

Filière Péri-Opératoire Gériatrique



Pr Jacques Boddaert

UPOG

Pitié-Salpêtrière, Paris, APHP

UPMC Paris 6

DHU FAST

Multimorbidité

75 %

de la mortalité
→ comorbidités

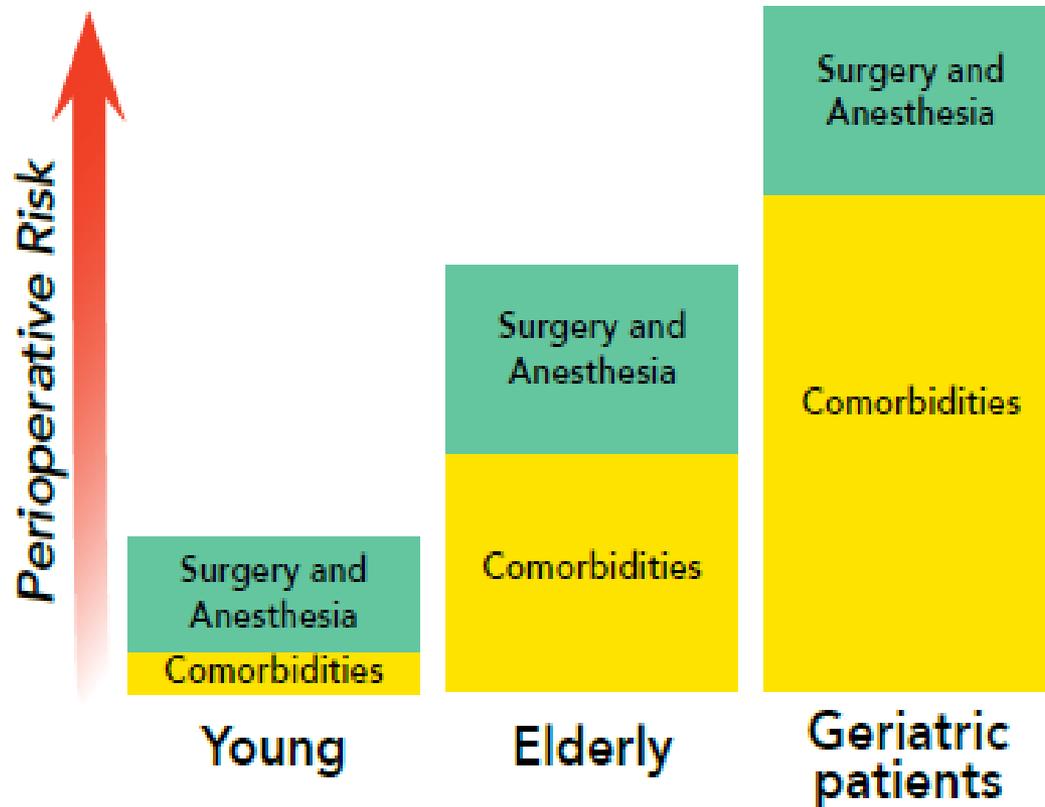
→ La multimorbidité nécessite une expertise gériatrique

La nouveauté (ou la réalité)

Changement du profil des patients que nous prenons en charge:

Nous: urgentistes, anesthésistes, chirurgiens, gériatres....

Concept of Orthogeriatrics



L'orthogériatrie:

concept anglosaxon des années 50...

