

Journée des filières
Pédiatrie
et
Personnes Agées

Jeudi 2 Octobre 2025

Prise en charge de la fracture de l'extrémité supérieure du fémur

Dr DREVET Sabine

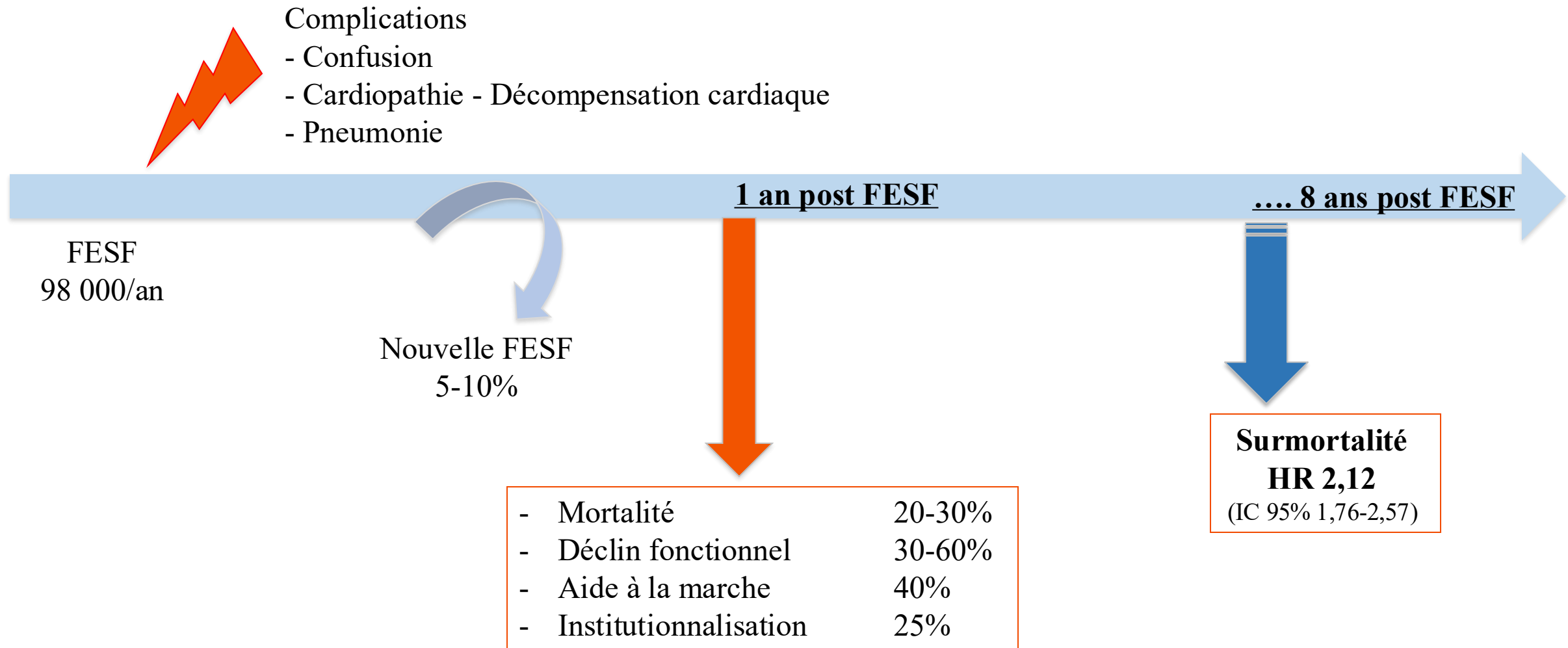
MCU-PH Gériatrie

Unité d'Orthogériatrie, CHU Grenoble Alpes

Service Hospitalo-Universitaire de Gériatrie Clinique, Pr G. Gavazzi

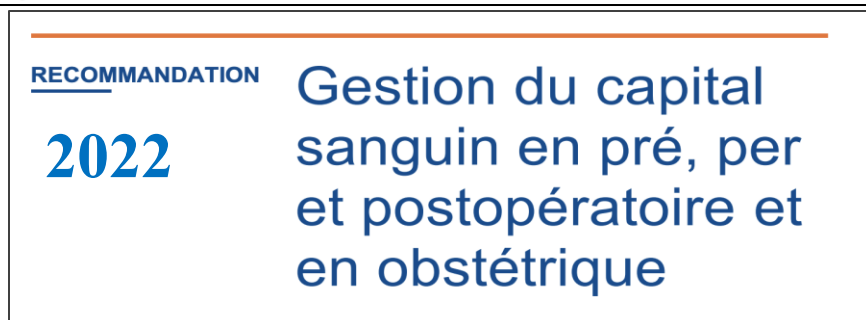
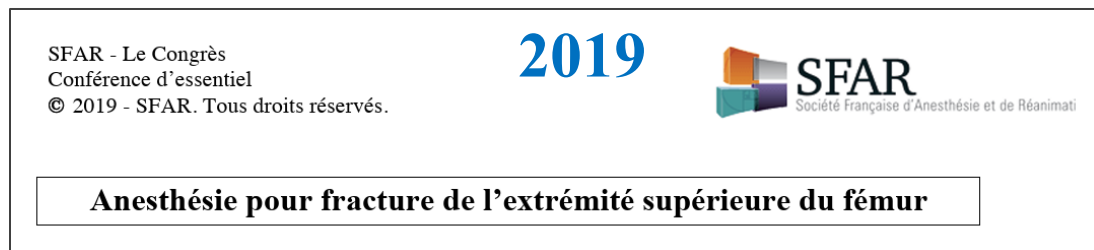
Service Hospitalo-Universitaire d'Orthopédie et de Traumatologie, Pr J. Tonetti

Fracture de l'extrémité supérieure du fémur



*Katsoulis M, J Intern Med. 2017
Briot K, Rev Med Interne, 2018*

Les recommandations



Analgésie multimodale

Optimisation du capital sanguin

Délai chirurgical < 48h

Mobilisation précoce

Modèle d'orthogériatrie

Parcours de soin ...

Modèles de soins – Ortho-gériatrie



Délais Opératoires

OR 2.62; CI 95% 1.40 - 4.91



Analgésie multi-modale



Complications post-op



Mortalité intra-hospit

RR 0.60; CI 95% 0.43, - 0.84



Déclin fonctionnel



Durée de séjour



Réhospitalisation

RR 0,40; CI 95% 0,23 – 0,70



Institutionnalisation



Mortalité à 1 an

OR 0,86; CI 95% 0,76 - 0,97



Qualité de vie

*Boddaert J, 2014
Grigoryan KV, 2014
Prestmo A, 2015
Folbert EC, 2017
Baroni M, 2019
Van Heghe, 2022
Drevet S, 2025
Vleeshouwers K, 2025*

Les limites

Hétérogénéité des pratiques professionnelles

Contraintes organisationnelles locales

“L’orthogériatrie admet 20% des FESF du CHUGA élargi et 46% des FESF de Nord”

Projections démographiques



Les limites

Hétérogénéité des pratiques professionnelles

Contraintes organisationnelles locales

“L’orthogériatrie admet 20% des FESF du CHU élargi et 46% des FESF de Nord”

