

Les « 6 M »

Evaluation gériatrique avant une intervention cardiaque

Les nouvelles techniques opératoires et percutanées permettent la prise en charge de patients avec pathologies cardiaques de plus en plus âgés, donc plus fragiles et à risque de complications. Nous présentons ici quelques dimensions à évaluer au moyen d'outils simples et rapides à appliquer qui permettront aux généralistes, cardiologues et chirurgiens cardiaques d'identifier les patients à risque, ainsi que des propositions d'optimisation pré-interventionnelles.

Les nouvelles techniques (chirurgie minimalement invasive, interventions percutanées comme le TAVR=Transcatheter Aortic Valve Replacement) permettent de traiter des pathologies cardiaques chez des patients âgés qui, il y a quelques années, auraient été récusés en raison des risques opératoires. Certains patients âgés ont une réserve physiologique diminuée face à un problème de santé aigu, c'est ce que l'on appelle la fragilité (1,2). Selon les modèles utilisés, jusqu'à 17 % de la population de plus de 65 ans présente une fragilité (3). La fragilité influence négativement la trajectoire des patients souffrant de maladies cardio-vasculaires (4), d'insuffisance cardiaque (5,6), de syndrome coronarien aigu (7). C'est aussi le cas chez les patients nécessitant une intervention cardiaque chirurgicale (8,9) ou percutanée (sur les coronaires (10) ou la valve aortique (8,11-13)).

L'évaluation du risque opératoire lors d'intervention cardiaque se fait à l'aide de scores spécialisés: le STS (Society of Thoracic Surgeons) score (14) et l'Euroscore II (15). Ces scores renseignent sur la probabilité de mortalité et le risque de complications, sans tenir compte des problèmes gériatriques. L'évaluation gériatrique pré-opératoire est bien décrite (16-18) et permet d'identifier les patients fragiles à risques de complications et de mettre en œuvre des mesures préventives. Une évaluation gériatrique complète prend du temps et n'est pas toujours réalisable, tant au cabinet du généraliste que chez le cardiologue ou le chirurgien.

Nous proposons ici quelques outils simples et rapides pour identifier les patients à risques lors d'intervention cardiaque et quelques propositions de prise en charge préopératoire qui en découlent (fig. 1).

Evaluation gériatrique et propositions de prise en charge: Les « 6 M »

Mémoire: Le dépistage des troubles mnésiques avant une intervention est important pour l'appréciation de la capacité de discernement du patient concernant la procédure proposée et la préparation de ses directives anticipées. Les patients souffrant de troubles cognitifs ont, par rapport à des patients sans problèmes mnésiques, un risque accru de complications postopératoires (41 % vs 24 %; $p=0.011$), d'état confusionnel (78 % vs 37 %; $p<0.001$), d'institutionnalisation (42 % vs 18 %; $p=0.001$) et de décès à 6 mois (13 % vs 5 %; $p=0.040$), ceci pour des interventions cardiaques, diges-



Dr Marc Humbert
Lausanne



Pr Christophe Büla
Lausanne

tives, vasculaires ou thoraciques (19). Les troubles cognitifs peuvent être dépistés par le Mini-Cog (http://mini-cog.com/wp-content/uploads/2019/12/Standardized-Mini-Cog-1-19-16-FR_v1-hi-3.pdf) (20). S'il est anormal (<3), un bilan plus poussé devrait être effectué (gériatre, centre de la mémoire). Les troubles neurocognitifs majeurs ne sont pas réversibles ni modifiables par une prise en charge préopératoire, mais leur identification rend indispensable le dépistage de l'état confusionnel avec la CAM (Confusion Assessment Method (21)) et la mise en place de mesures de prévention (22,23). La présence de troubles cognitifs, dès le stade modéré, doit entrer dans la réflexion sur l'indication à une procédure électorale, qui n'apporterait alors que peu ou pas de bénéfice sur le devenir cognitif et fonctionnel du patient.

