

Prise en charge périopératoire des urgences abdominales du sujet âgé

Perioperative management of abdominal emergencies of the elderly

Diaw M¹, Bah MD², Léye PA³, Gaye I⁴, Traoré MM⁵, Touré AO⁶, Ndiaye PI³, Diouf E³.

1. Service anesthésie-réanimation – Hôpital Militaire de Ouakam – Dakar

2. Service anesthésie-réanimation – CHU de Fann – Dakar

3. Service anesthésie-réanimation – CHU A. Le Dantec – Dakar

4. Service anesthésie-réanimation – Centre Hospitalier Dalal Jaam – Dakar

5. Service anesthésie-réanimation – Hôpital d'Enfants Albert Royer – Dakar

6. Service chirurgie générale – CHU A. Le Dantec – Dakar

Auteur correspondant : Mbaye DIAW Mail : diawfara86@gmail.com

Résumé.

Objectif : Evaluer la prise en charge péri-opératoire des patients âgés opérés pour une urgence abdominale.

Patients et méthode : Il s'agissait d'une étude rétrospective, descriptive et analytique menée du 1^{er} Janvier 2019 au 31 Décembre 2020 au CHU A. Le Dantec. Ont été inclus dans l'étude tous les patients ayant 65 ans et plus opérés pour une urgence chirurgicale abdominale non traumatique.

Résultats : Sur la période d'étude, 77 patients ont subi une intervention chirurgicale abdominale en urgence. Ce qui représentait 2,1% des chirurgies réalisées en urgence. Leur âge moyen était de 74,19 ans±59 (65-90 ans). Les indications opératoires étaient dominées par l'OIA (35,1%) et la hernie inguinale étranglée (22,8%). L'anesthésie générale était la technique anesthésique la plus réalisée (98,2%). L'hypotension artérielle était la complication per-opératoire la plus retrouvée (72,3%). En fin d'intervention, dix-sept patients (29,8%) étaient transférés en réanimation. L'état de choc (35,3%), le retard de réveil (29,4%) et l'IRA (17,6%) étaient les principaux motifs de transfert en unité de réanimation. L'IRA post-opératoire représentait 37,5% des complications. L'évolution s'est faite vers le décès dans 28,1% des cas. Le choc septique (37,5%), l'embolie pulmonaire (12,5%) et le choc cardiogénique (12,5%) étaient les principales causes de décès. L'âge (p=0,04), la péritonite (p=0,001), l'IRA en pré-opératoire (p=0,02), le score ASAu (p=0,016), l'index de comorbidités de Charlson (p=0,01), l'hypotension artérielle per-opératoire (p=0,007), l'administration de vasopresseurs en per-opératoire (p=0,001), l'admission en réanimation (p=0,001), l'IRA post-opératoire (p=0,003), l'état de choc (p=0,001) et l'altération de la conscience (p=0,046) ont été identifiés comme facteurs prédictifs de mortalité.

Conclusion : l'anesthésie pour chirurgie abdominale urgente chez le sujet âgé est associée à un risque important de morbi-mortalité. Il s'impose alors à l'anesthésiste-réanimateur une lourde charge dans la préparation de l'intervention et la prise en charge efficiente des complications per et post-opératoires.

Mots clés : Urgences abdominales - Sujet âgé - Complications postopératoires

Summary :

Objective: To evaluate the perioperative management of elderly patients operated for a non traumatic abdominal emergency.

Patients and method: This is a retrospective, descriptive and analytical study conducted from January 1st, 2019 to December 31th, 2020 at Teaching hospital Aristide Le Dantec. The study included all patients aged 65 and over who were operated for a non-traumatic abdominal surgical emergency.