Projections démographiques



Amélioration des pratiques

Homogénéisation nécessaire

Partage des compétences

→ Protocole commun



Travail collaboratif

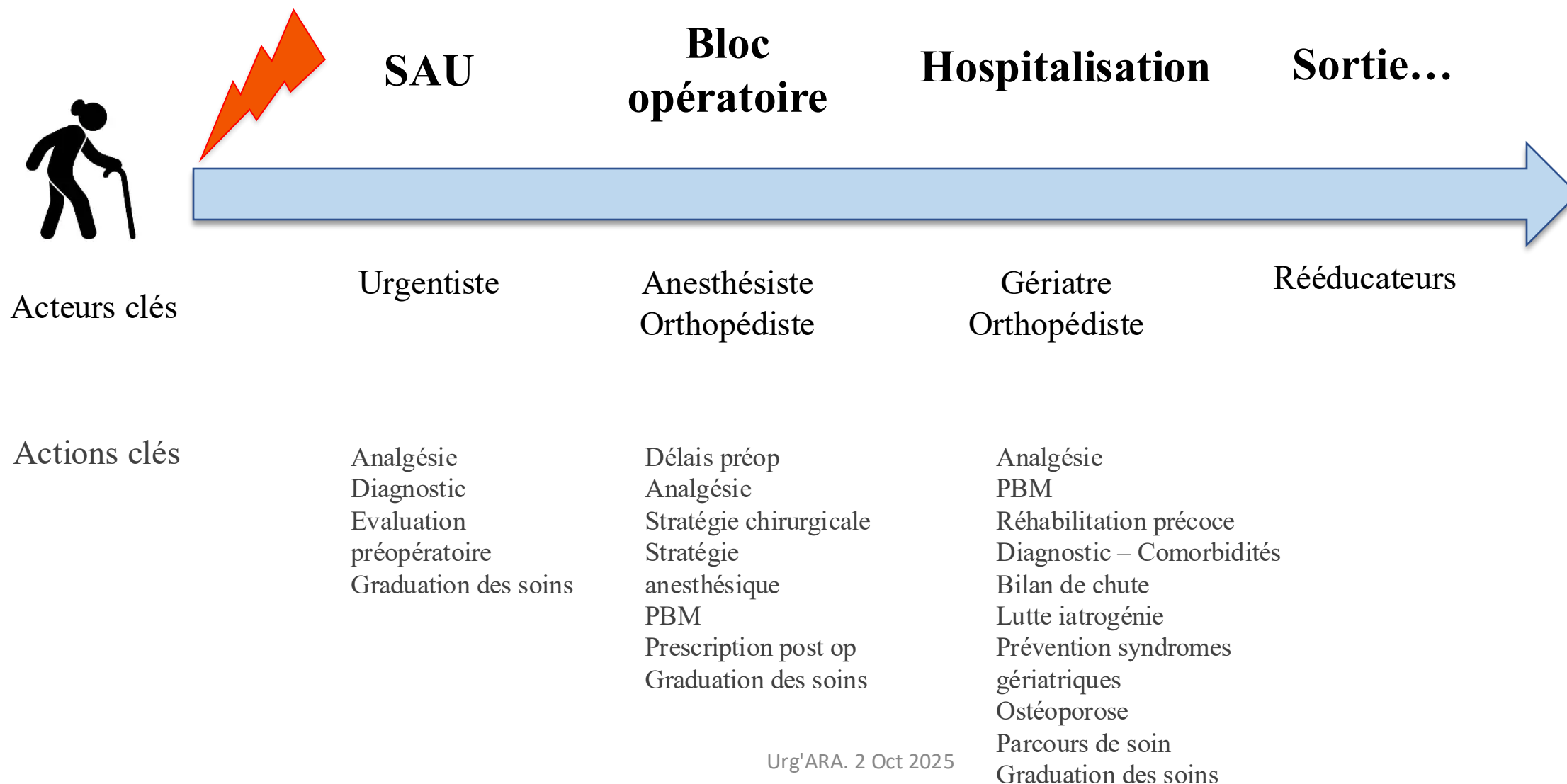
CHUGA Nord-Sud-Voirion

Equipes de Chirurgie Orthopédique
Equipes d'Anesthésie
Equipes de Gériatrie
Equipe des Urgences
Equipe de Pharmacie Clinique
DSN

