

Zeitschrift: Fisio active
Herausgeber: Schweizer Physiotherapie Verband
Band: 40 (2004)
Heft: 8

Artikel: La fracture du col fémoral chez la personne âgée
Autor: Craey, O de / Kerkour, Khelaf
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-929564>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 17.02.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

La fracture du col fémoral chez la personne âgée

De Craeye O., Physiothérapeute, Hôpital du Jura, Site de Delémont, Delémont
Khelaf Kerkour, Physiothérapeute-chef, Hôpital du Jura, Site de Delémont, Delémont, E-mail: khelaf.kerkour@h-ju.ch

the

Mots-clés:

fracture, col du fémur, chute, physiothérapie

La fracture du col du fémur touche de plus en plus de personnes âgées. Ceci est dû à l'augmentation et au vieillissement de la population. Les conséquences de ces fractures sont importantes car elles mettent en jeu le pronostic vital des patients. La prise en charge physiothérapeutique doit être précoce, globale, physique, psychologique et pluridisciplinaire. La prévention est également essentielle.

ABSTRACT

The femur's collar fracture affects more and more older people. This is because population and average age grow. The consequences of these fractures are important, because they can have an influence on the vigorous forecast of the patients. The physiotherapeutic assumption has to be early, global, physical, psychological and interdisciplinary. Prevention is also important.

INTRODUCTION

EPIDÉMOLOGIE

On peut regrouper en deux catégories les personnes qui présentent ce type de fracture [1]: Les sujets âgés d'une part, pour qui la fracture est provoquée par un traumatisme mineur avec bien souvent la présence d'un contexte ostéoporotique important, et les sujets jeunes, suite à un traumatisme violent ou parfois à un entraînement sportif excessif.

Il s'agit là d'un véritable problème de santé publique. En effet, la fracture de l'extrémité supérieure du fémur est très fréquente chez la personne âgée et diminue considérablement ses chances de survie. Le taux de mortalité est environ trois fois plus élevé que celui des autres sujets de la même tranche d'âge. 15 à 25 pour-cent des sujets qui étaient indépendants sont institutionnalisés après leur fracture et 30 pour-cent nécessitent l'utilisation d'aides techniques et/ou humaines. La population féminine est le plus souvent touchée [2, 3]. En Suisse, près d'un tiers des personnes âgées ont chuté cette année. Une chute sur huit a occasionné une fracture du col du fémur [2]. Bien souvent, ces chutes sont la résultante de multiples facteurs: Limitations des A.V.J. (Activité de la vie journalière), chutes antérieures, troubles de la marche et de l'équilibre, diminution des facultés visuelles et intellectuelles, prise de certains médicaments, infection urinaire et également la marche sur terrain accidenté, le port de mauvaises chaussures, la présence de tapis, les conditions d'éclairage, etc. Ces différents facteurs montrent l'importance de la prise en charge multidisciplinaire [2]. Nous nous intéresserons surtout aux fractures du col fémoral chez la personne âgée.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic est posé par le médecin et se caractérise par une douleur et une impotence fonctionnelle due la plupart du temps à une chute. Les formes cliniques peuvent variées: fracture sur os pathologique (ostéoporose, tumeur...), fracture du sujet jeune, fracture de fatigue par microtraumatismes répétés, fracture parcellaire de la tête fémorale. Le membre inférieur est raccourci en adduction et rotation externe. La mobilisation du M.I. et la palpation du pli inguinal provoquent des douleurs. La radiographie confirme le diagnostic [3, 4]. On discernera les fractures cervicales vraies ou fractures du col du fémur des fractures trochantériennes. Ces fractures ont des évolutions différentes. Une fracture cervicale vraie peut léser l'artère circonflexe postérieure et entraîner une nécrose aseptique de la tête fémorale alors que la fracture pertrochantérienne n'est pas concernée par ce problème. Après le traitement chirurgical ou orthopédique, on peut retrouver une pseudarthrose de la tête fémorale mais uniquement dans les fractures du col du fémur. Pour cette dernière, la différence réside dans les forces mécaniques qui séparent les fragments dans les fractures du col et les impactents dans les fractures pertrochantériennes [3, 4].

MÉTHODE

TRAITEMENT CHIRURGICAL

Une fois le diagnostic de fracture du col fémoral posé et la gravité de cette fracture visualisée sur le cliché radiologique. Le trait de fracture est répertorié selon la classification de Garden de I à V [3, 4].

