

Dois-je endormir ce patient ?

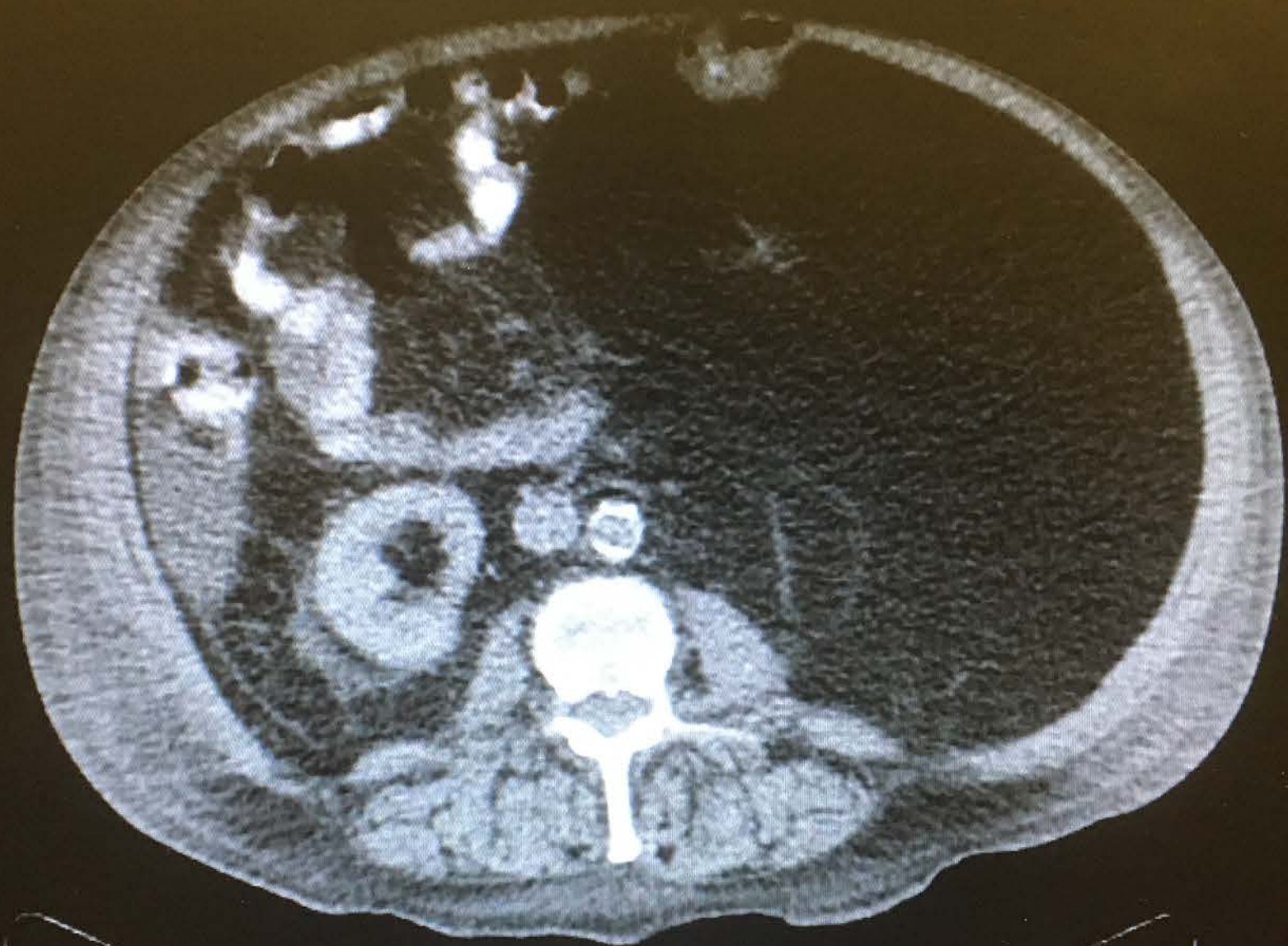
Olivier Lachance R2
Anesthésie



Cas



- Résection de masses de rétropéritonéale
- Néphrectomie
- Colonne **78 ans** qui se présente pour ***un liposarcome rétropéritonéal indolent de 24 x 24 x 30 cm***
- Laparotomie





HTAP • RVA Bio (2005)

DB Type II Débalancé

Malgré tout... notre patient est à la maison et relativement **autonome** !

IRC DFG **environ 40 ml/min**

- **Pace DDDR pour Bloc AV** complet
- Insuffisance cardiaque de Novo x 4 semaines **VG 20%** et HK diffuse
- **FA CHADS 4** anticoagulée au coumadin

On a un patient relativement *autonome* avec une *masse indolente* découverte fortuitement et beaucoup de *comorbidités* qui vient pour une *chirurgie majeure* et risquée

Situation « trop difficile » pour le collège royal

- Peu importe la complexité médicale d'un cas, on est souvent capable de se faire un ***bon plan***
- Les situations les plus difficiles sont souvent celles où on se demande ***si on aide vraiment notre patient***
- Nous avons un rôle de consultant et il faut donner ***notre avis*** (ou on le donne pareil !)



Qu'est-ce qu'on sait sur le patient
trop malade pour être opéré ?

