

## Protocole générique de réhabilitation améliorée après chirurgie chez le patient âgé de plus de 70 ans

### Introduction

Nous retiendrons, le seuil de 70 ans. Les personnes âgées représentent une population extrêmement hétérogène en termes de santé : elles peuvent être classées comme « robustes », « fragiles » ou « dépendantes ». Les définitions de la **fragilité** varient en fonction des auteurs, mais la HAS (2013) propose de dépister la fragilité à l'aide d'une grille comportant la recherche d'une perte de poids, une vitesse de marche ralentie, une difficulté à se déplacer, une asthénie, un isolement social et une plainte mnésique.

La **sarcopénie**, représente un élément important de la fragilité. Définie par une diminution de la masse et de la force et/ou fonction musculaire, elle est associée aux diverses pathologies dont la prévalence augmente avec l'âge. Le stress chirurgical, les périodes de jeûne et l'immobilisation aggravent rapidement cette sarcopénie.

Les personnes âgées sont particulièrement à risque de **dénutrition**.

Les personnes âgées fragiles, sarcopéniques et/ou dénutries présentent un risque accru de complications, d'hospitalisations prolongées, de dépendance fonctionnelle, d'entrée en institution et de mortalité. Ce sont probablement ces patients âgés qui sont susceptibles de bénéficier le plus des programmes de réhabilitation améliorée.

De plus en plus de publications et d'experts évoquent la préhabilitation chez les patients âgés. Les résultats préliminaires en sont prometteurs mais demandent à être mieux évalués en termes de réduction de la morbidité et la durée de séjour.

Les éléments de ce protocole doivent être adaptés à chaque situation pratique, appliqués dans chaque centre après consensus au sein de l'équipe de soins. Le gériatre est un intervenant essentiel dans ce contexte et son expertise doit être sollicitée en préopératoire et en postopératoire.

La liste des éléments à mettre en œuvre n'est ni limitative ni figée. Ce protocole est issu de recommandations nationales et internationales (cf liens bibliographiques sur le site [www.grace-asso.fr](http://www.grace-asso.fr))



La collaboration étroite entre les différents intervenants dans les soins péri-opératoires est essentielle à la réussite du protocole. Par ailleurs le protocole doit intégrer une organisation facilitant la réadmission ainsi qu'un numéro de téléphone d'urgence 24h/24 en cas de nécessité.

## 1. Patients éligibles

### Critères d'éligibilité

Sont éligibles pour ce protocole générique :

- tous les patients ayant une affection nécessitant une intervention chirurgicale réglée dite majeure en chirurgie viscérale, orthopédique, thoracique, gynécologique, urologique, ou vasculaire
- patients âgés de 70 ans ou plus
- patients acceptant (eux-mêmes ou leur représentant légal) d'être soignés selon les principes de la réhabilitation améliorée

### Critère de non-éligibilité

- patient inopérable
- Impossibilité au patient de contacter son médecin ou le service hospitalier en cas de besoin

## 2. Le protocole

### ***a. Période pré opératoire***

#### **Information au patient**

Comme le patient plus jeune, le patient âgé aura une information orale et écrite sur le déroulement de l'hospitalisation et les modalités du protocole de réhabilitation améliorée. En cas de troubles cognitifs ou autre pathologie pouvant altérer le jugement du patient, ces informations seront délivrées en présence d'un accompagnant dans la mesure du possible, ou du tuteur le cas échéant. Il est aussi important dès cette phase d'anticiper le mode de

sortie et de le programmer en accord avec le patient et son entourage notamment dans la perspective d'une structure de suites.

#### - **Prise en charge nutritionnelle**

Dépister systématiquement la dénutrition définie, au-delà de 70 ans, par **au moins un des critères suivants** :

- un IMC < 21,
- une perte de poids > 5% en 1 mois ou 10% à 6 mois,
- une albumine < 35,
- ou un MNA (mini nutritional assessment) complet < 17 ou short form (MNA-SF) ≤ 7 (annexe )

et les prendre en charge selon les recommandations en vigueur (HAS 2007, SFAR 2012, ESPEN 2014)

#### - **Prémédication**

Elle n'est pas systématique. L'anxiété est évaluée lors de la consultation pré anesthésique, par une échelle de type EVA de 1 à 10. Si le score est > 6, prescription autorisée d'une benzodiazépine de demi-vie courte telle que l'alprazolam ou le midazolam en réduisant les doses par rapport aux patients jeunes. L'hydroxyzine n'est pas recommandée chez les patients âgés en raison du risque plus élevé d'effets indésirables.

#### - **Jeûne préopératoire**

Les stratégies nutritionnelles sont les même que chez le patient plus jeune : un jeûne de 2 heures pour les liquides clairs (eau, thé, café, tisane, sachant que les jus de fruits avec pulpe et le lait sont considérés comme des aliments solides) et de 6 heures pour les solides est suffisant avant l'induction.

