



L'Ortho-Gériatrie une réponse adaptée.

Dr Sebastien CONTIOS

Dr Nicole LE MEUR

INTRODUCTION

- Chutes =125000 hospitalisations par an (3ème cause d'hospitalisation).
- 5 à 10% des chutes sont responsables de fractures (fémur++);
- Sévérité++ = 25% de mortalité dans l'année et 50 % pour les plus de 90 ans.



INTRODUCTION

- La gravité des chutes de la personne âgée tient surtout aux conséquences au long terme



INTRODUCTION

- Prise en charge précoce en UPOOG = amélioration morbi-mortalité



. UPOOG : Définitions, Objectifs

- ❖ C'est une unité de soins péri-opératoires accompagnant le patient de son entrée aux urgences jusqu'à la sortie du court séjour.
- ❖ But= récupérer l'état d'autonomie antérieure et permettre son retour dans son lieu de vie habituel



- collaboration optimale entre tous les acteurs du parcours de soins+++



Comment et pourquoi la création UPOOG au Centre Hospitalier des Pays de Morlaix ?

- filière gériatrique complète :
 - > un service de médecine gériatrique de 25 lits
 - > une unité de médecine ambulatoire
 - > des consultations (mémoire, gériatrie, onco-gériatrie)
 - > un SSR PAPD (personnes âgées poly pathologiques et dépendantes) de 74 lits, dont 10 lits d'UCC (unité cognitivo-comportementale)
 - > un secteur EHPAD/USLD de 268 places
 - > une unité mobile de gériatrie (UMG)

Comment et pourquoi la création UPOOG au Centre Hospitalier des Pays de Morlaix ?

- Intervention de l'UMG dans le service de chirurgie orthopédique
- Chirurgie orthopédique → Médecine gériatrique
décompensations de patients polypathologiques,
opérés notamment de fractures de col du fémur



Comment et pourquoi la création UPOOG au Centre Hospitalier des Pays de Morlaix ?

autres modalités de coopération, afin de garantir la prise en charge la plus proche de l'intérêt de ces patients fragiles

=>Création de l' UPOOG

Ouverture en novembre 2016

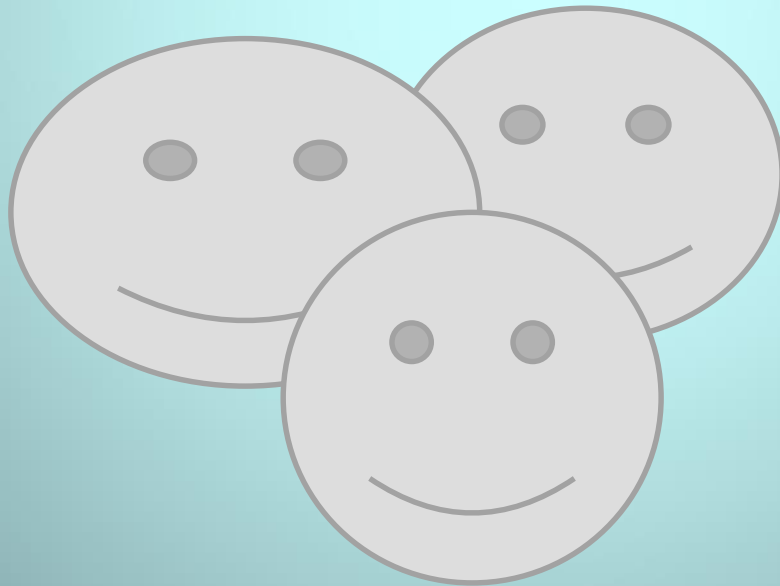
Le projet UPOOG au CHPM

- Au sein de l'unité de chirurgie orthopédique (20 lits)
- La capacité de l'UPOOG :6 lits

