

Une prothèse en phase palliative ? Place de la chirurgie dans la prise en charge en urgence d'une fracture de l'extrémité supérieure du fémur en phase palliative d'un cancer du cardia

Cécile Poupardin Moulin

► **To cite this version:**

Cécile Poupardin Moulin. Une prothèse en phase palliative ? Place de la chirurgie dans la prise en charge en urgence d'une fracture de l'extrémité supérieure du fémur en phase palliative d'un cancer du cardia. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01685651

HAL Id: dumas-01685651

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01685651>

Submitted on 16 Jan 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Université Pierre et Marie Curie
Paris VI
Faculté de Médecine

UNE PROTHESE EN PHASE PALLIATIVE ?

Place de la chirurgie dans la prise en charge en urgence d'une fracture de l'extrémité supérieure du fémur en phase palliative d'un cancer du cardia

Docteur Cécile Poupardin MOULIN

Mémoire pour le Diplôme Universitaire

ACCOMPAGNEMENT ET FIN DE VIE

Année 2016-2017

Responsables d'enseignements :

Professeur Francis Bonnet, Docteur Véronique Blanchet, Docteur Yolaine Raffray

INTRODUCTION

Je suis Hépato Gastro-Entérologue, Praticien Hospitalier dans un Hôpital Général de l'Est Parisien, en Seine Saint Denis, ce fameux 93... Le bassin d'activité de l'établissement draine plusieurs communes tristement célèbres... mais c'est un établissement à taille humaine qui permet aux différentes équipes de se connaître et de discuter.

L'Hôpital comprend deux sites :

- Sur le site principal sont regroupés des services de spécialités médicales et chirurgicales, de gériatrie, d'oncologie, de radiothérapie, les plateaux techniques et une Equipe Mobile d'Accompagnement de Soins Palliatifs (EMASP).
- Sur le deuxième site distant de 300 mètres se trouvent le SSR (Soins de Suite et Réadaptation) et une Unité de Soins Palliatifs (USP) de 14 lits.

J'exerce ma spécialisation de Gastro-Entérologue quasi exclusivement dans le service d'Oncologie, ce qui me permet de prendre en charge les patients atteints d'un cancer digestif mais aussi de m'occuper des patients ayant des symptômes digestifs alors qu'ils sont pris en charge pour d'autres tumeurs. Cette prise en charge peut se faire au moyen de consultations, d'hospitalisations de jour ou traditionnelles. Le Service d'hospitalisation traditionnelle comprend 20 lits dont 4 Lits Identifiés de Soins Palliatifs (LISP). Ceci permet un suivi prolongé des patients y compris à la phase palliative de leur maladie, la seule césure étant les 300 mètres qui séparent le site principal du site de l'USP.

LE RECIT

Mme G, 76 ans, m'a été adressée en consultation d'oncologie digestive fin septembre 2015. Le diagnostic d'adénocarcinome moyennement différencié du cardia développé sur endobrachyoœsophage avait été posé après 2 endoscopies digestives hautes réalisées en raison d'une dysphagie aux solides et aux liquides d'installation progressive et responsable d'une perte de 6 kg en 6 semaines.

La patiente pesait 48kg pour 148cm (dénutrition modérée) n'avait pas de douleur.

Le scanner thoraco abdominopelvien ne retrouvait pas d'adénopathie suspecte ou métastase à distance.

Dans ses antécédents, on retrouvait un diabète non insulino-dépendant, une dyslipidémie et une hypertension artérielle traités et contrôlés. Pas d'antécédent chirurgical mais un antécédent familial de cancer de l'œsophage chez son père qui en est mort...

Suite à la première RCP (Réunion de Concertation Pluridisciplinaire) la patiente a bénéficié d'une pose de prothèse œsophagienne avec valve anti reflux pour atténuer la dysphagie et d'un support nutritionnel entéral.

La patiente est entrée dans un projet curatif avec chimiothérapie néoadjuvante par FOLFOX 4 simplifié. Le traitement a été toléré correctement au prix d'une neuropathie de grade 1, associée à la perte de 4kg supplémentaires. Malheureusement le scanner d'évaluation réalisé en février 2016 montre une progression tumorale avec apparition de métastases hépatiques et doute sur une carcinose péritonéale.

Devant la persistance d'un état OMS1 une chimiothérapie palliative par FOLFIRI est proposée à la patiente.

Cette 2ème ligne de traitement a été tolérée correctement, le poids stable et la patiente reste OMS1. Le scanner montre une réponse discordante avec stabilisation des lésions hépatiques mais progression de la maladie œsophagienne.

Discussion en RCP d'une 3ème ligne de chimiothérapie que la patiente refuse car elle souhaite faire une pause thérapeutique pour aller passer des vacances en famille dans sa résidence secondaire.

Pendant ses vacances, elle est hospitalisée en urgence à Paray le Monial pour hémoptysie. L'épisode est probablement en lien avec une fistulisation tumorale qui n'a pu être mise en évidence malgré des examens invasifs réalisés sans anesthésie et mal tolérés par la patiente.

Elle abrège ses vacances et je la retrouve asthénique, amaigrie, OMS2 avec récurrence d'une importante dysphagie. Le scanner réalisé pour discuter le changement de prothèse retrouve une progression tumorale majeure avec innombrables métastases hépatiques, carcinose péritonéale et progression locorégionale.

En 10 jours la patiente se dégrade, OMS 3, perte de poids et épuisement. Annonce d'une prise en charge palliative exclusive avec mise en place d'une corticothérapie et de sandostatine.

La patiente est revue rapidement en consultation conjointe avec le médecin de l'EMASP (Equipe Mobile d'Accompagnement et de Soins Palliatifs) et le traitement symptomatique, semblant efficace, est complété par un patch de Matrifen 12 microg/h /72h et des interdoses d'Oxynormo 10mg.

La patiente est hospitalisée 5 jours plus tard en raison de vomissements en lien avec la prise d'Oxynorm. Il est décidé d'augmenter la dose de Matrifen, d'effectuer une

rotation vers des interdoses d'Abstral et de majorer la corticothérapie par voie parentérale.

Devant une nouvelle intolérance à l'Abstral, un équilibre est finalement trouvé avec des interdoses d'Acupan.