Results: Over the 2-year study period, 57 patients underwent emergency abdominal surgery.. The average age of patients was 74.19 years. Surgical indications were dominated by acute intestinal obstruction AIO (35.1%) and strangulated inguinal hernia (22.8%). General anesthesia was the most commonly performed anesthetic technique (98.2%). Low blood pressure was the most common surgical complication (72.3%). At the end of the procedure, seventeen patients (29.8%) were transferred to resuscitation. Shock (35.3%), delayed waking (29.4%) and acute respiratory failure ARF (17.6%) were the main reasons for transfer to resuscitation. Post-operative ARF accounted for 37.5% of post-operative complications. The trend was towards death in 28.1% of cases. Septic shock (37.5%), pulmonary embolism (12.5%) and cardiogenic shock (12.5%) were the leading causes of death. Age (p=0.04), peritonitis (p=0.001), pre-operative ARF (p=0.02), ASAu score (p=0.016), Charlson's comorbidity index (p=0.01), per-operative blood pressure hypotension (p=0.007), administration of per-operative vasopressors (p=0.001), resuscitation admission (p=0.001), post-operative ARF (p=0.003), shock (p=0.001) and altered consciousness (p=0.046) were identified as mortality predictors.

Conclusion: Anaesthesia for urgent abdominal surgery in the elderly is associated with a significant risk of morbidity. The anaesthetist-resuscitator then has a heavy burden in the preparation of the intervention and the efficient management of complications per and post-operative.

Keywords: Abdominal emergencies - Elderly - Postoperative complications.

Introduction.

Le vieillissement de la population associé aux progrès des techniques opératoires, amènent à une augmentation du nombre de sujets âgés candidats à une procédure interventionnelle réalisée sous anesthésie, quelle que soit la technique. 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 [1]. Cette population bien spécifique est à risque de complications graves nécessitant une prise en charge spécifique. L'objectif de notre étude était d'évaluer la prise en charge anesthésique des urgences abdominales chez les personnes âgées.

Matériels et méthode

Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive et analytique menée sur 2 années du 1^{er} Janvier 2019 au 31 Décembre 2020 au CHU A. Le Dantec. Ont été inclus dans l'étude tous les patients ayant 65 ans et plus opérés pour une urgence chirurgicale abdominale. Étaient non inclus tous les patients âgés de moins de 65 ans, ceux opérés au programme réglé et ceux ayant bénéficié d'une reprise chirurgicale. A partir des dossiers d'hospitalisation et des fiches d'anesthésie, nous avons recueilli les données épidémiologiques (fréquence, âge, sexe), le diagnostic et le type de geste chirurgical réalisé, les antécédents chirurgicaux, les données de l'évaluation clinique préopératoire, les données sur les explorations paracliniques réalisées (NFS, ionogramme sanguin, créatininémie, taux d'urée, DFG selon la formule de MDRD, ECG, échodoppler cardiaque). Les données sur les comorbidités ont

aussi été collectées nous permettant de définir l'index de Charlson qui est un score de comorbidités compétitives (19 recensées) avec une variable selon l'âge, prédictif de survie à 1 an. Nous avons, de même, recueilli les données sur la préparation préopératoire, sur le déroulement de l'anesthésie (induction, titration des agents, remplissage vasculaire, transfusion sanguine, événements indésirables, durée), sur la prise en charge postopératoire (transfert en réanimation, ventilation, traitement), et sur les modalités évolutives (durée d'hospitalisation, morbidité, mortalité). Les différentes données mentionnées plus haut ont été secondairement saisies sur le logiciel Excel version 2019. Leur analyse a été effectuée à l'aide du programme statistique SPSS (SPHINX Plus©), permettant le calcul des fréquences, des moyennes et des pourcentages. Nous avons utilisé le test du khi-deux pour l'analyse des données, avec un p significatif s'il est inférieur à 0,05. La liste nominative des patients éligibles et les données issues des dossiers ont été manipulées avec le respect de la confidentialité, conformément aux règles de l'éthique médicale.

Résultats

Sur la période d'étude de 2 années, 77 patients de 65 ans et plus ont subi une intervention chirurgicale abdominale en urgence. Ce qui représentait 2,1% des chirurgies réalisées en urgence. L'âge moyen des patients était de 74,19 ans avec des extrêmes de 65 et 90 ans. Un antécédent médical était retrouvé dans 73,7% des cas. L'index moyen de comorbidités de Charlson était de $5 \pm 2,7$ (**Tableau I**).

Tableau I : Répartition des patients selon l'index de comorbidités de Charlson.

