

Optimiser la prise en charge des résidents d'EHPAD fracturés. Quelle filière ortho-gériatrie pour les résidents déments ?

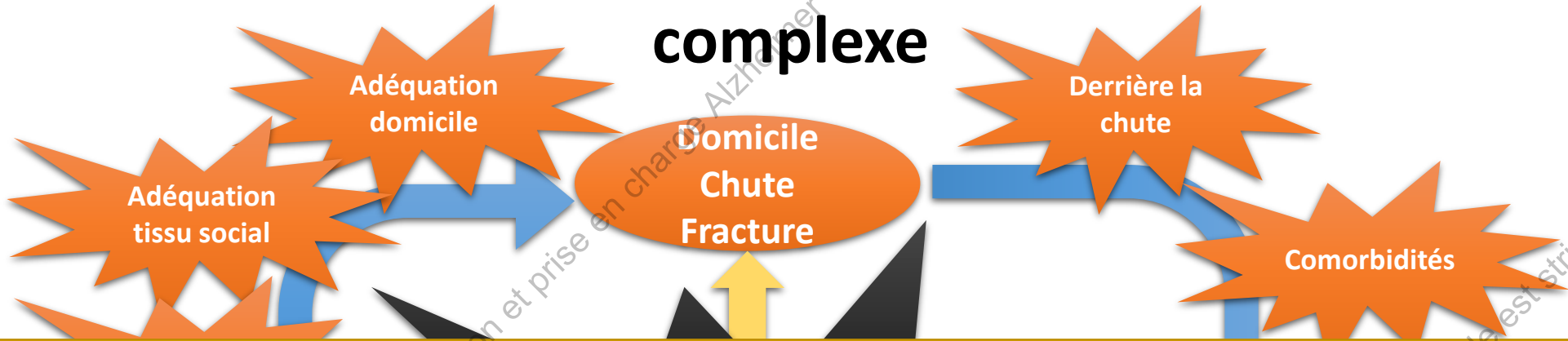


Pr Jacques Boddaert
Unité Péri-Opératoire Gériatrique
Pitié-Salpêtrière, Paris

Conflits d'intérêt

- **Intérêts financiers : 0**
- **Liens durables ou permanents : 0**
- **Interventions ponctuelles : AMGEN, LILLY, NUTRICIA, BAXTER**

Avènement de la multimorbidité: la vie est complexe



Faire entrer un patient d'EHPAD dans un tel circuit est un challenge à très haut risque



Multimorbidité

Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study

Karen Barnett, Stewart W Mercer, Michael Norbury, Graham Watt, Sally Wyke, Bruce Guthrie

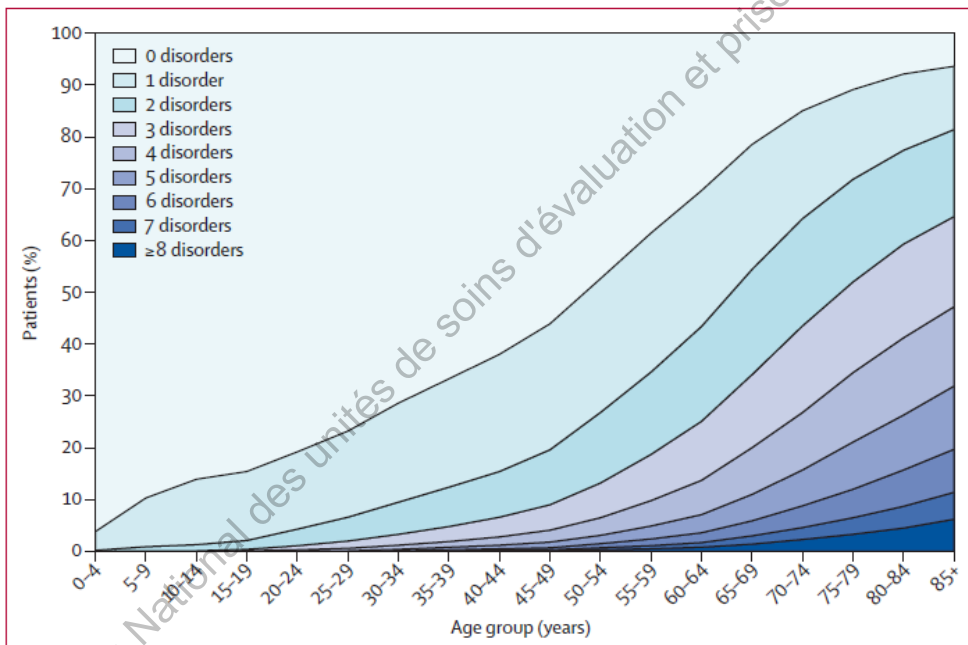


Figure 1: Number of chronic disorders by age-group

Barnett et al, Lancet 2012

	Gpe EHPAD (n=162)	Gpe non EHPAD (n=964)
Démence	88%	31%
Dépression	47%	27%
Ins. cardiaque	11%	18%
Cockroft <30 ml/min	15%	10%
Traitements	6 ± 3	5,5 ± 3
Chutes à répétition	70%	46%
Charlson pondéré	7 ± 2	6 ± 3
ADL	3 ± 2	5 ± 2
Rockwood	6 ± 1	5 ± 1
Marche antérieure	90%	98%