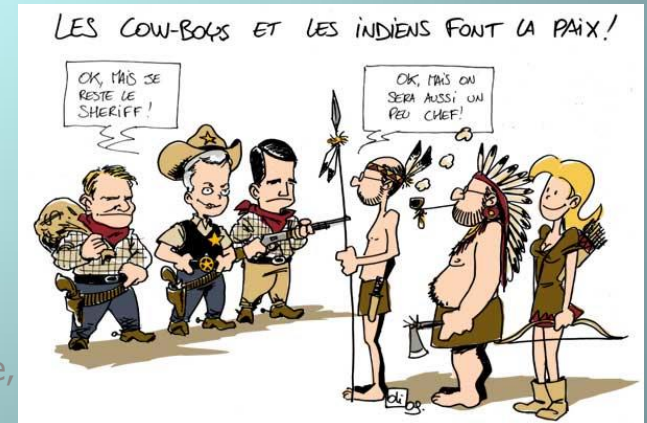


L'organisation humaine médicale

- Charte de fonctionnement (entre chirurgien, anesthésiste et gériatre)
- Collaboration tripartite



journée gérontologie, ANFH Bretagne,
10 avril 2018



L'organisation humaine pluridisciplinaire

- 1 cadre de santé
- IDE
- Aides soignants
- ASH
- Kinésithérapeutes
- Ergothérapeute
- Diététicienne
- Secrétariat
- Assistante sociale



PROFIL DU PATIENT

- patients ~ 75 ans avec comorbidités suivantes:
 - Poly-médication
 - Chutes à répétition ou troubles de la marche
 - Isolement social (besoin d'assistance à domicile)
 - Dénutrition, cachexie
 - Démence, syndrome confusionnel, Syndrome dépressif (ou syndrome de glissement)
 - Maladie de parkinson
 - Pathologie cardiovasculaire

journée gérontologie, ANFH Bretagne,
10 avril 2018



- **Cette Organisation n'exclue pas la possibilité d'avoir recours à l'UPOOG pour certains patients en chirurgie programmée.**



Cas clinique

- Me M. 86 ans
- Hospitalisée pour fracture per trochantérienne droite



Antécédents:

- trouble cognitif léger,
- fibrillation auriculaire,
- syndrome anxio-dépressif,
- psoriasis,
- hypothyroïdie substituée,
- polyarthrose invalidante,
- chirurgie de la cataracte.

Traitements

- Coumadine 2mg le soir
- Bisoprolol 5mg le matin
- Levothyrox 75 μ g le matin
- Seresta 10mg matin et soir
- Doliprane 1g 3 fois par jour
- Tramadol LP 50 mg matin et soir

Mode de vie

- A l'EHPAD avec son époux
- Nécessite de l'aide partielle pour les actes de la vie quotidienne du fait de l'arthrose
- Autonome pour les déplacements intérieurs et extérieurs
- Cohérente mais quelques oublis
- 2 enfants à proximité

Histoire de la maladie

- Chute en allant au wc le soir
- A sonné pour appeler l'IDE
- Douleur de hanche droite
- Transfert aux urgences du CHPM
- Diagnostic de fracture per trochantérienne droite
- Transfert en chirurgie orthopédique (upoog)

En UPOOG

- Chirurgie par clou gamma droit le lendemain du fait de l'anticoagulation efficace
- Suites opératoires : anémie pré opératoire aggravé par la chirurgie , syndrome confusionnel post opératoire
- Appui autorisé, mise au fauteuil et kinésithérapie

Complications de l'hospitalisation du malade âgé fragile

LES SYNDROMES GERIATRIQUES

- Chutes / syndrome post-chute
 - Immobilisation
 - Dénutrition
 - Dépression
 - syndrome de glissement
 - Incontinence
- Perte d'autonomie
 - Déclin fonctionnel et/ou cognitif
 - Décès

▪ Confusion mentale
(delirium)

+++

Inadaptation du processus de soins
au malade âgé fragile

⇒ Facteurs de risque

Age >80ans	
Comorbidités	
Déficit cognitif +++	
Déficiência visuelle	
Déficiência auditive	
Dépression	
Dénutrition (alb < 30 g/l)	
Dépendance (1 AVQ)	