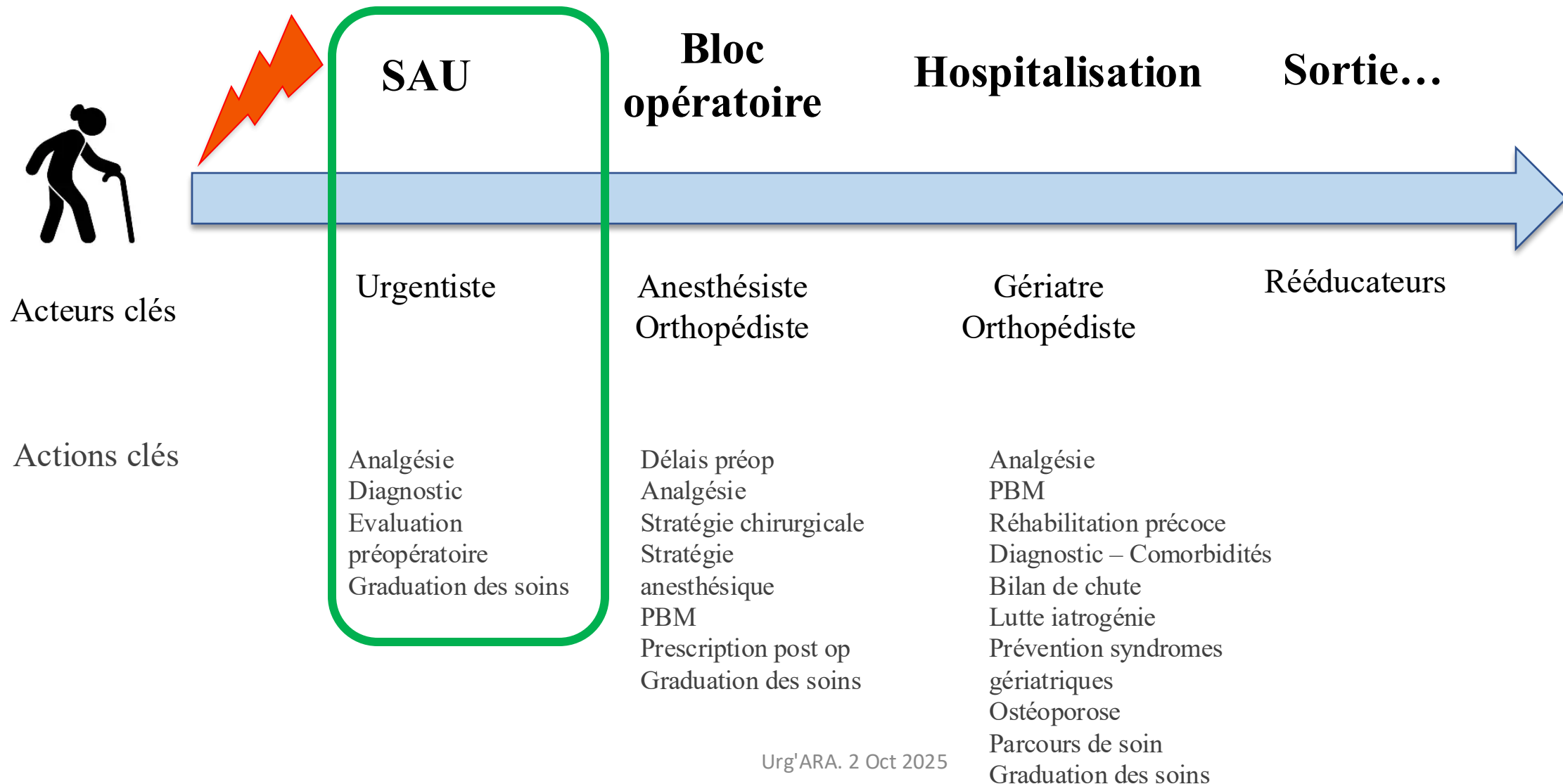
Identification de Référents par sites
Validation institutionnelle (Comedism)
Publication dans Qualnet

Dr J. Greze, Dr S. Drevet, Pr M. Boudissa, Dr AC. Rougny, Dr C. Chapuis, Dr P. Gibert, Mr J. Anderhuber

