

11 ÈMES JOURNÉES
NATIONALES **SoFOG**
7, 8, & 9 OCTOBRE 2015
TOULOUSE SOCIÉTÉ FRANCOPHONE
D'ONCO-GÉRIATRIE



LA MASTECTOMIE SOUS ANESTHÉSIE LOCALE POUR LES FEMMES ÂGÉES AYANT DES TROUBLES COGNITIFS

Isabelle MAURIN (*Cadre de santé au Centre Léon Bérard, Lyon*)

CENTRE
DE LUTTE
CONTRE LE CANCER **LEON
BERARD**



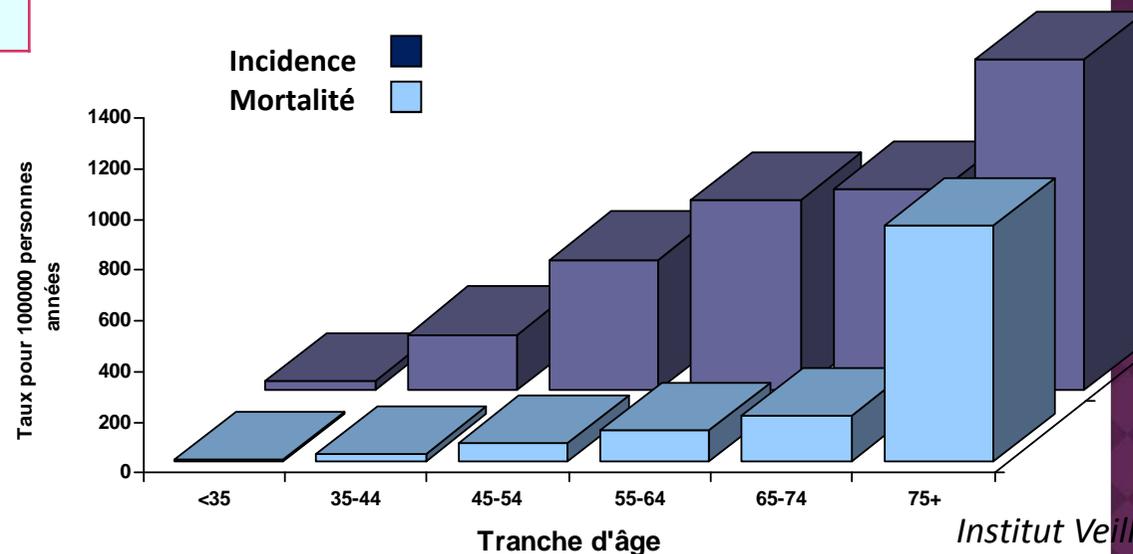


Risque estimé de développer un cancer du sein selon l'âge

Age	Risque estimé
30 ans	1/2212
40 ans	1/225
50 ans	1/54
60 ans	1/23
70 ans	1/14
80 ans	1/10

Le cancer du sein

- ⊙ **En 2011, 53.050 nouveaux cas en France**
 - 20890 entre 50-64 ans
 - 10860 entre 65-74 ans (20%)
 - **10890 après 75 ans (21%)**
- ⊙ **11360 décès par cancer du sein en 2011**
 - 2990 entre 50-64 ans
 - 2140 entre 65-74 ans
 - 2420 après 75 ans



LE SYNDROME CONFUSIONNEL AIGU

○ Définition:

- Perturbation de la conscience *
 - accompagnée de modifications cognitives
 - ne peut pas s'expliquer par une démence
 - s'installe sur une période courte
- Terme maintenant préféré : **délirium**

* Conscience au sens de contact avec l'environnement

PRINCIPAUX FACTEURS PRÉDISPOSANTS



Avancement en âge
Démence avérée ou troubles cognitifs
Immobilisation, aggravée par une contention physique
Déficit sensoriel (visuel ou auditif)
Comorbidités multiples
Dénutrition
Polymédication
« Tubes » : sonde urinaire, perfusions, drains...
Antécédents de confusion, notamment post-opératoire
Troubles de l'humeur, en particulier états dépressifs
Déclin fonctionnel



