

Prise en charge anesthésique du sujet âgé en Afrique subsaharienne

Anaesthetic management of the elderly in sub-Saharan Africa

N'Guessan YF

Service d'anesthésie réanimation du pôle gynéco-obstétrique et pédiatrique du CHU de Cocody

Auteur correspondant : N'Guessan Yapi Francis mail : yapifrancis@yahoo.fr

Introduction

Cette frange de la population pose des problèmes médicaux et sociaux spécifiques, mais elle est surtout caractérisée par sa fragilité et son recours croissant à l'acte d'anesthésie [1]. La prise en charge péri-opératoire d'un patient âgé, voire d'un centenaire est significativement différente de celle d'un patient jeune du fait de modifications physiologiques et pharmacologiques liées à l'âge [2]. Selon l'OMS en 2050 plus d'une personne sur 5 aura 60 ans et plus et 80% de ces personnes vivront dans les pays à revenus faible ou intermédiaire [3]. Ainsi nous assistons à une évolution des articles publiés dans la RAMUR qui relèvent des spécificités rencontrées dans la prise en charge des sujets âgés en Afrique subsaharienne. Après une revue de ses littératures nous exposons dans ce travail la synthèse de la prise en charge anesthésique du sujet âgé en Afrique subsaharienne. Notre objectif étant de partager les expériences des différents pays dans la gestion de ces patients.

En préopératoire

La fréquence des sujets âgés dans la population des opérés varie de 2% à 7% cette fréquence est en augmentation chaque année. L'âge moyen des patients était de 73,33 ans avec des extrêmes de 65 et 95 ans [1]. Les patients âgés vigoureux étaient très réduits, la plupart des patients étaient fragiles et dépendants poly pathologiques. Le score ASA au moyen était de $2,8 \pm 1$. Il y avait un index de comorbidités de Charlson ≥ 5 chez plus de la moitié des patients avec une polymédication dans la plupart du temps [2]. La polymédication (ou polypharmacie) est définie comme la prise d'un nombre élevé de médicaments (variant selon les auteurs de plus de 4 à plus de 10), plus adéquatement comme l'administration ou l'usage de plus de médicaments qu'il en est cliniquement indiqué pour un patient spécifique. Elle augmente le risque d'inobservance, les effets indésirables, les interactions médicamenteuses, le taux d'hospitalisation ainsi que les erreurs médicamenteuses et entraîne une augmentation considérable des coûts. Afin d'éviter une polymédication inappropriée chez un patient âgé, il est important d'effectuer une réévaluation régulière des médicaments. Plusieurs auteurs ont développé

des outils ou proposé des algorithmes destinés à cette fin, parmi lesquels la « **déprescription** » par l'action de cesser un traitement médicamenteux inapproprié, nocif ou inefficace ou d'en réduire la dose [3]. Les précautions à prendre lors de l'anesthésie d'un patient très âgé sont : une évaluation de la capacité fonctionnelle physique, cognitive, émotionnelle, sociale et le support familial. Il faut aussi évaluer les maladies sous-jacentes, traitement médicamenteux, le type de chirurgie et les prédictions du devenir. Selon la littérature il faut réaliser un score de Lee classique pour évaluer le risque cardiovasculaire. Si le Score de Lee est de Classe I, l'ECG est suffisant mais lorsque le Score de Lee est de Classe > 1 , la chirurgie à risque majeur et la capacité à l'effort difficilement évaluable par l'interrogatoire il faut un dosage de biomarqueurs et/ou par un test cardiopulmonaire. L'évaluer le risque de confusion ou de troubles cognitifs postopératoires devrait être repéré en préopératoire par une plainte cognitive, des troubles de l'humeur et/ou une maladie neurodégénérative. Sa prévention passe par l'identification des sujets à risque : syndrome dépressif préopératoire, maladie neurologique évolutive (maladie de Parkinson, démence), alcoolisme, traitements anticholinergiques, troubles de l'audition ou de la vue [4]. La chirurgie traumatologique prédominait les interventions du sujet âgé. Les autres chirurgies étaient digestive, gynécologique, plastique et la neurochirurgie.

