

Une traumatologie moderne bénéfique aux patients âgés accidentés!

Norbert Suhm^a, Franziska Saxer^b

^a Prof., Hôpital universitaire de Bâle, Clinique d'orthopédie et traumatologie; ^b Dr, Hôpital universitaire de Bâle, Clinique d'orthopédie et traumatologie

Que souhaite un patient âgé avec une fracture du col du fémur pour son avenir? Quelle importance attachons-nous à ce que nos proches puissent retourner dans leur appartement et éviter l'établissement médico-social? Pour les patients et leur entourage, les avantages d'une chirurgie traumatologique adaptée sont bien réels.

Mission possible!

Permettre aux patients les plus fragiles de retourner dans leur environnement habituel après un accident – telle pourrait être la déclaration d'intention d'un service de traumatologie de la personne âgée. Au cours des dix dernières années, les établissements spécialisés dans ce domaine ont vu le jour dans le monde entier, malgré des systèmes de santé très différents. De fait, ils répondent à un besoin de la société, car chez ces patients, qui souffrent de maladies liées à la vieillesse et de déficits fonctionnels, les chutes sont une cause d'hospitalisation parmi les plus fréquentes.

Les fractures de la personne âgée – un défi

Les fractures de la personne âgée mettent à contribution le *systeme de santé* à cause de leur incidence et des frais de traitement qu'elles impliquent. Parmi les personnes de plus de 65 ans, une sur trois au moins chute une fois par an. Associé à la perte osseuse (ostéoporose) fréquente avec l'âge, cela s'est traduit en 2010 chez les personnes de plus de 50 ans en Suisse par environ 74 000 nouvelles fractures [1], ce qui a été évalué à plus de deux milliards de francs de frais médicaux [2].

La chirurgie moderne permet d'éviter une immobilisation prolongée et donc une perte de masse musculaire irréversible.

Pour le *patient* âgé, la baisse des réserves physiologiques constitue le principal défi: les capacités physiques et mentales à faire face à une nouvelle situation et aux exigences qu'elle implique sont limitées. Déjà avant l'accident, ces personnes se trouvent dans un équilibre précaire entre autonomie et dépendance. De petits accidents suffisent pour mettre en péril cet

équilibre et rendre impossible le retour à domicile. La question des conséquences d'un hébergement dans un établissement médico-social suite à une fracture a déjà été traitée dans un article de cette série paru précédemment [3].

Bouger c'est vivre – vivre c'est bouger

L'objectif principal du traitement est donc de sauvegarder la mobilité et l'indépendance. La perte de masse musculaire, en raison d'une immobilisation prolongée par des traitements conservateurs (plâtre ou attelle), est souvent irréversible chez les patients âgés. Grâce aux progrès de la technique chirurgicale avec de nouveaux implants, et surtout aux procédures moins agressives d'anesthésie, nous pouvons proposer, même aux patients très âgés, des alternatives chirurgicales qui ne nécessitent pas d'immobilisation prolongée. Il faut donc aussi jauger à cette aune la tendance actuelle vers plus d'interventions chirurgicales!

Exemple 1: Le traitement d'une fracture impactée du col du fémur illustre bien cette évolution. Il y a 20 ans, on proposait un traitement conservateur, c'est-à-dire sans opération, avec une semaine de repos au lit et ensuite une mobilisation partielle. On pensait alors que trois quarts des patients guériraient ainsi, ce qui permettrait d'éviter des opérations inutiles. Les études [4] se référaient cependant à des patients d'un âge moyen de 70 ans, sans comorbidités. Aujourd'hui, les patients atteints d'une fracture proximale sont en moyenne âgés de 82 ans et souffrent de trois comorbidités, ce qui rend une mobilisation même partielle illusoire. C'est pour cette raison qu'aujourd'hui nous traitons en général la fracture impactée du col du fémur avec une prothèse et une mobilisation totale dès le premier jour.

Exemple 2: Le traitement de la fracture du bassin avec ostéoporose est un autre exemple qui montre que le traitement adapté aux patients âgés se traduit par une mobilité accrue. Autrefois, la radiographie du bassin montrait souvent une «fracture de la branche supérieure et inférieure du pubis» [5]. La thérapie se limitait au traitement de la douleur et, dans la mesure du possible, à la décharge du côté blessé, ou à un repos au lit de quatre à huit semaines.