FACTEURS DÉCLENCHANTS

Infections	Pneumonie, infection urinaire
Médicaments	Morphiniques, benzodiazépines ou sevrage, Atarax
Cardio-vasculaires	Infarctus, arythmie, œdème pulmonaire aigu, E. P., hypoxie
Neurologiques	AVC, hématome, épilepsie
Métaboliques, endocriniens	Hyperglycémie, déshydratation hyponatrémie, hypo/hyperthyroïdie
Psychiatriques	Stress psychologique, dépression
Généraux	Chirurgie, rétention urinaire, fécalome, fièvre, douleur...

POURQUOI S'EN SOUCIER ?

- **Mortalité**
 - ≈ infarctus ou sepsis (22-76 %)
 - Immédiate (en cours d'hospitalisation)
 - Toujours augmentée à 1 an
- Infections nosocomiales
- Complications post-opératoires
- Augmentation durée de séjour



POURQUOI S'EN SOUCIER ?

- Dénutrition
- Incontinence
- Perte de mobilité
- Dépendance
- Persistance des troubles cognitifs
- Institutionnalisation



POINTS-CLÉ

- ⦿ Condition très fréquente chez patients âgés
- ⦿ **Urgence médicale**
- ⦿ Complications sérieuses
- ⦿ **Mesures de prévention, identifier les patients à risque**

COMMENT PRÉVENIR ET TRAITER ?



MESURES PRÉVENTIVES DU DÉLIRIUM CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

<p><u>Médecins</u> RAPPEL</p>	<p><u>IDE AS</u> ENVIRONNEMENT</p>	<p><u>Famille</u></p>
<p><u>Facteurs prédisposants :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Démence avérée ou troubles cognitifs - -Antécédents de confusion -Déficit sensoriel -Déclin fonctionnel -Dénutrition -Polymédication -Tubes (sad, perfusions, drains) -Troubles de l'humeur (dépression) - Comorbidités multiples <p><u>Facteurs déclenchants et précipitants :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Infection -Cardio-vasculaires -Neurologiques -Métaboliques, endocriniens -Psychiatriques -Généraux (rétention urinaire, fécalome, fièvre, douleur...) <p>-Médicamenteux : morphiniques, benzodiazépines, anticholinergiques (TRAMADOL ; ATARAX)</p> <p>TRAITEMENT</p> <p>D'abord étiologique</p> <p>En cas d'anxiété majeure ou agitation sévère : en monothérapie</p> <p>Benzodiazépines à pic d'action rapide et à demi-vie courte (alprazolam, lorazépam, oxazépam)</p> <p>Avec troubles (hallucinations, délire) : neuroleptique à faible dose</p> <p>Evaluation avant renouvellement</p> <p>Arrêt dès symptômes gênants contrôlés</p>	<p>APPROCHE RELATIONNELLE</p> <ul style="list-style-type: none"> -Calendrier, réveil, radio et objets familiers au chevet -Ambiance calme et confortable -Eclairage adéquat (veilleuse nocturne) -Chambre près de la salle de soins : surveillance agitation, risque de fugue (patient à risques connus) -Présence de la famille -Réduire les changements de lieu <p>INTERVENTIONS SPECIFIQUES</p> <ul style="list-style-type: none"> -Rassurer le patient -Explications claires, courtes -Communication calme et douce, favorisant l'apaisement -Communication par écrit si nécessaire -Eviter de confronter le patient (faire éponge) et de le surstimuler -Tenir compte des changements de comportements parfois signalés par l'entourage -Prêter attention aux messages non verbaux (mimiques, gestes) <p>Remettre les prothèses auditives, dentaires et visuelles</p> <ul style="list-style-type: none"> -Prévenir la déshydratation, dénutrition (surveillance des apports) -Cesser rapidement sonde, perfusion -Favoriser l'indépendance et la continence -Surveiller la douleur et adapter la prise d'antalgiques -Favoriser l'endormissement non médicamenteux (tisane, musique douce...) et respecter le sommeil. <p><u>NB : PAS DE CONTENTION EN PREMIERE INTENTION :</u></p> <p>Doit restée exceptionnelle et se limiter :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Aux situations d'urgence médicale -Afin de permettre les investigations et les traitements nécessaires -Si patient dangereux pour lui-même ou autrui <p>Sur prescription médicale</p>	<ul style="list-style-type: none"> -L'interroger si troubles cognitifs connus ou impression de changements récents du comportement, de l'humeur. -Expliquer leur collaboration à l'orientation, à une ambiance calme. -La rassurer si délirium. <p><u>Bénévoles</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Participation à l'accompagnement, à la stimulation