En peropératoire

L'anesthésie générale et l'anesthésie locorégionale ont été réalisées avec des proportions semblables. Il n'y a pas de différences significatives dans la mortalité à 30 jours ou dans la prévalence de l'infarctus du myocarde, de la pneumonie, du délire ou de l'insuffisance rénale selon que l'anesthésie était régionale ou générale. En règle générale dans l'administration des médicaments, l'initiation d'un médicament chez la personne âgée requiert la plupart du temps un ajustement posologique. Il faut utiliser l'expression « **START LOW, GO SLOW** » pour l'augmentation posologique graduelle du médicament [5]. Il est donc conseillé de commencer un médicament au tiers ou à la moitié de la dose

initiale recommandée chez l'adulte. Concernant les agents d'induction l'anesthésie chez le sujet âgé, il est recommandé la titration avec des agents anesthésiques de courte durée d'action. Les doses devraient être adaptées à la pharmacologie du patient âgé avec un monitoring de la profondeur d'anesthésie. Il faudrait réduire les doses pour obtenir le même effet afin de minimiser les effets indésirables. Pour le Propofol il faut utiliser une administration à objectif de concentration avec le modèle pharmacocinétique de Schnider dont l'âge est une covariable significative. Les effets hémodynamiques du propofol sont plus marqués chez le sujet âgé, et retardés par rapport à la perte de connaissance. La dose d'induction adéquate chez le sujet âgé est de : 1,6-1,7 mg/kg chez les patients d'âge > 60 ans et de l'ordre de 0,7 mg/kg chez les grands vieillards. Seul l'étoomidate permet de prévenir avec certitude l'hypotension [3]. L'induction par inhalation de sévoflurane n'apporte pas d'avantages par rapport à une induction intraveineuse par titration. La MAC de tous les agents halogénés diminue avec l'âge de 4-6% par décennie après 40 ans avec un réveil prolongé [3]. En raison de sa moindre liposolubilité, le desflurane pourrait permettre une meilleure qualité de réveil / sévoflurane. Le protoxyde d'azote est souvent mal toléré sur le plan hémodynamique par les sujets âgés; il doit être évité. Les Opioides ont une même pharmacocinétique mais une pharmacodynamie diminuée. Il faut donc réduction de la dose de bolus jusqu'à 50% chez le patient de 80 ans comparativement au sujet de 20 ans de même poids maigre. Pour les myorelaxants, la sensibilité aux curares n'est pas augmentée car la relation concentration par rapport aux effets est inchangée. Mais le transfert au site d'action est ralenti avec un début d'action ralenti. L'élimination des curares stéroïdiens est retardée (diminution du flot musculaire et diminution de l'extraction hépatique) sauf pour (cis)atracurium. La décurarisation par le sugammadex après administration de rocuronium est possible et peut éviter d'administrer un anticholinergique dans cette population à risque [4]. Pour une péridurale et une rachianesthésie, la dose d'AL nécessaire pour obtenir un même niveau anatomique de blocage diminue avec l'âge. Il faut réduire, ou titrer, les doses d'anesthésiques locaux lors d'une rachianesthésie pour réduire les hypotensions peropératoires Si on n'en tient pas compte, on aura un risque augmenté d'effets indésirables. Les facteurs expliquant cette observation sont: une anatomie modifiée, une diminution de la taille de l'espace péridural et de sa compliance ainsi que le volume de LCR, une pharmacocinétique altérée et une sensibilité neuronale accrue avec l'âge [5]. En peropératoire il faut : maintenir la PAM peropératoire > 70% de la

PAM de référence, surtout si le patient a des facteurs de risque de complications postopératoires, traiter sans délai toute hypotension peropératoire afin de limiter le risque de complications rénales et/ou myocardiques, monitorer la température afin de détecter et prévenir les conséquences de l'hypothermie, maintenir une normo glycémie, une natrémie et une kaliémie normale, rechercher et traiter l'infection et maintenir un taux d'hémoglobine supérieur à 8g/dl. L'utilisation d'une technique régionale permet d'assurer l'analgésie postopératoire. Les complications peropératoires décrites dans la littérature sont par ordre de fréquence ; l'hypotension artérielle, la Tachycardie, l'hypothermie, le retard de réveil, l'intubation difficile, l'anurie, l'hypertension, l'arythmie cardiaque, l'hyperglycémie et l'hypoglycémie [6].

