

HUG: Hôpital cantonal de Genève

mardi 3 mai 2022

[Fracture de hanche: le choix du type d'anesthésie influence-t-il la survenue des états confusionnels postopératoires?](#)

Dr Jean-Luc Waeber

L'incidence en Chine du délirium postopératoire à J3 post-opération est de 11 à 23%.
En comparaison l'étude REGAIN (US+Canada) trouve une incidence à J60 de 20%.

Le délirium postopératoire augmente la morbidité et la mortalité.

Des facteurs de risque sont identifiés: âge, fragilité, état cognitif, co-morbidité, urgence de la chirurgie, psychotropes, anesthésie, opiacés...

Dans le contexte d'une anesthésie générale (AG) pour une fracture de hanche, l'association avec le delirium postopératoire à un bas niveau d'évidence.

Les patients confus ou déments sont souvent exclus, les nombres sont réduits, sans standardisation du diagnostic de délirium et une mauvaise description des techniques d'anesthésie...

L'hypothèse [l'étude RAGA](#): diminution du délirium post-op si l'anesthésie est uniquement loco-régionale (ALR).

Méthode

Étude randomisée, avec [allocation dissimulée](#), multicentrique sur 9 hôpitaux universitaires.

Critères d'inclusion: > 65 ans, avec un score ASA de I à IV, des fractures de hanches de toute forme nécessitant une chirurgie, avec ou sans démence préexistante.

L'inclusion se fait pendant 4 ans, et le suivi sur 30 jours.

Critères d'exclusion: fractures multiples, hyperthermie maligne, enrôlé dans d'autres études, contre indication à l'AG ou locorégionale (sans précision).

La randomisation est stratifiée selon l'âge (>65 et >80a), la présence ou l'absence de délirium préopératoire (selon la CAM: Confusion assessment method) et la présence ou l'absence de démence préexistante (MMS ajusté au niveau d'éducation). La répartition AG/ALR est de 1:1.

Techniques d'anesthésie:

- AG: pas de benzodiazépines, ni de kétamine qui favorisent la confusion
- ALR: spinale, épidurale ou combinée, sans sédation. Pas d'information sur l'utilisation d'opiacés.

Il n'y avait pas d'instructions spécifiques pour l'analgésie post opératoire. Les blocs périphériques simples ou continus sont acceptés au choix dans chaque groupe.

Critères de jugement:

- primaire: incidence du délirium à J7 évalué par un psychiatre

- Secondaires: nombre d'épisodes, sévérité, sous-type...EVA le plus élevé sur 7 jours (1-100), durée de l'hospitalisation, mortalité à 30j, effets secondaires prédéfinis.

Effets secondaires prédéfinis : nausées, vomissements, hypoxie, événements hémodynamiques > 5min

L'analyse statistique des 950 patients inclus comprend une analyse primaire en intention de traiter (selon le groupe de randomisation) et, comme les protocoles ont souvent été modifiés, une analyse per-protocole est effectuée (anesthésie effectivement réalisée).

Résultats

Sur 2000 patients sélectionnés, 400 patients sont exclus pour contre-indication à l'AG ou à l'ALR, ce qui est un chiffre conséquent qui n'est pas expliqué par les auteurs.

Démographie:

Avec médiane d'âge de 77 ans, les patients sont peu malades. 40% présentent une démence préexistante mais seul 1 % un délirium pré-opératoire. L'index de fragilité n'est pas précisé.

Il n'y a pas de différence entre les groupes pour les caractéristiques intra-opératoire, sauf une tension plus basse dans le groupe AG.

Les deux analyses en intention de traiter et per-protocole sont comparables et non-significatives, avec dans le groupe ALR plus de délirium post-op, de délirium hypoactif et une mortalité augmentée.

Il n'y a pas de différence entre les deux groupes pour les effets secondaires, et les échelles de douleurs restent très basses à J3 (médiane de 0), avec un EVA max ALR>AG mais sans précision sur les traitements antalgiques utilisés.

Discussion des auteurs

Forces:

- la plus grande étude ALR sans sédation vs AG
- outils validés pour le diagnostic de délirium
- Suivi cognitif spécialisé
- Inclusion de patients déments/confus

Limitations

- Population jeune
- Pas d'index de fragilité
- Peu malades: ASA 1-2: 80%
- Incidence basse du délirium post-op: 5-6% (vs 11 à 23% dans la population générale)
- Majorité (2/3) des patients sont recrutés dans le même hôpital

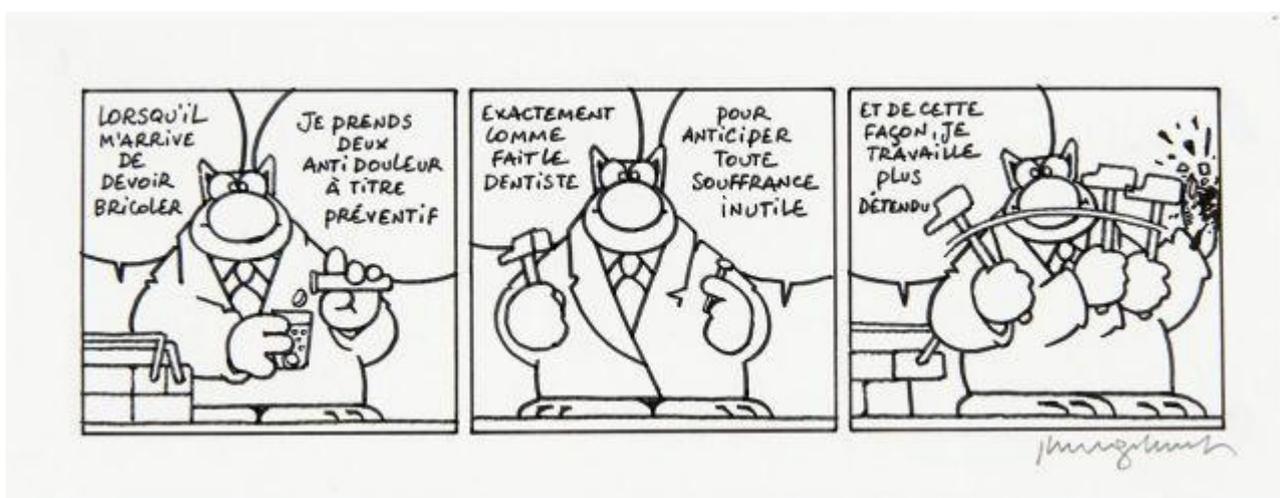
Limitations selon l'orateur:

- absence d'explication sur les contre-indications à l'AG et à l'ALR, sans information sur les patients avec sténose aortique sévère, HTAP sévère, sepsis...
→ possible exclusion des patients les plus fragiles et les plus malades, ce qui pourrait expliquer une mortalité à 30 jours extrêmement basse.
- Faire une opération par ALR sans sédation est une véritable épreuve pour le patient, ce qui pourrait favoriser un délirium post op chez un patient dément ou confus..

A retenir:

- Dans une population peu âgée et peu malade
- Avec 40% de démence pré-opératoire
- On observe peu de délirium post op
- Peut être que l'incidence du délirium n'est pas modifiée par le choix ALR vs AG
- Mortalité basse pas non plus influencée

En gros...ce n'est pas un scoop et cela ne va pas changer les pratiques d'individualisation.



Compte-rendu de Valentine Borcic

valentine.borcic@gmail.com

Transmis par le laboratoire MGD

colloque@labomgd.ch