Données UPOG PSL 2018

→ Les patients d'EHPAD ont une multimorbidité particulière
 → la multimorbidité nécessite une expertise gériatrique

Opérer?

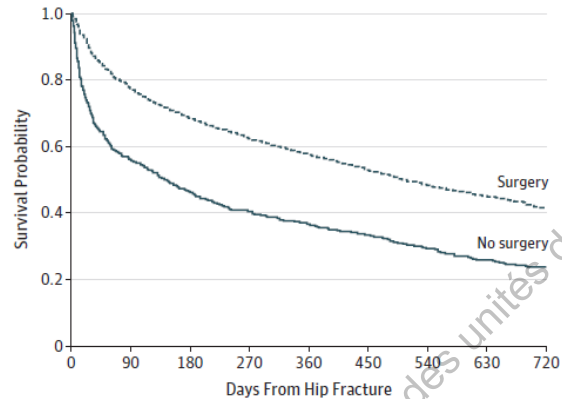
Association of Clinical Outcomes With Surgical Repair of Hip Fracture vs Nonsurgical Management in Nursing Home Residents With Advanced Dementia

Retrospective analysis
3083 patients in NH with HF

2615 Managed with surgery

468 Managed without surgery

Figure 2. Survival Among Nursing Home Residents With Advanced Dementia and Hip Fracture



6 month mortality 35%

Mortality surgery vs non surgery
HR = 0,88 (95%CI [0,79-0,98])

No. at risk	0	90	180	270	360	450	540	630	720
No surgery	468	263	218	190	172	156	138	122	111
Surgery	2615	2029	1797	1635	1506	1386	1268	1179	1080

Outcome	Surgical Repair (n = 1603)	No Surgical Repair (n = 191)	IPTW Model (95% CI) ^b
Pain	465 (29.0)	59 (30.9)	0.78 (0.61-0.99)
Antipsychotic use ^a	529 (29.5)	44 (20.4)	1.02 (0.76-1.37)
Physical restraint use	233 (13.0)	24 (11.1)	1.83 (1.21-2.76)
Pressure ulcer	200 (11.2)	41 (19.0)	0.64 (0.47-0.86)

- Opérer est utile, en particulier pour la qualité de vie
- Discussion collégiale ++++: partie de la filière

Ce qui attend le patient lors d'une FESF

Douleur	96 %
TRF	53 %
Fécalome	42 %
Confusion	38 %
Fausse routes	38 %
RAU	26 %
Infection	19 %
Dépression	17 %
ICA	12 %
IdM	10 %
Escarre	12 %
FA parox	8 %
MVTE	4 %
AVC	1%

	Gpe EHPAD (n=162)	Gpe non EHPAD (n=964)
Délai chirurgical (med, h)	25	25
Confusion	66%	37%
Fausse routes	64%	32%
Escarre	12%	11%
FA paroxystique	2,5%	9,4%
SCA	6%	8%
Ins card. Aiguë	5%	12%
Infection	19%	17%
Reprise de la marche (med, j)	2	2
DMS (med, j)	11	12
Mortalité intra-hosp	4,9%	3,2%
SSR	41%	86%
Mortalité à 6 mois	22%	15%

5 ± 2

→ grave et difficile.....

Données base UPOG

La prise en charge de la FESF: une chaîne solidaire



Expertise gériatrique ?



Une approche essentielle: la dépendance iatrogène

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

30-60% de dépendance liée à l'hospitalisation
10% de dépendance iatrogène (soins, parcours): **évitable**
dans 80% des cas