Le parcours idéal du patient avec FESF



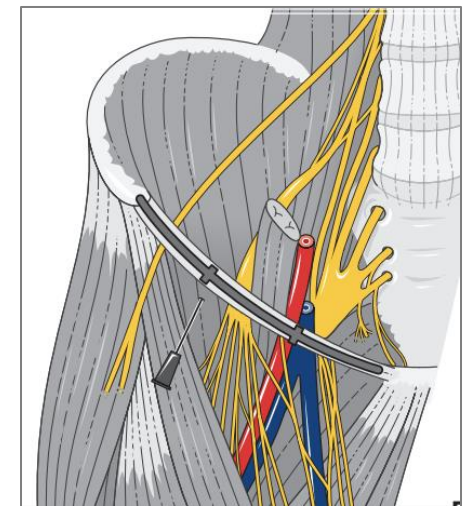
Le parcours idéal du patient avec FESF



Les priorités dans la prise en charge aux urgences

L'analgésie multimodale

L'analgésie multimodale



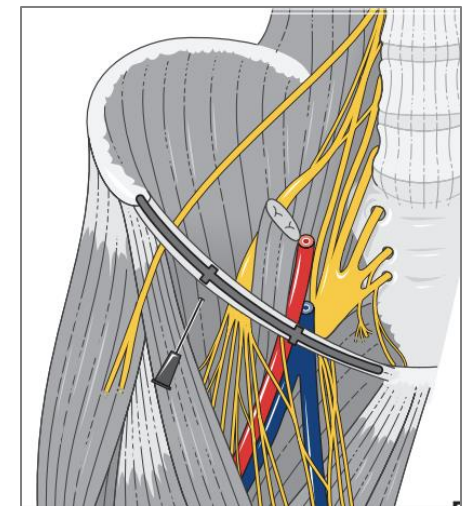
Bloc ilio-fascial

-

Présentation suivante

L'analgésie multimodale

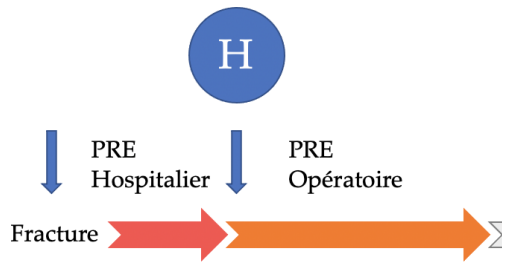
Très tôt = avant la “cloture” du dossier



Bloc ilio-fascial

-

Présentation suivante



Analgésie Mutli-modale

Association d'analgésiques

- opioïdes
- autres analgésiques, non opioïdes anti-hyperalgésiques
- techniques d'analgésie locorégionales
- approches non pharmacologiques

Harkouk H, SFAR, 2019

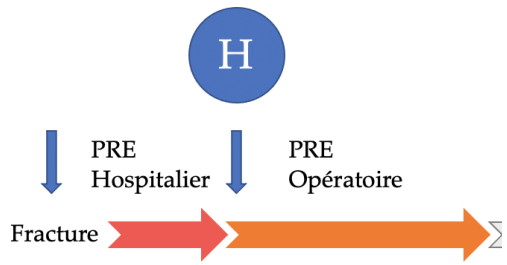
- Objectif principal effet analgésique synergique pour une efficacité optimale
- Objectif secondaire réduire le risque de survenue de douleurs chroniques post-opératoires

Efficacité

- Intensité de la douleur
- Effets secondaires de chaque classe
- Récupération fonctionnelle, Morbidité post-opératoire, durée de séjour
- Satisfaction du patient

SPECIFICITES Gériatriques : modifications pharmaco- cinétiques/dynamiques
→ haut risque d'effets indésirables, interactions, surdosages, relargages

