

Colloque MPR

Mon patient s'est fait opérer: suivi au cabinet

Experts: E. Anderegggen, M. Licker, D. Suva, M. Brath

MPR: F. Balavoine, JP. Croci,

SMPR: C. Pereira, A. Slama-Chaudhry, N. Junod

Mercredi 30 avril 8h15-11h15

Objectifs d'apprentissage

- déterminer les modalités de reprise des médicaments après une chirurgie
- organiser le suivi et la rééducation des opérations orthopédiques et digestives les plus courantes
- reconnaître les complications post-opératoires orthopédiques et digestives les plus fréquentes et les indications à référer au chirurgien

Programme

- 8h15-8h45: médicaments et anesthésie
- 8h45-9h00: pause café
- 9h-9h55:
 - Groupe A (jaune): salle opéra: atelier chir ortho orthopédique
 - Groupe B (bleu): salle E1-E2: atelier chir dig
- 10h-10h55:
 - Groupe B (bleu): salle opéra: atelier chir ortho
 - Groupe A (jaune): salle E1-E2: atelier chir digtive

Atelier « Anesthésie »

Expert: M. Licker

Animatrice: N. Junod

Objectifs

1. Identifier les indications à l'arrêt/reprise/maintien des médicaments en pré/post opératoire
2. Orienter le patient par rapport aux troubles neurologiques en post-opératoire
3. Connaître les moyens qui accélèrent la récupération de la fonctionnalité

Vignette 1

- Patient de 62 ans, connu pour une cardiopathie ischémique et de l'HTA, va être opéré d'une CATARACTE
 - S/p stents Cx + IVA pour angor instable il y a 6 mois
 - Monte 3 étages d'escaliers
 - Sous Plavix 75mg 2x/j et Aspirine cardio 100mg/j
 - Autres médicaments:
 - Beloc-zok 100mg 1cp/j,
 - Amlodipine 10mg/j
 - Pravastatine 20 mg,
 - Effexor 150 mg

Quels sont les risques ?

Phakectomie chez Pt + stent médicalisé

1. CHIRURGIE

- STRESS ⇒ mineur
- Risque HEMORRAGIQUE faible ⇒ Ch. antérieur de l'œil

2. RESERVES physiologiques

- 62 ans + Bonne tolérance à l'effort (3 MET)

3. CO-MORBIDITES

- HTA
- Risque d'INFARCTUS myocardique

Coronaropathie STABLE ?

- Sténoses coronariennes: multiples, excentrique, bifurcation
- F. de risque: diabète, insuf. card., insuf. rénale

⇒ **Risque de re-thrombose ? Endothélialisation incomplète**

⇒ **Risque associé aux Médicaments (stop ou continuer) ?**

Risque d'hémorragie		Besoin transfusion	Risque d'échec chir.
MINEUR	Paroi, œil (ant.)	∅	faible
	Laparoscopie	∅	faible
	Orthopédie mineure	∅	faible
INTERMEDIAIRE	Laparotomie, Urologie	+	+
	Chir. Cardiaque / Pulm.	++	+
	Chir. Plastique	∅	++
	Orthopédie majeure	++	+
	Chir. ORL	+	+
MAJEUR	Neuro-chirurgie	+	+++
	Chir. du rachis	+	+++
	Ch. Post de l'œil	+	+++
	Chir. Intra-thoracique complexe	+++	+

Chirurgie + Stent + traitement anti-plaquettaire

Risque de thrombose intra-coronarienne

Risque hémorragique lié à la chirurgie

MAJEUR

Nu < 6 sem

Med < 12 mois

>12 m + risque

Diabète, FE basse, lésion complexe

INTERMEDIAIRE

Med > 12 mois

MINEUR

Nu > 6 sem

Dilatation simple

MAJEUR

- Chir. intra-crânienne
- Chir. thoracique complexe
- Résection hépatique
- **Ophthalmo: chambre post.**

INTERMEDIAIRE

- Chir. cardio-vasculaire
- Chir. Pulmonaire
- Chir. Viscérale
- Orthopédie
- Chir. esthétique

MINEUR

- Chir. de paroi (hernie)
- **Ophthalmo. Ch. antérieure**

1. Reporter la chirurgie

2. **STOP Plavix 5 J + continuer ASA**

STOP Plavix 5 J + continuer ASA

STOP Plavix + ASA (5 J)

