



Fracture de hanche : pourquoi faire appel au gériatre ?

Rev Med Suisse 2014; 10: 2087-9

M. Coutaz

Dr Martial Coutaz
Département de gériatrie du Valais
romand
Hôpital du Valais
1920 Martigny
martial.coutaz@hopitalvs.ch

Hip fracture: call the geriatrician?

Hip fracture management by the geriatrician demands a close cooperation with orthopedic surgeons and an interdisciplinary approach with the implementation of protocol-driven care to standardize the care of most patients. From admission to discharge this orthogeriatric management is based on the comprehensive geriatric assessment to reduce the delays in surgery, the occurrence of delirium or the most postoperative complications. This collaborative model of care seems to have the potential to improve function, admissions to nursing homes and mortality outcomes compared with usual care of geriatric patient with hip fracture.

L'intervention du gériatre dans la prise en charge de la fracture de hanche se conçoit dans un partenariat avec l'orthopédiste, débouchant sur une approche interdisciplinaire, avec mise en place de protocoles standardisés. Cette prise en charge orthogériatrique, si possible dès le préopératoire, en s'appuyant sur l'évaluation gériatrique multidimensionnelle, vise à réduire le délai opératoire, le delirium et le plus grand nombre de complications postopératoires. L'application de ce modèle orthogériatrique amène des résultats prometteurs en termes de récupération fonctionnelle, de diminution des institutionnalisations et de réduction de la mortalité.

INTRODUCTION

L'incidence des fractures de hanche a tendance à diminuer depuis 1996 ! L'augmentation de la substitution hormonale après la ménopause ainsi que l'utilisation très répandue, après 1995, des bisphosphonates participent certainement à cette réduction, plus marquée chez la femme que chez l'homme. Les programmes de prévention des chutes, de modifications du style de vie (arrêt du tabac, diminution de la consommation d'alcool, exercices en charge réguliers, suppléments en vitamine D et en calcium) sont aussi des facteurs-clés liés à cette diminution.¹

Si l'incidence diminue, la mortalité après fracture de hanche reste malheureusement très élevée chez le sujet âgé, avec un risque de mortalité augmenté de cinq à huit fois dans les trois mois qui suivent la fracture.² Dans le suivi de 100 patients âgés avec fracture de hanche, on retiendra qu'après un an, 25 à 30% d'entre eux sont décédés, 40 à 50% sont institutionnalisés (dont la moitié avec un handicap sévère), et seuls 25 à 30% d'entre eux ont retrouvé leur état fonctionnel antérieur à la fracture !^{3,4}

MODÈLE ORTHOGÉRIATRIQUE

Afin d'améliorer la morbidité et la mortalité postopératoires, il y a lieu d'affiner le modèle de prise en charge du patient avec fracture de hanche. Le modèle dit «orthogériatrique» semble réunir passablement d'arguments pour y répondre. Ce modèle intègre, dans l'approche chirurgicale du patient, une évaluation gériatrique multidimensionnelle en pré et en postopératoire. Il s'agit d'un modèle de soins intégrés reposant sur le comanagement du patient par le chirurgien et le gériatre, d'abord dans l'unité aiguë d'orthopédie, puis dans l'unité de réhabilitation gériatrique, tout en s'appuyant sur une équipe multidisciplinaire comprenant également l'infirmière répondante, le physiothérapeute, l'ergothérapeute, la diététicienne et l'assistant social.^{5,6}

L'intervention du gériatre dans la prise en charge du patient avec fracture de hanche semble logique puisqu'il s'agit essentiellement de patients âgés, voire très âgés, ayant comme caractéristiques une haute prévalence de comorbidités associées (97% des patients ont au moins une maladie concomitante, 44% présentent plus de six comorbidités). Ainsi, la fracture de hanche ne représente qu'un des problèmes médicaux du patient et souvent pas le pire !⁷



Le comanagement de cette unité d'orthogériatrie repose sur cinq principes:^{6,7}

1. La plupart des patients doivent bénéficier d'une stabilisation chirurgicale de leur fracture.
2. Plus le délai opératoire est court, moins il y a de risques de développer des complications iatrogènes.
3. Cela sous-entend une communication fréquente entre les partenaires pour éviter des complications fonctionnelles ou médicales.
4. Des protocoles standardisés évitent une trop grande variabilité de prise en charge.
5. Le projet de sortie débute dès l'admission.