Surtout question éthique, médicale, et économique

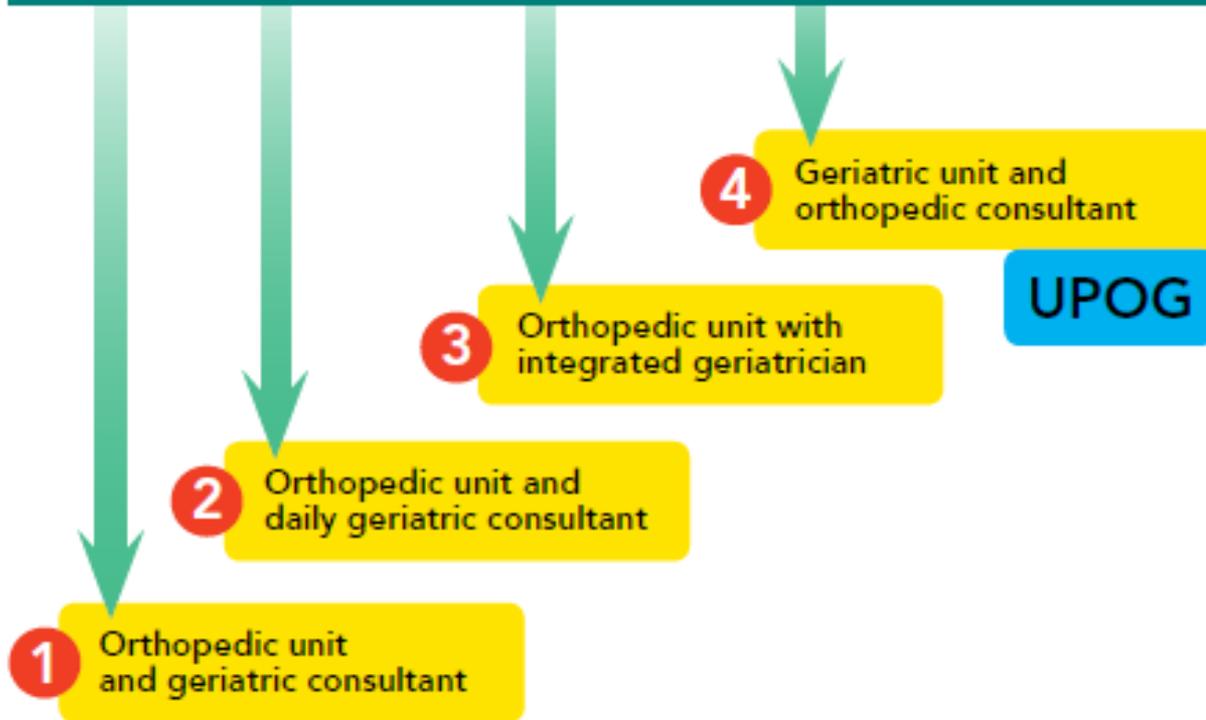
Combien de temps pourra t'on continuer à engager des frais lourds dans des prises en charge de qualité, techniques, coûteuses, chez des patients vulnérables et comorbides, sans s'assurer d'un aval optimisé au décours jusqu'au retour à domicile:

**Parcours de soins
orthogériatrique**



Y a-t-il un « meilleur » modèle ?

4 Models of Orthogeriatrics



Boddaert, Anesthesiology 2014

Importance des contraintes :
De chaque pays
Des systèmes de soins
Des organisations hospitalières

Ce que la filière UPOG n'est pas: une prise en charge parsemée de temps gériatrique non organisé

Exemple de la FESF: ce qui attend le patient

Démence	40 %
Dépression	28 %
HTA	70 %
Diabète	12 %
Fib atriale	27 %
Card isch	18 %
Insuff card	17 %
AVC	17 %
MVTE	9 %
Cancer	22 %
Traitements	5 ± 3

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 %
EP	4 %
AVC	1%

Réa	5%
SSR	80%
Mortalité	3.5%
Réadm J30	6%
Mortalité 1 an	20%

→ grave et difficile....

Données base UPOG
(n=820/1350)

Coopération

Le projet doit reposer sur l'implication de l'ensemble des acteurs de la filière de soins ++++++

Service d'orthopédie
Service de gériatrie aiguë
Service d'anesthésie
Service des urgences
Service de SSR

Le patient ne va plus en orthopédie ?

Trouver la place adaptée pour une organisation optimisée qui fonctionne +++

UPOG: pourquoi la Pitié-Salpêtrière ?



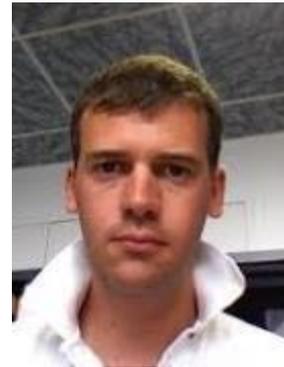
Jacques Boddaert
Gériatrie



Bruno Riou
Urgences



Frédéric Khiami
Orthopédie



Mathieu Raux
Anesthésie-réanimation



Anthony Meziere
SSR

Une des clefs du succès
Une question pour la diffusion du modèle

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.

