



TUNISIE ORTHOPÉDIQUE

Année 2013, Vol 6, N° 1

pp 55-58

Accès Libre sur / Free Access on
www.tunisieorthopedique.com

Les fractures du fémur proximal en Martinique. Étude rétrospective sur 11 ans

Fractures of the proximal femur in Martinique. About 11 years' experience

Abiome R.¹, Garron E.¹, Mikiela A.², Zeckini C.¹, Rouvillain J.L.¹¹ Service d'Orthopédie Traumatologie 2C - CHU Fort de France. Fort de France - Martinique.² Service d'Orthopédie Traumatologie - CHU Libreville. Libreville - Gabon.

CORRESPONDANCE : Dr Rod ABIOME

Service d'Orthopédie Traumatologie 2C - CHU Fort de France. Fort de France - Martinique.

E-mail : rodabiome@yahoo.fr

RÉSUMÉ

Objectif : Il s'agit d'une évaluation comparée de la fréquence des fractures de l'extrémité supérieure du fémur en Martinique, en Guadeloupe et en France Métropolitaine.

Matériel et Méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective sur des registres des actes réalisés dans le service d'orthopédie traumatologie 2C du CHU de Fort de France, du 01er Janvier 1998 au 31 Décembre 2008. L'étude a porté sur 1045 patients, soit 682 de sexe féminin, et 363 de sexe masculin. L'âge moyen était de 76 ans. Les lésions observées étaient des fractures du col du fémur ou du massif trochantérien.

Résultats : La durée moyenne d'hospitalisation était de 14 jours. 534 patients ont été opérés pour fracture du col du fémur, et 511 pour fracture per trochantérienne. Le protocole d'amélioration de retour rapide à l'autonomie des personnes temporairement handicapées après un acte chirurgical ostéo-articulaire programmé ou traumatique reposait sur une base pluridisciplinaire.

Discussion : Les fractures proximales du fémur représentent une pathologie gérontologique fréquente et grave, complication majeure de l'ostéoporose. Notre étude confirme que cette pathologie est l'apanage des sujets âgés, avec un âge moyen de 76 ans et une prédominance féminine. Nos résultats s'accordent avec ceux de la littérature.

ABSTRACT

Objective: It is about an evaluation compared by the frequency of the fractures of the superior thighbone's extremity in Martinique, Guadeloupe and France.

Material and Method: It is about a retrospective study on registers of acts realized in the orthopedic traumatology unit 2C of Fort-de-France's teaching hospital, from the 1st January 1998 to the 31st December 2008. The study concerned 1045 people, 682 female and 363 male. The average age was 76 years. The observed hurts were fractures of femur's neck or trochanterian bones.

Results: Average duration of hospitalization was 14 days. 534 patients were operated for fracture of femur's neck, and 511 for fracture per trochanterian. The improvement's protocol for a fast return in the autonomy for those persons which are temporarily handicapped after a surgical act osteoarticular scheduled or traumatic was on a multidisciplinary basis.

Discussion: Thighbone's proximal fractures represent a frequent and serious gerontological pathology, major complication of osteoporosis. Our study confirms that this pathology concerned old people, with an average of 76 years and feminine ascendancy. Our results agree with those of the literature.



I. INTRODUCTION

Les fractures de l'extrémité proximale du fémur représentent une pathologie gérontologique fréquente et grave, complication majeure de l'ostéoporose, ces fractures mettent en jeu le pronostic vital et fonctionnel de ces personnes âgées généralement porteuses d'autres tares. Elles représentent un enjeu socio économique qui ne fait qu'augmenter du fait de l'allongement de l'espérance de vie qui a pour conséquence l'augmentation du nombre des personnes âgées^[1,2].

Notre étude avait un double but :

- Evaluer la fréquence des fractures de l'extrémité supérieure du fémur en Martinique et comparer nos résultats à ceux de la Guadeloupe région présentant beaucoup de similitude avec la Martinique et aussi avec ceux de la France métropolitaine.
- Apprécier l'incidence de la mise en place du nouveau protocole de prise en charge de ces patients sur la durée d'hospitalisation.

II. MATÉRIEL ET MÉTHODE

C'est une étude rétrospective uni centrique sur onze ans. Le recensement des patients était fait sur la base du registre des actes réalisés dans le service d'orthopédie-traumatologie 2C du CHU de Fort de France durant cette période.

Nous avons retenu pour cette étude, tous les patients âgés de 50 ans et plus admis dans le service pour fracture de l'extrémité proximale du fémur (fracture du col fémoral ou fracture pertrochantérienne) et ayant bénéficié d'un acte chirurgical (arthroplastie ou ostéosynthèse) du premier janvier 1998 au trente un décembre 2008.