Facteurs de risque	Intervention (HELP)
Déficit cognitif MMS < 20 Score d'orientation < 8	Protocole d'orientation (3 fois/jour) Activités de stimulation cognitive (discussion ... 3 fois/jour)
Déficit visuel	Aides visuelles, lunettes
Déficit auditif	Techniques de communication, prothèses
Déshydratation (urée / créatinine \geq 18)	Diagnostic précoce, réhydratation
Perturbations du sommeil	Le soir : boissons chaudes, musique, massages, ↘ bruit, adaptations horaires traitements
Immobilisation	Mobilisation 3 fois/jour ↘ SAD, contentions

- 100% des patients hospitalisés en Gériatrie à risque de syndrome confusionnel

- Orientation temporo-spatiale (date, horloge murale, objets familiers)
- Aides visuelles / auditives
- Réassurance
- Pas de contention / pas de « protection » systématique
- Mobilisation précoce
- Surveillance nutrition / hydratation / élimination
- Evaluation de la douleur
- Evaluation du rapport risque/bénéfice de chaque examen complémentaire

Bilan de chute

- Facteur déclenchant:
 - Appui autorisé donc recherche hypotension orthostatique
 - Positive
 - Recherche pouls périphériques pour pose de bas de contention
 - ECG: sans particularité
- Facteur prédisposant
 - Anémie
 - Recherche d'une carence en vitamine D
 - Trouble cognitif léger
 - Trouble visuel avec une cataracte opérée

Evaluation Gériatrique Multidimensionnelle

- Bilan des fonctions supérieures
 - A réaliser surtout après une confusion
 - Test (MMSe, Dubois, Horloge)
- Bilan nutritionnel
 - Poids (et rechercher un poids antérieur)
 - Albuminémie
 - Carence en vitamines (B12, B9) si dénutrition

Évaluation gériatrique multidimensionnelle

- Bilan de l'autonomie
 - Marche
 - ADL et IADL
- Continence
 - Urinaire et fécale
- Bilan des fonctions sensorielles
 - Lunettes? Appareils auditifs?
- Antécédent de chute ?
- Bilan biologique
- thymie

Unité péri-opératoire ortho-
gériatrique
du centre hospitalier des pays de
Morlaix

BILAN 2017

Données d'activité

- Séjours : 378
- âge moyen : 86 ans
- % femmes : 75%
- DMS : 7,63 jours

- Valorisation T2A : 2 226 973 €
- Valorisation d'un séjour : 5845 €



- **2 Provenances Majoritaires des patients**
 - **Urgences ou mutation court séjour**: 263 patients soit 69%
 - **Domicile**: 58 patients soit 15% (chirurgie programmée prothèse hanche ou genou principalement)
 - **Mutation MCO** : 56 patients

- **2 Destinations majoritaires à la sortie du service :**
 - **SSR**: 194 patients soit + de 50%
 - **Domicile** (y compris EHPAD) : 74 patients soit # 20 %

Pathologies principales

1/ chirurgie de la hanche \approx 57%

- > fractures de l'extrémité supérieure du fémur : 178 (47%)
- > chirurgie programmée coxarthrose (PTH) :37 (\approx 10%)

2/ autres

- > fractures du bassin (cadre obturateur)
- > fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus
- > fractures du poignet
- > fracture/tassement de vertèbres

Diagnostics gériatriques

- **Dénutrition**: 256 (68%)
- **Carence en Vit D** : 182 (48%)
- **Confusion / désorientation** : 138 (36,5 %)
- **Autres** :
 - hypotension orthostatique ou médicamenteuse
 - chutes à répétition
 - rétention aigue d'urines
 - troubles trophiques (escarres)
 - ostéoporose
 - démences

En conclusion

- **BILAN TRES POSITIF** en ce qui concerne la prise en soins de ces patients fragilisés.
- **LES PERSPECTIVES :**
 - Les échanges pluridisciplinaires
 - Réflexion autour de consensus médicaux (douleur, anticoagulation)
 - Un réajustement des maquettes est peut-être à envisager au vue de l'intensification de la charge en soins .
 - La formation des soignants (Contention, Prise en charge de la confusion du sujet âgé,...)
 - Bilan plus qualitatif (confusion, dénutrition, carences vitaminiques,...)
 - Publication ?

Merci de votre attention



journée gérontologie, ANFH Bretagne,
10 avril 2018