PHASE PRÉOPÉRATOIRE

L'évaluation préopératoire doit s'intéresser aux patients les plus fragilisés, porteurs du plus grand nombre de comorbidités, car il semblerait que ce sont eux qui bénéficient le plus d'une rapide prise en charge chirurgicale. Ainsi, il est inutile de multiplier les tests d'investigations préopératoires dont les résultats pathologiques ne sont guère prédictifs de complications postopératoires chez le sujet âgé fragile!

L'évaluation de la fonction cognitive et le status fonctionnel apparaissent comme les meilleurs indicateurs de complications plutôt que les scores cardiovasculaires ou les comorbidités.

Pour minimiser les complications opératoires, il est essentiel d'anticiper l'hypotension périopératoire, premièrement en s'assurant d'un volume intravasculaire adéquat et deuxièmement en ajustant la médication, notamment les médicaments hypotenseurs. La prévention du delirium nécessite une revue médicamenteuse extensive (arrêt des substances anticholinergiques, antihistaminiques, diminution des benzodiazépines), ainsi que le contrôle de la douleur par l'administration d'une analgésie appropriée!⁸

Dès l'admission du patient, le contexte socio-familial (soutien formel et informel existant) doit être précisé, afin d'établir un projet de sortie réaliste (retour à domicile avec aide renforcée ou institutionnalisation). Ce type de démarche précoce conduit à une diminution de la longueur du séjour hospitalier, mais aussi à une diminution du taux de réhospitalisation à trois mois.⁴⁻⁷

PHASE POSTOPÉRATOIRE

Promouvoir la mobilité et éviter les complications postopératoires constituent les priorités de la prise en charge postopératoire (tableau 1). Celle-ci reposera sur certains principes privilégiés: délivrer au plus vite le patient de toute contention et de toutes ses attaches (sonde urinaire, cathétérisme intraveineux, tuyau à oxygène, saturomètre) et ordonner un traitement de la douleur efficace permettant une mobilisation précoce. Pour faciliter cette dernière, la physiothérapie doit débuter dès le premier jour postopératoire. Par ailleurs, une douleur non maîtrisée en postopératoire accentue de neuf fois le risque de développer un état confusionnel aigu et augmente le temps passé au lit tout en raccourcissant la durée des séances de physiothérapie ou d'ergothérapie. L'évaluation de la douleur doit donc être quotidienne et répétée, s'appuyant sur des échelles

Tableau 1. Prise en charge des complications postopératoires: les facteurs-clés

(Adapté de réf.⁹).

- Mobilisation précoce
- Libération des attaches (sonde urinaire, cathétérisme intraveineux, tubulure O₂)
- Evaluation et traitement des douleurs
- Traitement de la malnutrition et apport de suppléments protéiniques
- Prévention des ulcères de pression
- Réafférentation cognitive

validées. L'association par voie orale d'opiacés et de paracétamol pendant quelques jours après l'opération amène un bon contrôle antalgique, ce qui permet de proscrire toute utilisation d'anti-inflammatoires non stéroïdiens, en raison de leurs effets délétères rénaux et gastro-intestinaux. L'utilisation d'opiacés doit rendre vigilant le clinicien à la rétention urinaire et à la constipation, qu'il faut prévenir par l'usage de laxatifs. Lutter contre l'immobilité permet aussi de réduire les complications infectieuses pulmonaires, ainsi que les risques d'ulcère de pression. Un riche supplément en protéines agit de façon bénéfique sur ces derniers, tout en ayant un effet favorable sur la cicatrisation et l'immunité, avec une réduction du nombre de complications médicales au cours de l'hospitalisation.⁴⁻⁹

L'évaluation gériatrique multidimensionnelle permettra aussi d'analyser les différents facteurs de risque de chute, susceptibles d'être modifiés par une intervention: carence sévère en vitamine D, obstacles à domicile, hypotension orthostatique, médication psychoactive...⁴⁻¹¹

DELIRIUM

La survenue d'un delirium est une complication fréquente et majeure de l'hospitalisation et elle est associée à une forte mortalité. Selon Inouye,¹² sa prévalence dans un service d'orthopédie s'élève à 17%, alors que son incidence varie de 12 à 51%, étant probablement sous-évaluée. En effet, les patients souffrant de troubles cognitifs ou de démence ont été exclus de la plupart des études (or, le risque de delirium s'élève de trois à quatre fois chez le patient dément).

