

FAUT-IL TOUJOURS OPÉRER UNE FRACTURE DU MEMBRE INFÉRIEUR DANS UN CONTEXTE DE FIN DE VIE OU DE SOINS PALLIATIFS ?

Afin de mieux appréhender la complexité de la décision d'opération en cas de fracture du membre inférieur dans un contexte de fin de vie et/ou de soins palliatifs, nous choisirons deux cas contradictoires puis nous ferons un point sur ce que dit la littérature et les recommandations.

Cas clinique 1

Fernande, âgée de 92 ans, est admise dans un service d'accueil des urgences (SAU) parisien pour chute avec impotence fonctionnelle du membre inférieur droit. Elle vit en EHPAD depuis bientôt plus de trois ans et a été retrouvée au sol ce matin sans savoir à quand remonte la chute (probablement dans la nuit car au dernier tour de 22h, elle était dans son lit).

Antécédents : Hypertension artérielle, AVC ischémique non séquellaire, Maladie d'Alzheimer avec MMSE en 2021 à 18/30, Cardiopathie ischémique stentée, Hypothyroïdie, AOMI pontée, Ostéoporose fracturaire avec FESF gauche en 2020.

Traitements : Amlodipine 5mg/j, Kardégic 75 mg/j, Bisoprolol 2.5 mg/j, Ramipril 2.5mg/j, Levothyroxine 75µg/j, Atorvastatine 40 mg/j, Vitamine D 100 000 UI 1 amp/3 mois

Autonomie : ADL 1/6 (mange seule uniquement), IADL 0/4, marche avec déambulateur dans sa chambre au plus, sinon elle doit être accompagnée en fauteuil roulant.

Vous l'évaluez au SAU avec l'équipe mobile de gériatrie à la demande des orthopédistes qui sont favorables à une pose de prothèse intermédiaire de hanche (PIH) afin de traiter sa nouvelle FESF à droite. Vous la trouvez douloureuse avec un Algoplus à 3/5 malgré morphiniques et un syndrome confusionnel important avec anxiété majeure.

Que préconisez-vous par rapport à l'indication opératoire ?

Vous l'examinez de plus près et vous découvrez une escarre sacrée stade 3-4 présente depuis plusieurs mois d'après les infirmières de l'EHPAD. Vous apprenez également qu'elle présente une dénutrition sévère depuis environ 6 mois. Pour terminer, consciencieux, vous relisez son ECG d'entrée, et vous découvrez un BSA 2 : 1, récusé de Pacemaker ou Micra par les cardiologues.

Quelle option vous paraît-elle la plus raisonnable désormais ?

Cas clinique 2 : Une opération de patella pas si évidente...

Victor, âgé de 78 ans, est admis en orthopédie pour fracture de patella gauche depuis deux jours, après être passé au SAU de votre hôpital. Les orthopédistes vous appellent afin de donner votre avis sur le caractère raisonnable d'une opération de cette patella. Ils vous informent que celle-ci demanderait des soins de pansements importants avec une cicatrisation complexe et un port de Zimmer de six semaines. Ils vous indiquent également que si l'opération n'a pas lieu, le patient ne pourra plus jamais remarcher.

Antécédents : Hypertension artérielle, Diabète de type 2 non insulinoquant, Schizophrénie ancienne.

Traitements : Valsartan 160 mg/j, Metformine 1g/j, Risperdal 2mg*2/j, Zopiclone 7.5mg/j.

Autonomie : Vit seul au domicile, marche encore sans aide et va parfois manger au fast-food du coin. ADL 5.5/6 (aide pour marche seulement), IADL 1/4 (sous tutelle, utilise encore le téléphone).

Vous allez le voir et vous constatez qu'il présente un délire de persécution assez calme, refusant l'opération en disant que vous faites partie « de l'empire du mal sacré qui ne respecte pas les tablettes saintes ». Il vous dit « ne faire confiance qu'à son médecin traitant, et c'est pour cela qu'il a refusé tous les traitements proposés » depuis son arrivée au SAU. Vous constatez également un état d'hygiène et un état bucco-dentaire déplorables.

Que préconisez-vous par rapport à l'indication opératoire ?

Il a finalement été décidé de tenter une opération au vu de sa possible part de confusion participante au délire qui serait réduite en post-opératoire par l'antalgie et la reprise de la marche. De plus au vu du faible nombre de comorbidités et de son autonomie préservée, vous pensez qu'il pourra avoir les ressources nécessaires en post-opératoire pour la rééducation.

Ouverture

Ces 2 cas illustrent très bien à quel point il est extrêmement important de faire un examen clinique le plus complet possible et une anamnèse la plus poussée des soignants/proches, afin d'étayer au mieux les arguments pour ou contre une opération dans ce genre de situations complexes. Pour la petite histoire, Fernande a été finalement non opérée et admise en soins palliatifs en Gériatrie Aiguë, avec une opposition franche des orthopédistes qui voulaient tenter une opération jusqu'au bout !