Moral: Une dépression préopératoire augmente le risque d'état confusionnel après un pontage aorto-coronarien d'un facteur 10 (Adj OR 9.92; 95 % CI : 1.26-77.88) (24), et double le risque de décès (Adj HR 2.37; 95 % CI : 1.40-4.00; $p=0.001$) (25). Le risque de mortalité après un changement de valve aortique (chirurgical et TAVR) est également augmenté en cas de dépression, tant à 1 mois (OR 2.20; 95 % CI : 1.18-4.20) qu'à 12 mois (OR 1.53; 95 % CI : 1.03-2.24) (26). Un outil de dépistage simple et rapide pour évaluer la présence d'une dépression est le miniGDS à 4 items (27) qui est positif si score ≥ 1 (tab. 1). En cas de suspicion de dépression ou d'anxiété quant à l'intervention, une préparation psychologique pourrait être bénéfique (28), même si les modalités d'une telle intervention et les données de la littérature sont encore lacunaires (29).

Manger: Avant une chirurgie cardiaque, 20 % des patients présentent une malnutrition (30). Après une chirurgie cardiaque, les patients malnutris ont plus de complications (OR 2.9; 95 % CI : 1.7-4.8; $p<0.001$) et une mortalité augmentée (OR 3.8; 95 % CI : 1.5-9.4; $p=0.004$) (31). Pour le TAVR, la mortalité est également élevée pour les patients à risque nutritionnel modéré (OR 1.94; 95 % CI : 1.33-

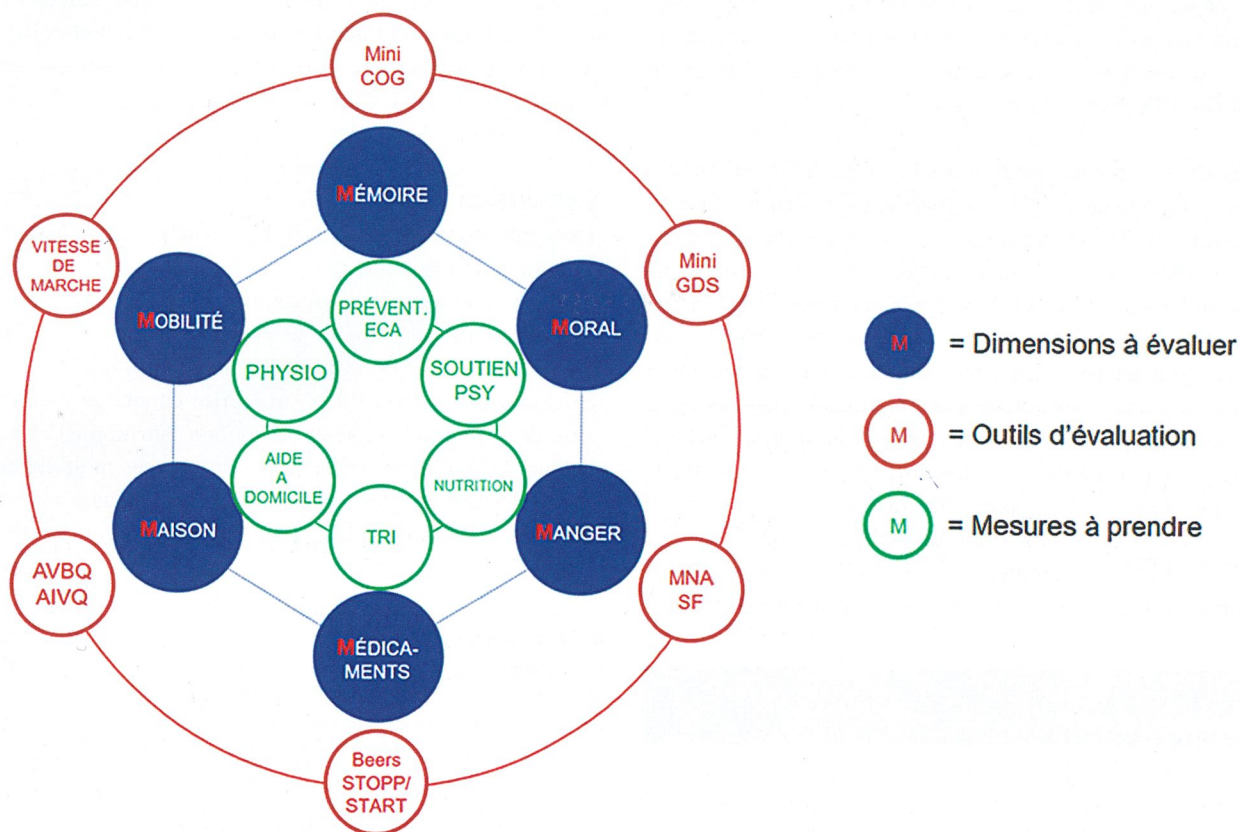


Fig. 1 : Schéma synoptique des dimensions à évaluer, des outils pour le faire et des mesures potentielles à envisager.

