

Particularités du patient âgé en médecine d'urgence



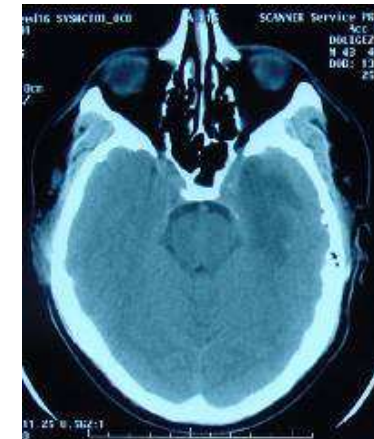
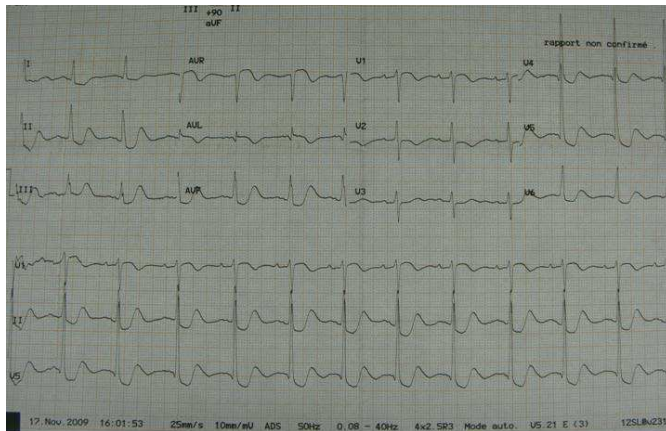
Pr Jacques Boddaert
Unité Péri-Opératoire Gériatrique
Service d'Accueil des Urgences
GH Pitié-Salpêtrière. AHP. Paris
UPMC Paris 6

Plan

Quelques chiffres

La réalité et les difficultés

Les pistes d'amélioration

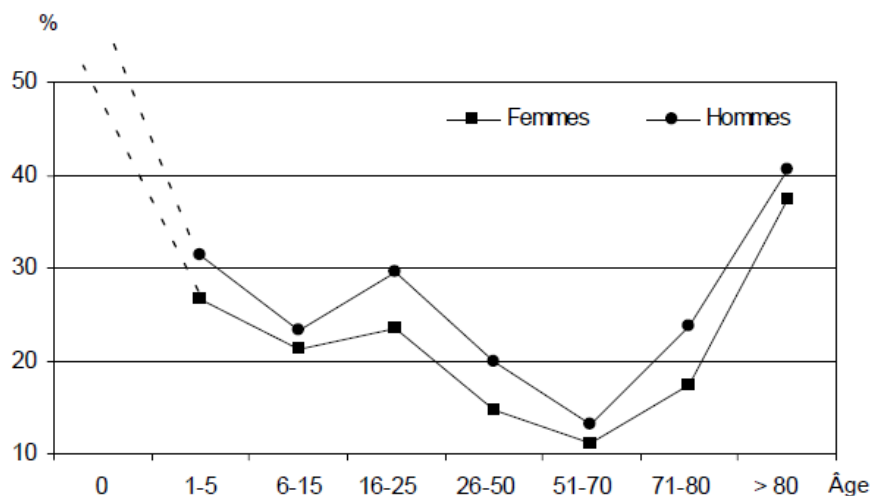


Recours aux urgences – France 2002

G.01

taux de recours aux urgences
selon l'âge et le sexe

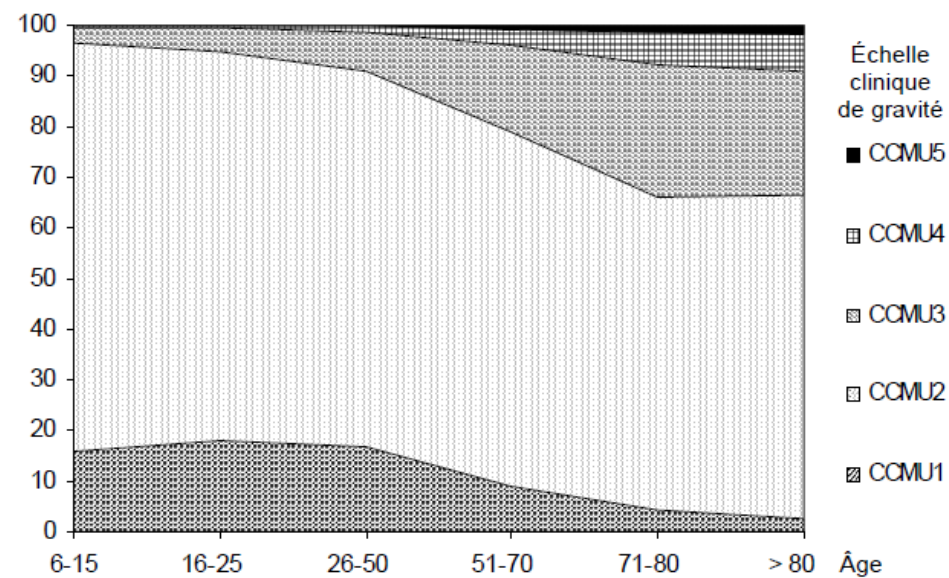
Moins d'un an :
garçons : 297 %
filles : 288 %



Source : enquête Usagers des services d'urgence, 2002. Exploitation DREES.

G.04

état clinique des patients
selon l'âge



Source : enquête Usagers des services d'urgence, 2002. Exploitation DREES.

