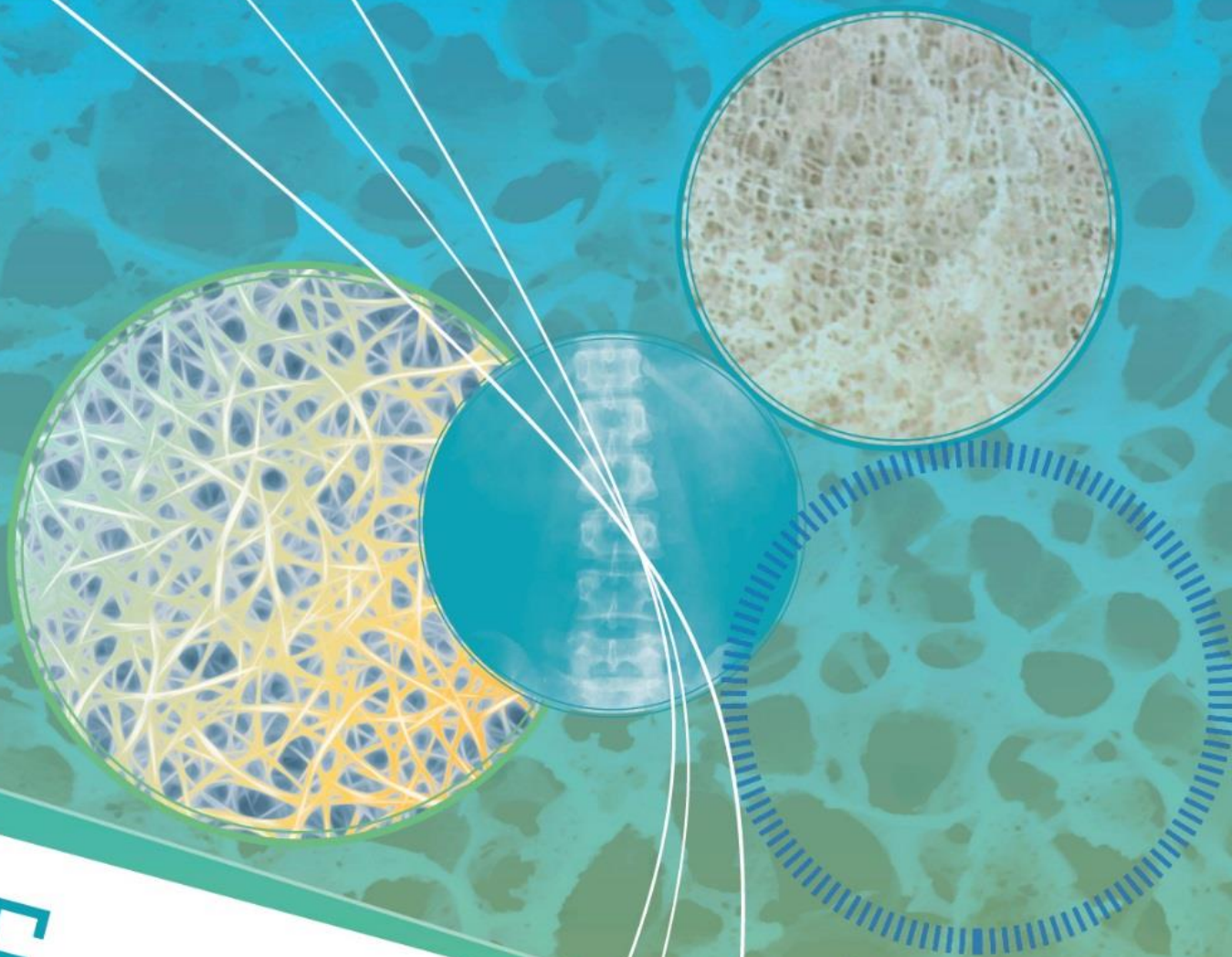




www.grio.org



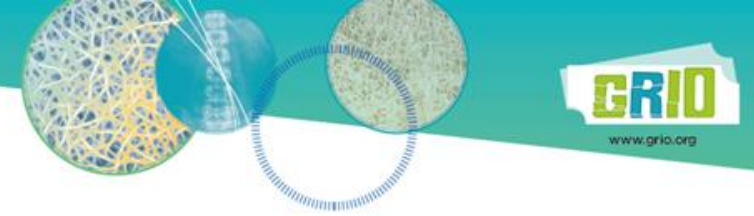
29^e JOURNÉE SCIENTIFIQUE DU GRIO

VENDREDI 15 JANVIER 2016
Salons de l'Aveyron - Paris

Fracture de l'extrémité supérieure du fémur et expérience d'une filière d'ortho-gériatrie



Pr Jacques Boddaert
UPOG, Pitié-Salpêtrière, Paris
APHP
UPMC Paris 6
DHU FAST



Conflits d'intérêt

AMGEN

Organisation d'un congrès avec
partenariats

Daiichy-Sankyo

Boehringer-Ingelheim

AMGEN

Sanofi

The poster for 'THE T2E CONGRESS' features a vibrant background with orange and red wavy lines and a pattern of white dots. At the top right, an orange banner reads 'SAVE THE DATE'. Below this, the title 'THE T2E CONGRESS' is prominently displayed in large, bold, black letters. To the left of the title, a red banner reads 'TRAUMA AND EMERGENCY' and a purple banner reads 'IN THE ELDERLY:'. Below these, a circular graphic with concentric circles and a central target symbol is labeled 'HIP FRACTURE DAY & HOPE DAY'. The dates 'VENDREDI 17 & SAMEDI 18 JUIN 2016' are listed below the title, followed by the location 'Université Pierre et Marie Curie, site Pitié-Salpêtrière, Paris'. At the bottom, the organizers and scientific committee are listed.

SAVE THE DATE

TRAUMA AND EMERGENCY
IN THE ELDERLY:

HIP FRACTURE DAY & HOPE DAY

THE T2E CONGRESS

VENDREDI 17 & SAMEDI 18 JUIN 2016
Université Pierre et Marie Curie,
site Pitié-Salpêtrière, Paris

Organisateurs
Pr Patrick Ray (Paris) & Pr Jacques Boddaert (Paris)

Comité scientifique

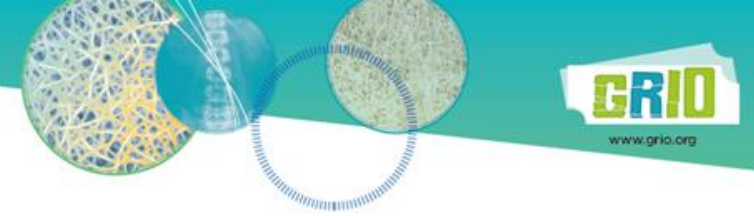
Urgences
Pr Bruno Riou (Paris) & Pr Karim Tazarourte (Lyon)

Anesthésie
Dr Mathieu Raux (Paris) & Pr Pierre Albaladejo (Grenoble)