AVBQ=activités de base de la vie quotidienne, AIVQ = activités instrumentales de la vie quotidienne.

2.84; $p < 0.001$) ou élevé (OR 4.16; 95 % CI : 2.61-6.63; $p < 0.001$) (32). Un outil de dépistage simple est le Mini Nutritional Assessment Short-Form (33) (https://www.mna-elderly.com/forms/mna_guide_french.pdf) facile à remplir et à interpréter (pathologique si score < 12). Cet outil a été utilisé par nos collègues bernois chez des patients avec TAVR et est corrélé avec un risque de mortalité plus élevé à 30 jour (OR 1.30; 95 % CI : 1.03-1.66; $p = 0.03$) et à un an (OR 1.27; 95 % CI : 1.06-1.52; $p = 0.01$) (13), ainsi qu'à une augmentation du risque de déclin fonctionnel (OR 3.32; 95 % CI : 1.24-8.87; $p = 0.02$) (12). Il n'y a pas pour l'instant de données probantes dans la littérature quant à une intervention nutritionnelle pré-intervention cardiaque (34). Il est donc pragmatiquement proposé (34,35) de se référer aux programmes existants, comme l'ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) de la chirurgie digestive qui prévoit une évaluation et une optimisation nutritionnelle préopératoire (30) (p.ex. avec des suppléments oraux) et une limitation des périodes de jeûne pré- et post-opératoire.

Médicaments : En Suisse, près de 40 % des personnes de 71 à 75 ans et 50 % à partir de 81 ans consomment ≥ 5 médicaments/j (36). Le risque d'interactions médicamenteuses, d'effets secondaires et de prescriptions médicamenteuses potentiellement inappropriées est donc important chez les seniors. En Suisse, parmi les 15 prescriptions médicamenteuses potentiellement inappropriées les plus fréquentes, on retrouve 4 traitements cardiaques (36). La planification d'une intervention cardiaque peut donc être l'occasion de faire le tri des médicaments avec deux outils d'évaluation des prescriptions : les critères de Beers (37) et le STOPP/START (38).

Maison : L'indépendance à domicile s'évalue avec les activités de la vie quotidienne (AVQ) de base et instrumentales (39,40) qui reflètent respectivement les tâches simples permettant d'être indépendant chez soi (toilette, habillage, transferts, aller aux WC, continence et manger) et celles plus complexes assurant une indépendance dans un environnement plus large (factures, médicaments, transports, lessive, ménage, repas, commissions, téléphone) au quotidien. Une perte nouvelle dans certaines AVQ instrumentales (finances, transport, commission ou téléphone) peut être un signe précurseur de démence. Un déclin dans les AVQ de base survient dans les derniers 12-24 mois de vie chez les patients avec des

TAB. 1 Questions et interprétation du Mini-GDS (cf. réf. 27).

Mini-GDS		
1. Vous sentez vous découragé(e) ou triste?	OUI	non
2. Avez-vous le sentiment que votre vie est vide?	OUI	non
3. Etes-vous heureux(se) la plupart du temps?	oui	NON
4. Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée?	OUI	non
On compte le nombre de réponse en gras et majuscule. Si le score ≥ 1 : il y a une forte probabilité de dépression. Si le score = 0 : il y a une forte probabilité qu'il n'y a pas de dépression.		

maladies chroniques (41) et/ou une fragilité (41, 42). Il importe de tenir compte de ces éléments fonctionnels et pronostics par rapport à une décision thérapeutique, ainsi que pour anticiper les besoins en soutien à domicile après l'intervention.

