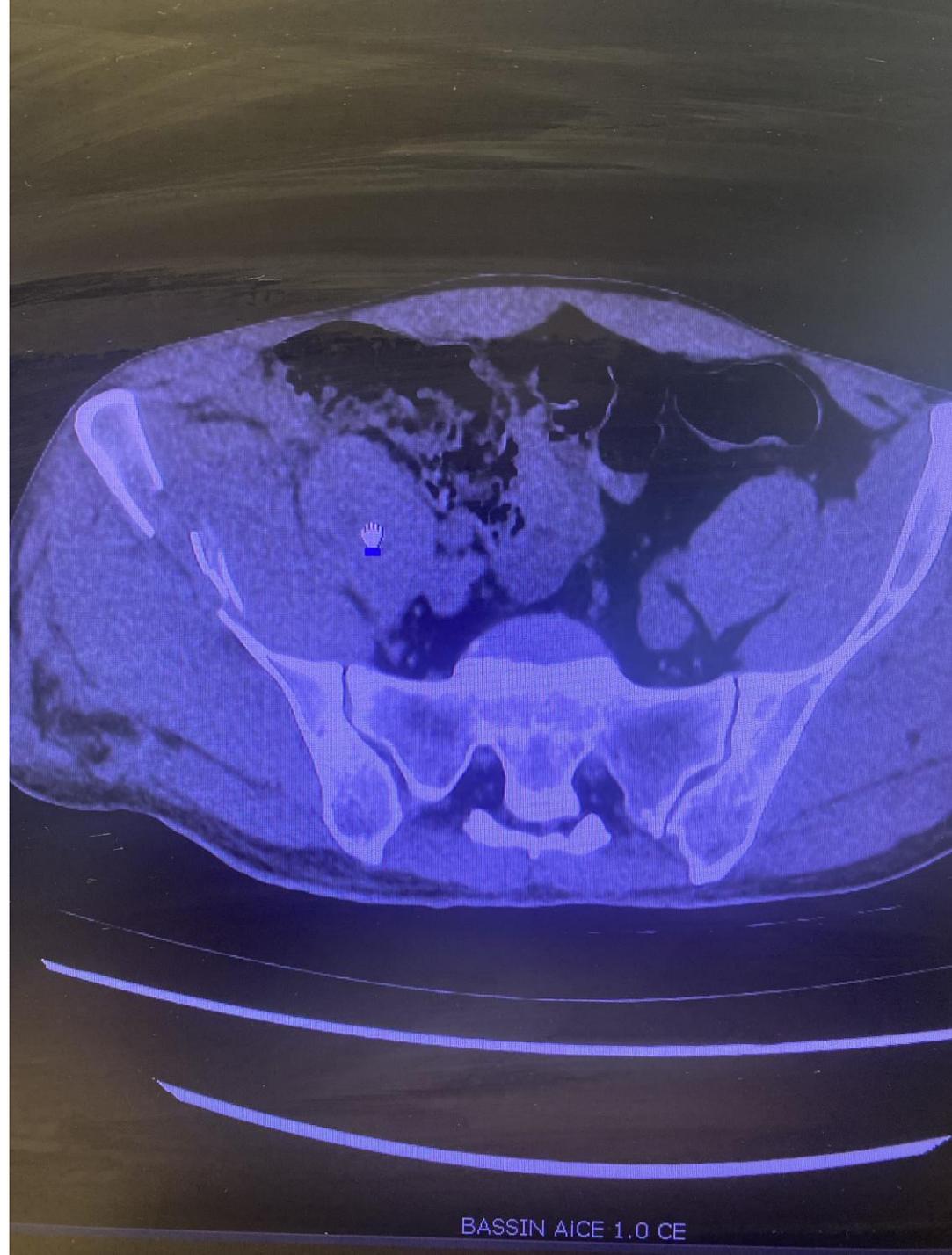


Mr F. Fracture du bassin