Plan de présentation

- 1) Évaluer le *pronostic* des patients
- 2) Le patient *trop vieux*
- 3) Le *MPOC* sévère
- 4) L'*insuffisant cardiaque* sévère
- 5) Conclusion



Plan de présentation

- 1) Évaluer le pronostic des patients**
- 2) Le patient trop vieux
- 3) Le MPOC sévère
- 4) L'insuffisant cardiaque sévère
- 5) Conclusion



The Perceived Likelihood of Outcome of Critical Care Patients and Its Impact on Triage Decisions: A Case-Based Survey of Intensivists and Internists in a Canadian, Quaternary Care Hospital Network.

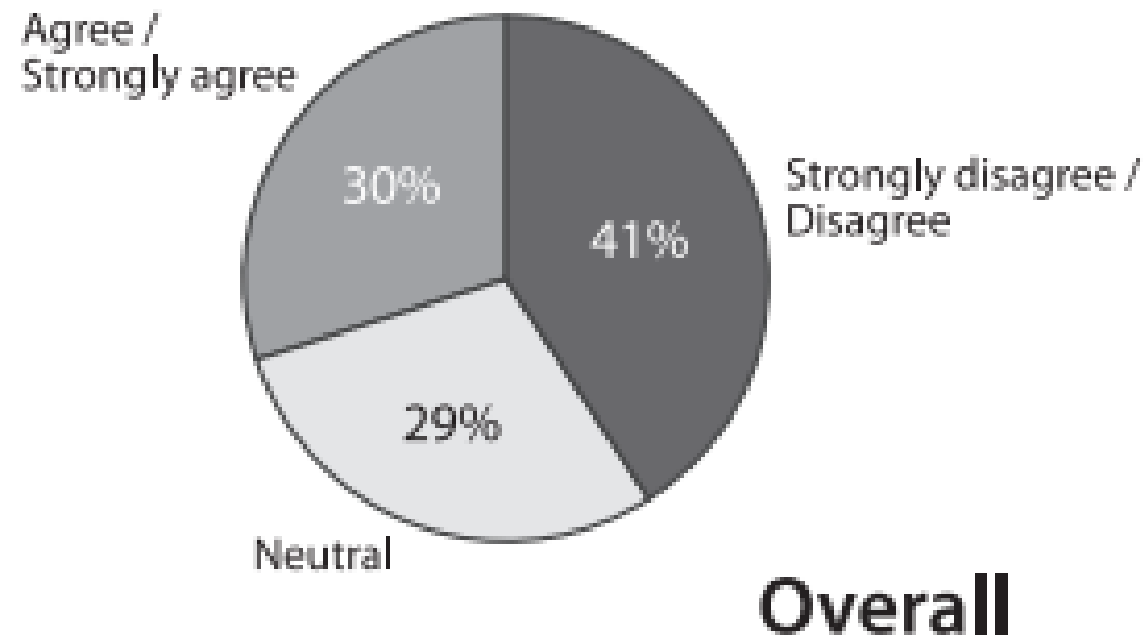
Kappa...

0,15 entre les intensivistes pour la survie hors des soins

0,22 pour la survie hors de l'hôpital.

0,09 entre les internistes

Determination of neurologic prognosis and clinical decision making in adult patients with severe traumatic brain injury: a survey of Canadian intensivists, neurosurgeons, and neurologists.



Trauma intensive care unit survival: how good is an educated guess?

TABLE 2. Sensitivity and Positive Predictive Value for Death for Days 1 and 3 by Observer

Observer	Sensitivity (%)		Positive Predictive Value (%)	
	Day 1	Day 3	Day 1	Day 3
Attending	51.7	43.5	65.2	58.8
Fellow	60.0	70.0	100	87.5
Senior resident	69.2	55.0	66.7	68.8
Junior resident	40.9	52.9	40.9	60
Medical student	64.7	60.9	78.6	77.8
ALP	57.1	52.9	57.1	81.8
Bedside nurse	34.8	50.0	53.3	53.8

ALP, advanced level practitioners.

Message clé – Pronostic des patients

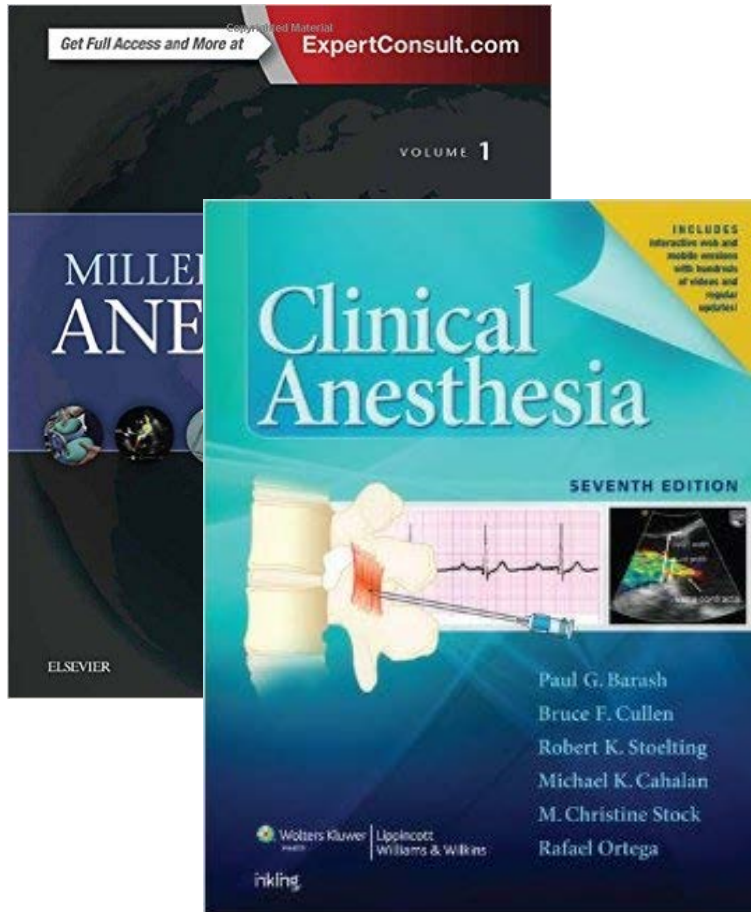
- Nous ne sommes pas excellents pour évaluer le pronostic des patients
- Y a-t-il une littérature scientifique qui nous aide à évaluer ces patients ?

