

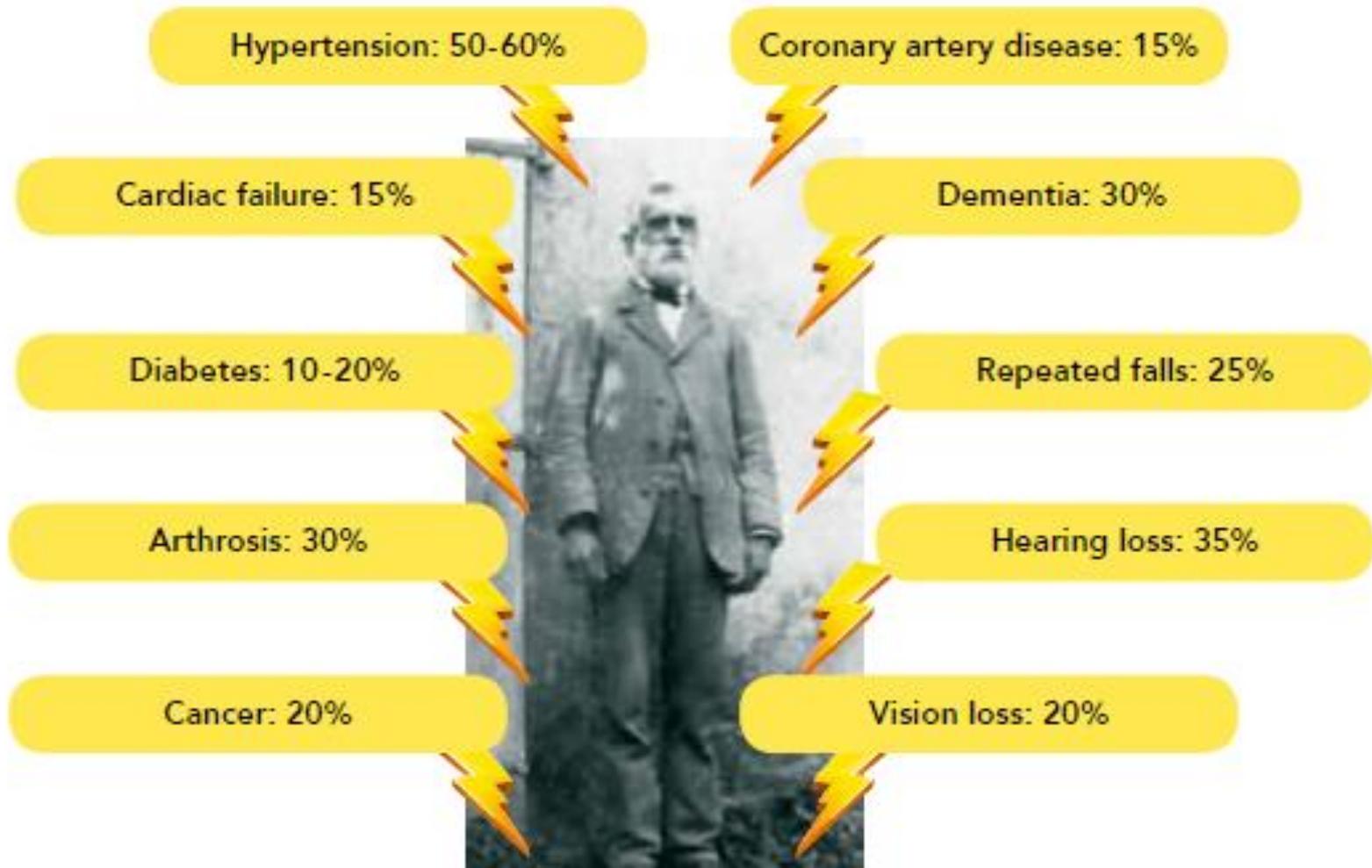


Prise en charge post-opératoire précoce des patients âgés Filière Péri-Opératoire Gériatrique de la Pitié-Salpêtrière

