Revue de chirurgie orthopédique et traumatologique 104 (2018) 188–192

Disponible en ligne sur ScienceDirect www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France EM|consulte www.em-consulte.com

Mémoire original

Conserver ou amputer une fracture ouverte de jambe avec délabrement en première intention ? Évaluation fonctionnelle et de la qualité de la vie☆

Amputation versus conservative treatment in severe open lower-limb fracture: A functional and quality-of-life study

M. Fioravanti , P. Maman , G. Curvale , A. Rochwerger , J.-C. Mattei *

Service de chirurgie orthopédique, hôpital universitaire Nord, AP–HM, Aix-Marseille 2 université, Marseille, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :
Reçu le 6 juillet 2016
Accepté le 23 décembre 2017

Mots clés :
Amputation
Traitement conservateur
Fracture ouverte
Délabrement
Évaluation fonctionnelle
Handicap
Qualité de vie
MOS SF-36
Complications
Jambe

RÉSUMÉ

Introduction. – Les traumatismes délabrant de jambes constituent un évènement majeur dans la vie des patients et leur traitement reste un challenge thérapeutique peu étudié dans la littérature. L'objectif principal de ce travail était d'étudier la différence de handicap entre les patients amputés et ceux ayant conservé leur jambe après un traumatisme délabrant avec fracture ouverte de jambe.
Hypothèse. – L'hypothèse initiale était qu'une amputation permettrait une meilleure récupération fonctionnelle et une meilleure qualité de vie, dans les mêmes délais.
Matériels et méthodes. – Tous les patients, hommes et femmes, de plus de 18 ans admis dans un trauma center pour traumatisme majeur de jambe avec fracture Gustilo 3b ou 3c ont été inclus. Le suivi minimum était de 2 ans. Les données ont été collectées selon la prise en charge initiale des deux groupes : conservation de membre ou amputation. Le taux d'infection, le nombre de reprises chirurgicales, la durée d'hospitalisation, les paramètres fonctionnels (périmètre de marche, station debout, utilisation de cannes, course, saut, conduite, activité physiques et professionnelle) et la qualité de vie (score MOS SF-36) ont été évalués puis comparés entre les deux groupes.
Résultats. – Vingt-sept patients ont été inclus dans le groupe traitement conservateur et 24 dans le groupe amputation. Le nombre d'infections, d'interventions et la durée d'hospitalisation étaient statistiquement inférieurs dans le groupe amputation ($p < 0{,}02$). Tous les paramètres fonctionnels (excepté la reprise d'une activité professionnelle) et la qualité de vie globale étaient significativement en faveur du traitement par amputation. Il n'y avait pas de différence entre les groupes au niveau du score psychique.
Conclusion. – Lors d'un traumatisme délabrant de jambe, l'amputation semble donner de meilleurs résultats au niveau fonctionnel et en termes de qualité de vie. Cependant ce traitement ne semble pas améliorer le retour à une activité professionnelle et reste aussi mal accepté psychologiquement qu'un traitement conservateur long et complexe.
Étude rétrospective, niveau d'évidence scientifique 4.

© 2018 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

1. Introduction

Les fractures ouvertes de jambe avec un grand délabrement restent un challenge thérapeutique pour l'avenir fonctionnel du membre inférieur et pour le patient en termes d'incapacité et de handicap.

Des classifications ont été élaborées afin d'apporter une aide à la décision de la prise en charge thérapeutique [1], mais elles demeurent imparfaites [2] : la classification de Gustilo et Anderson manque de reproductibilité entre praticiens [3,4] et celle de Cauchoix et Duparc ne tient compte que des lésions cutanées, sans

DOI de l'article original : http://dx.doi.org/10.1016/j.otsr.2017.12.013.
☆ Ne pas utiliser, pour citation, la référence française de cet article, mais celle de l'article original paru dans *Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research*, en utilisant le DOI ci-dessus.
* Auteur correspondant. Service de chirurgie orthopédique, hôpital Nord, 3e A, chemin des Bourrély, 13915 Marseille cedex 20, France.
Adresse e-mail : mattei.orthopedie@gmail.com (J.-C. Mattei).

https://doi.org/10.1016/j.rcot.2018.01.010
1877-0517/© 2018 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

traduction évolutive contrairement au score MESS (Mangled Extremity Severity Score), prédictif [5–7] d'une amputation, mais qui reste l'objet de débats sur sa validité clinique [8–10].

La stratégie chirurgicale doit être adaptée à la gravité de la lésion et dans les stades les plus sévères (Gustilo IIIB et IIIC), deux traitements peuvent être envisagés : l'équipe chirurgicale doit en effet choisir, souvent avec une grande difficulté, entre une attitude conservatrice, parfois lourde et complexe, ou une amputation de première intention. Cette dernière est souvent vécue comme un échec et peut par conséquent engendrer un excès d'indications de reconstruction maximaliste, faisant intervenir plusieurs techniques médico-chirurgicales (ostéosynthèses, pontages vasculaires, lambeaux, rééducation longue. . .) avec un prix lourd à payer sur le plan fonctionnel et émotionnel [11] chez des patients souvent jeunes.

Le traitement conservateur nécessite la pose d'un fixateur externe dans plus de 82 % des cas mais semble être associé à des complications et reprises chirurgicales plus fréquentes, une hospitalisation et une rééducation plus longues [12–14] qu'en cas d'amputation [15–17]. D'autres études ne retrouvent pas de différence à long terme pour le traitement conservateur [18–20] mais le nombre d'auteurs qui se sont penchés sur cette problématique restait faible et il apparaissait intéressant d'analyser notre expérience à la lumière de ceux déjà publiés.

