

# Itinéraire clinique péri opératoire du patient âgé

# Introduction

Vieillissement de la population

+

Progrès des techniques anesthésiques et chirurgicales

=

**↑ des interventions chirurgicales chez les patients âgés**

2010 : 8% de la population mondiale > 65 ans

2050 : 16% !!

A Erasme : **30 %** des interventions > **65 ans !**



# Patient âgé = patient fragile ?

3 types de patients âgés :

- ✓ Les robustes = vieillissement réussi (55%)



# Patient âgé = patient fragile ?

3 types de patients âgés :

- ✓ Les robustes = vieillissement réussi (55%)
- ✓ Les dépendants = (10%)



# Patient âgé = patient fragile ?

3 types de patients âgés :

- ✓ Les robustes = vieillissement réussi (55%)
- ✓ Les dépendants
- ✓ Les fragiles

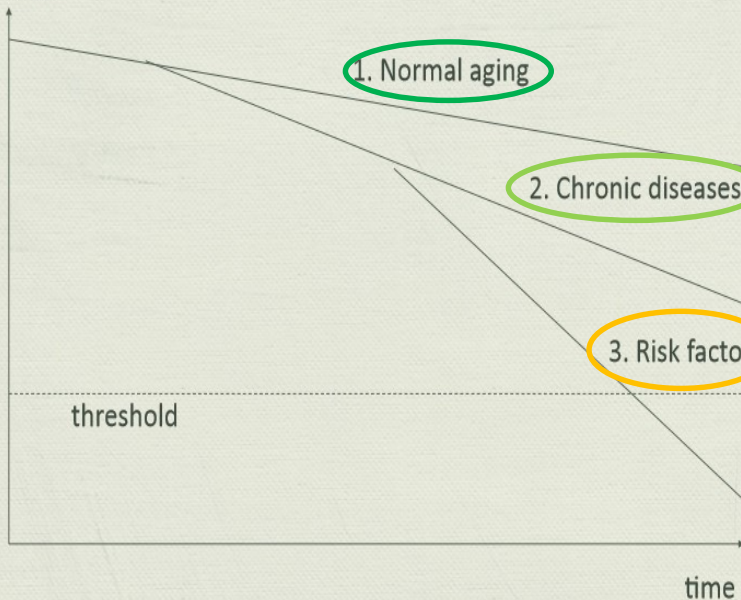
dépendance (35%)



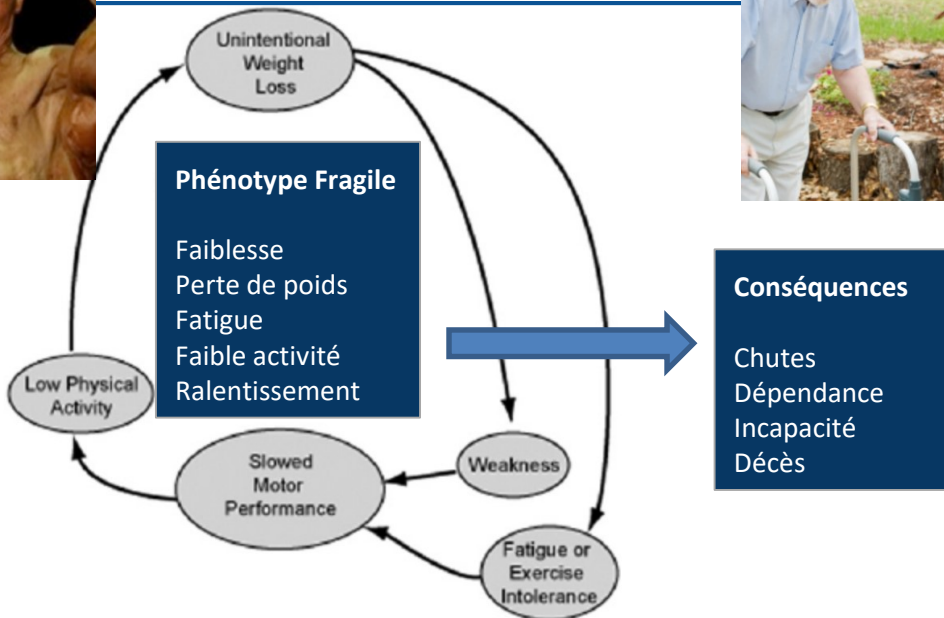
**FRAGILE**



function



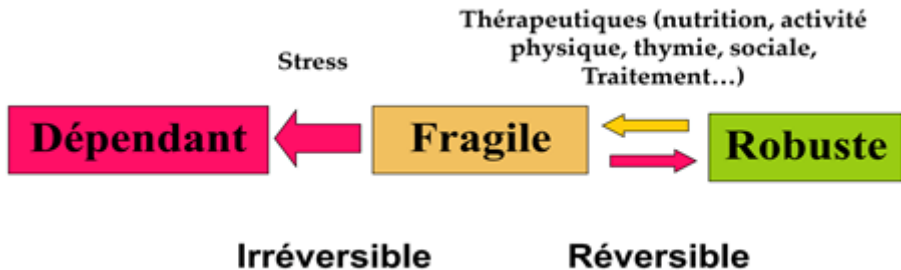
# La fragilité



# La fragilité

- ✓ Altère les mécanismes d'adaptation et de résistance au stress
- ✓ vulnérabilité aux complications péri-opératoires
- ✓ ↑ durées de séjour
- ✓ ↑ risque d'institutionnalisation (dépendance)

→ Il est donc essentiel de la dépister!