Il y a donc lieu de mettre en place des stratégies de prévention du delirium, pour diminuer sa durée et son intensité. La plupart des mesures préconisées sont non pharmacologiques et assez simples (tableau 2). Une revue de la médication doit être entreprise, en stoppant ou en mettant en pause certaines classes de médicaments au potentiel confusogène: antihistaminiques, antiémétiques dopaminergiques, benzodiazépines, antimuscariniques, relaxants musculaires. La sphère cognitive doit être stimulée en permanence avec une réorientation continue, la mise en place de calendrier ou d'horloge sur les murs des chambres, la présence éventuelle de la famille au lit du patient. Pour la réafférentation maximale du patient, on doit lui fournir ses lunettes, ses appareils auditifs, ainsi que ses prothèses dentaires. La mobilité doit être encouragée (enlever sondes urinaires, voies intraveineuses) par une physiothérapie et une ergothérapie précoces en restreignant le temps passé au lit (repas à table, toilette à la salle de bains...). Il faut aussi veiller à une bonne hydratation, ainsi qu'à une prise



Tableau 2. Stratégies non pharmacologiques pour prévenir ou traiter le delirium

(Adapté de réf.¹³).

Retrait des médicaments confusiogènes

- Antihistaminiques
- Antiémétiques dopaminergiques (métoclopramide)
- Benzodiazépines (lorazépam, clonazépam)
- Antimuscariniques (oxybutynine)
- Myorelaxants (baclofène)

Stimulation cognitive

- Réorientation fréquente
- Horloges, calendriers muraux
- Présence de la famille auprès du patient

Formation des équipes soignantes

- Reconnaissance du delirium, mise en place de mesures préventives

Lutte contre les déficiences sensibles

- Lunettes
- Appareils acoustiques
- Prothèses dentaires

Mobilité

- Enlever sondes urinaires, voies intraveineuses
- Repas à table
- Physiothérapie précoce

Correction des désordres métaboliques

- Hydratation orale maximale

alimentaire adéquate.⁴⁻¹³

La mise en place de ce type de programme avec des protocoles standardisés, ajoutée à l'implémentation d'une consultation proactive de gériatrie, ont permis dans l'étude de Marcantonio de réduire l'incidence des delirium de 30% et leur sévérité de 50%.¹⁴

Même si Kalisvaart¹⁵ a pu démontrer une diminution de la sévérité et de la durée du delirium par l'administration préventive d'un neuroleptique (halopéridol) débutée en préopératoire et poursuivie jusqu'au troisième jour après l'opération, l'approche pharmacologique pour la prévention et le traitement du delirium n'est pas recommandée pour l'heure.¹²

CONCLUSION

Pour le patient âgé avec fracture de hanche, la pratique d'une évaluation gériatrique globale, basée sur une approche interdisciplinaire et multidimensionnelle, semble rencontrer de plus en plus de supporters. Ce modèle de prise en charge amène des résultats prometteurs (amélioration du score fonctionnel, diminution du taux d'institutionnalisation et de la mortalité), en dépit de l'absence de publication de preuves formelles statistiquement significatives.¹⁶⁻¹⁸ L'absence de grandes études randomisées, contrôlées, sera cependant difficile à combler; en effet, comment éviter les biais de contamination dans une étude prospective qui doit juger de l'efficacité d'un comanagement dans la prise en charge des malades? Des études semblent néanmoins nécessaires pour définir quels éléments de la prise en charge sont les plus efficaces.⁷

