

# Vieillesse, multimorbidité et gériatrie



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

# Pas de conflits d'intérêt



# Préambule

La population vieillit !

Pathologies pulmonaires fréquentes avec l'âge...

Avènement de la multimorbidité: norme de demain !

Et les solutions à apporter pour y faire face, parmi lesquelles la gériatrie trouve sa place



# Vieillir...

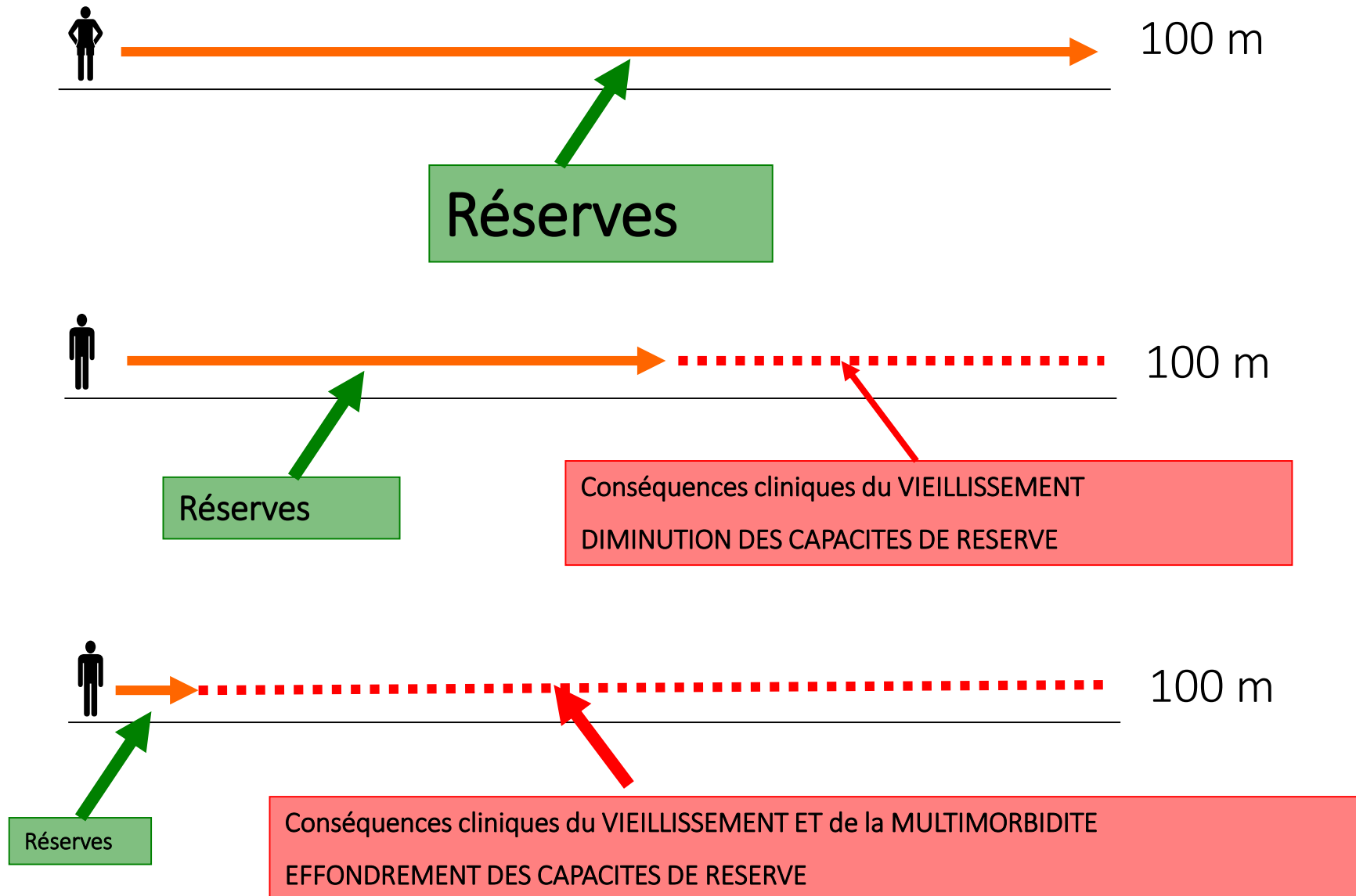


Sprint...  
Infections  
Anémie..  
Hypoxie..

Conséquences cliniques du VIEILLISSEMENT  
= Altération des capacités de réserve  
= Vieillesse respiratoire par ex.

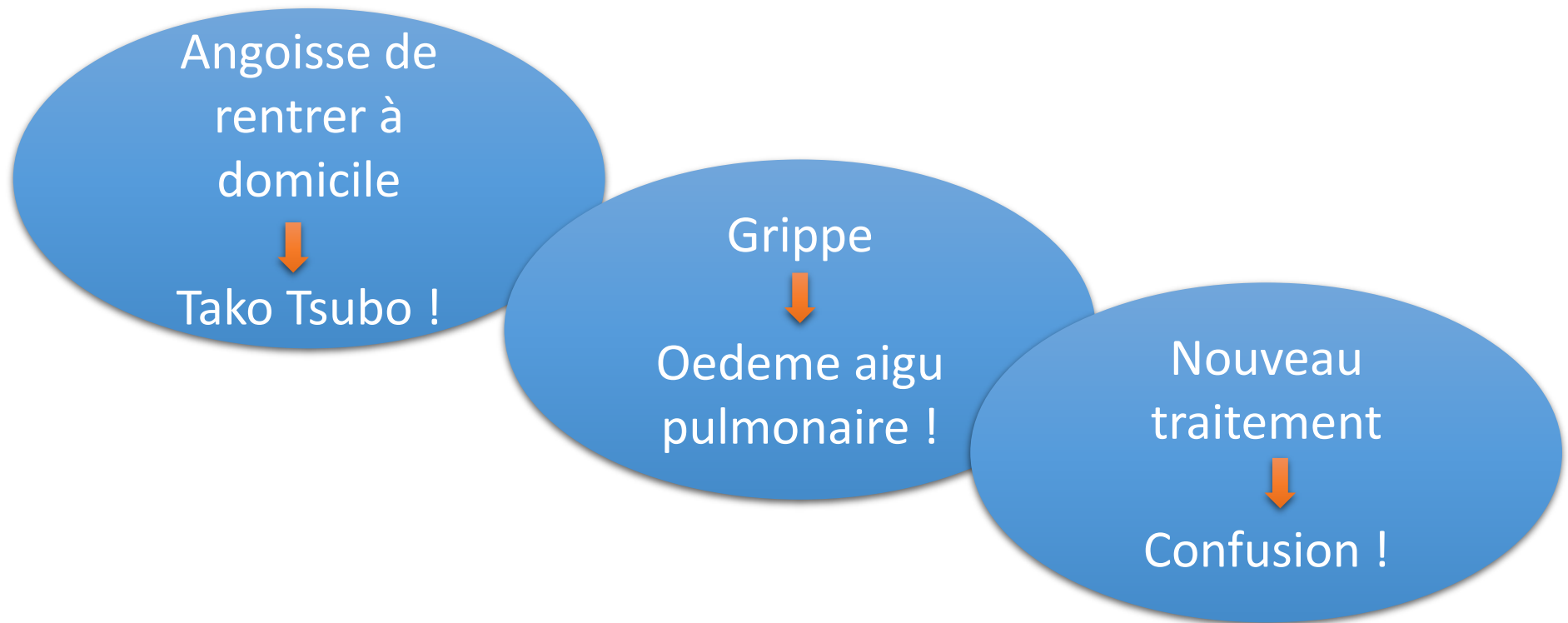


# Vieillir ou être malade ?



Moins les capacités de réserve sont préservées.....