# Cas clinique

---

Madame V.G. 89 ans

Hospitalisée pour MAP métrorragies → Hystérocopie : néo endomètre

Postopératoire : délirium ++

Discussion oncologique : hystérectomie radicale totale par coelioscopie

Mais risque de complications postopératoires majeures !

Que faire?



→ Patiente référée à la consultation de gériatrie pour avis

# EVALUATION ANESTHESIO-GERIATRIQUE

PRISE EN CHARGE GLOBALE DU PATIENT

- OU?** A l'hôpital de jour gériatrique
- QUAND?** Dès que l'intervention est planifiée  
Sans reporter le délais de chirurgies nécessaires
- QUOI ?** Consultation d'anesthésie classique  
Evaluation Gériatrique Standardisée (EGS)  
Examens complémentaires  
Tour pluridisciplinaire pour les patients les plus complexes



# ÉVALUATION ANESTHÉSIQUE « classique »

---

- ❑ Anamnèse médicale et chirurgicale complète
- ❑ Anamnèse coagulation
- ❑ Relevé des médicaments
- ❑ Assuétudes (tabac, alcool, benzodiazépines, autres...)
- ❑ Evaluation cardiaque - algorithme de l'ACC/AHA
- ❑ Risque NVPO (score d'Apfel)
- ❑ Examen clinique complet
- ❑ Evaluation du risque d'Intubation Difficile
- ❑ Score ASA

# ÉVALUATION GERIATRIQUE

---

- ❑ Fragilité
- ❑ Statut fonctionnel
- ❑ Statut nutritionnel
- ❑ Evaluation cognitive
- ❑ Evaluation thymique
- ❑ Revue des comorbidités
- ❑ Revue et adaptation des médicaments
- ❑ Evaluation du support social

# OBJECTIFS

---

- ✓ Identifier les **facteurs de risque** de morbi-mortalité post-opératoire
- ✓ **Optimiser** le statut préopératoire du patient  
= *pré-habilitation*
- ✓ Déterminer et **anticiper** les besoins péri-opératoires immédiats
- ✓ Définir un programme de **revalidation** post-opératoire

# OBJECTIFS

---

- ✓ Identifier les **facteurs de risque** de morbi-mortalité post-opératoire
- ✓ Optimiser le statut préopératoire du patient  
*= pré-habilitation*
- ✓ Déterminer et anticiper les besoins péri-opératoires immédiats
- ✓ Définir un programme de revalidation post-opératoire

# FDR de morbi-mortalité post-opératoire

Score ASA  
+  
Score de  
LEE

Edmonton Frail Scale

Risque lié  
aux  
comorbidités

Risque lié  
à la  
fragilité

Risque lié  
à la  
chirurgie



**Risque de complications CV selon le type de chirurgie**

Procédure à haut risque : >5%

Procédure à risque intermédiaire : 1 à 5%

Procédure à faible risque : <1 %

EDMONTON FRAIL SCALE<sup>1</sup>

Entourer l'évaluation faite et additionner les points

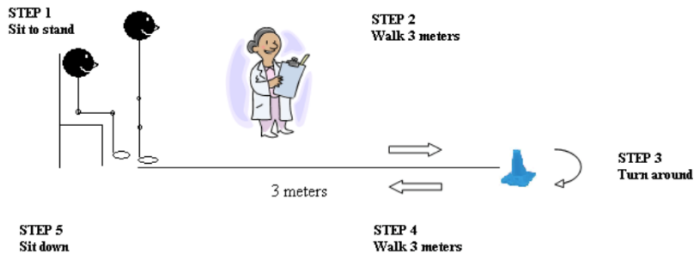
Score : /17

*(0-3 : non fragile ; 4-5 : légèrement fragile ; 6-8 : modérément fragile ; 9-17 : sévèrement fragile)*

Domaine	Item	0 point	1 point	2 points
Cognitif	Imaginez que ce cercle est une horloge. Je vous demande de positionner correctement les chiffres et ensuite de placer les aiguilles à 11h10.	Pas d'erreurs	Erreurs mineures de positionnement	Autres erreurs
Santé générale	Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été admis(e) à l'hôpital ?	0	1-2	3 ou plus
	En général comment appréciez-vous votre santé	Excellente, très bonne, bonne	Correcte, passable	Mauvaise
Indépendance fonctionnelle	Pour combien des 8 activités suivantes nécessitez-vous de l'aide : déplacements, courses, préparation des repas, faire le ménage, téléphoner, gérer vos médicaments, gérer vos finances, la lessive	0-1	2-4	5-8
Support social	Si vous avez besoin d'aide, pouvez-vous compter sur quelqu'un qui est d'accord de vous aider et en mesure de vous aider	Toujours	Parfois	Jamais
Médicaments utilisés	Prenez-vous régulièrement 5 médicaments prescrits ou plus ?	Non	Oui	
	Vous arrive-t-il d'oublier de prendre un médicament prescrit ?	Non	Oui	
Nutrition	Avez-vous récemment perdu du poids au point d'avoir des vêtements trop larges	Non	Oui	
Humeur	Vous sentez-vous souvent triste ou déprimé ?	Non	Oui	
Contenance	Perdez-vous des urines sans le vouloir ?	Non	Oui	
Performance fonctionnelle	Test « Up and go » chronometer. (Asseyez-vous tranquillement sur cette chaise, levez-vous, marchez trois mètres jusqu'au repère et venez vous rasseoir)	0-10sec	11-20sec	>20 sec, ou Assistance, ou refus