Continuer trait. « DUAL » : Plavix + ASA

Arrêt des anti-plaquettaires & Risque de re-thrombose

**Pt + Stent Sirolimus
depuis 11 mois**

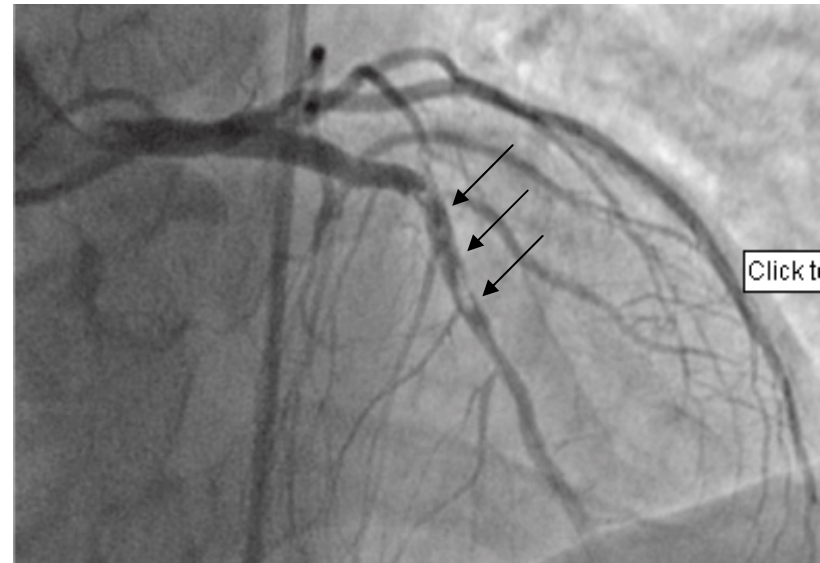


**Si ARRÊT nécessaire du Plavix
⇒ HBPM 2 x/j à D thérapeutique
± 2 x 50 mg Flurbiprofene po (Froben®)**

Clopidrogel arrêt 4 j avant chirurgie

+ HYPERCOAGULABILITE postop:

- **PLAQUETTES**
 - ↗ Nombre, Adhésivité (ADP)
- **Hémostase secondaire**
 - ↗ Fibrinogène, ↘ PAI



Classe de médic.	Pré-op	Jour opération	Reprise Postop	Risque
Sys. Cardiovasculaire				
Diurétiques	+	Stop	± J+1	Arythmies
Anti-Calciques	+	±	± J0	Hypotension
Beta-bloquants	+	+	J0	HTA, ischémie myoc
Inhibiteurs ECA	+	±	± J0	Hypotension
Antagonistes Ang II	+	±	± J+1	Hypotension
Statines	+	±	± J+1	Rhabdomyolyse
Digitaliques	+	Stop	± J+1	Arythmies
Autres anti-arythmiques	+	Stop	± J+4	Arythmies, tr. Conduction
Sys. Coagulation				
Anti-vitamines K	Stop 3J Héparine			Hémorragie, hématome
Anti-Plaquettaires	<i>selon indication</i>			
Sys. Respiratoire				
Bronchodilatateurs	+	+	+	

**Si anesthésie locale ou bloc péri-neural
⇒ continuer TOUS les anti-hypertenseurs**

Classe de médicaments	Pré-op	Jour de l'opération	Reprise Postop	Risque
Sys. nerveux				
Anti-Dépresseurs (tricycliques, inhibiteurs recapture 5-HT,...)	+	+	+	Agitation au réveil, syndrome cholinergique/sérotoninergique
Anxiolytiques (BZD)	+	+	+	
Diabète				
Sulfonylurées, méglitinides, thiazolidinediones, acarbose	+	±	± J+1	
BIGUANIDES		Stop		Acidose lactique ?
Insuline	+	+	+	
Inflammation				
Corticoïdes	+	++	+	Addison aigu
Anti-Inflam. Non-Stéroïdien	+	±	± J+1	

Vignette 2

- Patient de 54 ans va subir une cure d'un syndrome du tunnel carpien main gauche
- Co-morbidités:
 - Diabète insulino-requérant ttt
 - le matin : Actrapid 6U + Insulatard 24U
 - le soir : Actrapid 8U + Insulatard 16U
 - HTA ttt par Co-Enalapril
 - Sous Sintrom pour des épisodes de FA paroxystique