Traumatologie
Dr Frédéric Khiami (Paris) & Pr Philippe Merloz (Grenoble)

Gériatrie
Pr Gaëtan Gavazzi (Grenoble) & Pr Éric Pautas (Paris)

Biologie
Dr Camille Gobeaux (Paris)



Fracture de l'extrémité supérieure du fémur (FESF)

- 1,6 million/an; 80 000 en France
- Mortalité intra-hospitalière: 2 à 14 %
- Mortalité à 6 mois: 12-23%

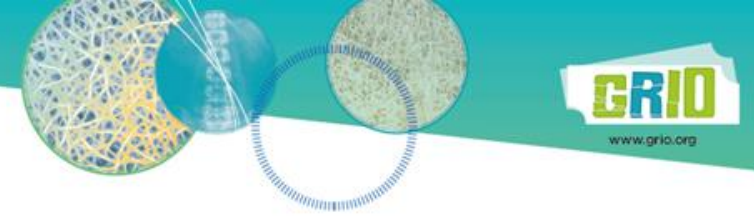
Données de références ?

Etude rétrospective US, période 2001-2002, 170 structures médicales

Table 2. Cumulative and Daily Mortality (Hazard Function) at Predefined Points After Admission

Mortality	In-Hospital	30 Days	60 Days	90 Days	180 Days	365 Days
Cumulative, n (%)						
Overall (n = 32,135)	1,331 (4.1)	3,127 (9.7)	4,382 (13.6)	5,176 (16.1)	6,832 (21.3)	9,122 (28.4)
Subgroup						
Seriously injured (n = 1,607)*	351 (21.8)	437 (27.2)	503 (31.3)	530 (33.0)	584 (36.3)	648 (40.3)
High comorbidity (n = 4,414) [†]	295 (6.7)	693 (15.7)	959 (21.7)	1,142 (25.9)	1,511 (34.2)	1,949 (44.2)
Skilled nursing facility resident before injury (n = 1,421)	81 (5.7)	236 (16.6)	337 (23.7)	387 (27.2)	507 (35.7)	635 (44.7)
Hip fracture (n = 11,738)	424 (3.6)	1,205 (10.3)	1,733 (14.8)	2,069 (17.6)	2,731 (23.2)	3,586 (30.6)

Fleischman, JAGS 2010



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



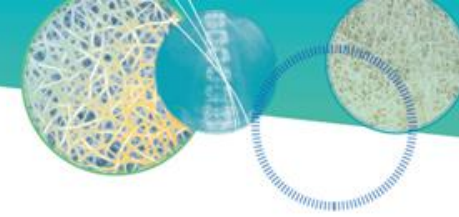
Outcomes After Hip Fracture Surgery Compared With Elective Total Hip Replacement

Yannick Le Manach, MD, PhD; Gary Collins, PhD; Mohit Bhandari, MD, PhD; Amal Bessissow, MD; Jacques Boddaert, MD, PhD; Frédéric Khiami, MD, PhD; Harman Chaudhry, MD; Justin De Beer, MD; Bruno Riou, MD, PhD; Paul Landais, MD, PhD; Mitchell Winemaker, MD; Thierry Boudemaghe, MD, MSc; P. J. Devereaux, MD, PhD

Table 3. Postoperative Outcomes in Matched Study Population (n = 234 314)

	Group, No. (%)		RR (95% CI)	P Value
	Elective THR (n = 117 157)	Hip Fracture Surgery (n = 117 157)		
In-hospital mortality	362 (0.31)	2130 (1.82)	5.88 (5.26-6.58)	<.001
Postoperative				
Myocardial infarction	259 (0.22)	419 (0.36)	1.62 (1.39-1.89)	<.001
Heart failure	1368 (1.17)	3114 (2.66)	2.28 (2.14-2.43)	<.001
Stroke	171 (0.15)	461 (0.39)	2.70 (2.26-3.21)	<.001
Renal failure	346 (0.30)	763 (0.65)	2.21 (1.94-2.50)	<.001
Sepsis	104 (0.09)	322 (0.27)	3.10 (2.48-3.86)	<.001
Any postoperative complication	2741 (2.34)	6890 (5.88)	2.50 (2.40-2.62)	<.001
ICU admission	435 (0.37)	1496 (1.28)	3.44 (3.09-3.83)	<.001
Readmission within 72 h of discharge	636 (0.54)	1135 (0.97)	1.78 (1.62-1.97)	<.001
In-hospital mortality during readmission	14 (2.20)	95 (8.37)	4.05 (2.30-7.17)	<.001

→ Le caractère **URGENCE** nécessite une expertise médicale



Multimorbidité

75 %

de la mortalité
seraient liés aux comorbidités

Barnett et al, Lancet 2012

gy 2014

→ Le caractère **MULTIMORBIDE** nécessite une expertise gériatrique (?)

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.

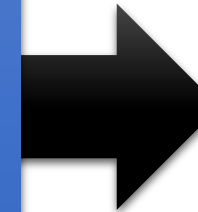


FESF: ce qui attend le patient pendant son hospitalisation....

Démence	40 %
Dépression	28 %
HTA	70 %
Diabète	12 %
Fibrillation atriale	27 %
Cardiop ischémique	18 %
Insuff cardiaque	17 %
AVC	17 %
MVTE	9 %
Cancer	22 %
Traitements	5 ± 3



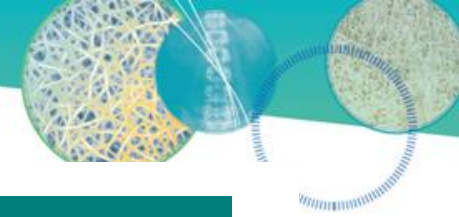
Douleur	96 %
TRF	53 %
Fécalome	42 %
Confusion	38 %
Fausse routes	38 %
RAU	26 %
Infection	19 %
Dépression	17 %
ICA	12 %
IdM	10 %
Escarre	12 %
FA parox	8 %
EP	4 %
AVC	1%