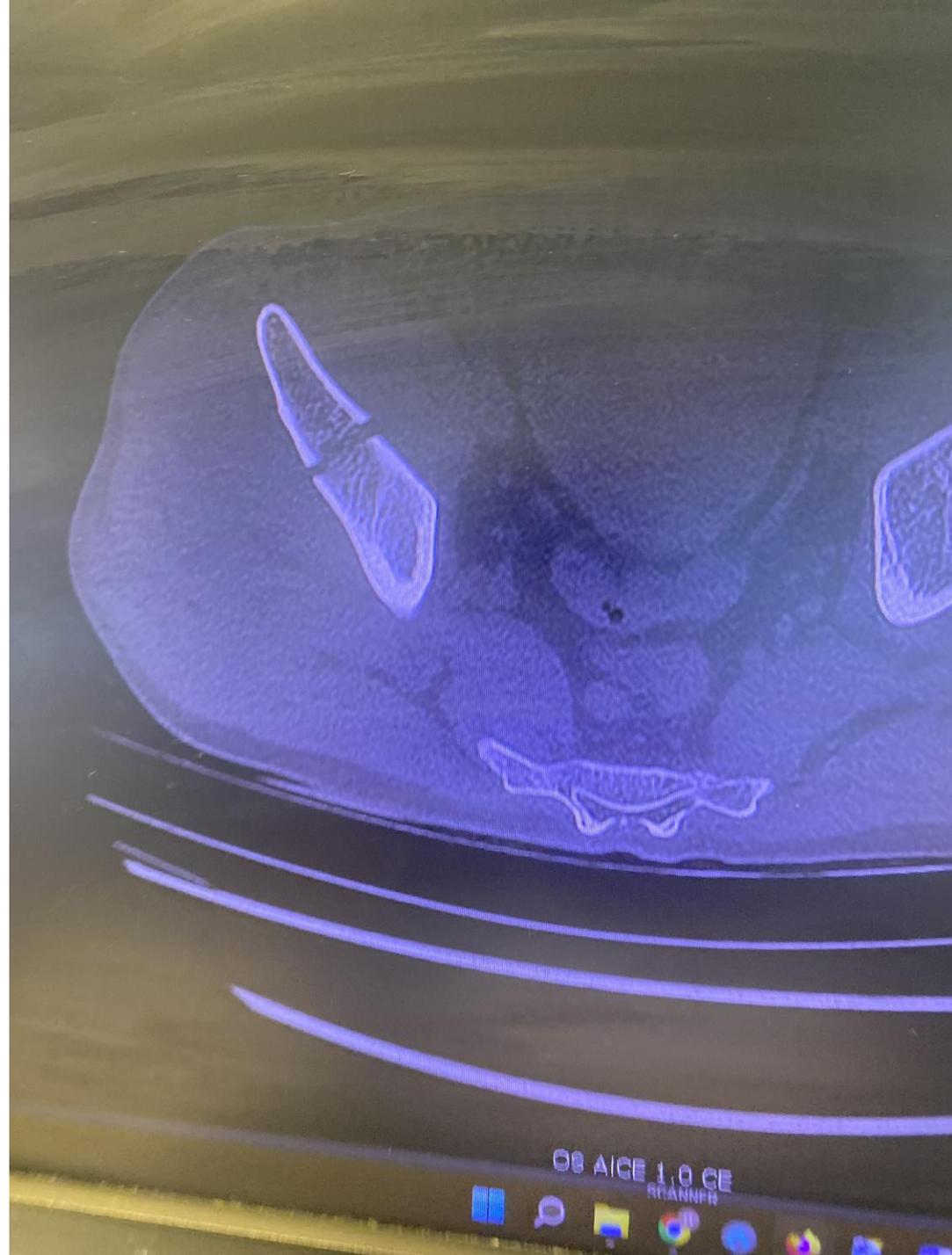
# Mr F. Fracture du bassin