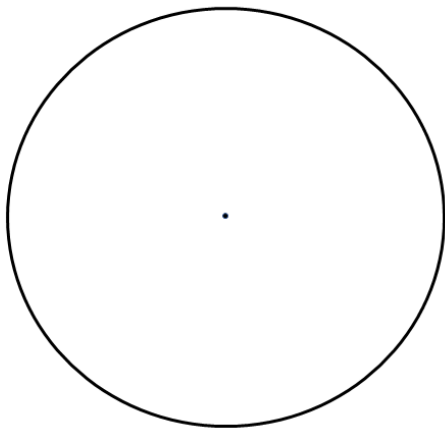
# Timed Up and Go Test



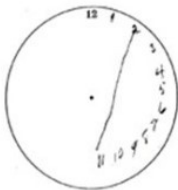
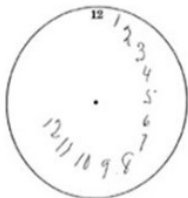
Matériel : marques au sol et chronomètre

# Le test de l'horloge

- ❖ Imaginez que ce cercle est une horloge. Je vous demande de positionner correctement les chiffres de cette horloge. Ensuite, placez les aiguilles pour indiquer 11h10.



# Le test de l'horloge



Score : /17

	(0-3) non fragile	4-5 : légèrement fragile	6-8 : modérément fragile	9-17 : sévèrement fragile	
Domaine	item		0 point	1 point	2 points

peu de complications (OR = 0,33)  
plus grande chance d'un retour au domicile (80%)

plus de complications (OR = 3.9)  
moins de chance d'un retour au domicile (40%)

Frailty is associated with postoperative complications in older adults with medical problems

Archives of Gerontology and Geriatrics 48 (2009) 78-83

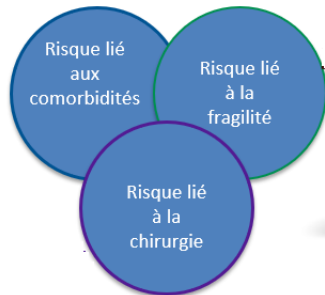
Monidipa Dasgupta<sup>a,\*</sup>, Darryl B. Rolfson<sup>b</sup>, Paul Stolee<sup>c,d</sup>, Michael J. Borrie<sup>e</sup>, Mark Speechley<sup>d,f</sup>

- ✓ 125 patients >70 ans
- ✓ Edmonton Frail Scale en préopératoire
- ✓ chirurgie élektive non cardiaque
- ✓ (82% d'interventions orthopédiques)

# Cas clinique : madame V.G 89 ans

## Identification des FDR de complication :

- FA (pradaxa)
- Hypothyroïdie substituée
- Diabète type II (ADO)
- Troubles cognitifs mixtes (vasculaires + affect dépressif) avec MMSE 18/30
- Surdité appareillée
-   tat fonctionnel limité
- Perte de poids récente avec risque de dénutrition
- 2 bières/jours
- Vit dans MRS, 3 filles présentes
  
- Procédure à risque intermédiaire
- Score ASA : 3
- Edmonton Frail Scale : **10/17** (sévèrement fragile)

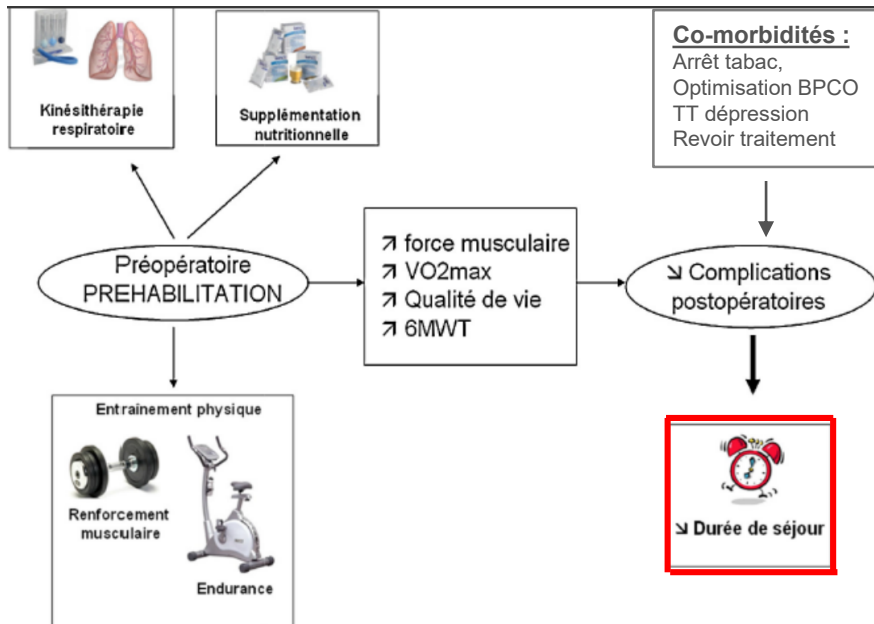


# OBJECTIFS de l'itinéraire clinique péri-opératoire

---

- ✓ Identifier les facteurs de risque de morbi-mortalité post-opératoire
- ✓ **Optimiser** le statut préopératoire du patient  
= *pré-habilitation*
- ✓ Déterminer et anticiper les besoins péri-opératoires immédiats
- ✓ Définir un programme de revalidation post-opératoire