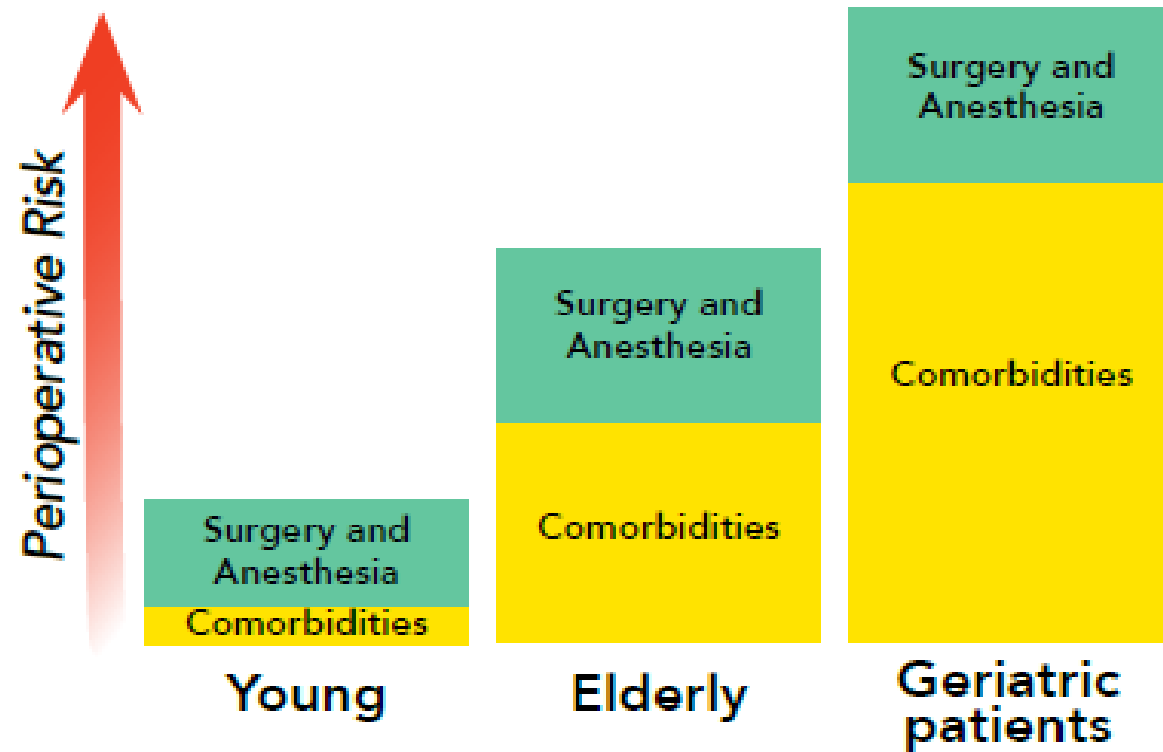
Mortalité	3.5%
Transfert réa	5%
SSR	80%
Réadm J30	6%
Mortalité M6	16%

Données base UPOG (n=677)

→ grave et difficile.....



Concept of Orthogeriatrics



*Early intervention
Who knows best how to care?*

Prise en charge orthogériatrique de la FESF

→ 58 études incluant:

- 16 RCT
- 3 essais contrôlés
- 21 études avant-après
- 11 études ancillaires
- 7 études rétrospectives

Interprétation globale difficile :
Variabilité du type d'intervention
Insuff puissance et méthodo
Disparité des systèmes de santé.

Résultat positif/bénéfique:

→ 79%

Mais critères variables ++++

Méta-analyse

- ↘ mortalité intra-hospit.
- ↘ mortalité à long terme

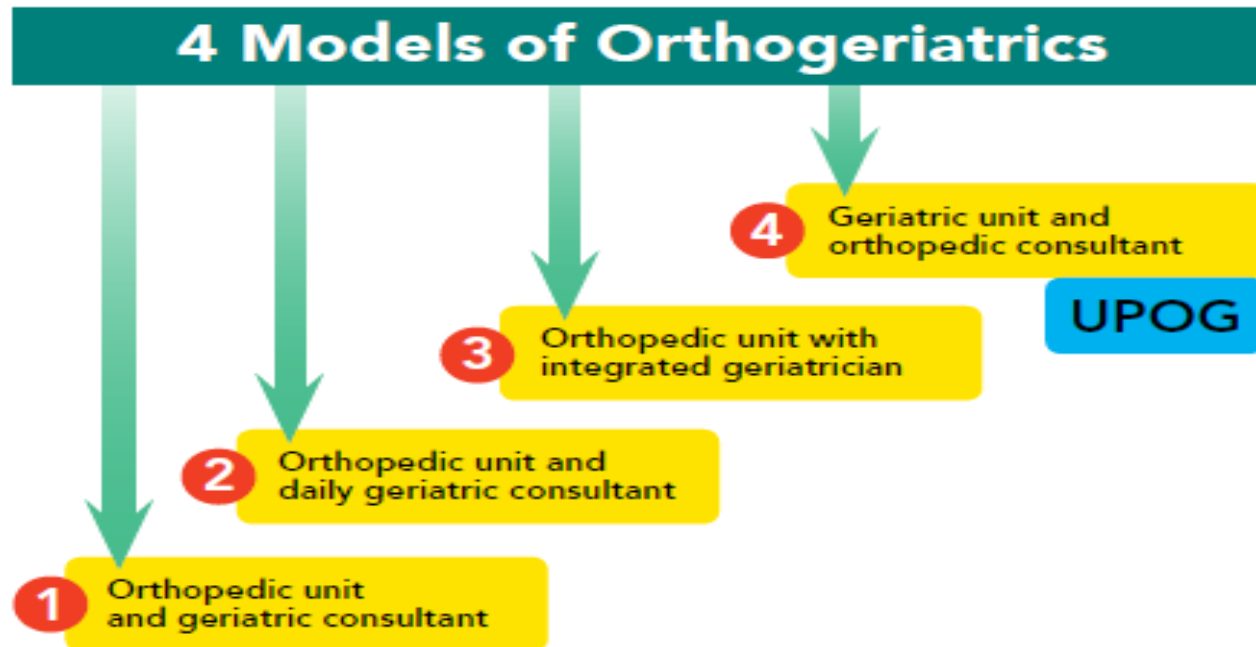
Grigoryan, JOT 2014

Participation orthogériatrique recommandée 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)



Quel est le meilleur modèle ?



Importance des contraintes :
Propres à chaque pays
Système de soins
Organisation hospitalière

Pourquoi la Pitié-Salpêtrière ?