.....moins le facteur déclenchant a besoin d'être important pour mener à une situation dramatique

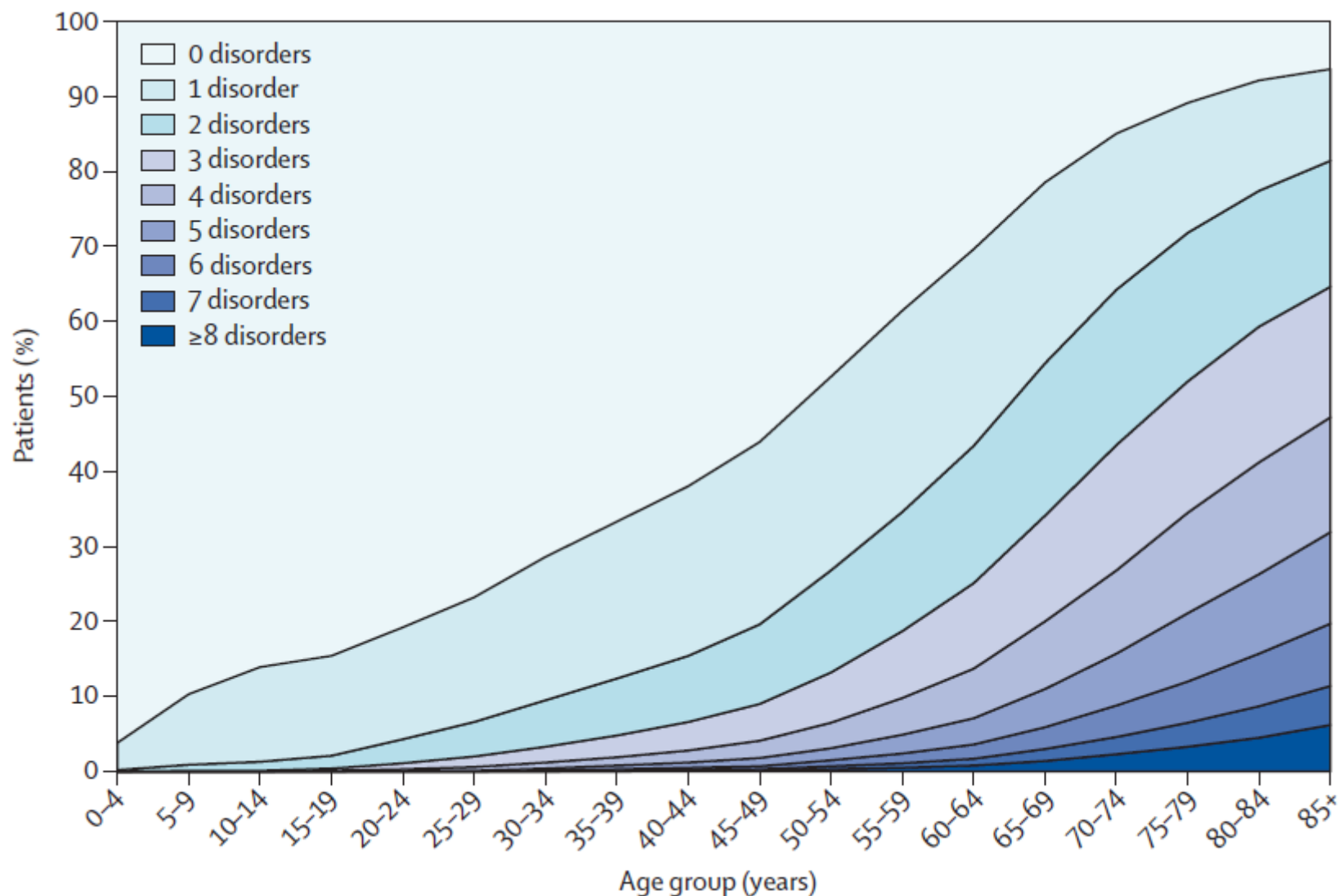


# Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study



[www.thelancet.com](http://www.thelancet.com)

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



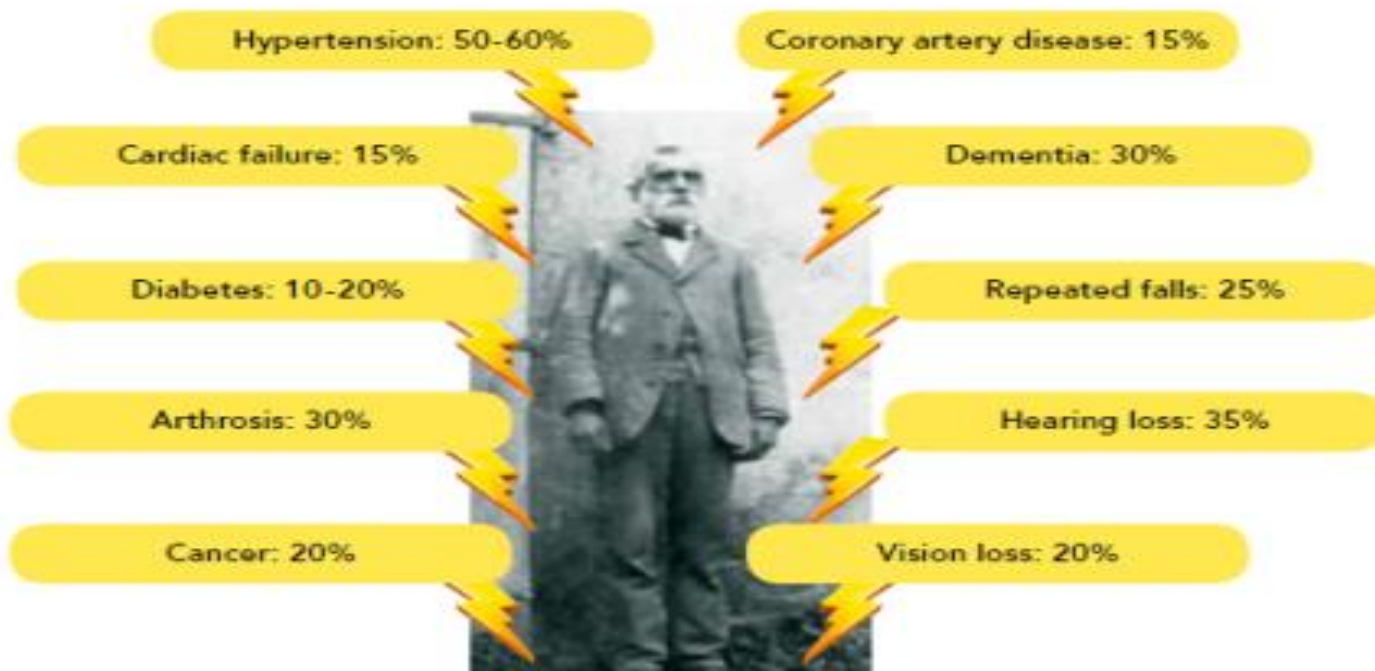


# Montée en charge du poids de la multimorbidité

The European General Practice Research Network Presents a Comprehensive Definition of Multimorbidity in Family Medicine and Long Term Care, Followed by a Systematic Review of Relevant Literature



La multimorbidité est définie par toute combinaison de pathologie chronique avec  $\geq 1$  autre pathologie aiguë ou chronique, ou 1 facteur « biopsychosocial » ou 1 fdR somatique.

