

Avertissement: Notes prises au vol, erreurs possibles, prudence...

Mardi 4 novembre 2014

Hôpital cantonal de Genève

Bilan préopératoire du sujet âgé: existe-t-il une routine?

Dr E. Schiffer

Quelques patients prétextes pour mieux centrer le discours...

cas 1 - Une femme de 84 ans, avec une insuffisance cardiaque traitée et compensée, une fibrillation auriculaire (FA) anticoagulée au long cours va se faire opérer de la cataracte....quels examens programmer?

99,5% des patients vont avoir une anesthésie topique pour une opération de la cataracte (cf gtttes ophtalmiques).

Dans ce contexte l'article ci dessous du NEJM en 2000 réponds à la question...

«The Value of Routine Preoperative Medical Testing before Cataract Surgery»

Oliver D. Schein, N Engl J Med 2000; 342:168-175...c'est à dire qu'avec ou sans examen médical préop. la mortalité et les complications sont les mêmes.

Ceci est confirmé par une métaanalyse de 57 études (Routine preoperative medical testing for cataract surgery. [Keay L, Cochrane Database Syst Rev. 2012 Mar 14;3:](#) qui conclut que les examens de routine avant une opération de cataracte n'affecte ni les complications, ni la mortalité...

Donc avant une opération de cataracte on ne fait rien...(et on se demande pourquoi l'on continue à recevoir des questionnaires des ophtalmo. demandant ECG, RX thorax, Quick, Plaquettes, Créat...etc...)...et on continue les anticoagulants...

cas 2 - L'autre patient, homme de 75 ans, va subir une chirurgie colorectale, et présente un COPD (chronic obstructive pulmonary disease), une HTA (hypertension artérielle), et une FA chronique anticoagulée au Sintron, au long cours...

On nous rappelle le score ASA (American society of Anesthesiologists) pour évaluer l'état de santé du patient...avant l'intervention et on voit tout d'abord que l'âge n'y est pas un critère de gravité---

Classification du de l'état de santé du patient

Score	État de santé du patient
1	Patient sain, en bonne santé, c'est-à-dire sans atteinte organique, physiologique, biochimique ou psychique.
2	Maladie systémique légère, patient présentant une atteinte modérée d'une grande fonction, par exemple : légère hypertension, anémie, bronchite chronique légère.
3	Maladie systémique sévère ou invalidante, patient présentant une atteinte sévère d'une grande fonction qui n'entraîne pas d'incapacité, par exemple: angine de poitrine modérée, diabète, hypertension grave, décompensation cardiaque débutante.
4	Patient présentant une atteinte sévère d'une grande fonction, invalidante, et qui met en jeu le pronostic vital, par exemple : angine de poitrine au repos, insuffisance systémique prononcée (pulmonaire, rénale, hépatique, cardiaque...)
5	Patient moribond dont l'espérance de vie ne dépasse pas 24 heures, sans intervention chirurgicale. («Patient moribond dont la survie est improbable sans l'intervention»: source SFAR)
6	Patient en état de mort cérébrale, candidat potentiel au don d'organes (selon critères spécifiques)

Plus le score ASA est élevé, plus le risque de mortalité per/postop. l'est aussi, tout comme les infections postop.

Il existe un autre score, le score de POSSUM (Physiologic and Operative Severity Score for the enUmeration of Mortality and Morbidity)

qui tient compte de l'âge, de la clinique, de certains examens paracliniques et du type d'intervention...

Table I. POSSUM (Physiologic and Operative Severity Score for the enUmeration of Mortality and Morbidity)

<i>Physiological score</i>	<i>Surgical score</i>
Age	Multiple procedures
Glasgow	Total loss of blood
Respiratory symptomatology	Neoplastic process
Signs of cardiac insufficiency	Type of surgery
Urea	Peritoneal soiling
Pulse (ppm)	
Hb (g/l)	
Total leukocyte count	
ECG	
Potassium (mEq/l)	
Sodium (mEq/l)	
Systolic blood pressure	

Scorable items for each of the Score types (physiological and surgical) of the Possum system

Ce score permet avec une formule un peu compliquée de prédire morbidité et mortalité postop.

Dans ce score, l'importance des interventions est classée selon la classification ci-dessous...

Chirurgie moyenne :cholécystectomie, appendicectomie, mastectomie, RTU prostate

Chirurgie majeure :toute laparotomie, résection du tube digestif, cholécystectomie avec cholédochotomie, chirurgie vasculaire périphérique ou amputation majeure

Chirurgie majeure + :toutes interventions sur l'aorte, amputation abdominopérinéale, résection pancréatique ou hépatique, oesophago-gastrectomie

Il y a finalement le score ARISCAT, essentiellement pour les complications pulmonaires...

Risk for PPC of Variables Selected for the Logistic Regression Model			
	Multivariate Analysis	β Coefficients	Risk Score§
OR (95% CI)			
N = 1624			
Age (yr)			
≤ 50	1		
51 – 80	1.4 (0.6 - 3.3)	0.331	3
> 80	5.1 (1.9 - 13.3)	1.619	16
Preoperative SpO₂, %			
≥ 96	1		
91 – 95	2.2 (1.2 - 4.2)	0.802	8
≤ 90	10.7 (4.1 - 28.1)	2.375	24
Respiratory infection in the last month	5.5 (2.6 - 11.5)	1.698	17
Preoperative anemia (≤ 10 g/dL)	3.0 (1.4 - 6.5)	1.105	11
Surgical incision			
Peripheral	1		
Upper abdominal	4.4 (2.3 - 8.5)	1.480	15
Intrathoracic	11.4 (4.9 - 26.0)	2.431	24
Duration of surgery, h			
≤ 2	1		
> 2 to 3	4.9 (2.4 - 10.1)	1.593	16
> 3	9.7 (4.7 - 19.9)	2.268	23
Emergency procedure	2.2 (1.04 - 4.5)	0.768	8
Abbreviations: CI, confidence interval; OR, odds ratio; SpO ₂ , oxyhemoglobin saturation by pulse oximetry breathing air in supine position			

Donc avec tout ça on voit que pour notre patient, l'anamnèse et un examen clinique de base est justifié avec un labo assez basique (cf score POSSUM); plutôt que l'ECG de routine, ce sont plutôt les facteurs de risque cardiovasculaire qu'il faut rechercher (FRCV), une coronaropathie ou des troubles du rythme.

