

## CHIRURGIA DI RIPARAZIONE DELLA FRATTURA DELL'ANCA

### RACCOMANDAZIONI SINTETICHE

Translated by Michele Carella, M.D.

#### Note sulle raccomandazioni di PROSPECT

PROSPECT fornisce ai medici argomenti di prova a favore e contro l'uso di vari trattamenti per il dolore postoperatorio, basati sulle evidenze pubblicate e sul parere di esperti. I medici devono giudicare in base alle circostanze cliniche e alle direttive locali. È sempre necessario consultare le informazioni locali sulla prescrizione dei farmaci citati.

#### Dolore dopo la chirurgia di riparazione della frattura dell'anca e obiettivi della revisione PROSPECT

L'intervento di riparazione della frattura dell'anca è associato a dolore post-operatorio da moderato a grave, che può ritardare il recupero post-operatorio e aumentare la durata della degenza ospedaliera. Pertanto, un'efficace gestione del dolore postoperatorio è essenziale per migliorare il recupero funzionale e ridurre la morbilità e la mortalità. Tuttavia, il dolore dopo l'intervento di riparazione della frattura dell'anca è spesso sottotrattato a causa del timore di effetti avversi legati agli analgesici ([Abou-Setta 2011](#)).

Lo scopo di questa revisione sistematica ([Pissens 2024](#)) è stato quello di aggiornare la letteratura disponibile e sviluppare raccomandazioni per la gestione ottimale del dolore dopo l'intervento di riparazione della frattura dell'anca, utilizzando la metodologia PROSPECT.

L'esclusiva metodologia PROSPECT è disponibile su <https://esraeurope.org/prospect-methodology/>. La metodologia prevede che gli studi inclusi siano valutati criticamente, prendendo in considerazione la loro rilevanza clinica, l'uso dell'analgesia di base, l'efficacia, gli effetti avversi e l'invasività di ogni tecnica analgesica o anestetica ([Joshi 2019](#)). La metodologia è stata aggiornata per le future revisioni ([Joshi 2023](#)).

Sono stati ricercati nei database della letteratura studi randomizzati controllati, revisioni sistematiche e meta-analisi, pubblicati in lingua inglese, che hanno valutato gli effetti di interventi analgesici, anestetici e chirurgici sul dolore dopo un intervento di riparazione della frattura dell'anca dal 04 aprile 2005 al 12 maggio 2021. 60 studi hanno soddisfatto i criteri di inclusione.

## Sintesi delle raccomandazioni e delle evidenze principali

### Sintesi delle raccomandazioni e delle evidenze principali per la gestione del dolore nei pazienti sottoposti a chirurgia di riparazione della frattura dell'anca

#### ***Analgesia sistemica***

Il paracetamolo e i FANS/inibitori selettivi della COX-2 sono raccomandati come parte dell'analgesia multimodale di base e dovrebbero essere somministrati prima o durante l'intervento e continuati dopo l'intervento, in assenza di controindicazioni.

- Non sono stati identificati studi specifici per il paracetamolo. Tuttavia, il paracetamolo è raccomandato come parte dell'analgesia multimodale di base perché contribuisce ad alleviare il dolore, in particolare se associato a FANS / inibitori selettivi della COX-2 ([Joshi 2019](#)).
- Non sono stati identificati studi specifici per i FANS/inibitori selettivi della COX-2. Tuttavia, i FANS/COX-2 inibitori selettivi sono raccomandati come parte dell'analgesia multimodale di base, in assenza di controindicazioni. Da notare che le complicanze gastrointestinali, cardiache e renali dei FANS devono essere tenute in considerazione, soprattutto nei pazienti anziani ([Wongrakpanich 2018](#)).

Gli oppioidi devono essere riservati come analgesia di soccorso nel periodo postoperatorio.

#### ***Strategie analgesiche locoregionali***

Si consiglia di eseguire il FNB con una sola iniezione (compreso il blocco 3 in 1\*) o il FICB con una sola iniezione

- Le evidenze specifiche per la procedura mostrano che sia il FNB che il FICB hanno ridotto i punteggi di dolore e il consumo di oppioidi nella maggior parte degli studi.
- I nostri risultati confermano precedenti revisioni sistematiche e meta-analisi, che hanno concluso che il FNB o il FICB sono sicuri ed efficaci per fornire una buona analgesia perioperatoria e ridurre il consumo di oppioidi ([Guay 2018](#); [Skjold 2020](#); [Rashiq 2013](#); [Ritcey 2016](#); [Riddell 2016](#); [Fadhilillah 2019](#); [Hong 2019](#); [Steenberg and Møller 2018](#); [Wan 2020](#)).
- È da notare che il FICB comprende un gruppo eterogeneo di tecniche di blocco nervoso periferico, ovvero il blocco distale o quello sopra-inguinale prossimale, e che alcuni possono considerarli come tecniche diverse. Poiché l'approccio sopra-inguinale copre un'area più ampia rispetto a quello infra-inguinale distale, si preferisce l'approccio sopra-inguinale.