A l'image du rapprochement des sociétés britanniques des orthopédistes et des gériatres, ayant débouché en 2007 sur la publication d'un guide commun de bonnes pratiques de la prise en charge de la fracture de hanche, puis en 2010 sur l'introduction d'un tarif préférentiel de bonnes pratiques, le comanagement entre orthopédistes et gériatres débouche sur des échanges répétés, des décisions partagées, la mise en place de protocoles de prise en charge, évolutifs en fonction des résultats obtenus, la création de registres de surveillance (National Hip Fracture Database par exemple en Grande-Bretagne), ainsi que la publication de recommandations des sociétés savantes nationales.¹⁹⁻²¹ Tous ces processus amènent à une collaboration dynamique et fructueuse entre orthopédistes et gériatres aboutissant à de réels progrès, dont le premier bénéficiaire est le patient victime d'une fracture de hanche. ■

L'auteur n'a déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

Bibliographie

- 1 Brauer CA, Coca-Perrillon M, Cutler DM, et al. Incidence and mortality of hip fractures in the United States. *JAMA* 2009;302:1573-9.
- 2 Haentjens P, Magaziner J, Colon-Emeric CS, et al. Meta-analysis: Excess mortality after hip fracture among older women and men. *Ann Intern Med* 2010;152:380-90.
- 3 Aw D, Sahota O. Orthogeriatrics moving forward. *Age Ageing* 2014;43:301-5.
- 4 * Hung WW, Egol KA, Zuckerman JD, et al. Hip fracture management. Tailoring care for the older patient. *JAMA* 2012;307:2185-94.
- 5 Antonelli-Incalzi E, Gemma A, Capparella O. Orthogeriatric unit: A thinking process and a working model. *Aging Clin Exp Res* 2008;20:109-12.
- 6 * De Rui M, Veronese N, Manzano E, et al. Role of comprehensive geriatric assessment in the management of osteoporotic hip fracture in the elderly: An overview. *Disabil Rehabil* 2013;35:758-65.
- 7 ** Mendelson DA, Friedman SM. Principles of comanagement and the geriatric fracture center. *Clin Geriatr Med* 2014;30:183-9.
- 8 Nicholas JA. Preoperative optimization and risk assessment. *Clin Geriatr Med* 2014;30:207-18.
- 9 Sanguinetti VA, Wild JR, Fain MJ. Management of postoperative complications: General approach. *Clin Geriatr Med* 2014;30:261-70.
- 10 Tinetti ME, Kumar C. The patients who falls «It's always a trade-off». *JAMA* 2010;303:258-66.
- 11 Robertson MC, Gillespie LD. Fall prevention in community-dwelling older adults. *JAMA* 2013;309:1406-7.
- 12 * Inouye SK, Westendorp RG, Saczynski JS. Delirium in elderly people. *Lancet* 2014;383:911-22.
- 13 * Javedan H, Tulebaev S. Management of common postoperative complications. *Delirium. Clin Geriatr Med* 2014;30:271-8.
- 14 Marcantonio ER, Flacker JM, Wright RJ, et al. Reducing delirium after hip fracture: A randomized trial. *J Am Geriatr Soc* 2001;49:516-22.
- 15 Kalisvaart KJ, de Jonghe JF, Bogaards MJ, et al. Haloperidol prophylaxis for elderly hip-surgery patients at risk for delirium: A randomized placebo-controlled study. *J Am Geriatr Soc* 2005;53:1658-66.
- 16 Bachmann S, Bosch R, Finger C, et al. Inpatient rehabilitation specifically designed for geriatric patients: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMJ* 2010;340:c1718.
- 17 Handoll HH, Cameron ID, Finnegan TP. Multidisciplinary rehabilitation for older people with hip fractures. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;7:CD007125.
- 18 Kammerlander C, Roth T, Friedmann SM, et al. Orthogeriatric service – a literature review comparing different models. *Osteoporos Int* 2010;21:S637-46.
- 19 Gunasekera N, Boulton C, Morris C, et al. Hip fracture audit: The Nottingham experience. *Osteoporos Int* 2010;21:S647-53.
- 20 Ftouh S, Morga A, Swift C. Management of hip fracture in adults: Summary of NICE guidance. *BMJ* 2011;342:d3304.
- 21 Pioli G, Barone A, Mussi C, et al. The management of hip fracture in the older population. Joint position statement by Gruppo Italiano Ortogeriatrica (GIOG). *Agin Clin Exp Res* 2014; epub ahead of print.

* à lire

** à lire absolument