Plan de présentation

- 1) Évaluer le pronostic des patients
- 2) Le patient trop vieux**
- 3) Le MPOC sévère
- 4) L'insuffisant cardiaque sévère
- 5) Conclusion



Comorbidité #1 – Le patient trop vieux



- Chronological *age is a less important risk factor* for complications than the sum of *underlying comorbidities*.
- Thus, age alone *should not necessarily be a deterrent* for surgery.

Cognitive, functional, and quality-of-life outcomes of patients aged 80 and older who survived at least 1 year after planned or unplanned surgery or medical intensive care treatment.

- Étude des Pays-Bas entre 1997 et 2002
- 60% des décès causés par une maladie
- 578 patients âgés de 80 ans et plus dans la clientèle gériatrique
- 74% des survivants qui provenaient **de leur domicile...**
- 204 survivants
- **Ceux qui survivent** ont une très bonne qualité de vie
- Âge moyen à l'admission de **81 ans**
- 83% qui n'avaient pas d'atteinte cognitive...
- Suivi médian de 3,7 ans post op
- Chirurgies **électives et urgentes** à une population contrôle qui n'a pas été opérée



The impact of age on outcome after surgery for colorectal adenocarcinoma

Résection de cancer colorectal électif ou urgent.

Mortalité **< 1 % si < 59 ans** et augmente **de 3 et 8% par décennie d'âge** de plus

Emergency general surgery in the geriatric patient.

Si on combine *l'âge avancé*, un ASA élevé ou un sepsis et une *perte d'autonomie* pré-op, la mortalité
> 50% chez les > 70 ans et > 90% chez les > 90 ans



J Am Geriatr Soc. 1999 Mar;47(3):360-5.

Risk factors for lack of recovery of ADL independence after hospital discharge.

75% de récupération à 1 mois si...

- ***MMSE > 24,***
- ***Timed up and Go < 40*** secondes
- Aucun ***outil de marche***

Sinon... ***85% de non récupération***

Ann Chir Gynaecol. 1996;85(1):11-5.

The outcome of elderly patients after operation for acute abdomen.

Eur J Trauma Emerg Surg. 2016 Feb;42(1):107-13. doi: 10.1007/s00068-015-0517-9. Epub 2015 Apr 8.

The outcomes of the elderly in acute care general surgery.

Ann Surg. 2007 Aug;246(2):222-8.

Activities of daily living and quality of life of elderly patients after elective surgery for gastric and colorectal cancers.

Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot. 1997;83(7):636-44.

[Proximal femoral fractures in patients over 75 years. Vital and functional prognosis of a cohort of 78 patients followed during 2.5 years].

Ann Chir Gynaecol. 1996;85(1):11-5.

The outcome of elderly patients after operation for acute abdomen.

Messages clés – La personne âgée

- L'âge augmente la **mortalité, la morbidité** et la durée d'hospitalisation
Aucun patient n'est trop vieux pour être opéré
- On peut sélectionner un groupe de patient **1) non dément, 2) autonome à la marche, 3) fonctionnel** qui va bien évoluer
- La récupération est plus longue (3 – 6 mois), mais ceux qui survivent ont la même **qualité de vie** qu'une population contrôle et restent à domicile

Sky-diving Granny celebrates turning 100 with history making jump while raising money for Motor Neurone Disease research

- Irene O'Shea, 100, is the oldest person to skydive ever in South Australia
- She took part in a record breaking 12,000 foot tandem parachute jump
- The centenarian was raising money for Motor Neurone Disease research
- Ms O'Shea's daughter Shelagh died from Motor Neurone disease in 2008
- She is a grandmother of five and great-grandmother of 11

By [SINEAD MACLAUGHLIN FOR DAILY MAIL AUSTRALIA](#)

PUBLISHED: 09:53 GMT, 12 June 2016 | **UPDATED:** 10:15 GMT, 12 June 2016



Plan de présentation

- 1) Évaluer le pronostic des patients
- 2) Le patient trop vieux
- 3) Le MPOC sévère**
- 4) L'insuffisant cardiaque sévère
- 5) Conclusion



Chest. 2013 Jun;143(6):1599-606. doi: 10.1378/chest.12-1499.

Impact of COPD on postoperative outcomes: results from a national database.