Utilisation des urgences par les patients âgés

14 millions de passages aux urgences (2004) : 20 % d'hospitalisations au décours

Patients âgés: 12-21 %

Age associé à:

- Recours aux urgences
- admissions:
 - 33-50 % des passages
 - x 2.5-4.6 vs jeunes
- Cs d'urgence
- Durée de séjour au SAU

Aminzadeh, Ann Emerg Med 2002

Mauvais pronostic

2 ans après passage au SAU :

- Mortalité 33.7%,
- Institution 52%

Sinoff, JAGS 1998

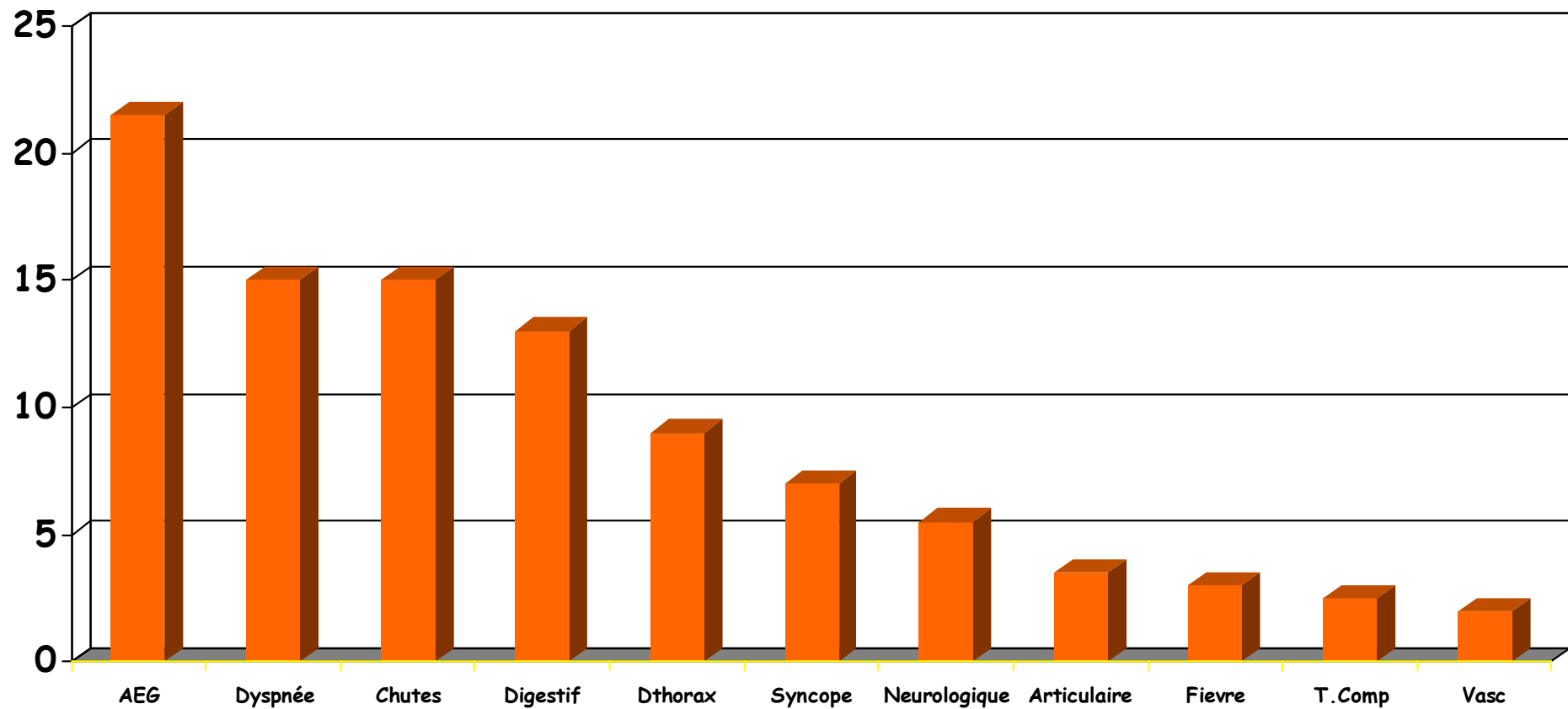
Age Fdr de recours réanimaton à J3

Fan, AJEM 2007

➔ Utilisation importante et pronostic sombre

Urgences

1298 Patients > 75 ans. Durée de 1 an.



Vanpee, 2001



Poids des préjugés ou de l'expérience

4 hôpitaux universitaires, Madrid

Patients âgés comorbides (>2)

Tirage au sort des patients au SAU

Participation méd resp, Aveugle obj

Analyse de sa décision pour:

réanimation,

IOT,

transfert Réa ouUSIC

Puis analyse des:

- raisons en ouvert ou au choix parmi age, ATCD, état cognitif ou fonctionnel (BADL, Barthel);
- perception de l'état de santé du patient;

Cognition avec le patient (SPMSQ)

Basic ADL, Barthel et IQCODE faits avec la famille ou l'aidant principal

Pas de corrélation entre le statut fonctionnel (κ 0.47) des patients selon l'entourage et le statut cognitif (échelles, κ 0.26) et la perception du médecin

En analyse multivariée l'âge, le statut fonctionnel et le statut cognitif sont les **éléments clefs** de la décision médicale.

Recueillir des informations

32 % patients sans atteinte cognitive
incapables de raconter une chute
documentée trois mois avant....

En cas d'atteinte cognitive ?

Shaw & Kenny, 1997

Mount Sinai School of Med, NY
400 patients, âge moyen 76 ans

Syndrome démentiel: **33 %**

Diagnostic par le clinicien: **13 %**

1 sur 3 !!

Wong, AGS Seattle 2007

Au SAU, après exclusion:

- T conscience,
- Confusion,
- Atteinte cognitive



Cognitivement intacts **40 %**

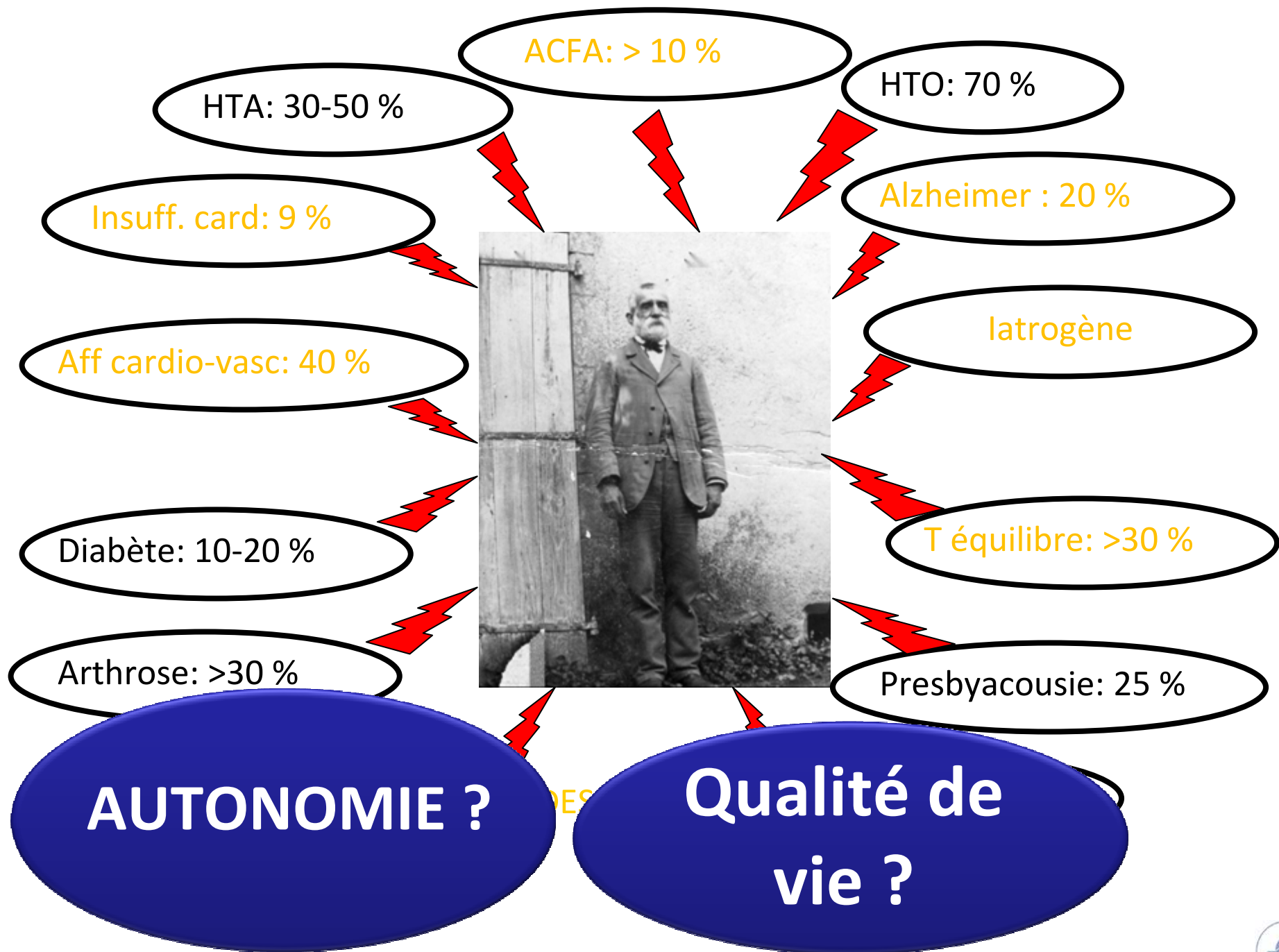
Naughton, Ann emerg Med 1995

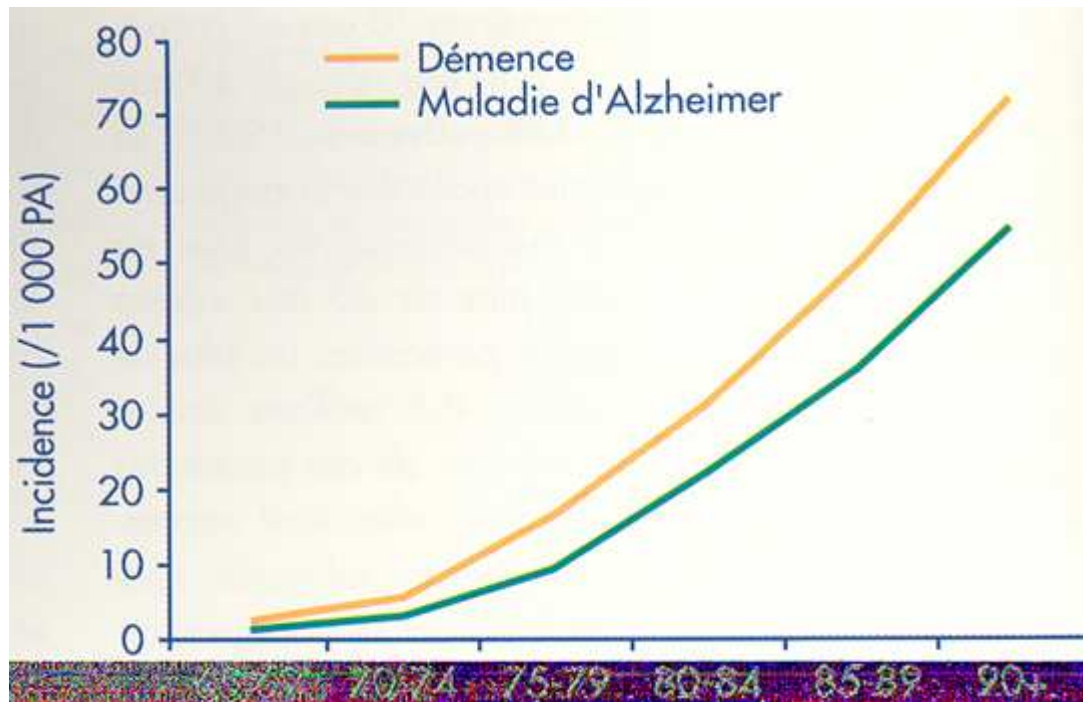
Naughton, Acad emerg Med, 1997

➤ **70% : pas de contact**

➤ **33% : motif atypique**

Onen, Aging 2001





	Total
75-79	87 970
80-84	120 679
85-89	195 171
> 90	204 056
total	607 876

Impact du syndrome démentiel sur la médecine d'urgence:

- présentation clinique
- variable pronostique
- du iatrogène à la maltraitance

Vieillesse...et pathologie iatrogène

Volumes de distribution, clairance de créatinine

Polymédication

Absence de réévaluation des traitements

Nombre de prescripteurs

Manque de coordination des prescripteurs

Auto-médication, non observance, auto-sélection

Sensibilité de pathologies à certains traitements

90% patients >70 ans consomment ≥ 1 médicaments

10 à 20% des hospitalisations après 75 ans

5 à 20% pendant l'hospitalisation

Overuse, misuse et underuse

Le iatrogène mène aux urgences,
mais l'urgence mène au iatrogène

Général

Actualise

Patient

Dossier

Etiquettes

Déplacer

Recherche

Localisation

Messages

Commande

Anonymes

Tableau

Fenêtre

ACCUEIL

EXAMEN

IMG-CS

ODT

SOINS

ZHTCD

MRT

Attente Branca

238/1:09

023/0:11

019/0:15

227/2:27

338/3:31

522/5:13

039/0:20

148/1:41

226/2:23

302/2:54

510/3:29

317/3:10

511/3:23

050/2:20

054/2:00

050/2:20

051/2:50

Radiologie

Scanner

Echographie

Imagerie Babinski

Box 1

Box 2

Box 3

Box 4

Box 5

Box 6

Box 7

Box 8

Box 9

Box 10

SAUV

Attente Pst

Attente CS

Pst

Suture

Transf

Psy

PB

Amphi

Cs

Plâtre

158/0:01

056/0:37

222/2:07

844/3:55

558/2:33

544/2:51

051/0:10

13/05/2008 18:25

BODDAERT J65

Quête

Somme

Résultats

Appel

Action

Consigne

Actes

Document

Plan Soins

VIDAL

Protocoles

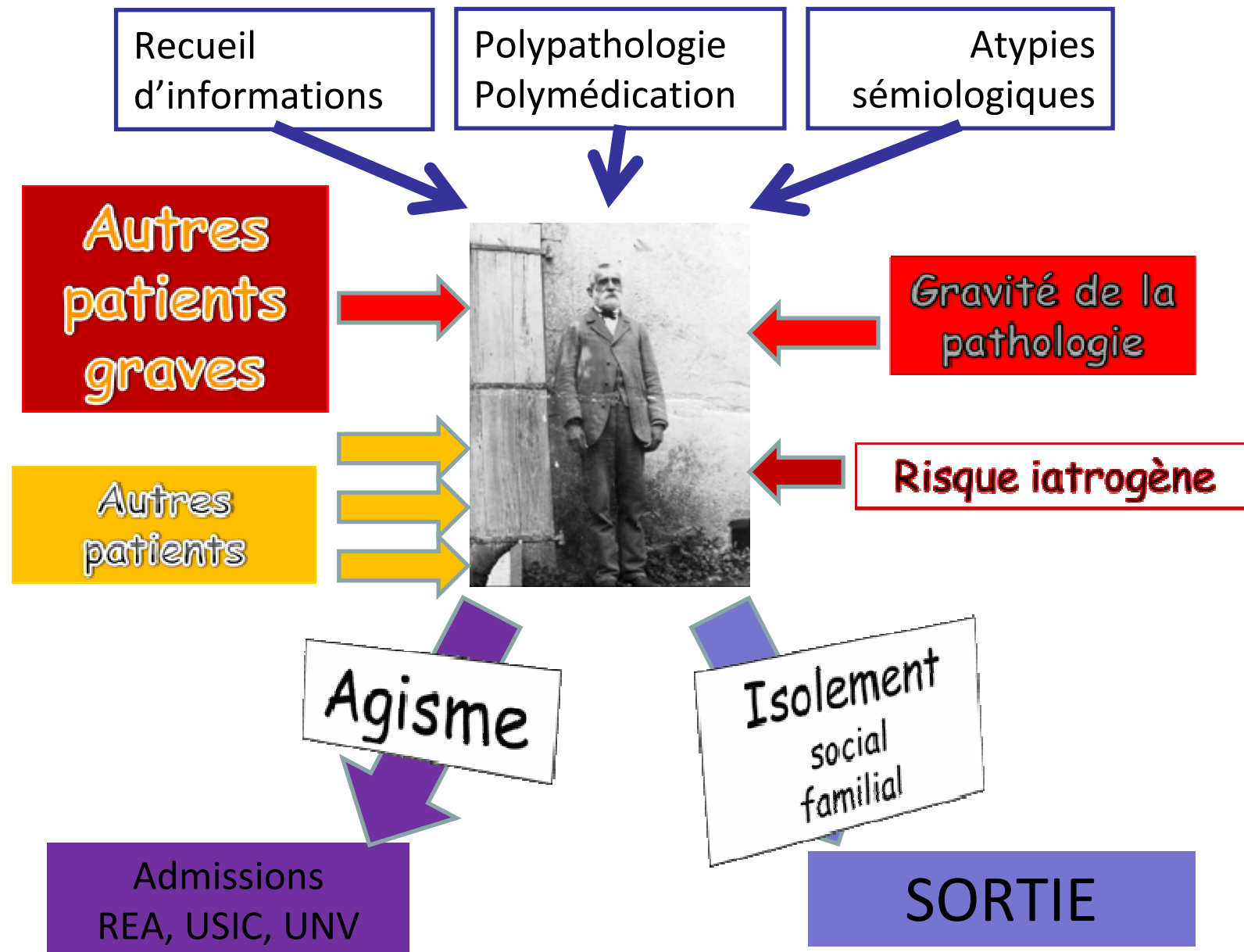
Clavier

Blanc

Menu Spécif

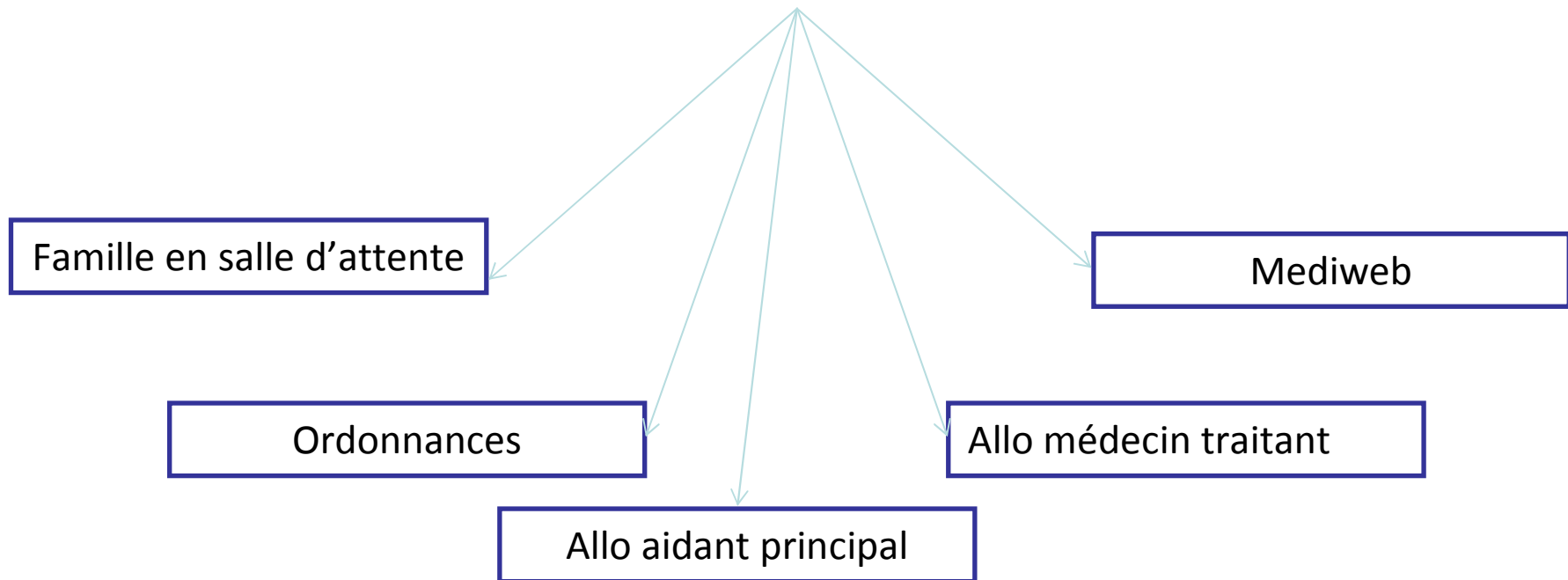
13/05/2008 18:25 BODDAERT J65

Un vieillard au SAU



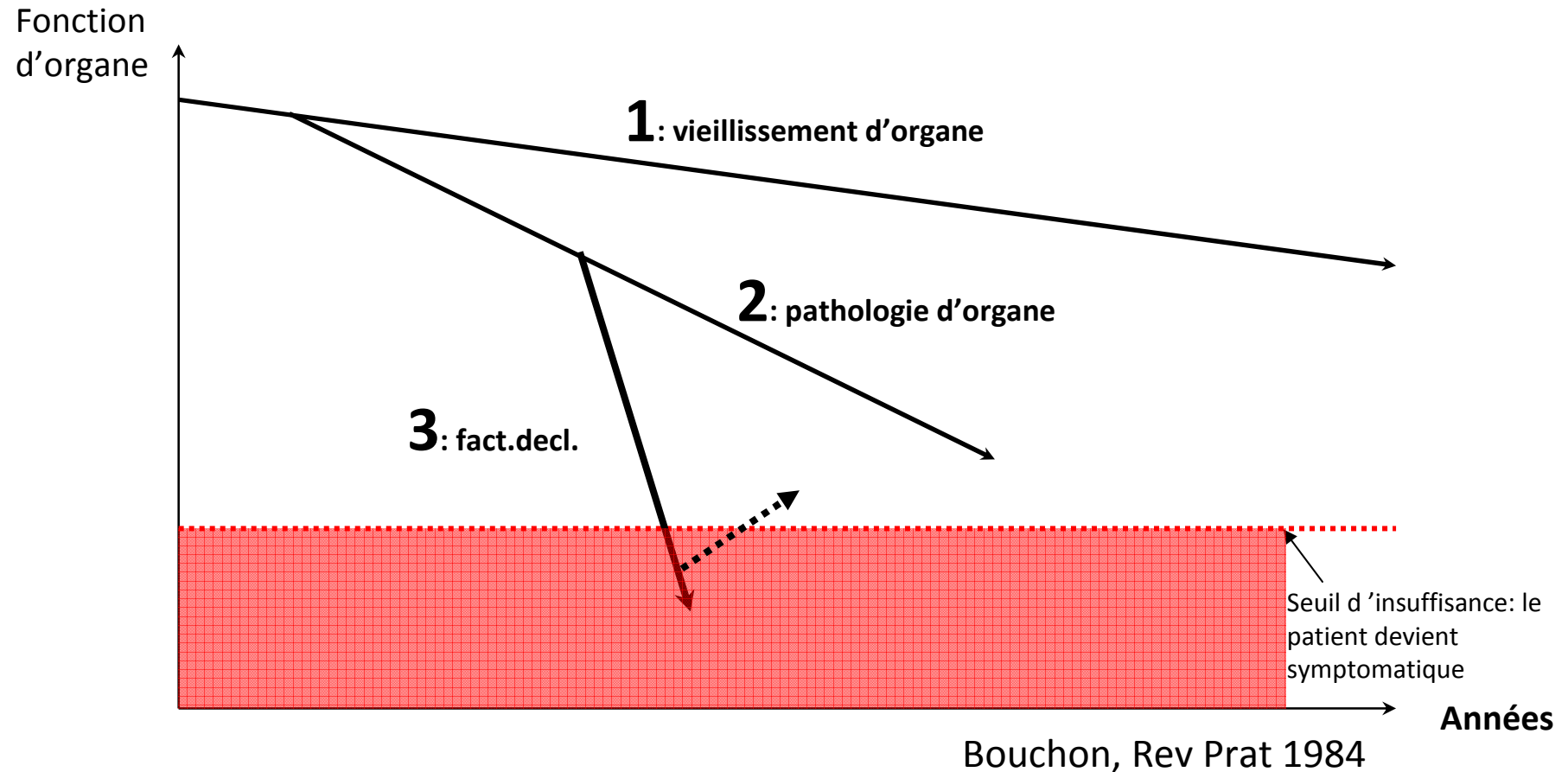
Les pistes d'amélioration

Se faire une idée du patient Time consuming +++



1- Trouver les informations +++

Place du raisonnement gériatrique



2- Faire de la bonne médecine +++



Cas de la confusion

↗ morbidité, ↗ DMS, ↗ institutionnalisation, ↗ mortalité

Noimark, Age Aging 2009

CLINICAL INVESTIGATION

Delirium in Older Emergency Department Patients: Recognition, Risk Factors, and Psychomotor Subtypes