L'objectif principal de ce travail était de déterminer si les séquelles en termes d'incapacité et de handicap seraient différentes en comparant deux groupes de patients ayant subi un traumatisme délabrant avec fracture ouverte de jambe selon qu'ils aient été amputés en première intention ou qu'ils aient reçu un traitement conservateur. L'hypothèse initiale était que le traitement par amputation permettrait probablement une meilleure récupération fonctionnelle et une meilleure qualité de vie par rapport au traitement conservateur, dans les mêmes délais.

2. Matériel et méthode

2.1. Population

La population étudiée entre 2010 et 2015 portait sur des hommes et des femmes de plus de 18 ans à 2 ans minimum et 5 ans maximum d'un important traumatisme du membre inférieur au niveau de la jambe, ayant entraîné une fracture ouverte de stade IIIB ou IIIC selon la classification de Gustilo. Ces patients ont été répartis en fonction de leur traitement initial sur leur fracture ouverte : groupe traitement conservateur ou groupe amputation.

Les patients inclus ont tous été pris en charge dans les centres hospitaliers universitaires d'une seule ville, que ce soit dans les services de chirurgie orthopédique et traumatologique, de chirurgie vasculaire ou de chirurgie plastique et réparatrice.

Les critères d'exclusion étaient les difficultés de compréhension et d'expression du patient, les séquelles motrices dues à une cause centrale, les amputations bilatérales, les amputations secondaires survenues avant la réalisation de notre étude, les fractures du membre inférieur controlatéral non consolidées, ainsi que d'éventuelles nouvelles fractures au membre inférieur liées à un nouveau traumatisme.

2.2. Données étudiées

L'âge au moment du traumatisme, le type de lésions osseuses, nerveuses et vasculaires, la durée d'hospitalisation initiale, le nombre d'interventions, le nombre d'infections au niveau du membre lésé ont été recueillis.

Les données fonctionnelles telles que la douleur (mécanique ou neuropathique), le périmètre de marche, l'utilisation ou non de cannes, la station debout, l'utilisation des escaliers, la course, le saut, la pratique d'un sport, la conduite avec boite automatique ou non, la reprise d'activité professionnelle avec ou sans reclassement professionnel ont aussi été récupérées.

Enfin, la qualité de vie à été analysée au travers du questionnaire MOS SF-36 (Medical Outcome Study Short Form-36) qui comporte 36 questions réparties en 8 scores : l'activité physique (PF), la limitation due à l'état physique (RP), les douleurs physiques (BP), la santé perçue (GH), la vitalité (VT), la vie et relation avec les autres (SF), les limitations dues à l'état psychique (RE), la santé psychique (MH), ainsi que les scores résumés psychiques (MCS) et physiques (PCS) [21,22].

2.3. Statistiques

Le test U de Mann et Whitney a été utilisé pour les données qualitatives à variables de réponse quantitatives.

Le test du Chi^2 a été utilisé pour comparer les deux échantillons indépendants sur des données qualitatives à variables de réponse qualitatives nominales.

Le seuil de significativité a été fixé à $p < 0{,}05$.

3. Résultats

3.1. Population

Pour le groupe traitement conservateur (TC), 32 dossiers ont été sélectionnés, 27 patients ont pu être contactés et ont accepté de participer à l'étude. Tous ont été traités initialement par pose d'un fixateur externe, puis secondairement par clou centromédullaire ou plaque vissée avec ou sans greffe osseuse.

Dans le groupe amputation (A), 31 dossiers ont été sélectionnés et 24 patients ont pu être contactés et ont accepté de participer à l'étude.

Le groupe TC comprend 25 hommes et deux femmes, et le groupe A 23 hommes et une femme. L'âge était de 42,37 ans [min. 18,25 ; max. 58,79] dans le groupe TC et 43,74 ans [min. 22,49 ; max. 60,19] dans le groupe A. Le délai entre l'accident et la réalisation de l'enquête (161,65 semaines versus 181,93) et la nature du traumatisme étaient comparables entre les deux groupes (Tableau 1a).

Les lésions vasculaires et neurologiques étaient significativement plus fréquentes dans le groupe A, ainsi que les lésions IIIC ($p < 0{,}001$) (Tableau 1b).

La localisation des lésions et les lésions d'autres organes (crâne, organes intra-abdominaux, intra-thoraciques) étaient en nombre équivalents dans les deux groupes ($p > 0{,}05$), Tableau 1c.

La durée d'hospitalisation initiale était presque deux fois plus longue (10,4 semaines) dans le groupe TC que dans le groupe A (5,6 semaines) avec $p = 0{,}02$. Le nombre d'interventions par patient y était plus élevé (en moyenne 4,9 versus 2 avec $p < 0{,}001$). Les infections étaient également plus fréquentes dans le groupe TC (17 cas sur 27 patients) que dans le groupe A (8 cas sur 24), $p < 0{,}001$.

3.2. Données fonctionnelles

Une douleur mécanique était plus fréquente dans le groupe TC (20/27 cas vs 5/24) avec $p < 0{,}001$. Les cinq patients amputés se plaignaient de douleur au niveau du moignon de jambe dont la saillie osseuse entrait en conflit avec la prothèse.

Les douleurs neuropathiques étaient plus fréquentes dans le groupe A (18/24 cas vs 7/27), $p < 0{,}001$. Elle se manifestait principalement par des douleurs du membre fantôme.

Les résultats obtenus sur le périmètre de marche, l'utilisation de cannes, la tenue de la station debout prolongée, la possibilité de monter et descendre les escaliers sans difficulté, courir, sauter

Download English Version:

https://daneshyari.com/en/article/8803470

Download Persian Version:

https://daneshyari.com/article/8803470

Daneshyari.com