UNE AUTRE APPROCHE

- La mastectomie sous anesthésie locale pour comprimer les risques de confusion aiguë post-opératoire

PROBLÈMES POSÉS PAR L'ANESTHÉSIE GÉNÉRALE DE LA PERSONNE ÂGÉE

- ◉ Opérer une personne âgée fait désormais partie du quotidien des services hospitaliers,
- ◉ L'anesthésie générale comporte d'avantage de risques pour une personne âgée que pour quelqu'un de plus jeune : son état de santé est souvent moins bon, par conséquent la qualité de PEC doit être optimale.



ANESTHÉSIE GÉNÉRALE VS ANESTHÉSIE LOCORÉGIONALE

- ⊙ L'évaluation et la décision préopératoire doivent être pluridisciplinaire.
- ⊙ La consultation d'oncogériatrie permet d'apprécier le niveau médico-socio-environnemental (dépendance, dénutrition, comorbidités, troubles cognitifs....)
- ⊙ A ce jour, patientes encore insuffisamment évaluées (en cours de progression avec G8 positifs)

L'ANESTHÉSIE LOCALE TUMESCENCE AU CENTRE LÉON BÉRARD

- Principe
- Injection d'un grand volume d'un anesthésique local adrénaliné à très faible concentration
- La région infiltrée doit être gonflée et tendue
- La Lidocaïne est le produit le plus utilisé pour ses propriétés d'anesthésie locale et antimicrobienne
- 220 nx \geq 75 ans/an (15 tumescentes/an= raisons:)