Jin H. Han, MD, MSc, Eli E. Zimmerman, BA, Nathan Cutler, John Schnelle, PhD, Alessandro Morandi, MD, Robert S. Dittus, MD, MPH, Alan B. Storrow, MD, and E. Wesley Ely, MD, MPH

303 patients de 376 screened
N=25 (8,3 %) confus sur CAM-ICU
92 % sous-type hypoactif

76 % non diagnostiqués

Han, Acad Emerg Med 2009

CAM

1 Début aigu, fluctuations

+

2 Inattention

+

3 Désorganisation du cours de la pensée et du langage

Ou

4 Atteinte de la vigilance

Se 94 -100% Spe 90 -95%

Inouye, Ann Int Med 1990

3- Dépister pathologies à risque
Sensibilisation par les gériatres +++

Optimiser la prise en charge clinique

Place des **biomarqueurs**: tendance +++

BNP intérêt dans la dyspnée aiguë du patient âgé.
Ray JAGS 2004

PCT intérêt à démontrer

D-dimères indication inadaptée

Troponine et les troponines ultrasensibles ??

4- Le bon outil dans la bonne indication
Attention au risque iatrogène +++

Dépister les patients fragiles: score ISAR

Et ne pas les laisser partir dans la nature

QUESTIONS

1- Avant cette admission aux urgences, aviez-vous besoin d'aide au domicile ?	Oui /Non
2- Depuis le début des symptômes qui vous ont amené aux urgences, avez-vous eu besoin de plus d'aide à domicile ?	Oui/Non
3- Avez-vous été hospitalisé pour 1 ou plusieurs jours ces 6 derniers mois ?	Oui /Non
4- Dans la vie quotidienne souffrez-vous de problèmes de vue ?	Oui/Non
5- Dans la vie quotidienne souffrez-vous de problèmes de mémoires ?	Oui/Non
6- Prenez-vous plus de 3 médicaments par jour ?	Oui/Non
Questionnaire de dépistage des patients âgés à risque d'évènements indésirables	
Un patient est considéré à risque d'événement indésirable (déclin fonctionnel réadmission) avec plus de 2 réponses positives	

Retour au SAU à M1, à M6

Déclin fonctionnel à 6 mois

Hospitalisation à M6

Passage en institution à 6 mois

Décès à 6 mois

Mc Cusker 2000, 2001

Salvi, 2009

5- Bien orienter ceux qui sortent +++
MT, Cs court délai, HdJ court délai

CGA au SAU ?

DEED II Study

Patients rentrant à domicile

Randomisation pour bras
intervention : Intervention IDE,
pendant 4 semaines, plan de soins
avec intervenants nécessaires

740 patients

Di

Temps ?