Jacques Boddaert
Gériatrie



Bruno Riou
Urgences



Frédéric Khiami
Orthopédie



Mathieu Raux
Anesthésie-réanimation

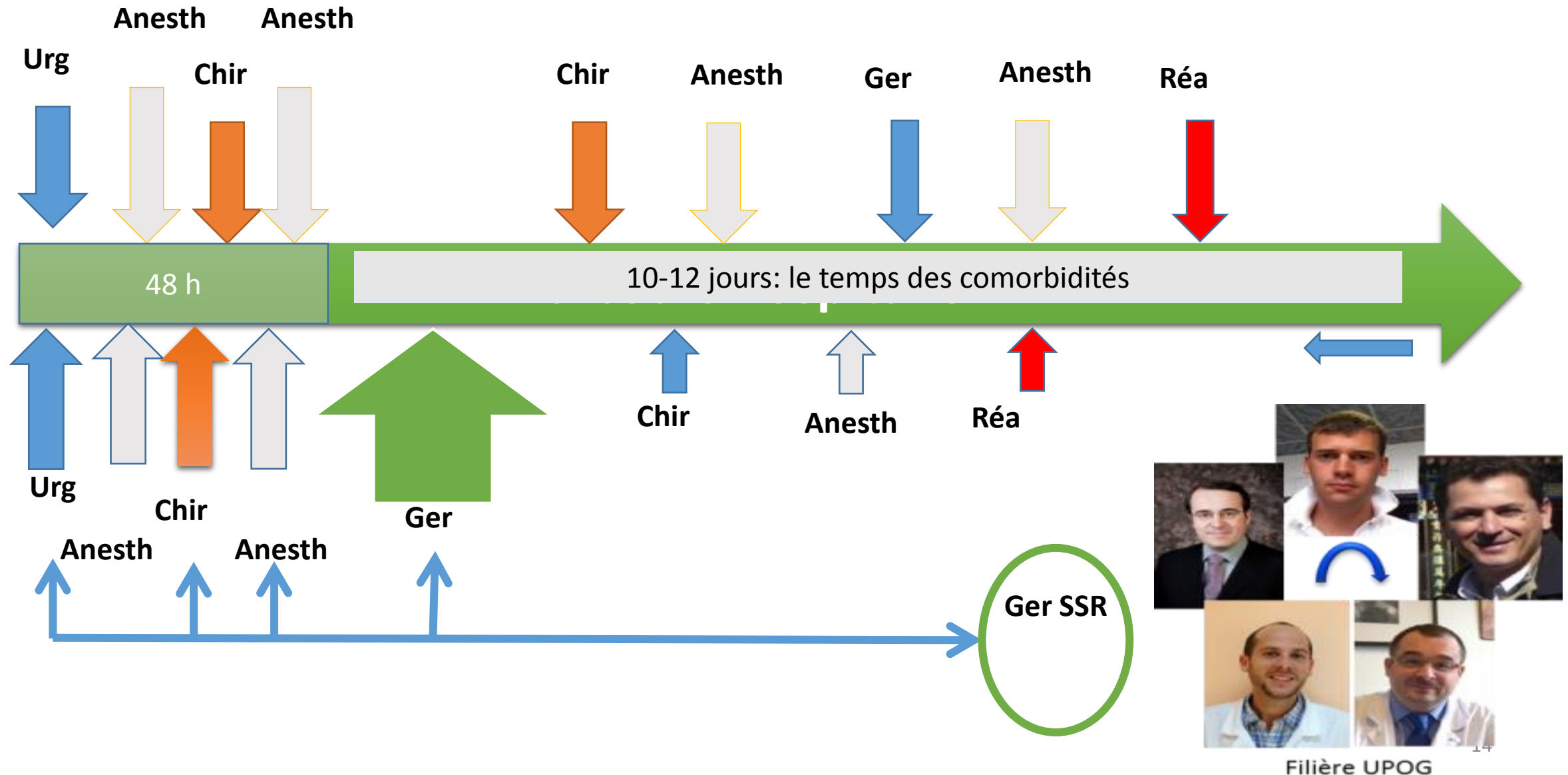


Anthony Meziere
SSR

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



Le parcours hospitalier: filière UPOG pour la FESF



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.

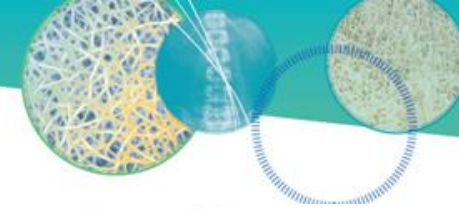
Transfert en UPOG à la sortie du Réveil

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).

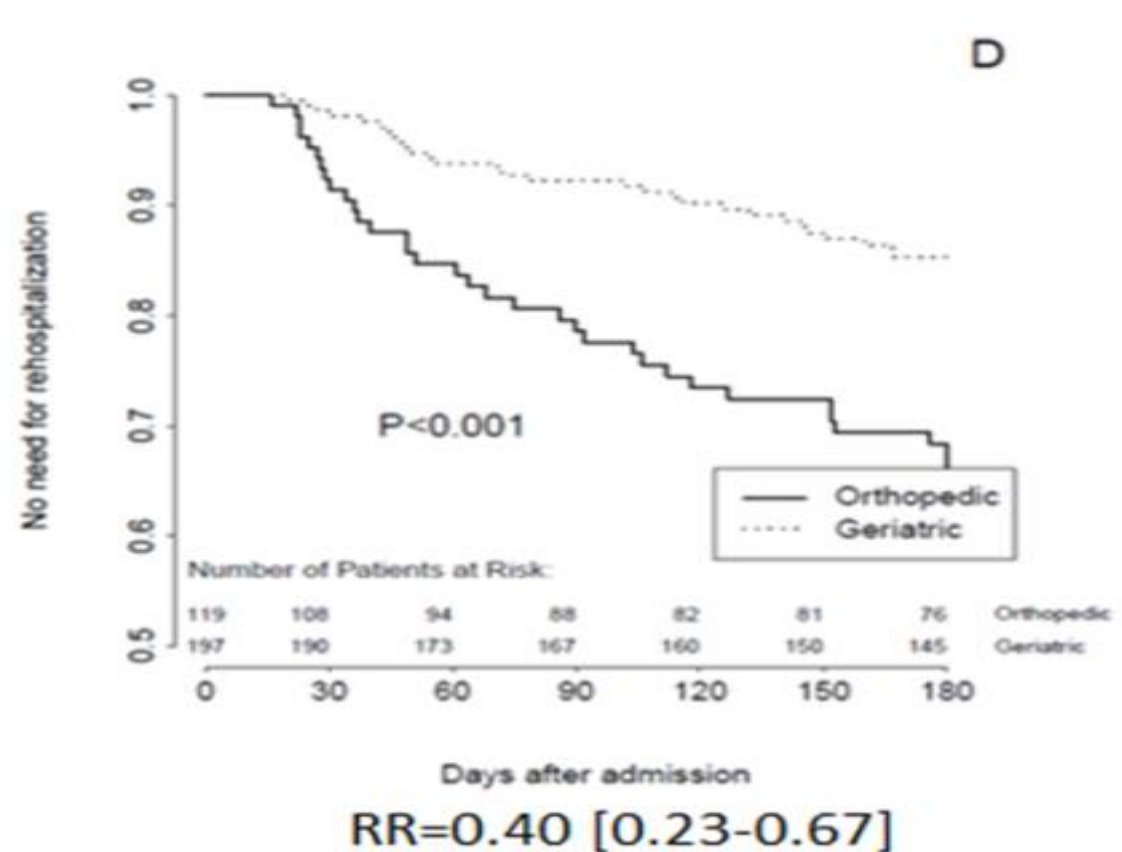
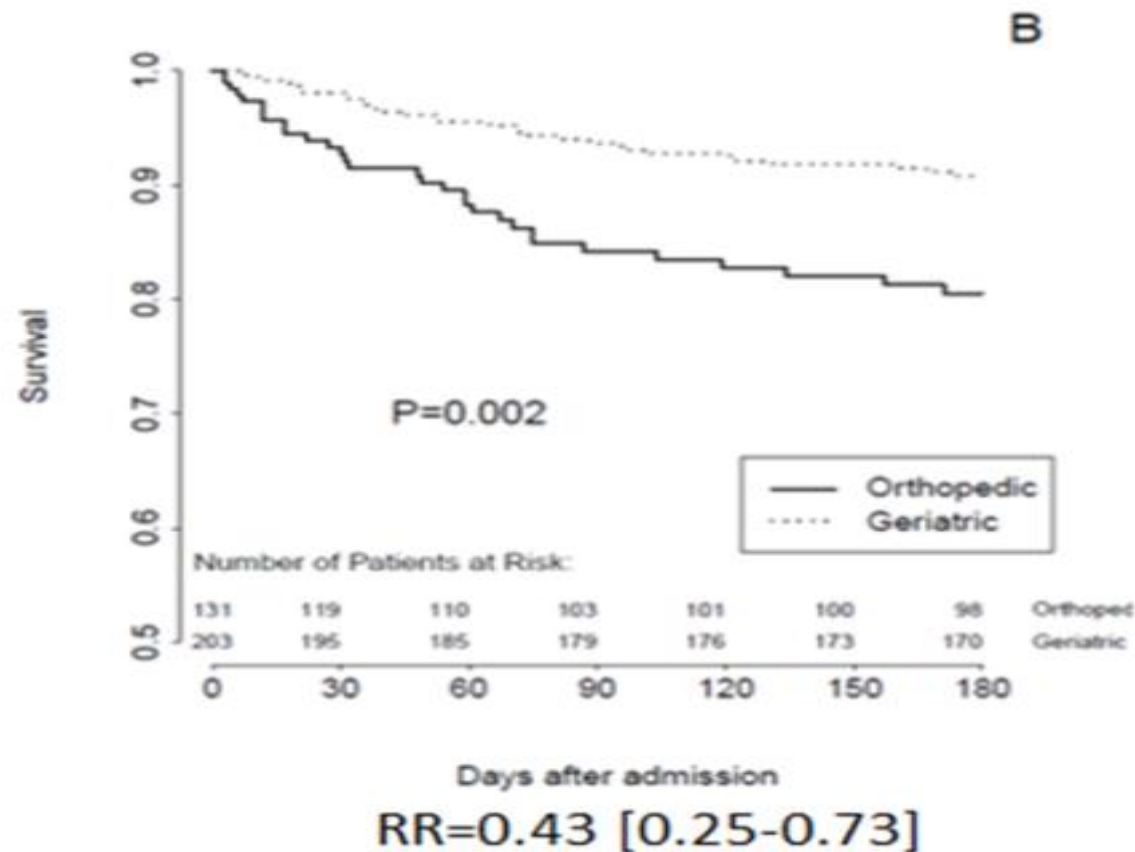
Mis au fauteuil à l'arrivée du Réveil