Anticoagulant pré-op & Arythmie

- **Risque thrombotique ?**
 - Age > 65-75 ans
 - Antéc. AIT/AVC, embolie artérielle
 - HTA
 - Pathologie valvulaire (prothèse mitrale > aortique, RAA)
 - Dysfonction du VG
 - Diabète

Recommandations de l'American College of Chest Physician (ACCP) 2004

Groupe à risque	Recommandations
Faible risque Age < 65 ans, absence de facteurs de risque	Aspirine (325 mg/j)
Risque moyen Age 65-75 ans, absence de facteurs de risque	Aspirine ou warfarine (INR cible 2,0-3,0)
Haut risque Age > 75, ou facteurs de risque	Warfarine (INR cible 2,0-3,0)

Risque thrombo-embolique & Chirurgie

Risque Hémorragie

- **Risque élevé** ← **Immobilisation, inflammation ++**
 - Orthopédie : PTH, PTG, fracture du col fémoral
 - Chir. Carcinologique
 - Chir. Abdominale majeure : hépatique, aorte, bypass gastrique
 - Prostatectomie « ouverte », néphrectomie
 - Hystérectomie « ouverte »
 - Résection pulmonaire
 - Neurochirurgie
- **Risque modéré**
 - Fracture diaphyse fémur, tibia
 - Chir. Urgente
 - Chir. de durée prolongée, chir. du rachis étendue (> 2 niveaux)
 - Hystérectomie vaginale / coelioscopie
- **Bas risque**
 - Plastie ligamentaire, arthroscopie, canal carpien, laminectomie 1-2 n
 - Varices, chirurgie ORL, Curetage, conisation, coelioscopie diagn.
 - Chir. Abdominale non-majeure
 - Résection endoscopique: prostate, vessie; bandelettes périnéales

Bilan & Attitude pré-opératoire

Canal carpien sous garrot & bloc axillaire

- Risque thrombo-embol.

- Arythmie ⇒ élevé
- Chirurgie ⇒ faible



Rythme sinusal ?
Thrombus intra-cardiaque ?

- Risque hémorragique

- Chirurgie ⇒ faible
- AVK ⇒ élevé



INR, Quick ?

Anticoagulant & Chirurgie

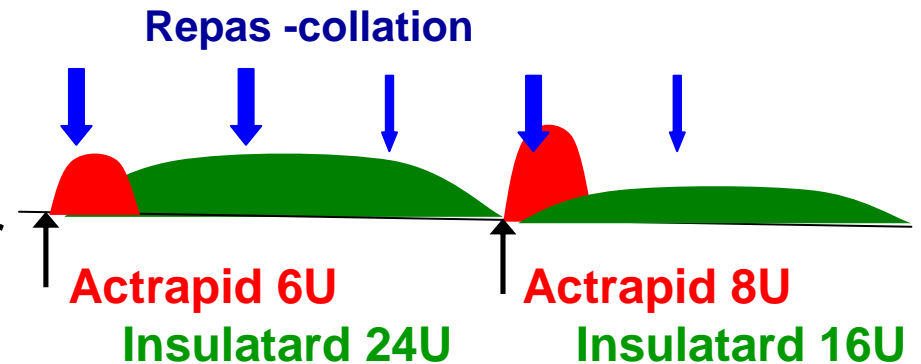
Recommandations de l'ACCP 2004

Risque TE faible	<ul style="list-style-type: none">– Stop AVK quelques jours avant la chirurgie, viser un INR proche de la norme– HNF * ou HBPM ** s.c. à dose prophylactique optionnelle en préopératoire– HNF ou HBPM s.c. à dose prophylactique en postopératoire– Reprise rapide de l'AVK en postopératoire
Risque TE intermédiaire	<ul style="list-style-type: none">– Stop AVK quelques jours avant la chirurgie, viser un INR proche de la norme– HNF ou HBPM s.c. à dose prophylactique en préopératoire– HNF ou HBPM s.c. à dose prophylactique en postopératoire. Des doses thérapeutiques peuvent être utilisées– Reprise rapide de l'AVK postopératoire
Risque TE élevé	<ul style="list-style-type: none">– Stop AVK quelques jours avant la chirurgie, viser un INR proche de la norme– HNF full-dose i.v., ou HBPM full-dose s.c. dès INR < 2– Stop héparine 6 heures avant l'opération, stop HBPM 12-24 heures avant l'opération– HNF i.v ou HBPM s.c. à dose thérapeutique en postopératoire– Reprise rapide de l'AVK en postopératoire
Risque hémorragique faible	<ul style="list-style-type: none">– Poursuite des AVK à plus faible dose, en visant un INR entre 1,3 et 1,5 pour l'opération– Reprise des AVK full-dose en postopératoire, avec HNF ou HBPM s.c. à dose prophylactique si nécessaire

Comment adapter les médicaments pour un canal carpien sous bloc périméneural?

