



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



MISE AU POINT

L'urgence chirurgicale digestive chez le sujet âgé[☆]

Emergency digestive surgery in the elderly

M.V. Launay-Savary^{a,*}, M. Rainfray^b, V. Dubuisson^c

^a Service de chirurgie viscérale et digestive, centre hospitalier d'Arcachon, avenue Jean-Hameau, CS 1101, 33164 La Teste-De-Buch cedex, France

^b Pôle de gériatrie clinique, hôpital Xavier-Arnoz, CHU de Bordeaux, 33604 Pessac cedex, France

^c Service de chirurgie vasculaire et générale, hôpital Pellegrin-Tripode, CHU de Bordeaux, place Amélie-Raba-Léon, 33076 Bordeaux cedex, France

MOTS CLÉS

Patient âgé ;
Urgence
chirurgicale ;
Chirurgie digestive

Résumé La prise en charge d'un patient âgé consultant aux urgences pour douleur abdominale présente d'emblée des particularités liées à la difficulté d'établir le diagnostic du fait d'une communication parfois altérée et d'un tableau clinique et biologique atypique pouvant aboutir à un retard de prise en charge. La précocité et la pertinence de l'imagerie permettent de le limiter. Les techniques chirurgicales chez le sujet âgé ne diffèrent pas de celles utilisées chez le sujet jeune mais leur morbidité n'est pas la même. L'analyse des comorbidités et des fragilités permettra une décision thérapeutique en corrélation avec le diagnostic, le souhait et les conditions de vie du patient. Elle doit être assurée par l'ensemble des intervenants médicaux (chirurgien, anesthésiste, gériatre) tant en pré- qu'en postopératoire pour permettre d'optimiser la réhabilitation du patient âgé et d'assurer une offre de soin acceptable humainement et raisonnée d'un point de vue économique et social.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Elderly;
Emergency;
Abdominal surgery

Summary The management of elderly patients presenting at the emergency department with abdominal pain has particularities related to the difficulty to establish a diagnostic, linked to a sometimes impaired communication and to unusual clinical and biological features that might result in delaying management. Early and pertinent imaging may reduce this delay. Surgical procedures in the elderly do not differ from those in younger patients, although with different morbidity. Analysing comorbidities and frailties will help to make a therapeutic decision

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.jviscsurg.2015.09.016>.

[☆] Ne pas utiliser, pour citation, la référence française de cet article, mais celle de l'article original paru dans *Journal of Visceral Surgery*, en utilisant le DOI ci-dessus.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : marie.savary@ch-arcachon.fr (M.V. Launay-Savary).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jchirv.2015.09.008>

1878-786X/© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

according to the diagnostic and the patient's will and condition. This decision, involving at least surgeons, anaesthesiologists and geriatricians, is as pre- as postoperative, aiming to optimise patient's rehabilitation and to offer good and adapted care, concerned about human, social and financial aspect.

© 2015 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

La prise en charge d'une personne âgée en urgence pour pathologie chirurgicale demande au chirurgien d'allier à sa pratique courante celle du gériatre. En effet, il existe des particularités propres au patient âgé qu'il est nécessaire de prendre en compte dès l'avis donné aux urgences par le praticien. Ce raisonnement devra se poursuivre en aval du geste chirurgical jusqu'à l'issue de la prise en charge en hospitalisation pour permettre des soins en adéquation avec le souhait du patient et les possibilités thérapeutiques afin d'optimiser la réhabilitation. Nous allons exposer l'état des connaissances actuelles sur les spécificités du diagnostic, du geste chirurgical et de la prise en charge postopératoire dans ce contexte.

Le diagnostic de la douleur abdominale chez le sujet âgé

La définition du sujet âgé n'est pas consensuelle en ce qui concerne l'âge seuil, avec des appréciations différentes sur l'âge calendaire ou physiologique. Dans les années 80–90, on parlait de patients âgés au-delà de 50 ans, comme Telfer et al. pour qui cette population représentait 26 % des consultations aux urgences [1]. En 1998, Ciccone et al. ont analysé le taux de consultations aux urgences pour douleur abdominale, il est évalué à 4 % dans toutes les tranches d'âge : 65–74 ans, 75–84 ans et plus de 85 ans [2]. Outre l'âge et l'analyse des comorbidités, les gériatres utilisent la notion de fragilité [3]. La fragilité n'est pas un syndrome mais un état qui prédispose à une morbidité accrue. Elle peut s'évaluer par la vitesse de la marche, l'activité physique et les capacités cognitives [4].