	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



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

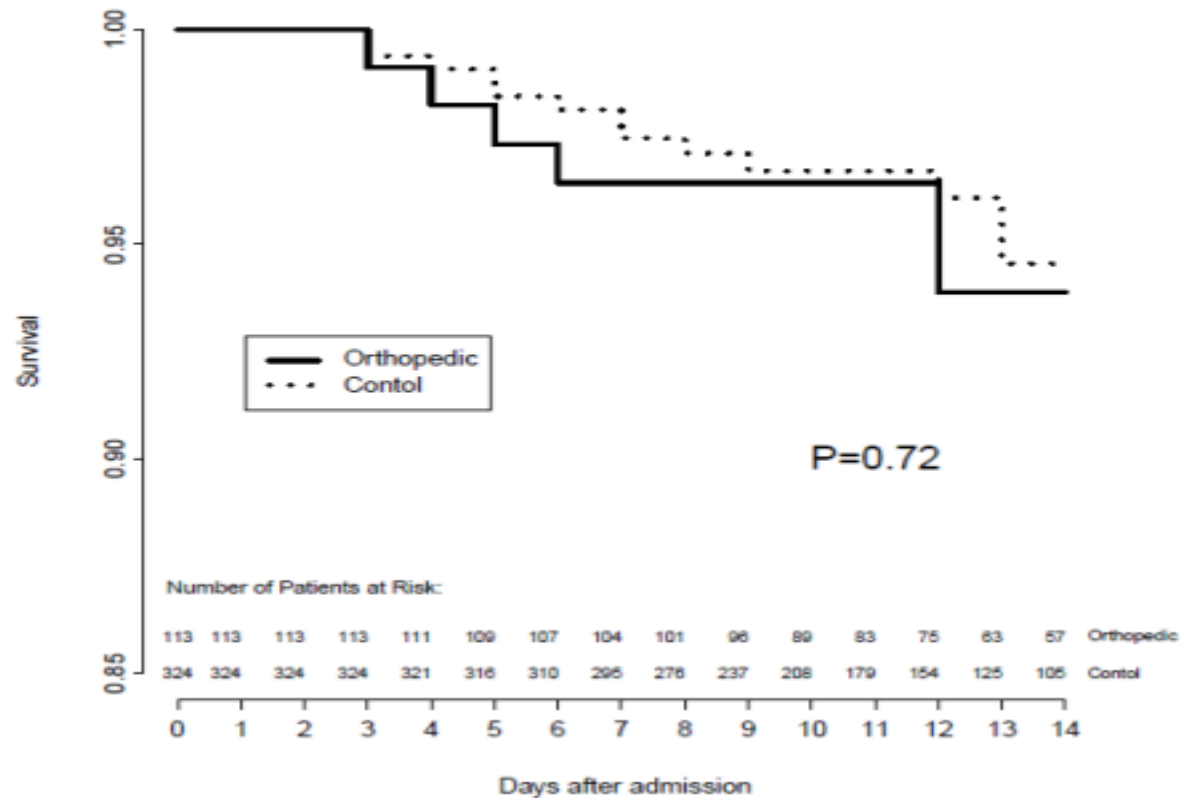
Ajustement (âge, sexe, CIRS)



