

Optimisation de la prise en charge des fractures de l'extrémité supérieure du fémur

Joris ALBRECHT

DESAR 4

26/04/2019 - Présentation fin de stage

GHRMSA - Service d'Anesthésie

Introduction

- ▶ Incidence 50 000 cas/an en France
- ▶ En augmentation constante => 150 000 cas/an en 2050
- ▶ 90% cas traumatismes modérés
- ▶ Facteurs de risque
 - ▶ Âge: ♀ 81ans, ♂ 78ans
 - ▶ Sexe: 2/3 femme
 - ▶ Ethnie: populations occidentales vs populations africaines ou asiatiques
 - ▶ Habitat: populations urbaines
 - ▶ Statut socio économique

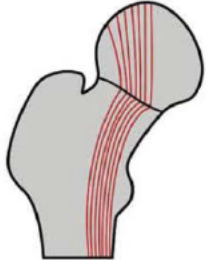
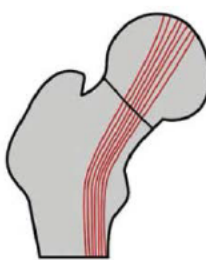
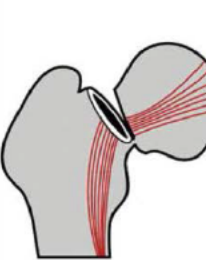
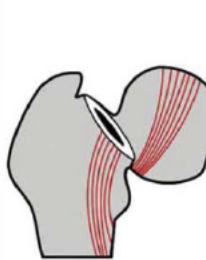
Introduction










- ▶ **Problème de santé publique majeur**
 - ▶ Coût
 - ▶ Perte d'autonomie
 - ▶ Mise en jeu du pronostic vital
- ▶ **Présentation clinique**
 - ▶ Classiquement: attitude vicieuse, raccourcissement, rotation externe, adduction du Minf
 - ▶ Douleur, impotence fonctionnelle
 - ▶ Examen clinique peut également être pauvre, simple clinostatisme
- ▶ **Diagnostic: radiologique**

Introduction

- ▶ Fractures intracapsulaires: fractures du col fémoral
 - ▶ Risque pseudarthrose, nécrose

- ▶ Fractures extracapsulaire: massif trochantérien
 - ▶ Plus fréquente
 - ▶ Plus instable
 - ▶ Peu de risque de nécrose

Fractures de Garden			
			
Type I : fracture incomplète (corticale inférieure du col non rompue), « tiltée » en position postéro-latérale, engrénée en valgus	Type II : fracture complète, engrénée, non déplacée	Type III : fracture complète, engrénée en varus, risque de nécrose d'environ 50%	Type IV : fracture complète avec déplacement des fragments qui sont désolidarisés, le fragment inférieur bascule en rotation externe et en adduction, risque de nécrose important

Classification de l'AO pour les fractures trochantériennes		
A1 Fracture simple de la région trochantérienne		
1 : Cervico-trochantérienne	2 : pertrochantérienne	3 : Trochantéro-diaphysaire
		
A2 Fracture pertrochantérienne multi fragmentaire		
1 : Avec un fragment intermédiaire	2 : Avec 2 fragments intermédiaires	3 : Avec plus de 2 fragments intermédiaires
		
A3 Fracture intertrochantérienne		
1 : Oblique simple	2 : Transversale simple	3 : A coin médial
		

Introduction

- ▶ Fractures intracapsulaires: fractures du col fémoral
 - ▶ Risque pseudarthrose, nécrose
- ▶ Fractures extracapsulaire: massif trochantérien
 - ▶ Plus fréquente
- ▶ Fractures sur prothèse de hanche
- ▶ Fractures sur os pathologiques, occultes...