En post opératoire

Au réveil l'oxygénothérapie, le réchauffement, la prescription d'antalgiques, une salle silencieuse, la mise à disposition des lunettes ou des prothèses auditives dès le réveil permettent de diminuer la fréquence et la gravité des épisodes confusionnels chez le patient âgé [3]. Les complications redoutées en postopératoire sont : l'anémie, l'IRA, l'hypothermie, les troubles Hydroélectrolytiques, l'arrêt cardiaque, les Etat de choc, l'HTA, la détresse respiratoire, les Troubles de la crase, le Sepsis, l'altération de la fonction cognitive, les complications chirurgicales, une conscience altérée, une dénutrition et la maladie Thromboembolique Veineuse. Le délirium après chirurgie observé a été chez 15 à 53% des sujets âgés après une opération. Le délire est un facteur de risque de morbidité et de mortalité accrue, de perte d'indépendance fonctionnelle et de déclin neurocognitif persistant au-delà de 30 jours postopératoires. Le fardeau économique est estimé à 164 milliards de dollars aux États-Unis en raison d'une hospitalisation prolongée, d'interventions infirmières et médicales plus importantes, d'une institutionnalisation après la sortie de l'hôpital et d'une perte de productivité. Les facteurs favorisant doivent être recherchés : la douleur postopératoire, les troubles du sommeil (favorisés par un sevrage en benzodiazépines), l'hypoxémie, l'hypothermie, les infections, les troubles métaboliques, le sevrage de médicaments et en alcool, le séjour en soins intensifs et les rétentions urinaires [4,6]. Le réchauffement peut décompenser une hypovolémie relative. La douleur peut provoquer une hypertension artérielle mais le premier traitement sera l'analgésie avant de recourir à des hypotenseurs qui ne seront administrés qu'après restauration de la normovolémie [3]. La douleur postopératoire est un facteur favorisant du risque de désorientation et d'infection pulmonaire [6].

Cette douleur chez les patients âgés est souvent sous-traitée surtout chez les patients très âgés et déments. Il s'agit d'une douleur le plus souvent chronique, constante, multifactorielle et durant depuis plusieurs années. Les plaintes de douleur sont moins fréquentes chez patients qui ont souvent un déficit cognitif [3]. Les résultats d'études expérimentales sur le vieillissement et perception de la douleur sont non concordants. Il existerait une possible augmentation du seuil de détection de la douleur chez le sujet âgé par diminution du système inhibiteur endogène descendant et des atteintes sélectives des fibres Ad et C. mais il y a une grande variabilité interindividuelle [7]. De plus, des handicaps sensoriels (surdité, troubles de la vue, déficits intellectuels) peuvent rendre inefficaces l'utilisation d'échelles de mesure habituelle de la douleur. Pour la prise en charge de la douleur en Afrique subsaharienne plusieurs molécules ont été proposées avec certaines précautions chez la personne âgée. Le paracétamol est largement utilisé dans le traitement de la douleur postopératoire. La quasi-absence d'effets secondaires est précieuse chez le sujet âgé. Le délai d'action long (jusqu'à une heure après administration intraveineuse de paracétamol) justifie l'administration précoce du traitement, en peropératoire. Concernant l'acétaminophène, il n'y a pas de données pas de données mais cette molécule ne semble pas être un problème pour le sujet âgé. Cependant la dose maximale devait être diminuée à 2-3 g/jour [6]. Les AINS non sélectifs et coxibs doivent être : rarement prescrits, utiliser avec beaucoup de prudence chez des individus âgé très bien sélectionnés pour une courte durée et à une dose faible. Les effets indésirables sont importants et fréquents (hémorragie digestive et insuffisance rénale) [5]. L'insuffisance rénale est d'autant plus à craindre que la fonction rénale de base est souvent altérée, que les patients sont souvent déshydratés ou hypovolémiques, ou reçoivent déjà des médicaments néphrotoxiques. La morphine reste indiquée dans la période postopératoire mais doit faire l'objet d'une titration des doses. Toutes les méthodes d'administration de la morphine sont utilisables,