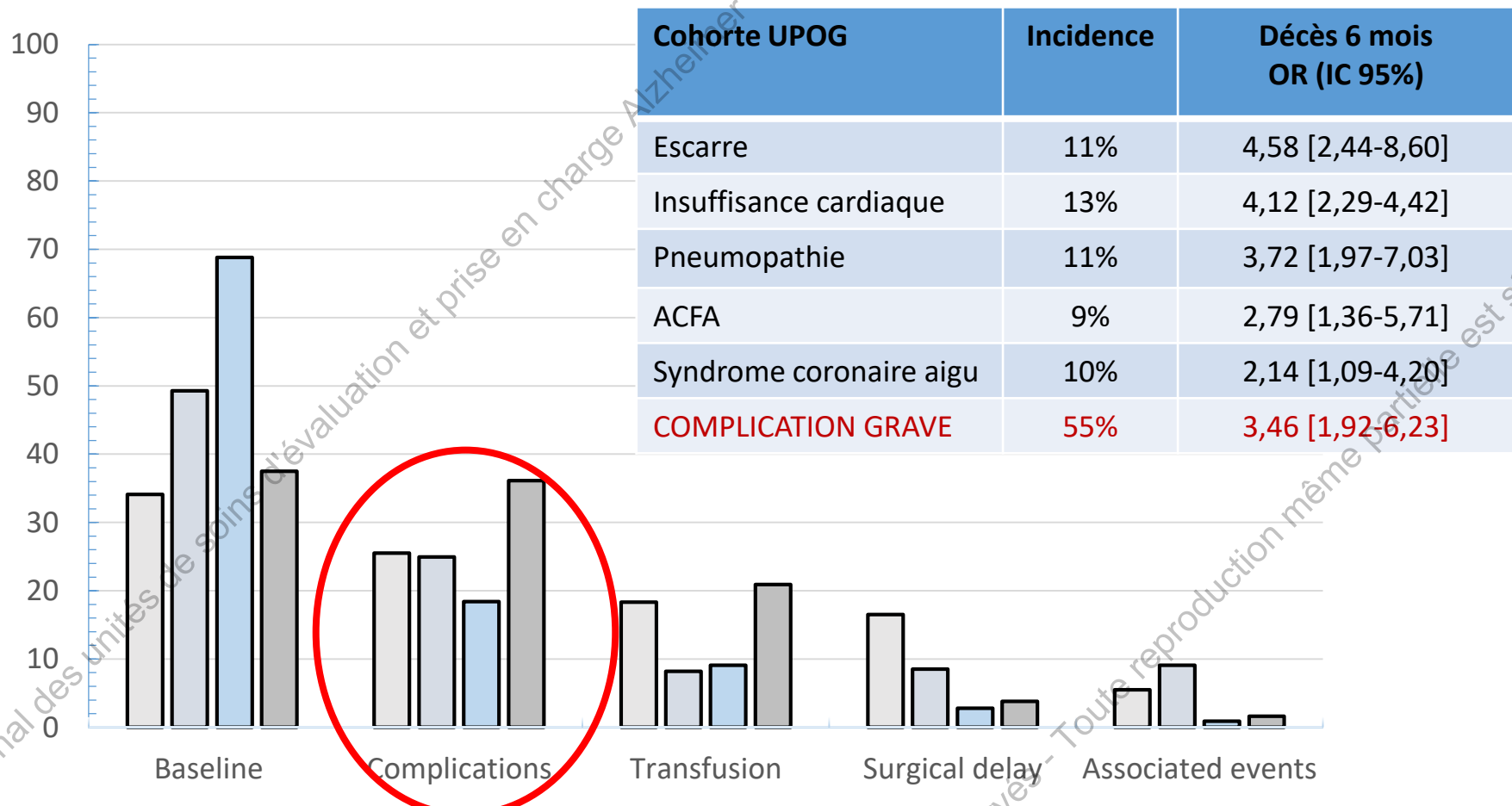
6 facteurs clefs

- Immobilisation
- Confusion
- Dénutrition
- Chutes
- Incontinence U
- EI médicaments