Pr Jacques BODDAERT
Unité Péri-Opératoire Gériatrique
DHU FAST
APHP, UPMC Paris 6

Déclaration de conflits d'intérêts

Pas de conflit d'intérêt sur le sujet



Beyond 70 years = 5 comorbidities

Fracture du col du fémur

75 %

de la mortalité
est liée aux comorbidités

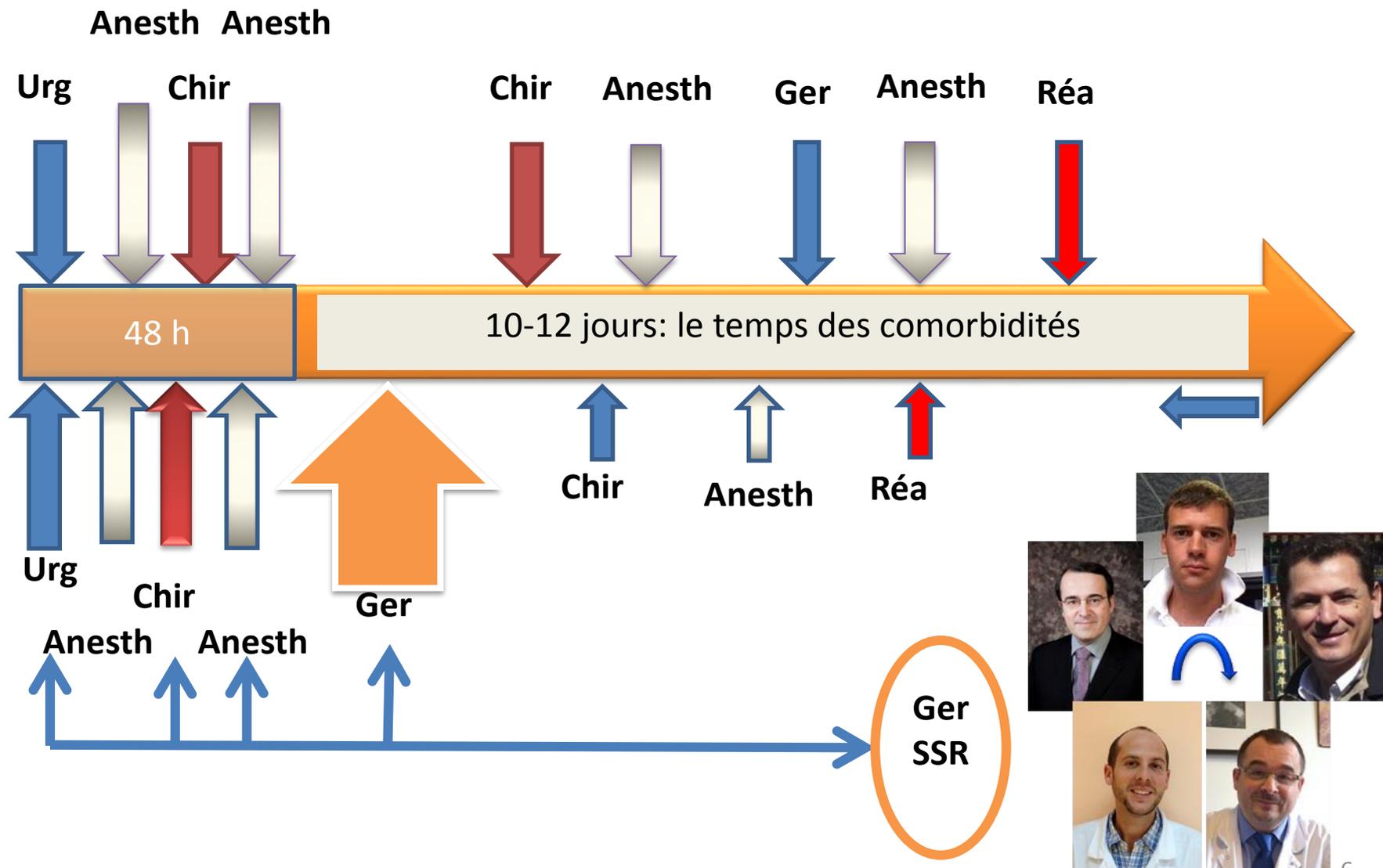
A photograph of a meeting room with a red text overlay. The room has blue walls, a white door, and a green chalkboard. A lamp is visible on the right side.