Introduction

	<u>Ostéosynthèse</u>			<u>Arthroplastie</u>	
	Vissage simple	Vis plaque	Clou trochantérien	PIH	PTH
Avantages	<ul style="list-style-type: none"> - Simple et rapide - Peu hémorragique - Percutanée - Foyer fermé. 	<ul style="list-style-type: none"> - Solidité - Peu hémorragique 	<ul style="list-style-type: none"> - Peu invasif - Plus rapide - Foyer fermé - Solidité 	<ul style="list-style-type: none"> - Appui immédiat - Rapide 	<ul style="list-style-type: none"> - Appui immédiat - Résultats fonctionnels meilleurs - Moins de reprise
Inconvénients	<ul style="list-style-type: none"> - Déplacement - Nécrose aseptique - Reprise chirurgicale - Pseudarthrose 	<ul style="list-style-type: none"> - Réduction foyer ouvert - Cal vicieux rotatoire - Nécrose aseptique 	<ul style="list-style-type: none"> - Lésion moyen fessier 	<ul style="list-style-type: none"> - Cotyloïdite - Luxation - Moins bons résultats fonctionnels 	<ul style="list-style-type: none"> - Invasif - Hémorragique - Durée opératoire - Risque infectieux
	Appui retardé*	Appui précoce* J1		Appui immédiat	

*La décision de l'autorisation de l'appui est variable pouvant aller de J1 à 6 semaines, et dépendra : 1) de la qualité de l'os observée par le chirurgien, 2) de la qualité de la réduction.

Mesures recommandées en phase préopératoire

- ▶ Prise en charge
 - ▶ Pro active
 - ▶ Multidisciplinaire
 - ▶ Notion de **préhabilitation**
 - ▶ Limitée par le temps imparti
 - ▶ Intérêt de protocoles préétablis
 - ▶ Validation par les différents intervenants
- ▶ Evaluation du risque
 - ▶ Bilan étiologique de la chute
 - ▶ Principales comorbidités
 - ▶ Evaluation de l'état général

Mesures recommandées en phase préopératoire

- ▶ Prévention des escarres
 - ▶ Mortalité accrue de 70%
 - ▶ Supports répartissant les pressions
 - ▶ Réduction du délai de prise en charge chirurgicale
- ▶ Dépister les troubles cognitifs et prévention de la confusion
 - ▶ Fdr de mauvais pronostic et de mauvaise récupération fonctionnelle
 - ▶ Mesures: optimisation de l'hydratation, oxygénation au besoin, contrôle de la douleur, etc...

Mesures recommandées en phase préopératoire

- ▶ Evaluation et prévention de la douleur
 - ▶ Evaluation régulière, échelles adaptées
 - ▶ ALR
 - ▶ Opioides raisonnés si ALR non réalisée
 - ▶ Tramadol prudent: effet sérotoninergique
- ▶ Traitement des comorbidités
 - ▶ Sans retarder le délai de prise en charge chirurgicale
 - ▶ 24-48h chez patients stables et sans comorbidité significative
 - ▶ <24h pas d'amélioration du pronostic
 - ▶ 50% opérés après 48h en France

Date de l'évaluation de la douleur/...../.....	
Heureh	
	OUI	NON
1 • Visage		
Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé.		
2 • Regard		
Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés.		
3 • Plaintes		
« Aie », « Ouille », « J'ai mal », gémissements, cris.		
4 • Corps		
Retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées.		
5 • Comportements		
Agitation ou agressivité, agrippement.		
Total OUI	<input type="checkbox"/> /5	
Professionnel de santé ayant réalisé l'évaluation	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	

Mesures recommandées en phase préopératoire

- ▶ Identifier et traiter les comorbidités
 - ▶ Pneumopathie infectieuse, exacerbation BPCO
 - ▶ Diabète
 - ▶ Insuffisance cardiaque, arythmie, ischémie cardiaque
 - ▶ Insuffisance rénale
 - ▶ Sepsis
- ▶ Situations pathologiques instables avec risque accru de décès hospitalier
 - > évaluer le **rapport bénéfice/risque de la chirurgie au cas par cas**