<i>Index de Charlson</i>	<i>Mortalité prédite à 1 an</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Pourcentages</i>
0	12 %	0	0,0%
1 – 2	26 %	8	10,5%
3 – 4	52 %	29	36,8%
≥ 5	85 %	40	52,6%
Total		77	100%

Les indications opératoires étaient dominées par l'occlusion intestinale aiguë (35,1%) et la hernie inguinale étranglée (22,8%) (**Tableau II**).

Tableau II : Répartition des patients selon le type de chirurgie.

Types de chirurgie	Effectifs	Pourcentages
Chirurgie colique	20	26,1%
Stomie isolée	5	
Résection + stomie	4	
Résection + anastomose + drainage	3	
Résection + anastomose	3	
Résection + anastomose + stomie	2	
Résection + anastomose + stomie + drainage	2	
Détorsion colique + stomie	1	
Chirurgie grêlique	16	21,2%
Résection + anastomose	6	
Section de brides + adhésiolyse	4	
Résection + anastomose + drainage	3	
Section de brides + stomie	3	
Abstention thérapeutique	1	
Chirurgie pariétale	15	19,3%
Cure simple	8	
Cure par prothèse	7	
Chirurgie gastroduodénale	12	15,8%
Suture + épiploplastie + drainage	4	
Avivement + suture + épiploplastie	2	
Suture + drainage	2	
Suture + stomie	1	
Suture + réduction hiatus + drainage	1	
Nécrosectomie + suture + stomie	1	
Chirurgie appendiculaire	9	12,3%
Appendicectomie + drainage	6	
Appendicectomie	3	
Chirurgie hépatobiliaire	4	5,3%
Drainage chirurgical d'abcès hépatique	3	
Cholécystectomie + drainage	1	

Les patients étaient classés ASA2u, ASA3u et ASA4u dans respectivement 28.1%, 40.4%, et 19,3%. Le score ASAu moyen était de $2,8 \pm 1$. La préparation pré-opératoire avait porté en un remplissage vasculaire (90%), en une transfusion de produits sanguins (15%), en une perfusion de sodium et de potassium au pousse seringue électrique (15%). La préparation avait également porté en une perfusion d'amines vasoactives (5%), sur l'arrêt d'un traitement diurétique (2,5%) et enfin sur l'arrêt

d'un traitement anticoagulant en cours (12,5%). Un ECG et une échocardiographie transthoracique ont été réalisés dans respectivement 91,2 et 36,8% des cas. L'anesthésie générale avec induction en séquence rapide était la technique anesthésique la plus réalisée (98,2%). Une réduction des doses ou titration était réalisée chez 80,7% des patients. L'hypotension artérielle était la complication per-opératoire la plus retrouvée (72,3%) (**Tableau III**).

Tableau III : Répartition des patients selon les évènements indésirables per-anesthésiques

Evènements indésirables	Effectifs	Pourcentages
Hypotension artérielle	56	72,3%
Tachycardie	44	57,4%
Hypothermie	20	25,5%
Retard de réveil	15	19,1%
Intubation difficile	6	8,5%
Anurie	6	8,5%
Hypertension	5	6,4%
Arythmie cardiaque	5	6,4%
Hyperglycémie	3	4,3%
Hypoglycémie	1	2,1%

En fin d'intervention, dix-sept patients (29,8%) étaient transférés en réanimation. L'état de choc (35,3%), le retard de réveil (29,4%) et l'insuffisance rénale aigue (IRA) (17,6%) étaient les principaux

motifs de transfert en unité de réanimation. L'IRA post-opératoire représentait 37,5% des complications post-opératoires (**Tableau IV**).

Tableau IV : Répartition des patients selon les complications postopératoires.

