

pour les FMTD ± fracture de la fibula avec une angulation supérieure à 25° et une translation supérieure à 30%.

**Déclaration d'intérêts** Les auteurs n'ont pas transmis de déclaration de conflits d'intérêts.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcot.2014.09.153>

**Mardi 11 novembre 2014 16 h 00–18 h 00, salle 351**  
Qualité/risque – Modérateurs : Henry Coudane (Nancy), Alice Fassier (Lyon)

197

### Facteurs de risque d'infection du site opératoire – étude cas-témoins d'une population de 3095 interventions consécutives



Sébastien Lustig\*, Ghenassia Adrien, Solweig Gerbier-colomban, Isabelle Bobineau, Tristan Ferry, Philippe Neyret, Marie-Hélène Metzger

103, Grande Rue de la Croix Rousse, 69004 Lyon, France

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [sebastien.lustig@gmail.com](mailto:sebastien.lustig@gmail.com) (S. Lustig)

**Introduction** Suite à l'augmentation des cas d'infections du site opératoire (ISO) profondes survenus dans le service d'orthopédie d'un centre hospitalier universitaire, une étude cas-témoins a été menée. L'objectif était d'identifier des facteurs de risque d'ISO et d'émettre des recommandations pour améliorer les pratiques.

**Matériel et méthodes** Cette étude cas-témoins rétrospective à visée analytique a été menée dans un service de chirurgie orthopédique sur 3 années (2010–2012) sur une population de 3095 interventions consécutives. Tous les cas d'ISO profonde de la période ont été inclus, sauf 3 par manque de témoin. Les témoins ont été sélectionnés dans le même service et appariés (2 témoins cas) selon – année d'intervention, type d'intervention, âge ± 5 ans, sexe. Les facteurs étudiés étaient soit liés au patient (ASA, indice de masse corporelle IMC, diabète, facteurs de risques cardiovasculaires), soit liés à l'intervention (préparation préopératoire de l'opéré, antibioprophyllaxie, classe de contamination, durée de l'acte). L'analyse a consisté en – description des patients inclus, analyses univariées et multivariées par un modèle de régression logistique conditionnel.

**Résultats** Au total, 27 cas et 80 témoins ont été inclus (1 cas avec 2 témoins) 72 patients étaient des hommes. Les interventions touchaient essentiellement le membre inférieur, mais aussi le membre supérieur. En analyse multivariée, l'anti-bioprophyllaxie lorsqu'elle était réalisée en non conformité avec les recommandations en terme de dose et de délai d'administration était fortement associée avec le risque d'ISO (OR = 3,36 (IC à 95 % 1,12–10,13,  $p = 0,03$ )). Les autres comorbidités, la classe de contamination, le score ASA, la durée d'intervention n'étaient pas significativement associés à la survenue d'ISO profonde. La préparation cutanée préopératoire avait été réalisée et conforme chez tous les patients.

**Conclusion** Cette étude a montré qu'une pratique d'anti-bioprophyllaxie non conforme avec les recommandations était associée à un risque augmenté d'ISO profonde. Elle a également permis de constater que les doses d'antibiotiques n'étaient pas systématiquement doublées pour les patients avec un IMC > 35 kg m<sup>2</sup>, et que l'on pouvait améliorer le délai entre l'injection et l'incision. Ces éléments ont fait l'objet de nouvelles recommandations et pourront être évaluées dans le futur.

**Déclaration d'intérêts** Les auteurs n'ont pas transmis de déclaration de conflits d'intérêts.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcot.2014.09.154>

198

### Fracture du col du fémur dans un CHU et formation des internes et des chefs – l'effet Novembre est-il à risque pour les patients ?



Jérôme Delambre\*, Philippe Hernigou (orateur), Isaac Guissou, Tareck Nana, Nicolas Dupuy, François Roubinau  
Hôpital Henri-Mondor, 94000 Créteil, France

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [jerome.delambre@hm.aphp.fr](mailto:jerome.delambre@hm.aphp.fr) (J. Delambre)

**Introduction** Début novembre a lieu le changement d'Internes et de Chefs de Clinique. Existe plus de risques pour les patients opérés en garde d'une fracture de l'extrémité supérieure du fémur dans le mois de novembre compte tenu de ce changement et de la diminution du nombre de Seniors pendant la semaine du 11 novembre correspond au Congrès National ?

**Matériel et méthode** L'étude monocentrique, continue, rétrospective, comparative sur les années 2002, 2003 et 2004 porte sur deux groupes de patients, l'un opéré les mois de novembre 2002, 2003 et 2004 (142 patients), l'autre étant un groupe comparatif opéré pendant les autres mois des 3 années (934 patients). La fracture de l'extrémité supérieure du fémur traitée par synthèse (clou Gamma ou vis THS) ou prothèse (céphalique simple ou totale) a été retenue pour l'étude. Nous avons analysées les complications générales, anesthésiques, chirurgicales (mortalité, infection, luxation) sur ces deux populations ayant des caractères démographiques identiques ( $p = 0,8$ ). Les ostéosynthèses ont été évaluées par la reprise de l'appui et le taux de consolidation. Pour les prothèses, les risques de descellement à ont été évalués 10 ans pour la population survivante.

**Résultats** La mortalité à un an est non significativement différente ( $p = 0,7$ ), étant de 19, 5 % pour novembre versus 21, 5 % pour le reste de l'année. Novembre n'apparaît pas non plus exposer les patients à un risque plus élevé ( $p > 0,5$ ) pour les autres complications – infection postopératoire du site chirurgical (0,4 % en novembre versus 0,3 %) + luxation de prothèse (2,1 % versus 2,3 %) + reprise de l'appui (5,3 jours versus 4,6 jours) + faillite de l'ostéosynthèse amenant une nouvelle chirurgie (3,9 % versus 3,2 %). La déglobulisation postopératoire (5,3 g dL versus 3,2 g dL), et la durée des interventions (75 min versus 6 min) sont par contre significativement plus élevés en novembre ( $p < 0,01$ ). À long terme (10 ans), le risque infectieux (1,2 % versus 1,5 %) et la reprise pour descellement (3,1 % versus 3,4 %) n'est pas différente ( $p = 0,6$ ) pour les arthroplasties des patients toujours en vie (52 %).

**Discussion et conclusion** Si l'effet novembre n'existe pas, a contrario, le mois de l'année où le plus grand nombre de complications est observé est le mois d'août, alors que les équipes chirurgicales ont au minimum huit mois de pratique pour les Chefs de Clinique et au minimum trois mois de pratique pour les Internes. L'analyse des risques prévue dans une autre étude doit donc faire rechercher d'autres éléments qui peuvent être le plus grand nombre de gardes durant ce mois, mais aussi une diminution du personnel paramédical durant cette période.

**Déclaration d'intérêts** Les auteurs n'ont pas transmis de déclaration de conflits d'intérêts.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcot.2014.09.155>

199

### Les ré-interventions chirurgicales imprévues sont-elles un indicateur pertinent de qualité et de gestion des risques en chirurgie orthopédique ?



Nicolas Pujol\*, Philippe Beauflis  
Hôpital A.-Mignot, 177, rue de Versailles, 78150 Le Chesnay, France

\* Auteur correspondant.