# Pré-Habilitation



# Cas clinique : madame V.G 89 ans

---

## Consultation gériatrie : pré-habilitation

- ✓ Revue des co-morbidités et adaptation du traitement
- ✓ Lutte contre dépression (neuroleptiques) et isolement social
- ✓ Programme de renutrition
- ✓ Kiné préopératoire
- ✓ Concertation avec l'équipe d'anesthésie



# OBJECTIFS de l'itinéraire clinique péri-opératoire

---

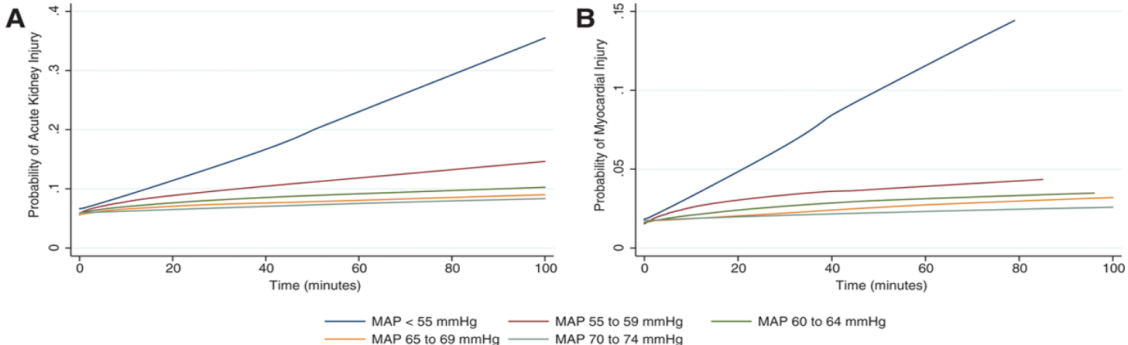
- ✓ Identifier les facteurs de risque de morbi-mortalité post-opératoire
- ✓ Optimiser le statut préopératoire du patient  
= pré-habilitation
- ✓ Déterminer et anticiper les besoins péri-opératoires immédiats : protocole **ERAS + prévention**
- ✓ Définir un programme de revalidation post-opératoire

# Caractéristiques Physiologiques du patient âgé

SYSTÈMES	ALTÉRATIONS PHYSIOLOGIQUES	IMPLICATIONS CLINIQUES
<b>Cardiovasculaire</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>↓ réponse sympathique</li><li>↓ compliance veineuse et précharge</li><li>↓ baroréflexe</li><li>↓ fonction diastolique</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>PA labile</li><li>↑ Susceptibilité épisode hypotension</li><li>↑ Susceptibilité à surcharge volémique</li><li>↓ exagérée de la fonction cardiaque si remplissage cardiaque inadéquat</li></ul>

→ Maintenir PAM peropératoire  $\approx$  PA basale

Predicted risk of (A) acute kidney injury and (B) myocardial injury for each minute the mean arterial pressure (MAP) is <55 mmHg, between 55 and 59 mmHg, between 60 and 64 mmHg, between 65 and 69 mmHg, and between 70 and 74 mmHg during noncardiac surgery. The risk for time in each blood pressure strata is adjusted for time in all other blood pressure strata.



Walsh et al. Anesthesiology 2013;119:495–7

- L'hypotension artérielle peropératoire est associée avec une augmentation de la mortalité à 30 jours après une chirurgie non cardiaque

Monk et al. Anesthesiology 2015;123:307-319

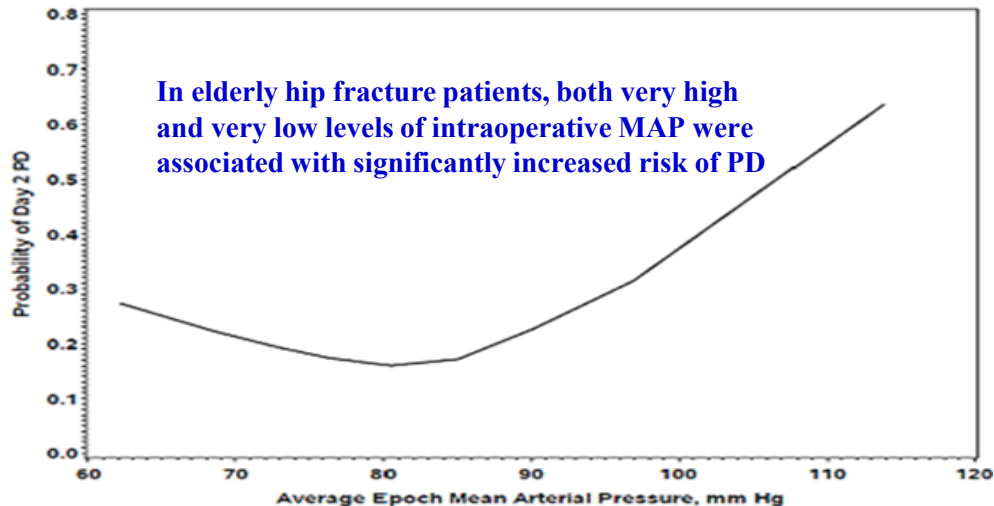
- Une PAM < 65 mmHg ou < 20% PAM de départ est associée avec des lésions cardiaques et rénales