Aujourd'hui, la tomодensitométrie du bassin permet un classement des lésions osseuses de la ceinture pelvienne en quatre groupes avec des options thérapeutiques différenciées [6]. Le vissage percutané de la ceinture pelvienne antérieure, peu invasif et effectué sous

L'objectif principal du traitement est de sauvegarder la mobilité et l'indépendance afin de permettre le retour à domicile du patient.

contrôle tomодensitométrique en moins de 60 minutes, compte parmi celles-ci. Nous pouvons sans crainte proposer cette intervention jusqu'à un âge très avancé – notre patiente la plus âgée avait 93 ans au moment de l'intervention! Déjà le premier jour après l'opération, les patients souffrent moins de douleurs et peuvent être mobilisés, ce qui rend le retour à domicile nettement plus accessible.

Opérer ne suffit pas

En raison des comorbidités et de leur condition physique réduite, les patientes âgées victimes de fractures présentent plus souvent des complications post-opératoires. Les techniques chirurgicales ne sont pleinement efficaces que si elles sont intégrées dans un concept global adapté. Il peut par exemple s'agir d'un itinéraire clinique qui décrit le chemin du patient âgé accidenté de l'admission aux urgences jusqu'à la sortie

du séjour de réadaptation. Sa mise en pratique, avec la participation de toutes les disciplines (médecine d'urgence, anesthésie, gériatrie, réadaptation et traumatologie) et professions impliquées (soins, physiothérapie, service social, conseil nutritionnel, service médical), nous a permis de réduire le taux de complications de 73% à 59% [7].

Résumé

Le souhait de poursuivre une vie autodéterminée et indépendante, même après une chute avec traumatisme, est clairement prioritaire pour les patients âgés. Une mobilisation rapide est donc une nécessité médicale. Les options chirurgicales dont on dispose aujourd'hui sont sûres et efficaces, et n'entraînent que rarement des complications. Elles nous permettent d'aider au mieux les patients concernés et leur entourage pour atteindre leur objectif de mener une vie la plus autonome possible. Dans le cadre d'un itinéraire clinique adapté, on peut s'attendre à d'excellents résultats.

Références

- 1 Lippuner K, Johansson H, Kanis JA, Rizzoli R. Remaining lifetime and absolute 10-year probabilities of osteoporotic fracture in Swiss men and women. *Osteoporos Int*. 2009;20:1131–40.
- 2 Svedbom A, Ivergård M, Hernlund E, Rizzoli R, Kanis JA. Epidemiology and economic burden of osteoporosis in Switzerland. *Arch Osteoporos*. 2014;9:187. DOI: 10.1007/s11657-014-0187-y.
- 3 Brandenberg JE. L'utilité des endoprothèses encore plus élevée que leur coût. *Bulletin des médecins suisses*. 2017;98(33):1024–5.
- 4 Raaymakers EL, Marti RK. Non-operative treatment of impacted femoral neck fractures. A prospective study of 170 cases. *J Bone Joint Surg Br*. 1991;73(6):950–4.
- 5 Studer P, Suhm N, Zappe B, Bless N, Jakob M. Pubic rami fractures in the elderly – a neglected injury? *Swiss Med Wkly*. 2013;143(19):w13859.
- 6 Rommens PM, Hofmann A. Comprehensive classification of fragility fractures of the pelvic ring: Recommendations for surgical treatment. *Injury Int J Care Injured*. 2013;44:1733–44.
- 7 Suhm N, Kaeling R, Studer P, Wang Q, Kressig RW, Rikli D, Jakob M, Pretto M. Orthogeriatric care pathway: a prospective survey of impact on length of stay, mortality and institutionalisation. *Arch Orthop Trauma Surg*. 2014;134(9):1261–9.

Correspondance:
Prof. Norbert Suhm
Médecin adjoint Clinique
d'orthopédie et traumatologie / Orthopedic Osteology
Spitalstrasse 21
CH-4031 Bâle
norbert.suhm[at]jus.ch