

ARTHROPLASTIE ELECTIVE TOTALE DE LA HANCHE

RÉSUMÉ DES RECOMMANDATIONS

Notes sur les recommandations de PROSPECT

PROSPECT fournit aux médecins un argumentaire en faveur et contre les différentes interventions en matière de douleur postopératoire, en se basant sur des preuves publiées et des opinions d'experts. Les médecins doivent porter des jugements fondés sur les circonstances cliniques et les réglementations locales. À tout moment, il convient de consulter les informations posologiques locales pour les médicaments mentionnés.

Grades de recommandation et niveaux de preuve

Les grades des recommandations sont attribués en fonction du niveau de preuve global sur lequel les recommandations sont basées, ce qui est déterminé par la qualité et la source de la preuve : [Relations entre la qualité et la source de la preuve, les niveaux de preuve et les grades des recommandations](#).

Douleur après une arthroplastie totale de la hanche et objectifs de la revue PROSPECT

L'arthroplastie totale de la hanche est une procédure chirurgicale courante et est associée à une douleur postopératoire significative. Une analgésie adéquate avec des effets secondaires minimes permet une mobilité postopératoire précoce, une récupération fonctionnelle optimale et une diminution de la morbidité postopératoire ([Joshi 2019](#)).

Le groupe PROSPECT a déjà publié une revue sur la gestion de la douleur postopératoire lors d'une arthroplastie totale de la hanche en 2005 ([Fischer 2005](#)), mise à jour en 2010 ([esraeurope.org :total-hip-arthroplasty-2010](#)). L'objectif de ces lignes directrices est de fournir aux cliniciens une approche actualisée, fondée sur des données probantes, de la gestion de la douleur lors d'une arthroplastie élective totale de la hanche.

L'examen systématique et les recommandations ont été mis à jour en utilisant la méthodologie PROSPECT récemment modifiée ([Joshi 2019](#)), en se concentrant sur les résultats de la douleur postopératoire, tout en évaluant les effets des interventions analgésiques en référence à l'utilisation d'analgésiques de base (paracétamol et AINS ou inhibiteurs sélectifs de la COX-2) et en équilibrant les risques et les avantages des stratégies analgésiques.

Résumé des recommandations

Recommandation : interventions préopératoires et peropératoires

- Le terme « préopératoire » se réfère à des interventions appliquées avant l'incision chirurgicale et le terme « peropératoire » se réfère à des interventions appliquées après l'incision et avant la fermeture de la plaie.
- Les analgésiques doivent être administrés au moment approprié (à titre préopératoire ou peropératoire) pour assurer une analgésie suffisante au début de la période de rétablissement.

Exercice et éducation	L'exercice et l'éducation préopératoires sont recommandés (Grade A) pour leurs effets positifs sur la douleur et la fonction postopératoires.
Paracétamol et AINS/inhibiteurs sélectifs de COX-2	Le régime analgésique de base doit comprendre la combinaison de paracétamol (Grade A) et d'un AINS ou d'un inhibiteur sélectif de la COX-2 (Grade A) administré en préopératoire ou en peropératoire et poursuivi en postopératoire.
Technique d'anesthésie	<p>Une anesthésie spinale ou générale est recommandée (Grade A).</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'anesthésie neuraxiale a été recommandée, car elle est associée à de meilleurs résultats postopératoires que l'anesthésie générale (Mementsoudis 2019). Cependant, ses avantages en matière de contrôle de la douleur postopératoire restent peu concluants.
Dexaméthasone	Une dose peropératoire unique de 8 à 10 mg de dexaméthasone IV est recommandée pour ses effets analgésiques et antiémétiques (Grade A).
Analgésie locale/régionale	<p>Un bloc ilio-fascial en une dose unique ou une analgésie par infiltration locale est recommandée (grade D) en raison des effets analgésiques.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dans des méta-analyses récentes, aucune autre chute n'a été signalée avec le bloc ilio-fascial (Cai 2019 ; Gao 2019), qui est recommandé comme bloc nerveux privilégié en cas d'indication d'un bloc nerveux pour une arthroplastie totale de la hanche. • Le groupe PROSPECT souligne qu'avec les techniques chirurgicales modernes et la mise en œuvre correcte de l'analgésie de base et de l'analgésie multimodale (paracétamol, AINS et dexaméthasone), la valeur ajoutée des techniques d'analgésie par infiltration locale doit encore être validée par des études bien menées. <p>Si le/la patient(e) a bénéficié d'une rachianesthésie pour l'intervention chirurgicale, la morphine intrathécale 0,1 mg peut être envisagée (Grade D).</p>

- Il y a eu un conflit significatif entre les membres de PROSPECT concernant l'utilisation de la morphine intrathécale 0,1 mg, et un consensus n'a pas pu être atteint. Si la morphine intrathécale est utilisée, le groupe PROSPECT rappelle aux cliniciens les risques et les avantages associés à son utilisation.
- Les arguments en faveur de la morphine intrathécale sont l'analgésie documentée qu'elle procure pendant au moins 24 heures à titre postopératoire et les effets indésirables limités avec de petites doses ($\leq 0,1$ mg de morphine) ([Bai 2020](#) ; [Albrecht 2020](#)).
- Cependant, le prurit et les nausées et vomissements postopératoires sont associés à la morphine intrathécale ([Kuchálik 2013](#) ; [Damevski 2011](#)). Il a été estimé que même si l'incidence de ces effets indésirables peut être relativement plus faible avec la morphine intrathécale 0,1 mg, ils peuvent encore retarder la fonction ambulatoire et l'absorption orale, et influencer la satisfaction du/de la patient(e) ([Kuchálik 2013](#) ; [Damevski 2011](#)).
- En effet, une analgésie multimodale adéquate avec du paracétamol, des AINS et de la dexaméthasone, sans morphine intrathécale, ainsi que des techniques chirurgicales plus récentes, peuvent suffire à offrir aux patients un bon soulagement de la douleur ([Andersen 2014](#) ; [Coenders2020](#) ; [Fraser 2018](#)).