Transfert en
UPOG à la sortie
du Réveil

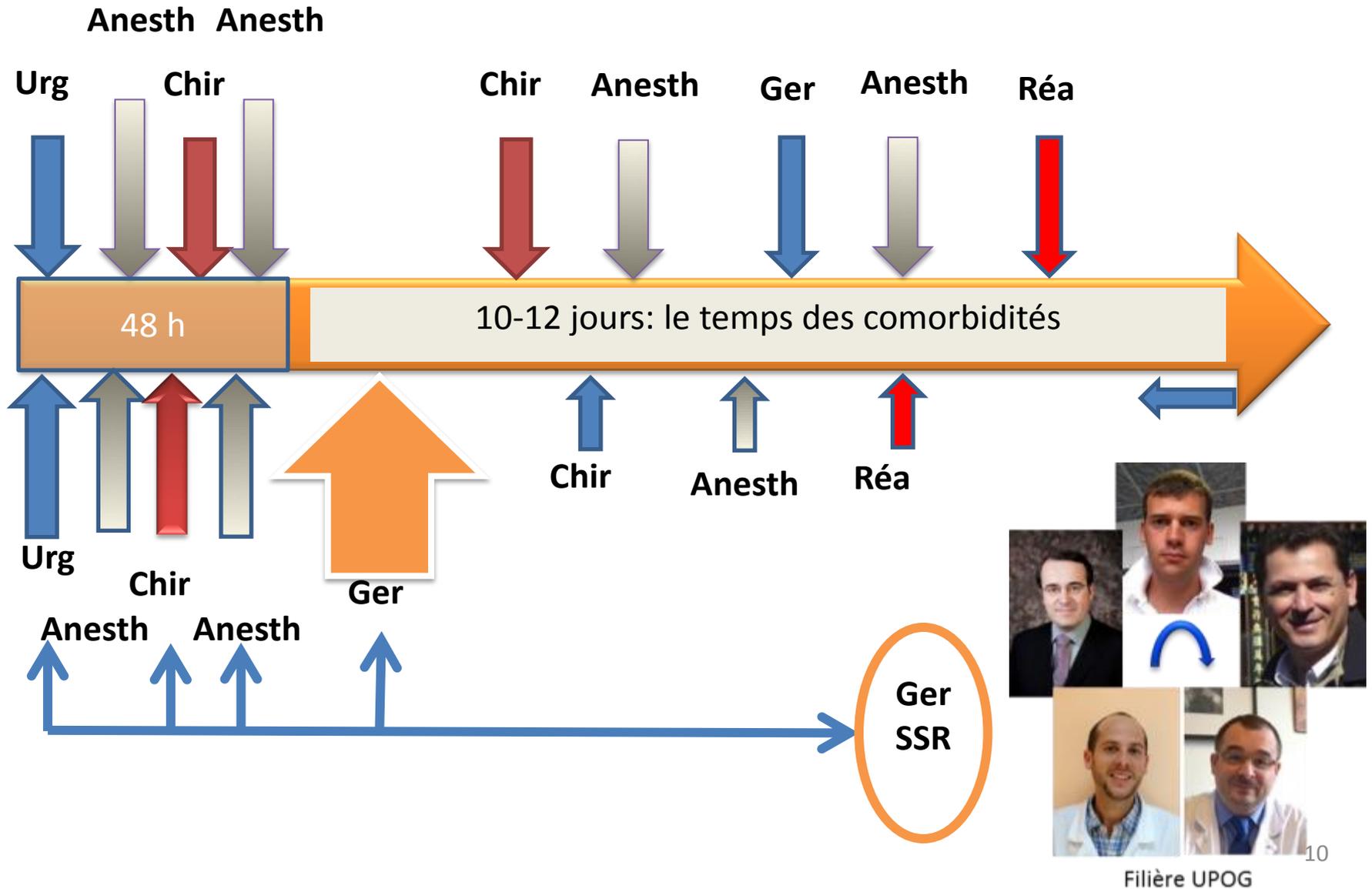
Prise en charge focalisée sur:

- 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).

Mis au fauteuil à
l'arrivée du
Réveil

Une notion utile: le parcours hospitalier

Exemple de la FESF



Facteur délai = améliorable

En France, délai > 48 h pour 47-63% des patients

Données Y.Le Manach

Rarement, attendre est nécessaire: **JUSTIFIE**

- médicaments (AOD), AVC, IdM

Souvent, attendre est lié à des contraintes

organisationnelles

NON JUSTIFIE

Délai > 48h en filière UPOG PSL:

16%

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}

- Réduction des complications
- Amélioration de l'autonomie

	Orthopedic Cohort (n=131)	Geriatric cohort (n=203)	P value
First walking (days)	5 [3-9]	2 [1-4]	<0.001
Physical restraint	18 (15%)	1 (0.5%)	<0.001
Pressure ulcer	40 (33%)	18 (9%)	<0.001
Length of stay	13 [10-20]	11 [8-16]	0.001
Admission to ICU	17 (13%)	8 (4%)	0.005
In hospital mortality	10 (8%)	6 (3%)	0.07
Walking ability	116 (86 %)	197 (94 %)	0.002

