

Fiche d'information prévention du délire «ASPECT»



Schweizerische Interessengemeinschaft für Anästhesiepflege
Fédération suisse des infirmières et infirmiers anesthésistes
Federazione svizzera infermiere e infermieri anestesisti

Avec le soutien de:



But

Les Soins d'anesthésie Suisse mettent en œuvre en premier lieu des mesures de soins non pharmacologiques pour la prévention du délire. Les mesures de prévention du délire doivent être intégrées dans un concept de prévention du délire de l'institution.

Objectif

Les contenus d'une prévention du délire pour les soins d'anesthésie sont définis et constituent la base de la mise en œuvre dans un service d'anesthésie.

1. Reconnaître les patients à risque en phase préopératoire

- Âge ≥ 65
- Antécédant de délire décrit dans l'anamnèse
- Troubles cognitifs (p. ex. démence, trouble anxieux, dépression)
- Limitations fonctionnelles (troubles de la vue ou de l'audition)
- Polymorbidité
- Abus et mésusage de substances (alcool, médicament, drogue)
- Polymédication
- Intervention d'urgence

2. Evaluation préopératoire

- Si l'un des facteurs ci-dessus est présent, il existe un risque accru de développer un délire. Pour l'évaluer, il convient de procéder à l'un des dépistages/évaluations suivants:
- Test d'évaluation du délire et de la restriction cognitive (4AT)
- Nursing Delirium Screening Scale (Nu-Desc)
- Delirium Observation Screening Scale (DOS)
- Confusion Assessment Method (CAM)

L'implication des proches ou des personnes de confiance peut apporter un soutien et une sécurité aux patients. Parallèlement, les proches peuvent transmettre des informations lors de l'anamnèse, notamment en cas de symptomatologie fluctuante.

Qui? / Quand?	Pré-opératoire	Intra-opératoire	Post-opératoire
A Assessment évaluation effectuée?	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier les facteurs de risque, les documenter et les communiquer à l'équipe soignante • Évaluation de la douleur 		<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation de la douleur • Dépistage / évaluation en SDR et dans les services
S Sédation – oui / non?	<ul style="list-style-type: none"> • Prémédication: si possible pas de sédatif • Choisir les médicaments présentant le meilleur profil risque/bénéfice en matière de délire 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorer la profondeur de l'anesthésie si possible avec un EEG • Éviter une anesthésie trop profonde • Éviter si possible une sédation en cas d'anesthésie locorégional 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorer la profondeur de la sédation en salle de réveil (RASS) • Monitorer la profondeur de la sédation à la sortie de la salle de réveil
P Gestion périopératoire discutée?	<ul style="list-style-type: none"> • Minimiser les périodes de jeûne, éventuellement envisager une voie i.v. précoce • Envisager une substitution nutritionnelle (carbo-preloading) • Évaluer la malnutrition (entretien préopératoire consultation d'anesthésie) • Traitement adéquat de la douleur, éviter la péthidine • Oxygénation suffisante, SpO₂ ≥ 90% • Envisager une anesthésie locorégionale • Diagnostiquer et traiter les infections existantes • Gestion de la chaleur 	Maintenir: <ul style="list-style-type: none"> • Normothermie, normotonie, oxygénation • Bilan hydrique • Traitement multimodal adéquat de la douleur • Gestion de la chaleur 	<ul style="list-style-type: none"> • Antalgie suffisante • Réduire au minimum nécessaire les voies veineuses et les cathéters • Réguler l'alimentation et l'hydratation • Gestion de la chaleur
E Facteurs de strEss réduits?	<ul style="list-style-type: none"> • Informer les patients de manière compréhensible • Limiter les soignants présents au strict minimum • Minimiser l'impact du bruit et de la lumière (silence, éventuellement tamiser la lumière, éteindre les scialytiques jusqu'à l'induction) • Musique (selon désir du patient) • Induction dans le lit du patient? 		<ul style="list-style-type: none"> • Créer un environnement calme • Redonner les prothèses auditives, lunettes et prothèses dentaires le plus tôt possible • Soutenir le rythme jour/nuit, lumière du jour (lit près d'une fenêtre)
C Caring + continuité possible?	Accompagnement par un proche ou une personne de confiance jusque dans l'avant salle	En cas d'anesthésie locorégionale périopératoire: accompagnement par un proche ou une personne de confiance	Planifier et mettre en œuvre la continuité des soignants Présence des proches ou d'une personne de confiance le plus tôt possible
T L'orienTation est-elle soutenue?	Maintenir l'orientation dans le temps et l'espace: Information, moyens auxiliaires (lunettes, appareils auditifs), utiliser une boîte pour les ranger	Maintenir l'orientation dans le temps et l'espace: Information, moyens auxiliaires (lunettes, appareils auditifs), utiliser une boîte pour les ranger	Maintenir l'orientation dans le temps et l'espace: Information, moyens auxiliaires (lunettes, appareils auditifs), utiliser une boîte pour les ranger

Bibliographie

- Bosshart, K., Ries Gislser, T.; Haubner, S. (2016). ASPECT-Delirium-Prevention in the perioperative and anaesthesiological Setting; Poster, WCNA Congress
- Aldecoa, C., Bettelli, G., Bilotta, F., Sanders, R. D., Audisio, R., Borozdina, A., ... & Radtke, F. (2017). European Society of Anaesthesiology evidence-based and consensus-based guideline on postoperative delirium. European Journal of Anaesthesiology (EJA), 34(4), 192-214.
- Verloo, H., Schmid, R., Rohrbach, E., & Hasemann, W. (2017). Risikofaktoren, Risikofaktoren-Management, Prävention. In E. Savaskan & W. Haseman (Eds.), Leitlinie Delir – Empfehlungen zur Prävention, Diagnostik und Therapie des Delirs (1. ed., pp. 41-62). Bern: Hogrefe sowie Ergebnisse des Workshops am SwissAnaesthesia Kongress, Interlaken 2019