Nous avons exclus tous les autres patients âgés de moins de 50 ans admis dans le service pour les mêmes motifs.

Nous avons pris en compte pour cette étude l'âge et le sexe du patient, le diagnostic d'entrée, l'acte chirurgical pratiqué ainsi que les dates d'entrée et de sortie du service.

III. RÉSULTATS

Le nombre total de patients sur les onze années est de 1045 patients soit en moyenne 95 patients par année ; avec 682 patients de sexe féminin soit 65,26% et 363 patients de sexe masculin soit 34,73% (Figure 1).

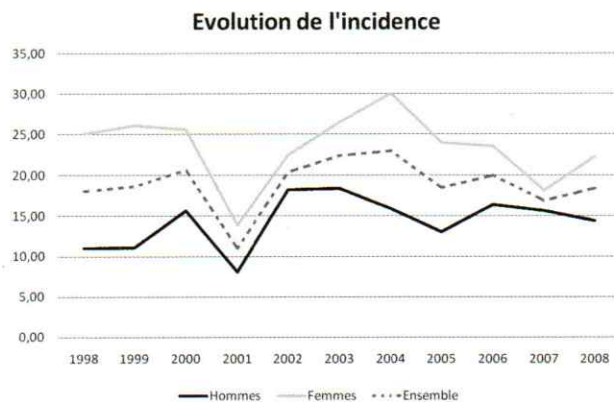


Figure 1 : Evolution de l'incidence

patients. Elle est de 81 ans pour les patients de sexe féminin et de 71 pour les patients de sexe masculin. La durée de séjour moyenne était 14 jours (Figure 2).

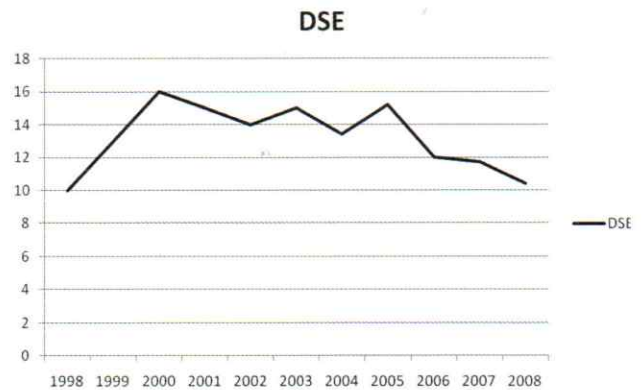


Figure 2 : Evolution de la durée de séjour

534 patients étaient porteurs d'une fracture du col fémoral soit 51,10% dont 200 patients de sexe masculin et 334 patients de sexe féminin.

551 patients étaient porteurs d'une fracture pertrochantérienne soit 48,90%.

IV. DISCUSSION

La Martinique, une des Antilles françaises a une population de près de 399500 habitants dont 76 347 auraient plus de 60 ans soit 17% de la populations et 26 069 ont 75 ans et plus soit 6,52% selon les estimations de l'INSEE^[3]. Des années 60-70 aux années 90, la Martinique a réalisé ce qu'on appelle la transition démographique c'est-à-dire qu'elle est passée d'indicateurs de pays en voie de développement à des indicateurs de pays développés. Ceci a eu pour conséquence une nette amélioration de l'espérance de vie à la naissance et une modification de la structure d'âge de la population avec une tendance au vieillissement^[4].

Le recensement de nos patients a été relativement aisé dans la mesure où la prise en charge des patients porteurs d'une fracture de l'extrémité supérieure fémur en Martinique se fait exclusivement au CHU de Fort de France et plus précisément dans le Service d'Orthopédie Traumatologie 2C.

Les résultats de notre étude nous ont permis de mettre en lumière un certain nombre de paramètres épidémiologiques.

Les fractures de l'extrémité supérieure du fémur en Martinique sont l'apanage de la personne âgée, la moyenne d'âge de nos patients étant de 76 ans pour les 2 sexes, elle est de chez les patients de sexe féminin.

On note aussi une prédominance féminine dans notre série, nous retrouvons 61% de patients de sexe féminin porteuses d'une fracture du fémur proximal. Ces résultats sont superposables à ceux de plusieurs auteurs^[1, 2, 14].

La durée moyenne d'hospitalisation était de 14 jours ce pendant, on note une baisse significative de cette durée pendant les dernières années car elle n'est plus que de 11 jours en 2008.

Cette diminution de la durée de séjour est le résultat d'une prise en charge dans le service qui consiste au lever pré-

coce de ces patients conformément à la charte du service créée en 2003 et signée et acceptée par tout le personnel en 2007 et qui suit :

«PROTOCOLE» d'amélioration de retour rapide à l'autonomie des personnes temporairement handicapées après un acte chirurgical ostéoarticulaire programmé ou traumatique.