Remise en cause des procédures
Prévention INDISPENSABLE

Complexité liée à la multimorbidité
Expertise gériatrique à imposer

Mortalité attribuable et FESF

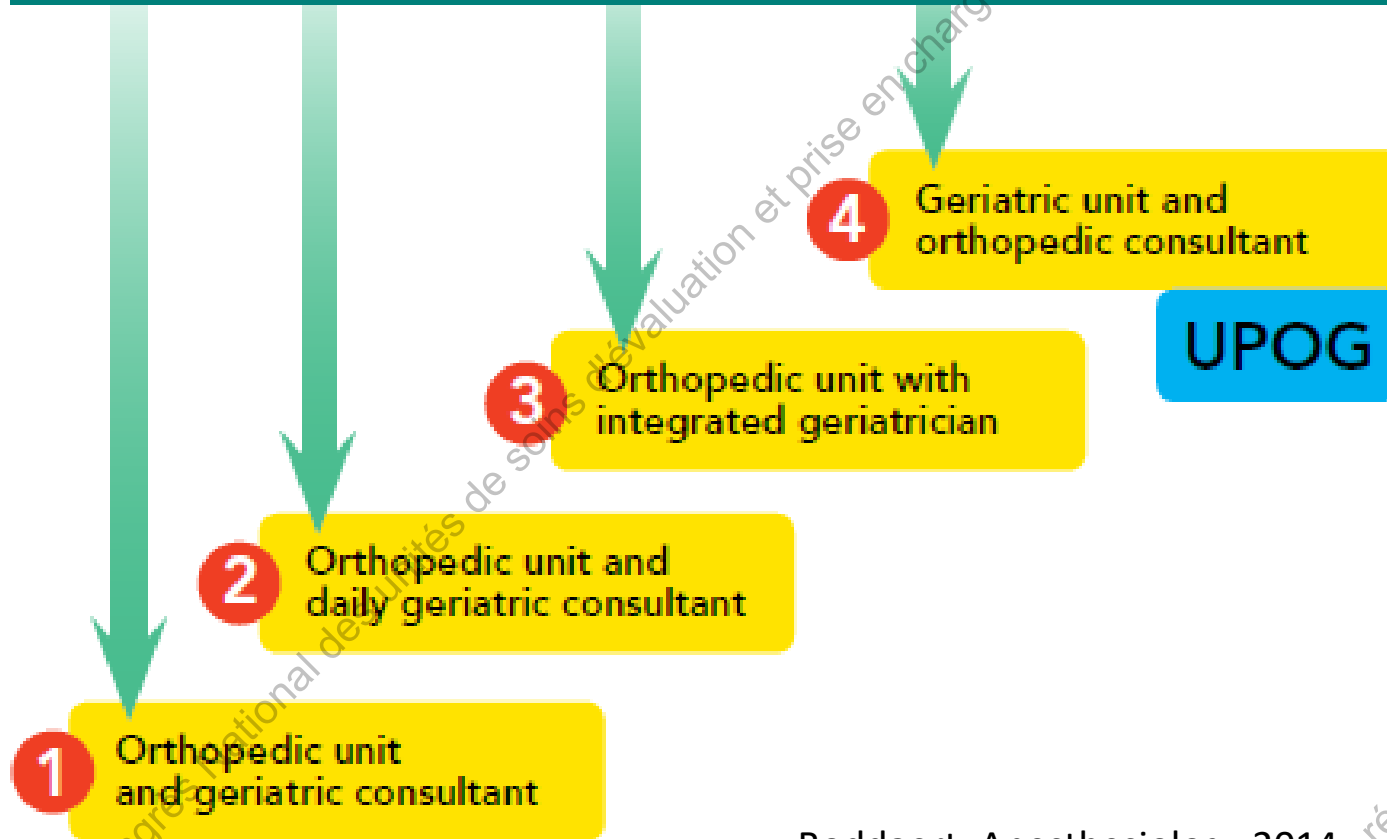


Dans les facteurs modifiables, la prévention/gestion des complications post-opératoires est l'élément déterminant

→ Il faut des gériatres au lit du malade

Y a-t-il un « meilleur » modèle ?

4 Models of Orthogeriatrics



S'adapter aux organisations hospitalières

Boddaert, Anesthesiology 2014

Au sein d'une filière optimisée, on peut penser que plus on met de gériatrie..... Orthogériatrie ?

Postoperative Admission to a Dedicated Geriatric Unit Decreases Mortality in Elderly Patients with Hip Fracture

Jacques Boddaert^{1,2,*}, Judith Cohen-Bittan¹, Frédéric Khiami³, Yannick Le Manach⁴, Mathieu Raux^{1,5,8}, Jean-Yves Beinis⁶, Marc Verny^{1,2}, Bruno Riou^{1,7,8}

Il était une fois la révolution : approche multidisciplinaire !

4 Facteurs clés

- Alerte précoce dès les urgences;
- Considérer la fracture du col comme une urgence chirurgicale;
- Transfert postopératoire rapide vers l'UPOG (<48 h);
- Transfert rapide en SSR d'un patient stabilisé.

Prise en charge focalisée sur:

- mobilisation précoce (fauteuil 24 h, marche 48 h)
- analgésie (paracétamol et morphine);
- matelas anti-escarres (score de Braden);
- détection des troubles de la déglutition;
- détection du fécalome et de la rétention d'urine;
- détection de l'anémie et stratégie transfusionnelle;
- détection du syndrome confusionnel (Confusion Assessment Method);
- détection de la dénutrition (nutritionniste).