Après discussion avec la patiente, son mari et sa fille, ses personnes de confiance, celle-ci a pu rentrer à domicile en HAD (Hospitalisation à Domicile) et une demande anticipée a été faite à l'USP.

La patiente est restée 3 semaines au domicile se dégradant progressivement mais sans inconfort. Elle a demandé son admission à l'USP le 10 octobre 2016. Il n'y avait pas de place disponible immédiatement...

Dans la nuit du 11 au 12 octobre Mme G chute et se fracture le fémur gauche (fracture per trochantérienne sur os sain). Il existe une indication à une prothèse intermédiaire.

Aux Urgences, la patiente est extrêmement douloureuse et inconfortable malgré la mise sous morphine IVSE avec bolus (sans vomissement) ; elle est demandeuse d'une intervention pour la soulager, espérer remettre « le pied par terre », et ne pas mourir avec sa fracture...

Après discussion entre l'orthopédiste, le médecin de l'EMASP, un des médecin de l'USP et moi-même, nous lui proposons une intervention avant un transfert en USP ce qu'elle accepte.

Malgré les douleurs et le contexte, Mme G attendra encore 48h une place au bloc opératoire selon la procédure d'ordre au bloc mise en place par les orthopédistes. Elle a finalement pu être opérée sans problème. Le lendemain, la patiente était asthénique, non douloureuse mais n'a pu être levée. Elle a été transférée 72h plus tard sans avoir été verticalisée en USP. Elle a été accueillie consciente et cohérente mis s'est dégradée rapidement et est décédée 3 jours après son arrivée à l'USP entourée de sa famille.

Les questions que pose la situation :

- adénocarcinome du cardia initialement potentiellement curable
- dysphagie
- perte de poids et dénutrition
- la même pathologie chez le père qui en est mort
- prothèse oesophagienne
- chimiothérapie compliquée d'une neuropathie
- la progression tumorale qui fait basculer le pronostic
- la deuxième ligne de chimiothérapie ... qui est une chimiothérapie palliative
- poursuite de la progression tumorale
- le choix de la patiente de faire une pause thérapeutique
- hémoptysie et suspicion de fistulisation tumorale
- réalisation de gestes invasifs sans anesthésie générale
- asthénie
- majoration de l'amaigrissement
- récurrence de la dysphagie
- progression tumorale majeure
- innombrables métastases hépatiques
- carcinose péritonéale
- poursuite de la dégradation de l'état général rapide (amaigrissement et asthénie)
- annonce de prise en charge palliative exclusive
- apparition de douleurs
- intolérance à l'Oxynorm
- intolérance à l'Abstral
- nécessité d'hospitalisation pour l'équilibration antalgique
- retour au domicile avec l'HAD et demande anticipée en USP
- dégradation progressive de l'état général conduit la patiente à demander une place en USP
- pas de place disponible en USP
- chute et fracture du fémur gauche
- acutisation de la douleur et important inconfort
- patiente adressée aux urgences
- patiente demandeuse d'une intervention
- mourir entier
- attente de 48h avant une place au bloc opératoire
- asthénie post opératoire ne permettant pas la verticalisation
- transfert en USP et décès rapide

Les problèmes que m'a posés cette situation

- chute et fracture du fémur gauche
- acutisation de la douleur et important inconfort
- patiente adressée aux urgences
- patiente demandeuse d'une intervention
- mourir entier
- attente de 48h avant une place au bloc opératoire

DISCUSSION

A partir de cet ensemble de questions, ce travail s'est concentré sur la prise en charge en urgence d'une fracture de l'extrémité supérieure du fémur en phase palliative. Ceci m'a permis d'aborder et définir « l'urgence palliative », de revenir sur les différents éléments de discussion de l'indication opératoire dans ce contexte et du délai d'attente de la place au bloc opératoire.

« L'URGENCE PALLIATIVE »

Penchons nous tout d'abord sur le paradoxe de « l'urgence palliative » en reprenant les définitions d'urgence et de palliative (en référence aux Soins Palliatifs) puis en en proposant une définition.

Qu'est ce qu'une urgence ?

La définition du petit Larousse dit simplement les choses : une urgence est une situation pathologique dans laquelle un diagnostic et un traitement doivent être réalisés très rapidement.

Cette définition peut varier en fonction de la position dont on se place :

Première ambiguïté le mot urgence peut désigner la demande et la réponse (le diagnostic et le traitement).

Pour le patient et son entourage, une urgence est associée à un imprévu, à une rupture du cours de la vie : ce qui est imprévu est inquiétant et tend à devenir urgent.

Pour le médecin et les soignants, la notion d'urgence reposera sur celle d'échéance avec un pronostic vital ou fonctionnel engagé à très court terme.

Pour les institutions, l'urgence correspond à une perturbation de l'organisation et de ce qui pouvait être prévu.

Au pluriel, les urgences sont à la fois le service et le lieu d'un hôpital qui s'occupe de recevoir les malades et les blessés qui se présentent d'eux-mêmes, ou qui sont amenés par les services de secours... un peu comme la Charité ou la Pitié étaient et restent des lieux de soins... comme si le bâtiment devenait porteur de la fonction.

La mission des services d'urgence (1) peut se résumer en 2 points :

- accueil en permanence de toute personne en situation d'urgence véritable ou ressentie
- ce qui est ressenti comme une urgence, avec une prise en charge globale et continue des besoins.

A quoi l'adjectif palliative fait-il référence ?

Si on prend la définition brut dans le dictionnaire on retrouve : Qui atténue ou supprime les symptômes d'une maladie sans la guérir.

Cet adjectif fait référence aux Soins Palliatifs qui sont définis et encadrés légalement. Selon la circulaire du 19 février 2002 (2): Les soins palliatifs concernent des personnes malades, atteintes d'une pathologie grave, évolutive, mettant en jeu le pronostic vital, en phase avancée ou terminale, quel que soit leur âge.

Les soins palliatifs sont définis par la loi n° 99-477 du 9 juin 1999 (3). Il s'agit de « soins actifs et continus, pratiqués par une équipe interdisciplinaire, en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage ».

Ils améliorent ainsi la qualité de la vie, en luttant contre les symptômes physiques et en apportant un soutien psychologique, spirituel et social aux patients et à leurs proches. Tous les professionnels de santé, travaillant en équipe interdisciplinaire et en lien avec des professionnels formés spécifiquement, sont concernés par cette démarche.