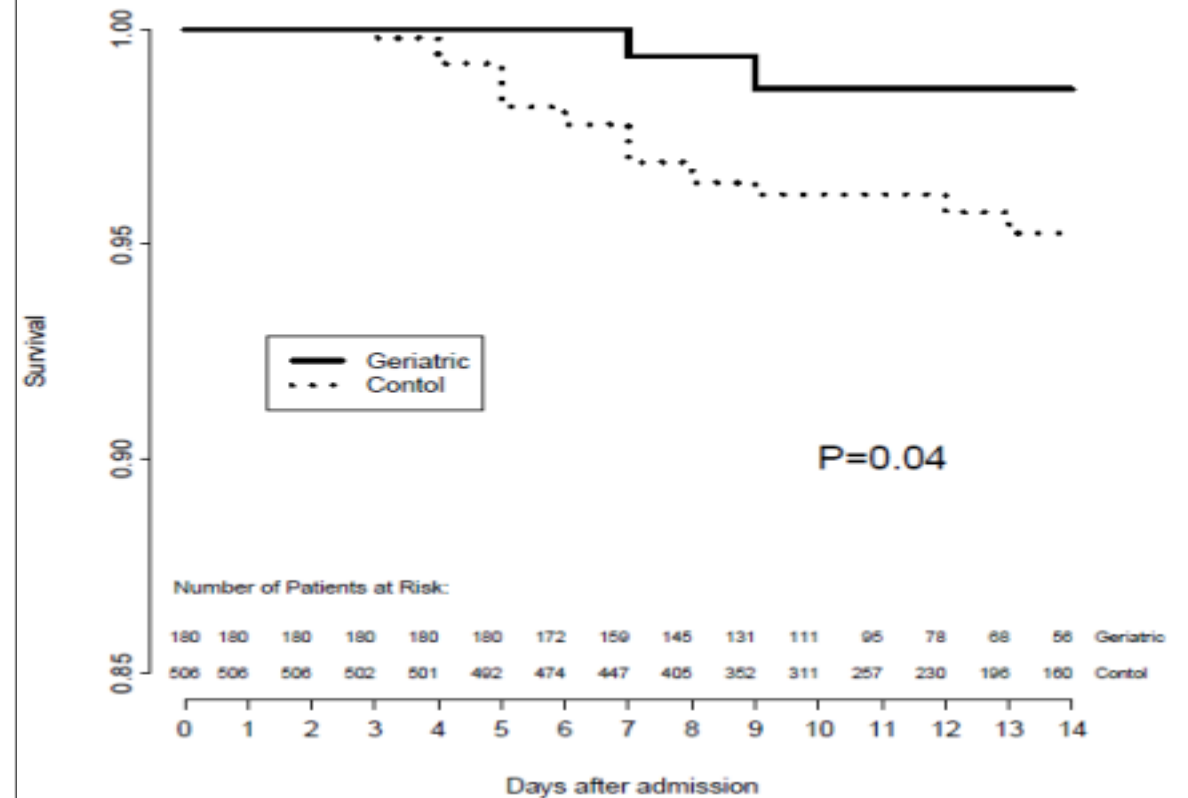
Validation externe: Mortalité intra-hospitalière (PMSI)

Cohorte appariée (3/1) à partir du registre national (n=51,275)

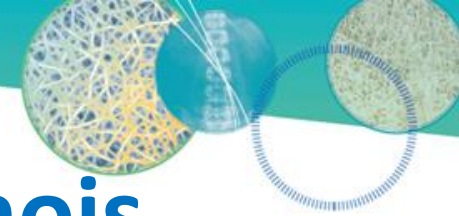
Score de propension (âge, sexe, comorbidités)