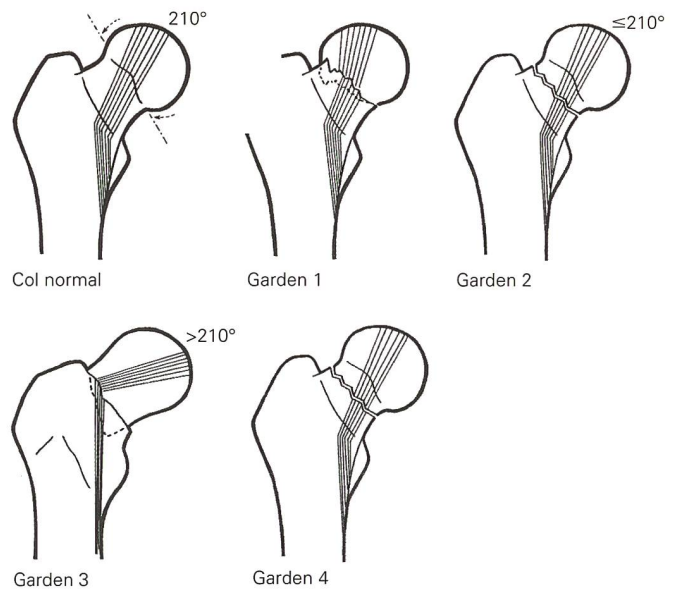


Fig. 1: Classification des fractures du col du fémur selon Garden [4].

Les fractures Garden I et II sont des fractures stables et à faible taux d'ostéonécrose aseptique de la tête fémorale et de complications diverses. Le chirurgien optera pour une ostéosynthèse par deux vis axiales ou pour une vis-plaque ou encore pour un traitement orthopédique (chez les sujets jeunes par traction collée à visée antalgique et décharge pendant trois mois).

Pour les fractures Garden III et Garden IV, plusieurs possibilités sont de mises. Les sujets de soixante ans et moins seront ostéosynthésés. Pour les patients entre soixante et septante ans, le choix entre l'ostéosynthèse ou la prothèse de hanche se fait en fonction de l'âge physiologique du patient et la qualité osseuse. Quant aux patients de septante ans et plus, une prothèse totale de hanche est préférée [3, 5]. Le but est de conservé tant que possible le capital osseux. Le chirurgien tiendra compte également des pathologies associées et de l'état mental du patient.

TRAITEMENT PHYSIOTHÉRAPEUTIQUE

Le but est de redonner aux malades l'autonomie le plus rapidement possible afin d'éviter les complications de décubitus. Cette rééducation tiendra directement compte des exigences du chirurgien qu'il s'agisse des délais progressifs de mise en charge, des gestes contre-indiqués suite à la voie d'abord utilisée, de la solidité du montage, ...

Nous reprendrons ici les grandes lignes que vont prendre la rééducation en n'oubliant pas que nous avons à faire à des patients et que chacun d'eux est unique. Cela demande donc de la part du thérapeute une grande flexibilité dans l'application du traitement. Des complications peuvent entraver le bon déroulement des opérations, l'état mental du patient peut être gravement altéré, des pathologies associées peuvent modifier considérablement les possibilités du patient. Là aussi, le bon sens et l'adaptabilité du physiothérapeute seront mis à contribution.

Phase préopératoire

En général, la physiothérapie débutera avant l'intervention chirurgicale. Cette dernière est réalisée assez rapidement. Le rôle du physiothérapeute sera de se présenter au patient, le rassurer, lui expliquer l'intervention qu'il va subir ainsi que la rééducation qui va suivre. Le physiothérapeute veillera au positionnement correct du patient, sans toucher au M.I. fracturé qui sera maintenu dans une gouttière anti-rotation. Il montrera les exercices à effectuer avec les membres sains [3]. Les exercices à visée circulatoire et la respiration seront également pratiqués.