« Urgence palliative » ou Notion d'urgence lors de la phase palliative

La définition « d'urgence palliative » que l'on peut finalement retenir est celle proposée par Johann Coste de l'EMSP du Centre Hospitalier de Lannion lors des Journées des Pays de Loire de Soins Palliatifs et Accompagnement (4) en 2014. Ce choix a été confirmé par la présentation du Dr M Dutech « Urgences-Soins Palliatifs : prise en charge au service des urgences des patients ayant une pathologie chronique et incurable au stade palliatif » (5) dans le cadre de ce Diplôme Universitaire.

« Dans un contexte où la fin de vie est attendue pour un patient hors recours thérapeutique curatif, les « urgences en soins palliatifs » regroupent les situations d'inconfort quel qu'il soit, réel ou ressenti, pour le patient et son entourage (famille ou soignants), nécessitant une prise en charge médicale urgente pour soulager le patient dans les plus brefs délais sans que l'objectif soit de guérir, de préserver la vie à tout prix, ou de préserver un pronostic fonctionnel. »

Ce concept un peu particulier regroupe classiquement 4 catégories de patients (6,7) :

1- En premier lieu les patients atteints d'une pathologie non curable évolutive et potentiellement létale constituent au final une minorité des cas. Ces patients se présentent aux urgences dans deux situations essentiellement : soit le patient présente une symptomatologie correspondant à l'évolution de sa pathologie (présence d'une détresse respiratoire dans le cadre d'une néoplasie pulmonaire non curable par exemple), soit le patient présente une complication potentiellement curable de sa pathologie initiale (localisation rachidienne secondaire compressive ou localisation cérébrale secondaire unique). Dans ce dernier cas peut être envisagé le traitement radical de la complication secondaire. Lorsqu'il s'agit de l'évolution dite naturelle de la maladie, ces hospitalisations pourraient être en majorité évitées si une stratégie de prise en charge palliative avait été définie au préalable que ce soit en institution ou à domicile au moyen de prescriptions anticipées.

2- Une deuxième catégorie relevant de la médecine palliative est constituée des patients non porteurs d'une pathologie incurable et évolutive qui se présentent avec

une pathologie aiguë engageant le pronostic vital et dont les possibilités curatrices sont limitées voire nulles (exemples: certaines pathologies neurovasculaires essentiellement hémorragiques, les lésions complètes médullaires hautes de la personne âgée, certains polytraumatismes).

3- Une troisième catégorie est constituée des patients polypathologiques (en général de grand âge) qui présentent une nouvelle pathologie potentiellement curable en elle-même. La sommation de cette nouvelle maladie sur un terrain fragilisé peut engager le pronostic vital. La difficulté réside en l'évaluation des capacités d'adaptation de l'organisme à ce nouvel épisode pathologique, mais aussi des capacités d'adaptation cognitive, sociale et culturelle du patient et de son milieu environnant.

4- La dernière catégorie est constituée de patients présentant une défaillance d'organe, dont l'état échappe aux thérapeutiques intensives et qui évolue vers la défaillance réfractaire et le décès. Il est licite d'assurer des soins de confort une fois l'échappement thérapeutique constaté ainsi que d'assurer un soutien à la famille et aux proches.

La situation présentée est un peu particulière dans la mesure où les décompensations et complications envisagées en amont étaient en lien avec la pathologie connue (anticipant une situation numérotée 1) et que la situation est plutôt une situation numérotée 3 ... n'ayant pas été anticipée... atteignant les limites de l'anticipation. Peut-on alors imaginer l'association d'un troisième concept aboutissant à « l'urgence palliative inanticipable » ?

Evidemment on pourra discuter une LAT (Limitation et Arrêt des Thérapeutiques) en amont plus large... contre-indiquant tout acte chirurgical par exemple mais cela me semble brutal et réducteur. Il existe des situations palliatives voire terminales où la chirurgie peut soulager et bénéficier au patient. C'est là que la discussion pluridisciplinaire et ou pluri professionnelle qu'elle se nomme RCP (Réunion de Concertation Pluridisciplinaire) ou autre - qui s'est tenue aux urgences dans ce cas - est fondamentale, permet d'éviter un positionnement tranché et aide l'équipe à choisir une prise en charge personnalisée et adaptée.

PRISE EN CHARGE D'UNE FRACTURE DE L'EXTREMITÉ SUPERIEURE DU FEMUR

Généralités

Les Fractures de l'extrémité supérieure du fémur (FESF) ont une incidence de 50 pour 100 000 habitants, en augmentation de 10% en 20 ans. Elles sont surtout fréquente après 65 ans et concerneront un tiers des femmes et un sixième des hommes vivant jusqu'à 90 ans (8,9,10,11)

Le risque fracturaire est multifactoriel et dépend de l'âge, du sexe et de la race dans les études nord américaines. Il est lié à la perte d'autonomie et à un état de santé médiocre mais est surtout lié à l'ostéoporose chez la femme de moins de 75 ans et aux chutes après 75 ans quelque soit le sexe.

Chez la personne âgée, une fracture du col du fémur peut avoir plusieurs conséquences : douleur, immobilisation, perte fonctionnelle mais aussi état confusionnel et décès.

Les fractures de l'extrémité supérieure du fémur sont grevées d'une mortalité élevée entre 17-29% à 1 an, avec 38% des décès survenant dans les 35 premiers jours et une mortalité peropératoire plus élevée (6%) que dans les autres chirurgies (1,2%). Ces chiffres sont stables depuis 1998 (9).

Les facteurs pronostiques péjoratifs au plan vital sont l'âge avancé, le sexe masculin, les comorbidités mal contrôlées, les troubles neuro psychiatriques, le délai avant la chirurgie, l'absence de prise en charge chirurgicale et les complications post-opératoires précoces. Les causes principales de décès sont : l'infarctus du myocarde, les pneumopathies et l'embolie pulmonaire (10).

Bien entendu ces chiffres sont expliqués par le fait qu'il s'agit d'une population souvent âgée voire très âgée, avec beaucoup de comorbidités, notamment cardiovasculaires. Par ailleurs, ce n'est pas uniquement l'évènement en lui-même et sa gestion chirurgicale qui sont déterminants, mais également toute la gestion médicale périopératoire et la réhabilitation qui deviennent primordiales pour le pronostic fonctionnel du patient. Car en plus d'une haute incidence de décès dans cette population, 25% seulement retrouvent leur niveau d'autonomie antérieure. Les autres ont une autonomie fonctionnelle très diminuée et sont institutionnalisés, ce qui affecte leur qualité de vie (11).