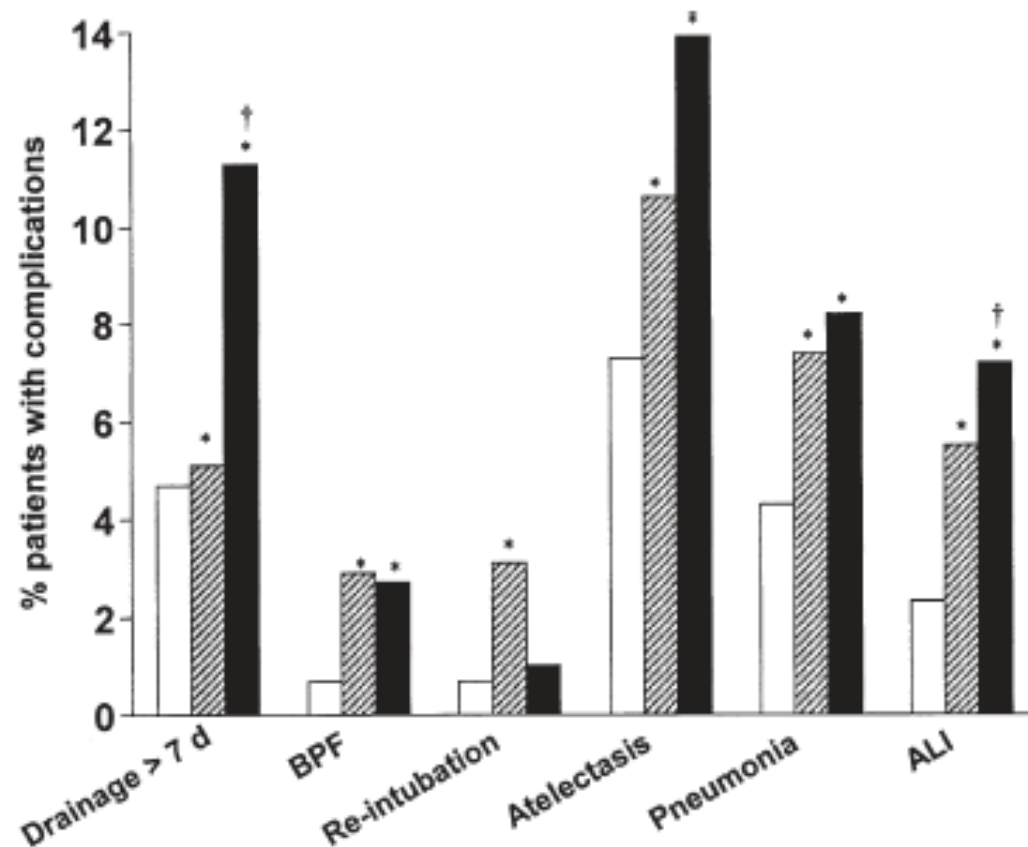
Gupta H¹, Ramanan B, Gupta PK, Fang X, Polich A, Modrykamien A, Schuller D, Morrow LE.



- 22 576 MPOC sur 468 000 chirurgies
- USA 2007 – 2008
- Morbidité à 1 mois de 26% versus 10 %
- Mortalité de 6,7% versus 1,4%
- Contrôlé pour plus de 50 comorbidités

Operative mortality and respiratory complications after lung resection for cancer: impact of chronic obstructive pulmonary disease and time trends.

Licker MJ¹. Widikker I. Robert J. Frev JG. Spiliopoulos A. Ellenberger C. Schweizer A. Tschopp JM.



- **VEMS < 35%** est un « point d'inflexion » versus 60%
- Mortalité de **7,1%** et complications pulmonaires de **28%**
- OR 0,4 – 0,6 avec péridurale

Eur J Cardiothorac Surg. 2012 Jul;42(1):108-13; discussion 113. doi: 10.1093/ejcts/ezr271. Epub 2012 Jan 22.

Impact of chronic obstructive pulmonary disease severity on surgical outcomes in patients undergoing non-emergent coronary artery bypass grafting.

Saleh HZ¹, Mohan K, Shaw M, Al-Rawi O, Elsayed H, Walshaw M, Chalmers JA, Fabri BM.

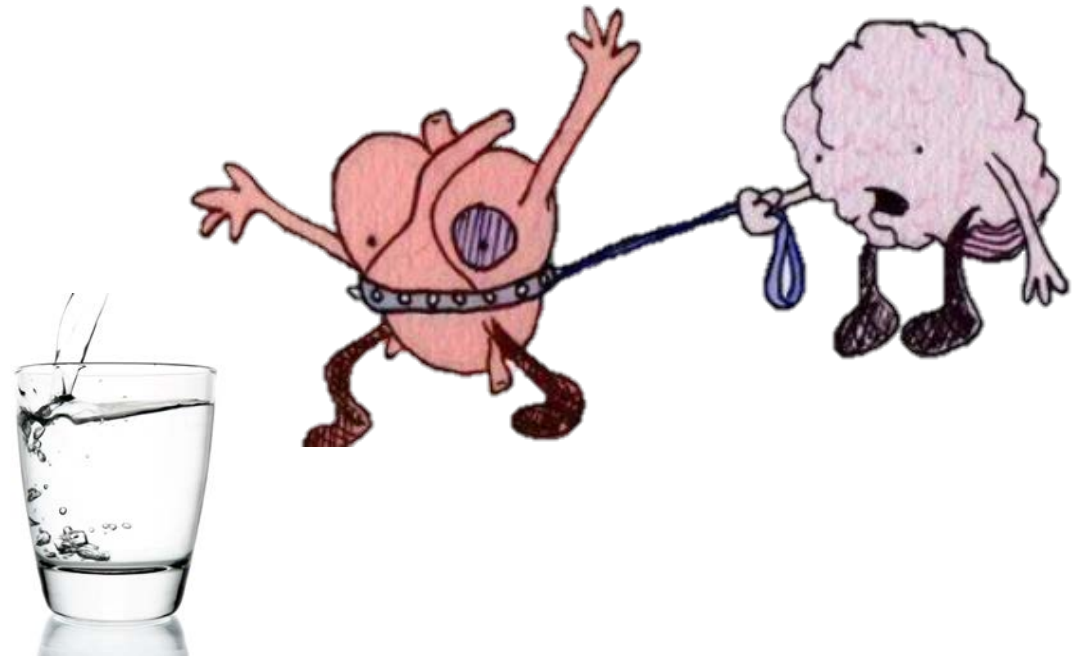
VEMS	Mortalité
> 80 %	1,4%
50 – 80%	2,9%
< 50%	5,7%