Mesures recommandées en phase préopératoire

- ▶ Gestion de l'hémostase
 - ▶ AVK > antagonisation
 - ▶ ASPIRINE ou CLOPIDOGREL > ne pas différer la chirurgie
 - ▶ AOD > retard chirurgie
- ▶ Traitement anémie
 - ▶ Taux Hb préopératoire = Fdr décès dans les 30j
 - ▶ Transfusion restrictive: Hb < 8g/dl ou si signes de mauvaise tolérance
 - ▶ Pronostic global similaire, pas d'impact sur la mortalité
 - ▶ Taux de syndrome coronarien identique

Mesures recommandées en phase préopératoire

- ▶ Consultation d'anesthésie
 - ▶ Diagnostic confirmé et technique chirurgicale définie
 - ▶ Délai: le plus court possible
 - ▶ Dossier complet: CR Urgences, Ordonnances, Examens complémentaires
 - ▶ Sénior avisé

Protocole de prise en charge

▶ **Formalisation de la coopération interdisciplinaire**

▶ **Prise en charge aux Urgences**

▶ **Prise en charge en Chirurgie**

▶ **Consultation d'Anesthésie**



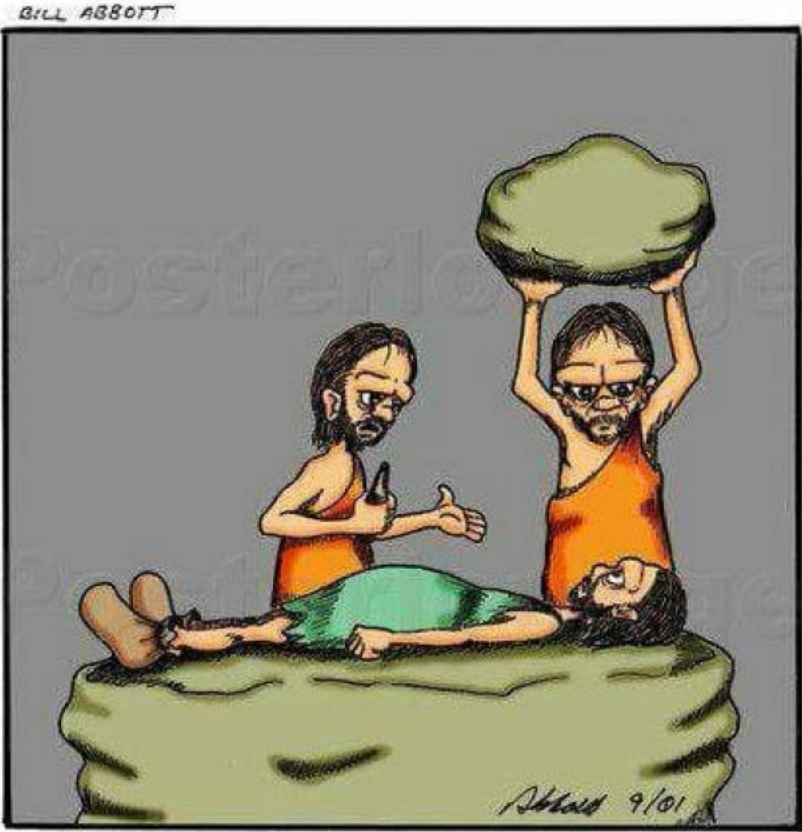
Coopération ++

Discussion

- ▶ Informations partagées
 - ▶ Discussion interdisciplinaire
 - ▶ Support documentaire en ligne
- ▶ **Bénéfice réel pour le patient**
- ▶ Pistes d'améliorations
 - ▶ Prise en charge aux urgences
 - ▶ Prise en charge per opératoire
 - ▶ ... ?

Crédits

- ▶ RFE SFAR 2018 : Prise en charge anesthésique du sujet âgé
- ▶ EMC : Anesthésie en chirurgie orthopédique
- ▶ HAS 2017 : Ortho gériatrie et fracture de la hanche



“...and this is Ralph, your anesthesiologist.”

Merci de
votre
attention