Point sur ce que dit la littérature en cas de FESF

En 2017, **Van Ree et al (1)** rapportent sur 7 études publiées entre 2004 et 2013, une mortalité poolée plus importante en cas de non opération mais surtout aucune mesure de la qualité de vie ou de douleur dans toutes les études incluses. Cette même année, des recommandations américaines indiquent de ne pas opérer systématiquement les patients avec pronostic vital inférieur à six semaines tout en considérant dans certains cas le traitement chirurgical comme une « solution antalgique palliative » (2).

Berry et al (3) avancent dans le JAMA des résultats relativement contradictoires en 2020 dans une étude épidémiologique avec score de propension : diminution significative de la douleur (OR ajusté = 0,78, IC95 % = 0,61-0,99) mais augmentation significative de l'utilisation de contention (OR ajusté = 1,83, IC95 % = 1,21-2,76) en cas d'opération. Ils retrouvent également un surrisque d'escarre en cas de non-opération (OR ajusté = 0,64, IC95 % = 0,47-0,86).

Vous n'avez pas de nouvelle pendant plusieurs semaines puis on vous rappelle 3 semaines après pour un avis pour ce même patient. Vous apprenez que des proches ont été contactés et ont rapporté que le patient ne prenait plus ses traitements depuis quatre ans, qu'il était isolé et qu'il faisait des chutes à répétition depuis un an. Vous apprenez également qu'il ne se préparait plus à manger. Pour couronner le tout l'orthopédiste vous fait part que la cicatrice ne se referme pas et que le patient est désormais traité pour une arthrite septique, avec des soins très complexes devant des troubles du comportement majeur. Il n'a toujours pas remarché et ne mange que très peu depuis l'opération. Il présente un sepsis depuis 2 jours et on vous demande votre avis quant à une éventuelle amputation de sauvetage.

Quelle option vous paraît-elle la plus raisonnable désormais ?

En 2020, **Loggers et al (4)** décrivent les différentes causes de non-opération d'une FESF dans la littérature : contre-indication dans 29 à 95 % des cas, autonomie du patient trop altérée dans 27 à 50 % des cas, refus du patient dans 8 à 71 % des cas et présence d'un cancer dans 10 % des cas. Ils rapportent également un manque de connaissance sur la qualité de vie et les douleurs dans ces situations.

Deux ans plus tard **Loggers et al (5)** réalisent un essai multicentrique tentant de prouver la non-infériorité de ne pas opérer ces patients en utilisant comme critère de jugement principal la qualité de vie mesurée par le score EQ5D (6). Les 172 patients inclus étaient relativement altérés au niveau de leur autonomie et pouvaient présenter une FESF cervicale ou per-trochantérienne. Ils étaient répartis entre un groupe « SDM approach » (approche décisionnelle multidisciplinaire) et un groupe opération systématique.

La qualité de vie à la 1^{ère} et la 4^{ème} semaine dans le groupe non traité était non inférieure au groupe traité, uniquement lorsque l'EQ5D était réalisé par les soignants (non significatif quand évaluation par les proches - **Figure 1**). L'analyse en supériorité du score côté de 0 à 100 et non pas en utilité rapportait cependant une supériorité significative des patients opérés en termes de qualité de vie exprimée par les soignants (**Figure 1**). De plus les auteurs décrivaient des niveaux de douleurs et des doses de morphiniques significativement plus élevés dans le groupe non opéré pendant la 1^{ère} semaine (délai médian de décès dans le groupe non opéré de 7 jours).