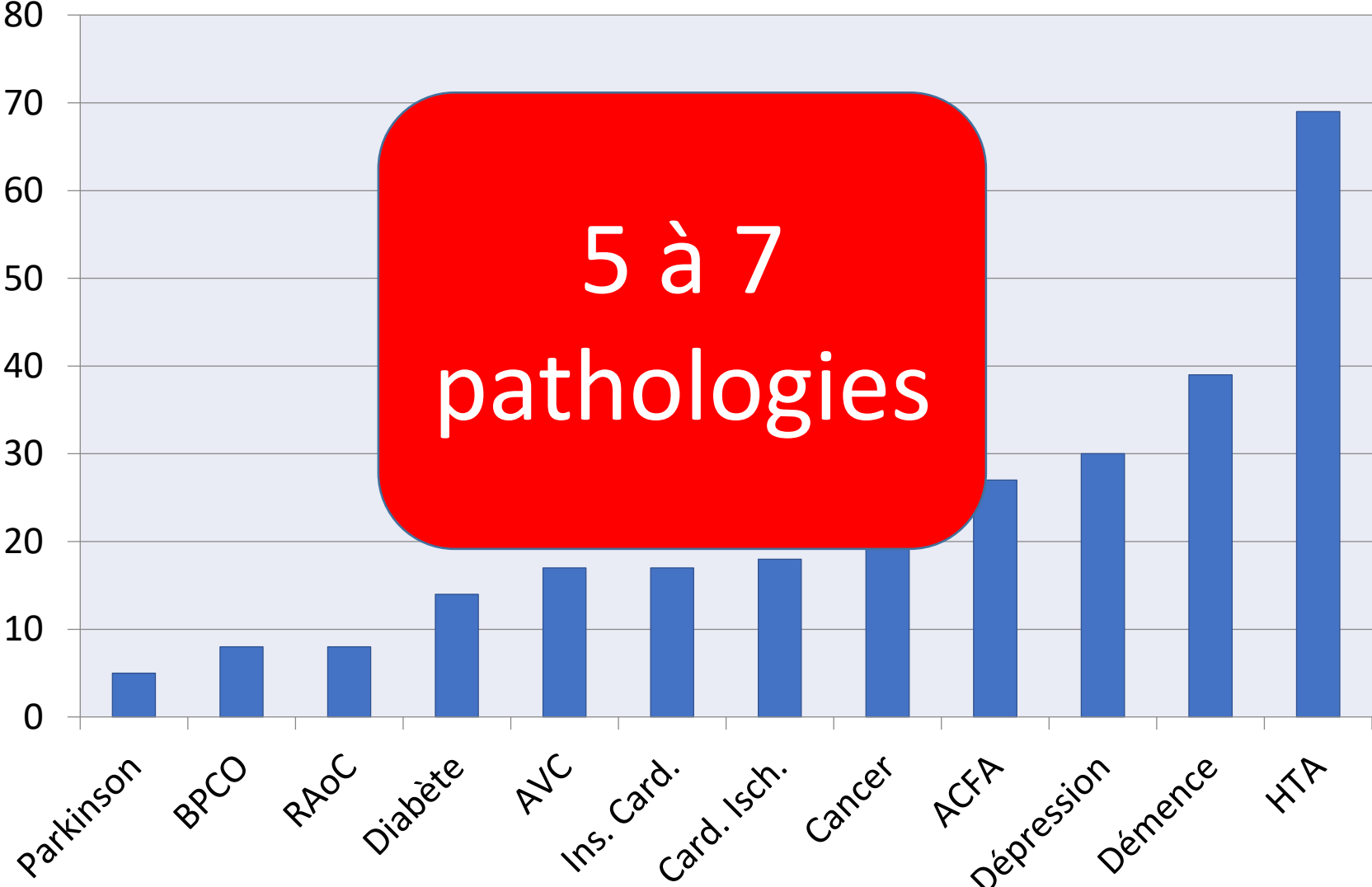


**Beyond 70 years = 5 comorbidities**

La multimorbidité :  
Une synergie délétère des maladies;  
Pose problème dès lors que le patient n'est pas dans une structure adaptée à sa prise en charge: PERTE DE CHANCE