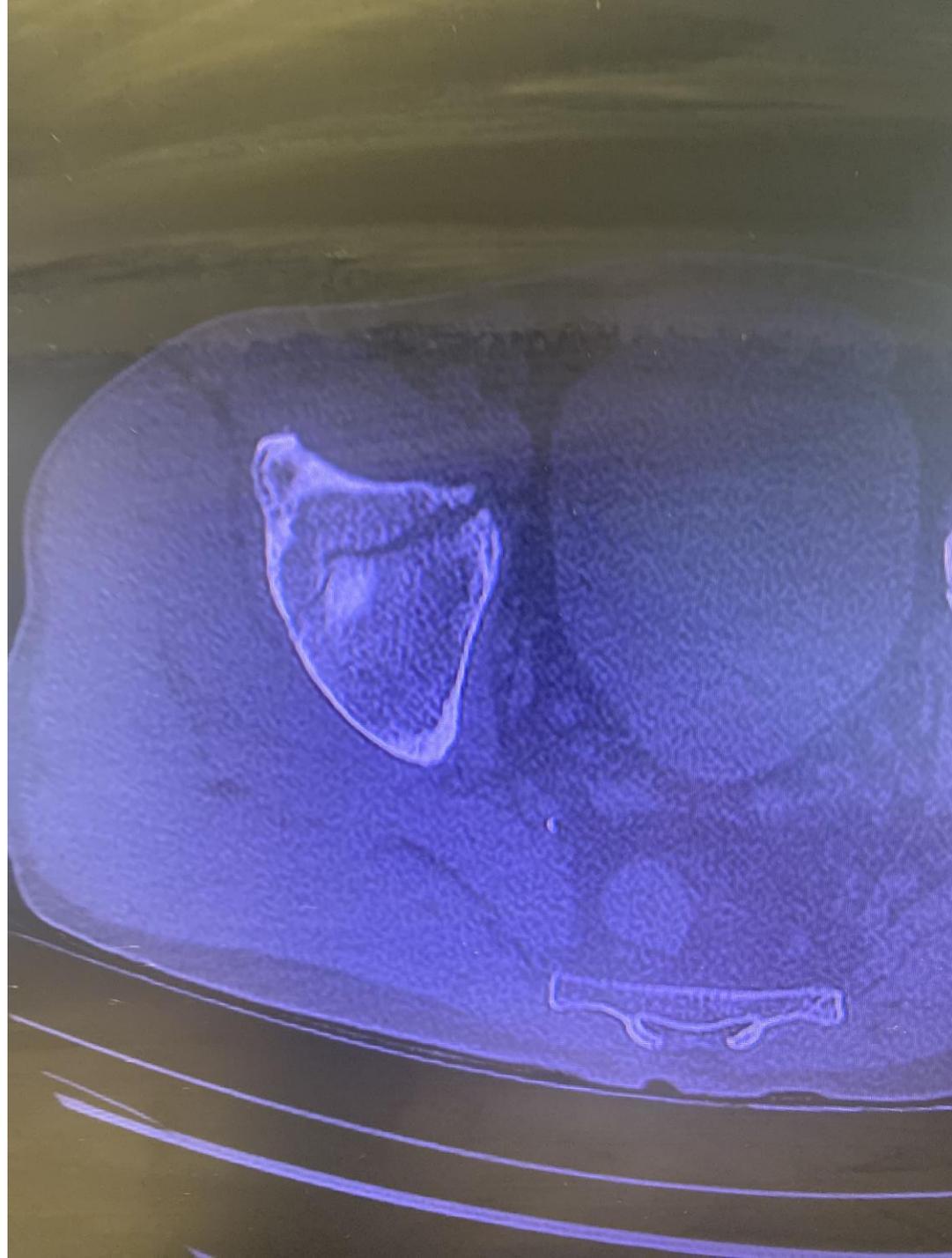
- 48 ans
- Chute escabeau
- Atcd exogenose