Le diagnostic final n'est pas toujours posé aux urgences et la proportion de douleur abdominale non spécifique (DANS) peut représenter plus de 25 % quel que soit l'âge [5]. Tran et al. ont étudié une population de patients s'étant présentés aux urgences pour douleur abdominale. Pour les plus de 65 ans, 20 % des patients sont repartis des urgences avec un diagnostic de DANS et 9 % ont subi une intervention chirurgicale en urgence contre 35,5 % pour les moins de 65 ans avec dans cette tranche d'âge une forte proportion d'appendicite aiguë. Dans cette dernière étude, le suivi des patients âgés classés dans les DANS a permis de poser un diagnostic final grâce au médecin traitant a posteriori dans trois quarts des cas [6]. Sur 209 patients de plus de 60 ans hospitalisés pour douleur abdominale, Lewis et al. ont retrouvé 30 % d'intervention chirurgicale en urgence [7].

Dang et al. ont classé les étiologies les plus fréquentes des sujets âgés consultant en urgence pour douleur abdominale en 4 grandes catégories : les processus inflammatoires, les occlusions, les ischémies et les douleurs abdominales non spécifiques [8]. Arenal et al. ont étudié de manière rétrospective deux populations de patients âgés opérés en

urgence, l'une de 70–79 ans et l'autre de plus de 80 ans. Au total, 70 % des patients étaient opérés dont environ 40 % pour occlusion et 30 % pour péritonite avec des proportions comparables dans les deux tranches d'âge. Les pathologies ischémiques représentaient environ 4 % et les hémorragies digestives 3 à 7 %. Les causes organiques se répartissaient comme suit : 23 % de pathologie pariétale, 21 % de pathologie colorectale, 20 % de pathologie biliaire, 15 % de pathologie de l'intestin grêle et seulement 9 % d'étiologie gastro-duodénale et 11 % d'appendicite [9]. Green et al. ont présenté une étude rétrospective concernant 100 patients de plus de 80 ans opérés en urgence par laparotomie entre 2005 et 2010. Les indications montraient également une prépondérance d'occlusions notamment coliques (40 %) et de péritonites (37 %) ; ils rapportaient par ailleurs 12 % de hernies et 5 % d'ischémies digestives. Les pathologies les plus fréquemment en cause étaient les déficits pariétaux et les pathologies néoplasiques [10]. Racz et al. font les mêmes constatations sur leur cohorte rétrospective de 145 patients de plus de 90 ans opérés soit électivement soit en urgence avec deux pathologies prépondérantes : les hernies et le cancer du côlon [11].

La difficulté à établir un diagnostic chez le sujet âgé s'explique par plusieurs éléments. En tout premier lieu, il convient de constater une difficulté courante à résumer l'anamnèse du fait de troubles cognitifs ou d'un déficit de l'audition. En ce qui concerne les arguments diagnostiques apportés par les examens complémentaires, on discerne les examens biologiques des examens d'imagerie. Parker et al. ont montré dans une étude rétrospective portant sur 180 patients de plus de 65 ans hospitalisés en urgence pour douleur abdominale qu'il n'y avait aucune différence significative sur les valeurs d'hémoglobine, des tests hépatiques (ASAT, ALAT, Gamma-GT, phosphatases alcalines et bilirubine) et du compte de globules blancs entre le groupe ayant subi une intervention chirurgicale en urgence ou au cours de l'hospitalisation et le groupe hospitalisé sans geste chirurgical. Cette absence de différence était également retrouvée pour la température corporelle mesurée à l'admission [12].

Pour ce qui est de l'imagerie, on retrouve dans les données éditées par l'American College of Emergency Physicians (ACEP) en 2000 des recommandations pour l'utilisation des différents examens d'imagerie pour le diagnostic des douleurs abdominales qui préconisent de privilégier l'utilisation du scanner abdominal avec injection intraveineuse de produit de contraste [13]. Le contrôle de la fonction rénale, reflétée par le débit de filtration glomérulaire estimé selon la formule Modification of the Diet in Renal Disease (MDRD) doit précéder l'injection : une clairance de la créatinine, inférieure à 30 mL/mn requiert l'avis d'un néphrologue tandis qu'entre 30 et 45 mL/mn, une hydratation préalable et l'arrêt des médicaments néphrotoxiques est souhaitable [14]. Pour la pathologie biliaire l'échographie est indiquée en première intention, complétée par l'imagerie de coupe en cas de pathologie de la voie biliaire principale. Concernant les diagnostics différentiels engageant le pronostic

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3311797>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3311797>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)