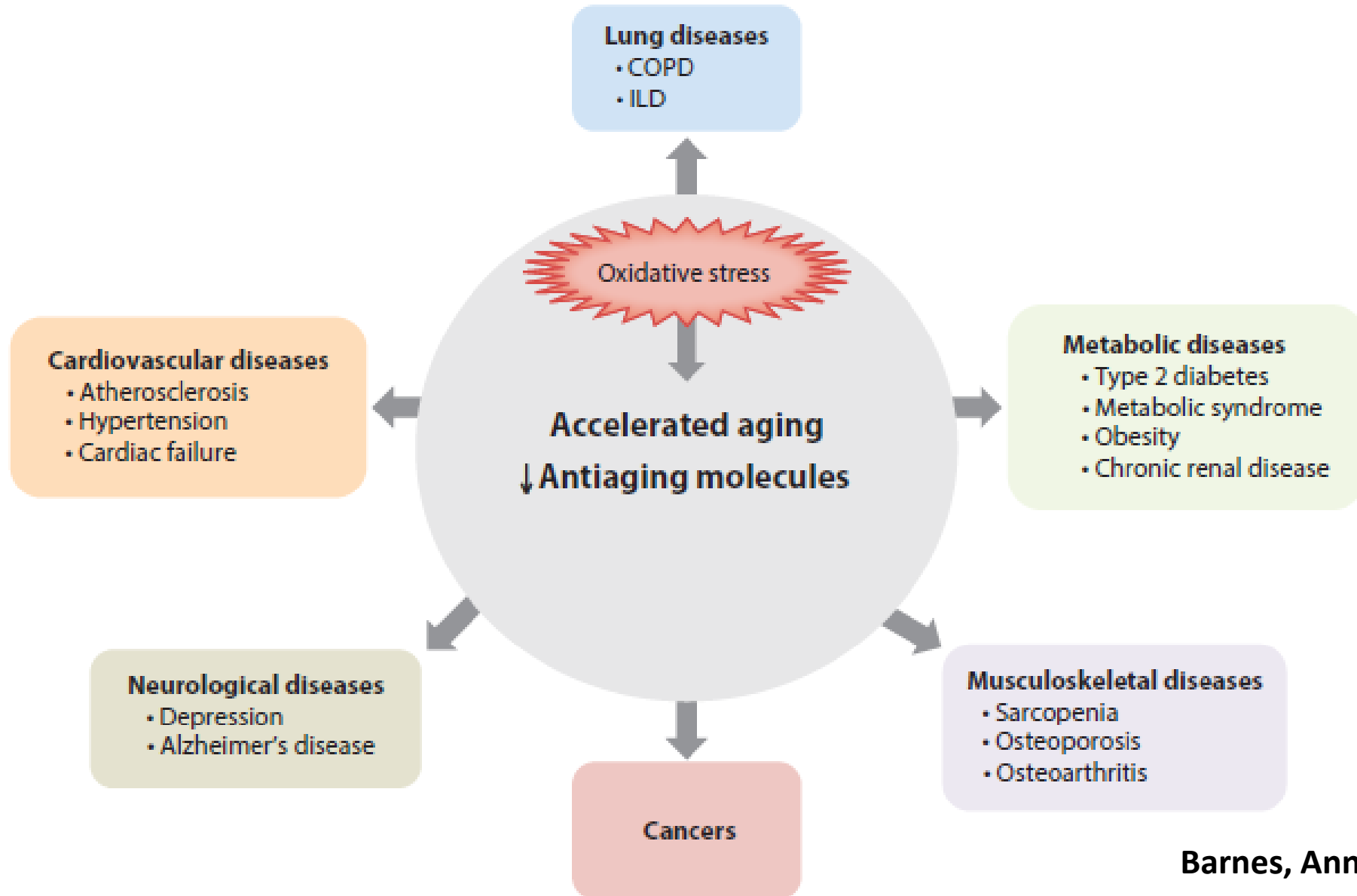


# Comorbidités en gériatrie (UPOG)

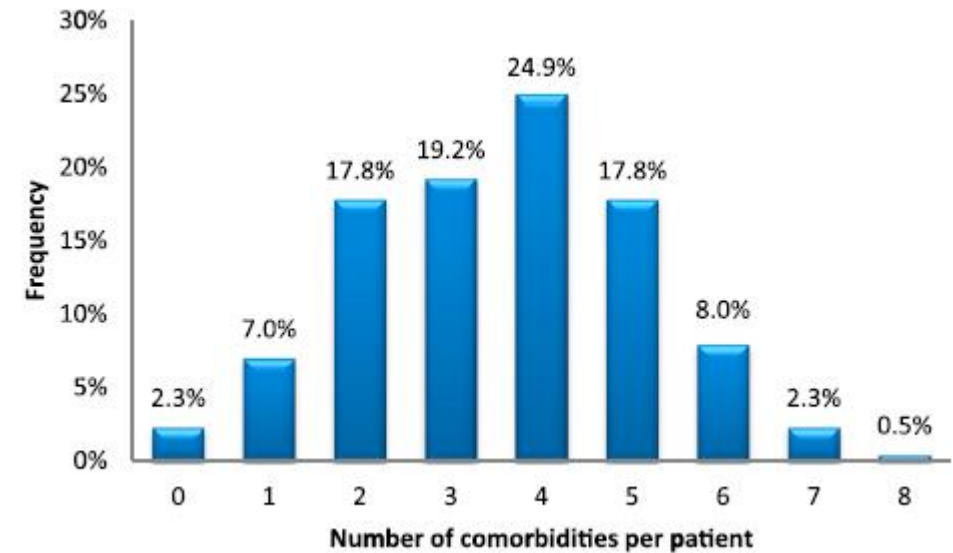
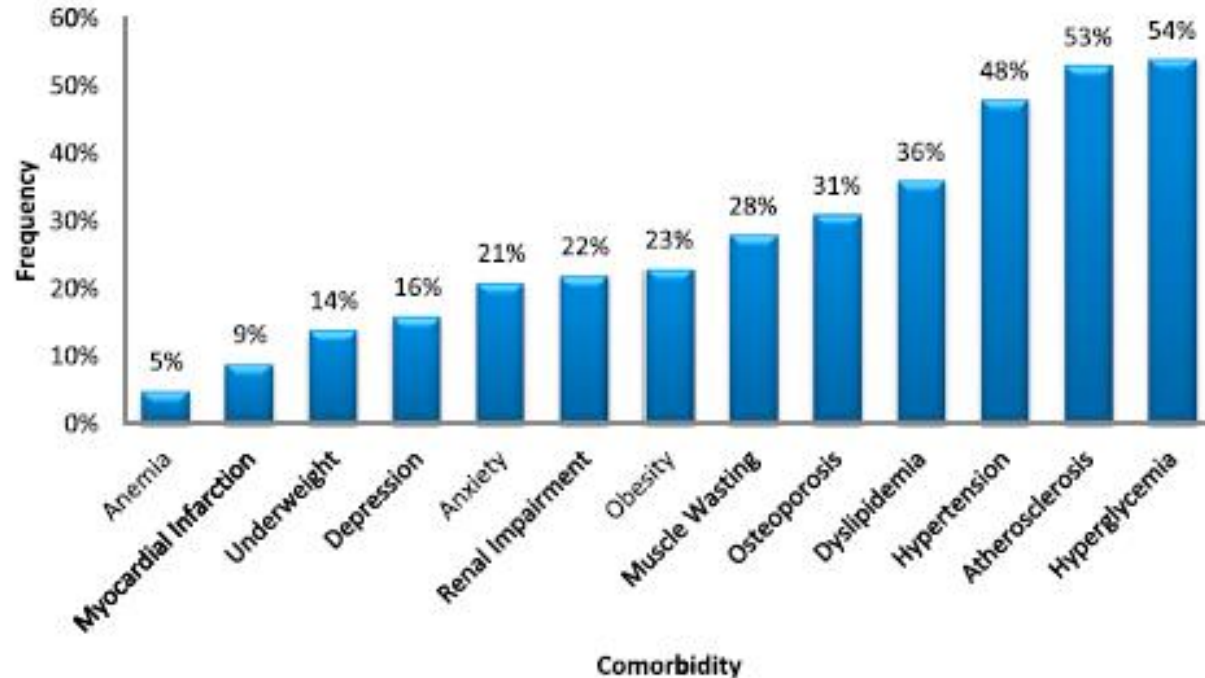


Données base UPOG (n=1126)

# Senescence in COPD and Its Comorbidities



# Clusters of Comorbidities Based on Validated Objective Measurements and Systemic Inflammation in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease



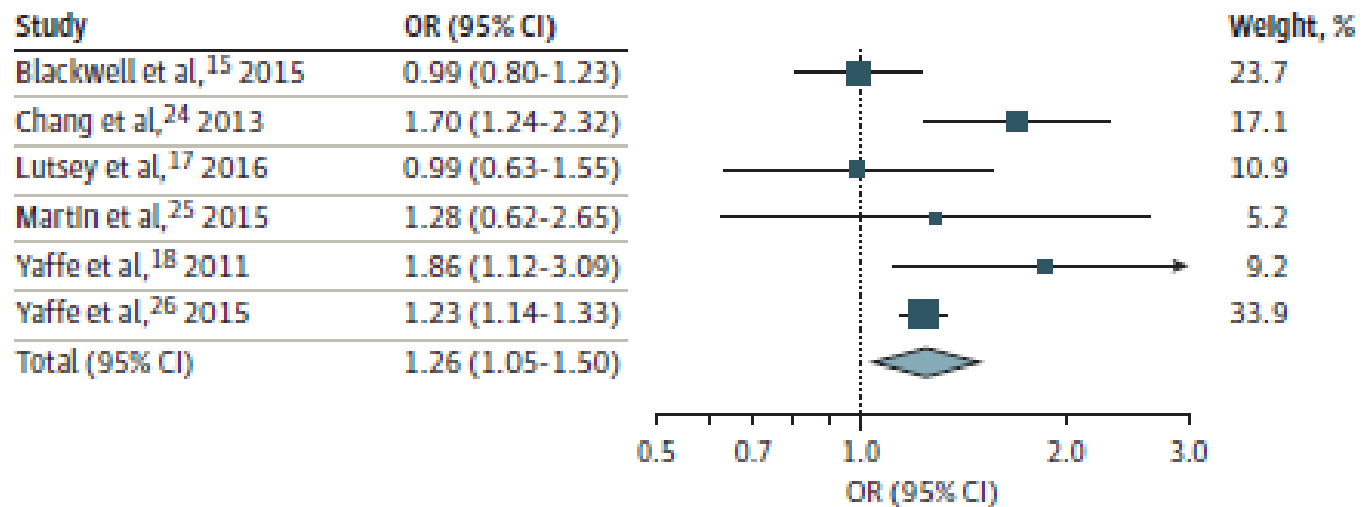
Population BPCO: 60-65 ans

Population gériatrique: 80-85 ans

# Association of Sleep-Disordered Breathing With Cognitive Function and Risk of Cognitive Impairment

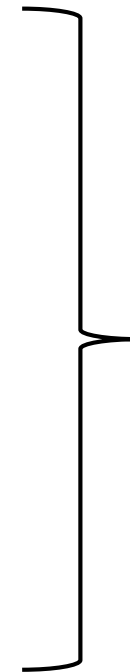
## A Systematic Review and Meta-analysis

Figure 1. Forest Plot of Prospective Studies on Association Between Sleep-Disordered Breathing and Risk of Cognitive Impairment



# Une grande problématique derrière les comorbidités: la dépendance

Vivant en institution	14%
Aides à domicile	83%
Marche	97%
Mais avec aide	57%
Ne sort plus du domicile	38%
ADL	4,6 ± 1,7



Menace majeure



Confusion  
Escarre  
Rétractions  
Décès  
...

# Confusion: évènement dramatique dans la vie d'un patient

Mortalité hospit X 2-20



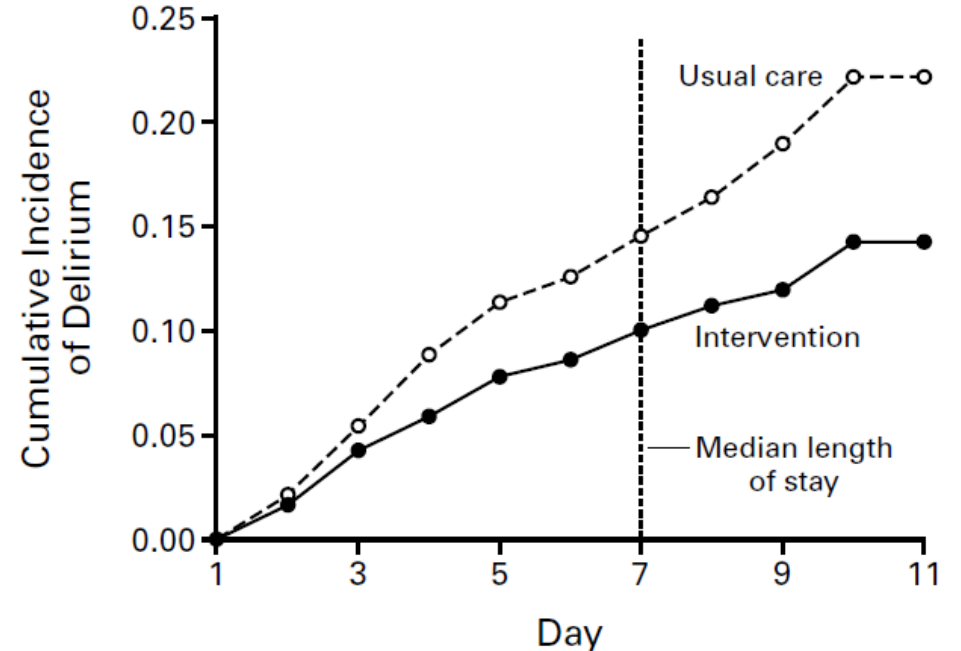
## A MULTICOMPONENT INTERVENTION TO PREVENT DELIRIUM IN HOSPITALIZED OLDER PATIENTS

SHARON K. INOUE, M.D., M.P.H., SIDNEY T. BOGARDUS, JR., M.D., PETER A. CHARPENTIER, M.P.H.,  
LINDA LEO-SUMMERS, M.P.H., DENISE ACAMPORA, M.P.H., THEODORE R. HOLFORD, PH.D., AND LEO M. COONEY, JR., M.D.