<i>Complications</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Pourcentages</i>
<i>Anémie</i>	37	47,9%
<i>IRA</i>	29	37,5%
<i>Hypothermie</i>	27	35,4%
<i>Troubles Hydroélectrolytiques</i>	27	33,3%
<i>Arrêt cardiaque</i>	21	27,1%
<i>Etat de choc</i>	19	25,0%
<i>HTA</i>	18	22,9%
<i>Détresse respiratoire</i>	14	18,8%
<i>Trouble de la crase</i>	13	16,7%
<i>Sepsis</i>	11	14,6%
<i>Fonction cognitive altérée</i>	9	12,5%
<i>Complication chirurgicale</i>	8	10,4%
<i>Conscience altérée</i>	6	8,3%
<i>Dénutrition</i>	6	6,3%
<i>Maladie Thromboembolique Veineuse</i>	6	6,3%

La durée moyenne d'hospitalisation en réanimation était de 5,1 jours \pm 4,34 avec des extrêmes de 2 h et de 13 jours. L'évolution s'est faite vers le décès dans 28,1% des cas. Le choc septique (37,5%), l'embolie

pulmonaire (12,5%) et le choc cardiogénique (12,5%) étaient les principales causes de décès. Les principaux facteurs pronostiques sont résumés dans le **tableau V**

Tableau V : Facteurs prédictifs de mortalité

<i>Facteurs</i>	<i>p</i>
<i>Age</i>	0,04
<i>Peritonite</i>	0,000
<i>IRA</i>	27
<i>Index de comorbidités de Charlston</i>	0,01
<i>Etat de choc per op</i>	0,007
<i>Utilisation de vasopresseurs en per-op</i>	0,001
<i>Admission en réanimation</i>	0,000
<i>Conscience altérée</i>	0,046
<i>IRA per et post-operatoire</i>	0,003

Discussion.

Dans notre série 77 patients âgés de 65 ans ou plus, ont été opérés pour chirurgie abdominale urgente sur une période de deux années. Ce qui représentait 2,1% des chirurgies réalisées en urgence. Wade, 4 années plus tôt, avait observé une fréquence de 4,5 % [2]. Lebeau, sur une période de 10 ans, a rapporté une fréquence de 3,25% sur 4 208 patients opérés en urgence pour une affection abdominale digestive non traumatique [3]. Cette faible proportion des patients âgés opérés en urgence pourrait s'expliquer par la jeunesse de la population africaine. Au Sénégal, cette tranche d'âge ne représente que 3,5% de la population générale [4]. Par contre, dans les pays du nord, la fréquentation des services d'urgence, par les personnes âgées est vue à la hausse, représentant plus d'un quart des patients accueillis [5].

L'âge moyen de nos patients était de 74,19 ans avec des extrêmes de 65 et 90 ans. Ce résultat est proche des données de plusieurs études [6]. Dans la série de Lebeau, il était retrouvé un âge moyen de 68,3 ans [3]. Mais dans cette dernière, l'âge minimal de vieillesse était de 60 ans (avec des extrêmes de 60 et 93 ans). Ainsi se pose le problème d'un consensus général sur l'âge à partir duquel une personne est estimée âgée. Si l'OMS retient 60 ans [7], plusieurs auteurs semblent plus communément considérer 65 ans comme limite acceptable pour définir cette population [6,8]. Mais plus que l'âge chronologique, c'est l'âge physiologique qui a un caractère pertinent. Il détermine l'état des réserves fonctionnelles et donc plus précisément l'état de santé préopératoire.

Nous avons noté une comorbidité dans 73,7% des cas. L'HTA était la comorbidité la plus fréquente (59,5%). Dans la population âgée, la plupart des études retrouvent une plus grande fréquence de pathologies cardiovasculaires notamment l'HTA avec des proportions allant de 21 à 65%, suivies par les pathologies ostéo-articulaires, le diabète, les pathologies broncho-pulmonaires (BPCO), et les cancers [6]. Laor a démontré que l'index de Charlson était supérieur à l'âge dans la prédiction de la mortalité précoce et tardive chez les patients âgés devant subir une chirurgie élektive ou d'urgence [9]. Dans notre étude l'index moyen de comorbidités de Charlson était de $5 \pm 2,7$ (index extrêmes de 2 et 10). Cet indice qui attribue un pronostic à chaque tranche d'âge et à chaque comorbidité, permet de quantifier les comorbidités des patients âgés. Il traduit ainsi dans notre étude un fardeau important des comorbidités chez nos patients.

