31 Congrès annuel international de la SACOT

24,25 et 26 janvier 2025

Nation invitée

ALLEMAGNE

Comparaison du montage vis plaque dynamique et clou intramédullaire antérograde PFNA dans les fractures per-trochantériennes

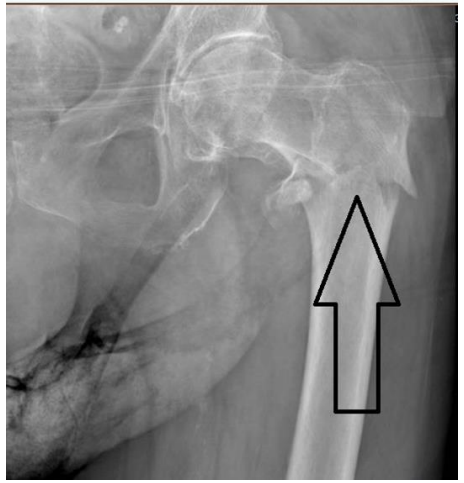
H. Haouari, L. Ait El Hadj, A. Benamirouche, F. Djidi, H. Grine, M. Yakoubi, EHS Benaknoun

Introduction:

-Problème de santé publique majeur du sujet âgé.

-Souvent associées à d'autres maladies chroniques et tares.

-Intérêt d'une prise en charge multidisciplinaire urgente qui éviterait au patient les complications du décubitus et l'engagement du pronostic fonctionnel et vital.



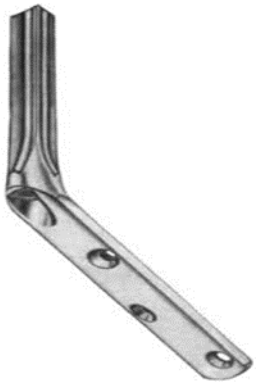
La stabilité de la fracture et de la fixation dépend:

-La qualité de l’os

-Le type de fracture

-La réduction des fractures

-Le type d'implant ?



Elles ont bénéficié d’une meilleure connaissance anatomique et biomécanique mais surtout du développement du matériel d’ostéosynthèse qui permet une approche moins invasive(foyer fermé) et mise en charge précoce.

Dispositif intramédullaire ou extra médullaire ?

-Quel dispositif offre une meilleure stabilité de la fracture pour permettre une mobilité précoce ?

-Quel est l'effet ultérieur sur la fonctionnalité du patient ?

Objectif:

Comparer les résultats fonctionnels à court et à moyen terme des fractures du massif trochantérien stabilisées par vis plaque dynamique(DHS: Dynamic Hip Screw) et le clou PFNA (Proximal Femoral Nail Antirotation).

Matériel et méthode

Série rétrospective:
120 patients

Critères d'inclusion:

-Fr du massif trochantérien

-Age >60 ans

Critères d'exclusion:

-Fr pathologiques

-Fr isolées du grand trochanter

-Dossier inexploitable

-Malade injoignable

-Sexe féminin +++ (68%)
-Age moyen: 73,5 ans (60 à 95 ans).
-Recul moyen: 2,5 ans (1 à 4,5 ans).

- Tous les patients: traumatisme banal.
- Le délai d'intervention moyen: 3 jours.
- 60 patients → DHS
- 60 patients → clou PFNA.
- Les malades ont été revus en consultation ou appelés par téléphone.

Résultats

-Transfusion sanguine → DHS+++(peropératoire)
-Transfusion sanguine → PFNA+(FNS de control)

-Fluoroscopie → PFNA+++
-Fluoroscopie → DHS+

-Le temps opératoire → DHS+++
-Le temps opératoire → PFNA+

-Position assise: J1 DHS / PFNA

-Appui autorisé: 1 semaine DHS / PFNA → fractures stables.

-La marche différée à J21-J30 → fractures instables.

-La reprise de la vie antérieure:

40/60 pour les cas PFNA

38/60 pour les cas DHS

Complications

-Sepsis → 05 précoces: DHS (04 ABM avt 3 mois)

-Sepsis → 01 superficiel: PFNA (après consolidation)

-Décès: 12 durant la première année postopératoire (07 DHS/ 05 PFNA)

-Démontage de matériel → 04 groupe DHS (02 PTH)

-Démontage de matériel → 00 groupe PFNA

Discussion

-Augmentation des fractures de l'ESF → augmentation de l'espérance de vie et vieillissement de la population.

-Vu l'évolution des connaissances anatomiques et biomécaniques et le développement du matériel d'ostéosynthèse l'approche moins invasive(foyer fermé) et mise en charge précoce est nécessaire pour ces sujets âgés et tarés.

-Rôle de la DHS et le PFNA.

Les facteurs d'instabilité d'une fracture du massif trochantérien:

- Une fracture comminutive.

- L'atteinte du pilier antéro-interne (calcar des Anglo-Saxons), la séparation du petit trochanter, l'atteinte de la console externe et l'atteinte de la plaque postérieure.

Cette stabilité est l'élément le plus important de la décision de la mise en charge précoce.

Mais le nursing est toujours débuté en postopératoire immédiat.

-DHS → Incision cutanée plus large (10 à 12 cm)

Transfusion sanguine plus importante en peropératoire

Malgré que la littérature ne trouve pas de différence significative (assurance +++ pour le réanimateur).

Temps opératoire de plus en plus court.(courbe d'apprentissage)

-PFNA → Double mini-incision

Transfusion peropératoire moindre.

Temps opératoire plus court

Fluoroscopie +++

-On ne retrouve pas de différence significative de survie ou de reprise précoce de l’appui complet par rapport à la littérature entre la DHS et PFNA, tout dépend de la stabilité ou non de la fracture.

Le sepsis

-5/60 pour le groupe DHS: dont 04 ont subit une ablation de matériel pour les cas DHS, expliqué par le complexité de la fracture, temps opératoire allongé, et la fragilité de ces patients(sepsis difficilement gérable= retentissement fonctionnel)

-1/60 pour le groupe PFNA: traité par un traitement antibiotique après prélèvement et l’assèchent était rapide(sepsis gérable jusqu'à consolidation).

Le décès

07 groupe DHS: 04 sepsis grave

01 embolie pulmonaire

02 aggravation d’une tare préexistante.

05 groupe PFNA: 01 embolie pulmonaire

04 aggravation d’une tare préexistante.

La mortalité constitue un problème majeur des fractures de l'extrémité proximale du fémur chez le sujet âgé, elle est estimée entre 20 et 40% dans les différentes séries publiées, les facteurs de mortalité les plus incriminés sont l’âge avancé, la préexistence de tares et un délai opératoire tardif.

Démontage de matériel

04 pour le groupe DHS

-02 septiques ayant nécessité une ablation de matériel

-02 aseptiques ayant nécessité une reprise chirurgicale, et la mise en place d'une prothèse.

Souvent la conséquence d'une:

-Fragilité osseuse importante avec une instabilité importante de la fracture.

-Ostéosynthèse sur une fracture non ou mal réduite.

-Mauvaise fixation entraînant un déplacement secondaire de la fracture.

CAS1:

CAS2:

Conclusion:

-Pathologie fréquente, grave qui survient sur des sujets âgés, ostéoporotiques, multi-tarés nécessitant une PEC multidisciplinaire (service de gériatrie).

-Nous pensons que la DHS et le PFNA doivent être disponible dans tous les services d'urgence de traumatologie, car permettent un nursing rapide et mise en charge précoce(clou plaque et lame plaque…).

MERCI