### INTERVENTION

#### Six FdR de confusion ciblés:

- Détérioration cognitive      Protocole orientation, exercices
- Manque de sommeil            ↘ bruits, tisane, massages
- Immobilité                      Mobilisation précoce
- Déficience visuelle          Protocole: lunette, équipements
- Déficience auditive         Protocole: prothèses, équipements
- Déshydratation                Diagnostic et ttt précoces





# Une approche essentielle: la dépendance iatrogène

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
- Et médicaments

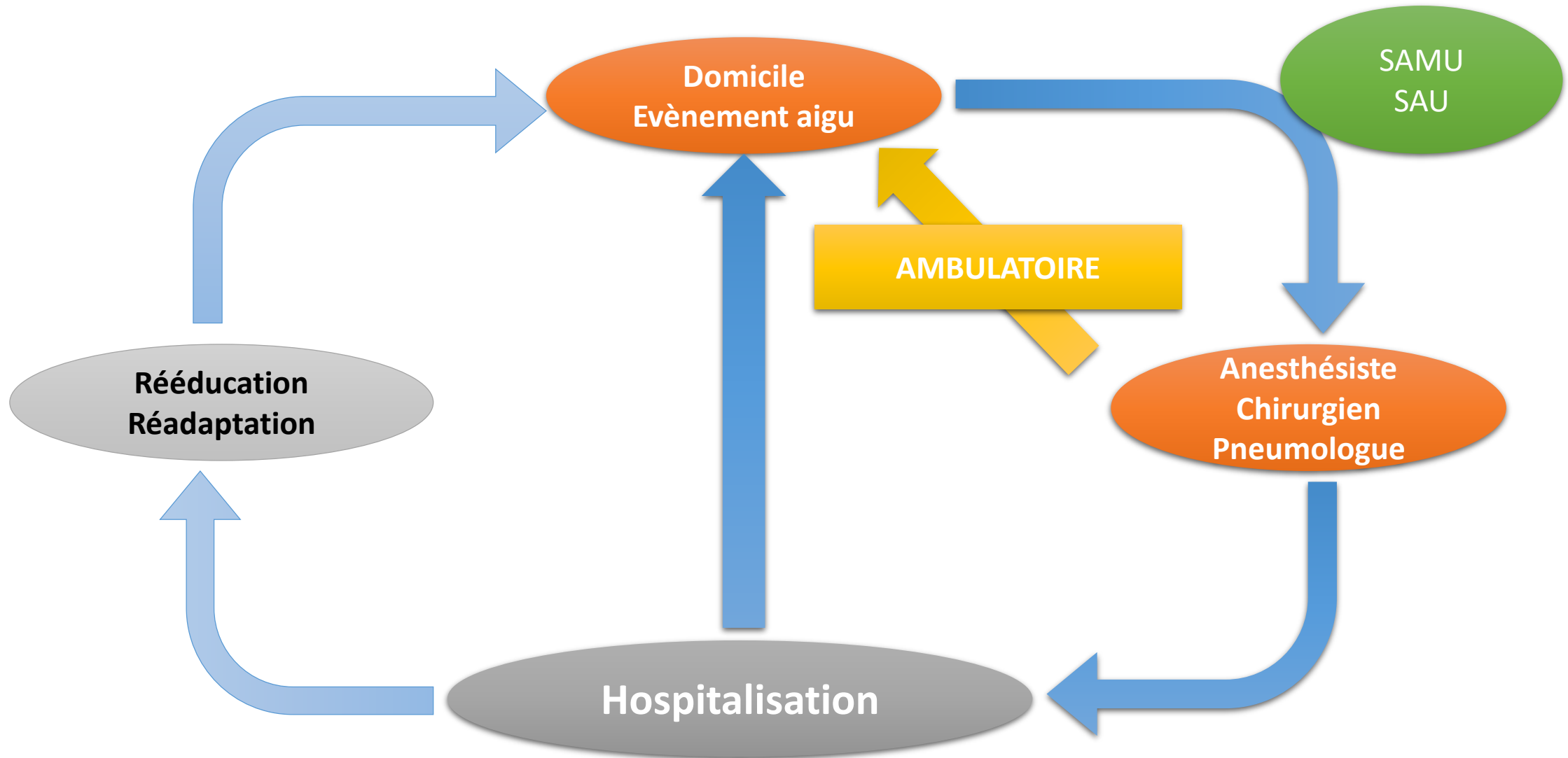


Remettre en cause ses protocoles  
Prévention INDISPENSABLE

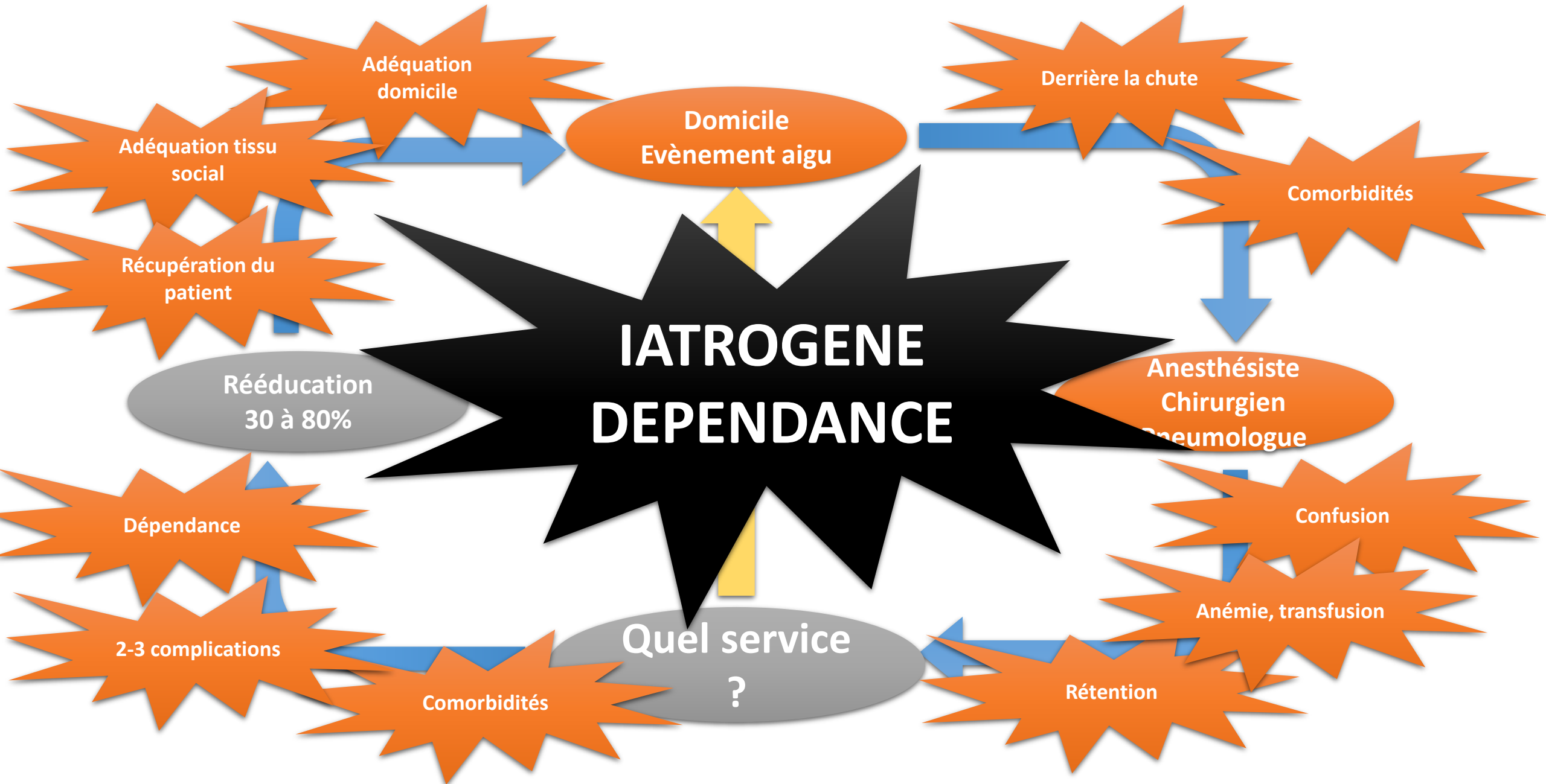
L'exemple du péri-opérateur gériatrique

La fracture de l'extrémité supérieure du fémur

