

PRONOSTIC DES FRACTURES DU COL FEMORAL GARDEN 3 ET 4 CHEZ LES PERSONNES AGÉES (>75 ANS)

François **BONNEL** - Hôpital Lapeyronie - Montpellier

Le but de cette étude est d'essayer d'évaluer les facteurs pronostiques de ces fractures en fonction d'une part, du type de prise en charge chirurgicale, et d'autre part, des facteurs pré- et peri-opératoires propres aux patients.

Ces fractures posent en effet trois questions :

- Quels types de traitement chirurgical ?
- Pour quelle morbidité ?
- Comment restaurer au plus vite et au mieux la fonction, donc l'autonomie personnelle et sociale antérieure ?

Ces fractures sont en effet en nombre croissant, du fait de l'augmentation de l'espérance de vie. Elles ont un coût social du fait de leur prise en charge chirurgicale d'une part, mais également de la dépendance sociale qu'elles entraînent malheureusement fréquemment à long terme.

Matériel et méthode

L'étude comprend 100 fractures cervicales vraies chez des patients de plus de 75 ans (âge moyen 83 ans) dont le devenir a été étudié tous les 3 mois sur une période de 12 mois. La technique chirurgicale a été :

- PTH : 62 cas (en raison surtout de l'âge et d'une coxarthrose préexistante),
- Hemi-arthroplastie : 32 cas,
- Ostéosynthèse: 3 cas.

Les critères pré-opératoires retenus ont été :

- Age et Sexe,
- Autonomie et indice fonctionnel pré-opératoires,
- Lieu d'origine (domicile, établissement médicalisé ou non) -Stade anesthésique (ASA),
- Facteurs pré-traumatiques et antécédents médicaux -Etat psychiatrique,
- Délai avant intervention,
- Type et durée d'intervention -pertes sanguines totales.

Toutes les complications peri- et post-opératoires ont été prises en compte jusqu'à 1 an.

La majorité des patients ont séjourné en centre spécialisé (89%) La révision à un an a évalué :

- La survie
- La fonction et la restauration de l'autonomie par rapport à l'état antérieur.
- L'évolution psychiatrique (facteur qui nous a paru déterminant).

Toutes des données ont été recueillies à partir du dossier médical ou, à défaut, par entretien téléphonique avec le patient, sa famille ou son médecin ainsi que les centres de rééducation. L'ensemble de ces données a donné lieu à une étude critique et à une comparaison entre l'état pré- et post-opératoire (jusqu'à 1 an) pour en tirer les conclusions sur les implications des différents types de traitement chirurgical, de leurs complications propres, et surtout des facteurs prédictifs "pré-traumatiques" propres au patient.

Les résultats sont ensuite analysés et comparés aux habitudes et conclusions d'autres auteurs, notamment anglo-saxons et scandinaves.

Résultats

Comme chacun sait la prédominance est féminine (mais les hommes se fracturent plus tard que les femmes)

La plupart des patients sont opérés entre la 24 et la 72 ème heure. La durée de l'intervention et les pertes sanguines ont été évaluées (100-650cc).

La mortalité à 1 an s'élève à 24% (dont 16% dans les 3 premiers mois) Les complications sont dominées par les luxations sur PTH.

Un "syndrome de glissement" psychiatrique a été noté dans 18 % des cas chez des sujets, normaux auparavant, avec toutes les complications médicales qui l'accompagne.

La perte d'autonomie et la diminution de l'indice fonctionnel est fréquente mais reste plus dépendante des facteurs pré-opératoires. Que de la technique choisie elle-même.

Discussion

Mortalité

Bien qu'en France, l'indication soit assez univoque (arthroplastie), certains de nos voisins privilégient l'ostéosynthèse, mais celle-ci n'a que peu d'influence sur la mortalité à terme (même si celle-ci est plus faible en peri-opératoire)

L'âge influe tout naturellement sur cette mortalité mais celle ci est plus forte chez l'homme. L'indice anesthésique (ASA) influe de façon très sensible sur cette mortalité, de même que l'état psychiatrique. ces deux derniers facteurs nous paraissant déterminants.

Complications

Les complications de type orthopédique, toutes confondues, semblent plus fréquentes (pseudarthroses, nécrose de la tête) avec l'ostéosynthèse, mais elles ne modifient pas le pronostic à 1 an.. Elles ont malgré tout l'avantage d'un coût chirurgical plus faible mais l'inconvénient d'une réhabilitation plus longue.

Le délai d'intervention n'influe pas à terme mais il ressort qu'il vaut mieux opérer "tôt, mais au bon moment".

Les pertes sanguines totales n'ont jamais été étudiées dans la littérature mais, si dans notre étude elles n'influent pas sur la mortalité peri-opératoire, mais elles ont une influence flagrante sur le "syndrome de glissement" post-op chez ces patientes déjà souvent anémiques au départ.

CONCLUSION

Les fractures cervicales vraies Garden 3 et 4 du col fémoral sont, et seront de plus en plus fréquentes. Si le traitement de ces fractures visait jadis à sauvegarder la vie des patients, l'enjeu est devenu maintenant plus fonctionnel et plus "social": Restaurer la fonction et l'autonomie antérieures avec une "efficacité" économique acceptable.

Au vu des résultats de cette étude, comparés à différents auteurs, les indications thérapeutiques allant dans ce sens nous semblent s'orienter, dans la plupart des cas, vers l'hemi-arthroplastie, aux suites souvent simples et à la réhabilitation rapide.

Au terme de cette étude, et quelles que soient les avancées chirurgicales et anesthésiques, les facteurs pronostiques vitaux et fonctionnels à 1 an nous paraissent initiaux et, par ordre d'importance croissante :

- Age et antécédents mais surtout,
- Mobilité et autonomie pré-fracturaire,
- Etat psychiatrique préalable.

L'ENSEMBLE DE TOUS CES FACTEURS INITIAUX SE RETROUVANT EN GENERAL, PARFAITEMENT RESUMES PAR LE LIEU D'ORIGINE ET SURTOUT L'INDICE ANESTHESIQUE "ASA ".