Phase d'alitement

Après l'intervention (jour 0), le patient est allongé dans le lit, la jambe maintenue dans une gouttière anti-rotation. Les drains sont présents, parfois un cathéter. Ce qui pourra entraver fortement la sensibilité, la proprioception ainsi que la mobilisation. Le physiothérapeute veillera au positionnement correct du malade. Durant cette phase, la mobilisation du M.I. opéré se fait en fonction des exigences du chirurgien (voir plus haut). Et en respectant la non douleur [3, 5]. Cette mobilisation passive est effectuée par le physio ou par le kinétec pour la mobilisation en flexion-extension du M.I. opéré si le patient supporte mieux le rythme de la machine. Le M.I. sain ainsi que les M.S. seront travaillés activement ou contre résistance (bande élastique) selon les possibilités du patient. On recherchera la contraction isométrique du quadriceps et des fessiers. Il peut y avoir une sidération du quadriceps après l'intervention. Le patient étant incapable de contracter volontairement le muscle. L'électrostimulation permettra de résoudre facilement ce problème. On contrôlera également la mobilité de la rotule qui permettra d'infirmier ou de confirmer la présence d'une contracture du quadriceps. Le physiothérapeute sera particulièrement attentif aux troubles de décubitus qui sont:

Thrombophlébite, embolie pulmonaire, infection urinaire et pulmonaire, escarres au sacrum et aux talons, raideurs articulaires [3, 4].

Il faudra donner des exercices de mobilisation au lit que le patient devra réaliser lui-même (mobilisation cheville et Membres sains).

En présence d'œdème, le physiothérapeute peut faire des manœuvres de drainage et/ou poser de la glace régulièrement sur la partie œdématiée [1, 3, 4, 5].

Si le patient a des problèmes respiratoires, veillez à le désencombrer.

Phase du premier lever

Le premier lever se fera 24 à 48 heures après l'intervention selon les chirurgiens et selon les possibilités du patient (état mental, complications,...). Les drains peuvent être encore présents.

Le but est de mettre le patient assis au fauteuil.

Le physiothérapeute prendra bien le temps d'expliquer au patient la marche à suivre.

Le lever se fera de l'un ou l'autre côté du lit selon le protocole chirurgical. Un petit coussin entre les genoux permet d'assurer la stabilité et d'éviter les douleurs lors du passage couché-assis.

L'utilisation d'un déambulateur ou des deux cannes anglaises est recommandée pour effectuer le transfert lit-fauteuil afin de ne pas charger sur le M.I. opéré (selon exigences). Ceci mettra en confiance le patient.

La marche

La marche sera débutée en fonction de l'état du patient et le plus précocement possible (jour 2 ou jour 3).

La charge sera respectée. On peut utiliser une balance pour que le patient prenne conscience de la charge permise [5].

On peut également faire marcher le patient entre les barres parallèles si l'utilisation des cannes ou du déambulateur est trop périlleuse. Les barres parallèles sont le meilleur support pour faire des exercices en toute sécurité de manière progressive: Déroulement du pied, exercices d'équilibre divers, exercices d'extension, d'abduction et de triple flexion de hanche en chaîne ouverte, de balancements pendulaires,... [5, 6].

Les exercices de la phase d'alitement sont poursuivis.

Le patient peut également aller en piscine dès que les fils sont enlevés (jour 10 à jour 14) et la cicatrice sèche. Un pansement hydroactif peut être utilisé pour protéger la cicatrice et pour aller plus rapidement en piscine. Celle-ci sera déconseillée en cas de varices ou œdème des M.I., et proscrite en cas de démence sénile, escarre, incontinence urinaire ou fécale bien entendu.

La piscine permettra les mouvements actifs et une remise en charge progressive en entretenant le schéma de la marche dans l'eau [5].

Les réactions de protection et de redressement seront également travaillées: élargissement de la base de sustentation à la marche, travail de l'équilibre du tronc en assis et en station debout avec les moyens auxiliaires, dérotation de ceinture, retournement.

Lorsque la marche est correctement réalisée, on peut monter et descendre les escaliers, pratiquer la marche en extérieur et sur terrains variés (parcours spécifique,...).

La physiothérapie se verra fonctionnelle en réapprenant les gestes effectués quotidiennement mais en y intégrant des techniques qui respectent les mouvements contre-indiqués et la charge permise (ramasser un objet au sol, ...).

L'intensité des exercices est progressivement augmentée en fonction de la solidité du montage et des exigences du chirurgien. Les transferts sont travaillés jusqu'au maximum des possibilités du patient.

Lorsque la charge totale est permise, on peut travailler les exercices d'équilibre avec plus d'intensité, le renforcement contre résistance plus importante sur machine, transfert couché au sol-debout. Le but est d'éviter une autre chute [5].

