Chirurgie cardiaque : 2 études
- Chirurgie orthopédique : 3
- Chirurgie abdominale : 2

Pas de diminution de l'incidence du syndrome confusionnel postopératoire

OR = 0.56 [0.23 – 1.34]

Autres traitements médicamenteux

(Can Ger J 2016 ; 19 : 113 – 126)

→ Inhibiteurs de la cholinestérase

5 études (3 DONEPEZIL – 2 RIVASTIGMINE vs placebo) : négatives

→ Corticoïdes (1 étude) : négative

→ Statines (1 étude observationnelle) : négative

→ Benzodiazépines (1 étude en oncochirurgie – estomac / colon)

Age moyen 84 ans: DIAZEPAM IM + FLUNITRAZEPAM IV + PETHIDINE IV / placebo

Incidence SC : 5% vs 35% (mais « léthargie matinale »!!!!)

→ Gabapentine : 1 étude

→ Mélatonine : 1 étude négative, 1 étude positive

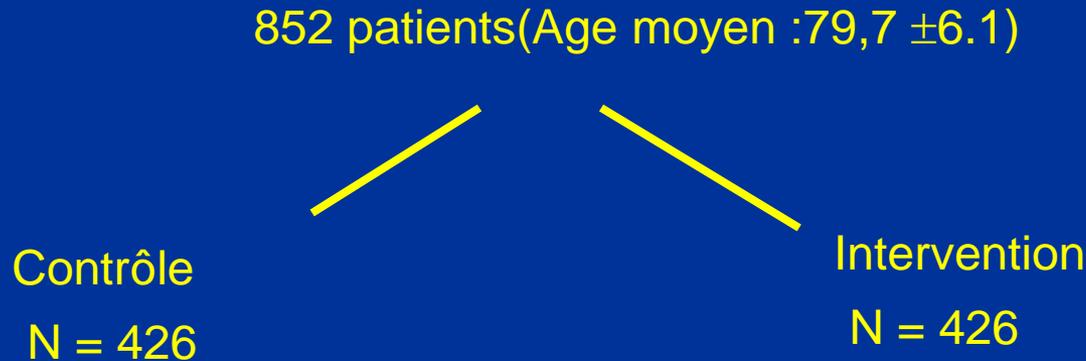
Intervention préventive multifactorielle non médicamenteuse

- Prise en compte des facteurs prédisposants
- Eviction des facteurs précipitants liés au processus de soin

Médecine

(*N Engl J Med* 1999 ; 340 : 669 – 676)

- **Patients ≥ 70 ans à risque**
- **1 «unité» intervention / 2 «unités» contrôle**



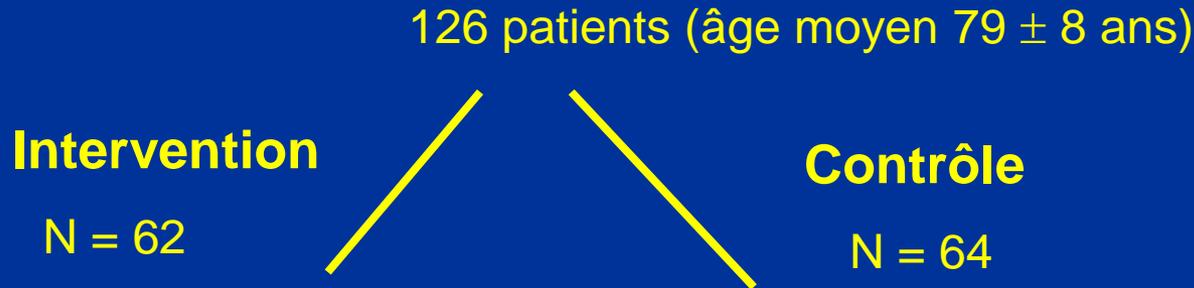
Facteurs de risque	Intervention(protocolo HELP)
Déficit cognitif MMS < 20 Score d'orientation < 8	Protocole d'orientation (3 fois/jour) Activités de stimulation cognitive (discussion ... 3 fois/jour)
Déficit visuel	Aides visuelles, lunettes
Déficit auditif	Techniques de communication, prothèses
Déshydratation	Diagnostic précoce, réhydratation
Perturbations du sommeil	Le soir : boissons chaudes, musique, massages, ↘ bruit, adaptations horaires traitements
Immobilisation	Mobilisation 3 fois/jour Eviction SAD, contentions

Résultats

	Intervention <i>N = 426</i>	Contrôle <i>N = 426</i>	
Nombre de patients confus (%)	42 (9.9 %)	64 (15 %)	OR : 0.6 (0.39 – 0.92)
Nombre de patients déments confus (%)	22/128 (17 %)	40/125 (32 %)	
Sévérité confusion	3.85 ± 1.27	3.52 ± 1.44	NS
Récurrence confusion (≥ 2 épisodes)	13/42	17/64	NS

Chirurgie : fracture de hanche

(JAGS 2001 ; 49 : 516 – 522)



- **Consultation** pré-op. (61 %) ou dans les 24 h. post-opératoires
- **Recommandations**
 - . O₂
 - . Electrolytes
 - . Nutrition
 - . Douleur
 - . Traitements inutiles
 - . Transit
 - . Mobilisation précoce
 - . Réafférentation (5 % des patients)
- **Suivi gériatrique journalier**

Résultats

	Intervention	Contrôle	
Nombre de patients confus (%)	20/62 (32 %)	32/64 (50 %)	OR 0,64 (↘ 36 %) (0,37 – 0,48)
Patients déments	13/50 (62 %)	20/60 (69 %)	NS

Prévention non médicamenteuse du syndrome confusionnel

(Age and aging 2015 ; 44 : 196 – 204)

•1^{ère} métaanalyse

7 études randomisées 1619 patients

- Chirurgie de fracture de hanche : 3 études (24 à 40% de patients déments)
- Service de médecine 2
- Soins intensifs cardiologiques 1
- Réanimation 1
- Diagnostic du syndrome confusionnel : CAM

- Diminution significative de l'incidence du syndrome confusionnel**
- RR =0.73 (0.63-0.72)**

Syndrome confusionnel post-opératoire

- Fréquent – Urgence gériatrique – Mauvais pronostic
- Pas de traitement curatif
- Possibilité d' une prévention non médicamenteuse
Evaluation gérontologique pré-opératoire → fragilité (troubles cognitifs +++)

+++ Adaptation du processus de soins (formation des soignants)

« Delirium : a symptom of how hospital care is failing older persons »
(*Am J Med* 1999 ; 106 : 565 – 576)

- Collaboration chirurgien / anesthésiste / gériatre
- Suivi prolongé des patients qui ont présenté un syndrome confusionnel