



FRACTURE DU COL FÉMORAL DU SUJET ÂGÉ *

COMITÉ SCIENTIFIQUE :

Frédéric Aubrun - Agnès Bellanger - Dominique Fletcher - Valérie Gaudé - Valéria Martinez

* Sous la responsabilité des rédacteurs

GÉNÉRALITÉS

TYPE DE CHIRURGIE

Objectif principal : reprise rapide de l'appui. Prothèse intermédiaire essentiellement mais aussi prothèse totale de hanche (< 10 % des cas) ou ostéosynthèse (sujet jeune).

Fracture à opérer le plus rapidement possible (douleur+++ et mortalité élevée dans le cas contraire)

Durée d'hospitalisation en secteur de soins : 7-8 jours

Durée de la rééducation : environ 1 mois

TYPE D'ANESTHÉSIE

La technique anesthésique n'influence pas la mortalité postopératoire mais influence faiblement la morbidité postopératoire

DOULEUR

- Intensité de la douleur préhospitalière sévère (EVA 70 mm) à très sévère (EVA=100 mm)
- Niveau et durée DPO : modérée pendant 2-3 jours ; la douleur peut durer en moyenne 7 jours

PATIENT

- Fracture plus fréquente chez la femme : chute de sa hauteur à domicile
- Particularité : pathologie du sujet âgé ou très âgé (83 ± 7 ans)
- Prise en charge SMUR recommandée
- La vérification de la fonction rénale (par clairance à la créatinine) s'impose avant la prise en charge des patients âgés

PRÉOPÉRAIRE

PARACÉTAMOL 1 g IV

- 1 g sur 15 min - Pic d'efficacité : 1-2 h

MORPHINE 1 mg/mL IV

- Titration si douleur modérée à sévère
- Analgésie appropriée pour le transport vers la structure d'accueil
- Bolus de 1-4 mg/5 min en surveillant les paramètres vitaux, la sédation et l'efficacité analgésique

ALTERNATIVE

LIDOCAÏNE 1% BLOC ILIOFASCIAL EN PRÉHOSPITALIER

Bloc iliofascial pour l'analgésie des territoires innervés par le nerf fémoral, obturateur ou cutané latéral de cuisse. Taux de succès : 70 % avec 20 mL de lidocaïne 1 %

Pas de neurostimulation. Monitoring cardiovasculaire indispensable

Mise en place précoce utile. Le bloc est le seul facteur avec la mobilité postopératoire qui réduit la mortalité

BLOC OPÉRATOIRE

PRODUIT/VOIE	MODALITÉS	POSOLOGIE	BÉNÉFICES ATTENDUS	REMARQUES
PARACÉTAMOL 1 g IV	Perfusion sur 15 min à la fermeture	1 g	Analgésie par anticipation	
KÉTOPROFÈNE 100 mg IV	Perfusion sur 15 min à la fermeture	50-100 mg	Analgésie par anticipation et synergie avec morphinique	Facteurs limitants : âge > 75 ans, digestifs, rénaux, allergiques et hémorragiques**
NÉFOPAM 20 mg IV	Perfusion sur 15 min	20 mg		À la place du kétoprofène ou du paracétamol si contre-indication, ou associé aux deux

** Voir fiche "Prise en charge de la douleur postopératoire chez le sujet âgé"

ANESTHÉSIE LOCORÉGIONALE

Bloc fémoral avec levobupivacaïne 0,375% (3,75 mg/mL) - posologie : 20 mL (75 mg) à distance du bloc pré-hospitalier ou réalisé aux urgences. Une analgésie péridurale précoce permettrait de diminuer l'incidence des épisodes d'ischémie myocardique péri opératoires. La complexité et le taux d'échec d'un bi-bloc lombosacré rendent cette technique d'analgésie peu avantageuse.

SSPI

PRODUIT/VOIE	MODALITÉS	POSOLOGIE	BÉNÉFICES ATTENDUS	REMARQUES
MORPHINE 1 mg/mL IV	Titration par bolus quand patient évaluable dès EVA > 30 mm	1-3 mg/5 min	Adaptation rapide aux besoins du patient	Surveillance continue de la conscience, fréquence respiratoire et score de douleur
MORPHINE 1 mg/mL IV	PCA*** quand patient évaluable après titration	1 mg/bolus Max/4 h : 15-25 mg Période réfractaire : 5-10 min	Entretien analgésie	Surveillance idem titration + O ₂ systématique
OU				
MORPHINE 10 mg/mL SC	Sous-cutanée profonde (jamais IM) 2 h après titration (voire plus tôt pour les patients les plus douloureux)	5-10 mg 1 seule injection	Analgésie relais de la titration si celle-ci est nécessaire	Dose indépendante de la dose titrée
ALTERNATIVE				
NÉFOPAM 20 mg IV	Perfusion de 20 mg sur 15 min si l'injection en peropératoire n'a pas été réalisée			
ROPIVACAÏNE 2 mg/mL (0,2 %) BLOC FÉMORAL	Cathéter fémoral pendant 72 h	Injection continue (0,10 mL/kg/h)	Analgésie de complément au repos et en condition dynamique	