La consultation d'anesthésie avait pour but, notamment chez ces patients âgés, d'évaluer l'état physiologique et l'autonomie, de préciser les comorbidités, de connaître avec précision les traitements médicaux en cours, mais aussi d'évaluer le statut psychologique et neuropsychologique. Les signes fonctionnels digestifs étaient dominés par la douleur abdominale (96,3%) et les vomissements (68,5%). A l'examen physique, une défense abdominale était retrouvée dans 57,9% des cas. La pression artérielle moyenne était de 130,28 mmHg. Les manifestations cliniques dans chaque cas dépendent des caractéristiques physiologiques et métaboliques, du statut immunitaire, ainsi que du type de pathologie et de la durée de la symptomatologie avant la présentation à l'hôpital.

Le diagnostic chez les patients âgés présentant un abdomen aigu est difficile. Les comorbidités telles que les accidents vasculaires cérébraux et la démence peuvent entraîner des difficultés de communication. De plus, les patients âgés peuvent ne pas présenter les caractéristiques typiques auxquelles on pourrait s'attendre dans certaines affections intra-abdominales. Les patients âgés peuvent avoir une douleur réduite ou atypique ou montrer l'absence de signes de sepsis intra-abdominal [10]. Il est donc utile de compléter la clinique par des examens complémentaires ciblés afin de décider de l'attitude thérapeutique la plus appropriée. L'état de choc et l'oligurie sont des signes de gravité. Ils sont la conséquence de profonds désordres volémiques ou d'un sepsis. Leurs retentissements sur les principales fonctions rénales, cardiaque, pulmonaire, hépatique, mettent en jeu le pronostic vital. Les signes d'insuffisance cardiaque, œdèmes, souffle valvulaire, troubles du rythme et de la conduction sont retrouvés chez plus de 80 % des plus de 60 ans. La principale caractéristique du système cardio-vasculaire « âgé » est la difficulté

Rev Afr Anesth Med Urg. Tome 28 n°2-2023

d'adaptation face aux situations de stress [11]. Une tachycardie réactionnelle peut être manquante en raison de la diminution de la sensibilité des barorécepteurs carotidiens ou de la prise de bêta-bloquants. Dans notre série, la majorité des patients était classée ASA3u (40,4%) et ASA2u (28,1%). Le score ASAu moyen était de $2,8 \pm 1$. La plupart des études concluent en l'importance de réaliser le score ASA, afin d'évaluer le risque de morbi-mortalité péri-opératoire [12]. Cependant, une des limites de ce score est qu'il existe une variabilité opérateur dépendante. Par contre, elle ne reflète pas particulièrement chez le patient âgé l'état des réserves fonctionnelles puisqu'elle n'apprécie que l'état statique des patients. Le comportement de ces patients vis-à-vis du stress imposé par la chirurgie et l'anesthésie est différent et souvent difficilement supporté par l'état du patient. D'un autre côté, la classification ASA repose sur les tares connues existantes chez le patient et non pas sur les tares découvertes au cours du séjour [13]. La grande majorité de nos patients avait bénéficié d'une préparation préopératoire. Les objectifs de cette préparation étaient essentiellement : une optimisation hémodynamique, la correction des troubles hydroélectrolytiques et de l'anémie. Ainsi, le remplissage vasculaire (90%) était le type de préparation le plus retrouvé dans notre étude. Son efficacité était uniquement appréciée par l'évaluation des signes cliniques (pression artérielle, fréquence cardiaque, diurèse). Ces éléments apportent beaucoup d'informations et ont l'avantage d'être immédiatement et facilement accessibles. Pris isolément, ils manquent de sensibilité et de spécificité, en raison d'influences multifactorielles indépendantes du volume circulant.

Le caractère urgent des différents tableaux cliniques, signifie qu'il y a souvent peu de temps pour évaluer et optimiser le patient avant l'opération. Pour Chambers, l'optimisation préopératoire doit être mise en balance avec le risque de retarder la chirurgie : le délai avant laparotomie d'urgence est associé à de moins bons résultats postopératoires, suggérant que l'optimisation et la chirurgie devraient se produire simultanément plutôt que consécutivement. Il estime qu'il serait préférable d'effectuer une première intervention moins invasive (par exemple, colostomie) pour permettre la stabilisation du patient avant la chirurgie définitive [14]. L'anesthésie générale (98,2%) était la technique majoritairement employée dans notre série. Le choix du type d'anesthésie, générale ou locorégionale, est un sujet d'intérêt dans cette tranche d'âge. Lorsque l'on compare ces deux types de prise en charge aucune différence de mortalité ou de morbidité cardiovasculaire ni de modification des fonctions intellectuelles n'est mise en évidence [15].