Les indications opératoires

Ce travail n'est pas le lieu d'une discussion sur le type d'intervention proposée. Pour schématiser, on peut envisager 2 types de prise en charge : chirurgicale ou non. Avant l'ère de la chirurgie, la FESF était une condamnation à mort car responsable d'une grabatisation et de complications précoces du décubitus au prix de douleurs importantes.

Les indications chirurgicales sont elles aussi de 2 types (8) : conservatrices ou non

- Les techniques chirurgicales conservatrices permettent une consolidation de la fracture après un délai d'immobilisation long et au prix d'un risque élevé d'ostéonécrose de la tête fémorale, nécessitant une reprise chirurgicale.
- Les techniques de remplacement de la tête fémorale par prothèse intermédiaire permettent une rééducation précoce (en général le lendemain de l'intervention) et ont un faible taux de reprise chirurgicale.

« Tantale servit aux Dieux les membres de son fils Pélops. Les Dieux indignés ressuscitèrent Pélops. Une épaule déjà mangée par Déméter fut remplacée par une articulation d'ivoire. » Ovide, *Métamorphoses, livre VI, vers 410-415*. Autant la Mythologie avait déjà conceptualisé le recours aux prothèses, autant ce n'est qu'à partir de 1922-1923 que les premières prothèses de hanche ont été « inventées » mais ce n'est qu'après la Seconde Guerre Mondiale que leur utilisation s'est progressivement démocratisée et progressivement améliorée.

L'intervention a comme principal objectif la récupération fonctionnelle et en stabilisant la fracture de diminuer les douleurs. Il ne faut pas négliger le taux de douleur résiduelle modérée à sévère persistante après l'intervention chirurgicale qui peut atteindre jusqu'à 50% des patients (11).

Ainsi les quelques indications orthopédiques résiduelles sont elles aussi progressivement abandonnées. Par exemple, les chiffres britanniques (National

Institute for Health and Care Excellence) montrent que 97,6% des patients ont été opérés. Le rapport recommande même que les hôpitaux dont le taux de traitement non chirurgical dépasse 5% diligentent une enquête étiologique (12).

Les études, publications et topos récents ne se posent plus la question de l'indication opératoire, la considérant comme acquise mais bien celle de la prise en charge péri-opératoire et surtout post opératoire conduisant au concept d'ortho-gériatrie. Ceci consiste à mêler les prises en charge : déplaçant un gériatre en orthopédie ou un orthopédiste en gériatrie. Ceci a fait l'objet de plusieurs articles scientifiques mais également dans les journaux généralistes tel que « Libération » par exemple (13).

Cette tendance à opérer tous les patients a pu paraître tellement automatique que le Conseil d'Ethique Clinique des Hôpitaux de Genève (CECHG) a été interpellé sur le bien fondé de la prise en charge opératoire quasi systématique des patients âgés atteints de démence sévère qui se fracturent le col du fémur (14). Le texte précédant la recommandation est très intéressant et rappelle, ce qui est aussi le sentiment chez les gériatres et les orthopédistes de l'établissement où j'exerce interrogés de façon informelle, qu'il s'agit paradoxalement d'un évènement peu fréquent qui n'est pas anticipé lors des « réunions d'anticipation des problèmes » et quasi jamais lors de la rédaction des directives anticipées. Il rappelle également à quel point le transfert aux Urgences des patients institutionnalisés est systématique dans cette indication contrairement à d'autres indications comme les douleurs abdominales par exemple.

Une évocation de cette portion infime de patients qui ne sont pas opérés l'est dans l'entretien avec le Dr Pomme Jouffroy, chirurgien orthopédiste à l'occasion d'une émission télévisée de France 5 (15). Elle résume bien l'ensemble de la situation et voici retranscrite une partie de l'entretien : "Plus les gens sont fragiles, plus il faut les opérer. Le risque vital est important, mais il est important dans les deux camps. Il est important d'opérer les gens même si cela représente un risque vital dans les jours qui suivent l'opération, si on ne les opère pas le risque vital existe également. On a tous tendance à penser qu'il vaut mieux essayer au maximum d'opérer les gens de leur fracture du col du fémur. Parfois après discussion, en accord avec la famille, il faut prendre le risque soit d'opérer, soit de ne pas opérer. Opérer ou ne pas opérer est une décision consensuelle, que l'on prend tous ensemble. Cette décision n'est pas uniquement prise par le chirurgien ou l'anesthésiste."

Cet entretien -extrait d'une émission de vulgarisation- est d'autant plus important qu'il permet également de se faire une idée de ce que le « grand public » a eu comme information.

La FESF en contexte palliatif

Plusieurs auteurs évoquent la possibilité de renoncer à une intervention chirurgicale pour certains patients dans une situation palliative (8,9,10,12,15) . Ils ne fournissent néanmoins pas de critères qui permettraient de définir quels patients sont concernés. Hormis une mort imminente, on ne trouve pas dans la littérature d'indications permettant de déterminer quand et pour quelles raisons il est justifié d'opter pour un traitement non chirurgical. Par ailleurs, il est clairement souligné le rôle significatif de la chirurgie pour minimiser la douleur, y compris lors des soins de fin de vie.

Il existe par contre une méconnaissance de la prise en charge palliative et de fin de vie dans les services d'orthopédie et les projets d'ortho-gériatrie vont probablement

permettre d'améliorer cette prise en charge. Là aussi l'interrogation informelle des membres de l'EMASP d'une part et des médecins de l'USP d'autre part montre qu'ils ne sont que très rarement interpellés pour ce type de discussions collégiales. L'exemple le plus flagrant est encore une fois celui des patients atteints de démence évoluée. Parmi les patients souffrant de fracture du fémur dans une étude de Morrison et Siu, les doses de morphine délivrées étaient deux fois plus importantes chez les patients non déments, et seuls neuf (24 %) des 38 personnes en phase terminale de maladie d'Alzheimer, pourtant moins capables de manifester leur douleur, ont reçu d'autres antalgiques (17,18). D'ailleurs pour très peu de ces malades une recommandation formelle de soins palliatifs ou une LAT était disponible... On ne pourra bien entendu que plaider, au vu de la fréquence de cette pathologie, pour une discussion plus systématique en amont.