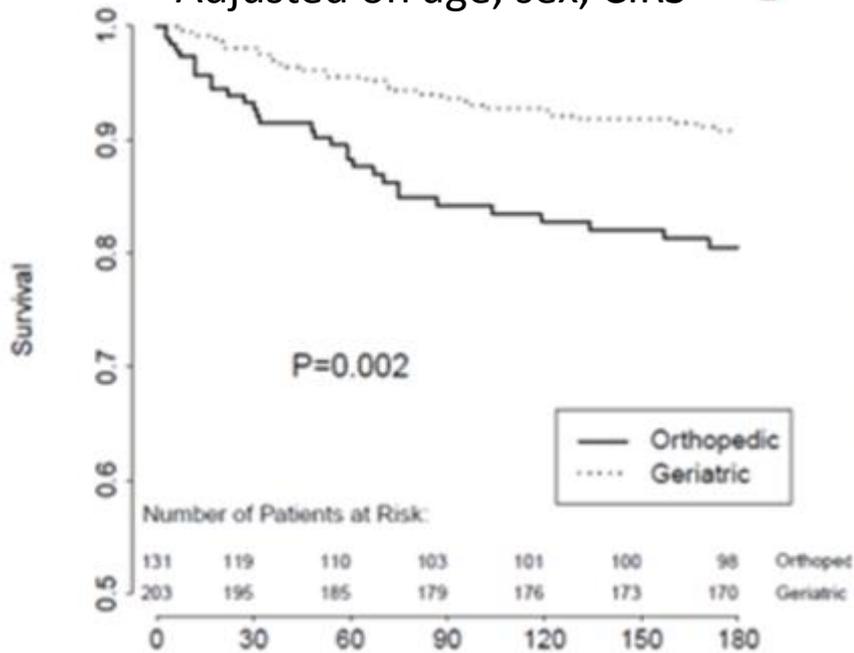
Postoperative Admission to a Dedicated Geriatric Unit Decreases Mortality in Elderly Patients with Hip Fracture