Samasi V et al. Anesthesiology 2017; 126:47-65

# Association between Intraoperative Blood Pressure and Postoperative Delirium in Elderly Hip Fracture Patients

Nae-Yuh Wang, Ai Hirao, Frederick Sieber 

Published: April 10, 2015 • DOI: 10.1371/journal.pone.0123892



# Caractéristiques Physiologiques du patient âgé

SYSTÈMES	ALTÉRATIONS PHYSIOLOGIQUES	IMPLICATIONS CLINIQUES
<b>Cardiovasculaire</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>↓ réponse sympathique</li><li>↓ compliance veineuse et précharge</li><li>↓ baroréflexe</li><li>↓ fonction diastolique</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>PA labile</li><li>↑ Susceptibilité épisode hypotension</li><li>↑ Susceptibilité à surcharge volémique</li><li>↓ exagérée de la fonction cardiaque si remplissage cardiaque inadéquat</li></ul>

→ Utiliser les fluides de façon Goal-directed

# Implementation of closed-loop-assisted intra-operative goal-directed fluid therapy during major abdominal surgery

A case-control study with propensity matching

Joosten, Alexandre; Coeckelenbergh, Sean<sup>\*</sup>; Delaporte, Amelie; Ickx, Brigitte; Closset, Jean; Roumeguere, Thierry; Barvais, Luc; Van Obbergh, Luc; Cannesson, Maxime; Rinehart, Joseph; Van der Linden, Philippe

European Journal of Anaesthesiology (EJA): September 2018 - Volume 35 - Issue 9 - p 650-658

Groupe GDFT : perfusion d'entretien (cristalloïde) 3 ml/kg/h  
selon besoins, bolus de 100 ml supplémentaire

Groupe contrôle historique

- ↓ Complications mineures (31 vs. 45%,  $p = 0.032$ )
- ↓ Complications majeures (17 vs. 32%,  $p = 0.015$ )
- ↓ Durée de séjour (10 vs. 12 j,  $p = 0.022$ )

# Caractéristiques Physiologiques du patient âgé

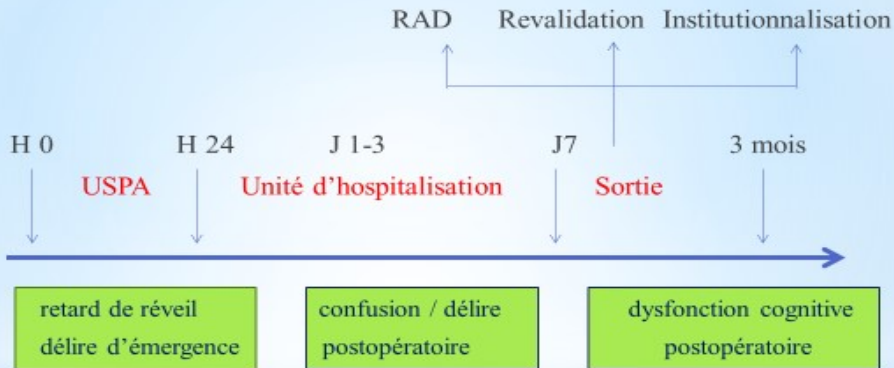
SYSTÈMES	ALTÉRATIONS PHYSIOLOGIQUES	IMPLICATIONS CLINIQUES
<b>Pulmonaire</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>↑ des PAP</li><li>↓ réponse hypoxie – hypercapnie</li><li>↓ élastance pulmonaire</li><li>↓ masse musculaire</li><li>↓ réflexe de toux</li><li>↓ motilité œsophagienne</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>↑ gradient A-a</li><li>↑ susceptibilité hypoxie – hypercapnie</li><li>↑ susceptibilité aux effets résiduels des agents anesthésiques</li><li>↑ du travail respiratoire</li><li>↑ espace mort</li><li>↑ risque d'aspiration</li></ul>
<b>Endocrinien</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>↓ tolérance au glucose</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>↑ risque hyperglycémie peropératoire</li></ul>

# Caractéristiques Physiologiques du patient âgé

SYSTÈMES	ALTÉRATIONS PHYSIOLOGIQUES	IMPLICATIONS CLINIQUES
<b>Hépatο-rénal</b>	↓ métabolisme des drogues ↓ masse rénale	↑ clearance des drogues ↑ susceptibilité à AKI
<b>Thermorégulation</b>	↓ masse musculaire ↓ réactivité vasculaire	↑ risque d'hypothermie
<b>Nerveux</b>	↓ neurotransmission	↑ risque délirium et Dysfonction cognitive postopératoire



# Dysfonction cognitive postopératoire



# Dysfonctions cognitives postopératoires

## DELIRIUM

10-70%

- ↑ l'incidence des complications majeurs  
*Dubois MJ et al. Intensive Care Med 2001*
- ↑ durée d'hospitalisation  
*Aldemir M et al. Crit Care Clin 2001*
- ↑ l'incidence des hospitalisations en centre de réhabilitation  
*Marcantonio ER et al. Br J Psychiatry 2001*
- facteur prédictif de mortalité  
*Marcantonio ER et al. Br J Psychiatry 2001*