Orthopédie vs PMSI

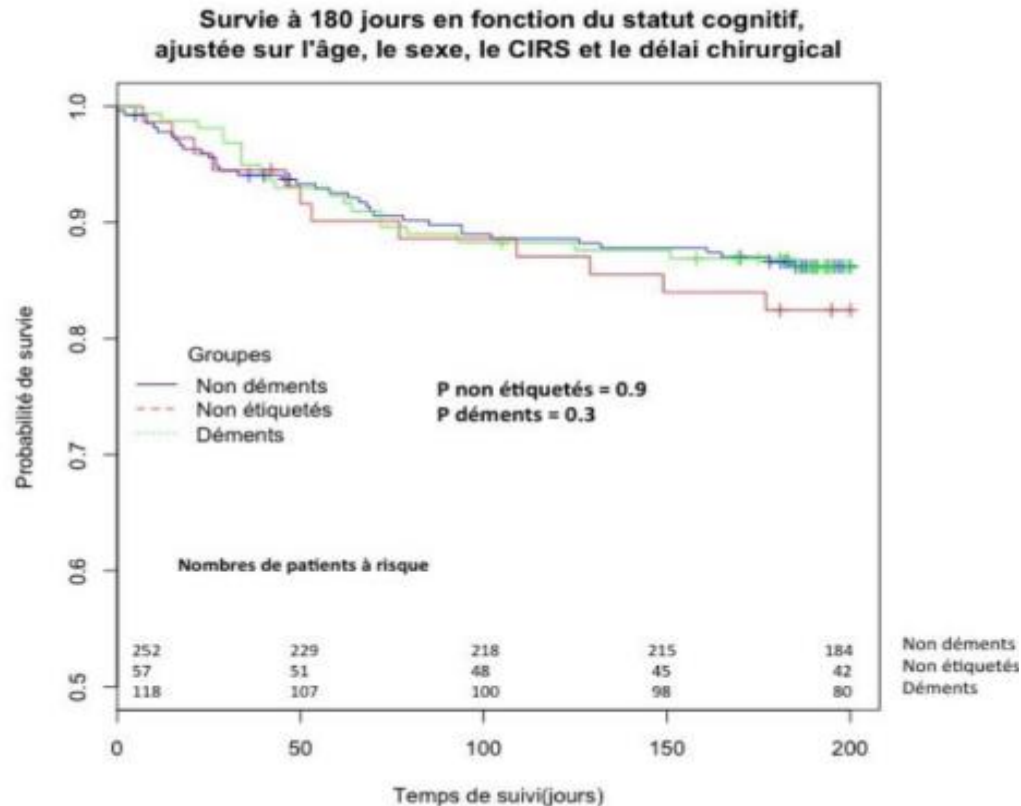


UPOG vs PMSI

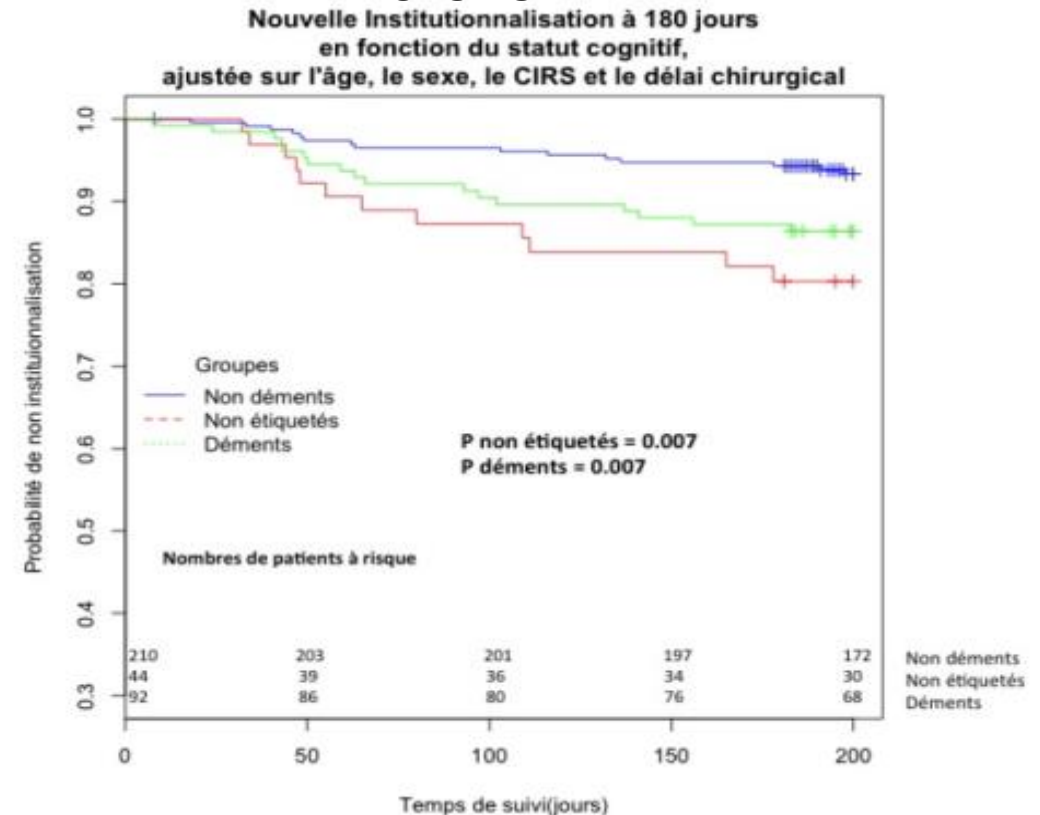


Démence, FESF et pronostic à 6 mois

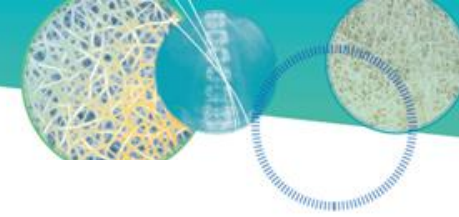
MORTALITE



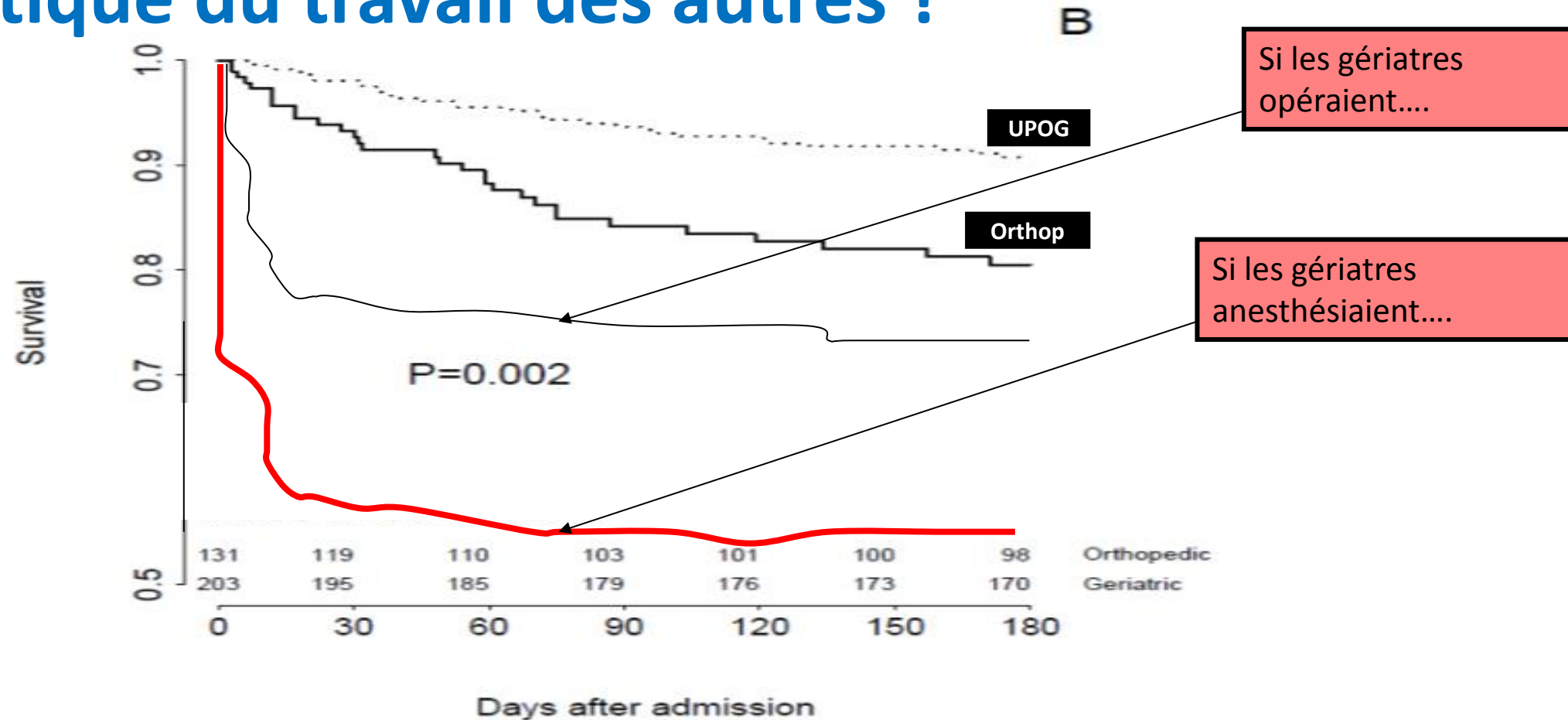
AUTONOMIE



Démence = une comorbidité parmi d'autres pour la mortalité
MAIS le pronostic fonctionnel reste précaire



Critique du travail des autres ?

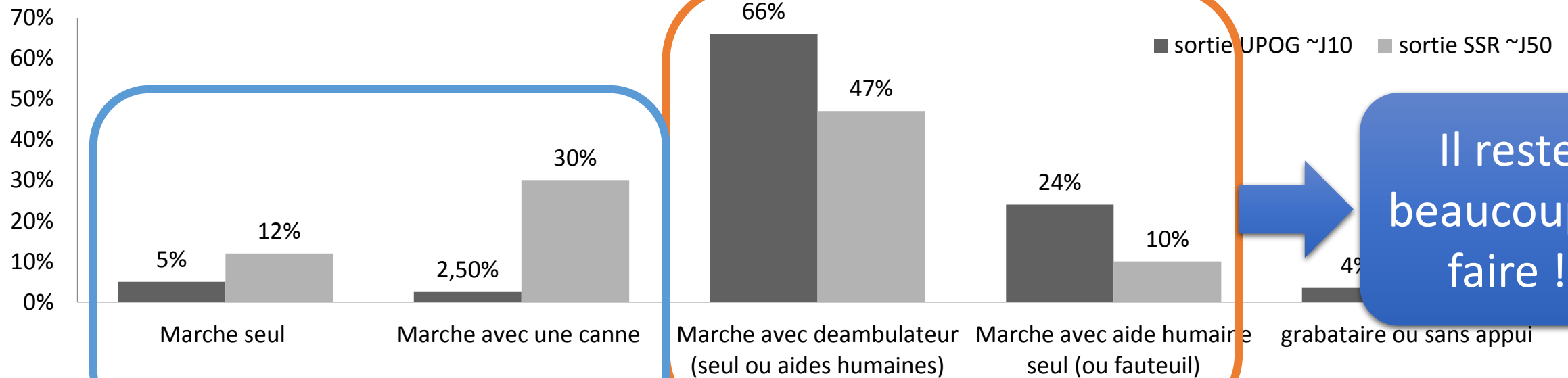


Changement de paradigme:
Faire ce que l'on sait faire, ensemble !