La stratégie repose avant tout sur une analyse bénéfice–risque au cas par cas, adaptée à chaque patient, pour la procédure considérée. Pour des raisons de confort, l’anesthésie générale doit être préférée à l’anesthésie locorégionale quand la durée prévisible du geste chirurgical est longue, ou quand la position opératoire n’est pas confortable [15]. Une réduction des doses ou titration était réalisée chez 80,7% des patients. Les modifications physiologiques liées au vieillissement influencent à la fois la pharmacocinétique et la pharmacodynamique des hypnotiques et des morphiniques, mais pas des curares. Elles doivent conduire à réduire les doses afin de minimiser les risques liés aux effets indésirables des agents anesthésiques notamment hémodynamiques, à l’aide des données du monitoring (cardiovasculaire, profondeur d’anesthésie par exemple). En effet, l’objectif primordial est d’assurer une stabilité hémodynamique durant toute l’anesthésie [16]. Un titrage minutieux des doses est donc important chez les personnes âgées. Généralement, les besoins en dose d’induction peuvent être 50 % moins que ceux des jeunes adultes, et les doses d’entretien sont généralement réduites d’environ 25% [17]. Des événements indésirables peropératoires sont survenus dans 70% des cas. L’hypotension artérielle était la complication la plus retrouvée et représentait 72,3% des complications. Les sujets âgés sont souvent hypovolémiques. Et il n’en demeure pas moins que la plupart des opérés sont admis avec 1, 2 ou 3 médicaments antihypertenseurs qui favorisent la survenue d’hypotension artérielle per-opératoire. L’hypotension artérielle per-opératoire favorise de façon très significative la survenue de dommage myocardique postopératoire, d’infarctus du myocarde, d’altération de la fonction rénale avec insuffisance rénale postopératoire et d’accident vasculaire cérébral et de décès postopératoires [18]. Des études confirment que l’hypotension artérielle peropératoire inférieure à 55 mmHg de PAM favorise la survenue d’un dommage myocardique ischémique postopératoire et d’une insuffisance rénale post-opératoire et soulignent que des valeurs basses de pression artérielle, qui sont pourtant acceptées en pratique clinique par de nombreux anesthésistes réanimateurs, sont des facteurs prédictifs indépendants de la survenue de complications cardiaques postopératoires [19]. Dans notre série, la morbidité postopératoire était de 84,2%. Le taux de morbidité dans notre étude est supérieur à ceux des séries de Ozkan et Arenal qui étaient respectivement de 22,8 et de 48% [8,20]. L’âge est reconnu comme étant un facteur indépendant de complications postopératoires [21]. Le risque de développer des complications hémodynamiques et pulmonaires sévères

postopératoires chez le patient âgé, pourrait s’expliquer par la diminution de la réserve fonctionnelle suffisante pour restaurer l’homéostasie lorsqu’il est soumis au stress chirurgical. Les complications postopératoires deviennent alors des facteurs d’allongement du retour à l’autonomie, voire d’alitement prolongé qui expose les sujets âgés à des complications dites de décubitus. L’analyse des facteurs de risque met en évidence le poids des comorbidités. Mais au-delà des comorbidités cardiovasculaires et respiratoires habituellement identifiées, certains facteurs comme la « fragilité » peuvent intervenir dans les modèles de prédiction du risque. Les sujets identifiés comme fragiles sont à risque élevé de complications post-opératoires [21]. L’insuffisance rénale aigue postopératoire dans notre série représentait 37,5% des complications postopératoires. L’âge ≥ 65 ans, l’insuffisance rénale chronique, le sexe masculin, l’HTA, le Diabète, le cancer, le sepsis, l’instabilité hémodynamique et la chirurgie majeur abdomino-pelvienne sont entre autres des facteurs de risques de survenu d’IRA postopératoire [22].