La scelta del blocco nervoso deve basarsi sull'esperienza locale

- Sia il FICB che il FNB sono facili da eseguire, con un profilo di sicurezza favorevole; non ci sono prove a favore di una tecnica rispetto all'altra. Pertanto, la scelta tra FNB o FICB dovrebbe basarsi sull'esperienza del personale medico e/o sulle preferenze istituzionali.
- Sebbene, in teoria, il FICB dovrebbe fornire un sollievo dal dolore migliore rispetto al FNB, in quanto blocca il nervo cutaneo laterale della coscia insieme al nervo femorale, diverse indagini hanno dimostrato che sono ugualmente efficaci ([Shukla 2018](#)).

- Inoltre, il FICB potrebbe fornire risultati migliori in termini di dolore cronico post-chirurgico e potrebbe essere preferibile per la sua relativa semplicità e ridotta invasività, ma anche perché richiede attrezzature meno costose e un minor tempo di esecuzione ([Shukla 2018](#), [Diakomi 2020](#); [Newman 2013](#)).

Non si deve usare un catetere perineurale, salvo in circostanze specifiche

- I benefici analgesici delle tecniche di infusione continua non sono sufficienti a giustificare il posizionamento di cateteri perineurali su base routinaria, ma possono essere presi in considerazione se si prevede un ritardo per l'intervento chirurgico.
- Il blocco motorio può verificarsi a seconda della diluizione dell'anestetico locale. Tuttavia, questo non dovrebbe precludere l'uso dei blocchi nervosi periferici, perché i pazienti in genere non si muovono per circa 24 ore. Tuttavia, a seconda della tempistica dell'intervento chirurgico, si consigliano blocchi nervosi a iniezione singola, poiché le tecniche con catetere perineurale potrebbero ritardare la deambulazione. Inoltre, i blocchi periferici possono essere ripetuti se necessario.
- Sono necessarie ulteriori ricerche per valutare il rapporto tra i rischi e la complessità delle tecniche di blocco continuo e i loro benefici analgesici in presenza di una somministrazione ottimale di analgesici sistemici di base.

### ***Tecniche anestetiche***

La scelta di un'anestesia spinale o di un'anestesia generale dipende da fattori diversi dal dolore

- L'anestesia spinale può fornire un sollievo dal dolore superiore nel immediato periodo postoperatorio ([Haghighi 2017](#); [Heidari 2011](#); [Luger 2010](#)). Tuttavia, la scelta tra l'anestesia spinale o l'anestesia generale dipende da fattori diversi dal dolore (ad esempio, fattori legati al paziente, al chirurgo e all'istituzione).
- Sono necessari studi futuri per valutare le differenze in termini di benefici tra le diverse tecniche anestetiche nei pazienti con frattura dell'anca.

COX, ciclossigenasi; FICB, blocco compartimentale della fascia iliaca; FNB, blocco del nervo femorale; FANS, farmaci antinfiammatori non steroidei.

\*In questa revisione, abbiamo raggruppato il blocco 3-in-1 e il FNB, sebbene la terminologia differisca in letteratura.

## Interventi che NON sono raccomandati

Interventi analgesici non raccomandati per la gestione del dolore nei pazienti sottoposti a chirurgia di riparazione delle fratture di anca.

