

MORBIDITE DES FRACTURES PERTROCHANTERIENNES CHEZ LES SUJETS AGES DE PLUS QUE 60 ANS

Chtai.S*, Jedidi.M*, H. Hadj Mansour,* W. Osman*, M.A. Khalifa*, M.L. Ben Ayeche*.
*CHU Sahloul service d'orthopédie et de traumatologie

Introduction

Les fractures pertrochantériennes sont une cause majeure de morbidité et de mortalité chez les sujets âgés. Leur prise en charge doit être précoce et multi disciplinaire afin de permettre aux patients de récupérer l'autonomie pré-fracturaire dans les plus brefs délais. Les complications de ces fractures sont fréquentes et potentiellement mortelles. Il faut les rechercher et les prévenir.

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude prospective descriptive et analytique concernant tous les patients âgés de plus de 60 ans hospitalisés dans le service d'orthopédie et de traumatologie du CHU Sahloul de Sousse pour une fracture pertrochantérienne entre le 1er Janvier 2016 et le 30 Juin 2016. Ces patients ont eu un recul minimum de 1 an. On a éliminé les patients ayant une fracture pathologique ou perdus de vue. Ainsi, l'étude comporte 142 cas de fractures trochantériennes chez des personnes âgées

Résultats

Dans notre étude, les complications préopératoires les plus fréquentes étaient la décompensation des tares (diabète HTA...), les escarres et les troubles de l'humeur. Dans après la fracture, 51 patients soit 47,2% avaient des troubles de l'humeur : changement du comportement, agressivité, refus de soins, des troubles du sommeil et de l'appétit... Ces troubles ont commencé dans les deux premiers jours de l'admission dans plus que la moitié des cas. Dans notre série 37 patients, soit 26% des cas, étaient initialement en démence. A un mois post opératoire, 45 patients, soit 35 % des cas, étaient en démence. Les complications les plus fréquentes en postopératoire étaient les escarres (35%) avec les infections urinaires et pulmonaires (10,5%). Nous avons noté un sepsis sur matériel dans 5,5% des cas. La perte de l'autonomie était une complication fréquente dans notre étude : 55% des grands vieillards étaient initialement autonomes. Après 1 an, seulement 11% restaient autonomes. Par ailleurs, aucun patient gérontin n'était grabataire avant la fracture. Après 1 an 19% des gérontins sont devenus grabataire. Les complications préopératoires étaient plus graves que les complications post opératoires : Dans notre série on a remarqué que seulement 1/7 des patients avec une complication préopératoire et seulement 1/4 des patients avec une complication post opératoire ont eu une bonne autonomie à la marche après 1 an.

Tableau I: Tableau récapitulatif des complications préopératoires

complication	Nombre de cas	fréquence
Escarres	56	39,4%
Décompensation de tares	29	20,4%
infections	25	17,6%
Troubles ioniques (déshydratation)	16	11,2%
Embolie pulmonaire	5	3,5%
AVC	1	0,7%

Tableau II: Tableau récapitulatif des complications postopératoires

complications	nombre	pourcentage
Escarres	50	35 %
infections	25	17,5%
urinaires	11	7,5%
Pulmonaires	4	3%
Infection de la plaie	2	1,5%
sepsis sur matériel	8	5,5%
Troubles ioniques (déshydratation)	11	7,5%
Thromboemboliques	7	5%
IDM	4	3%
AVC	2	1,5%

Discussion

Les fractures pertrochantériennes engendrent une morbidité importante due à leurs conséquences fonctionnelles, psychomotrices et psychologiques. La perte de l'autonomie est le principal risque de la chute. L'âge du patient et l'autonomie avant la fracture sont les deux principaux éléments qui déterminent le risque de survenue des complications : Carpintero et al trouvent que les complications psychologiques, cognitives et neurologiques diffèrent selon l'âge. Dans notre série, l'altération des fonctions cognitives était plus marquée chez les grands vieillards (42%).

La littérature affirme que l'état cognitif initial du patient a une influence sur le pronostic fonctionnel. D'ailleurs, dans notre série, le pourcentage des grabataires a passé de 10% à 50% chez les patients démentiels. Le type de fracture est aussi un élément important dans la morbidité. Jensen trouve que les fractures instables prévoient plus d'échec opératoires quelque soit le type de synthèse (34% d'échec contre 5% pour les fractures stables). Ceci peut être expliqué par le retard de reprise de l'appui et de la marche.

Le délai de la prise en charge chirurgicale prédit aussi bien le pronostic vital que fonctionnel. Lozoya a trouvé dans sa série que les bons résultats fonctionnels et le moindre pourcentage de complications sont trouvés chez les patients opérés dans un délai de 24h à 72h et que tous les patients opérés dans un délai supérieur à 21 jours ont eu des complications postopératoires. Dans notre série 48% des patients opérés avant 7 jours ont eu de bons résultats contre seulement 28% des patients opérés après 7 jours

Conclusion

Le pronostic fonctionnel après la fracture pertrochantérienne dépend de l'autonomie initiale du patient, du terrain (âge, psychologie, état cognitif et surtout ses tares), de la fracture (stabilité et complexité) et aussi de la qualité de prise en charge (délai de l'acte chirurgical, qualité de l'ostéosynthèse et la prévention des complications). La survenue des complications entraîne une grande déviation du pronostic fonctionnel du patient. Les complications préopératoires ont un pronostic plus mauvais que les complications

postopératoires. Les escarres sont les complications les plus redoutables ■