

REFERENTIEL ORTHOGERIATRIQUE 2015

SOFcot ; Commission Orthogériatrie

Guide clinique pratique pour le management des fractures de l'extrémité proximale du fémur

Les niveaux de preuve ont été établis à la suite des investigations et des lectures effectuées auprès des organismes, éditions et publications mentionnées dans le chapitre « références » de ce document (fin de texte).

NIVEAU de PREUVE:

- Fort, (variables significatives et indépendantes) = A
- Elevé (recommandation pouvant être vérifiée dans la majorité des cas) = B
- Moyen (recommandation à appliquer avec prudence) = C
- Faible (recommandation pouvant être contestée) = D

1° Orthogériatrie versant Chirurgien Orthopédiste

1/ Le délai entre la fracture et la chirurgie :

Le délai court entre la fracture et la chirurgie étant un important facteur pronostique, celui-ci doit autant que possible ne pas excéder 48 heures. Cependant, le délai peut être repoussé pour des raisons médicales (bilan des comorbidités, nécessité d'exams ou expertises supplémentaires).

Pour les patients ayant des pathologies de type cardiopathie ischémique instable, insuffisance cardiaque, BPCO, il est plus prudent de retarder la chirurgie jusqu'à 72 heures pour optimiser l'état clinique.

Niveau de preuve : A

2/ La pose d'une traction :

Son utilité n'a aucune évidence démontrée. Elle n'est donc pas préconisée.

Niveau de preuve : A

3/ Prévention des escarres :

Eviter les séjours prolongés sur les brancards aux urgences. Mettre rapidement le patient sur un lit avec un matelas à mémoire de forme ou à pression alternative. *Utiliser le score de Braden pour faire le bilan des escarres de la fragilité cutanée.*

Niveau de preuve : A

4/ Thromboprophylaxie veineuse :

En l'absence de contre indication, les patients souffrant d'une fracture de hanche doivent recevoir une anticoagulation à visée de prévention de la maladie veineuse thromboembolique pendant 10 à 14 jours. En l'absence d'artériopathie oblitérante des membres inférieurs sévère, une contention veineuse élastique intermittente est indiquée, en particulier en présence d'une contre indication aux anticoagulants.

Niveau de preuve : A

5/ Antibioprophylaxie :

Une antibioprophylaxie doit être administrée à l'induction de l'anesthésie pour réduire le risque d'infection du site opératoire, urinaire et pulmonaire. L'utilisation prolongée des antibiotiques ne procure pas de bénéfice pour la prophylaxie des infections profondes.

Cette prophylaxie repose sur l'injection d'une dose unique de ceftriaxone ou une association amoxicilline / acide clavulanique, en l'absence de contre-indication et sous surveillance des complications possibles.

Niveau de preuve : A

6/ Type de chirurgie :

- Les fractures intracapsulaires déplacées sont traitées par héli arthroplastie ou arthroplastie totale. **A**

- Les fractures intracapsulaires peu ou pas déplacées sont traitées par ostéosynthèse. **B**

- Les fractures per trochantériennes sont traitées chirurgicalement par ostéosynthèse. **A**

- Les fractures per trochantériennes stables sont traitées par vis-plaque ou clou cervicocéphalique. **B**

- Les fractures sous trochantériennes ou trochantériennes instables sont préférentiellement traitées par clou cervico-céphalique. **A**

7/ Intervention chirurgicale :

Il est souhaitable que l'intervention chirurgicale soit effectuée par un chirurgien expérimenté.

Niveau de preuve : B

8/ Consignes post-opératoires

Elles doivent être mentionnées sur le CRO.

Les patients doivent bénéficier d'une physiothérapie et être mobilisés dès le lendemain de l'intervention, sauf contre-indication médicale (**A**).

Mise en charge : oui / non ; Taux : 100% ou non. +++

A donner impérativement.

9/ Drainage :

Habitude du chirurgien. Ne pas laisser les drains trop longtemps (48 heures).

Niveau de preuve : A

10/ Fermeture :

Habitude du chirurgien. Privilégier les matériaux résorbables aux matériaux métalliques.

Niveau de preuve : B

11/ Cathétérisme urinaire vésical :

L'utilisation de cathéters intra-vésicaux, d'autant que la durée d'utilisation est supérieure à 72 heures, augmente significativement de risque de confusion, d'infection du tractus urinaire et systémique, d'incontinence et aggrave le pronostic fonctionnel et vital. Leur utilisation doit être autant que possible évitée et quand elle est nécessaire pour une durée la plus courte possible. La cathétérisation intermittente est une alternative pour prévenir la cathétérisation intra-vésicale continue de longue durée.