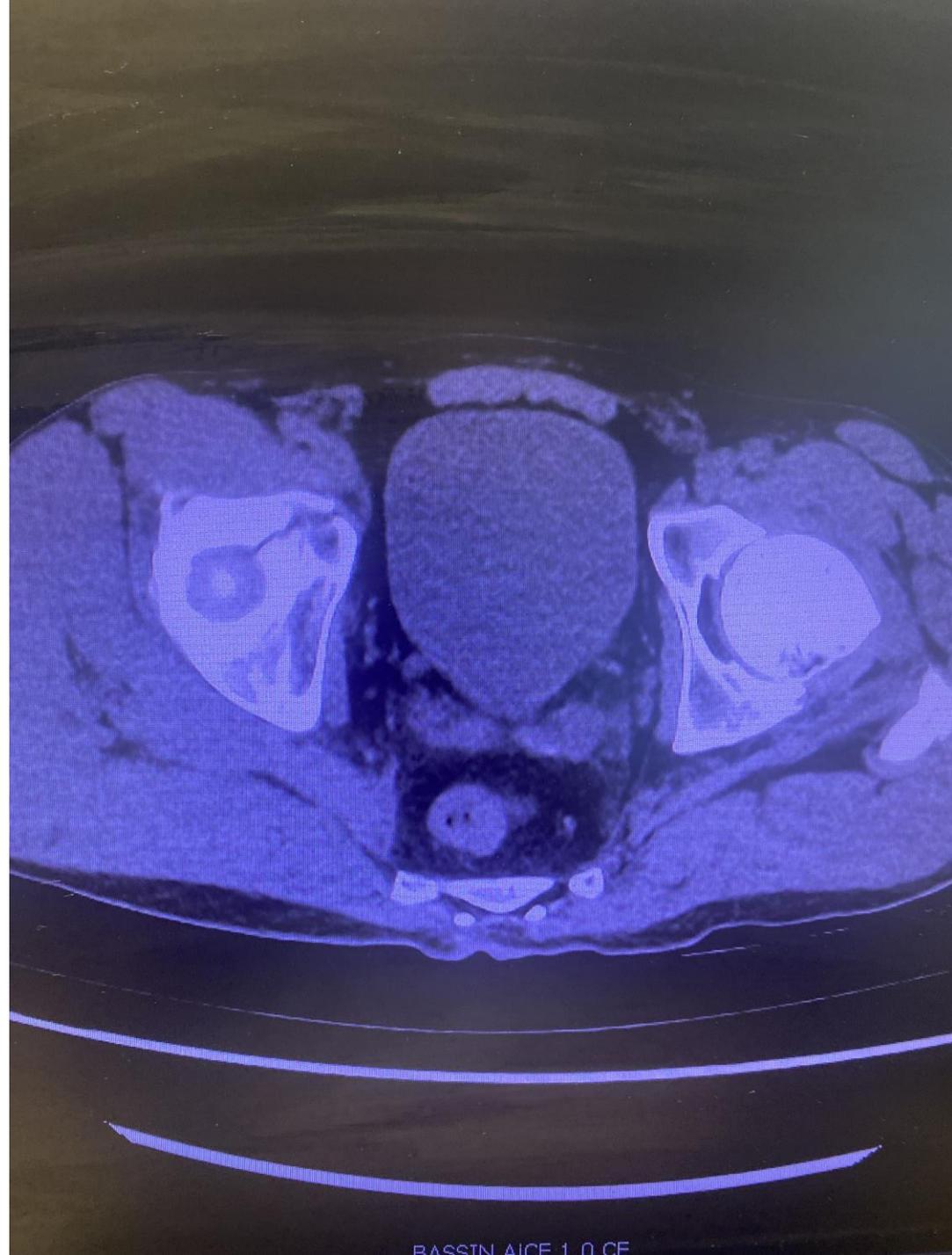


BASSIN AICE 1.0 CE

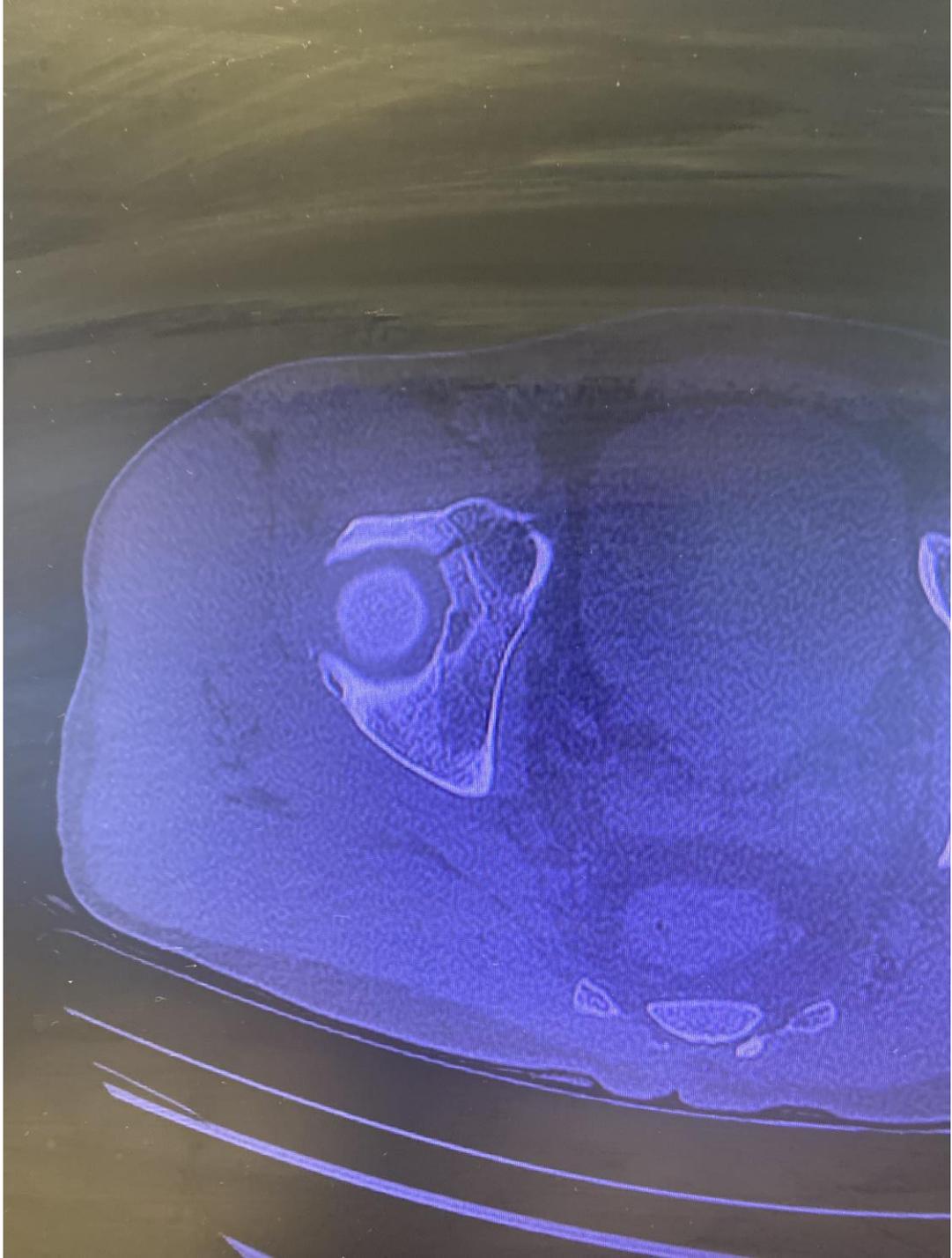








PASSTN AICE 1.0 CE



# Mr F. Fracture du bassin

- Ce profil de fracture est plutôt secondaire à un traumatisme de haute cinétique, surtout chez un patient < 50 ans.
- Or est survenue sur un traumatisme de faible cinétique => Est une fracture ostéoporotique sévère. Pas d'indication chirurgicale car fracture non déplacée et patient avec co morbidités.

## CAT :

- Lit Fauteuil sans appui 6 semaines
- Pas de traction recommandée car non douloureux
- Pas de chirurgie
- TDM de contrôle à 6 semaine
- PEC de l'ostéoporose car risque majeur de nouvelle fracture sévère dans l'année

Note méthodologique et de synthèse documentaire Orthogériatrie et fracture de la hanche paru en 2017, p 53

#### 4. Niveau de preuve selon le « *Clinical Evidence, Hip fracture, BMJ 2009* »

L'article *Clinical Evidence, Hip fracture, BMJ avril 2009, David Oliver, Richard Griffiths, James Roche, and Opinder Sahota (354)* a fait une analyse des niveaux de preuve des soins apportés au patient opéré pour une fracture de hanche. Il précise que :

- le bloc nerveux périphérique en complément ou à la place de la morphine lors de l'admission, semble plus efficace pour réduire la douleur en pré et postopératoire des FH récentes (niveau de preuve faible) ;
- la pose d'une traction n'a pas prouvé son utilité, ni sur la douleur (niveau de preuve faible), ni sur la réduction peropératoire de la fracture (niveau de preuve élevé) ;