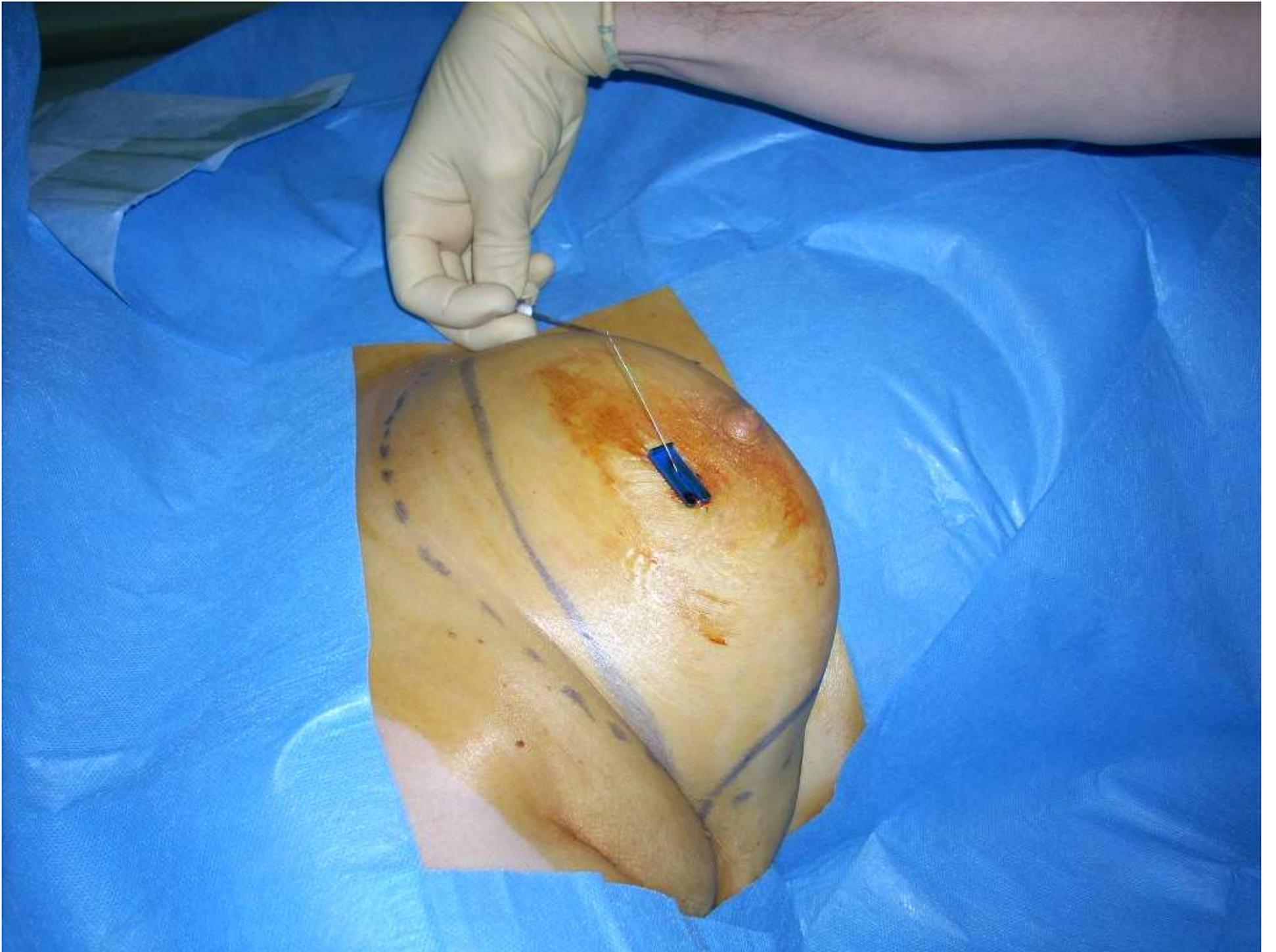
EN PRATIQUE

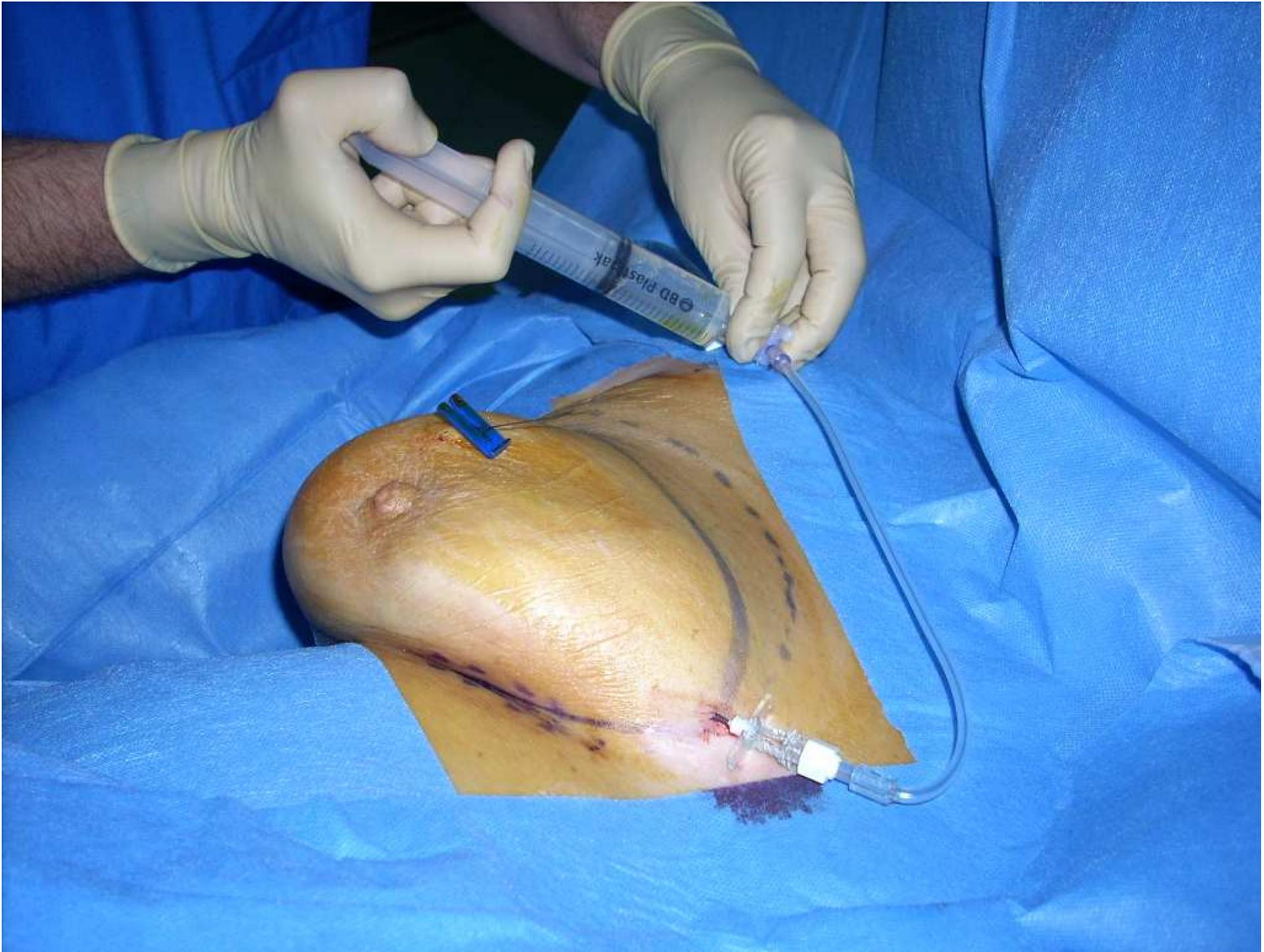
- ◉ Technique utilisée pour :
 - la mastectomie
 - la mastectomie + ganglion sentinelle
 - la mastectomie + curage axillaire



LES AVANTAGES DE CETTE PRATIQUE

- ◉ Eviter l'anesthésie générale et ses effets délétères pour la cognition
- ◉ Eviter les saignements (chirurgie hémorragique, sous anticoagulants)
- ◉ Eviter les blocs moteurs résiduels à une anesthésie médullaire
- ◉ Favoriser le caractère ambulatoire de l'acte (présence famille conseillée au retour du bloc)