Messages clés – Le MPOC sévère

- Les MPOC ont plus de complications pulmonaires
- Seuil de VEMS de **35%** ?
- **7%** de mortalité et **30%** de morbidité sont les plus haut taux que j'ai constatés dans la littérature

Plan de présentation

- 1) Évaluer le pronostic des patients
- 2) Le patient trop vieux
- 3) Le MPOC sévère
- 4) **L'insuffisant cardiaque sévère**
- 5) Conclusion



Outcomes in heart failure patients after major noncardiac surgery.

- Étude sur bas
- Medicare 199
- 1532 patients
- Diagnostic ba
- dernière année

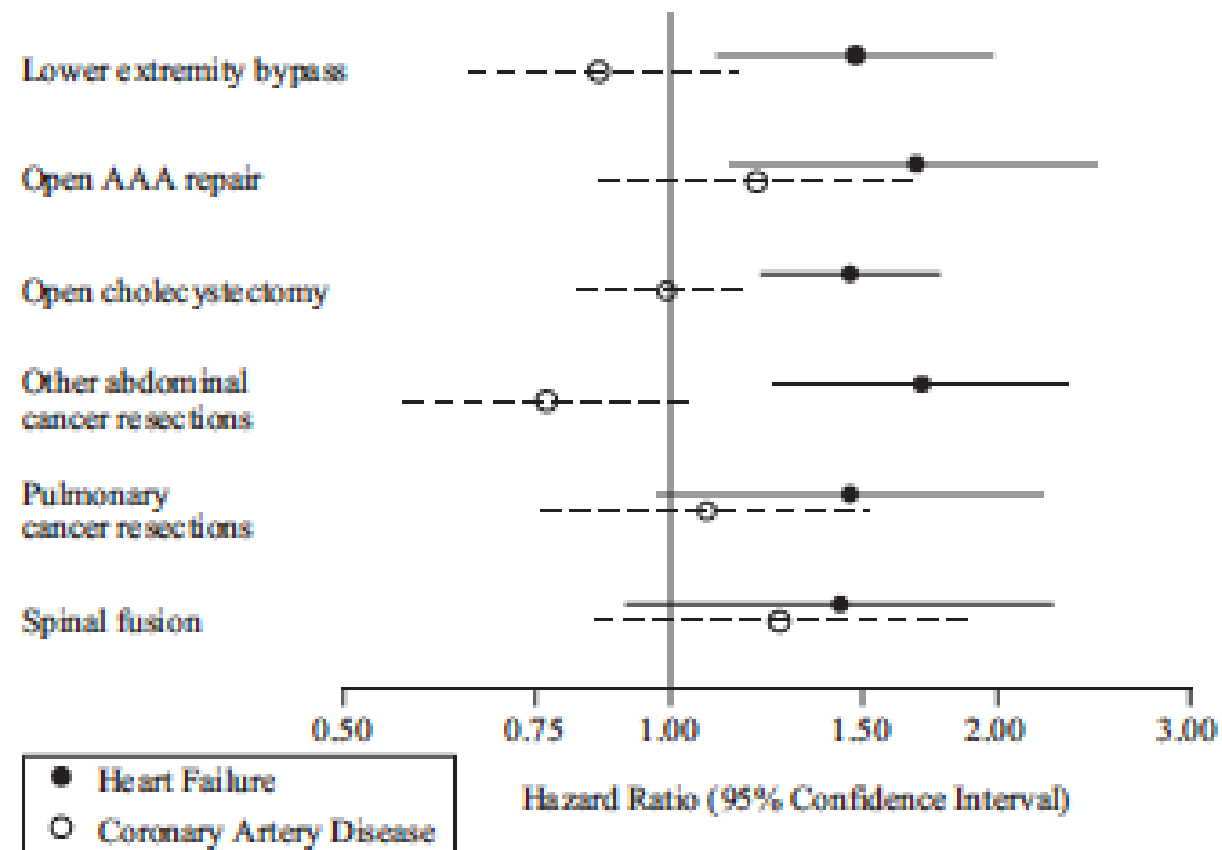
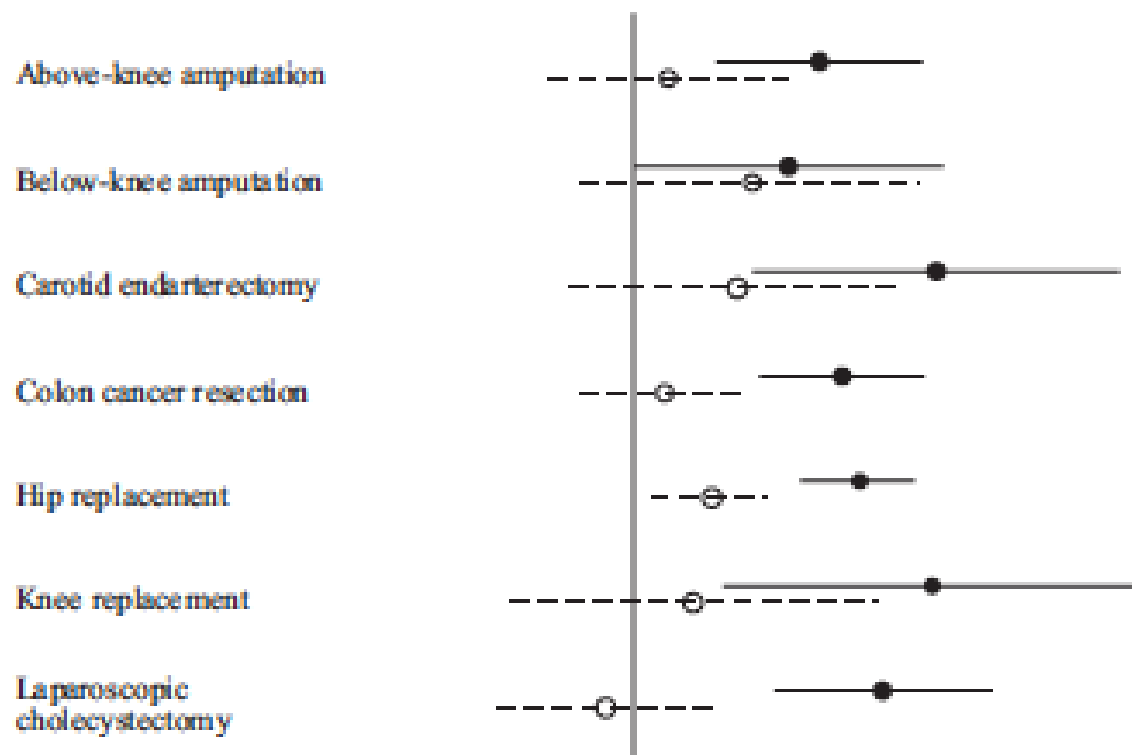
Groupe	Mortalité 30 jours
Insuffisant cardiaque	11,2%
MCAS	6,6%
Groupe contrôle	6,2%