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}

→ réduction de mortalité et des ré-admissions

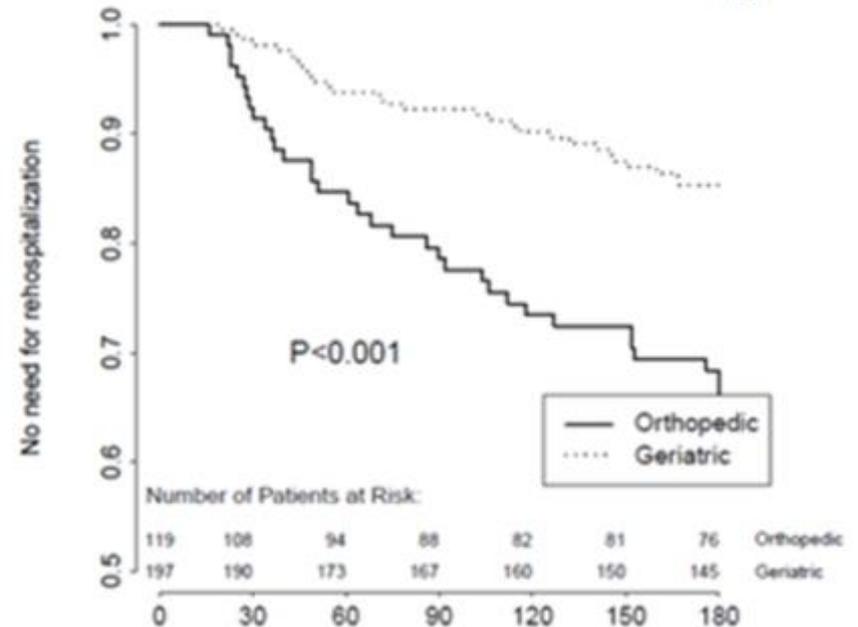
6 month mortality

Adjusted on age, sex, CIRS **B**



6 month readmissions

Adjusted on age, sex, CIRS **D**

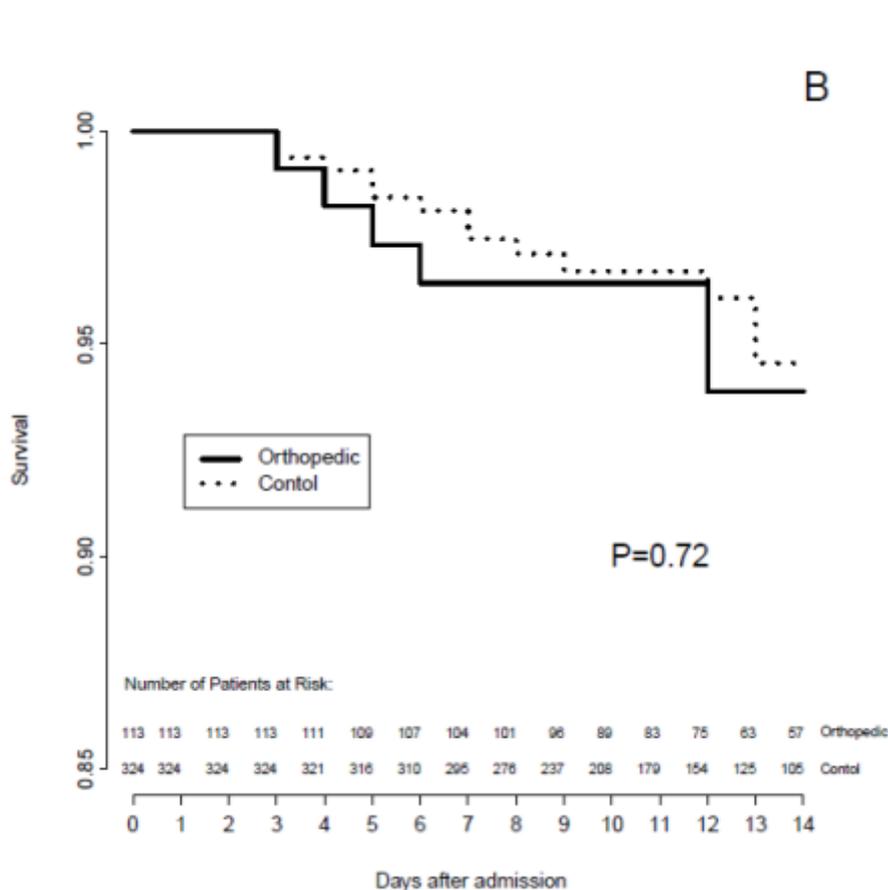


Mortalité 6mois 15%
Mortalité 1 an 20%

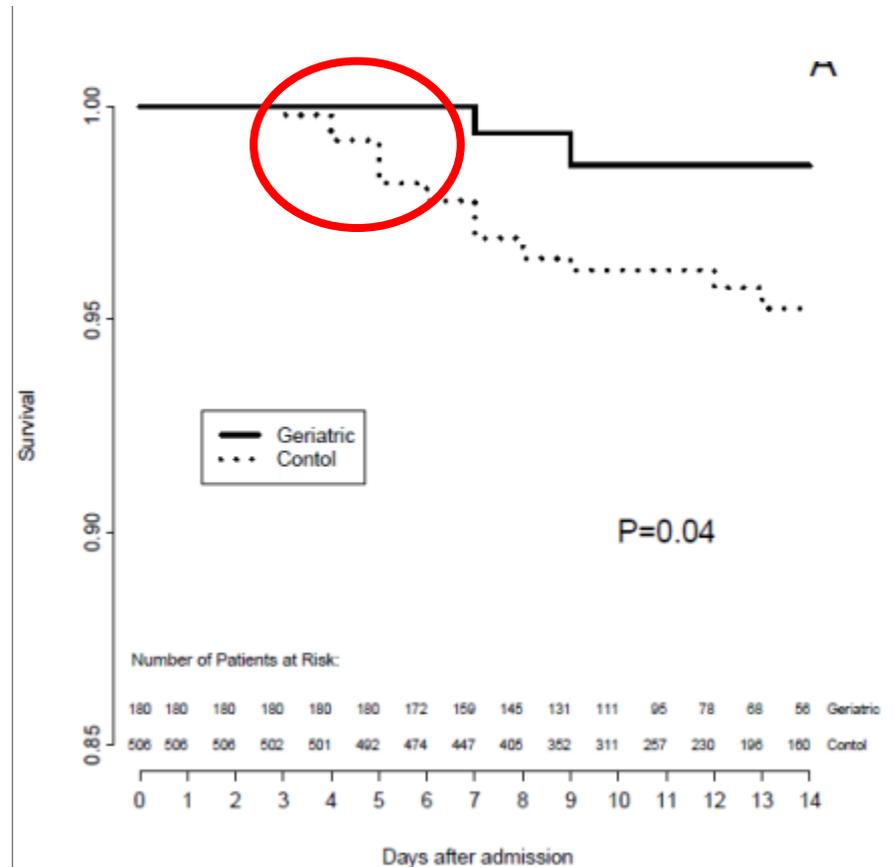
External validation: in-hospital mortality compared with national french registry (PMSI, n=51,275).