- l'antibioprophylaxie à l'induction de l'anesthésie, en dose unique réduit les risques d'infections superficielles et d'infections des voies urinaires (niveau de preuve modéré) et ainsi que le risque d'infections respiratoires (niveau de preuve modéré) ;
- la prévention du risque thromboembolique doit être assurée par les HBPM en première intention, et par de l'héparine non fractionnée, ou des doses ajustées d'anti-vitamine K, ou du fondaparinux en seconde intention ;
- la pose d'une contention veineuse élastique intermittente, en l'absence d'AOMI sévère, réduit le risque thromboembolique (niveau de preuve élevé), en particulier en cas de contre-indication aux anticoagulants ;
- la supplémentation nutritionnelle orale en protéines et en nutriments énergiques est potentiellement bénéfique, mais les preuves manquent pour le confirmer et déterminer la meilleure approche ;
- les bénéfices de la nutrition entérale par sonde naso-gastrique sont incertains. Elle devrait probablement être réservée aux dénutritions sévères pour lesquelles la supplémentation orale n'est pas possible ;
- les programmes de soins coordonnés multidisciplinaires de réhabilitation à l'hôpital après FH ont tendance à donner de meilleurs résultats, mais leurs composantes et leurs intensités optimales ne sont pas connues ;
- les programmes de réadaptation multicomposantes à domicile après FH, semblent répondre au choix du patient et être une option intéressante pour l'organisation des services hospitaliers, mais les preuves des essais cliniques manquent pour faire des recommandations.