Transfert en
UPOG à la sortie
du Réveil

Mis au fauteuil à
l'arrivée du
Réveil

Postoperative Admission to a Dedicated Geriatric Unit Decreases Mortality in Elderly Patients with Hip Fracture

Jacques Boddaert^{1,2,*}, Judith Cohen-Bittan¹, Frédéric Khiami³, Yannick Le Manach⁴, Mathieu Raux^{1,5,8}, Jean-Yves Beinis⁶, Marc Verny^{1,2}, Bruno Riou^{1,7,8}

	Orthopedic Cohort (n=131)	Geriatric cohort (n=203)	P value
Reprise de marche (j)	5 [3-9]	2 [1-4]	<0.001
Contention	18 (15%)	1 (0.5%)	<0.001
Escarre	40 (33%)	18 (9%)	<0.001
Durée de séjour (j)	13 [10-20]	11 [8-16]	0.001
Transfert réa	17 (13%)	8 (4%)	0.005
Mortalité intra Hosp.	10 (8%)	6 (3%)	0.07
Marche fin de filière	116 (86 %)	197 (94 %)	0.002

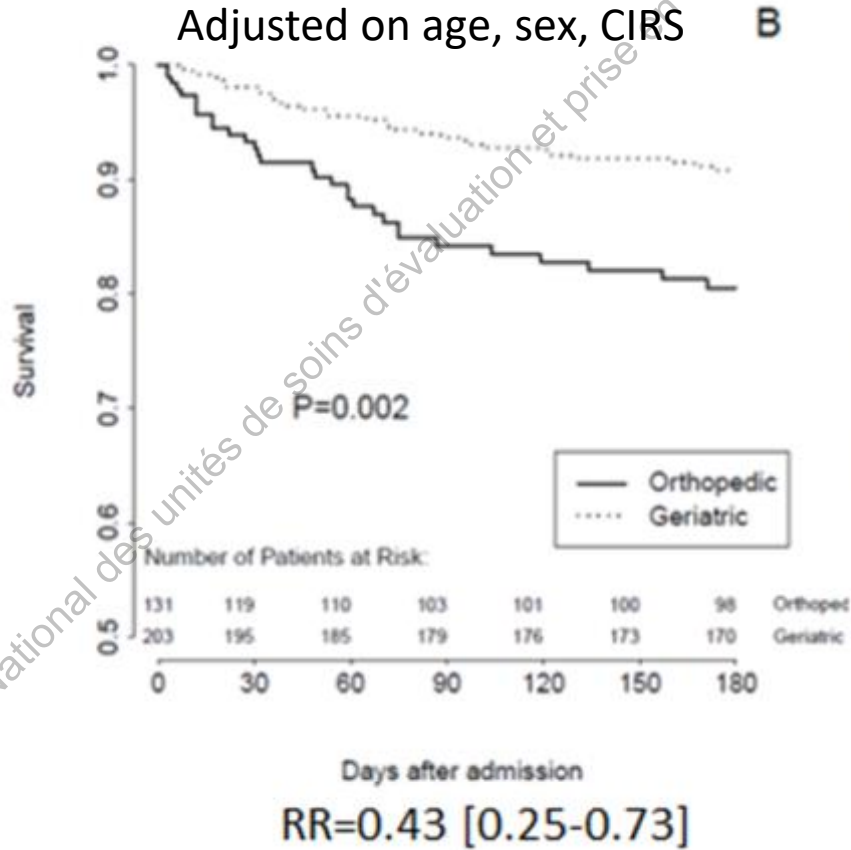
→ Réduction des complications
→ Amélioration de l'autonomie

Postoperative Admission to a Dedicated Geriatric Unit Decreases Mortality in Elderly Patients with Hip Fracture

Jacques Boddaert^{1,2,*}, Judith Cohen-Bittan¹, Frédéric Khiami³, Yannick Le Manach⁴, Mathieu Raux^{1,5,8}, Jean-Yves Beinis⁶, Marc Verny^{1,2}, Bruno Riou^{1,7,8}