Propensity score (age, sex, comorbidity)

→ **bénéfice précoce de la prise en charge UPOG**



Orthopedic unit vs PMSI



UPOG vs PMSI

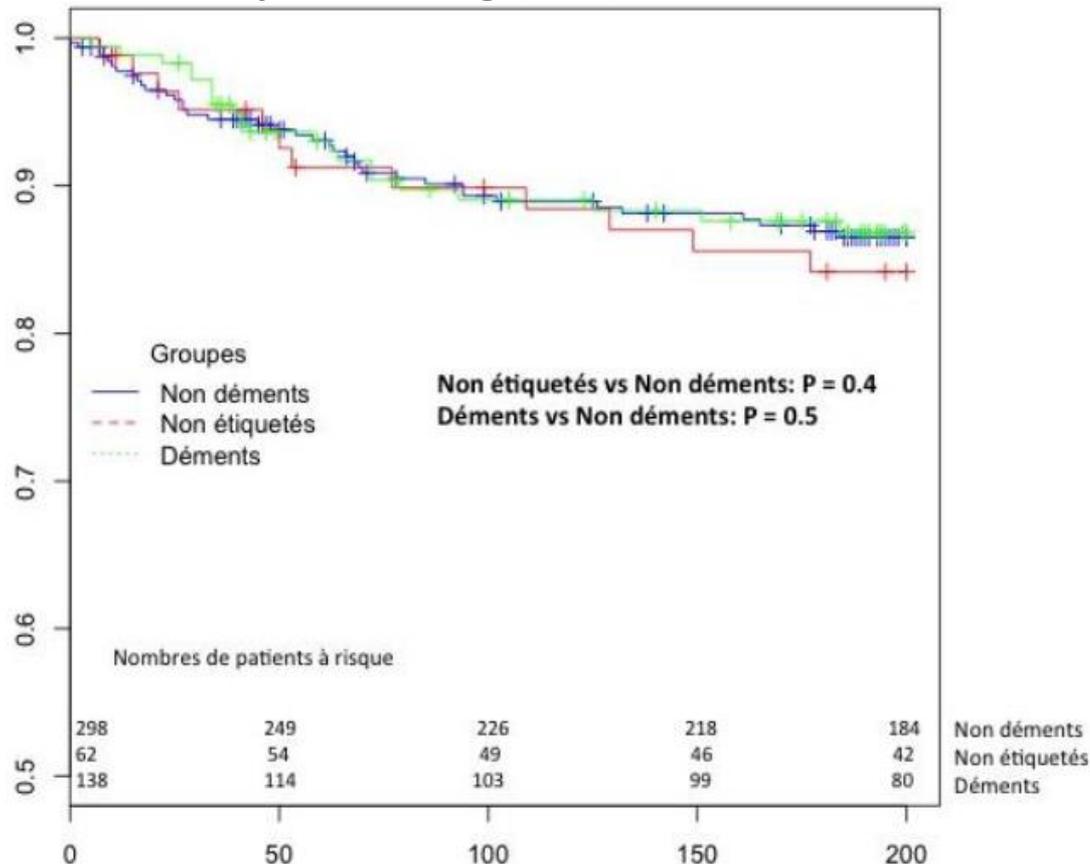
Boddaert, PLoSOne 2014

Démence et prise en charge de la FESF en UPOG

→ réduit le poids pronostique de la démence

6 month mortality

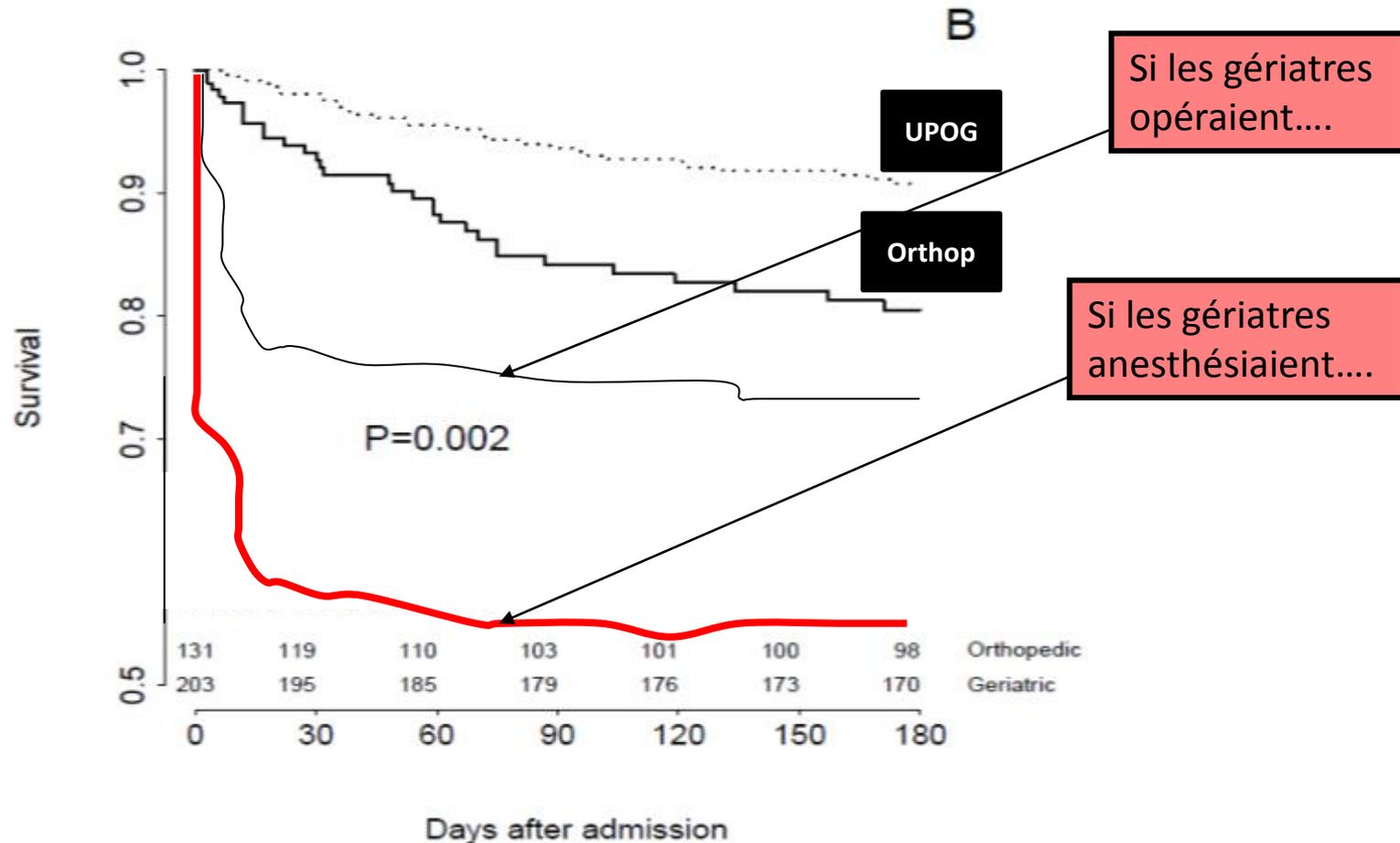
Adjusted on age, sex, TTS and CIRS



Fonctionnement UPOG PSL 10 lits

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Admissions (n)	280	326	361	319	346	314
Peri-op (%)	60	56	53	63	61	60
Orthopedie (%)	53	47	45	56	53	54
Visc et autre (%)	5	9	7	5	7	5
DMS	11,19	10,56	10,36	11,05	10,53	11,12
PMCT	8133	8106	7953	8537	8344	7572
PMCT chir			11190	10944	10845	9103
IP chir			0,69	0,71	0,74	0,97

Critique du travail des autres ?