A- Patients programmés

Lors de la consultation du chirurgien et de la décision de la date d'intervention, le mode de sortie doit être planifié : Retour à domicile, ou transfert dans une unité de SSR.

Dans les 2 cas, le patient et la famille doivent donner leur accord.

Pour le retour à domicile, les modalités de prise en charge doivent bien être définies (HAD, infirmière, kiné, lit médicalis...).

Pour un transfert en SSR, le lieu est définie, et une lettre de demande de réservation de place est envoyée au médecin responsable de la structure comportant la date prévue d'arrivée du patient et le type d'intervention réalisée. Un double de cette lettre est adressé au cadre du service de chirurgie où sera hospitalisé ce patient. Un double est mis aussi dans le dossier patient.

B- Traumatologie

Le jour de son arrivée, le patient et sa famille sont interrogés sur le mode de sortie du patient.

Pour un retour au domicile, les modalités de prise en charge doivent bien être définies (HAD, infirmière, kiné, lit médicalis...).

Pour un transfert en unité d'hospitalisation, le chirurgien responsable du patient discute avec le patient et/ou avec la famille du type et du lieu d'hébergement.

Le cadre et/ou l'infirmière responsable demande à la structure envisagée la disponibilité d'une place à la date prévisionnelle de sortie définie avec le chirurgien.

Lors de l'admission de tout patient, l'équipe soignante s'informe de son autonomie existant avant l'hospitalisation, s'informe de la durée prévisionnelle de la perte totale ou partielle d'autonomie après l'acte chirurgical auprès du chirurgien responsable. Tous ces renseignements sont écrits sur le dossier infirmier.

Après l'acte chirurgical, les consignes de retour d'autonomie (modalités et dates) sont écrites par le chirurgien responsable sur le dossier infirmier.

Le premier levé sera effectué soit par le Kiné, ou soit par une infirmière, aidée par un aide-soignant ou un brancardier.

Ensuite la mise au fauteuil peut être faite par un AS ou un brancardier après avoir revu avec l'infirmière les modalités (appui ou non) sur le dossier infirmier.

De même les premiers pas avec déambulateur ou cannes »

PARKER et PRYOR^[5], ROGERS et al.^[6], LABERGE et al.^[7]

Ont montré qu'une intervention chirurgicale tardive maintenant au lit ces patients âgés généralement exposés aux complications de décubitus allongait la durée d'hospitalisation. Cette notion sur les délais de l'intervention chirurgicale constituait l'une des insuffisances de notre étude.

De même ZUCKERMAN^[8], GUSTAFONY^[9], MERCATONIO et al.^[10] ont démontré qu'une prise en charge intégrée par une équipe multidisciplinaire comprenant le médecin urgentiste, le chirurgien orthopédiste, le gériatre, le psychologue et l'anesthésiste et kinésithérapeute contribuerait à réduire significativement la durée de séjour de ces patients.

CAMERONI et KOVAL^[11,12] Ont montré eux aussi que le levé précoce associé à une séance de rééducation quotidienne améliorerait non seulement les résultats fonctionnel de ces patients, mais aussi permettait de réduire la durée de leur séjour d'où les recommandations actuelles vont dans le sens d'un lever précoce dans les 24 à 48 heures suivant l'intervention chirurgicale et d'une prise en charge par un kinésithérapeute au rythme de 5 séances hebdomadaires^[13].

La fréquence des fractures du fémur proximal en Martinique sans tenir compte du sexe est de 20,48 pour 10 000 habitants et pour les populations de plus de 65ans elle passe à 22,87 pour 10 000 habitants.

La fréquence chez les patientes de sexe féminin de 65ans et plus est sensiblement le même qu'en Guadeloupe (27,11 pour 10 000 habitants et 26,8 en Guadeloupe); elle représente près de la moitié de celui de la France métropolitaine (67,9 en France métropolitaine). Quand au taux de fréquence de la population masculine de plus de 65 ans, il est plus élevé que celui de Guadeloupe (17,18 pour 10 000 habitants contre 12,3 pour 10 000) mais beaucoup moins élevée que celui de la France métropolitaine (26,1 pour 10 000)

La comparaison avec les taux de fréquence de la Guadeloupe nécessite tout de même une démarche prudente dans la mesure où notre étude prend compte des données sur une période plus longue (11 ans) alors que celle de Guadeloupe se rapporte à une période relativement plus courte (2001, 2002, 2003 soit 3ans)

Il ressort de cette étude que le taux de fréquence des fractures du fémur proximal est beaucoup plus faible que celui de la France métropolitaine malgré une espérance de vie comparable. Une étude similaire réalisée en Guadeloupe donc la structure de la population est juxtaposable à celle de la Martinique fait ressortir la même tendance^[14].