Dans une étude randomisée réalisée dans 3 hôpitaux chinois, Wu note qu’un niveau de PAM allant de 80 à 95 mmHg confère un rôle protecteur à la fonction rénale, réduisant ainsi le risque d’IRA postopératoire après une chirurgie gastro-intestinale majeure [23]. Les troubles cognitifs demeurent une des complications les plus attendues en postopératoire chez le sujet âgé. Dans notre série, elle était retrouvée dans 12,5% des cas. Ceci est inférieur à ce qui est rapporté dans la littérature. En effet, l’incidence du syndrome confusionnel est évaluée entre 20 % et 40 %. En ce qui concerne les spécificités péri-opératoires, certaines interventions (en chirurgie orthopédique, vasculaire et cardiaque) semblent plus à risque. Le caractère urgent de l’intervention augmente aussi le risque. Les facteurs favorisants sont l’âge supérieur à 80 ans, l’existence de troubles cognitifs préopératoires, un score d’autonomie (ADL) bas, la présence de comorbidités, et la prise de benzodiazépines. Ce syndrome est associé à une aggravation du pronostic fonctionnel et vital [16,24]. La mortalité globale dans notre série était de 28,1 %. Les principales causes de décès retrouvées étaient le choc septique (37,5%), l’embolie pulmonaire (12,5%) et le choc cardiogénique (12,5%). Ce taux de mortalité est supérieur à ceux rapportés par Wade et Lebeau, qui était respectivement de 7,4 et 10,21% [2,3]. Dans des séries de pays du nord, le taux de mortalité varie de 14 à 45% selon l’âge et le diagnostic. Il augmente de façon exponentielle avec l’âge, avec un taux de mortalité de 7 % chez les plus de 80 ans et de près de 12 % chez les plus de 90 ans [25].

Il semble que le taux de mortalité postopératoire chez les patients âgés de 75 ans et plus soit multiplié par 2 par rapport à ceux de 65 à 74 ans [20].

Au de-là de l'âge, c'est surtout le syndrome de fragilité qui pourrait expliquer la mortalité élevée dans cette population. Ce syndrome de fragilité qui a trouvé une place importante dans l'évaluation préopératoire traduit la vulnérabilité des sujets âgés au stress chirurgical par diminution des réserves fonctionnelles.

Conclusion

L'anesthésiste prend en charge des patients de plus en plus âgés qui sont pathologiques et polymédiqués rendant le risque opératoire plus élevé. Il s'impose alors à l'anesthésiste-réanimateur une lourde charge dans la préparation à l'intervention et la prise en charge efficiente des complications per et post-opératoires.

Références.