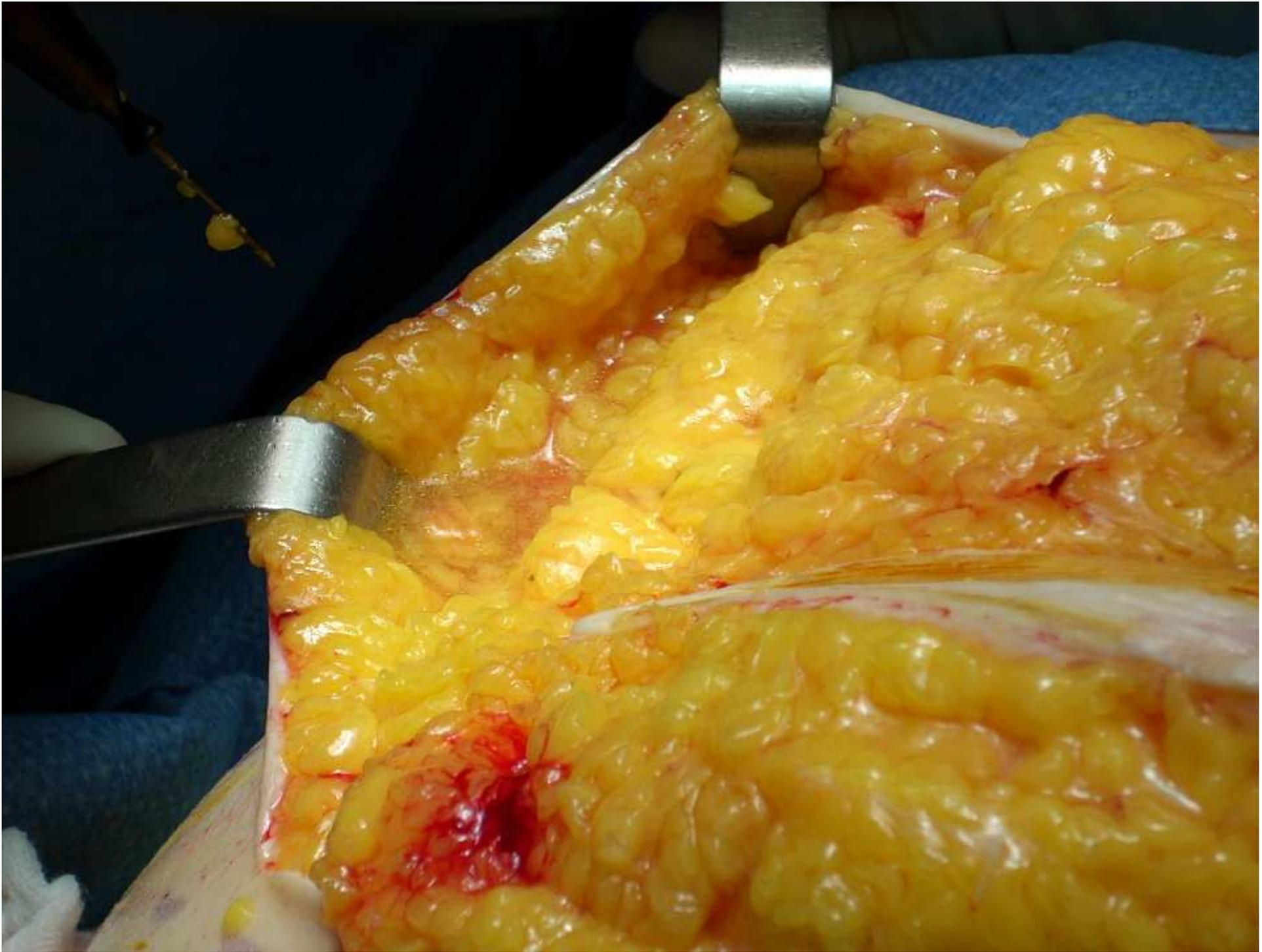




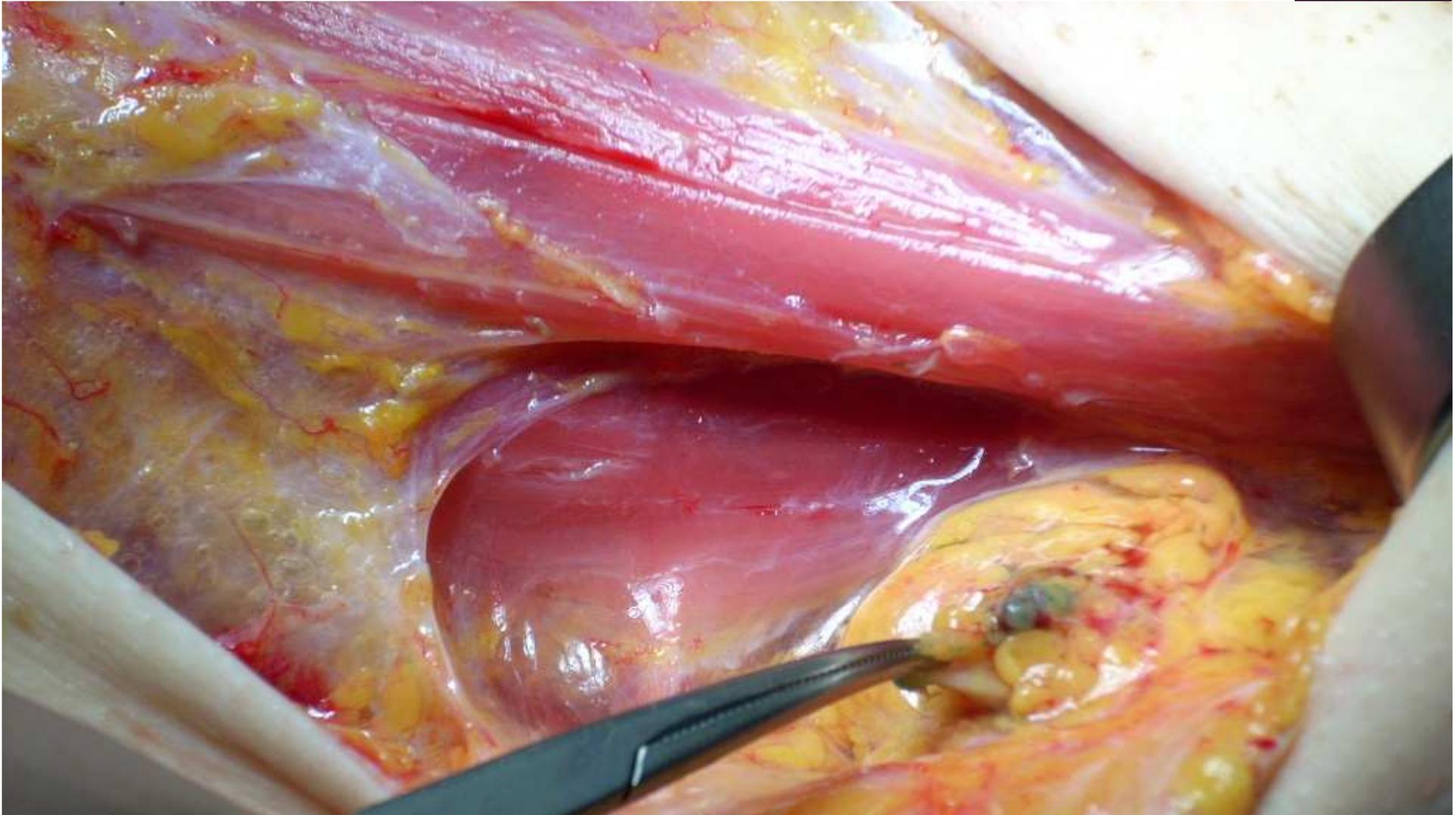
AVANT ET APRÈS L'AL TUMESCENTE







L'ANESTHÉSIE LOCALE TUMESCENTE NE
GÊNE PAS LA RECHERCHE DE GANGLION
SENTINELLE.



CONCLUSION

- ◉ En sénologie, l'anesthésie locale tumescente
- ◉ 1) technique fiable
- ◉ 2) facile
- ◉ 3) sûre
- ◉ 4) alternative à l'anesthésie générale car:
 - comprime les risques de délirium
 - rassure les patientes fragiles et leurs familles
- ◉ 5) Retour rapide à une indépendance et autonomie optimales dans un environnement connu
- ◉ 6) Intérêt d'un travail pluridisciplinaire en interne et d'un partenariat en externe.