#### - **Charge glucidique orale préopératoire**

La prise d'une solution glucidique la veille et 2 h avant l'intervention est recommandée en l'absence de troubles de la vidange gastrique.



- **Thromboprophylaxie et antibioprofylaxie**

A adapter à l'acte chirurgical, à la fonction rénale (clairance de la créatinine), aux comorbidités et aux médications.

**b. Période per opératoire**

- **Corticoïdes**

Les modalités d'administration sont les mêmes que chez le patient plus jeune, 8 mg de dexaméthasone à l'induction en une injection (diminution des nausées et vomissements postopératoires (NVPO), diminution de la fatigue sans majoration du taux d'infection).

- **Protocole anesthésique**

Il convient de **réduire** les posologies, et d'utiliser des médicaments de courte durée d'action, en y associant un titrage. Les principes généraux de monitoring de la profondeur de l'anesthésie, et de prévention NVPO sont identiques à ceux du patient plus jeune. La profondeur de l'anesthésie doit être monitorée.

- **Prévention des nausées et vomissements postopératoires (NVPO)**

Il est recommandé de privilégier la réalimentation précoce, si possible dès la 6<sup>ème</sup> heure postopératoire, et respecter les contre-indications liées aux comorbidités éventuelles (respect des recommandations professionnelles).

- **Compression pneumatique**

Le risque thrombo-embolique augmentant avec l'âge, le port de bas ou chaussettes à varices doit être systématique ; si une compression pneumatique est disponible, elle peut être appliquée pour les interventions de durée >4H.

- **Voie d'abord chirurgicale**

Les voies mini-invasives doivent être privilégiées.





- **Sonde gastrique**

A retirer en fin d'intervention sauf exception.

- **Prévention de l'hypothermie peropératoire**

Systématique, d'autant que les sujets âgés sont plus exposés que les sujets jeunes à l'hypothermie. La température centrale ne devrait pas être inférieure à 36°5 au bloc opératoire et à la sortie de la salle de soins post-interventionnels.

- **Apport de fluides IV**

Le monitoring hémodynamique du remplissage doit être systématisé de manière invasive ou non invasive.

**c. Période post opératoire**

- **Contrôle glycémique**

La surveillance de la glycémie doit être renforcée pour détecter une hypoglycémie avant l'apparition de signes cliniques.

- **Drainage vésical**

Il n'est pas recommandé ou est à retirer le plus rapidement possible. Il est cependant recommandé de vérifier l'absence de globe vésical par échographie au lit.

- **Analgsie postopératoire**

Elle doit être adaptée aux modifications physiologiques et pharmacologiques liées à l'âge. Il convient de privilégier les protocoles d'analgsie multimodaux en postopératoire (anesthésie locorégionale et infiltrations), en limitant l'utilisation des morphiniques. L'utilisation des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) doit tenir compte des comorbidités notamment de la fonction rénale. La titration évite l'hypoanalgsie, très fréquente chez le sujet âgé. Des échelles comportementales de la douleur peuvent être utilisées chez les patients ne pouvant pas verbaliser précisément leur douleur (ECPA, Doloplus...).



- **Apport en oxygène et prévention des complications respiratoires**

A adapter à la fonction respiratoire. Une bonne oxygénation diminue les risques de confusion postopératoire. La saturation doit être surveillée pendant les 48 premières heures.

- **Apport nutritionnel**

La réalimentation orale doit être encouragée dès J0, une alimentation solide est autorisée, **sa texture doit être adaptée** aux capacités masticatoires et de déglutition du sujet. Selon les recommandations (des Sociétés savantes : HAS 2007, SFAR 2012, ESPEN 2014) en vigueur, une substitution nutritionnelle peut-être nécessaire si l'apport quotidien en alimentation orale est en dessous de 60% des besoins nutritionnels.

- **Mobilisation précoce**

Le patient est pris en charge par l'ensemble de l'équipe pour favoriser une mobilisation précoce dès J1, afin qu'il redevienne rapidement indépendant ou retrouve ses capacités préopératoires.

**Critères de sortie des patients âgés (tous doivent être présents)**

- ✓ Douleur contrôlée par les analgésiques oraux (EVA  $\leq 3$ )
- ✓ Alimentation bien tolérée
- ✓ Pas de perfusion
- ✓ Mobilisation au même niveau qu'avant l'intervention
- ✓ Transit rétabli au moins sous forme de gaz
- ✓ Aucun signe infectieux
- ✓ Patient acceptant la sortie à domicile ou transféré dans une structure adaptée à son état
- ✓ Réhospitalisation possible (sur le plan organisationnel) en cas de complication



## **Recueil des données relatif au suivi du protocole**

L'application des différents items du protocole est au mieux relevée dans une base de données contenant différents modules selon l'organe concerné : GRACE-AUDIT dans le site [www.grace-asso.fr](http://www.grace-asso.fr), d'autant que l'efficacité du protocole en termes de réduction de la durée de séjour et des complications dépend de l'application optimale et l'implémentation des différents éléments du protocole.