Type de marche pré et post-UPOG et post-SSR

AVANT

97% des patients marchaient...
... MAIS 51% avec aide !!!



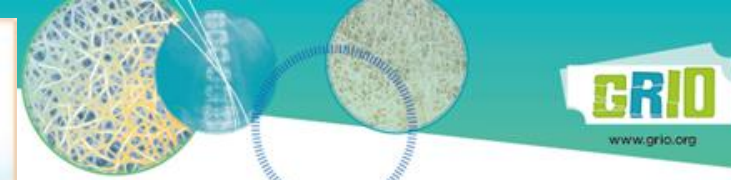
Il reste
beaucoup à
faire !



Marchez !



Projet RHU



Jean Mariani, Cendrine Tourette
Christian Neri
Jacques Boddaert
<http://www.dhu-fast.org/>

Signatures de résilience

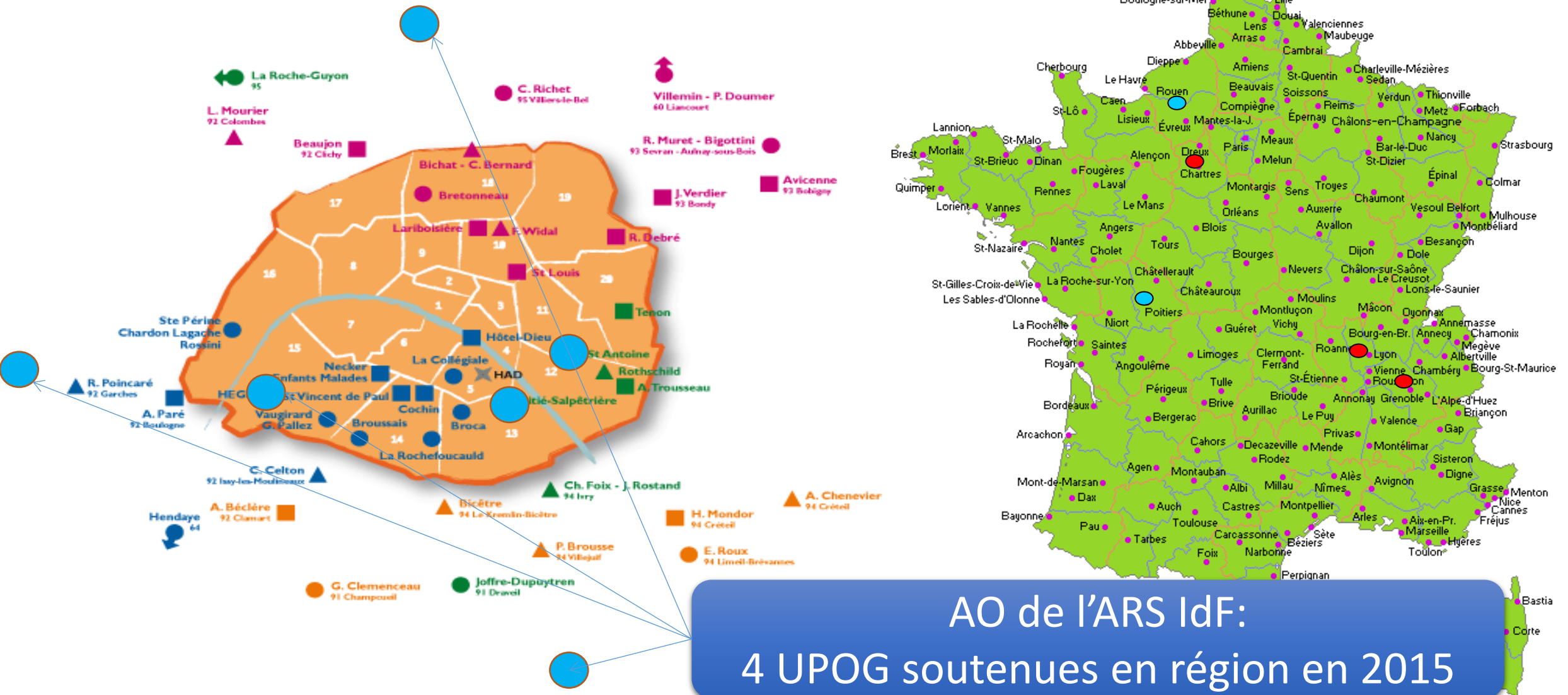
Données cliniques, musculaires,
génétiques, immunologiques,
nutritionnelles

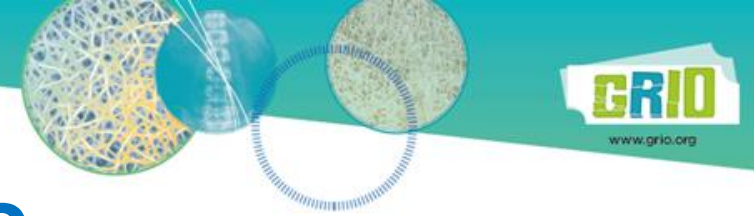
Intervention optimisée
multidomaine et continue
Réhabilitation, cognition, nutrition

Améliorer le pronostic à 6 mois

Capacités physiques, autonomie,
maintien à domicile

Les UPOG en France ?





Take home message



Vieillir est une chance, mais attention à la multimorbidité

Le gériatre peut (doit) être sollicité pour les patients multimorbides, en particulier confus/déments.

La filière UPOG est un modèle intéressant dans la FESF.

Organiser le parcours de soins des patients âgés complexes est un enjeu de la médecine de demain

The poster is for "THE T2E CONGRESS" and features a vibrant design with orange, red, and yellow wavy lines on the left side. At the top, it says "SAVE THE DATE" in white on an orange background. Below this, the main title "THE T2E CONGRESS" is in large, bold, black letters. To the left of the title, there is a red banner that reads "TRAUMA AND EMERGENCY IN THE ELDERLY:". Below the banner, there is a circular logo with a target symbol and the text "HIP FRACTURE DAY & HOPE DAY". The dates "VENDREDI 17 & SAMEDI 18 JUIN 2016" are listed below the title, followed by the location "Université Pierre et Marie Curie, site Pitié-Salpêtrière, Paris". At the bottom, there is a list of organizers and scientific committees, including "Organisateurs", "Comité scientifique", "Urgences", "Anesthésie", "Traumatologie", "Gériatrie", and "Biologie", each followed by the names of the participating professionals.