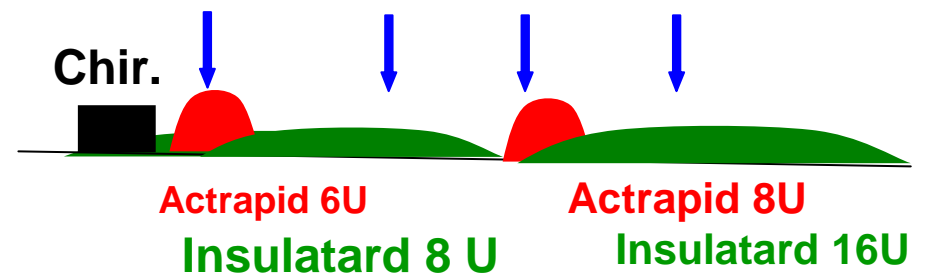
- **Pré-op, la veille :**

- dosage habituel d'insuline
- HNF dernière inj. s/cut le soir (ou HBPM le matin, puis stop)



- **J O:**

- À jeûn, 1^{ère} position
- Co-Enalapril (matin)
- $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{2}$ d'Insuline semi-lente

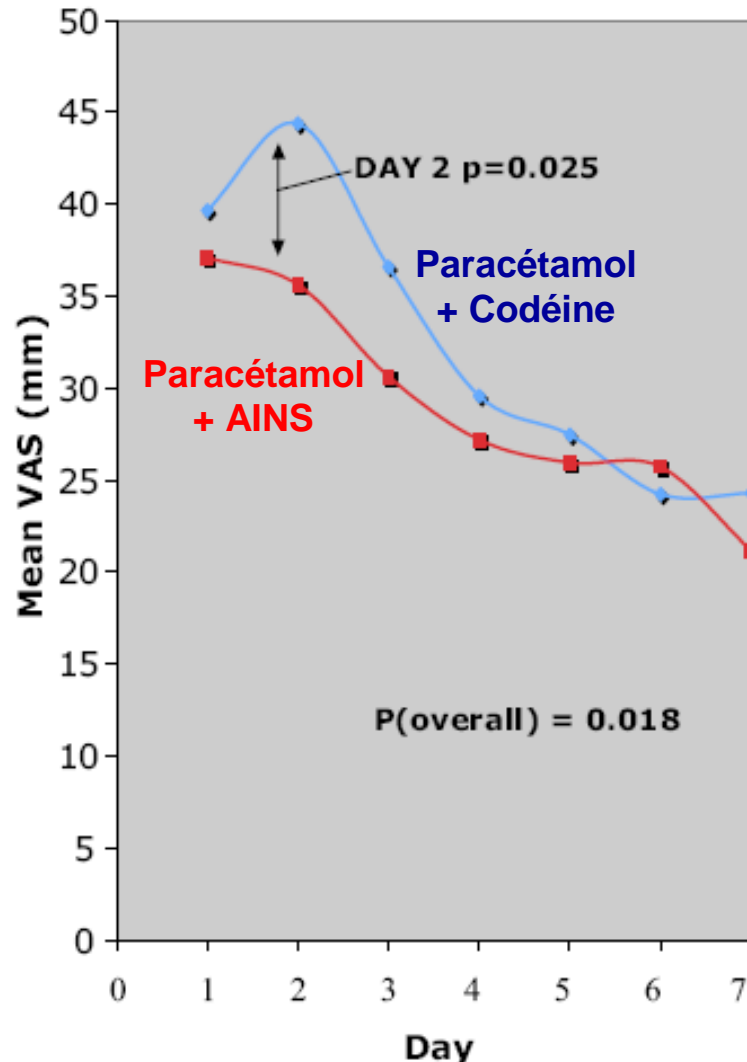


Postopératoire

- Actrapid 6u + $\frac{1}{2}$ Insulatard + petit-déjeuner
- Reprise AVK + Analgésique
- Retour à domicile 13h-14h

Chirurgie ambulatoire & Douleur

laparoscopie, arthroscopie, canal carpien, hernie inguinales, ...



