

...et l'état cognitif dans tout ça?

L'état confusionnel aigu postopératoire

Dr. J. Popp, PD et MERclin

Service universitaire de psychiatrie de l'âge avancé

Département de psychiatrie, CHUV

plaintes cognitive et troubles cognitifs

- En quoi un trouble cognitif préopératoire peut-il jouer un rôle pour la prise de décision?

→ Capacité de discernement du patient affectée?

Démence, mais aussi dépression et autres troubles psychiatriques

→ Conséquences pour la suite de l'intervention chirurgicale?

l'état confusionnel aigu (ECA) postopératoire

ECA: Critères de diagnostic

CIM-10

Symptômes présents dans chacun des domaines suivants:

- a. altération de la **conscience** et de **l'attention**
- b. altération globale des **fonctions cognitives**
- c. troubles psychomoteur (**hypo- ou hyperactivité**)
- d. perturbation du **rythme veille-sommeil**
- e. **troubles affectifs**

aspects cliniques

- apparition dans les premiers jours post-OP
 - peut durer quelques heures ou jours; dans certains cas, des semaines ou mois
 - grande variabilité de la présentation clinique
 - fluctuation rapide
 - causes organiques parfois non identifiées
- **(encore) souvent non diagnostiqué ou diagnostic faux: démence, dépression, psychose, fatigue, etc.**

épidémiologie

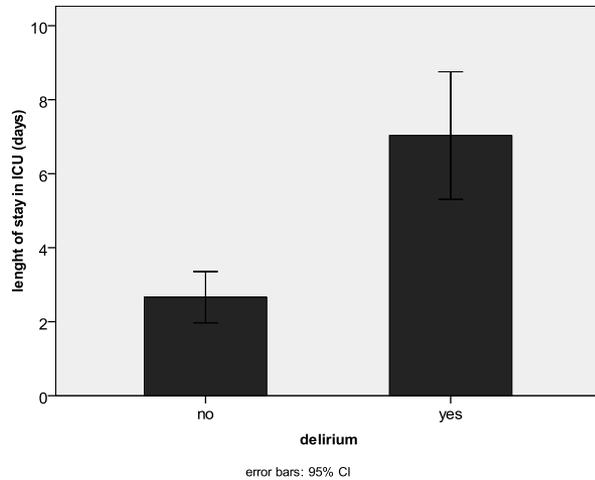
- personnes âgées >85 ans: 10%
- personnes avec démence vivant à domicile: 22%
- personnes âgées hospitalisées: 11-25% à l'admission + 30% durant l'hospitalisation
- personnes âgées hospitalisées avec maladie d'Alzheimer: 56%
- **personnes âgées après intervention chirurgicale:**
 - **cardiaque: jusqu'à 50 %**
 - **fracture de hanche: jusqu'à 65 %**



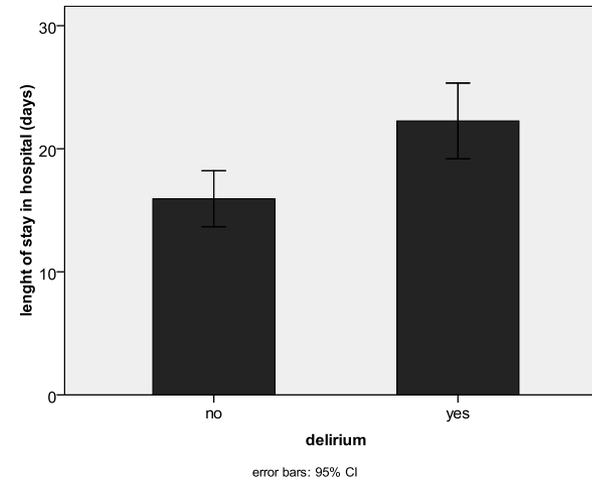
conséquences

- souffrance psychique
- souffrance de la famille, des proches
- comportement inadéquat, soins impossibles ou difficiles
- complications, nécessité d'interventions intensives médicale et de soins
- mortalité élevée

conséquences



soins intensifs (jours)



hôpital (jours)

L'ECA postopératoire est associé :

- une durée du prolongée du traitement aux soins intensifs (7.0 vs. 2.7 jours, $p < 0.001$).
- une durée du prolongée du traitement à l'hôpital (22 vs. 16 jours, $p = 0.001$).