L'indication opératoire dans ce cas précis

Le choix de l'intervention théorique a été posée par les chirurgiens en fonction de la fracture et nous nous sommes fiés à leur compétence de spécialistes ; la possibilité d'une intervention avec possibilité de lever et appui immédiat d'une part, et l'absence de risque d'ostéonécrose secondaire de la tête fémorale, limitant donc le risque de réintervention d'autre part nous a paru dans ce contexte permettre le maintien d'une certaine mobilité et d'une certaine qualité de fin de vie en contrôlant la douleur et au prix d'une unique intervention.

La RCP

Il a paru indispensable d'avoir une discussion collégiale que nous avons nommée RCP... et il s'est bien agi d'une RCP puisqu'associant aux Urgences l'orthopédiste, l'urgentiste, l'oncologue référent et le médecin de soins palliatifs connaissant la patiente et par téléphone le médecin de l'USP qui devait l'accueillir.

« Les réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) regroupent des professionnels de santé de différentes disciplines dont les compétences sont indispensables pour prendre une décision accordant aux patients la meilleure prise en charge en fonction de l'état de la science du moment (...) De plus, pour être jugée valable, une RCP à visée diagnostique ou thérapeutique doit se faire en présence d'au moins 3 médecins de spécialités différentes permettant d'avoir un avis pertinent sur toutes les procédures envisagées (...) Toutefois, les RCP ne sont pas exclusives à l'oncologie et peuvent être utilisées dans d'autres spécialités, notamment pour des prises en charge complexes. Dans ce cas, il est nécessaire que soient représentées toutes les disciplines indispensables pour le diagnostic et pour le traitement (...) Au cours des RCP, les dossiers des patients sont discutés de façon collégiale. La décision prise est tracée, puis est soumise et expliquée au patient. » (19)

Cette organisation a, dans ce cas, pu être mise en place sans délai en rassemblant les principaux spécialistes concernés. Il manquait probablement un anesthésiste et un gériatre pour être exhaustif... et la discussion a eu lieu sans infirmière par exemple (19,20). La discussion et les points de vue éthiques retenus dans le document déjà cité du CECHG intègrent de façon très claire à leur recommandations

la difficulté de prise en charge par les soignant et les risques de rejets induits par la lourdeur des soins administrés à ce type de patient (14).

Les arguments de la discussion contradictoire

La discussion éthique montre la place fondamentale de la relation soignant-soigné dans ce type de décision. Le CECHG a ainsi porté sa réflexion sur 4 points que l'on reprend ici : l'antalgie, la récupération fonctionnelle, la survie et l'adéquation des traitements.

L'antalgie

L'intervention permet une mobilisation plus aisée en particulier celles qui sont liés aux soins de base (nursing). La possibilité de lever le patient peut aussi avoir un impact positif sur la manière dont il est perçu par le personnel soignant. Par rapport à un patient grabataire cela diminue le risque de «chosification» du patient pouvant être amené à être considéré comme une non-personne, évitant ainsi de ramener ce patient souffrant à un simple corps (21). Le concept et les réflexions sur la non-personne sont intéressants et duals associant une conceptualisation linguistique et une vérité hospitalière dénoncée par certains psychiatrisés ou famille de patients institutionnalisés... mais sort de ce travail.

Je ne suis pas loin de penser que l'intérêt aux yeux des chirurgiens d'un patient à opérer ou opéré, évite un risque d'abandon qui peut être transmis aux équipes paramédicales. Les autres arguments avancés par le CECHG sont l'amélioration de la qualité des soins induite par une meilleur antalgie, une prise en charge dans de meilleures conditions favorisant le travail et limitant le risque de développer une contre-attitude.

La récupération fonctionnelle

Dans notre cas –et même si l'argument était important pour la patiente- l'objectif fonctionnel était minime, conscient que nous étions que la patiente ne pourrait pas bénéficier d'un programme intensif de rééducation tel que proposé habituellement. Ceci-ci dit le simple bénéfice escompté de pouvoir envisager un transfert au fauteuil semblait être un objectif raisonnable et atteignable.

La survie

La survie en elle-même, si on la restreint au temps restant disponible, ne semble pas être le problème dans cette situation où l'évolution de l'adénocarcinome du cardia condamnait la patiente de façon rapprochée.

La question est plutôt quelle vie ou quelle fin de vie proposer à cette patiente ? En fonction de la décision prise, le lieu et les conditions du décès peuvent être radicalement différents.

Ainsi un décès au bloc opératoire peut être considéré comme sans souffrance mais entouré de soignants et non des proches. Comment s'assurer qu'il n'y aura pas de mesures réanimatoires inadaptées, inconfortables ou brutales qui contrediraient

l'idée même de mort sans souffrance et le principe de non malfaisance ? Une éventuelle décision de non réanimation doit être discutée en amont de l'intervention pour ne pas risquer une obstination déraisonnable et sans risquer de peser sur le patient et/ou son entourage (22).

Une intervention chirurgicale déploie beaucoup de ressources en matériel et en professionnels... dans les cas « limites » le risque est que les soignants perdent de vue l'objectif de soulagement et de bienveillance au prix d'un sentiment de futilité délétère (14,22). La discussion collégiale préopératoire paraît ainsi indispensable mais nécessite d'être élargie au maximum d'intervenants (devenant ainsi non seulement pluri disciplinaire mais pluri professionnelle). L'implication des intervenants dans la décision collégiale permettant de redonner sens aux soins et éviter un mal-être induit par la perte du sens du travail effectué.

Ainsi l'Académie Suisse des Sciences Médicales propose que dans les situations palliatives ou lorsque l'indication a pu porter à discussion, l'indication, le contexte et les éventuelles limitations décidées en préopératoire soient réexposées brièvement à voix haute en début d'intervention (22). L'essentiel étant ainsi de redonner sens au projet entrepris quelque soit le résultat et l'issue. Bien entendu pour que ce type d'expériences puissent être engrangées et bénéfiques, les problèmes quel qu'ils soient doivent pouvoir être rediscutés à posteriori dans le cadre de Comité de Retour d'Expériences ou Revue de Morbi-Mortalité.