- 1. Aubrun F, Baillard C, Beuscart J-B, Billard V, Boddart J, Boulanger E.** Recommandation sur l'anesthésie du sujet âgé : l'exemple de fracture de l'extrémité supérieure du fémur. *Anesthésie & Réanimation*. 2019; 5(2): 122-38.
- 2. Wade TMM, Ba PA, Diao ML, Diop B, Cisse M, Konaté I.** Urgences chirurgicales digestives non traumatiques chez le sujet âgé au CHU Aristide-Le-Dantec de Dakar : à propos d'une série de 110 cas. *J Afr Hepato Gastroenterol* 2016; 10(4): 190-3.
- 3. Lebeau R, Diané B, Kassi ABF, Yénon KS, Kouassi JC.** Nontraumatic digestive surgical emergencies in elderly patients at the Cocody University Hospital Center in Abidjan, Côte d'Ivoire: etiology and outcome. *Med Trop* 2011; 71(3): 241-4.
- 4. Agence Nationale de la Statistique et de la démographie (ANSD) de la République du Sénégal.** Rapport définitif du recensement général de la population et de l'habitat, de l'agriculture et l'élevage. RGPHE 2013; 418.
- 5. Tran B-K, Espolio Desbaillet Y, Groebli Y, Della SV.** Abdominal pain among elderly patients in the emergency department. *Rev Med Suisse* 2012; 8(350): 1548-52.
- 6. Ukkonen M, Kivivuori A, Rantanen T, Paajanen H.** Emergency Abdominal Operations in the Elderly: A Multivariate Regression Analysis of 430 Consecutive Patients with Acute Abdomen. *World J Surg* 2015; 39(12): 2854-61.
- 7. Organisation Mondiale de la Santé.** Rapport mondial sur le vieillissement et la santé 2016 <https://apps.who.int/iris/handle/10665/206556> Mis en ligne le 19 Juin 2015, consulte le 03 septembre 2021
- 8. Ozkan E, Fersahoğlu MM, Dulundu E, Ozel Y, Yıldız MK, Topaloğlu U.** Factors affecting mortality and morbidity in emergency abdominal surgery in geriatric patients. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg* 2010; 16(5): 439-44.
- 9. Laor A, Tal S, Guller V, Zbar AP, Mavor E.** The Charlson Comorbidity Index (CCI) as a Mortality Predictor after Surgery in Elderly Patients. *Am Surg* 2016; 82(1): 22-7.
- 10. Torrance ADW, Powell SL, Griffiths EA.** Emergency surgery in the elderly: challenges and solutions. *Open Access Emerg Med* 2015; 7: 55-68.
- 11. Mazerolles M, Atallah F.** Prise en charge anesthésique des personnes âgées en onco-urologie. *Progrès en Urologie*. nov 2009; 19: S87-92.
- 12. Tran B-K, Espolio Desbaillet Y, Groebli Y, Della SV.** Abdominal pain among elderly patients in the emergency department. *Rev Med Suisse* 2012; 8(350): 1548-52.
- 13. Pernet J.** Particularités des urgences chirurgicales du patient âgé. *Cah gerontol* 2011; 3(2): 48-55.
- 14. Chambers DJ, Allan MWB.** Anaesthesia in the elderly. *Anaesthesia & Intensive Care Medicine*. janv 2017; 18(1): 22-6.
- 15. Duron JJ, Duron E, Maneglia R.** Chirurgie digestive du grand âge. *Journal de Chirurgie* 2005; 142(3): 150-9.
- 16. Mézière A, Paillaud E, Plaud B.** Anesthésie de la personne âgée. *La Presse Médicale* 2013; 42(2): 197-201.
- 17. Kruijt Spanjer MR, Bakker NA, Absalom AR.** Pharmacology in the elderly and newer anaesthesia drugs. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology* 2011; 25(3): 355-65.
- 18. Benchetrit D, Coriat P.** Effets délétères de l'hypotension artérielle peropératoire. *Le Praticien en Anesthésie Réanimation* 2019; 23(5): 268-74.
- 19. Monk TG, Bronsert MR, Henderson WG, Mangione MP, Sum-Ping STJ, Bentt DR.** Association between Intraoperative Hypotension and Hypertension and 30-day Postoperative Mortality in Noncardiac Surgery. *Anesthesiology* 2015; 123(2): 307-19.

20. Arenal JJ, Bengoechea-Beeby M. Mortality associated with emergency abdominal surgery in the elderly. *Can J Surg* 2003; 46(2): 111-6.

21. Albaladejo P. Le grand âge, un facteur de risque indépendant de complications postopératoire ? *Le Praticien en Anesthésie Réanimation* 2012; 16(4): 237-41.

22. Ichai C, Vinsonneau C, Souweine B, Armando F, Canet E, Clec'h C. Insuffisance rénale aiguë en périopératoire et en réanimation (à l'exclusion des techniques d'épuration extrarénale). *Anesthésie & Réanimation* 2016; 2(3): 184-205.

23. Wu X, Jiang Z, Ying J, Han Y, Chen Z. Optimal blood pressure decreases acute kidney injury after gastrointestinal surgery in elderly hypertensive patients : A randomized study. *Journal of Clinical Anesthesia*. 2017 ; 43 :77-83.

24. Rana MV, Bonasera LK, Bordelon GJ. Pharmacologic Considerations of Anesthetic Agents in Geriatric Patients. *Anesthesiology Clinics* 2017; 35(2): 259-71.

25. Desserud KF, Veen T, Søreide K. Emergency general surgery in the geriatric patient. *British Journal of Surgery* 2016 ; 103(2): e52-61.