## POCD

25 % 7jours  
10% 3 mois

- ↑ mortalité à 1 an  
*Monk, Anesthesiology 2008*
- ↓ persistance sur le marché du travail  
*Steinmetz, anesthesiology 2009*
- ↑ besoin d'assistance pour les activités journalières  
*Price, Anesthesiology 2008*

# DELIRIUM : « CAM »



① Début soudain et fluctuation des symptômes



② Inattention



④ Altération de l'état de conscience

OU



③ Désorganisation de la pensée

**DELIRIUM = 1 ET 2 + 3 ou + 4**

**GUIDELINES****European Society of Anaesthesiology evidence-based and consensus-based guideline on postoperative delirium**

César Aldecoa, Gabriella Bettelli, Federico Bilotta, Robert D. Sanders, Riccardo Audisio, Anastasia Borozdina, Antonio Cherubini<sup>1</sup>, Christina Jones, Henrik Kehlet, Alasdair MacLulich, Finn Radtke, Florian Riese, Arjen J.C. Slooter, Francis Veyckemans, Sylvia Kramer, Bruno Neuner, Bjoern Weiss and Claudia D. Spies<sup>2</sup>

---

## Pre-operative Assessment

### A: (low risk and high risk patients)

- Avoid benzodiazepines for premedication except anxiety
- Avoid anticholinergic drugs
- Minimum fluid fasting time

### B: (High risk (addition/set A obligatory))

- Consider alpha-2 agonists
- Maintain day-night rhythm

Low risk →

A

High risk →

A+B

## Anaesthesia

### A: (low risk and high risk patients)

- Avoid benzodiazepines (except withdrawal)
- Adequate pain control (multimodal) continuous infusion of opioids

### A + B: High risk (additional/set A obligatory) s.t.A

A

A+B

## Recovery room

All patients:  
Non-pharmacological prevention<sup>4)</sup>

Multimodal, opioid sparing analgesia.

> cut-off

Assess pain:  
Observer-based

Start

Assess pain:  
self-assessment

pos.

DSI<sup>5)</sup>

neg.

Differential<sup>6)</sup>

Admission and discharge

- Treat underlying cause, if possible.  
Symptom-orientated pharmacotherapy:
- Titrate haloperidol (0.25 mg-wise, max 3.5 mg)
  - Use alternatively low dose atypic neuroleptics

## Ward

All patients:  
Non-pharmacological prevention<sup>4)</sup>

Multimodal, opioid sparing analgesia.

> cut-off

Assess pain:  
Observer-based

Start

Assess pain:  
self-assessment

pos.

DSI<sup>5)</sup>

neg.

Differential<sup>6)</sup>

Every shift

- Treat underlying cause, if possible.  
Symptom-orientated pharmacotherapy:
- Titrate haloperidol (0.25 mg-wise, max 3.5 mg)
  - Use alternatively low dose atypic neuroleptics

Prevention

Monitoring

Therapy

Start

Check for risk-factors<sup>1)</sup>

Risk<sup>1)</sup>

High risk

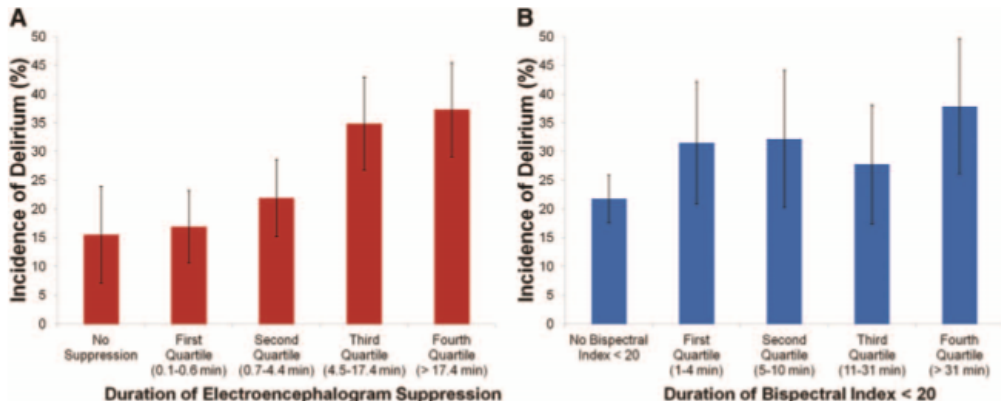
All patients:  
Monitoring of anaesthesia depth:  
Avoid too deep anaesthesia<sup>4)</sup>

Detailed Pre-assessment<sup>6)</sup>

Detailed Post-assessment<sup>6)</sup>

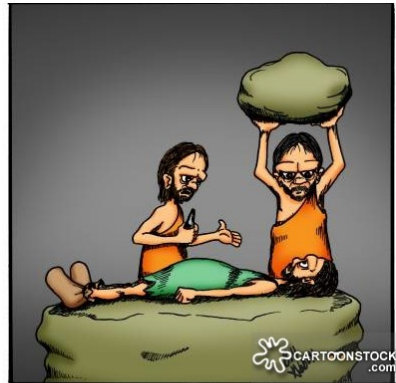
# Intraoperative Electroencephalogram Suppression Predicts Postoperative Delirium