Dans le cas d'un traitement non chirurgical, le patient a évidemment le maximum de chance de mourir entouré des siens éventuellement au prix de douleurs plus importantes mais aussi d'une dégradation de l'image corporelle (éventuelle traction squelettique ou cutanée d'une part mais aussi liée à la fracture elle-même).

L'adéquation des traitements

La frontière entre la bienveillance et l'obstination déraisonnable est ténue (23,24). Dans ce cas, la volonté très clairement exprimée d'une patiente connue de longue date, bien au courant de son diagnostic et capable de choix éclairés privilégiant sa qualité de vie plutôt que sa survie était un argument fort. Nous, soignants, étions alors garant du respect du choix éclairé de la patiente à qui nous souhaitions proposer une prise en charge raisonnable, sans acharnement thérapeutique. Quelle thérapeutique était alors la plus utile et la plus susceptible de garantir à la patiente la meilleure qualité de vie ? On peut se poser la question dans le sens inverse : notre souci de ne pas discriminer la patiente malgré le stade palliatif de sa maladie cancéreuse ne conduit-il pas à augmenter le risque de réaliser un traitement devenu inapproprié ? Là encore la discussion collégiale semble être le meilleur garant d'une réponse adaptée et argumentée. La conscience que nous avons de ce risque d'une part et la présence d'un orthopédiste et d'un urgentiste d'autre part (habitués à ce genre de situations et ne connaissant pas la patiente) permettent de minimiser cette tendance

Place de l'aléa

L'aléa, tournure imprévisible que peut prendre un événement, est un mot qui dérive du latin où il signifie hasard, jeu de dés. Il a une vraie place dans la réflexion sur ce type de situation. Il apparaît de 2 façons différentes

- *L'aléa thérapeutique*

Dans le domaine médical, on parle habituellement d'aléa thérapeutique : ce terme désigne l'ensemble des dommages causés à un patient au cours d'un acte médical en l'absence de faute ou d'erreur. C'est un événement dont la survenue potentielle peut être suspectée, mais que l'on ne peut prévoir à l'avance. La difficulté dans les situations palliatives complexes est alors d'intégrer la totalité des différents aléa thérapeutiques intriqués et interférents sans perdre de vue une certaine forme d'espoir. C'est ce qu'explique clairement Frédérique Leichter-Flack dans ses 2 livres consacrés aux choix impossibles (25,26). L'épisode extrême racontant les événements survenus en Août 2005 à l'Hôpital Memorial de la Nouvelle Orléans pendant la tempête Katrina peut être utilisé pour notre réflexion. En effet, une vingtaine de patients non transportables ont été euthanasiés. Dans l'urgence et le chaos annoncés, la part de chance de chacun a été négligée, les seules options envisagées ont été des options négatives conduisant à un choix négatif.

- *L'aléa moral*

Le parallèle peut-être fait avec « l'aléa moral », utilisé dans le monde de l'économie et de la finance (27). Celui-ci consiste en « la perspective qu'un agent, isolé d'un risque, se comporte différemment que s'il était totalement lui-même exposé au risque. » Les médecins et le monde médical en général sont exposés en permanence à ce risque, les décisions étant prises pour les malades et non pour eux-mêmes. Le risque quel qu'il soit (vital, fonctionnel, ...) n'est pas assumé par les médecins directement. Dans ce cas particulier, il existe un risque supplémentaire « d'isolement du risque » auquel il faut veiller, en effet le pronostic de la patiente est engagé quel que soit la décision prise et peut conduire à prendre une décision biaisée minimisant le risque vital réellement encouru. Seul le respect d'une procédure collégiale considérant le principe éthique de non malveillance et une solide formation en soins palliatifs peut permettre d'identifier et de tenter d'éviter cet écueil.

Les demandes spécifiques de la patiente :

La patiente était demandeuse d'une intervention pour nombre de raisons mais la plus marquante était « de ne pas mourir avec sa fracture ». Nous avons tous été touchés de cette demande, considérant qu'elle appuyait fermement la demande d'intervention de la patiente. La recherche d'autonomie et du respect de la dignité de la patiente était au cœur de notre réflexion en réponse à cette demande. A bien y réfléchir la patiente nous disait probablement, son angoisse de mourir. Le squelette est en effet

sous le nom symbolique de « Faucheuse » la représentation symbolique la plus usuelle de la mort (cf. Pieter Bruegel l'Ancien Le Triomphe de la Mort, 1562).

De nombreuses civilisations, tout autour du globe, gardent un lien avec leurs morts au moyen des ossements :

- Ainsi les amérindiens semi-nomades enteraient ils leurs morts et déplaçaient les os des tombeaux collectifs lors des grandes migrations ; ces déplacements étaient l'occasion de grande cérémonies émouvantes et tristes (28).
- Les rizières vietnamiennes sont parsemées de petites tombes et les morts bénéficient 3 ans après l'enterrement de « secondes funérailles » qui permettent de nettoyer les os du défunt et de les mettre dans une petite tombe définitive en terre cuite.
- Dans la Bible Psaume 38:3 38-4 « Il n'y a rien de sain dans ma chair à cause de ta colère, Il n'y a plus de vigueur dans mes os à cause de mon péché. » La faiblesse des os annonçant ainsi symboliquement la mort.

L'interprétation symbolique de cette demande peut aussi être faite de façon plus positive en faisant référence au livre « Pretium doloris » de Cynthia Fleury et surtout à son sous-titre « L'accident comme soucis de soi » (29). La fracture de la patiente a ainsi permis qu'elle sorte de l'opposition simple entre sa demande à entrer à l'USP et le manque de place, trouvant ainsi une troisième voie. L'accident malgré un prix élevé (le fameux pretium doloris...) a remis la patiente au centre, l'a réinsérée dans un projet, dans la vie de l'hôpital à défaut de la remettre dans la Vie.

LE DELAI DE PRISE EN CHARGE

Généralités

Il existe un consensus international net sur une intervention dans les 48h suivant la fracture (30,31). En effet au-delà de 48h la mortalité passe de 6% à 26% à 1 mois. Ceci a été confirmé par deux méta-analyses portant sur 250 000 patients en 2008 puis sur 191 000 patients en 2012.