NAUDI et al.^[14] pensent que cette faible fréquence des fractures du fémur proximal en Guadeloupe serait liée à des facteurs environnementaux et génétiques liées aux origines africaines de cette population. Cette explication pourrait également tenir pour les populations Martiniquaises, vu les similitudes structurelles existant entre les deux peuples.

Cette hypothèse difficile à confirmer car nous ne dispo-



sons pas d'études similaire réalisées en Afrique noire ou dans la population noire des Etats Unies d'Amérique.

On relèverait un certain nombre de manquements à cette étude rétrospective. En effet, nous n'avons pas la notion de statut, d'autonomie ou de la fonction de ces patients avant et après le traumatisme, de même que nous n'avons le devenir de ces patients après leur sortie du service pour pouvoir déterminer le taux de survie.

Ces insuffisances seront certainement prises en compte dans une étude prospective à venir.

V. CONCLUSION

La fréquence des fractures du fémur proximal chez la personne âgée reste faible en MARTINIQUE par rapport à la France métropolitaine ; par contre elle reste comparable à celle de la Guadeloupe région voisine ayant des caractéristiques démographiques et environnementales similaires. Ceci pencherait en faveur de l'hypothèse de facteurs génétique dans la survenue de cette pathologie.

Le protocole mis en place dans le service qui consiste au levée précoce du patient suivi d'une rééducation immédiate à contribuer à réduire considérablement la durée de séjour des patients opérés pour une fracture du fémur proximal.

VI. RÉFÉRENCES

- 1) Cordey J., Schneider M., Buhler M. The epidemiology of fractures of the proximal femur-Injury, Int J Care Injured 2000; 31(Suppl 3):56-61.
- 2) Melton L.J. Epidemiology of hip fractures: implications of the exponential increase with age. Bone 1996; 18(Suppl 3):121-5.
- 3) INSEE. Estimation de la population Française (1998-2008).
- 4) Merle S. Démographie des personnes âgées de la Martinique : Médico-social. P13-15
- 5) Parker M.J., Pryor G.A. The timing of surgery for proximal femoral fractures. Bone Joint Surg 1992; 74A:203-5.
- 6) Rogers F.B., Shackford S.R., Keller M.S. Early fixation reduces morbidity and mortality in elderly patients with hip fractures from low-impact falls. Trauma 1995; 39:261-5.
- 7) Laberge A., Bernard P.M., Lamarche P.A. Relation entre le délai préopératoire pour une fracture de hanche, les complications post opératoires et le risque de décès. Rev Epidemiol Sante Pub 1997; 45:5-12.
- 8) Zuckerman J.D., Scovron M.L., Koval K.L., Aharonoff G., Franckel V.H. Post operating and mortality associated with operative delay in older patients who have a fracture of the hip. J Bone Joint Surg 1995; 77A:1551-6.
- 9) Gustafon Y., Brannstrom B., Berggren D., Ragnarsson Jisigaard J., Bucht G. Reiz S., Norbeg A., Winblad B. A geriatric anesthesiologic program to reduce acute confusional states in elderly patients treated for femoral neck fractures. J Am Geriatr Soc 1991; 39:655-62.
- 10) Mercantonio E.R., Flacker J.M., Writh R.J., Resnickm. Reducing delirium after hip fracture: a randomized trial. J Geriatr Soc 2001; 49A:516-22.
- 11) Cameron I.D., Lyle D.M., Quine S. Cost effectiveness of accelerated rehabilitation after proximal femoral fracture. J Clan Epidemiol 1994; 47:1307-13.
- 12) Koval K.J., Skovron M.L., Aharonoff G.B., Meadows S.E., Zuckerman J.D. Ambulatory ability after hip fracture. Clin Orthop Relat Res 1995; 310:150-9.
- 13) Merle V., Moret L., Josset V., Pidhohorz L., Piétu G., Gouin F., Riou F., Chassangne P., Petit J., Lombrail P., Czernichov P., Dujardin F. Facteurs de qualité de la prise en charge des sujets âgés opérés d'une fracture de l'extrémité supérieure du fémur. Revue Chir Orthop 2004; 90:504-16.
- 14) Naudi S., Mehdi N., Gatti S., Stroppa S., Florat E. Faible incidence des fractures de l'extrémité supérieure du fémur chez les patients de plus de 60 ans dans les îles de Guadeloupe. Revue Chir Orthop 2007; 93:23-9.