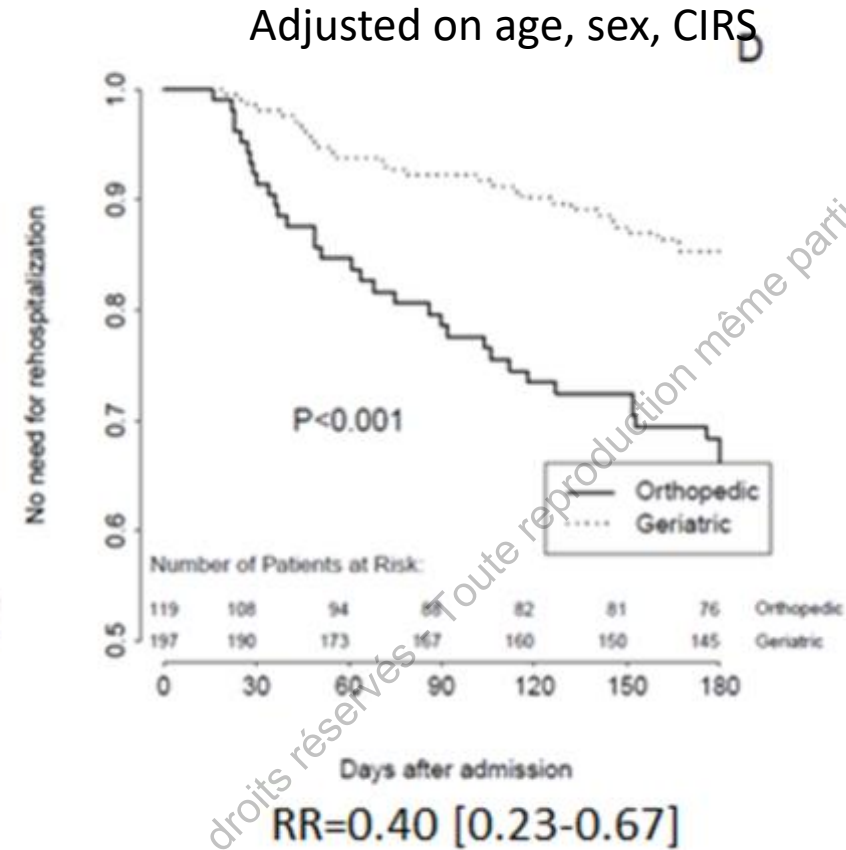
6 month mortality

Adjusted on age, sex, CIRS



6 month readmissions

Adjusted on age, sex, CIRS

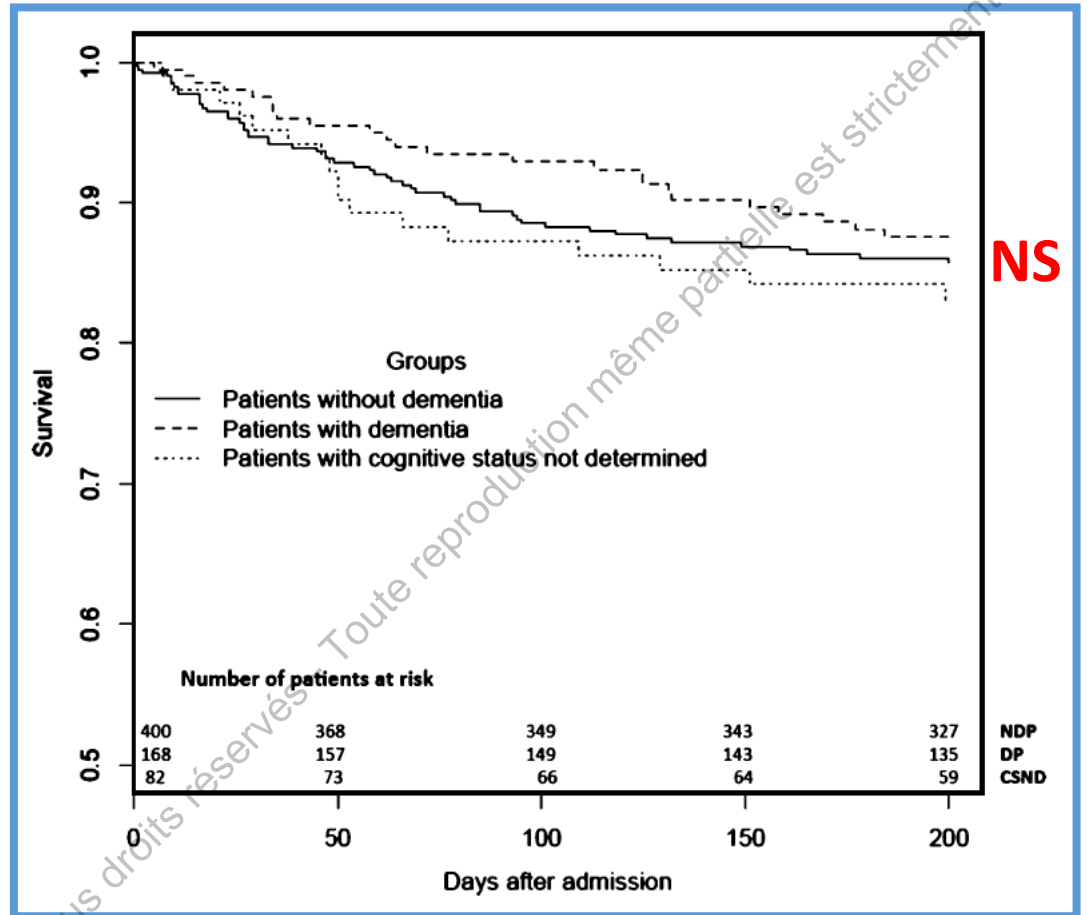
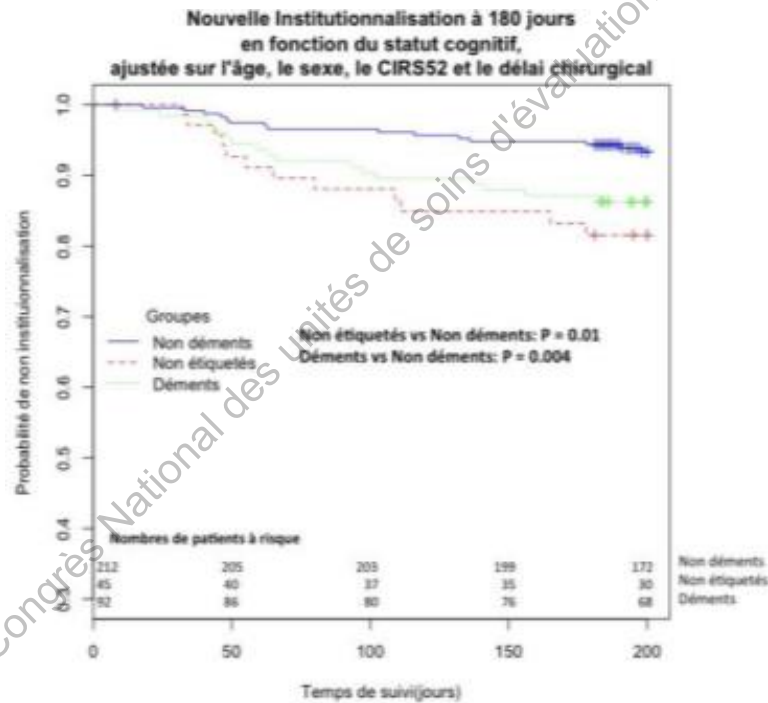