Cependant ce délai est souvent difficilement réalisable : impératifs logistiques, état clinique du patient etc... Les topos plus gériatriques ou anesthésiques insistent sur l'utilisation préopératoire de ce délai pour gérer les comorbidités fréquentes de ces patients et éliminer une étiologie médicale à la chute (par exemple trouble du rythme ou infarctus du myocarde classiquement). En France en 2010 47 à 60% des patients ont été opérés après 48h. De nombreux services d'orthopédie, avec l'aide de l'HAS, étudient leur prise en charge et cherchent des axes d'amélioration. L'intérêt de ce travail est de montrer que dans une même région les prises en charge diffèrent énormément et de voir comment les améliorer. Ainsi le délai de prise en charge peut varier de 0 à 16,8 jours et de 0,7 jour en moyenne au Mans vs 3,6 jours à Rouen (30).

Les praticiens sont eux aussi responsables de l'allongement de ce délai. L'urgence de la situation chez ces patients polypathologiques et âgés est souvent mal évaluée.

Dans ce cas particulier

La patiente n'avait pas d'antiagrégant plaquettaire et la décision collégiale a été posée aux urgences quelques heures à peine après le traumatisme. Rien ne s'opposait à une prise en charge rapide...

Le questionnement est réapparu ensuite quand la réalité de l'attente d'une place au bloc est venue se confronter à une décision probablement idéalisée à la fois par la patiente mais aussi par une partie des médecins. Ainsi le désir légitime de soulager s'est retrouvé face à l'ordre de prise en charge au bloc opératoire.

Des chirurgiens sceptiques

Le bloc opératoire constitue un élément essentiel du plateau technique d'un hôpital, en raison de sa haute technicité, de l'investissement financier qu'il représente, de l'importance de la ressource humaine qu'il mobilise, des enjeux en termes de sécurité des patients et d'attractivité des établissements. Dans le cadre de la tarification à l'activité, c'est aussi une source de recettes pour les établissements. Or, la gestion de ce secteur doit prendre en compte les besoins et les contraintes des chirurgiens, des anesthésistes, des infirmières, l'articulation avec les activités de stérilisation, de brancardage et de logistique (approvisionnement en matériels divers), concilier activité programmée et activité en urgence et enfin faire face à différentes sortes d'aléas qui peuvent survenir.

Dans notre hôpital, l'organisation du bloc opératoire pluridisciplinaire repose sur une Programmation par pré-allocation et ajustement de plages horaires (*Modified Block Scheduling*) (32). Les urgences sont intercalées dans les plages laissées libres selon un ordre donné par les différents chirurgiens spécialistes. Les orthopédistes ont choisi bien évidemment de prioriser ce qu'ils considèrent comme « vraies urgences » (par exemple les fractures ouvertes). Ils considèrent la chirurgie de FESF comme semi-urgente. Ils utilisent pour cette indication, les places disponibles dans l'ordre d'arrivée des patients. Cette procédure d'ordre est considérée par les chirurgiens comme la plus équitable. Nous voilà devant des orthopédistes sceptiques (L'idée principale du scepticisme est, que tout se vaut, que tout est égal à tout, que rien n'est ainsi plutôt qu'autrement, que toute chose ne vaut qu'en fonction de la manière dont on l'appréhende) (33) Et c'est bien là que notre désaccord était profond...

Toutes les situations sont urgentes ?

Evidemment de mon point de vue de gastro-entérologue sensibilisée aux Soins Palliatifs, le problème des patients atteints des FESF est (était ?) lointain et théorique. J'étais très en colère de cette prise en charge où finalement ce que je considérai comme une « urgence palliative » était pris par les orthopédistes comme une semi-urgence anonyme. La réponse par une procédure d'ordre d'entrée au bloc à une médecine palliative personnalisée m'était intolérable.

Cette réponse égalitariste à une problématique qui engage tant le pronostic et la fin de vie de presque tous les patients me paraît affreusement réductrice. Les efforts présentés et réellement mis en place dans les services (associés au concept d'orthogériatrie) me paraissent là encore insuffisant car une fois encore trop protocolisés. Les orthopédistes semblent préférer se concentrer sur les indications et techniques

opératoires et c'est probablement leur métier. Vu l'enjeu, la participation de l'EMASP à la prise en charge d'un plus grand nombre de patients hospitalisés pour FESF (au moins les plus fragiles ?) me paraît une piste intéressante (34).

La procédure d'ordre mise en place est-elle un moyen rationnel de ne pas se poser la question de l'enjeu et ainsi de mettre à distance cette problématique réduisant la question à une « simple » question chirurgicale oubliant le principe de non malfaisance en se réfugiant derrière un principe de justice ?

Une perception du temps différent ?

Pendant la phase palliative la perception du temps est élastique, changeante et variable (35). Autant, on peut considérer que le temps s'enfuit et s'échappe lorsqu'on sait que les jours sont comptés autant certains moments peuvent s'étirer devenant d'une longueur insupportable. De même, la perception de chacun qu'il soit patient, famille/entourage ou soignant diffère... Il est probable que cette phase de la prise en charge est celle où les soignants et si possible la famille doit tenter de se mettre au rythme du patient. Se mettre dans le tempo du patient permet au maximum d'éviter que le patient use ces dernières forces à rester dans les règles, les normes, les procédures et surtout dans une temporalité imposée par les soignants. Cette habitude de respecter le rythme des patients est bien connue en USP mais devrait pouvoir s'étendre aux patients le nécessitant et hospitalisés dans les autres services. De la même façon accepter cette différence de prise en charge pour le quotidien devrait permettre de transgresser les règles d'entrée au bloc opératoire et faire entendre le concept « d'urgence palliative ».

CONCLUSION

Ce récit et la discussion qui l'accompagne m'ont permis de revenir sur l'indication d'une prothèse de hanche après une fracture de l'extrémité supérieure du fémur chez une patiente à la phase palliative de la prise en charge d'un adénocarcinome du cardia.

Le questionnement était multiple mais s'est concentré sur 3 points :

- une réflexion sur ce qu'est une « urgence palliative »
- la discussion de l'indication ou non d'une intervention dans ce contexte en explicitant ce qui a sous-tendu la réflexion
- le délai de prise en charge et ses enjeux et comment il résume des visions médicales différentes qu'il faudra travailler à rapprocher

Ce travail m'a permis de revenir sur une situation vécue comme délicate et difficile en montrant à quel point le travail en équipe et le questionnement continu qui peut en résulter permet d'améliorer en permanence la prise en charge des patients à la phase palliative de leur maladie.