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

Critères de fonctionnement UPOG

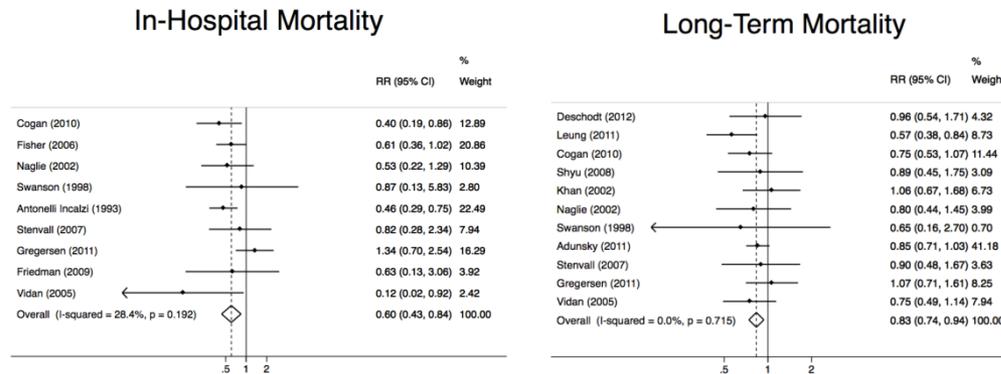
- Une filière du SAU au SSR, avec un responsable « fonctionnement de la filière » par unité;
 - Une filière pour répondre à une efficacité sur des critères objectifs
 - Une unité permettant à un gériatre de prendre en charge les patients âgés en pré et/ou post-opératoire immédiat
 - Une équipe paramédicale formée aux particularités gériatriques (confusion+++) et aux soins post-opératoires
 - Une équipe paramédicale disposant de temps kinésithérapeute, assistante sociale, ergothérapeute, psychologue
-
- Des points de fonctionnement réguliers intra services permettant:
Une amélioration des pratiques
Une adaptation aux événements