*SFAR, 2017
Jones et al. 2017*



Non pharmacologique

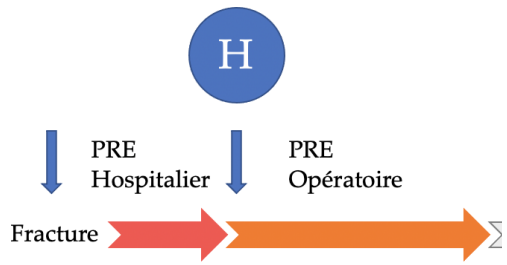
- Immobilisation, sans traction
- Mobilisations en bloc
- Adjuvants: vessie glace, réassurance

Médicamenteux

1. **Paracétamol** systématique 1g x3/24h (60mg/Kg/24h si < 50kg) => **REGULIER ET REPETE**
2. **Sulfate de Morphine** = **actiskénan** 5mg /4-6h (orodispersible – titration IV)
3. **Réévaluation** de la douleur (EN – Algoplus)
4. Prévention des douleurs induites par les soins

A noter qu'en raison de ses effets anticholinergiques, le traitement par Nefopam est déconseillé chez le sujet âgé (source ANSM/RCP produit. www.ansm-sante.gouv.fr).

Bilan pré-opératoire

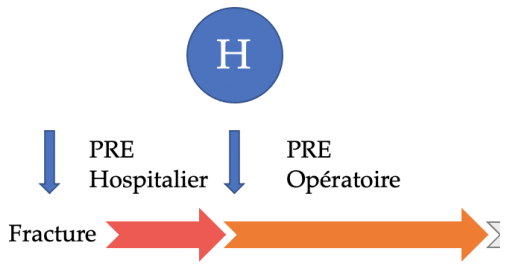


Conditionnement du patient

- VVP, port des appareils dentaires et auditifs
- Pas de SAD systématique
- Monitoring des diabétiques
- Optimisation du jeun (6h solides, 2h liquides claires)

Bilan pré-opératoire

- Usuel (groupe 1 & 2 & rai, iono urée creat, gly, crp, NFS, TP/TCA)
- Vigilance
 - ECG
 - Dosage AOD
 - Bilan martial: CS et ferritine



Conditionnement du patient

- VVP, port des appareils dentaires et auditifs
- Pas de SAD systématique
- Monitoring des diabétiques
- Optimisation du jeun (6h solides, 2h liquides claires)

Bilan pré-opératoire

- Usuel (groupe 1 & 2 & rai, iono urée creat, gly, crp, NFS, TP/TCA)
- Vigilance
 - ECG
 - Dosage AOD
 - Bilan martial: CS et ferritine

Consultation anesthésique

J0



Stratégie de prise en charge
Délai chirurgical < 48h

AG – Rachi-anesthésie
Anticoagulants

Gestion des anticoagulants en pré-opératoire

	Seuils Opératoires	Seuils ALR périphérique BIF	Seuils Rachi anesthésie	Antagonisation Discutée Au bloc
AOD	< 100 ng/ml 100-400 ng/ml → cas par cas	Aucun	Anti- Xa Anti-IIa < 30 ng/mL	Dabigatran : idarucizumab si > 50 ng/ml ? Rivaroxaban, apixaban : PPSB 25 UI/kg si > 100 ng/ml ?
AVK	INR < 1,5	INR < 3	INR < 1,2	PPSB pour cible d'INR < 1.5
HBPM	Anti-Xa < 0,5 UI/L	Aucun	Anti-Xa < 0,1 UI/mL	

	Seuils Opératoires	Seuils ALR périphérique BIF	Seuils Rachi anesthésie	Antagonisation Discutée Au bloc
AOD	$< 100 \text{ ng/ml}$ $100-400 \text{ ng/ml}$ → csa	Aucun	Anti-IIa $< 30 \text{ ng/mL}$	Dabigatran : idarucizumab si $> 50 \text{ ng/mL}$ $< 25 \text{ UI/kg}$ si $> 100 \text{ ng/ml}$?
AVK	$\text{INR} < 1,5$	$\text{INR} < 3$	$\text{INR} < 1,2$	PPSB pour cible d'INR < 1.5
HBPM	Anti-Xa $< 0,5 \text{ UI/L}$	Aucun	Anti-Xa $< 0,1 \text{ UI/mL}$	