Annexe



## Mini Nutritional Assessment MNA®

Nom:		Prénom:		
Sexe:	Age:	Poids, kg:	Taille, cm:	Date:

Répondez à la première partie du questionnaire en indiquant le score approprié pour chaque question. Additionnez les points de la partie Dépistage, si le résultat est égal à 11 ou inférieur, complétez le questionnaire pour obtenir l'appréciation précise de l'état nutritionnel.

### Dépistage

- A Le patient présente-t-il une perte d'appétit? A-t-il mangé moins ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition?**  
 0 = sévère baisse de l'alimentation  
 1 = légère baisse de l'alimentation  
 2 = pas de baisse de l'alimentation
- B Perte récente de poids (<3 mois)**  
 0 = perte de poids > 3 kg  
 1 = ne sait pas  
 2 = perte de poids entre 1 et 3 kg  
 3 = pas de perte de poids
- C Motricité**  
 0 = du lit au fauteuil  
 1 = autonome à l'intérieur  
 2 = sort du domicile
- D Maladie aiguë ou stress psychologique lors des 3 derniers mois?**  
 0 = oui 2 = non
- E Problèmes neuropsychologiques**  
 0 = démence ou dépression sévère  
 1 = démence modérée  
 2 = pas de problème psychologique
- F Indice de masse corporelle (IMC = poids / (taille)<sup>2</sup> en kg/m<sup>2</sup>)**  
 0 = IMC < 19  
 1 = 19 ≤ IMC < 21  
 2 = 21 ≤ IMC < 23  
 3 = IMC ≥ 23

**Score de dépistage (sous-total max. 14 points)**

12-14 points: état nutritionnel normal  
 8-11 points: risque de malnutrition  
 0-7 points: malnutrition avérée

Pour une évaluation approfondie, passez aux questions G-R

### Evaluation globale

- G Le patient vit-il de façon indépendante à domicile?**  
 1 = oui 0 = non
- H Prend plus de 3 médicaments par jour?**  
 0 = oui 1 = non
- I Escarres ou plaies cutanées?**  
 0 = oui 1 = non

- J Combien de véritables repas le patient prend-il par jour?**  
 0 = 1 repas  
 1 = 2 repas  
 2 = 3 repas

- K Consomme-t-il?**
- Une fois par jour au moins des produits laitiers? oui  non
  - Une ou deux fois par semaine des oeufs ou des légumineuses oui  non
  - Chaque jour de la viande Du poisson ou de volaille . oui  non
- 0.0 = si 0 ou 1 oui  
 0.5 = si 2 oui  
 1.0 = si 3 oui

- L Consomme-t-il deux fois par jour au moins des fruits ou des légumes?**  
 0 = non 1 = oui

- M Combien de boissons consomme-t-il par jour? (eau, jus, café, thé, lait...)**  
 0.0 = moins de 3 verres  
 0.5 = de 3 à 5 verres  
 1.0 = plus de 5 verres

- N Manière de se nourrir Hilfe**  
 0 = nécessite une assistance  
 1 = se nourrit seul avec difficulté  
 2 = se nourrit seul sans difficulté

- O Le patient se considère-t-il bien nourri? (problèmes nutritionnels)**  
 0 = malnutrition sévère  
 1 = ne sait pas ou malnutrition modérée  
 2 = pas de problème de nutrition

- P Le patient se sent-il en meilleure ou en moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge?**  
 0.0 = moins bonne  
 0.5 = ne sait pas  
 1.0 = aussi bonne  
 2.0 = meilleure

- Q Circonférence brachiale (CB en cm)**  
 0.0 = CB < 21  
 0.5 = CB ≤ 21 ≤ 22  
 1.0 = CB > 22

- R Circonférence du mollet (CM en cm)**  
 0 = CM < 31  
 1 = CM ≥ 31

Evaluation globale (max. 16 points)

Score de dépistage

Score total (max. 30 points)

### Appréciation de l'état nutritionnel

de 24 à 30 points  état nutritionnel normal  
 de 17 à 23.5 points  risque de malnutrition  
 moins de 17 points  mauvais état nutritionnel

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. J Nut Health Aging 2006;10:456-465.  
 Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J Gerontol 2001;56A: M366-377.  
 Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10:466-487.  
 © Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners  
 © Nestlé, 1994, Revision 2006. N67200 12/99 10M  
 Pour plus d'information: [www.mna-elderly.com](http://www.mna-elderly.com)