même l'analgésie autocontrôlée (PCA), bien qu'en pratique plus d'un patient âgé sur deux ne l'utilise pas correctement, et reste déconseillée chez le sujet âgé confus [6]. La réalisation d'une analgésie péridurale continue postopératoire ou d'une rachianalg sie-morphine permet de diminuer cette morbidité [8]. Près d'un sujet âgé sur trois sont transféré en réanimation pour la prise en charge post opératoire [2]. L'hospitalisation d'une personne âgée représente souvent une rupture dans son existence. Près du tiers des patients très âgés, hospitalisés pour une maladie aiguë et venant de leur domicile, développe une altération de leur vie relationnelle à leur sortie de l'hôpital. La moitié d'entre eux gardera un handicap définitif : impossibilité de se laver, de s'habiller ou de se déplacer seul en dehors de son domicile. La pathologie induite par l'hôpital est plurifactorielle. La polymédication et l'absence de lever précoce durant l'hospitalisation sont des facteurs de risque très fortement générateurs de l'apparition d'un déficit à la sortie de l'hôpital [3]. La priorité de l'équipe médico-chirurgicale doit être le retour rapide du sujet dans son environnement habituel, avec le moins possible de pertes fonctionnelles. La connaissance des conditions habituelles de vie, de l'entourage familial et du voisinage permet d'évaluer les possibilités de prise en charge après la sortie de l'hôpital. L'utilisation de l'index de Karnofsky pour évaluer la qualité de vie après une cystectomie chez des patients de plus de 80 ans montre une baisse moyenne de 10 points sur un total de 100 un mois après l'intervention [9].

Conclusion

L'anesthésie chez le patient âgé est de plus en plus fréquente en Afrique subsaharienne. La connaissance des spécificités de cette anesthésie doit permettre de minimiser la morbidité et la mortalité périopératoires. Une évaluation précise de l'état général et des lésions organiques est absolument nécessaire pour prodiguer une thérapeutique adaptée. Cette évaluation nécessite une approche prudente en toute connaissance de la physiologie et des comorbidités présentes. Le but de la prise en charge périopératoire: retour à une activité normale le plus vite possible.

Références

1. **Ayé YD, Ahouangansi SER, N'Guessan YF, Touré WC et coll.** Prise en charge anesthésique du sujet âgé au CHU d'angré. Rev Afr Anesth Med Urgence. 2023 ; 28(2) :16-19
2. **Diaw M, Bah MD , Léye PA, Gaye I, Traoré MM, Touré AO et coll.** Prise en charge périopératoire des urgences abdominales du sujet âgé. Rev Afr Anesth Med Urgence. 2023 ; 28(2) :66-73
3. **M. Mazerolles* , F. Atallah.** Prise en charge anesthésique des personnes âgées en onco-urologie. Progrès en urologie (2009) 19 Suppl. 3, S87-S92
4. **Persico I, Cesari M, Morandi A, Haas J, Mazzola P, Zambon A, et al.** Frailty and Delirium in Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis of the Literature. J Am Geriatr Soc. 2018; 66 (10): 2022-30.
5. **R. Griffiths,1 S. Babu,2 P. Dixon,3 N. Freeman,4 D. Hurford,5 E. Kelleher,6 I. Moppett,7,8 D. Ray,9 O. Sahota,10 M. Shields11 and S. White12.** Guideline for the management of hip fractures 2020. Anaesthesia 2021 ; 76, 225-237
6. **Beaulieu P.** Cannabinoïdes et gestion de la douleur aiguë/postopératoire. Douleur. 2021 ; 162(8): 2309.
7. **Lussier D, Bruneau MA, Villalpando JM.** Prise en charge de la démence en phase terminale. Prim Care. 2011 ; 38(2) : 247-64, viii. DOI : 10.1016/j.pop.2011.03.006
8. **Inouye S, Bogardus S, Charpentier P, Leo-summers L, Acampora D, Holford T.** A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. N Engl J Med 1999; 340: 669-76.
9. **Stroumbakis N, Herr H, Cookson M, Fair W.** Radical Cystectomy in the octogenarian. J Urol 1997; 158: 2113-17.