# Le parcours de soins: la vie pourrait être simple



# Comorbidités et pathologies aiguës: relation complexe



# Ce qui attend le patient lors d'une pathologie aiguë (FESF)

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

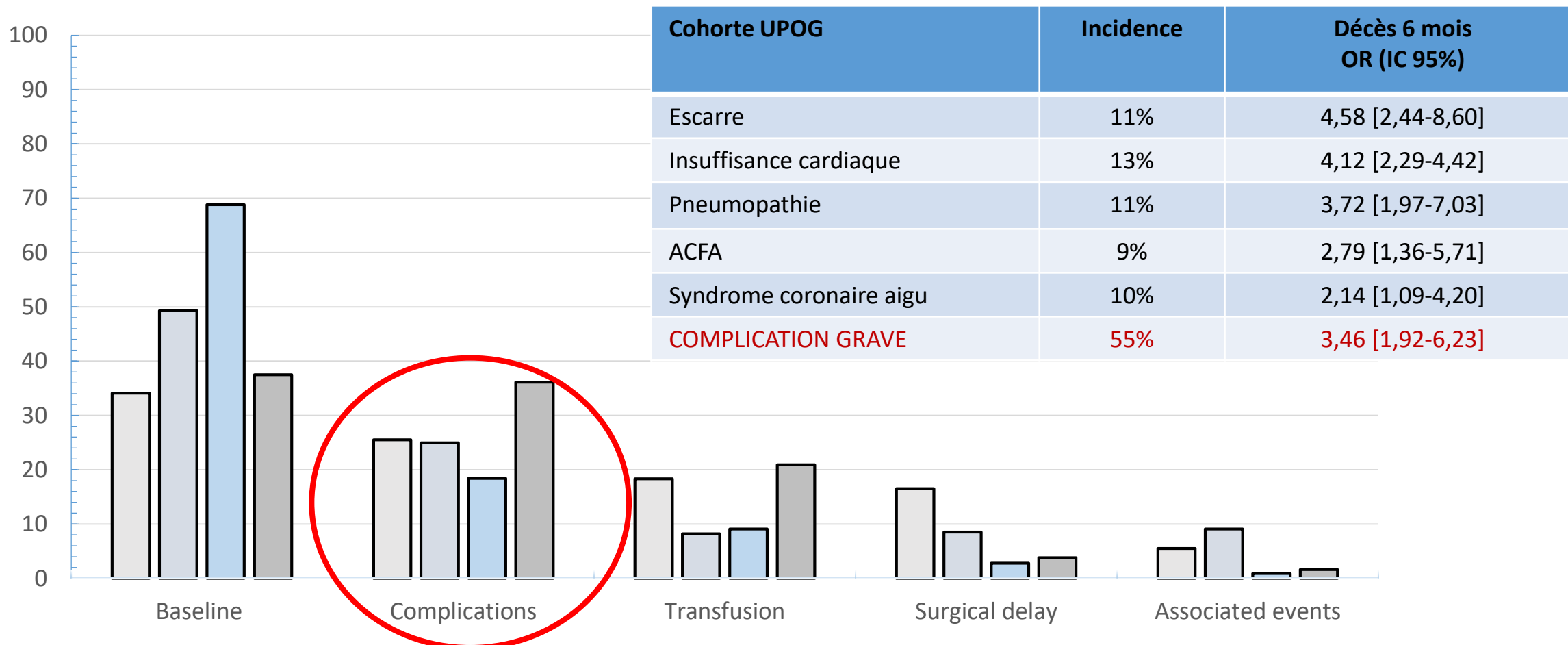
Douleur	96 %
TRF	53 %
Fécalome	42 %
Confusion	38 %
Fausse routes	38 %
RAU	26 %
Infection	19 %
Dépression	17 %
ICA	12 %
IdM	10 %
Escarre	12 %
FA parox	8 %
MVTE	4 %
AVC	1%

Réa	5%
<b>SSR</b>	<b>80%</b>
<b>Mortalité</b>	<b>3.5%</b>
<b>Réadm J30</b>	<b>6%</b>
<b>Mortalité 1 an</b>	<b>20%</b>

→ grave et difficile.....

Données base UPOG

# Mortalité attribuable et FESF



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

→ Il faut des cliniciens au lit du malade



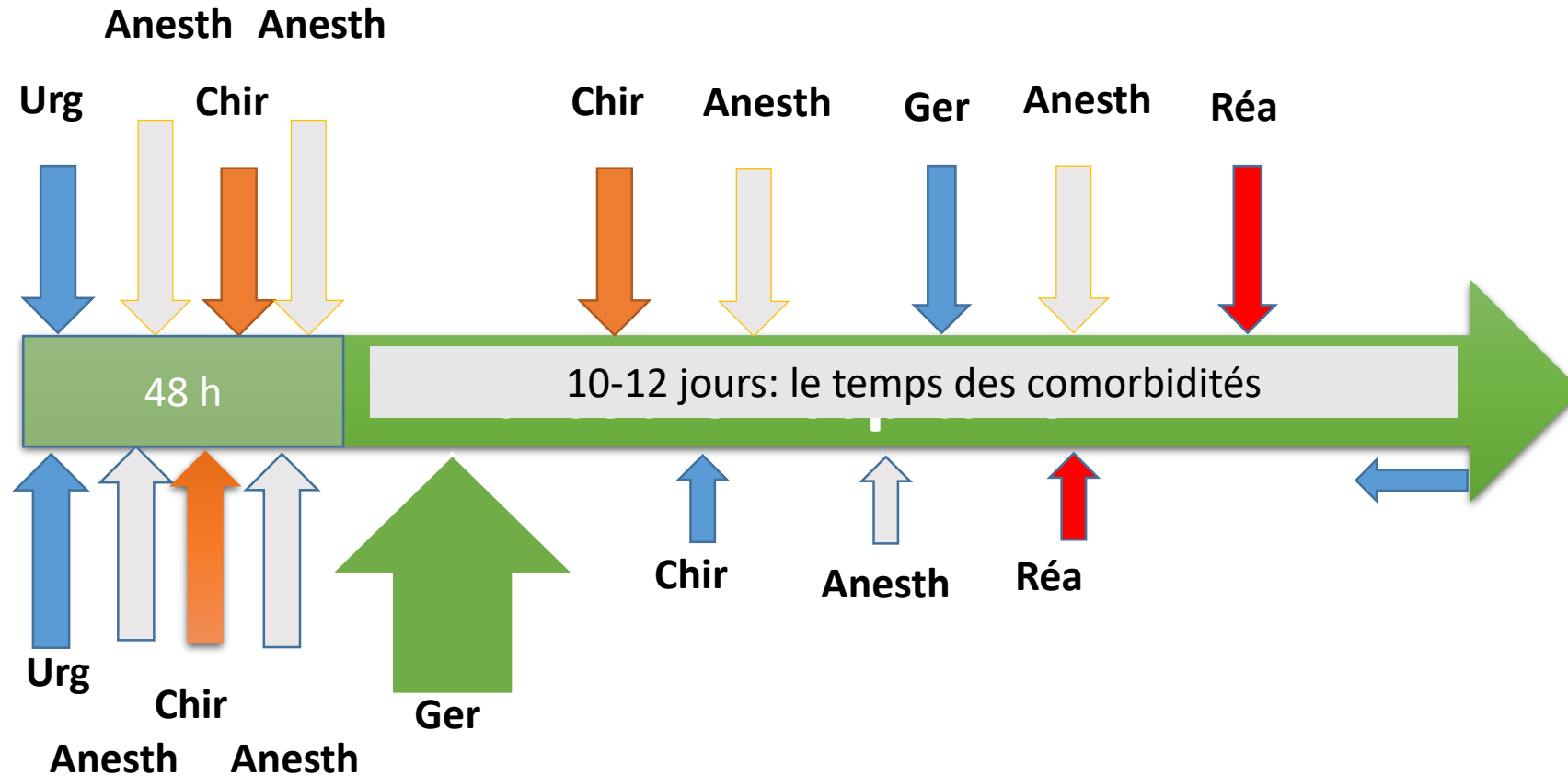
# Vous avez dit expertise gériatrique ?



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.