Recommandations internationales

Heterogeneity of orthogeriatrics data: → 58 studies including with 16 RCT
 Type of intervention, methodological issues, country disparities

A first meta-analysis (2009) found no benefit of « orthogeriatrics »

Handoll, Cochrane 2009



Grigoryan, JOT 2014

But a recent meta-analysis (2014) found a benefit of « orthogeriatrics » for mortality

Last, orthogeriatric co-management was recommended by

- 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)



AO ARS IdF

Pour cela, elle doit :

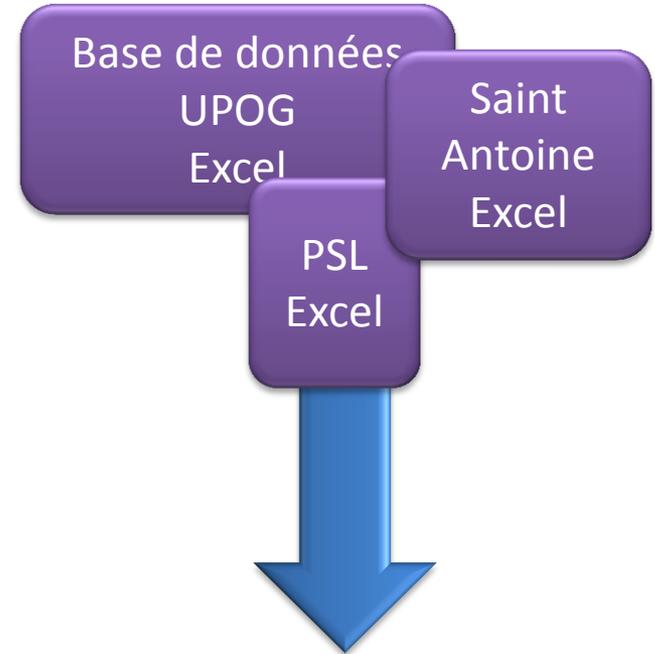
- Impliquer tous les acteurs du parcours de soins (urgentiste, anesthésiste, orthopédiste, gériatre de MCO et gériatre de SSR).
- Permettre l'intervention des gériatres, au mieux dès la prise en charge aux urgences du patient, ou au plus tard dans les 24 heures de la chirurgie.
- Permettre l'admission de ces patients en UPOG dans les 24H post opératoire, au mieux en post-opératoire immédiat, voire en pré opératoire.
- Impliquer tous les acteurs du soin paramédical (IDE, kinésithérapeute, diététicien, assistante sociale, voire ergothérapeute) au sein de l'UPOG.
- Associer une formation sur la prévention et la prise en charge du syndrome confusionnel.

Labellisation de 9 UPOG en IdF

- PSL, StA, CCH, APR (APHP)
- Versailles
- Eaubonne
- Argenteuil
- Bry sur Marne
- Corbeil-Essonne

Et 2-3 UPOGs actives en Province:

- Grenoble CHU
- Poitiers CHU
- Lyon



Application à d'autres chirurgies ?

La création d'une filière UPOG répond à un besoin, et à des critères permettant au gériatres de prendre en charge au plus tôt les patients admis pour une chirurgie orthopédique ou autre:

Dès lors que:

les patients sont âgés et multimorbides, menacés de perte d'autonomie ou de syndromes gériatriques (confusion, agitation, chutes etc...)

ET que :

les ressources au sein du service de chirurgie ne répondent pas à une prise en charge médicale adaptée de ces patients complexes

→ rationnel pour l'ouverture d'une UPOG

Données base UPOG

1390 patients, 24% hommes

Total	Orthopédie	FESF	Polytraum	Viscéral	Autre
En %	88	62	6,3	8,1	2,6

Autres neurochirurgie (autre exp: P.Cornu et CFx)
 maxillofacial
 cardiologie (TAVI)
 urologique, vasculaire, oncologique

	Démence	Confusion	Réa	DMS UPOG	DMS site	Mortalité	SSR	Readm J30
Total	35%	38%	8%	11,5 j	15 j	3,2%	76%	8,5%
Autres	30%	44%	24%	14,7 j	24 j	7,3%	52%	9,7%

Conclusion

La création de filières péri-opératoires gériatriques est un enjeu de la prise en charge chirurgicale des patients âgés de demain.

L'association des compétences avec l'intervention de chacun dans son domaine de compétences doit permettre d'améliorer cette prise en charge

Application à d'autres chirurgies ? Service rendu ?



Merci à tous les acteurs de la filière UPOG