Bradley A. Fritz, MD,\* Philip L. Kalarickal, MD,\* Hannah R. Maybrier, BS,\* Maxwell R. Muench, BS,\* Doug Dearth, MD,\* Yulong Chen, BA,\* Krisztina E. Escallier, MD,\* Arbi Ben Abdallah, PhD,\* Nan Lin, PhD,† and Michael S. Avidan, MBBCh\*



**Figure 2.** This descriptive figure depicts the univariable relationships between these 2 electroencephalogram parameters and incident delirium. There is no control for covariates in this descriptive figure. A, Incidence of delirium among patients who experienced no electroencephalogram suppression ( $n = 71$ ) and among patients who experienced electroencephalogram suppression ( $n = 548$ ) divided into quartiles based on duration of electroencephalogram suppression. B, Incidence of delirium among patients who never experienced bispectral index <20 ( $n = 362$ ) and among patients who experienced bispectral index <20 ( $n = 257$ ) divided into quartiles based on duration of bispectral index <20. Error bars represent 95% confidence intervals around the incidence of delirium in each group.

# ALR versus AG?



“...and this is Ralph, your anesthesiologist.”

# Does anaesthesia cause postoperative cognitive dysfunction? A randomised study of regional versus general anaesthesia in 438 elderly patients

*Acta Anaesthesiol Scand* 2003; 47: 260–266  
Printed in Denmark. All rights reserved

L. S. RASMUSSEN<sup>1</sup>, T. JOHNSON<sup>2</sup>, H. M. KUIPERS<sup>3</sup>, D. KRISTENSEN<sup>4</sup>, V. D. SIERMSMA<sup>5</sup>, P. VILA<sup>6</sup>, J. JOLLES<sup>7</sup>, A. PAPAIOANNOU<sup>8</sup>, H. ABILDSTROM<sup>1</sup>, J. H. SILVERSTEIN<sup>9</sup>, J. A. BONAL<sup>10</sup>, J. RAEDER<sup>11</sup>, I. K. NIELSEN<sup>12</sup>, K. KORTTILA<sup>13</sup>, L. MUNOZ<sup>14</sup>, C. DODDS<sup>15</sup>, C. D. HANNING<sup>16</sup> and J. T. MOLLER<sup>1</sup> for the ISPOCD2 INVESTIGATORS\*

POCD	7 jours post-op	3 mois post-op
AG	19.7%	14.3%
ALR	12.5% (NS)	13.9% (NS)

**Conclusion:** No significant difference was found in the incidence of cognitive dysfunction 3 months after either general or regional anaesthesia in elderly patients. Thus, there seems to be no causative relationship between general anaesthesia and long-term POCD. Regional anaesthesia may decrease mortality and the incidence of POCD early after surgery.



# PERI-OPERATOIRE IMMEDIAT : Protocole ERAS

## PRE-OP

- Information au patient
- Limitation du jeûne
- Eviter la prémédication
- Limiter la préparation digestive

### AVANT L'OPÉRATION



## POST-OP



#### UN VERRE D'EAU SUCRÉE

Le meilleur produit (sans colorant, sans arôme sucré), associé en emergency room est en vente de distribution dans les autres services de l'hôpital. Les mesures permettent la prise en charge du patient permettant de réduire les complications et faciliter la suite d'hospitalisation, et donc les coûts. Il est recommandé de donner, comme un verre d'eau sucrée (sans colorant, sans arôme) 100 ml de liquide contenant plusieurs fois de suite, 30 à 60 minutes avant l'opération, avant de commencer la prise opératoire.



#### LE PATIENT BIEN INFORMÉ

Un patient qui sait ce qui l'attend et qui est adéquatement informé aura de meilleurs résultats plus tard et sera son partenaire. Cela peut paraître évident, mais il y a une grande partie de notre travail qui est souvent dans la réalisation pour l'opération. Informez-vous, c'est pour votre bien.



#### PAS D'EMPRESSEMENT

Il ne faut pas commettre d'erreurs médicales simples avec l'hospitalisation. Avec ERAS, les mesures prises permettent de réduire les complications et d'améliorer les suites de l'opération, sans prémédication.

# PERI-OPERATOIRE IMMEDIA

## PRE-OP

Information au patient  
Limitation du jeûne  
Eviter la prémédication  
Limiter la préparation digestive

## PER-OP

Approche chirurgicale la moins invasive

AG : courte durée d'action + BIS >45 et BSR = 0! / ALR

MAINTENIR PA BASALE et utiliser les FLUIDES de façon « Goal Directed »

Normothermie

Utilisation limitée de drains

PENDANT	L'OPÉRATION
	
	<b>NI DRAIN NI CATHETER</b> Ne pas programmer de drainage, c'est également contraire au principe des drains en évitant de perturber les échanges et les drains autour du patient, la contamination et l'empêchement autour du patient, l'absence de la respiration postopératoire.
	<b>UNE BONNE ANESTHÉSIE</b> Le principe de l'anesthésie (agir de 40 à 60) est également respecté dans l'administration des chirurgiens, une anesthésie plus profonde est à éviter, l'absence de BIS, le nombre de perfusions de titrage est relatif au patient, et non, respectez à l'administration de l'État du patient après son opération.
	<b>UTILISER LA LAPAROSCOPIE</b> L'avantage des petites incisions, sans une petite incision, mais surtout en cas de geste anesthésique, une fois que vous avez commencé, évitez de le faire, car il y a une respiration plus facile.