Il faut les dosages précocement

Antagonisation au bloc

Gestion du capital sanguin

Optimisation du capital sanguin



Objectif: prévenir et PEC des anémies et limiter les transfusions de CG

→ Patient Blood Management (PBM)

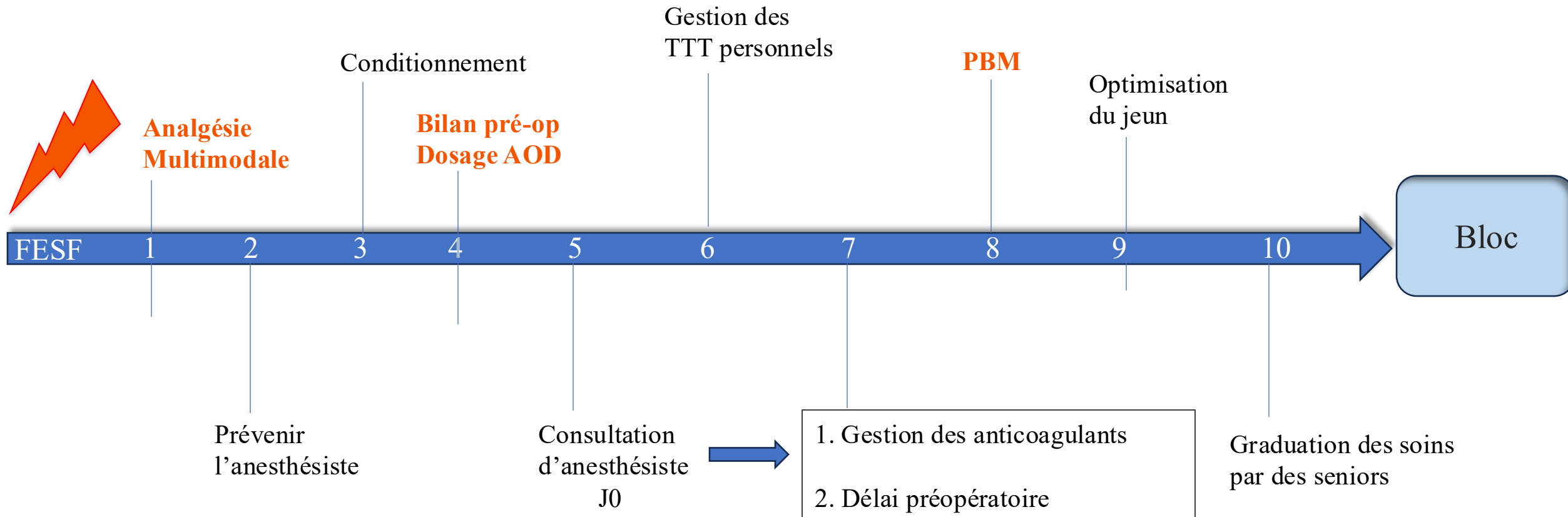
- | | |
|------------------------------|---|
| 1- Chercher anémie | Hb |
| 2- Chercher carence martiale | Ferritine et Coeff de saturation de la transferrine |

Si Ferritine < 100µg/L et/ou Coeff de saturation de la transferrine (CS) < 20%
=
Carence martiale

3- Perfusion Pré-opératoire de Ferinject sur 15 min

HAS 2022. Gestion du capital sanguin en pré, per et post opératoire et en obstétrique.