liaque dans la

Impact of heart failure on patients undergoing major noncardiac surgery.

Groupe	Mortalité 30 jours
Insuffisant cardiaque	8%
MCAS	2,2%
Groupe contrôle	2,4%

- Étude sur base de données
- Mortalité à 30 jours de patients insuffisants cardiaques 0,5%
- 29,5% dans les 30 jours de patients insuffisants cardiaques hospitalisés 5,2%
- Mortalité à 30 jours de patients MCAS hospitalisés 2,2%
- Médiane 2001-2004 de patients
- Diagnostic basé sur une hospitalisation pour insuffisance cardiaque dans la dernière année



Mortality and readmission of patients with heart failure, atrial fibrillation, or coronary artery disease undergoing noncardiac surgery: an analysis of 38 047 patients.

<ul style="list-style-type: none">• 38 000 p• 1999 à 20• Mortalité	Groupe	Mortalité 30 jours
	Ins. Card. Ischémique	9,2%
	Ins. Card. Non-Ischémique	9,3%
	MCAS	2,9%
	FA	6,4%

6)

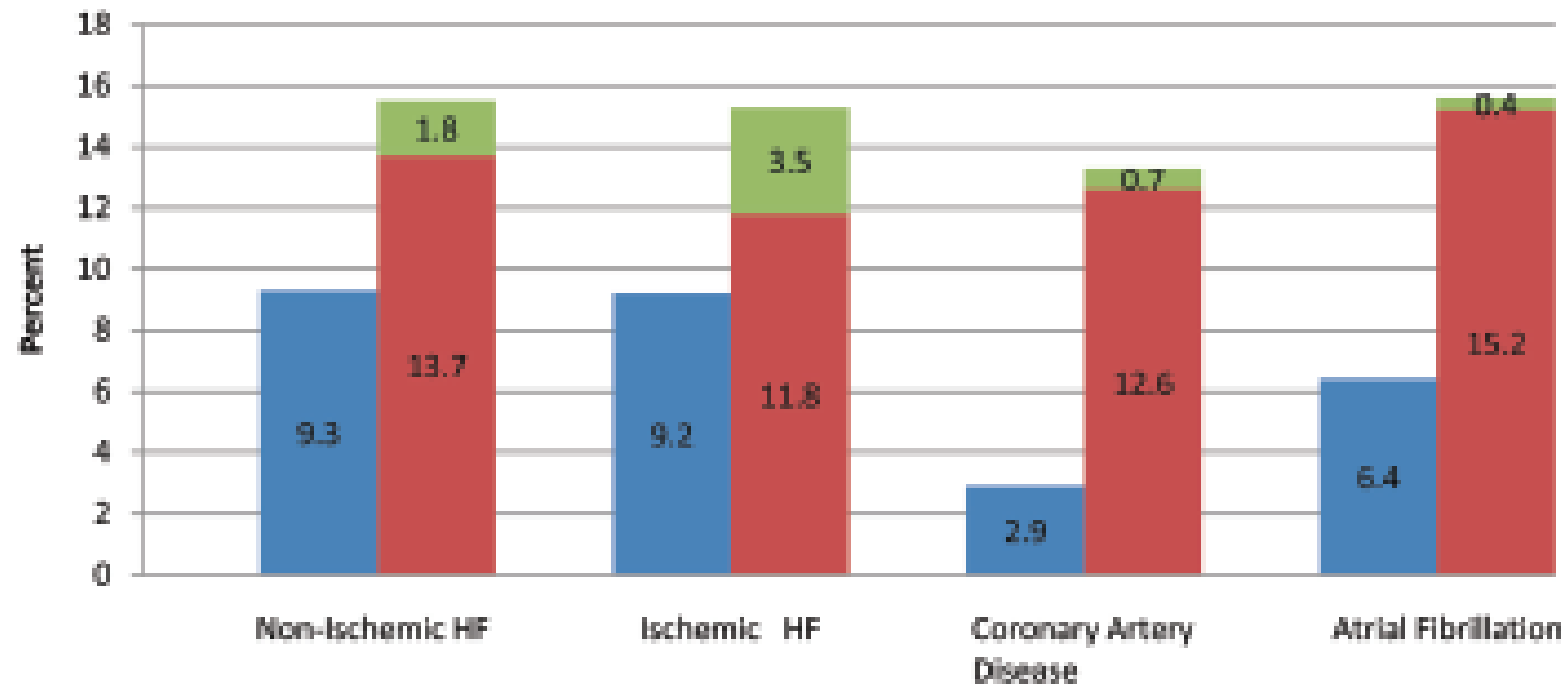


Figure 3. Unadjusted 30-day perioperative mortality (blue), rehospitalization (red), and cardiac rehospitalization (green). HF indicates heart failure.

Chirurgies mineures

Mortalité élevée même en chirurgie **MINEURE** (8,1 à 14,7%)

Table 3. Unadjusted 30-Day Perioperative Mortality for In-Patient and Out-Patient Minor Procedures

Minor Procedure Category	HF Cohorts		CAD Cohort, n (%)	AF, n (%)
	Nonischemic HF, n (%)	Ischemic HF, n (%)		
All	511 (8.5)	782 (8.1)	266 (2.3)	177 (5.7)
In-patient	367 (14.7)	429 (13.2)	191 (8.5)	131 (13.4)
Out-patient	144 (4.1)	278 (4.8)	75 (0.8)	46 (2.2)

HF indicates heart failure; CAD, coronary artery disease; and AF, atrial fibrillation and flutter.

Perioperative outcome and long-term mortality for heart failure patients undergoing intermediate- and high-risk noncardiac surgery: impact of left ventricular ejection fraction.