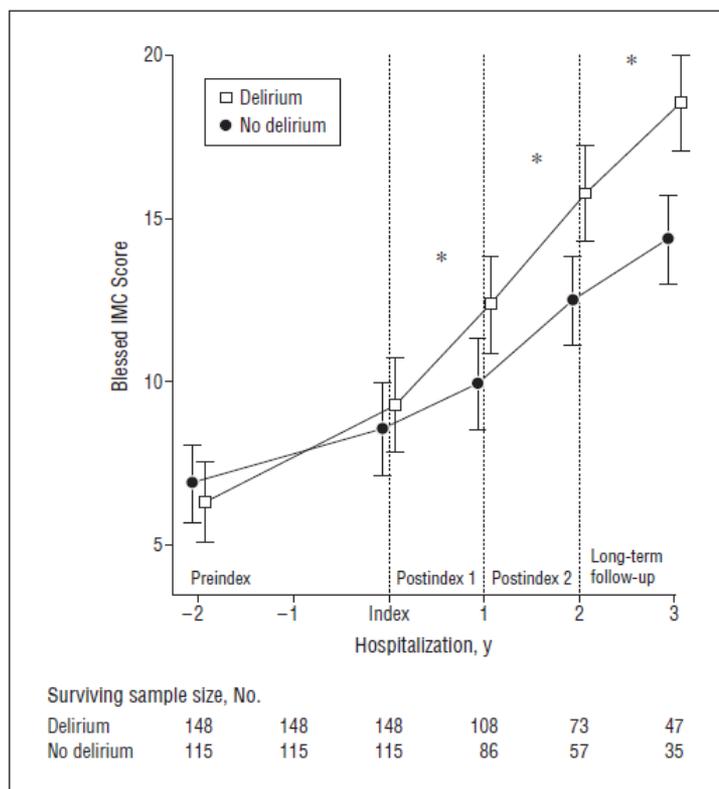
Günther et al. Ann Surg. 2013



conséquences à long terme

- l'ECA précipite le déclin cognitif et fonctionnel
- augmente la mortalité
- augmente les couts directs et indirects de la prise en charge

ECA et maladie d'Alzheimer



- patients avec MA hospitalisés: ECA dans 56% de cas
- détérioration cognitive accélérée (2-3x) chez les patients ayant développé un ECA

→ → → L'ECA : UN FACTEUR PRÉCIPITANT DU DÉCLIN COGNITIF DE LA MA

Fong TG et al., *Delirium accelerates cognitive decline in Alzheimer disease*. Neurology , 2009

Gross AL et al., *Delirium and Long-term Cognitive Trajectory Among Persons With Dementia*. Arch Intern Med, 2012

pathophysiologie

- genèse multifactorielle dans la grande majorité des cas
- interactions complexes de différents facteurs
- au niveau cérébral:
 - inflammation
 - dysfonction de l'axe HPA (cortisol↑)
 - hypoperfusion
 - perturbations de neurotransmetteurs
 - etc.

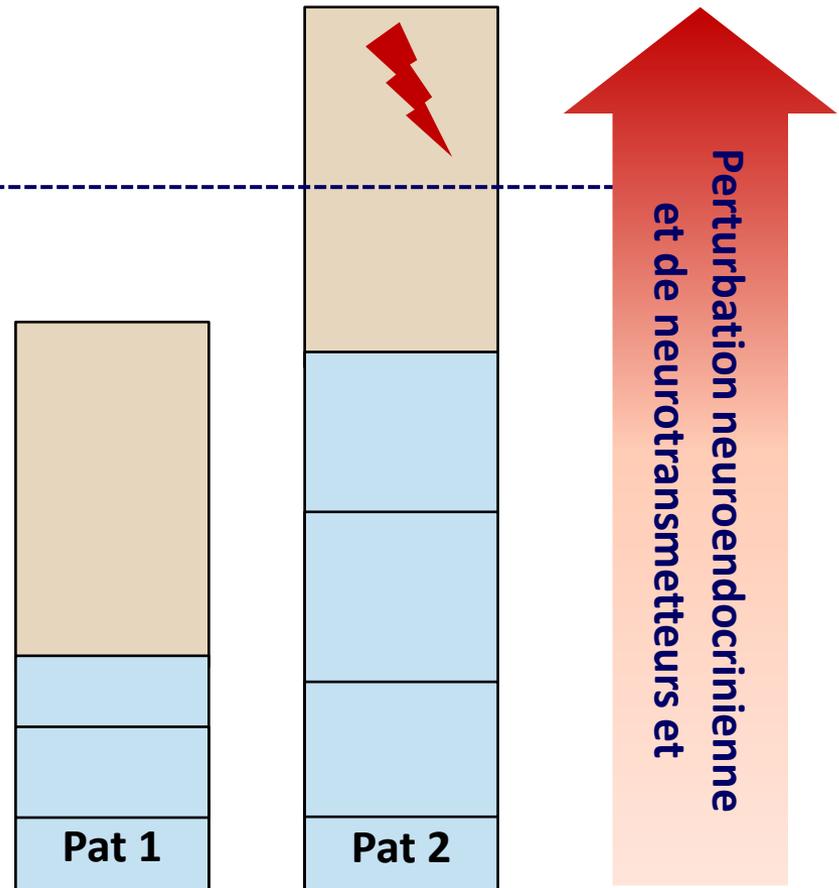
vulnérabilité et facteurs précipitants

Facteurs pathogéniques et manifestation clinique

facteurs précipitants
(anesthésie, OP)