Allongement des délais et du nb de
retour au SAU

Amélioration de l'autonomie IADL

Pas d'impact sur institutionnalisation
ou décès

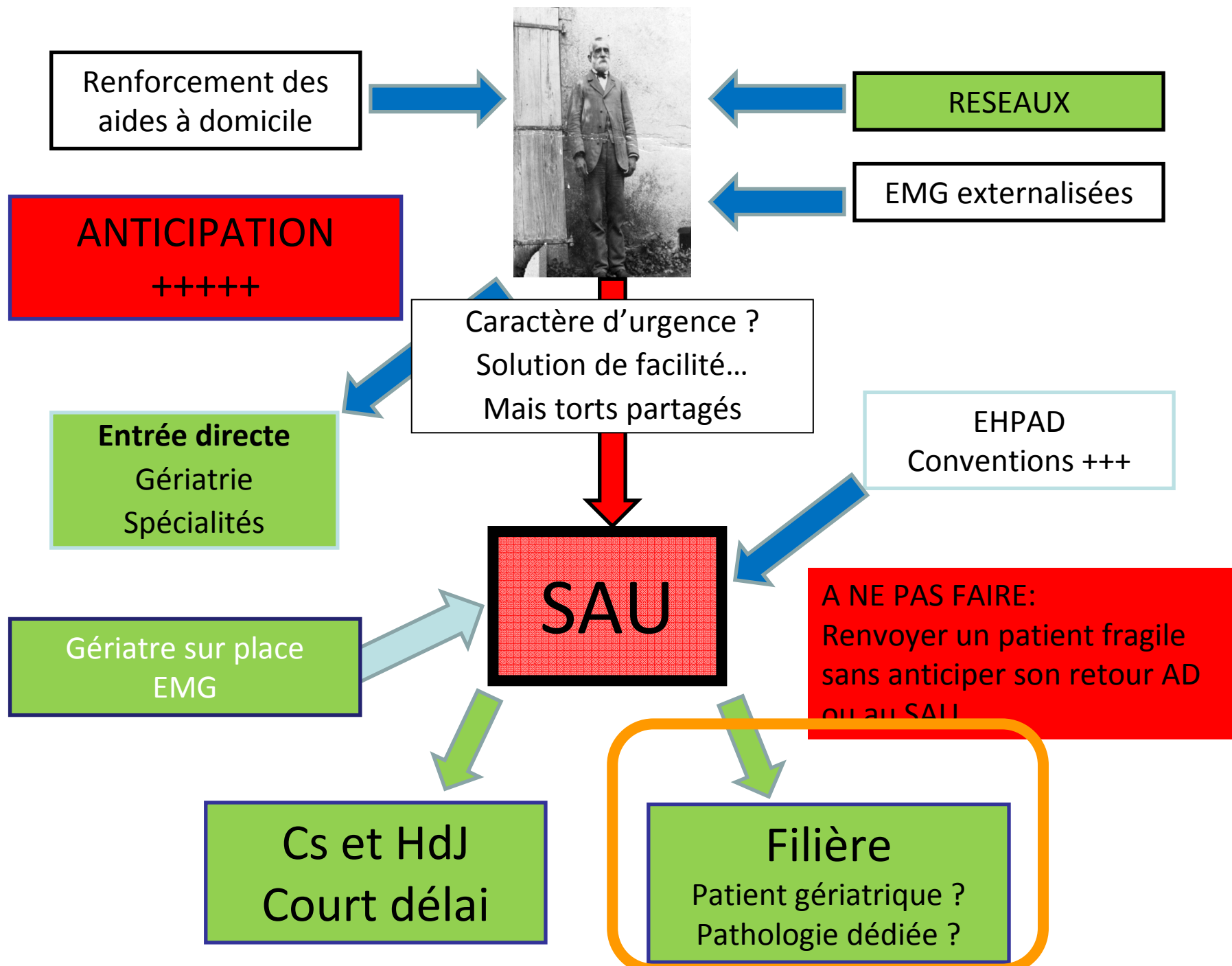
Caplan, JAGS 2004

Urgences gériatriques

200 patients randomisés pour une
unité de 6 lits d'urgences
gériatriques

Pas de différence en terme de
pronostic, de recours à la
réanimation.

Salvi, JAGS 2008



Filière péri-opératoire gériatrique pilote et fractures du col du fémur

Cohen-Bittan J ⁽¹⁾, Verny M ⁽¹⁾, **Boddaert J** ⁽¹⁾. (1) UPOG, gériatrie,
Khiami F ⁽²⁾, (2) orthopédie,
Le Manach Y ⁽³⁾, Raux M ⁽³⁾, (3) SSPI,
Beinis JY ⁽⁴⁾, (4) SSR orthogériatrie
Riou B ⁽⁵⁾, (5) SAU
GH Pitié-Salpêtrière, Paris
APHP, UPMC Paris 6

Fracture du col du fémur (FESF)