Retour à domicile ou dans la famille ou placement dans un home

L'interdisciplinarité, le contact entre le personnel soignant trouvera ici toute son importance afin de gérer au mieux le retour du patient à son domicile ou son placement dans un home.

La visite de l'ergothérapeute au domicile du patient sera déterminante ainsi que la concertation avec le physiothérapeute afin d'évaluer les possibilités et les besoins du patient (aides techniques, aménagement du domicile).

Les activités de la vie journalière seront évaluées (toilette, repas, habillage, transferts,...).

La durée d'hospitalisation est variable. Celle-ci peut aller jusqu'à trois mois [3]. Elle dépend également du soutien et de la présence de la famille autour du malade.

La physiothérapie peut être poursuivie en fonction des besoins au domicile du patient ou en home.

LES COMPLICATIONS

Les complications sont nombreuses et constituent le réel danger de ce type de fracture chez la personne âgée.

Certaines sont directement tributaires de la méthode chirurgicale utilisée:

Après une ostéosynthèse, l'artère circonflexe postérieure peut être atteinte exposant ainsi la tête fémorale à une nécrose aseptique. Ceci touche plus les Garden IV et les traits de fractures verticaux. Cette artère peut également être comprimée par l'hémarthrose. Si elle n'est pas ponctionnée, la conséquence peut être la nécrose: on parle de tamponnade [7] qui peuvent se rencontrer dans les Garden I et les fractures en coxa valga de la tête fémorale.

Le patient se présente avec une douleur dans le pli de l'aîne entre six mois et un an suivant le traumatisme.

La pseudarthrose ou la non consolidation à six mois du col peut être due à une mauvaise vascularisation de la tête fémorale, résulter de facteurs mécaniques contraignants la consolidation ou encore due à l'intervention elle-même.

Elle se traduit par des douleurs dans le pli de l'aîne et radiologiquement par l'impaction du foyer de fracture avec un recul du matériel d'ostéosynthèse. Le traitement est chirurgical: ostéotomie de réorientation, prothèse.

Le cal vicieux se rencontre dans les Garden I. Le cal consolide en valgus mais ceci est tolérable car cela ne retentit pas sur la fonction.

Pour les prothèses de hanche, on peut rencontrer un « choc au ciment » qui est une désaturation brutale lors de la mise en charge de la prothèse.

La luxation est fréquemment rencontrée: accompagnée ou non d'une fracture du cotyle. Le descellement aseptique ou infectieux ou encore la cotyloïdite qui est une usure du cartilage en regard de la boule prothétique sont des complications également possibles.

Les autres complications sont des décompensations de problèmes déjà présents avant la chute mais qui sont aggravés par cette dernière [3, 5]:

- **Respiratoires:** Asthme, bronchite chronique, insuffisance respiratoire
- **Cardiaques:** HTA, insuffisance cardiaque, trouble du rythme
- **Rénaux:** Déshydratation, insuffisance rénale
- **Psychiques:** Désorientation spatio-temporelle, confusion, agitation, dépression,...
- Déséquilibre d'un diabète

LA PRÉVENTION

La prévention est essentielle. En physiothérapie, le but sera de préserver les amplitudes articulaires (extension, abduction de hanche), d'augmenter la force musculaire et de favoriser les réactions d'équilibration et de redressement.

On peut également conseiller au patient le port d'un protecteur de hanche bien que celui-ci ne soit pas adopté par le patient sauf si il a déjà été victime d'une chute. Il permet d'éviter un bon nombre de fractures [5, 8, 9].

Le domicile du patient devra être ré-aménagé. Ceci dépend plus du travail de l'ergothérapeute mais le physiothérapeute peut conseiller son patient lorsque celui-ci lui parle d'un problème particulier en thérapie (avoir un bon éclairage, aménager des espaces de rangement, retirer les tapis ou y mettre des anti-dérapants, aménager la salle de bain et les toilettes, placer des rampes aux escaliers,...) [10].

L'important est de détecter à temps les sujets à risques de chutes, le rôle du médecin et du physiothérapeute sont primordial. Un test simple peut être réalisé:

Test «Up and go» [11]

1. Le patient est assis sur une chaise de hauteur standard avec appui-bras.
2. Le patient doit se lever et marcher vers un mur à une distance de trois mètres et revenir s'asseoir.
3. La durée normale est de 10 secondes.
4. Si le patient met plus de 20 secondes pour effectuer la manœuvre, il est à risque élevé de chute.

