

TRAITEMENT CHIRURGICAL D'UNE FRACTURE DE LA HANCHE

RESUMÉ DES RECOMMANDATIONS

Translated by Julien Raft

Remarques sur les recommandations PROSPECT

PROSPECT fournit, aux praticiens, des arguments pour ou contre l'utilisation de diverses méthodes de traitement de la douleur post-opératoire basés sur des publications référencées et des opinions d'experts. Les praticiens doivent émettre des jugements personnels ou institutionnels en fonction des circonstances cliniques et des réglementations locales. À tout moment, les informations de prescription pour les médicaments mentionnés doivent être consultées au niveau local.

Douleur après chirurgie d'une fracture de hanche et objectifs de la revue de la littérature PROSPECT

La chirurgie de la fracture de hanche est associée à des douleurs postopératoires modérées à sévères, qui peuvent retarder la récupération postopératoire et augmenter la durée du séjour à l'hôpital. Par conséquent, une gestion efficace de la douleur postopératoire est essentielle pour améliorer la récupération fonctionnelle et réduire la morbidité et la mortalité. Cependant, la douleur après une chirurgie de réparation d'une fracture de la hanche est souvent sous-traitée en raison des craintes d'effets indésirables liés aux analgésiques ([Abou-Setta 2011](#)).

Le but de cette revue de la littérature ([Pissens 2024](#)) était de mettre à jour la littérature disponible et d'élaborer des recommandations pour une gestion optimale de la douleur après une chirurgie de la fracture de hanche, en utilisant la méthodologie PROSPECT.

La méthodologie PROSPECT est disponible sur <https://esraeurope.org/prospect-methodology/>. Elle exige que les études incluses soient évaluées de manière critique, en tenant compte de leur pertinence clinique, de l'utilisation d'une analgésie de base et de l'efficacité, des effets indésirables et du caractère invasif de chaque technique analgésique ou anesthésique ([Joshi 2019](#)). Elle a été mise à jour pour des prochaines revues de la littérature ([Joshi 2023](#)).

Les bases de données de la littérature ont été consultées pour identifier des essais randomisés, des revues systématiques et des méta-analyses, publiés en langue anglaise, qui ont évalué les effets des traitements analgésiques, anesthésiques et chirurgicaux sur la douleur après une chirurgie de fracture de hanche, du 4 avril 2005 au 12 mai 2021. Soixante études répondaient aux critères d'inclusion.

Résumé des recommandations et points clés

Résumé des recommandations et points clés pour le traitement de la douleur chez les patients subissant une chirurgie pour fracture de hanche

Traitements médicamenteux

Le paracétamol et les AINS (ou inhibiteurs sélectifs de la COX-2) sont recommandés dans le cadre d'une analgésie multimodale de base et doivent être administrés en préopératoire ou en peropératoire et poursuivis en postopératoire, s'il n'y a pas de contre-indications.

- Aucune étude spécifique à ce type de chirurgie n'a été identifiée pour le paracétamol. Néanmoins, le paracétamol est recommandé dans le cadre d'une analgésie multimodale de base car il contribue au soulagement de la douleur, notamment lorsqu'il est associé à des AINS ou à des inhibiteurs sélectifs de la COX-2 ([Joshi 2019](#)).
- Aucune étude spécifique à une procédure n'a été identifiée pour les AINS/inhibiteurs sélectifs de la COX-2. Cependant, les AINS/inhibiteurs sélectifs de la COX-2 sont recommandés dans le cadre d'une analgésie multimodale de base, lorsqu'ils ne sont pas contre-indiqués. Il convient de noter que les complications gastro-intestinales, cardiaques et rénales des AINS doivent être prises en compte en particulier chez les patients âgés ([Wongrakpanich 2018](#)).

Les morphines doivent être réservés comme analgésie de secours en période postopératoire

Analgésie locorégionale

Le bloc fémoral en injection unique (y compris le bloc 3 en 1*) ou le bloc fascia iliaca en injection unique sont recommandés.