# PERI-OPERATOIRE IMMEDIAT : Protocole ERAS

## APRÈS L'OPÉRATION

## À LA MAISON

PR



POST-OP

Informa  
Limitati  
Eviter la  
Limiter

épargne M+

sodée

/drains/SV

le précoce  
tion précoce



### MOBILISATION RAPIDE

Se relever et marcher quelques heures encadré(e) après l'opération - cela peut paraître fatigant, mais ne pas lever, même si c'est plus rapide, est plus fatigant. Il est préférable de marcher (encadré(e), marcheur, etc.). La mobilisation précoce est, sans un drainage - cela peut être évité.



### ANTI-DOULEURS SUR MESURE

Un analgésique aux effets de prescription, à prendre à l'heure de la douleur, et également tous les effets secondaires de la douleur, tels que la nausée, la constipation, le vomissement, etc. Il est préférable de prendre un analgésique sur mesure, permettant de mobiliser avant les heures.



### BONNE NUTRITION POST-OPÉATOIRE

La nutrition avant l'opération est importante. De plus, être à l'aise les jours précédents, ce qui peut améliorer l'état nutritionnel et le processus de la nutrition, permettant au patient de reprendre plus vite les forces, et de reprendre la marche rapidement, de sorte que l'impact global est à la fois de temps, de rétro-contrôle et de prévention.



### UNE NUTRITION ADAPTÉE

La nutrition avant l'opération à la maison, ou le patient peut être de manger selon ses habitudes, tout en évitant d'arrêter de manger. Après la chirurgie, il est préférable de manger un certain temps, sans se fatiguer, et de manger.



### MOBILISATION RÉGULIÈRE

La mobilisation régulière est un élément clé pour le bon être du patient. Mieux vaut à la maison ou faire des promenades régulières au domicile. Il ne faut pas se fatiguer, mais se lever, ce qui permet de mieux mobiliser et de mieux mobiliser avant les heures.



### ANTI-DOULEURS SELON LES BESOINS

Un analgésique aux effets de prescription, à prendre à l'heure de la douleur, et également tous les effets secondaires de la douleur, tels que la nausée, le vomissement, etc. Il est préférable de prendre un analgésique sur mesure, permettant de mobiliser avant les heures.

AG :

ssociée à l'AG)  
Directed »

# POSTOPÉRATOIRE : CHECKLIST quotidienne

---

- Douleur** : EVA (repos/mobilisation), adaptation du traitement
- Complications pulmonaires** : position, kiné, traiter rapidement
- Delirium / déficit cognitif** : prévention / monitorer (CAM) / traiter
- Mobilisation** : précoce, prévention des chutes, éviter escarres / déclin fonctionnel
- Nutrition** : entérale précoce, adaptée (troubles déglutition), compléments SN, hydratation adéquate
- Elimination** : globe vésical / constipation ?

# DELIRIUM : prévention

## SOMMEIL



Diminuer le bruit/éclairage  
Apporter le confort  
Eviter les somnifères si possibles

## STIMULATION COGNITIVE



Orientation temps/espace  
Visites/Famille  
Informersur procédures médicales et raison d'hospitalisation

## AUDITION



Mettre appareils auditifs  
Vérifier qu'ils fonctionnent (piles)

## SEVRAGE MEDICAMENTEUX



Somnifères ... ?  
Vérifier la liste de TOUS médicaments pris au domicile

## DOULEUR



Soulager la douleur

## ALIMENTATION HYDRATATION



Encourager l'alimentation  
Stimuler l'hydratation

## ACTIVITE PHYSIQUE



Mobilisation précoce  
Eviter l'utilisation de contention  
Limiter l'utilisation de cathéters IV et de sonde vésicale

## VISION



Utilisation des lunettes  
Propreté des lunettes

## SEVRAGE ALCOOLIQUE ET TABAGIQUE



Etre attentif à la consommation habituelle  
Envisager substitutifs (jus, bière sans alcool, patch Nicotinell)

## ELIMINATION



Surveiller constipation  
Dépister globe vésical

# Cas clinique : madame V.G 89 ans

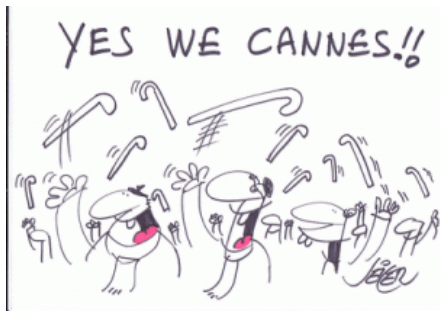
## Péri-opératoire immédiat (ERAS + prévention)

- ✓ Programmation à 8h00
- ✓ Limitation du jeûne : boisson sucrée à 6h00.
- ✓ Anesthésie adaptée avec neuro-monitoring
- ✓ Pas de drains.
- ✓ Prévention du délirium : fille présente en chambre en permanence
- ✓ Passage de l'équipe de liaison gériatrique



→ **Patiente sortie au J3, pas de complication, pas de délirium**

# Pouvons-nous améliorer la prise en charge périopératoire de nos patients âgés?



Merci pour votre attention

