

En préopératoire, 83 % des patients vivaient à domicile et 92 % marchaient sans aide. Leur MMS moyen était de 22 points et le Parker moyen de 6,9/9. La durée moyenne de séjour était de 12 jours avec un retour à leur lieu de vie antérieur à j47 en moyenne et un séjour en rééducation pour 67 % d'entre eux.

Au dernier recul, 16 patients ont été perdus de vue, 34 étaient décédés dont 13 dans les 3 premiers mois. La mortalité était significativement liée à l'âge, au lieu de vie, aux comorbidités, à l'état cognitif ainsi qu'à l'autonomie préopératoire.

Le taux de complications chirurgicales était de 4,7 % (4 luxations de prothèse, 2 démontages de matériel avec ré-intervention et 2 infections).

Une perte d'autonomie a été objectivée par la modification des scores de Parker et Barthel.

*Discussion et conclusion.*— Au total, notre série est comparable à celle de la littérature et particulièrement avec les études faites dans d'autres régions françaises en termes de mortalité, avec une perte d'autonomie majeure ainsi qu'une augmentation de la mortalité au cours de la première année et un changement du lieu de vie donnée corrélée principalement avec l'état de santé général préopératoire.

doi:10.1016/j.rcot.2011.08.167

175

### Peut-on prévoir la mortalité chez les patients présentant une fracture de la hanche ?

Jean-Christophe Bel\*, Damien Pourre, Christophe Chevillotte, Mathieu Guyard, Jean-Paul Carret

Département de chirurgie orthopédique et traumatologique, hôpital E. Herriot, pavillons G et T-5, place D'Arsonval, 69003 Lyon, France

\*Auteur correspondant.

*Introduction.*— Depuis 1980, la mortalité des patients pris en charge pour fracture de hanche ne diminue pas et reste élevée : 24 % à 6 mois (symposium Sofcot 2002, les fractures des sujets âgés > 80 ans), 18 à 52 % à 1 an dans la littérature. Une explication est l'augmentation de l'âge des patients mais elle n'est pas la seule. Connaître tous les facteurs intrinsèques et extrinsèques au patient tout au long de la prise en charge ou un score permettrait-il de prévoir de façon simple la mortalité après fracture de hanche ?

*Patients.*— L'épidémiologie montre que pour ces patients avec fracture de hanche, 1/3 des >75 ans et 1/2 des >85 ans sont coronariens asymptomatiques, ont une cardiopathie ischémique, une BPCO, un diabète. Deux sur trois ont des comorbidités : 75 % sont insuffisants rénaux, 50 % anémiés, 38 % dénutris avec diminution des défenses immunitaires favorisant les infections. Les troubles cognitifs sont fréquents. Beaucoup vivent en institution.

*Méthodes.*— Le Nottingham Hip Fracture Score (NHFS) employé a été conçu sur une étude de cohorte de 4967 fractures de hanche pendant 7 ans. Une étude de régression logistique univariée a sélectionné les variables indépendantes qui sont des indicateurs de mortalité à 30 jours, puis une régression logistique multivariée a été appliquée aux données pour construire et valider le système de score. À la prise en charge de nos patients, ces variables (âge  $\geq$  86 ans soit 4 points, sexe masculin, comorbidités  $\geq$  2, minimal test score  $\leq$  6, hémoglobine à l'admission  $\leq$  10 g/dL<sup>-1</sup>, vie en institution, présence d'un cancer, soit chacune 1 point) sont notées.

*Résultats.*— Les points attribués à ces variables sont introduits dans un calcul simple aboutissant au score de risque NHFS variant de 3 à 10, correspondant à une probabilité de mortalité de 4 % à 57 % à 30 jours.

*Discussion.*— Deux scores prédictifs de mortalité à 30 jours, publiés, validés, existent : le Charlson Comorbidity Index basé sur l'étude des comorbidités et le NHFS. Une bonne concordance ( $X^2$ ,  $p=0,7$ ) existe entre le nombre de décès observés à 30 jours et le nombre de décès prédits par le NHFS.