Gestion de la multimorbidité, et donc de la polymédication, dans le cadre de l'instabilité (pathologie(s) aiguë(s)) en préservant l'autonomie et la qualité de vie.



Une notion utile: le parcours hospitalier

Exemple de la FESF





Pourquoi la Pitié-Salpêtrière ?



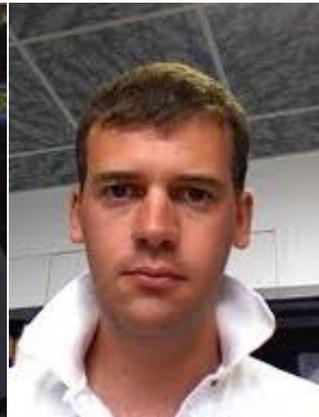
Jacques Boddaert
Gériatrie



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}

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

	Cohorte Orthopédique (n=131)	Cohorte gériatrique (n=203)	P
Age (années)	85 ± 6	86 ± 6	NS
Hommes	44 (34%)	50 (25%)	NS
CIRS	5 [3-8]	8 [6-11]	<0,001
Vit en institution	14 (11%)	21 (10%)	NS
Marche normale	118 (90%)	187 (92%)	NS
Délais pour la chirurgie (h)	23 [15-40]	22 [12-34]	NS
Délais pour la chirurgie >48h	25 (19%)	24 (13%)	NS

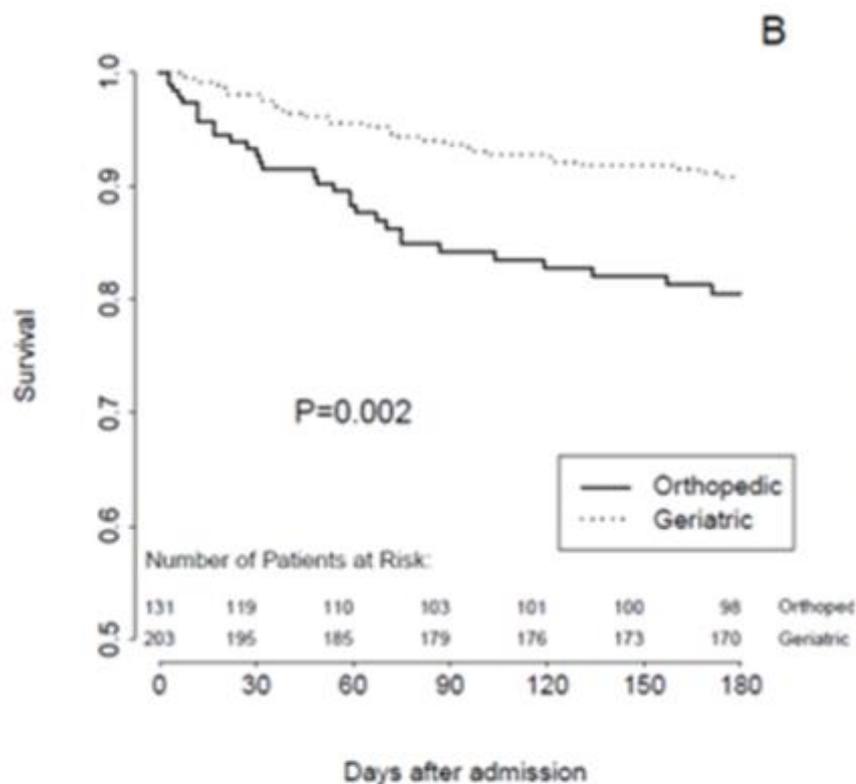
Moyenne ± DS, médiane [25-75 interquartile], n (%)