Mobilité: Un bon prédicteur de mortalité après intervention cardiaque est la mesure de la vitesse de marche sur 5 mètres (cut-off à 6 secondes, i.e. 0.83 m/seconde) (43). Selon une étude de cohorte prospective (8287 patients), la mortalité à un an après chirurgie cardiaque augmente de plus de 2 fois par perte de 0.1 m/sec. de la vitesse de marche (HR de 2.16 par 0.1 m/sec; 95 % CI:1.59-2.93) (44). Un autre test encore plus simple consiste à demander au patient s'il a chuté. Une étude a montré que les patients ayant chuté 1 fois dans les 6 derniers mois avaient, après une chirurgie cardiaque par rapport à des non chuteurs, un risque augmenté de complications (39 % vs 15 %; $p=0.002$), de réadmission à 30 jours (23 % vs 8 %; $p=0.002$) et d'institutionnalisation (62 % vs 32 %; $p=0.001$), ceci indépendamment de l'âge (45). Une réadaptation préopératoire à une intervention cardiaque pourrait donc être pro-

posée aux patients chuteurs ou dont la vitesse de marche est diminuée. Pour l'instant, l'impact d'un renforcement musculaire avant une chirurgie cardiaque a surtout été démontré sur les complications respiratoires et les durées de séjour (46).

Conclusion

L'indication à une intervention chez les patients âgés doit prendre en compte l'impact attendu sur la survie, la qualité de vie, mais aussi sur l'état fonctionnel et cognitif du patient.

On notera ici avec intérêt le programme «NEW» (Nutritional status, Exercise capacity, Worry reduction) qui offre, comme dans les programmes ERAS, une prise en charge multimodale avec de la physiothérapie et un soutien nutritionnel et psychologique (28). Ces nouvelles prises en charges multidimensionnelles et multimodales semblent très prometteuses mais nécessitent encore d'être validées lors d'études interventionnelles.

Messages à retenir

- ◆ Certains éléments de l'évaluation gériatrique de base peuvent être rapidement et simplement effectués de routine au cabinet et permettre de dépister les patients à risques de complications et qui nécessiteraient un appui gériatrique péri-opératoire.
- ◆ La prise en charge avant une intervention élective du patient âgé, par une amélioration de l'état nutritionnel et musculaire, devrait permettre une meilleure tolérance des patients au stress opératoire.

Dr Marc Humbert

Pr Christophe Büla

Service de Gériatrie et réadaptation gériatrique,
Centre hospitalier universitaire vaudois
Ch. de Mont Paisy 16, 1011 Lausanne
marc.humbert@chuv.ch



+ Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont pas de conflit d'intérêts à déclarer.

+ Références: sur notre site internet: www.medinfo-verlag.ch

Copyright Aertzeverlag medinfo AG

ANNONCE



Vol. 9 – No 05_octobre 2020

Qu'est-ce qu'il y aura dans le prochain numéro?

FORMATION CONTINUE ➔ Sujet principal: «Suppléments nutritionnels»

FORUM MÉDICAL

- Hypnose et douleur chronique
- Consommation abusive d'alcool et cognition
- Incontinence urinaire de la femme âgée
- Thérapie par inhalation en cas de BPCO

FLASH PNEUMO

SUJET PRINCIPAL

CARDIOLOGIE

Maladie coronarienne
stable chez le patient âgé

Dre Elena Tessitore, Dr René Nkoulou

Les « 6 M » : Evaluation
gériatrique avant une
intervention cardiaque

Dr Marc Humbert, Pr Christophe Büla

la gazette médicale

Vol. 9_N° 04_septembre 2020 • www.medinfo-verlag.ch

info@gériatrie

FORMATION CONTINUE



Crédits en formation
continue essentielle



ACTUALITÉ

Une crise des opiacés nous menace-t-elle aussi en Suisse?
L'utilisation des opioïdes du point de vue des spécialistes de la douleur

Dre Antje Heck, Pr Eli Alon

Colite microscopique : Il faut y penser

Dre Marianne Vulliemoz, PD Dr Michel H. Maillard, Dr Christian Felley, Pr Pierre Michetti

FLASH POINT : DIABÈTE

Présentation d'un cas : Facteurs de risques multiples

Pr Roger Lehmann

FLASH POINT : PNEUMOLOGIE

L'insomnie chronique : Un tableau clinique insuffisamment traité

Dr Daniel Brunner, PhD

► Les effets cardiovasculaires des cigarettes électroniques