- Le bloc fémoral et le bloc fascia iliaca ont réduit les scores de douleur et la consommation de morphiniques dans la majorité des études sur la chirurgie de fracture de hanche.
- Des revues systémiques et des méta-analyses confirment que le bloc fémoral et le bloc fascia iliaca sont sûrs et efficaces pour fournir une bonne analgésie périopératoire et pour réduire la consommation de morphiniques ([Guay 2018](#); [Skjold 2020](#); [Rashiq 2013](#); [Ritcey 2016](#); [Riddell 2016](#); [Fadhilillah 2019](#); [Hong 2019](#); [Steenberg and Møller 2018](#); [Wan 2020](#)).
- Le bloc fascia iliaca est un groupe hétérogène de blocs : les blocs supra-inguinaux distaux et proximaux, dont certains peuvent les considérer comme des techniques différentes. L'approche supra-inguinale couvrant une zone plus large que l'approche infra-inguinale, l'approche supra-inguinale est préférée.

Le choix du bloc nerveux doit être basé sur l'expertise locale.

- Le bloc fascia iliaca et le bloc fémoral sont tous les deux faciles à réaliser de façon sécuritaire; il n'existe aucune preuve favorisant une technique plutôt qu'une autre. Par

conséquent, le choix entre bloc fémoral ou le bloc fascia iliaqua doit être basé sur l'expérience du clinicien et/ou des préférences institutionnelles.

- Bien qu'en théorie, le bloc ilio fascial devrait fournir une meilleure diminution de la douleur que le bloc fémoral, car il bloque le nerf cutané fémoral latéral ainsi que le nerf fémoral, plusieurs études ont montré qu'ils sont tout aussi efficaces ([Shukla 2018](#)).
- En outre, le bloc fascia iliaqua pourrait fournir de meilleurs résultats en termes de douleur chronique post-chirurgicale et pourrait être préférable en raison de sa relative simplicité et de son caractère invasif réduit, mais aussi parce qu'il nécessite un équipement moins coûteux et moins de temps pour effectuer la mise en place du bloc fascia iliaqua ([Shukla 2018](#), [Diakomi 2020](#); [Newman 2013](#)).

Aucun cathéter ne doit être utilisé sauf dans certaines circonstances spécifiques.

- Les bénéfices analgésiques des techniques de perfusion continue ne suffisent pas à justifier la pose systématique de cathéters, mais peuvent être envisagés s'il existe un retard pour l'intervention chirurgicale.
- Un bloc moteur peut survenir en fonction de la dilution de l'anesthésique local. Cependant, cela ne devrait pas exclure l'utilisation de blocs nerveux périphériques, car les patients ne se déplacent généralement pas pendant environ 24 heures. Néanmoins, en fonction du moment de l'intervention chirurgicale, des blocs nerveux en une seule injection sont recommandés, car les techniques de cathéter continu peuvent retarder la marche. De plus, les blocs périphériques pourraient être répétés si nécessaire.
- Des recherches plus approfondies sont nécessaires pour évaluer l'équilibre entre les risques et la complexité par rapport aux avantages analgésiques des techniques d'analgésie loco-régionale continues associées à une analgésie de base.

Techniques d'anesthésie

Le choix de la rachi anesthésie ou de l'anesthésie générale dépend d'autres facteurs que la douleur.

- La rachi anesthésie peut procurer une baisse de la douleur supérieure en postopératoire immédiat ([Haghighi 2017](#); [Heidari 2011](#); [Luger 2010](#)). Cependant, le choix de la rachi-anesthésie ou de l'anesthésie générale dépend de facteurs autres que la douleur (par exemple, facteurs liés au patient, au chirurgien et à l'établissement).
- De futures études sont nécessaires pour évaluer les différentes techniques d'anesthésie chez les patients ayant subi une chirurgie pour fracture de la hanche.

COX, cyclooxygenase; AINS, anti-inflammatoires non stéroïdiens.

* Dans cette revue de la littérature, nous avons regroupé le bloc 3-en-1 et le bloc fémoral bien que la terminologie diffère dans la littérature.

Prises en charge NON recommandées

Prises en charge non recommandées* pour le traitement de la douleur chez les patients subissant une chirurgie pour fracture de hanche.