	Cohorte orthopédique (n=131)	Cohorte gériatrique (n=203)	P
Délai marche (jours)	5 [3-9]	2 [1-4]	<0,001
Contention physique	18 (15%)	1 (0,5%)	<0,001
Morphine	37 (32%)	152 (75%)	<0,001
Trouble de la déglutition	8 (7%)	56 (28%)	<0,001
Fécalome	23 (19%)	83 (41%)	<0,001
Escarres	40 (33%)	18 (9%)	<0,001
Durée moyenne de séjour (j)	13 [10-20]	11 [8-16]	0.001
Admission en réanimation	17 (13%)	8 (4%)	0,005
Mortalité intra-hospitalière	10 (8%)	6 (3%)	0.07
Marche (sortie de filière)	116 (86 %)	197 (94 %)	0.002

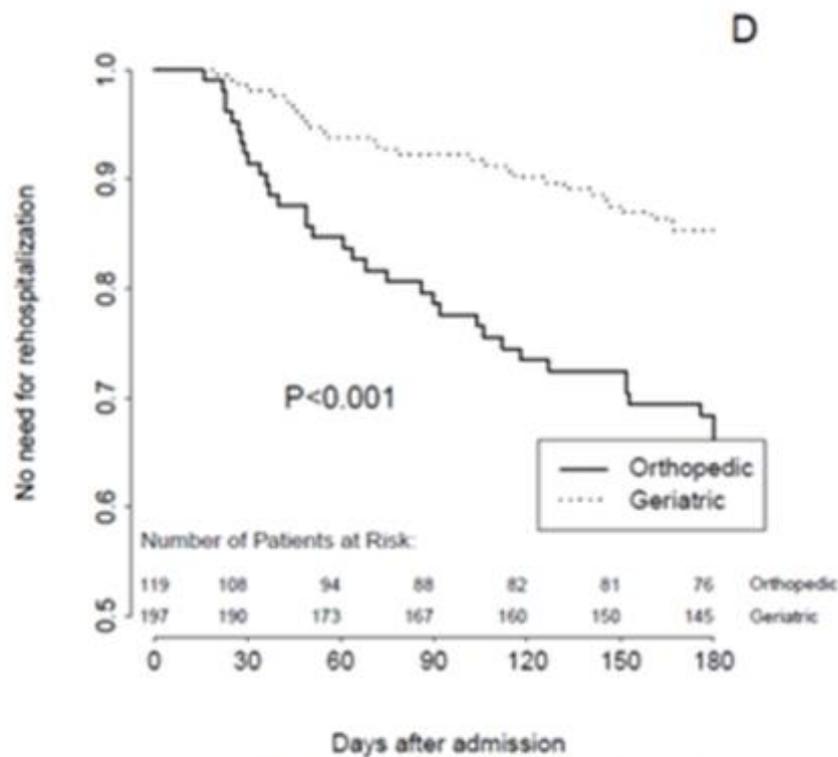
Moyenne \pm DS, médiane [25-75 interquartile], n (%)

Effet sur la mortalité et ré-hospit (6 mois)

Ajustement (âge, sexe, CIRS)