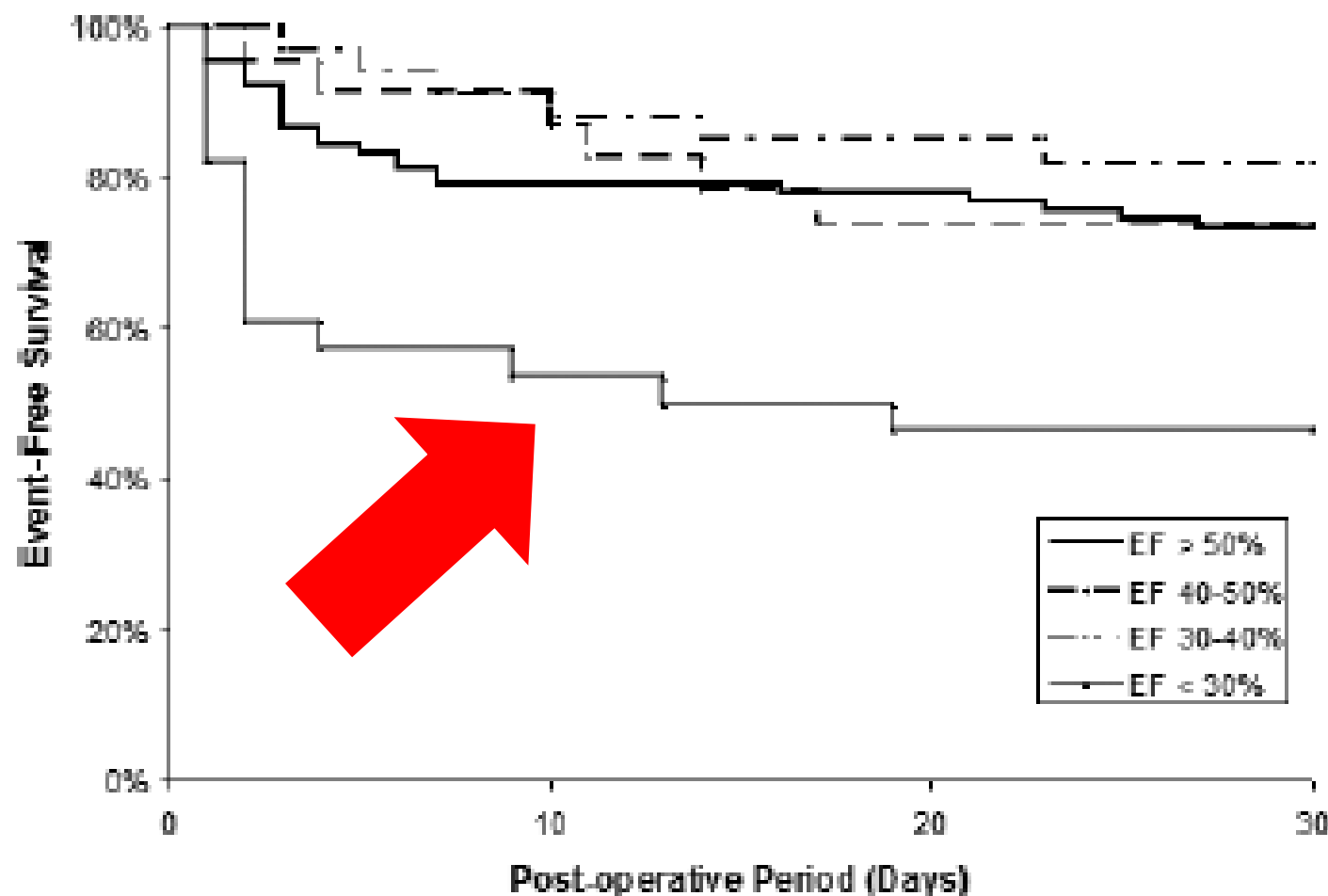
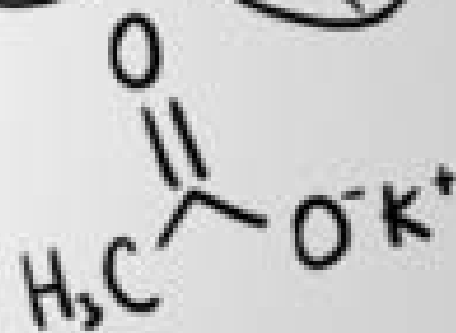
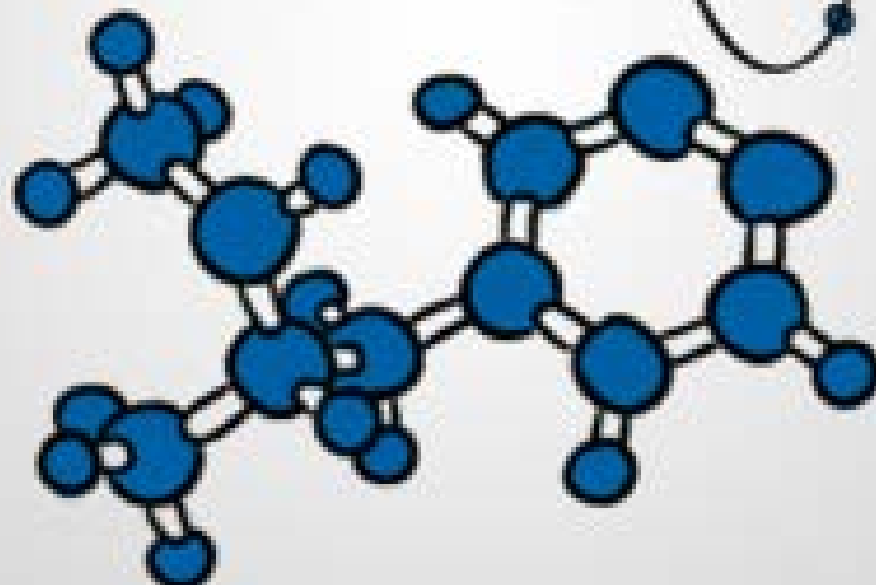
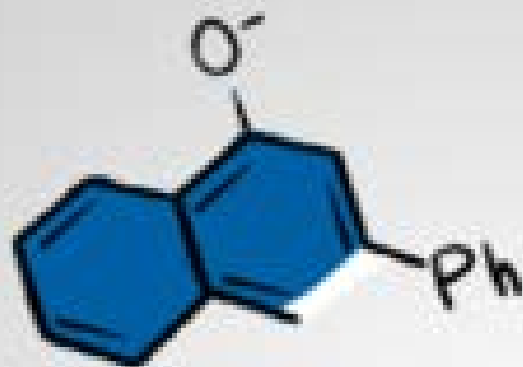
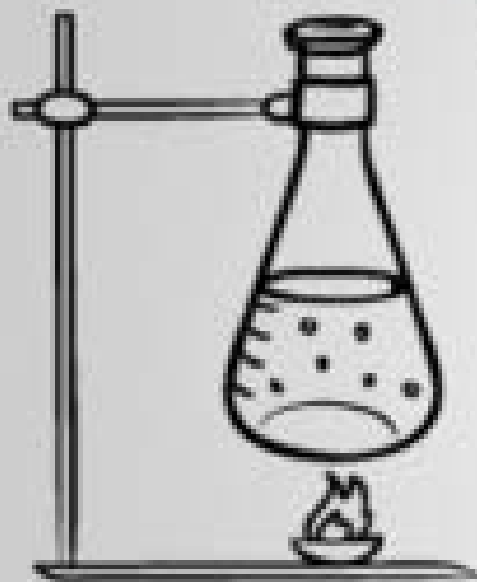


Figure. Perioperative outcomes among patients with heart failure undergoing noncardiac surgery stratified by left ventricular ejection fraction (LVEF).

pBNP ?



Plan de présentation

- 1) Évaluer le pronostic des patients
- 2) Le patient trop vieux
- 3) Le MPOC sévère
- 4) L'insuffisant cardiaque sévère
- 5) **Conclusion**



Conclusion

*If your only tool is a **hammer** then every problem looks like a **nail**.*

Mark Twain

Patient X

- Dossier très peu détaillé. Discussion avec l'anesthésiste sur les implications de la chirurgie pour s'assurer de la compréhension du patient.
- Décision de ne pas opérer. 1 an plus tard, patient X est toujours vivant et sa masse a régressé spontanément de quelques millimètres.