Niveau de preuve : B

2° Orthogériatrie versant gériatrique

1/ **Identifier et traiter les comorbidités corrigeables dès la prise en charge pour fracture de hanche**, avec pour objectif de ne pas différer la chirurgie et d'améliorer le pronostic post-opératoire. Il est ainsi recommandé de prendre en charge :

- l'anémie : une transfusion sera proposée chez les patients ayant une hémoglobine < 8g/100 ml ou en cas d'anémie mal tolérée. Une supplémentation martiale est recommandée en post-opératoire en cas de ferritinémie basse.
- La déshydratation : l'optimisation de l'hydratation réduit la durée de séjour hospitalière.
- L'hyponatrémie : volontiers iatrogène (antidépresseurs par exemple), sa correction réduit la durée de séjour hospitalière).
- Le diabète.
- L'insuffisance cardiaque dont la prévalence est estimée à 30% et qui augmente le risque de chute et de fracture post-opératoire.- L'arythmie supra-ventriculaire et l'ischémie cardiaque, dont la prévalence est estimée à 10%.
- L'infection aiguë pulmonaire ou l'exacerbation de bronchite chronique.

Niveau de preuve : A

Dans la période du suivi post opératoire, ces mêmes facteurs doivent être dépistés et faire l'objet d'une prise en charge précoce.

2/ Evaluation gériatrique :

Cette évaluation la plus précoce possible vise à dépister et à traiter:

- La douleur : dont le dépistage et le traitement pharmacologique doivent être optimisés dès le service d'accueil des urgences et en post-opératoire.
- Les pathologies infectieuses et ischémiques cardiaques : Les principales causes de décès à 30 jours après une fracture de hanche sont la pneumopathie (37 %), l'atteinte coronarienne (31%) et le sepsis (14%). Outre le raccourcissement du délai opératoire, les soins post-opératoires doivent prévenir, repérer et traiter précocement ces complications.
- La dépression : l'incidence de la dépression (estimée à environ 30% des patients) est plus fréquente en cas de troubles cognitifs préexistants et aggrave ceux-ci, ainsi que le pronostic fonctionnel tout en réduisant les effets de la rééducation. Son dépistage et son traitement devront être adaptés au terrain (thérapie cognitivo-comportementale, traitement médicamenteux) au mieux en lien avec la filière gérontopsychiatrique, les antidépresseurs étant à l'origine d'effets indésirables (augmentation du risque de chute et de refracture).

Niveau de preuve : B

- Les troubles cognitifs et l'aggravation ou l'apparition de ceux-ci en raison de la fracture (confusion): Les mesures précédentes, associées aux mesures favorisant l'orientation des patients dans le temps et l'espace, réduisant les troubles sensoriels, l'immobilité, l'arrêt de médicaments confusiogènes, la prévention du sevrage en certains médicaments (en benzodiazépines en particulier) et les modifications de l'environnement pour le rendre moins anxiogène (National Institute for Health and Clinical Excellence - 2010) réduisent le risque de développer une confusion post-opératoire. Ces mesures préventives seront d'autant plus nécessaires que les patients ont des troubles cognitifs préexistant à la fracture, premier facteur de risque de confusion. La recherche des troubles cognitifs est donc nécessaire dès la prise en charge initiale (en utilisant le CODEX par exemple), en lien au

mieux avec une équipe gériatrique, de manière à mettre en place des mesures préventives de la confusion. Chez ces patients, il existe un intérêt tout particulier à renforcer la communication entre les services d'orthopédie et la filière gériatrique pour garantir la qualité des soins en phase post opératoire et à la sortie du malade du service de chirurgie.

Niveau de preuve : B

3/ Organisation :

Plusieurs modèles existent pour favoriser une prise en charge ortho gériatrique des patients après fracture de hanche, cette prise en charge optimisée étant d'autant plus nécessaire que les patients ont un état de fragilité préexistant ou mis en évidence lors de la prise en charge initiale, sur le plan physique (poly pathologie, poly médication, autonomie fonctionnelle réduite, dénutrition) ou neurocognitive (troubles cognitifs, symptômes dépressifs) ou social (isolement). Dès lors la filière ortho gériatrique peut comporter soit **l'intervention de gériatres dans les services d'orthopédie** (médecin gériatre permanent ou via l'unité mobile de gériatrie) soit **une orientation très précoce vers la filière de réadaptation gériatrique** en fonction du profil de fragilité post-opératoire (UPOG) soit **l'intervention de l'équipe chirurgicale et anesthésique au sein d'un environnement de soin gériatrique**.