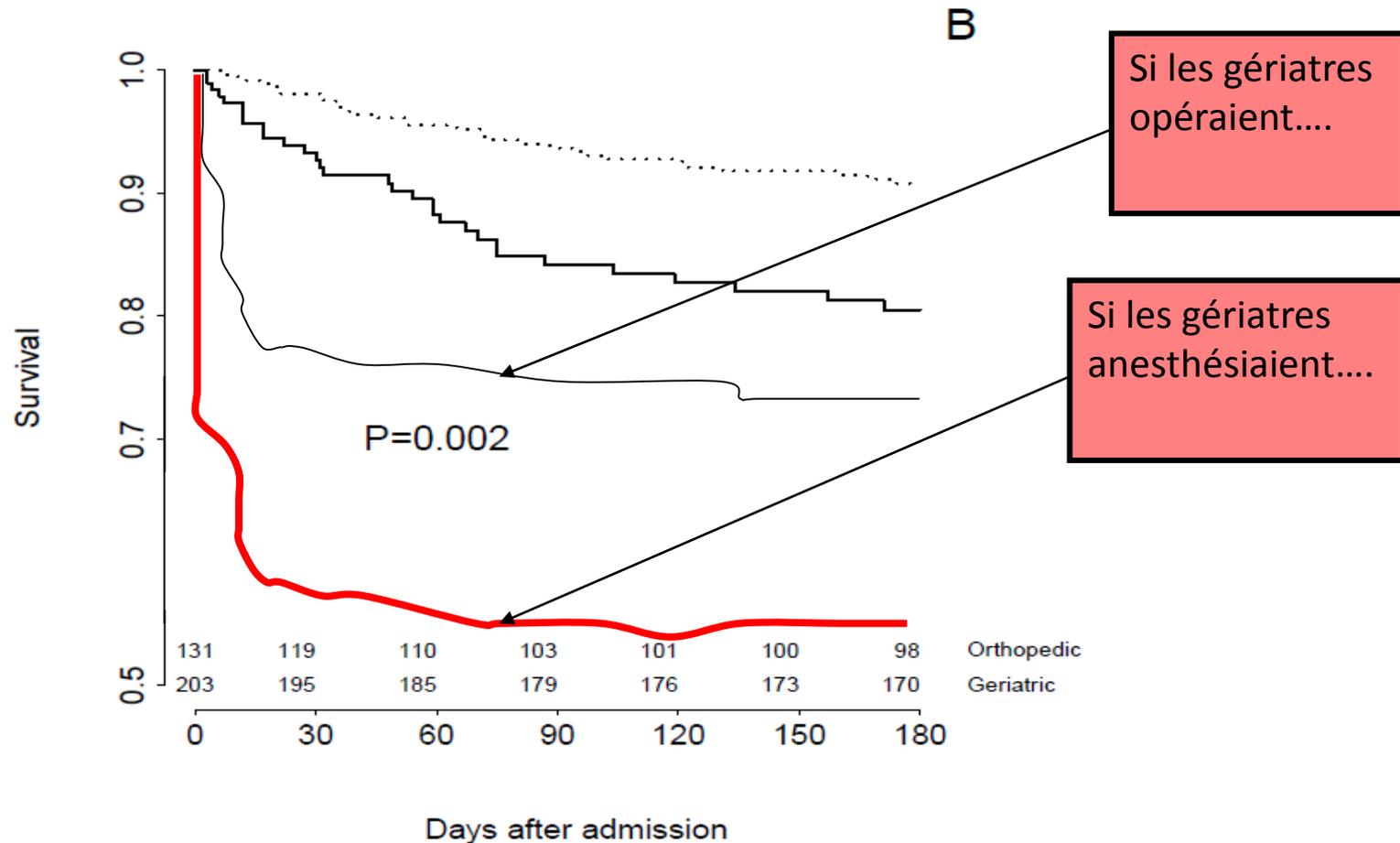


RR=0.43 [0.25-0.73]



RR=0.40 [0.23-0.67]

Critique du travail des autres ?



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

Conclusion

Intérêt de filières de soins dédiées transversales associant les différentes expertises ++++++

Rôle clef de l'expertise gériatrique dans la gestion des comorbidités en période péri-opératoire.

Ces résultats doivent être confirmés par une étude multicentrique.



Merci de votre attention.