Recommandation : interventions postopératoires

- Le terme « postopératoire » désigne les interventions appliquées à la fermeture de la plaie ou après celle-ci.
- Les analgésiques doivent être administrés au moment approprié (à titre préopératoire ou peropératoire) pour assurer une analgésie suffisante au début de la période de rétablissement.

Paracétamol et AINS/inhibiteurs spécifiques de COX-2

Le régime analgésique de base doit comprendre la combinaison de paracétamol (Grade A) et d'un AINS ou d'un inhibiteur sélectif de la COX-2 (Grade A) administré en préopératoire ou en peropératoire et poursuivi en postopératoire.

Opioides

Les opioides doivent être réservés aux analgésiques de secours durant la période postopératoire (Grade D).

COX, cyclooxygénase ; IV, intraveineux ; AINS, anti-inflammatoires non stéroïdiens.

Interventions qui ne sont PAS recommandées

Interventions analgésiques non recommandées* pour la gestion de la douleur chez les patient(e)s subissant une arthroplastie totale de la hanche.

Calendrier	Intervention	Motif de la non-recommandation
Préopératoire ou peropératoire	Surcharge glucidique	Peu de preuves propres à la procédure
	Statut ambulatoire	Peu de preuves propres à la procédure
	Inhibiteur sélectif de la COX-2 pré-incisionnel contre post-incisionnel	Peu de preuves propres à la procédure
	Gabapentinoïdes	Preuves incohérentes pour une dose unique. Preuves propres à la procédure pour des doses périopératoires multiples, mais effets secondaires supplémentaires
	Kétamine	Peu de preuves propres à la procédure
	Bloc fémoro-cutané latéral	Peu de preuves propres à la procédure
	Bloc du carré des lombes antérieur	Peu de preuves propres à la procédure
	Bloc du nerf fémoral	Preuves propres à la procédure, mais effets secondaires
	Bloc du plexus lombaire	Preuves propres à la procédure, mais effets secondaires
	LIA d'appoint aux médicaments anesthésiques locaux	Incohérence des preuves propres à la procédure
	Infusion de LIA ou injections répétées	Incohérence des preuves propres à la procédure
	Analgésie péridurale	Preuves propres à la procédure, mais effets secondaires
Postopératoire	Acide tranexamique	Manque de preuves propres à la procédure
	Appui partiel du poids	Manque de preuves propres à la procédure
	Colle de fibrine topique	Manque de preuves propres à la procédure
	TENS	Peu de preuves propres à la procédure
Technique chirurgicale	Approche antérieure contre approche postéro-latérale	Incohérence des preuves propres à la procédure
	Incision mini-invasive contre traditionnelle	Incohérence des preuves propres à la procédure, risques accrus

COX, cyclooxygénase ; LIA, analgésie locale par infiltration ; TENS, stimulation nerveuse électrique transcutanée.

* Il est possible que des approches analgésiques non recommandées dans cette revue en raison d'une efficacité analgésique limitée et/ou de problèmes d'effets indésirables puissent être appropriées dans des situations où une ou plusieurs des recommandations primaires sont contre-indiquées ou ne sont pas appropriées à utiliser. De même, il peut être approprié d'utiliser des interventions analgésiques supplémentaires au-delà des recommandations primaires chez les patients présentant un risque plus élevé que la moyenne de forte douleur postopératoire (par exemple, usage chronique d'opioïdes, états douloureux chroniques ou troubles psychiatriques importants).

Recommandations générales de PROSPECT

Recommandations générales pour la gestion de la douleur périopératoire chez les patient(e)s subissant une arthroplastie totale de la hanche

Interventions préopératoires et peropératoires

- Exercice et éducation préopératoires (Grade A)
- Anesthésie générale ou rachidienne (Grade A)
- Paracétamol (Grade A)
- Anti-inflammatoires non stéroïdiens ou inhibiteurs sélectifs de la cyclo-oxygénase-2 (Grade A)
- Dexaméthasone 8-10 mg IV (Grade A)
- Bloc ilio-fascial en une dose unique ou analgésie locale par infiltration (Grade D)
- Si le patient a bénéficié d'une rachianesthésie pour l'intervention chirurgicale, la morphine intrathécale à 0,1 mg peut être envisagée (Grade D).

Interventions postopératoires

- Paracétamol (Grade A)
- Anti-inflammatoires non stéroïdiens ou inhibiteurs sélectifs de la cyclo-oxygénase-2 (Grade A)
- Opioïde de secours (Grade D)

IV, intraveineux.

Publication de PROSPECT

PROSPECT guideline for total hip arthroplasty: systematic review and procedure-specific postoperative pain management recommendations.

M. Anger, T. Valovska, H. Beloeil, P. Lirk, G.P. Joshi, M. Van de Velde, J. Raeder, on behalf of the PROSPECT Working Group and the European Society of Regional Anaesthesia and Pain Therapy.

[Anaesthesia 2021 May 20. doi: 10.1111/anae.15498](https://doi.org/10.1111/anae.15498). Online ahead of print.