4/ Statut nutritionnel :

La dénutrition est présente chez 60% des patients pris en charge pour fracture de hanche. Le statut nutritionnel doit être évalué durant toute la prise en charge, au mieux par une diététicienne et ce d'autant que les patients sont fragiles.

Si nécessaire, la supplémentation en protéines a un effet bénéfique sur l'incidence des complications post-opératoires.

Niveau de preuve : B

5/ Mobilisation et réhabilitation précoces:

Une mobilisation sauf contre-indication doit être débutée dès la 24^{ème} heure post-opératoire. Elle accélère la réhabilitation fonctionnelle et la récupération des AVQ. Plusieurs revues ont conclu à l'intérêt de programmes d'exercices supervisés d'intensité suffisante pour améliorer la récupération fonctionnelle après fracture, d'autant qu'ils sont menés dans des structures spécialisées. Ces programmes doivent comporter des exercices de renforcement musculaire, en particulier des membres inférieurs, d'équilibre, améliorant les amplitudes articulaires et si possible d'endurance (marche). La poursuite d'exercices supervisés à domicile continue à améliorer modérément la performance physique des patients.

Aucune technique ou stratégie particulière en terme de rééducation n'a montré sa supériorité par rapport à une autre (A). L'exercice physique est une des conditions du succès de la réhabilitation fonctionnelle (B).

Niveau de preuve : B6/ Vitamine D, calcium et traitement de l'ostéoporose :

En dehors des patients ayant un statut vitaminocalcique normal, la supplémentation en vitamine D (voie orale préférentielle), qui réduit l'incidence chutes, et de calcium, qui, associé à la vitamine D réduit l'incidence des fractures, doit être systématique (B), que les personnes âgées soient non dépendantes (800 UI/j) ou dépendantes (vivant en institution en particulier)(1000 UI/j) (A).

Les traitements anti-ostéoporotiques (biphosphonates en première intention, denosumab en seconde intention après biphosphonates ou en cas de contre-indication des biphosphonates) réduisent l'incidence de nouvelles fractures en cas d'ostéoporose ou de fracture ostéoporotique.

Seul l'acide zolédronique administré entre 15 et 90 jours après une fracture de hanche a montré son efficacité à réduire l'incidence des fractures vertébrales et non vertébrales et améliorer le pronostic vital (B).

La mise en place dès la prise en charge hospitalière de ces mesures, au mieux réalisée par le biais d'une équipe spécialisée (**Fracture Liaison Service [FLS] des anglo-saxons**) favorise le maintien au long cours de la prise des traitements l'ostéoporose, seule garant de leur efficacité anti-fracturaire.

L'association vitamine D et exercice physique régulier peut permettre de prévenir les chutes et aussi les nouvelles fractures (B). Un suivi coordonné et multidisciplinaire après fracture de hanche favorise la réhabilitation du statut social

Niveau de preuve : B

6/ Les protecteurs de hanche : Les protecteurs de hanche réduisent le risque de fracture de hanche uniquement chez les patients vivant en institution sous réserve de leur utilisation régulière.

Niveau de preuve : C

Références

1/ **New Zealand evidence-based guideline** (Acute management and immediate rehabilitation after hip fracture amongst people aged 65 years and over New Zealand 2003 <https://www.mja.com.au/journal/2010/192/1>

2/**Scottish Intercollegiate Guidelines Network**. Management of Hip Fracture in Older People: A National Clinical Guideline. Guideline 111. SIGN, Edinburgh. 2009. <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign111.pdf>

3/ "**Australian Guidelines**"; Mak et al. Evidence-based guidelines for the management of hip fractures in older persons: an update. Med J Aust. 2010;192(1):37-41. http://www.mja.com.au/public/issues/192_01_040110/mak10252_fm.html

4/ United Kingdom **National Institute of Clinical Excellence** (NICE) draft Guidelines "The Management of Hip Fracture in Adults (October 2010). <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11968/51532/51532.pdf>

5/ The Orthogeriatric Model of Care (Agency for Clinical Innovation: ACI), 2010 NSW, Australie. www.health.nsw.gov.au/gmct

6/ Blue book de la **BOA et British Gériatric society** (2007)

7/[NationalHipFractureDatabase \(NHFD\)](http://www.nhfd.co.uk/20/hipfractureR.nsf/welcome?readform)<http://www.nhfd.co.uk/20/hipfractureR.nsf/welcome?readform>

8/ Management of Hip Fractures in the Elderly (2014).

Carries the endorsement of the Orthopaedic Trauma Association, the Hip Society, the American Association of Clinical Endocrinologist, and the United States Bone and Joint Initiative.

www.aaos.org/guidelines