Intervento	Motivo della NON raccomandazione
<b>Pre-operatorio</b>	
Buprenorfina transdermica	Evidenze limitate specifiche per la procedura
Blocco PENG	Evidenze limitate specifiche per la procedura
<b>Intra-operatorio</b>	
LIA	Evidenza incoerente
Anestesia e analgesia epidurale	Evidenze limitate specifiche per la procedura
Farmaci adiuvanti epidurali	Mancanza di evidenze specifiche per la procedura
Dexmedetomidina endovenosa	Mancanza di evidenze specifiche per la procedura
Dexmedetomidina coadiuvante degli AL nei blocchi nervosi periferici	Evidenze limitate specifiche per la procedura
Clonidina endovenosa e adiuvante degli AL nei blocchi nervosi periferici	Mancanza di evidenze specifiche per la procedura
<b>Postoperatorio</b>	
CFCT	Mancanza di evidenze specifiche per la procedura
Psicoterapia di supporto	Evidenze limitate specifiche per la procedura
TENS	Evidenze limitate specifiche per la procedura

CFCT, terapia criocompressiva a flusso continuo; AL, anestetico locale; LIA, analgesia per infiltrazione locale; PENG, blocco del gruppo nervoso pericapsulare; TENS, stimolazione elettrica nervosa transcutanea.

\* Alcune di queste tecniche possono essere potenzialmente efficaci, ma non sono ancora disponibili dati sufficienti per considerarle come raccomandazione. Molti interventi come la trazione, l'intervento chirurgico precoce, i vari farmaci adiuvanti, la morfina intratecale, ecc. non sono stati testati in questo specifico gruppo di pazienti con frattura dell'anca, generalmente anziani e fragili. Sugeriamo che la ricerca sul dolore postoperatorio dopo l'intervento di riparazione della frattura dell'anca si concentri su questi aspetti.

## Tabella delle raccomandazioni complessive di PROSPECT

### Raccomandazioni complessive specifiche per la procedura per la gestione del dolore nei pazienti sottoposti a chirurgia di riparazione della frattura dell'anca

<b>Pre-operatorio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paracetamolo</li> <li>• FANS o inibitori selettivi della COX-2</li> <li>• Blocco del nervo femorale a iniezione singola (compreso il blocco 3-in-1, senza catetere, tranne in circostanze specifiche) OPPURE Blocco compartimentale della fascia iliaca con iniezione singola, senza catetere se non in circostanze specifiche)</li> </ul>
<b>Intra-operatorio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paracetamolo, se non somministrato prima dell'intervento</li> <li>• FANS o inibitori selettivi della COX-2, se non somministrati prima dell'intervento</li> <li>• Anestesia spinale o anestesia generale</li> </ul>
<b>Postoperatorio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paracetamolo, programmato</li> <li>• FANS o inibitori selettivi della COX-2, programmati</li> <li>• Oppioidi come analgesia di soccorso</li> </ul>

COX, cicloossigenasi; FANS, farmaci antinfiammatori non steroidei.

### Pubblicazione PROSPECT

S. Pissens, L. Cavens, G. P. Joshi, M.P. Bonnet, A. Sauter, J. Raeder, M. Van de Velde, on behalf of the PROSPECT Working Group of the European Society of Regional Anaesthesia and Pain Therapy (ESRA).

**Pain management after hip fracture repair surgery: a systematic review and procedure-specific postoperative pain management (PROSPECT) recommendations.**


[Acta Anaesth Bel 2024;75:15–31.](#)

PROSPECT linee guida: chirurgia di riparazione della frattura dell'anca – infografica


# Raccomandazioni per la chirurgia di riparazione della frattura dell'anca

Una revisione sistematica con raccomandazioni per la gestione del dolore postoperatorio




- 


**Analgesia sistemica (di base)**

Il paracetamolo e i FANS o gli inibitori selettivi della COX-2 sono raccomandati come parte dell'analgesia multimodale di base e dovrebbero essere somministrati prima o durante l'intervento e continuati dopo, se non ci sono controindicazioni.
- 

**Oppioidi**

Gli oppioidi devono essere riservati come analgesia di soccorso.
- 

**Analgesia locoregionale**

Si raccomanda il FNB a iniezione singola (compreso il blocco 3-in-1\*) o il FICB a iniezione singola. Non si deve utilizzare alcun catetere perineurale, se non in circostanze specifiche.
- 

**Tecniche anestetiche**

La scelta dell'anestesia spinale o dell'anestesia generale dipende da fattori diversi dal dolore.

Pissens S, et al. Pain management after hip fracture repair surgery: a systematic review and procedure-specific postoperative pain management (PROSPECT) recommendations. Acta Anaesth Bel 2024;75:15-31.

COX, ciclossigenasi; FANS, farmaci antinfiammatori non steroidei; FICB, blocco compartimentale della fascia iliaca; FNB, blocco del nervo femorale; RCT, studio randomizzato controllato; SR, revisione sistematica.