BIBLIOGRAPHIE

1. Circulaire DHOS/O 1 n° 2003-195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences
2. Circulaire du 19 février 2002 relative à l'organisation des soins palliatifs et de l'accompagnement, en application de la loi n° 99-477 du 9 juin 1999, visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs
<http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-12/a0121073.htm>
3. Loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000212121>
4. Urgences palliatives à domicile : regards croisés de médecins Johann Coste de l'EMSP du Centre Hospitalier de Lannion lors des Journées des Pays de Loire de Soins Palliatifs et Accompagnement en 2014
<http://www.lessoinspalliatifs.fr/doc/sp14/A2/A2-Intervention3.pdf>
5. Dutech M « Urgences-Soins Palliatifs : prise en charge au service des urgences des patients ayant une pathologie chronique et incurable au stade palliatif » DU Accompagnement et Fin de Vie 2016-2017
6. http://sofia.medicalistes.org/spip/IMG/pdf/Medecine_palliative_aux_urgences.pdf
7. Desmottes I, Les situations d'urgence en Soins Palliatifs Mémoire DIU Soins Palliatifs et accompagnement 2004
8. Management of hip fractures in the elderly evidence- based clinical practice guideline Adopted by the American Academy of Orthopaedic Surgeons Board of Directors September 5, 2014
9. Boddaert J, Raux M, Khiami F, Riou B Perioperative Management of Elderly Patients with Hip Fracture. Anesthesiology 2014 ;121;6
10. Bel JC, Fischer LP Fractures du col fémoral non déplacées des sujets très âgés. Traitement fonctionnel ou orthopédique : comparaison n'est pas raison - Mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie, 2012, 11 (4) : 021-026
11. <http://www.medecine.upstlse.fr/capacite/geriatrie/Fracture%20ESF14022014F>
12. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg124>
13. Favereau E, Fracture du col du fémur, du mieux pour les vieux — Libération 20 janvier 2014

14. http://www.hugge.ch/sites/interhug/files/documents/soigner/ethique/choix_du_traitement_dune_fracture_du_col_du_femur_chez_une_personne_agee_atteinte_de_demence_severe.pdf
15. http://www.allodocteurs.fr/actualite-sante-toutes-les-fractures-du-col-du-femur-doivent-elles-etre-operees-_10161.html
16. Swine C, Schoevaerds D, Choteau B, « Fin de vie du patient atteint de démence », *Gérontologie et société*, 2009/1 (vol. 32 / n° 128-129), p. 243-255
17. Morrison RS, Siu AL Survival in end-stage dementia following acute illness. *JAMA* 2000;284(1):47-52.
18. Morrison RS, Siu AL A comparison of pain and its treatment in advanced dementia and cognitively intact patients with hip fracture. *J PainSymptoma Manage* 2000Apr ; 19(4) 240-8
19. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/reunion_de_concertation_pluridisciplinaire_fiche_technique_2013_01_31.pdf
20. Durandel C Les réunions pluridisciplinaires : une nécessité pour l'accompagnement du patient en fin de vie. *Mémoire DU Soins Palliatifs* 2012
21. https://www.scienceshumaines.com/de-la-non-personne-a-la-personne-l-apostrophe-nominale_fr_22138.html
22. Limitation thérapeutique en cas de complication périopératoire – 2015 – <http://www.hugge.ch/ethique-clinique-recommandations#sthash.QY50dmZW.dpuf>
23. LOI n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2016/2/2/2016-87/jo/texte>
24. Guide sur le processus décisionnel relatif aux traitements médicaux dans les situations de fin de vie Conseil de l'Europe mai 2014
25. Leichter-Flack F, *Le Laboratoire des cas de conscience*, Alma Editeur, 2015
26. Leichter-Flack F, *Qui vivra qui mourra, Quand on ne peut pas sauver tout le monde*, Albin Michel, 2015
27. https://fr.wikipedia.org/wiki/Aléa_moral
28. Boyden J, *Dans le grand cercle du monde*, Albin Michel 2014
29. Fleury C, Pretium Doloris *L'accident comme souci de soi*, Pauvert, 2002
30. http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/laurent_pidhorz_diapo_pays_de_la_loire.pdf

31. Shiga T, Wajima Z, Ohe Y. Is operative delay associated with increased mortality of hip fracture patients? Systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *Can J Anaesth* 2008;55:146–54.
32. Lamiri M, Planification des blocs opératoires avec prise en compte des aléas. Génie des procédés. Ecole Nationale Supérieure des Mines de Saint-Etienne, 2007.
33. Busnel F, L'Express: Le scepticisme ou le refus de choisir, publié le 03/07/2003
34. Circulaire DHOS/O2/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs
35. <http://www.spfv.fr/node/2840>

RESUME

A partir du récit d'un cas de patiente en phase palliative d'un adénocarcinome du cardia qui s'est fracturé le col du fémur, nous avons repris les indications et modalités de mise en place du traitement chirurgical en urgence dans ce contexte. La fracture de l'extrémité supérieure du fémur est un événement survenant fréquemment chez des personnes âgées fragilisées engageant de façon urgente, à la fois leur pronostic vital et fonctionnel. Celui-ci a été totalement modifié par la prise en charge chirurgicale conduisant actuellement à une intervention quasi systématique. Est-ce la seule réponse et comment peut-on encore améliorer la prise en charge ? Quelques pistes sont déjà explorées et commencent à se mettre en place comme l'ortho-gériatrie. D'autres bien connues, comme le délai de prise en charge, sont plus inégalement appliquées. Des discussions pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles et l'intervention des Equipes Mobiles d'Accompagnement et de Soins Palliatifs pour les patients les plus fragiles sont peut-être une piste à envisager pour améliorer le pronostic ou la qualité de (fin ?) vie de ces patients.

TITRE :

UNE PROTHESE EN PHASE PALLIATIVE ?

Place de la chirurgie dans la prise en charge en urgence d'une fracture de l'extrémité supérieure du fémur en phase palliative d'un cancer du cardia

MOTS CLES :

Soins palliatifs, Urgence, Fracture de l'extrémité supérieure du fémur