# S'organiser en filière : structurer le parcours hospitalier ?



Association de compétences: changement de paradigme  
Chacun intervient dans son domaine de prédilection

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

Jacques Boddaert<sup>1,2,\*†</sup>, Judith Cohen-Bittan<sup>1</sup>, Frédéric Khiami<sup>3</sup>, Yannick Le Manach<sup>4</sup>, Mathieu Raux<sup>1,5,8</sup>, Jean-Yves Beinis<sup>6</sup>, Marc Verny<sup>1,2</sup>, Bruno Riou<sup>1,7,8</sup>

## 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

# Walk !





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

Jacques Boddaert<sup>1,2,\*</sup>, Judith Cohen-Bittan<sup>1</sup>, Frédéric Khiami<sup>3</sup>, Yannick Le Manach<sup>4</sup>, Mathieu Raux<sup>1,5,8</sup>, Jean-Yves Beinis<sup>6</sup>, Marc Verny<sup>1,2</sup>, Bruno Riou<sup>1,7,8</sup>

- 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

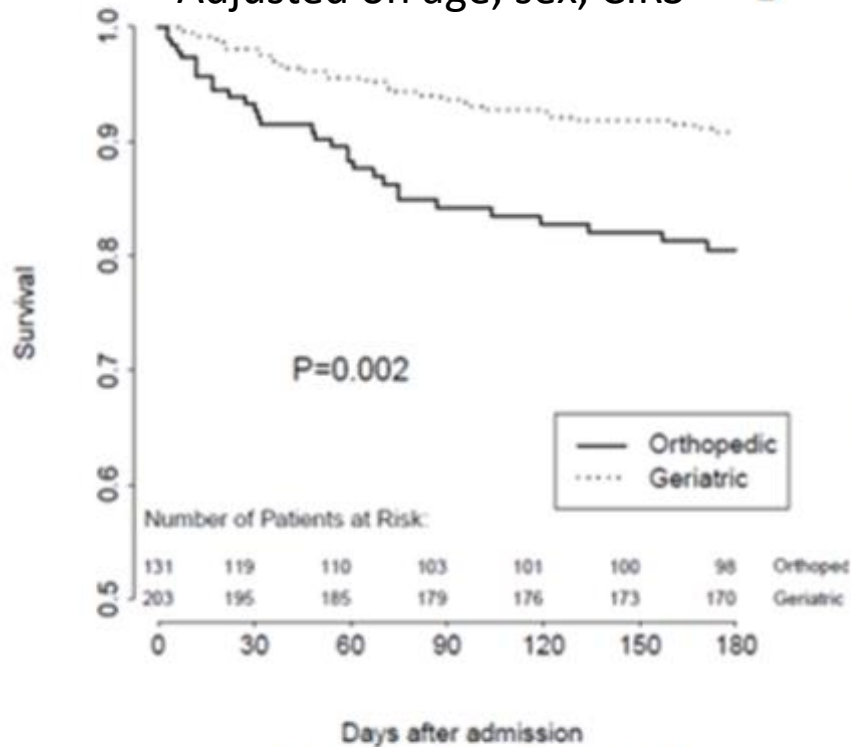
# Postoperative Admission to a Dedicated Geriatric Unit Decreases Mortality in Elderly Patients with Hip Fracture

Jacques Boddaert<sup>1,2,\*</sup>, Judith Cohen-Bittan<sup>1</sup>, Frédéric Khiami<sup>3</sup>, Yannick Le Manach<sup>4</sup>, Mathieu Raux<sup>1,5,8</sup>, Jean-Yves Beinis<sup>6</sup>, Marc Verny<sup>1,2</sup>, Bruno Riou<sup>1,7,8</sup>

→ réduction de mortalité et des ré-admissions

## 6 month mortality

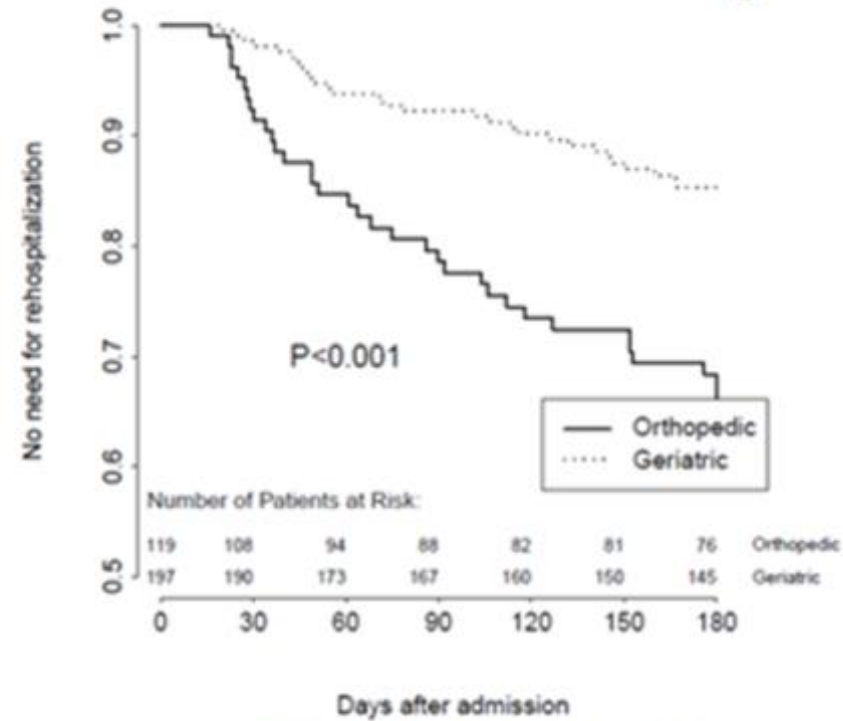
Adjusted on age, sex, CIRS **B**



RR=0.43 [0.25-0.73]

## 6 month readmissions

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



RR=0.40 [0.23-0.67]

