



Gestion des fractures fermées du fémur



AO
ALLIANCE



Contexte et justification : Les fractures de la diaphyse fémorale sont causées par des traumatismes à haute énergie. Il existe des preuves solides qu'une réduction et une stabilisation précoces, permettant une mobilisation rapide, donnent de meilleurs résultats et réduisent la morbidité. Le traitement non chirurgical peut entraîner une malformation et un déficit fonctionnel important. **Inclusions :** Patients atteints de fractures fermées de la diaphyse fémorale qui sont matures sur le plan squelettique. **Exclusions :** Patients présentant des fractures pathologiques et des fractures périprothétiques.

Normes de soins

1. Il doit exister un parcours de soins défini et documenté pour les patients présentant une suspicion de fracture de la diaphyse fémorale. Cela inclut le transfert d'urgence des patients souffrant de lésions vasculaires et de fractures ouvertes du fémur.
2. Un bilan traumatique primaire et secondaire, comprenant le protocole de réanimation ABCD, l'anamnèse et l'examen clinique, doit être effectué à l'arrivée et consigné dans le dossier du patient.
3. Radiographies AP et latérales du fémur, y compris des articulations de la hanche et du genou, sans délai après l'évaluation. Si l'accès à la radiographie n'est pas immédiat, l'imagerie doit être réalisée dans les 24 heures suivant la présentation.
4. Les fractures fémorales fermées doivent être transférées dans une attelle appropriée vers l'hôpital de traitement définitif dès que possible, et au plus tard trois jours après leur présentation. Toutes les radiographies sur papier doivent accompagner le patient ; il est acceptable d'autoriser les copies sur un téléphone intelligent.
5. Dans l'établissement définitif, s'il y a un risque de retard de plus de 5 jours, il faut envisager une traction cutanée ou une traction squelettique à l'aide d'une broche de traction tibiale proximale.
6. Les patients doivent recevoir une explication de leur blessure, y compris le plan de traitement et le résultat attendu.
7. Le traitement standard est l'enclouage intramédullaire, verrouillé en proximal et en distal, réalisé dans les 5 jours suivant la blessure.
8. La liste de contrôle de sécurité chirurgicale de l'OMS doit être remplie et une dose unique d'antibiotiques prophylactiques doit être administrée au début de l'opération.
9. Si la fluoroscopie peropératoire n'est pas disponible ou si la réduction est difficile, une réduction ouverte peut être effectuée. La réduction de la longueur, de l'alignement et de la rotation du membre doit être effectuée, ce qui peut être vérifié par rapport au membre contra-latéral. Des images peropératoires et/ou des radiographies postopératoires doivent être obtenues pour confirmer la réduction et la position adéquate de l'implant et doivent être conservées dans le dossier du patient. Ces clichés doivent inclure des images du col fémoral afin d'exclure une fracture du col ipsilatérale.
10. Le lendemain de l'intervention, les patients doivent être autorisés à porter leur poids selon leur tolérance, à moins qu'il n'y ait des inquiétudes spécifiques concernant la stabilité de la fixation ou des contre-indications.
11. Le risque de TEV doit être évalué conformément aux directives locales. Si une chimioprophylaxie est nécessaire, l'aspirine à faible dose est recommandée.
12. Les patients doivent recevoir des informations sur la récupération fonctionnelle attendue, les complications possibles et la rééducation, y compris des conseils sur la reprise des activités normales. Ces informations doivent être rédigées dans la langue du patient et/ou sous forme d'illustrations et doivent être disponibles sous forme imprimée et numérique.
13. Les plaies doivent être réexaminées après 2 semaines. Le suivi ultérieur, y compris les radiographies, doit avoir lieu dans les 3 mois ou être conforme à la politique locale. Les patients doivent pouvoir obtenir des conseils ou un suivi auprès de l'hôpital traitant s'ils ont des inquiétudes ou si des complications sont signalées.
14. Tous les cas doivent faire l'objet d'un audit au regard des normes susmentionnées, notamment en ce qui concerne la réduction des fractures et les complications signalées. L'audit doit être présenté lors de la réunion du service. Cet audit doit être réalisé tous les trimestres, puis tous les ans une fois qu'il est établi.

Ces normes sont le fruit d'un consensus international de professionnels de la région, qui s'appuient sur un nombre limité d'essais contrôlés randomisés et d'études de cohortes rétrospectives lorsqu'elles sont disponibles. Elles ne sont pas conçues pour être exhaustives.