*** PCA : patient controlled analgesia : analgésie contrôlée par le patient

SECTEUR D'HOSPITALISATION

PRODUIT/VOIE	MODALITÉS	POSOLOGIE	BÉNÉFICES ATTENDUS	REMARQUES
PARENTÉRALE				
MORPHINE 1 mg/mL IV	PCA à la demande	1 mg/5-10 min pendant 2-3 j	Entretien analgésie	Arrêt si consommation < 10 mg/j
OU				
MORPHINE 10 mg/mL SC	Sous-cutanée profonde (jamais IM) à la demande ou 1 h avant mobilisation ou douleur prévisible	5-10 mg x 3-6/j tant que la douleur persiste	Adaptation aux besoins et au profil du patient	Réduction des doses de 40 à 50 % vs sujet jeune Alternative à la PCA ou souhait du patient. Pas de corrélation avec la dose titrée
PARACÉTAMOL 1 g IV	Perfusion sur 15 min systématique	1 g x 4/j jusqu'à reprise alimentation	Entretien analgésie	Bonne tolérance chez le sujet âgé
KÉTOPROFÈNE 100 mg IV	Perfusion sur 15 min systématique	50 mg x 4/j	Synergie d'action avec la morphine Analgésie dynamique	Facteurs limitants : âge > 75 ans, digestifs, rénaux, allergiques et hémorragiques**
ALTERNATIVE				
NÉFOPAM 20 mg IV	Perfusion de 20 mg/15 min	20 mg x 4/j		Si l'injection en peropératoire n'a pas été réalisée
ROPIVACAÏNE 2 mg/mL (0,2 %) BLOC FÉMORAL	Cathéter fémoral	Injection continue (0,10 mL/kg/h)	Analgésie de complément au repos et en condition dynamique	Pendant 72 h
RELAIS PER OS DÈS QUE POSSIBLE				
PARACÉTAMOL 1 g	Relais de la voie IV systématique	1 g x 4/j pendant la durée nécessaire	Analgésie continue	Éventuellement associé à la morphine SC
KÉTOPROFÈNE LP 100 mg	Relais de la voie IV	100 mg x 2/j	Analgésie continue	Éventuellement associé à la morphine SC ou par PCA
ALTERNATIVE				
ANTALGIQUE DE NIVEAU 2	Paracétamol (400-500 mg) + codéine (20-30 mg) : 1-2 cp. x 3/j A administrer en relais de la morphine			

ORDONNANCE DE SORTIE

ANTALGIQUE DE NIVEAU 2

- Paracétamol (400-500 mg) + codéine (20-30 mg) - 1-2 cp. 3/j

ANTALGIQUE DE NIVEAU 1

- Paracétamol 1 g x 4/j ± kétoprofène LP 100 mg matin et soir en surveillant la tolérance gastroduodénale
Durée de traitement maximum conseillée des AINS : 3 jours

REMARQUES

- La réapparition d'une douleur à distance de l'intervention impose un examen clinique du patient
- Durée de traitement antalgique : environ 7 jours

Références essentielles :

- Aubrun F, Bunge D, Langeron O, Saillant G, Coriat P, Riou B. Postoperative morphine consumption in the elderly patient. *Anesthesiology* 2003; 99: 160-5.
- Aubrun F, Monsel S, Langeron O, Coriat P, Riou B. Postoperative titration of intravenous morphine in the elderly patient. *Anesthesiology* 2002; 96: 17-2
- Bachmann S. Inpatient rehabilitation specifically designed for geriatric patients: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2010; 340: c1718.
- Capdevila X. Réhabilitation et fracture du col. *Ann Fr Anesth Reanim* 2011 vol 10 e55-e59.
- Conférence d'experts sur les modalités de la sédation et/ou de l'analgésie en situation extra-hospitalière. *Ann. Fr. Anesth. Réanim.* 2000; 19: 56-62.
- Foss NB, Kristensen MT, Kristensen BB, Jensen PS, Kehlet H. Effect of postoperative epidural analgesia on rehabilitation and pain after hip fracture surgery: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Anesthesiology* 2005; 102: 1197-204.
- Handoll HH. Interventions for improving mobility after hip fracture surgery in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 201; 3: CD001704.
- Keita H, Geachan N, Dahmani S, Couderc E, Armand C, Quazza M, Mantz J, Desmots JM. Comparison between patient-controlled analgesia and sub-cutaneous morphine in elderly patients after total hip replacement. *Br. J. Anaesth.* 2003; 90: 53-57.
- Matot I, Oppenheim-Eden A, Ratrot R et al. Preoperative cardiac events in elderly patients with hip fracture randomized to epidural or conventional analgesia. *Anesthesiology.* 2003; 98: 156-63.
- Rosencher N, Groupe Escorte. *J Thromb. Haemost.* 2005; 3: 2006-14.