Mitchell A et al. *J Am Coll Surg* 2008;206:472-9

- **Douleur + intense 24-48h postop**
- **Prescription d'analgésiques (72h)**
 - **Systematique**
 - Paracétamol (4x1) ± Codéine
 - Paracétamol (4x1) ± Ibuprofen 400x3
 - **En réserve**
 - Tramadol 50 – 75 mg
- **20-50% pts + Effets secondaires**
 - Constipation (20%)
 - Nausées, vomissements (10-15%)
 - ⇒ Arrêt des analgésiques (5%)

< 0.3% Risque de lésions nerveuses

- Chirurgie
- Position
- Anesthésie

Vignette 3

- Patient 72 ans, tabagique, néo pulmonaire
 - **Lobectomie sup. G** (4 avril 2008)
- Co-morbidités
 - HTA ttt par Co-Enalapril
 - BPCO léger
 - Coxarthrose ttt par Diclofenac R 100mg 1x/j
- Antécédents
 - Résection d'un nodule hépatique (2007):
confusion, hallucinations postopératoires

Troubles de la conscience postop

CO-MORBIDITES

Anesthésie + Chirurgie

Délirium

Réveil anesthésique
1 – 2h

- Perturbation transitoire et fluctuante de l'état de conscience
- Agitation, hallucinations
- Désorientation, confusion

Délirium

Post-opératoire
0 – 10J

Tr. cognitifs

Post-opératoires
0 - > 6 mois

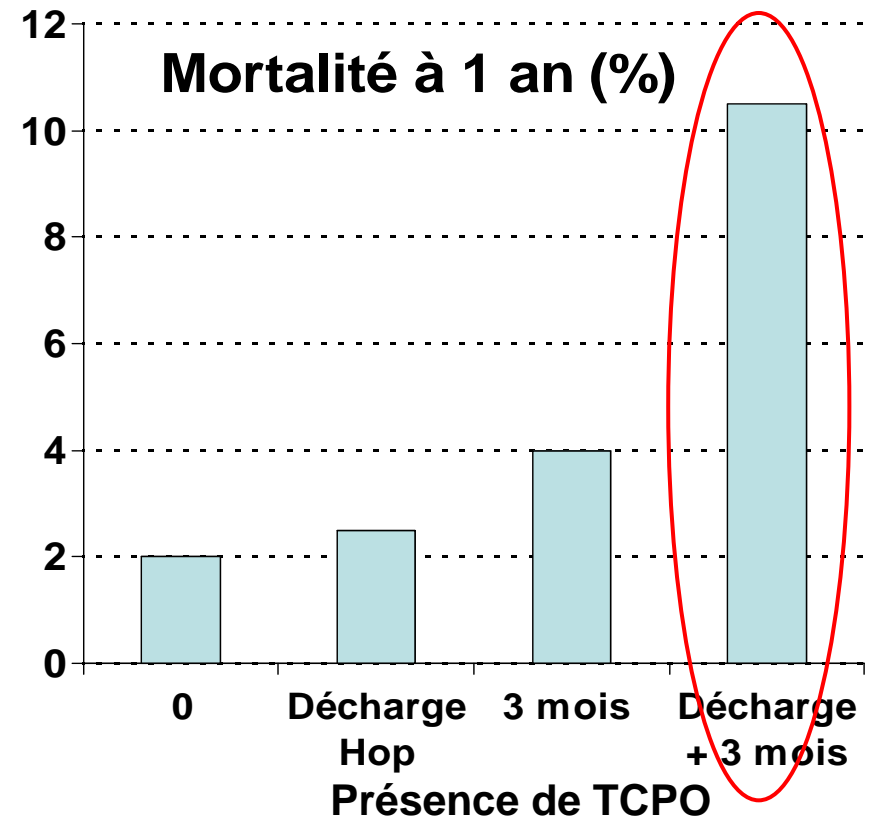
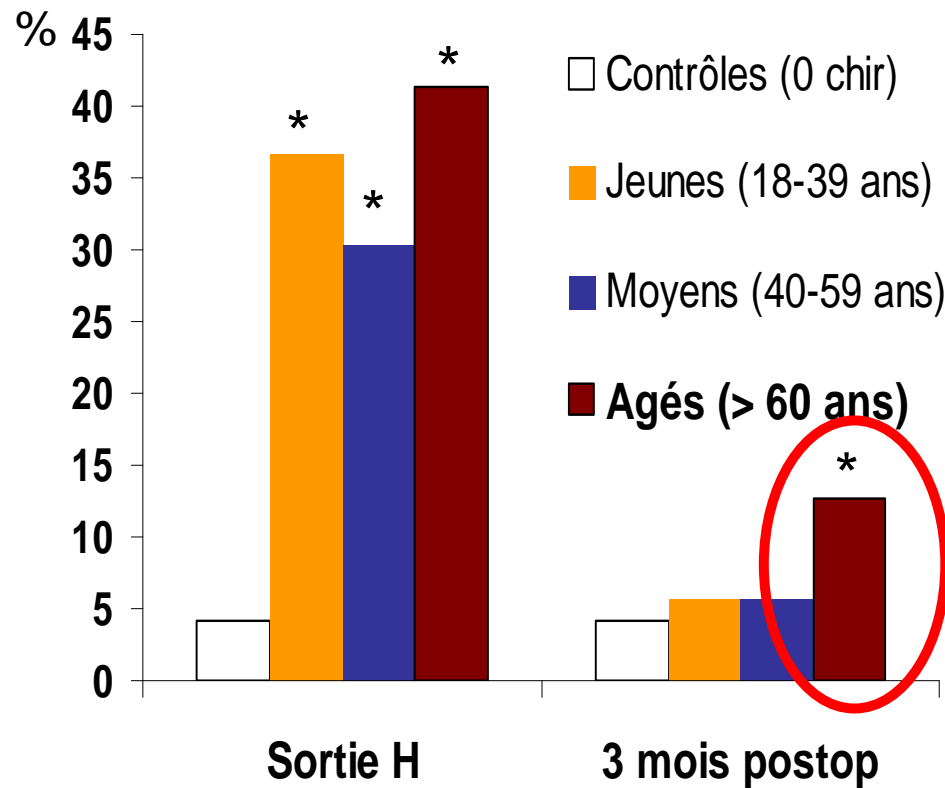
- Tr. du LANGAGE
- Fonction d'EXECUTION & DECISION
- Tr. MEMOIRE & CONCENTRATION
- Tr. INTEGRATION sociale