La prévention passe aussi par la pratique d'une activité physique régulière: Tai chi, mouvement par la danse [5, 9, 12].

La lutte contre la fragilisation osseuse aura également toute son importance (ttt hormonaux, Calcium,...) [13].

La prévention passe aussi par l'information de la personne elle-même et de son entourage. Une personne âgée bien encadrée et bien informée a moins de chance de chuter qu'une personne isolée.

CONCLUSION

Le nombre de chutes et de fractures du col fémoral en particulier devrait tripler d'ici à 2050 [3]. Ceci est dû à l'augmentation et au vieillissement de la population. Il s'agit d'un véritable problème de santé publique qui met en jeu le pronostic vital de l'individu. L'importance réside dans la prévention: la détection des patients à risques et leur prise en charge précoce. Lorsqu'une fracture du col fémoral survient, le rôle du physiothérapeute est d'assurer une prise en charge globale, physique et psychologique du patient qui tiendra compte des particularités de chacun et de la présence de pathologies associées. L'entourage du patient et la coordination entre les différents membres de l'équipe soignante auront également toute leur importance afin d'éviter les récurrences de chutes et assurer une longévité relative des personnes.

RÉFÉRENCES

1. *GOHEN F, BERSET S, BRATH M.* Les fractures proximales du fémur et leurs traitements., HUG Hôpitaux Universitaires Genevois, www.hcu-ge.ch/~physio/physiotherapie/docs/protocoles/fractures_proximales_femur_et_reeducation.pdf
2. *BISOSCHBERGER G, DUBAY C, EGOLF U, HOLZER R.* Chute en EMS. Rapport d'un projet connu, EPS/KPS: école du personnel soignant, Fribourg. www.fr.ch/eps/pub/rech/ins/chutes_en_ems.pdf
3. *CASTELAIN, CHRISTOFILIS, JAYANKURA, SAMAHA.* orthopédie: internat 2001, CHU-PS Hôpital pitié-Salpêtrière, www.chups.jussieu.fr/polys/orthopedie/polyortho/Orthopedie.pdf
4. *PRISER C.* Traumatologie – La fracture du col du fémur, www.infirmiers.com/etudiants/cours/traumato/fractcoldufemur.php4
5. Associations nationales des médecins spécialistes de rééducation. La chute: La chute, conséquences traumatiques et rééducation (Membres inférieurs et rachis), N°59, 2^{ème} trimestre 2001, www.anmsr.asso.fr/anmsr00/59/mary.htm
6. *ESTRADE J-L.* Du diagnostic au traitement en kinésithérapie, perso.club-internet.fr/carres/H1sommairehanche.htm
7. *PIDHORZ L.* Fractures de l'extrémité supérieure du fémur en Coxa Valga et tamponnade: Mythe ou réalité?, www.maitrise-orthop.com/corpusmaitri/orthopaedic/110_pidhorz/pidhorz.shtml
8. *KANNUS P. et al.* Prevention of hip fracture in elderly people with use of a hip protector, N. Engl. J. Med, 2000, 343: 1506–1513, www.kph-protection.com/publication.htm
9. *BÜRGE M, GERBER E, CHAPPUIS CH.* Chutes et risques de chutes, www.medicalforum.ch/pdf_f/2002/2002-06/2002-06-122.PDF
10. Ligue Suisse contre le rhumatisme. Assortiment de moyens auxiliaires. Brochure, Renggerstrasse 71, 8038 Zurich.
11. Associations des médecins rhumatologues du Québec. L'ostéoporose – Approche diagnostique et thérapeutique. www.cra.ucalgary.ca/cra1/publications/quebec-association.htm
12. *KRESSIG RW, BEAUCHET O, WINKELMANN MOBEQ A.* Programme de réhabilitation de la mobilité et de l'équilibre. www.hugge.ch/Internet/instance.nsf/0/C064E9DFAA91E8EAC1256BE2004E2687?OpenDocument
13. *JEGGER J.* Diagnostic et traitement de l'ostéoporose, Forum Med Suisse n°16, 17 avril 2002, www.jjeger.ch/papers/OP-Jeger2f.pdf