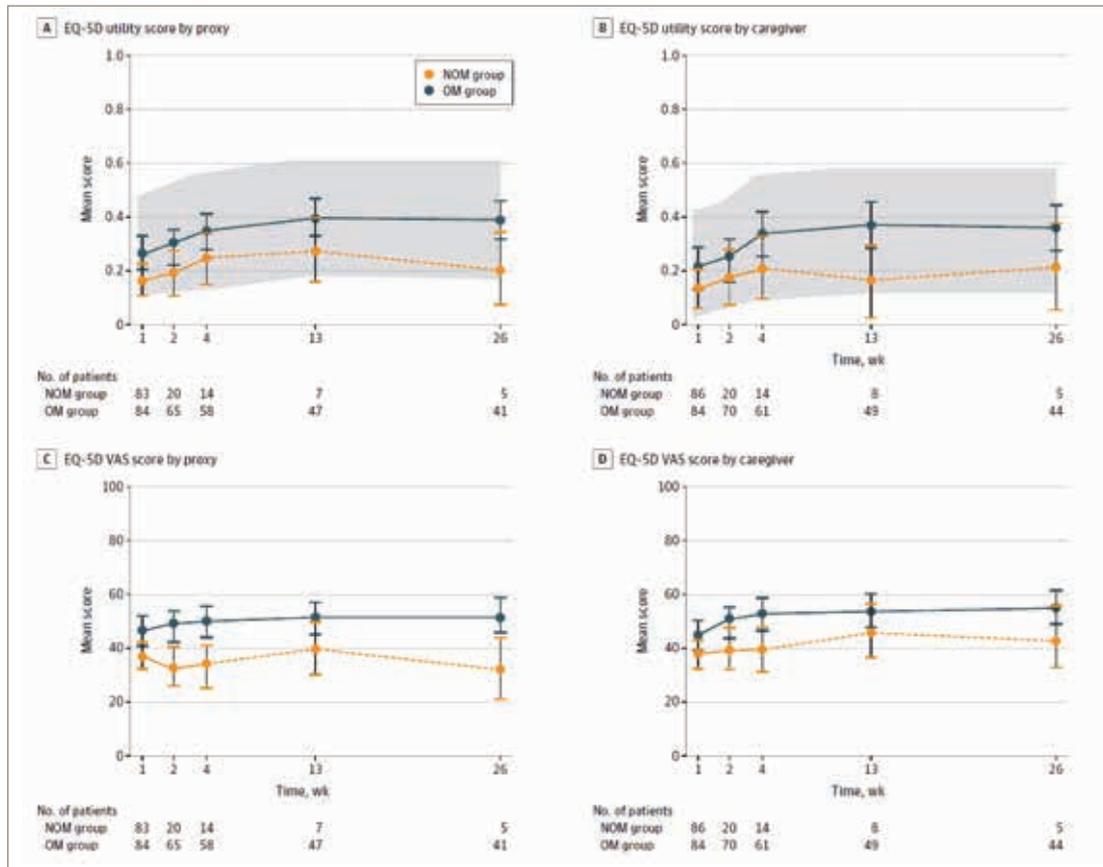


Figure : Évolution dans le temps de la qualité de vie mesurée en utilité d'EQ5D (A par soignant, B par proches) ou de 0 à 100 (EVA, C par soignant et D par proche)

Conclusion

Opérer une fracture de l'extrémité supérieure du fémur (et plus généralement du membre inférieur) dans un contexte d'espérance de vie limitée et de fin de vie reste toujours une décision complexe. Malgré cette nécessité de recommandations et d'aides à la décision, la littérature scientifique reste encore très limitée sur ce sujet. Il semble tout de même raisonnable de mettre en avant un effet antalgique non négligeable de l'opération (qu'elle soit par prothèse, résection tête-col, clou, plaque et vis) devenant de plus en plus simple et maîtrisée par les équipes d'orthopédie et d'anesthésie (pour le cas des FESF). Il faut ainsi prioriser dans ces cas si particuliers, une discussion la plus collégiale possible impliquant différentes spécialités médicales, mais aussi des infirmières ou aides-soignantes et si possible le patient lui-même ou ses proches / aidants professionnels au domicile.

Pour l'Association des Jeunes Gériatres

Dr Bastien GENET, Assistant Hospitalo-Universitaire en Santé Publique, Hôpital de la Pitié-Salpêtrière

Docteur en Gériatrie

Doctorant en Epidémiologie Clinique, iPLesp (ED 393), équipe PEPITES

Bibliographie

1. Van de Ree CLP, De Jongh MAC, Peeters CMM, de Munter L, Roukema JanA, Gosens T. Hip Fractures in Elderly People: Surgery or No Surgery? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Geriatr Orthop Surg Rehabil.* sept 2017;8(3):173-80.
2. National Institute for Health and Care Excellence. Hip fracture: management. [Internet]. 2017. Disponible sur : <https://www.nice.org.uk/guidance/cg124>
3. Berry SD, Rothbaum RR, Kiel DP, Lee Y, Mitchell SL. Association of Clinical Outcomes With Surgical Repair of Hip Fracture vs Nonsurgical Management in Nursing Home Residents With Advanced Dementia. *JAMA Intern Med.* 1 juin 2018;178(6):774-80.
4. Loggers SAI, Van Lieshout EMM, Joesse P, Verhofstad MHJ, Willems HC. Prognosis of nonoperative treatment in elderly patients with a hip fracture: A systematic review and meta-analysis. *Injury.* nov 2020;51(11):2407-13.
5. Loggers SAI, Willems HC, Van Balen R, Gosens T, Polinder S, Ponsen KJ, et al. Evaluation of Quality of Life After Nonoperative or Operative Management of Proximal Femoral Fractures in Frail Institutionalized Patients: The FRAIL-HIP Study. *JAMA Surg.* 1 mai 2022;157(5):424-34.
6. Balestroni G, Bertolotti G. [EuroQoL-5D (EQ-5D): an instrument for measuring quality of life]. *Monaldi Arch Chest Dis.* sept 2012;78(3):155-9.