79 200 séjours en 2009

2ème motif d'hosp le + coûteux

Mortalité immédiate: 3.6 %

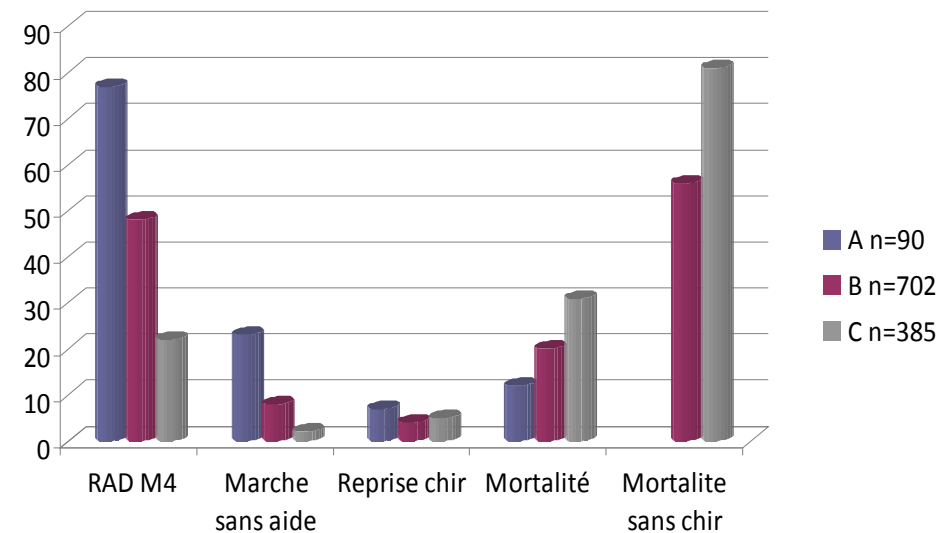
Mortalité M3: 18 %

Mortalité M6: 23 %

Mortalité M12: 31 %

Risque d'escarre: 32 %

Suivi 4 mois

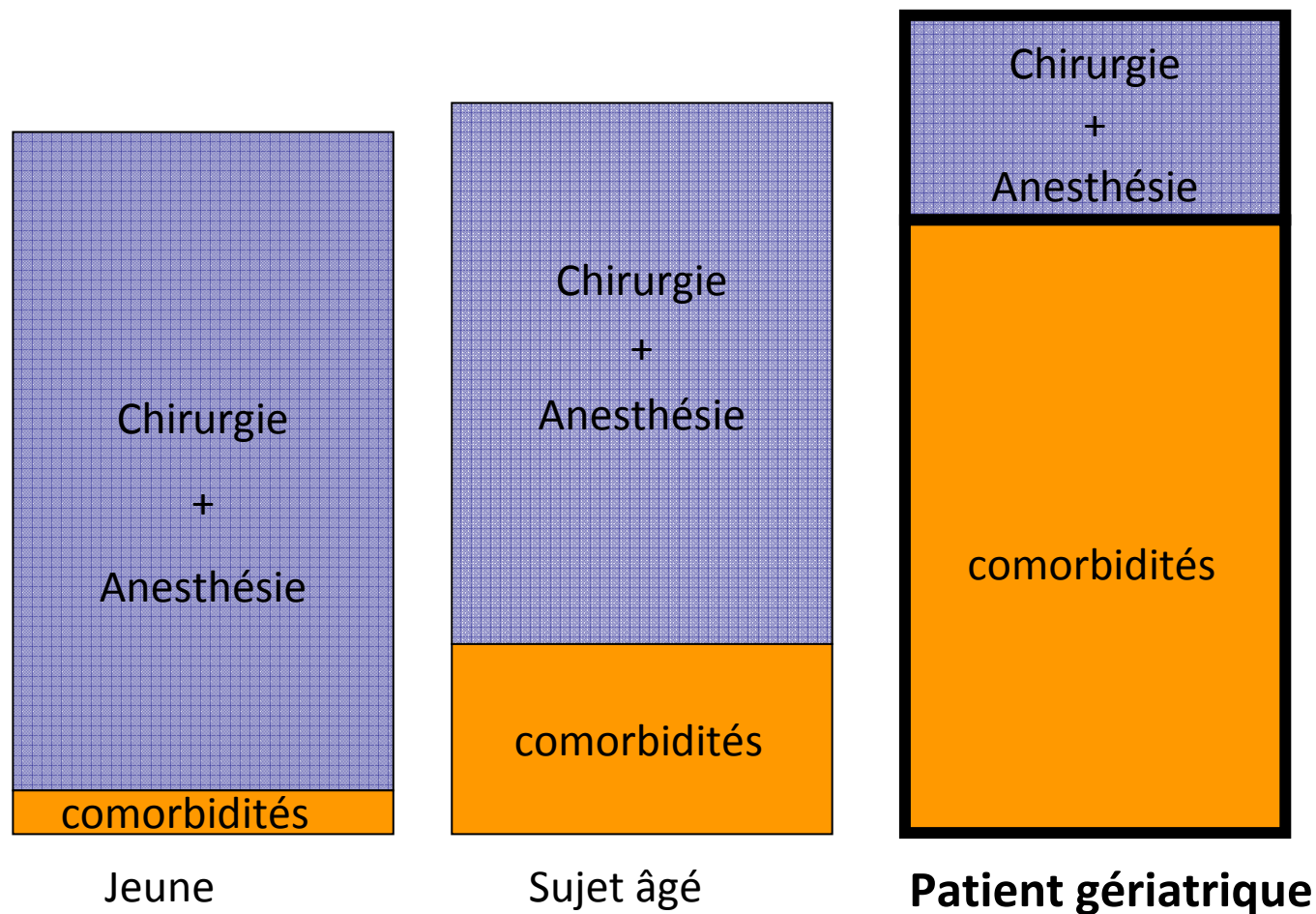


Pillai, J Orthop Surg Res 2011

Drees et Inserm

Fleischman, JAGS 2010

Principe de l'« orthogériatrie »



Mieux répartir les rôles de chacun
Intervenir tôt

Unité Péri-Opératoire Gériatrique pilote 2009

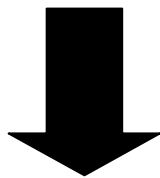
Fonctionnement de la filière

Arrivée aux urgences

chirurgie vitale ou
chirurgie du col
fémoral



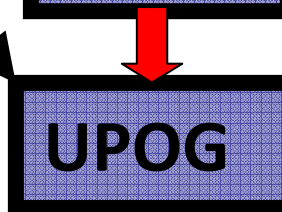
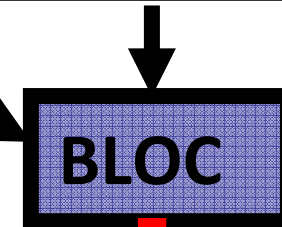
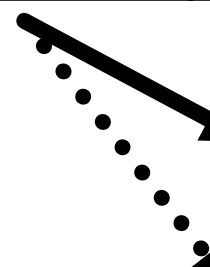
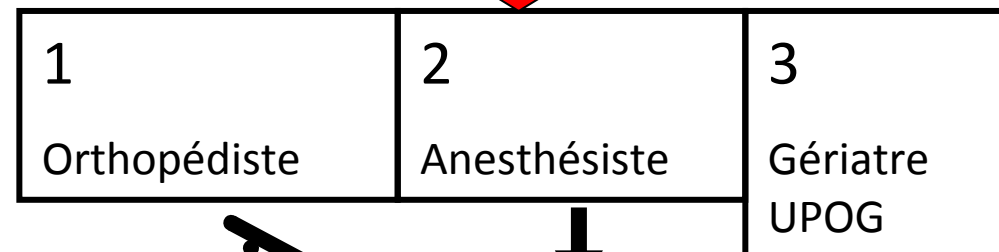
Filière efficace à
disposition de
l'urgentiste



chirurgie dans des **délais adaptés** des patients fragiles



3 appels IMMEDIATS



SSR orthogériatrie

Matériel et méthodes

Comparaison de deux cohortes:

Cohorte orthopédique (avant ouverture UPOG) et cohorte UPOG

Suivi jusqu'au décès ou à 6 mois après le passage aux urgences

Principes de fonctionnement de la filière:

Concertation avec tous les intervenants avant l'ouverture;

Détermination de 4 priorités:

- 1) Signalement immédiat à l'anesthésiste et à l'orthopédiste du patient au SAU par l'urgentiste ;
- 2) Considérer la FESF comme une urgence opérable 24h/24 pour une intervention dans les 48 heures ;
- 3) Transfert rapide en UPOG (dès la fin de la surveillance en SSPI sans passage en orthopédie) ;
- 4) Transfert rapide en SSR orthopédique .

Material and methods

Principes de fonctionnement de l'UPOG

- 1) **Mobilisation précoce** dès l'arrivée dans le service
- 2) Prise en charge immédiate de la **douleur** par acetaminophen and morphine;
- 3) Détection systématique:
 - des **escarres**. Evaluation risque (Braden) ± matelas à air.
 - des troubles de la **déglutition** et adaptation des apports et textures;
 - des **fécalomes** et **globes**;
 - de **l'anémie** et transfusion CG selon tolérance;
 - de la **confusion** (CAM).

Conclusion

En raison des comorbidités associées au grand âge, et de son poids croissant dans la prise en charge, la mise en place de filière dédiée optimisant les pratiques et permettant à chacun de faire ce qu'il sait faire est une nécessité.

L'UPOG et sa filière est un modèle permettant d'améliorer la prise en charge et le pronostic des patients âgés présentant une FESF.

Conclusion



Le passage aux urgences représente une étape clef

L'approche clinique doit être rigoureuse et exhaustive

L'apport de nouveaux outils doit être évalué

La création de filières de collaboration raisonnée semble être une piste particulièrement intéressante

1300 pages, Arnette