

VIE DE L'ACADÉMIE

Compte-rendu de la séance commune de l'Académie nationale de chirurgie et de l'Académie nationale de médecine du mardi 3 novembre 2015 : « Chirurgie du sujet âgé »

Daniel COUTURIER *, Philippe MARRE **

La séance commune annuelle ANC-ANM s'est tenue à l'ANM le mardi 3 novembre 2015 de 14h30 à 17h00 sous la présidence de Georges MANTION, Président de l'ANC et de Jean Yves LE GALL, Président de l'ANM.

« Les aspects actuels de la chirurgie du sujet âgé » ont été traités. Cinq communications ont porté des regards croisés des médecins et des chirurgiens sur les risques et les bénéfices apportés par la chirurgie des personnes âgées.

La durée de la vieillesse augmente avec la durée de vie. Les procédures chirurgicales sont moins invasives, les soins qui entourent l'intervention chirurgicale se perfectionnent. La chirurgie est de plus en plus souvent indiquée chez les personnes âgées.

Apport de l'Évaluation Gériatrique Standardisée (EGS) dans l'opérabilité des sujets âgés. Philippe Chassagne (Rouen) et Régis Gonthier (St Étienne).

L'allongement de la durée de la vie conduit à élargir les indications chirurgicales après 75 ans. Au bilan d'opérabilité traditionnel tenant compte de données relevant du chirurgien et de l'anesthésiste, on peut insister maintenant sur l'EGS (Évaluation Gériatrique Standardisée), procédure rigoureuse qui recueille systématiquement les informations sur la nutrition, le degré de dépendance, les facultés cognitives et l'environnement social nécessaires pour une meilleure pertinence de l'intervention chirurgicale et une évaluation utile de ses soins.

Anesthésie et réhabilitation post-opératoires. André Lienhart (Paris) et Karem Slim (Clermont-Ferrand).

La prise en charge minimale invasive du sujet âgé est centrée sur l'objectif d'une récupération immédiate après l'intervention des capacités cognitives et de l'auto-

* Secrétaire Perpétuel de l'Académie nationale de Médecine

** Secrétaire Général de l'Académie nationale de Chirurgie

nomie. À efficacité comparable, il est proposé l'intervention la moins agressive et l'anesthésie la plus souple et modulée. Cela suppose la maîtrise aussi parfaite que possible des techniques disponibles, pour éliminer toutes les mesures superflues entravant la reprise de l'autonomie (drains, sondes, perfusions prolongées), et maîtriser la douleur post-opératoire par le maniement multimodal subtil des antalgiques, et particulièrement des dérivés de la morphine.

La notion de réhabilitation rapide post-opératoire s'est imposée rapidement ces dernières années. Elle repose sur la mise en œuvre groupée de procédures diverses connues et utilisées séparément depuis longtemps, mais déployant toute leur efficacité en étant utilisées ensemble. La réhabilitation rapide est facilitée par une information précise et complète du sujet âgé et de son entourage sur le déroulement de l'ensemble du projet thérapeutique. Ceci contribue grandement à son appropriation par l'opéré, facteur essentiel de réussite.

Influence de l'âge sur les indications chirurgicales en carcinologie. Jean-Yves Blay (Lyon) et Bernard Nordlinger (Paris).

L'âge est un facteur pronostic bien démontré par l'EGS, il intervient chez 42 % des personnes âgées opérées. La fragilité évaluée augmente la mortalité post-opératoire et aggrave les complications post-opératoires. La fragilité diminue l'espérance de vie liée au cancer et la tolérance au traitement.

Le score G8 est une approche commode et standardisée de la notion de fragilité (baisse de l'appétit depuis 3 mois, amaigrissement depuis 3 mois, difficultés neuropsychiques, degré de mobilité, prise régulière de plus de 3 médicaments par jour, âge civil, IMC trop bas (inférieur à 20) ou trop élevé (supérieur à 30), comparaison par le patient de son état avec celui de contemporains du même âge). Si le G8 est supérieur à 14, il est proposé le traitement standard. Si le G8 est inférieur à 14 des corrections sont proposées. Des exemples ont été présentés.

Des études prospectives complémentaires seront menées pour affiner la démarche.

Orthopédie et Traumatologie du sujet âgé. André Kahan (Paris) et Jean-Noel Argenson (Marseille).

Les deux événements pathologiques majeurs menaçant le sujet âgé en orthopédie sont la chute, responsable de fracture ostéoporotique et l'arthrose, responsable de douleurs croissantes conduisant à la perte d'autonomie. Toutes deux sont témoins de la fragilité du patient. En cas d'indication chirurgicale, elles nécessitent une évaluation complète clinique et paraclinique de l'opérabilité du patient, de son état osseux (métabolisme phospho-calcique, carences en calcium et en vitamine D, ostéodensitométrie, imagerie du squelette) et surtout des diverses composantes de sa fragilité par l'EGS.

En effet les fractures, particulièrement du membre inférieur, et l'arthrose invalidante exposent à des complications menaçant l'autonomie du sujet âgé et justifiant des interventions chirurgicales dont certaines sont importantes. Celles-ci n'empêchent pas toujours une évolution défavorable rendant impossible le retour au domicile

(30 % des patients âgés opérés de fracture de l'extrémité supérieure du fémur décèdent dans l'année qui suit l'intervention).

Aussi la prévention de l'ostéoporose et les progrès dans le traitement médical de l'arthrose ont-ils une importance essentielle dans le maintien de l'autonomie des sujets âgés.

Chirurgie Cardiovasculaire du sujet âgé. Alec Vahanian-Poghossian (Paris) et Thierry Langanay (Rennes).

Le Rétrécissement Aortique (RA) est un bon exemple de la qualité de la collaboration du cardiologue et du chirurgien cardiaque en raison de sa prévalence (30 % après 80 ans) et de son retentissement fonctionnel chez le sujet âgé. Sa prise en charge nécessite une évaluation de l'opérabilité, des fonctions cardio-vasculaire et respiratoire, mais aussi une EGS appréciant l'état du patient dans sa globalité. Sur le plan cardio-vasculaire et respiratoire, les principaux facteurs de risque sont une broncho-pneumopathie chronique, une insuffisance rénale, une cardiopathie évolués et une coronaropathie associée. La disponibilité de l'entourage, le degré d'autonomie permettant d'évaluer la capacité au retour plus ou moins rapide au domicile sont aussi à prendre en compte.

Le Remplacement Valvulaire Aortique conventionnel (RVA) reste la technique de référence chaque fois qu'il est possible en raison de ses bons résultats (mortalité entre 5 et 7 % selon l'existence de comorbidités, survie actuarielle à 10 ans comparable à celle d'une population appariée ne présentant pas de valvulopathie, 96 % des opérés se disant améliorés ou très améliorés par l'intervention).

Mais la Transcathéter Aortic Valve Implantation (TAVI), mise au point en 2002, prend progressivement de l'importance chez les sujets âgés inopérables ou à haut risque, pour atteindre 44 % des gestes effectués sur les RA en Allemagne. Chez ces patients très fragiles, le pronostic vital est partagé entre le risque propre de la valvulopathie et celui de la précarité de leur état de santé global. Même si les résultats à long terme paraissent moins bons actuellement que ceux du RVA, cette technique mini-invasive moderne apporte incontestablement un soulagement au moindre risque à des patients dont l'espérance de vie est courte.