→ réduction de mortalité et des ré-admissions

Association between Cognitive Status before Surgery and Outcomes in Elderly Patients with Hip Fracture in a Dedicated Orthogeriatric Care Pathway

Journal of Alzheimer's Disease 56 (2017) 145–156
 DOI 10.3233/JAD-160655
 IOS Press

Dementia history n=162
 No history of cognitive disorder n=400
 Undetermined n=82

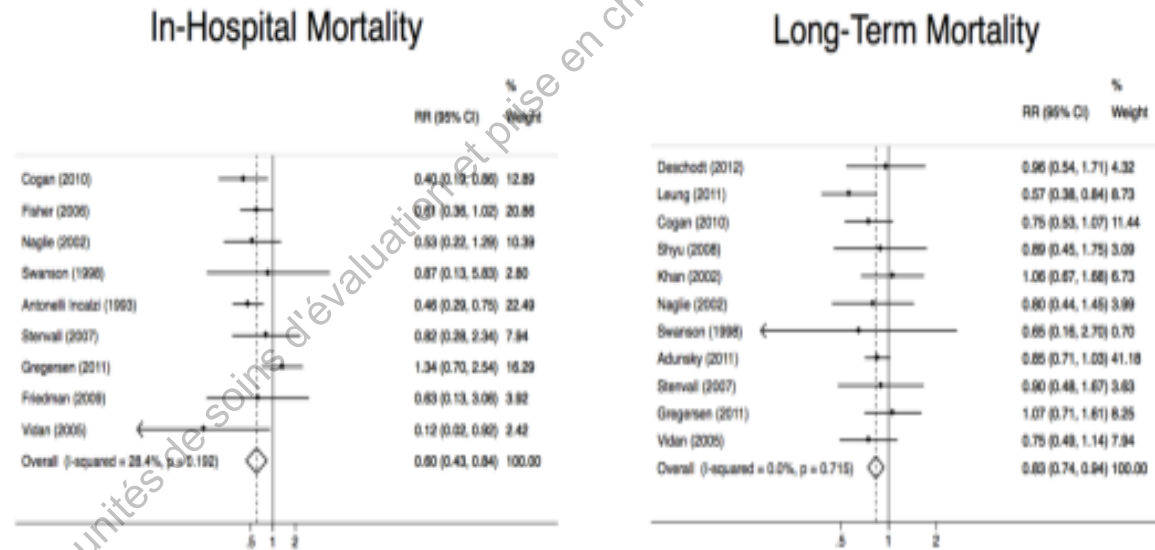


→ réduction de l'impact des troubles neurocognitifs

Orthogériatrie: recommandations (inter)nationales

Hétérogénéité des données orthogériatriques:

→ 58 études, 16 RCT



Grigoryan, JOT 2014

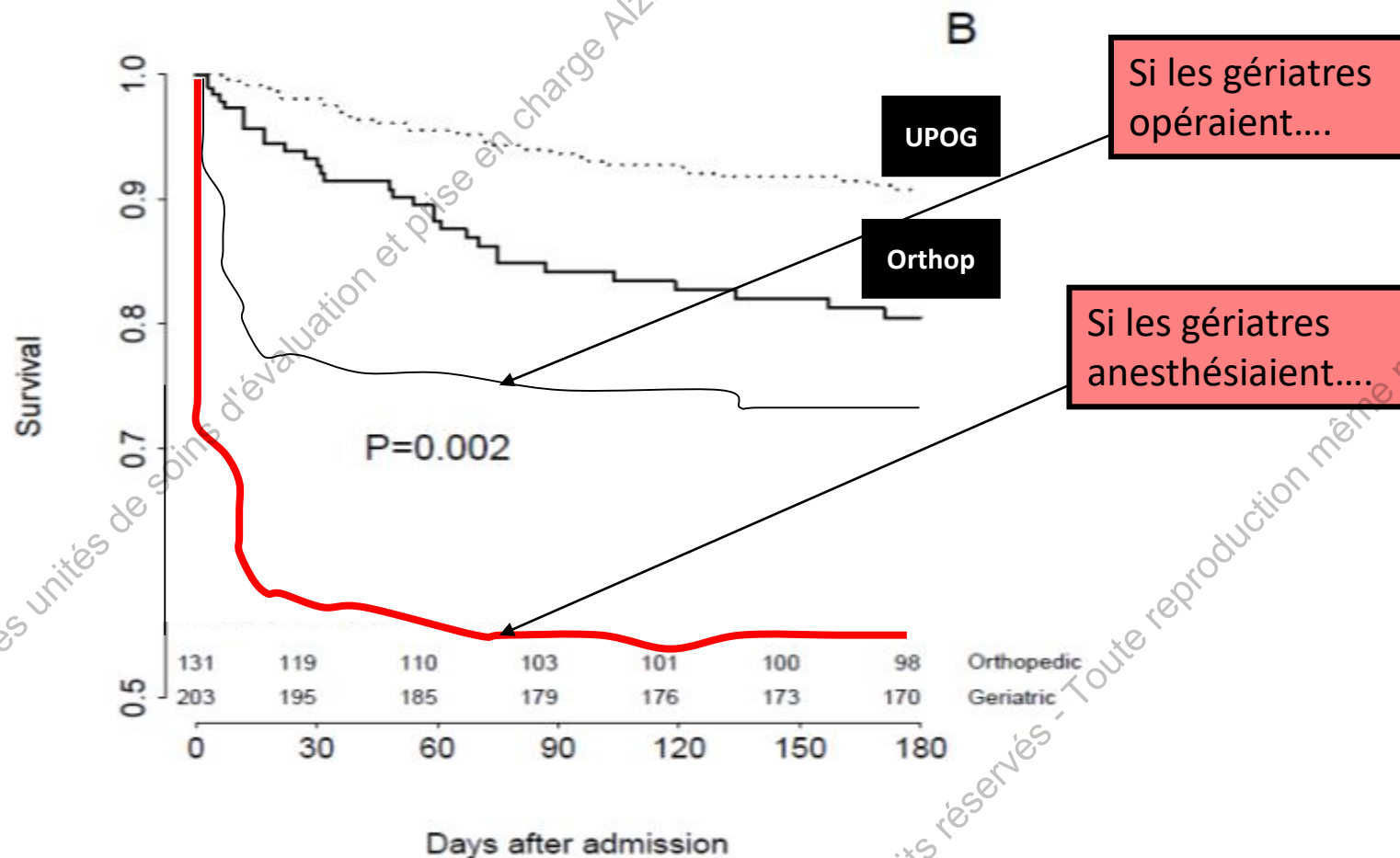
Enfin, un comanagement orthogériatrique est recommandé par:

- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE, UK 2011)
- Association of Anaesthetists of Great Britain Ireland (AAGBI 2011)
- New Zealand Guidelines group (2003)
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2009)
- Clinical Excellence Commission (Australia, 2012)
- Société française d'Anesthésie Réanimation (France 2017)
- HAS et SOFCOT (France 2017)



2018 © Congrès National des unités de soins d'évaluation et prise en charge Alzheimer - Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est strictement interdite

Critique du travail des autres ?



Changement de paradigme:
Faire ce que l'on sait faire, ensemble !

Take home messages

- 1-La multimorbidité est une réalité chez les patients âgés fracturaires
- 2-Les filières UPOG répondent à un besoin pour les patients âgés fracturaires
- 3-Par leur typologie, les patients d'EHPAD doivent avoir accès aux filières UPOG
- 4-Besoin d'essais de grande ampleur
- 5-La prise en charge péri-opératoire gériatrique devra s'étendre à la chirurgie programmée et aux autres chirurgies

Merci à tous les acteurs de la filière UPOG