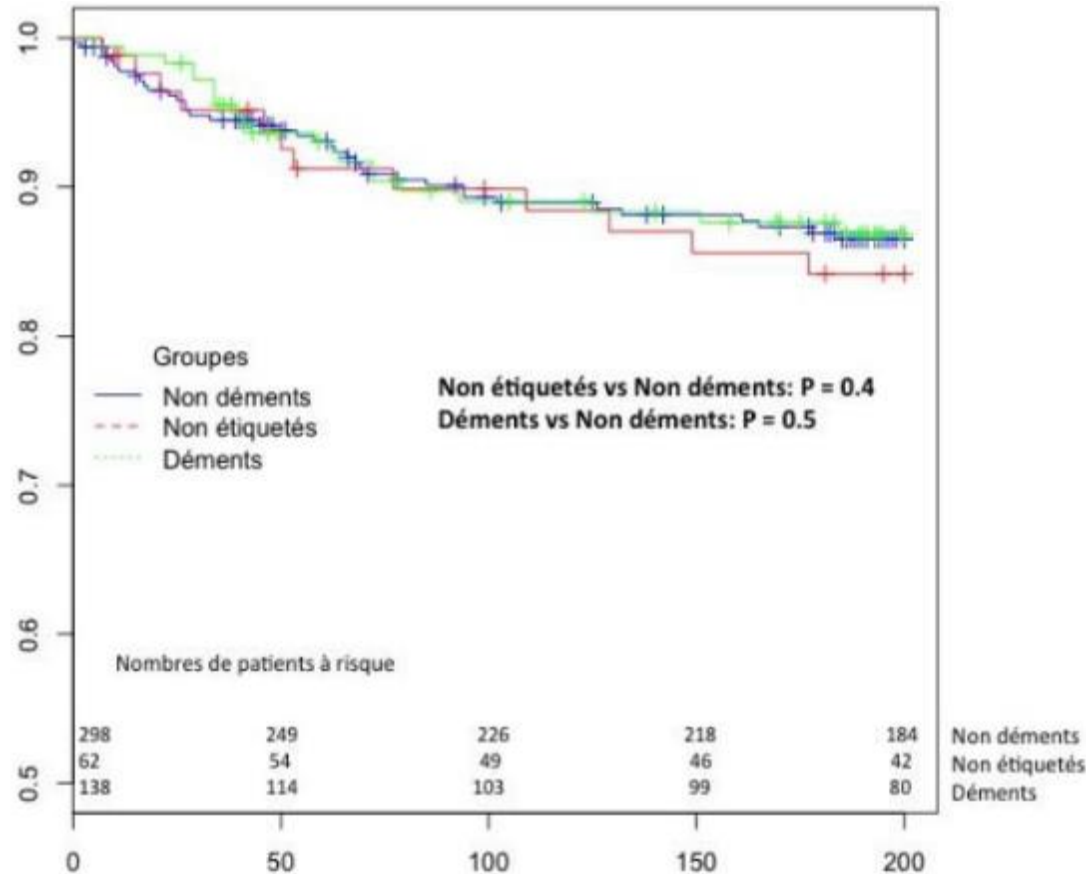


# Démence, confusion et prise en charge de la FESF en UPOG

→ réduit le poids pronostique de la démence

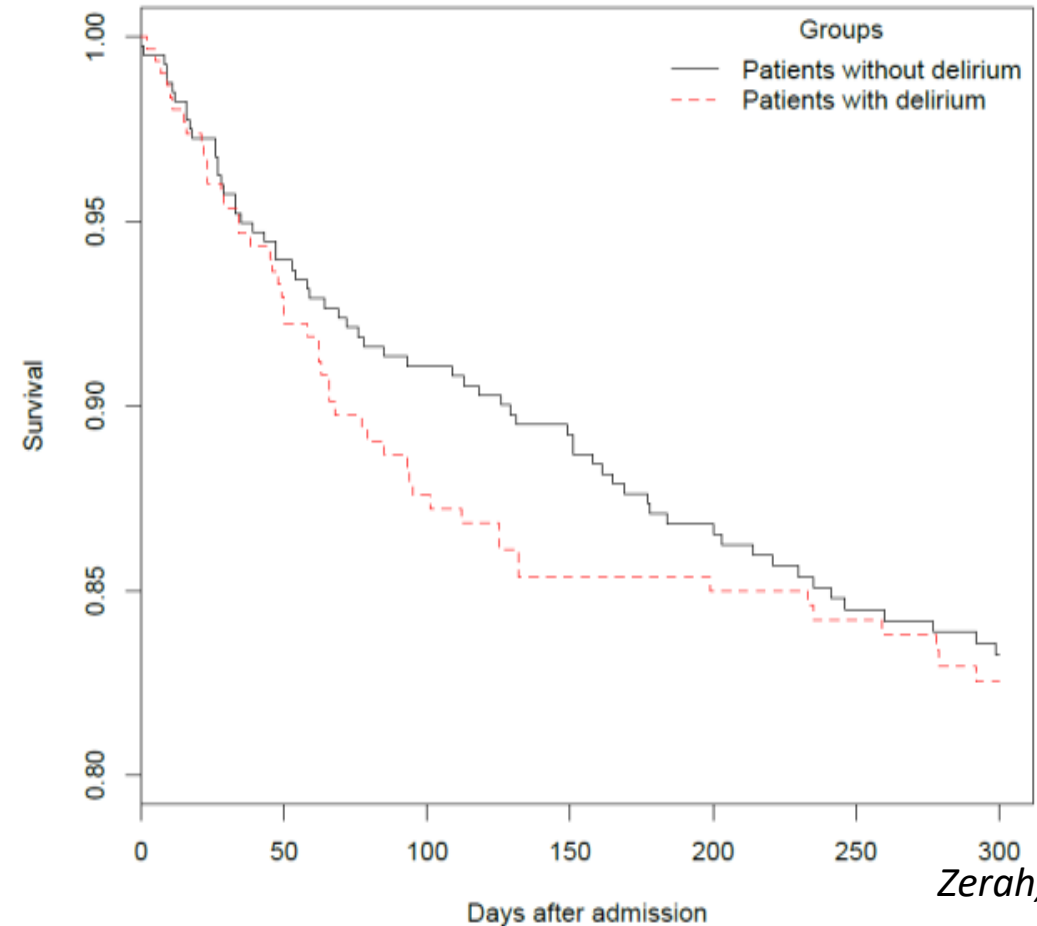
## Démence

Mortalité 6 mois

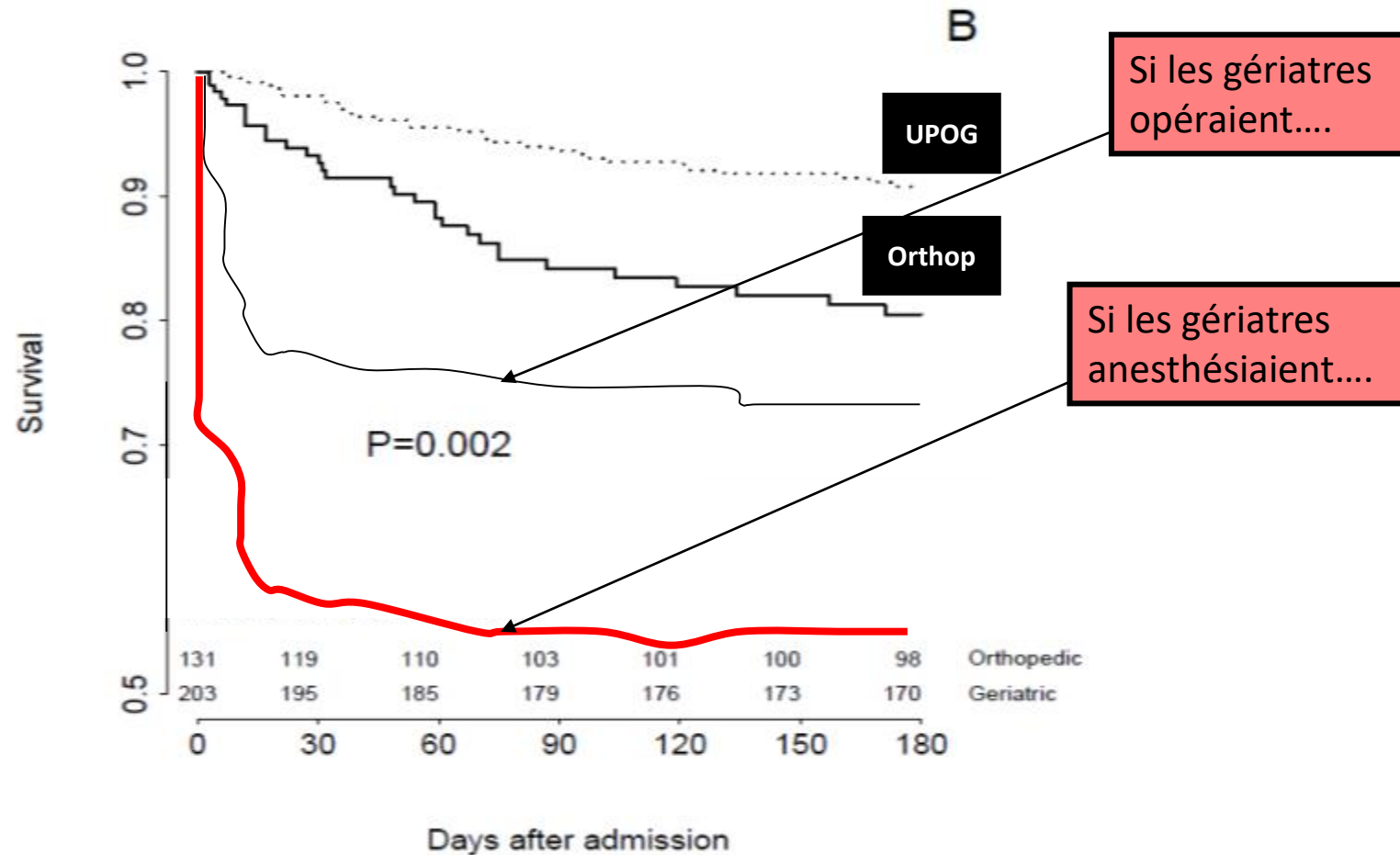


## Confusion

Mortalité 6 mois



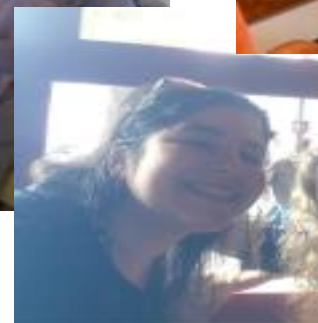
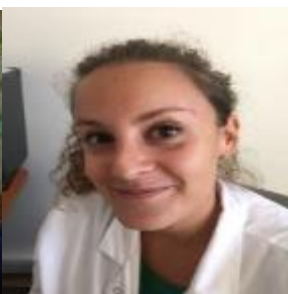
# Critique du travail des autres ?



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

# Take home messages

Vieillir est une chance, mais aussi une vulnérabilité  
 Vieillir expose aux maladies  
 Adapter la prise en charge: associer les compétences



Merci à l'équipe UPOG