La séquence aux urgences pour le patient avec FESF



Protocole Pré-, Per- et Post-opératoire

Chirurgie et monitoring d'anesthésie

Post-opératoire

- analgésie
- réalimentation dans les 24h, CNO
- prévention MTEV H8 post-op
- mobilization **précoce J0**
- prévention des syndromes gériatriques: confusion, RAU, escarre
- bilan étiologique de fracture, parcours ostéoporose

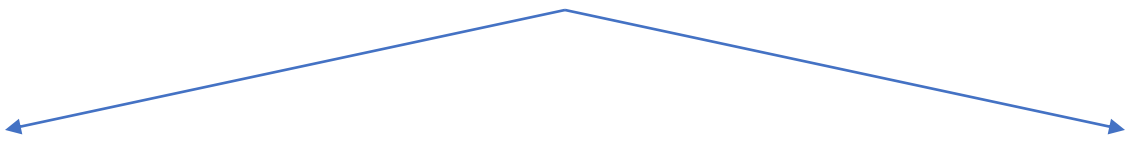
Bundle de soins avec 10 items phares

Bundle de soins confronté en DELPHI national « BREF 75 »

- Mobilisation précoce post opératoire avec appui total dès 12 à 24h post opératoire
- Réalimentation précoce post opératoire dès la sortie de SSPI
- Optimisation du jeun préopératoire court
- Prise en charge chirurgicale dans les 48h post admission
- Technique anesthésique prenant en compte les troubles de l'hémostase et permettant un bloc opératoire dans les 48h
- Évaluation anesthésique le jour de l'admission
- Anesthésie locorégionale périphérique (bloc ilio fascial, PENG bloc ou à défaut bloc fémoral) à visée analgésique
- Patient blood management per opératoire : acide tranexamique 1g IV
- Monitoring multimodal et optimisation ventilatoire en cas d'anesthésie générale
- Fractures stables du massif trochantérien: ostéosynthèse extra-médullaire ou centro-médullaire
- Les fractures instables du massif trochantérien (sous-trochantérienne, oblique inversée): enclouage verrouillé
- En présence d'une coxarthrose cliniquement invalidante préexistante, arthroplastie +/- éventuelle ostéosynthèse

Dr J. Greze, Dr S. Drevet, Dr P. Tubert, M. Veloso, A. Vilotitch, Pr JL. Bosson

Perspectives à partir du protocole commun



1/ Homogénéiser les pratiques

→ Protocoles de prescriptions Easily

- Pré opératoire et post opératoire
- Médicamenteux - Surveillance
- Biologie, Imagerie
- Consignes : jeun, réalimentation...
- Planification de la sortie / Lien ville - hôpital
- Liens vers les protocoles institutionnels pour certaines conduites à tenir (anticoagulants, sepsis...)

2/ Implémenter un parcours FESF

→ MOCAS FESF

- Depuis les urgences jusqu'à la sortie
- Outil commun (organisation, prescription, coordination)
- Check-list pour étapes clés de tout le séjour
- Pédagogique
- Permettrait des audit & feedback
- Implémentation sur les 3 sites
 - formation soignants, suivi, accompagnement

MOCAS: Moteur d'Organisation et de Coordination des Actes de Soins

Prescrire le protocole “Fracture de l’ESF > 75 ans: PERI-OP »	urgentiste
Prescrire la biologie préopératoire via Cristal	urgentiste
Alerter l’anesthésiste	urgentiste
Prescrire l’ALR	urgentiste/anesthésiste
Réaliser la consultation d’anesthésie	anesthésiste
Prescrire le Patient Blood Management	urgentiste/anesthésiste/unité
Concerter une graduation des soins (seniors)	urgentiste/anesthésiste/unité
Chirurgie	chirurgien
Prescrire le protocole “Fracture de l’ESF > 75 ans: POST-OP IMMEDIAT	anesthésiste

Les perspectives

CHUGA

1. Finalisation protocoles de prescription Easily
2. Implémentation MOCAS fin 2025
3. Etude pilote pratiques + données patients

Régionale

1. Perspective de projet AURA d'organisation des soins et de recherche clinique

Nationale

1. Delphi national – BREF 75
2. Selon les résultats de l'étude pilote, Etude d'impact dans les centres « easily-compatibles »

Place à vos questions