seuil clinique

vulnérabilité /
facteurs de risque



facteurs de risque et facteurs précipitants

Facteurs de risque

- Âge avancé
- Troubles cognitifs/ démence
- Antécédent d'ECA
- Trouble auditif; visuel
- Malnutrition
- Dépression
- Comorbidités somatiques
 - Ischémie cérébrale
 - Diabetes mellitus
 - Insuffisance rénale
 - Inflammation chronique
 - Etc.
- Consommation abusive d'alcool
- Etc.

Facteurs précipitants

- Intervention chirurgicale
- Analgo-sédation
- Polypharmacie
- Psychotropes
- Infection/ inflammation systémique aiguë
- Déshydratation
- DM déséquilibré
- Douleurs
- Hypoxie
- Stress émotionnel
- Immobilisation
- Privation de sommeil
- Etc.

facteurs de risque et facteurs précipitants

Facteurs de risque

- Âge avancé
- Troubles cognitifs/ démence
- Antécédent d'ECA
- Trouble auditif; visuel
- Malnutrition
- Dépression
- Comorbidités somatiques
 - Ischémie cérébrale
 - Diabetes mellitus
 - Insuffisance rénale
 - Inflammation chronique
 - Etc.
- Consommation abusive d'alcool
- Etc.

Facteurs précipitants

- Intervention chirurgicale
- Analgo-sédation
- Polypharmacie
- Psychotropes
- Infection/ inflammation systémique aiguë
- Déshydratation
- DM déséquilibré
- Douleurs
- Hypoxie
- Stress émotionnel
- Immobilisation
- Privation de sommeil
- Etc.

Facteurs modifiables

évaluation du risque individuel

Risque d'ECA postopératoire: évaluation préopératoire par l'anesthésiste

Risk scores:

- ECA après chirurgie de la hanche
- 1 point chaque: MMSE < 24, Visus > 20/70 (Jaeger), APACHE II > 16, BUN/Creatinine ≥ 18

Kalisvaart et al. 2006

- ECA après chirurgie cardiaque
- 2 points: MMSE ≤ 23; 1 point: MMSE 24-27, AVC/AIT, Hypoalbuminémie, Ger. Depression Scale > 4

Rudolph et al., 2009

Points	Risque	Probabilité
0	Bas	3.8 %
1-2	Moyen	11.1 %
3-4	Elevé	37.1 %

Points	Probabilité
0	19 %
1	47 %
2	63 %
≥ 3	86 %

→ **Évaluation systématique du risque avant intervention chirurgicale**

prévention

- **non-médicamenteuse:**

- Evaluer systématiquement le risque du patient

A haut risque? Facteurs individuels modifiables? → Approches ciblées:

- Adapter l'hydratation, l'alimentation
- Prévenir un syndrome de sevrage
- Traiter la douleur
- Traiter un processus inflammatoire
- Adapter le traitement pharmacologique
- Mettre à disposition: lunettes, appareil auditif
- Réévaluer l'indication de l'intervention chirurgicale; → reporter? adapter?

- **médicamenteuse:**

- Actuellement, pas de prévention médicamenteuse recommandée



conclusions

- Les troubles cognitifs et la démence augmentent substantiellement le risque d'un ECA postopératoire
- L'ECA peut avoir des conséquences graves à court et à long terme.
- On peut / on doit évaluer et prendre en compte le risque individuel d'un ECA postopératoire.

bibliographie

- Inouye SK, et al. Delirium in elderly people. Lancet. 2013 Aug 27.
- Wong CL, et al. Does this patient have delirium?: value of bedside instruments. JAMA. 2010 Aug 18;304(7):779-86.
- Kharat A, Simonet ML. Outils diagnostiques de l'état confusionnel aigu. Rev Med Suisse. 2013 Jan 23;9(370):203-6.
- Popp J, Arlt S. Prevention and treatment options for postoperative delirium in the elderly. Curr Opin Psychiatry. 2012 Nov;25(6):515-21.
- Popp J. Delirium and cognitive decline - More than a coincidence. Curr Opin Neurology. 2013