*Conclusion.*— Lors de fracture de hanche, l'état de santé physique et mentale, les pathologies associées sont des facteurs péjoratifs de mortalité peu modifiables. Les détecter, les exploiter systématiquement à travers un score de risque simple, spécifique, validé, permet de prévoir la mortalité de tous nos patients, d'informer les familles et d'améliorer la prise en charge de ces facteurs.

doi:10.1016/j.rcot.2011.08.168

176

### Intérêt du dosage de la CRP préopératoire dans la prévention des infections après arthroplastie intermédiaire de hanche: étude rétrospective multicentrique

Julien Uhring\*, Jonathan Buchheit

Service orthopédie, traumatologie et chirurgie plastique, CHU Jean-Minjoz, 2, boulevard Fleming, 25030 Besançon, France

\*Auteur correspondant.

*Introduction.*— Les recommandations actuelles nous poussent à opérer rapidement les fractures du col fémoral, opérant parfois des patients avec une infection latente, responsable par ailleurs de la chute. Nous avons évalué l'incidence de survenue des infections sur PIH en fonction du taux de CRP en préopératoire

*Matériels et méthode.*— Une étude rétrospective multicentrique (2 centres, 260 patients sur 2 ans) nous a permis d'évaluer la survenue d'infection de PIH. La première année, le taux préopératoire de CRP n'était pas considéré pour programmer l'intervention; la deuxième année, une CRP préopératoire supérieur à 50 mg/L reportait l'intervention afin de rechercher et traiter une infection.

*Résultats.*— Le taux d'infection des PIH dans cette série est de 7,6 % (20/260) avec 50 % de décès dans les 6 mois en cas d'infection. Sur les 20 infections, 7 n'avaient pas de CRP préopératoire, sur les 13 autres, 10 avaient une CRP > 50 à l'arrivée ou en préopératoire (77 %). L'année sans prise en compte de la CRP: 59/143 patients opérés avaient une CRP préopératoire (41 %) et 29 patients ont été opérés avec une CRP > 50; sur les 11 infections, 2 patients avec CRP > 50, 3 patients avec CRP < 50, 6 sans CRP. L'année avec prise en compte de la CRP: 104/117 patients avaient une CRP préopératoire (89 %) et 30 patients avec une CRP > 50 à l'arrivée ont été repoussés. Finalement, 16/30 patients ont été opérés avec une CRP > 50. Sur 9 infections, 5 patients avaient une CRP > 50 à l'arrivée et qui a ensuite diminué; 3 patients avec CRP préopératoire > 50 et qui ont, malgré tout, été opérés; 1 sans CRP. La considération préopératoire de la CRP a entraîné un allongement du délai opératoire d'un facteur 2 à 9.

*Discussion.*— La valeur de la CRP seule ne constitue pas un facteur prédictif préopératoire spécifique d'infection prothétique même si 69 % des infections de PIH avaient une CRP > 50 avant l'intervention. L'allongement du délai opératoire secondaire à l'analyse de la CRP, n'est pas sans conséquences pour la population étudiée. Seules 2 études évaluent l'intérêt de la CRP, mais en chirurgie réglée (PTH). Celle de Pfitzner étudie le rapport entre la survenue d'infection sur PTH et l'élévation de la CRP en préopératoire et celle de Hao Shen sur l'évolution de la CRP avant et après remplacement prothétique. L'élaboration et la validation de nouveaux outils de dépistage infectieux est nécessaire.

*Conclusion.*— La CRP ne constitue pas un facteur prédictif préopératoire d'infection prothétique.

doi:10.1016/j.rcot.2011.08.169

177

### Évaluation du saignement des fractures pertrochantériennes ostéosynthésées par clou Gamma

Laurent Geiss\*, Nicolas Reina, François Molinier, Jean-Michel Laffosse, Étienne Cavaignac, Philippe Chiron, Jean Puget