Moller JT et al . *Lancet* 1998; 351:857-61

Monk TG et al. *Anesthesiology* 2008;108:18-30

Troubles Cognitifs postopératoires (TCPO)

Prévalence - Pronostic



Troubles de la conscience postop

Quels facteurs de risque?

- >70 ans
- Niveau d'éducation
- Chirurgie urgente

*Préparation
pré-opératoire*

- Co-Morbidités
- Alcool, Tabagisme
- Malnutrition

*Optimisation
per-opératoire*

- Déshydratation, tr. électrolytes
- Hct < 30%, hémorragie
- ↗ Glycémie, Hypoxémie

Comment accélérer la récupération fonctionnelle postopératoire ?

- **↙ STRESS Neurohumoral & Inflammatoire**
 - Chirurgie moins invasive (Scopie vs. Tomie)
 - Anesthésie péridurale thoracique
- **Maintien de l'homéostasie**
 - Normo-volémie, normothermie, oxygénation
 - ⇒ Monitoring cardio-pulmonaire, neuromusculaire, T°
- **REVEIL Anesthésique RAPIDE**
 - Anesthésiques de durée d'action BREVE, réversible
- **Réhabilitation + PRECOCE**
 - Motricité → fauteuil J0, marche J1
 - Alimentation → 2h postop
 - Dé-drainage → J2
 - Retour à domicile → J8 (J4-6)

Conclusions

- **Médicaments**
 - CONTINUER en principe tous les médic.
 - Cave : anti-plaquettaires, anti-vit K, anti-diabétiques
 - Interactions médicaments
- **Troubles cognitifs post-opératoires**
 - 10% pts > 60 ans
 - ! Corriger les facteurs de risque (OH, tabac, polymédication,...)*
- **« Autonomisation » du pt après la chirurgie**
 - Chirurgie moins invasive + « fast track » anesthésie
 - Programme de réhabilitation précoce
 - Analgésie multimodale