Si le patient est asymptomatique, une RX du thorax n'est probablement pas nécessaire, sauf en cas d'affection respiratoire ou cardiaque aiguë, ou dans une situation oncologique où l'on veut exclure un processus expansif p.ex.

La plupart des traitements seront maintenus, sauf l'aspirine en prévention primaire qui devrait être arrêtée. Si l'aspirine est donnée en prévention secondaire. on la maintiendra.

Pour les anticoagulants (AVK antivitamine K, ou NACO: nouveaux anticoagulants oraux) en règle générale on les interrompra 48 hres avant l'intervention, on fera un relais avec les HBPM (héparine a bas poids moléculaire) jusqu'à 24 hres avant l'intervention.

Cas 3 - le patient va subir une chirurgie majeure car il va avoir une prothèse totale du genou (PTG) alors qu'il a 78 ans, qu'il a un diabète, une HTA, une hypercholestérolémie, et qu'il fume...Il présente un angor stable et un état anxio-dépressif traité.

Donc là aussi il y a des scores et des algorithmes qui permettent de s'y retrouver...

Un algorithme AHA (American Heart Association) à double entrée évalue l'état du patient d'un côté et le stress chirurgical de l'autre...

Il y le score de Gupta qui estime le risque peropératoire d'infarctus ou d'arrêt cardiaque...en se basant sur l'âge, la créatinine, le score ASA, l'état d'autonomie préopératoire, et le type d'intervention chirurgicale.

Pour l'autonomie, il y a le score de Karnofsky où 100% c'est parfait, et 0% c'est mort (!)

Indice de Karnofsky

- 100% Normal, aucun signe fonctionnel : aucun signe de maladie.
- 90% Capable d'avoir une activité normale : signes ou symptômes de maladies minimes.
- 80% Activité normale mais au prix d'efforts : quelques signes ou symptômes de maladie.
- 70% Capable de se prendre en charge mais incapable d'avoir une activité normale ou de travailler.
- 60% Nécessite une aide temporaire mais capable de subvenir à la majorité de ses besoins personnels.
- 50% Nécessite une aide temporaire et des soins médicaux fréquents.

40% Diminué : nécessite des soins spéciaux et une assistance.

30% Très diminué : hospitalisation indiquée même si le pronostic vital n'est pas immédiatement engagé.

20% Etat grave : hospitalisation et soins complémentaires nécessaires.

10% Moribond.

0% Décédé.

Ou encore le score de Zubrod, en 5 points ou 0 c'est la forme...et 5 c'est la mort...

ZUBROD score:

- 0 – Asymptomatic (Fully active, able to carry on all predisease activities without restriction)
- 1 – Symptomatic but completely ambulatory (Restricted in physically strenuous activity but ambulatory and able to carry out work of a light or sedentary nature. For example, light housework, office work)
- 2 – Symptomatic, <50% in bed during the day (Ambulatory and capable of all self care but unable to carry out any work activities. Up and about more than 50% of waking hours)
- 3 – Symptomatic, >50% in bed, but not bedbound (Capable of only limited self-care, confined to bed or chair 50% or more of waking hours)
- 4 – Bedbound (Completely disabled. Cannot carry on any self-care. Totally confined to bed or chair)
- 5 – Death

L'échocardiographie préopératoire n'améliore ni la morbidité ni la mortalité périopératoire, sauf en cas de valvulopathie ou d'HTAP (Hypertension artérielle pulmonaire).

Même pour ce qui est de l'arrêt du tabac, c'est intéressant pour le patient s'il s'y décide au moins 6 semaines avant l'intervention, sinon on dit même que ça peut augmenter dans un 1^{er} temps l'hyperréactivité bronchique...

Le plus important, c'est finalement le questionnaire remis au patient que celui-ci peut remplir seul, avec sa famille ou avec son médecin.

L'information du patient sur les risques, par ex. les nausées (fréquentes 10%), les lésions dentaires (lors de l'intubation), les lésions nerveuses (lors de blocs loco-régionaux), et l'extubation impossible pour anoxie (habituellement chez les patients pulmonaires chroniques...).

Il faudrait pouvoir comparer les risques de l'anesthésie au risque de la vie courante... il y avait une jolie diapo sur le sujet que je n'ai pas réussi à repêcher sur le Net... dommage...

Donc on retiendra que d'abord pour les cataractes on ne fait rien...qu'un bilan de routine n'existe pas, que c'est surtout l'anamnèse qui va nous guider vers des examens ciblés, et qu'il existe des scores ad hoc, en particulier pour stratifier les risques cardiaques et pulmonaires...qu'ensuite la plupart du temps les patients peuvent continuer leurs médicaments, que le risque anesthésique est faible, et qu'il est capital de bien en informer le patient.



Compte-rendu du Dr Eric Bierens de Haan
transmis par le laboratoire MGD

ericbdh@bluewin.ch
colloque@labomgd.ch