Traitement	Raison d'une non recommandation
Pré-opératoire	
Buprénorphine transdermique	Preuves limitées
PENG bloc	Preuves limitées
Per-opératoire	
Infiltration d'anesthésiques locaux	Preuves inconstantes
Anesthésie et analgésie péridurale	Preuves limitées
Adjuvants en péridural	Manque de preuves et augmentation des risques
Dexmédétomidine IV	Manque de preuves
Dexmédétomidine comme adjuvant aux anesthésiques locaux pour un bloc nerveux périphérique	Preuves limitées
Clonidine IV et adjuvant aux anesthésiques locaux pour un bloc nerveux périphérique	Manque de preuves
Post-opératoire	
Cryothérapie à flux continu	Manque de preuves
Psychothérapie de soutien	Preuves limitées
Stimulation nerveuse électrique transcutanée (TENS)	Preuves limitées

IV, intraveineux; PENG, pericapsular nerve group; TENS, transcutaneous electrical nerve stimulation.

*Certaines de ces techniques peuvent être potentiellement efficaces, mais il n'existe pas encore suffisamment de données disponibles pour envisager une recommandation. De nombreux traitements tels que la traction, la chirurgie précoce, divers médicaments adjuvants, la morphine intrathécale, etc... n'ont pas été testées chez ce groupe spécifique de patients présentant une fracture de la hanche, généralement âgés et fragiles. Nous suggérons que la recherche sur la douleur postopératoire après une chirurgie de fracture de la hanche se concentre sur ces questions.

Tableau sur les recommandations generals PROSPECT

Recommandations générales pour le traitement de la douleur chez les patients subissant une chirurgie de fracture de hanche

Pré-opératoire	<ul style="list-style-type: none"> • Paracétamol • AINS ou inhibiteurs sélectifs de la COX-2 • Le bloc femoral en injection unique (y compris le bloc 3 en 1) OU le bloc fascia iliaca en injection unique sont recommandés. • Aucun cathéter ne doit être utilisé sauf dans certaines circonstances spécifiques
Intra-opératoire	<ul style="list-style-type: none"> • Paracétamol, si non délivré en pré-opératoire • AINS ou inhibiteurs sélectifs de la COX-2, si non délivré en pré-opératoire • Rachi-anesthésie ou anesthésie générale
Post-opératoire	<ul style="list-style-type: none"> • Paracétamol, de façon programmé • AINS ou inhibiteurs sélectifs de la COX-2, de façon programmé • Morphiniques comme antalgiques de secours

COX, cyclooxygenase; AINS, anti-inflammatoires non stéroïdiens.

Publication 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).

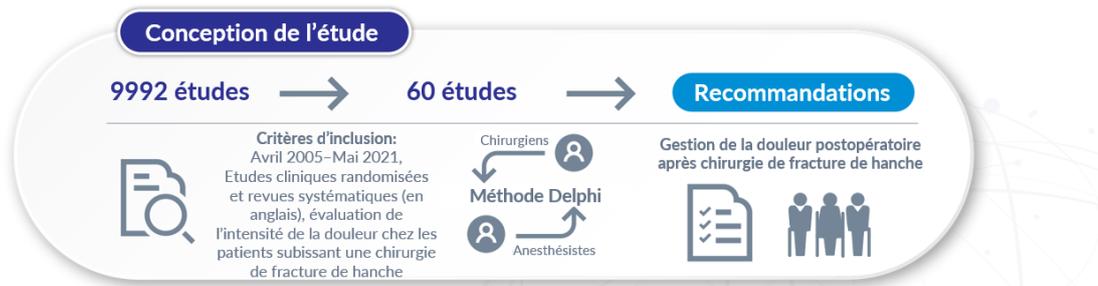
Pain management after hip fracture repair surgery: a systematic review and procedure-specific postoperative pain management (PROSPECT) recommendations.

[Acta Anaesth Bel 2024;75:15–31.](https://doi.org/10.1007/s00540-024-03111-1)

Recommandations PROSPECT pour l'analgésie de la chirurgie de la fracture de hanche – infographie

**Recommandations pour ttt
chirurgical de fracture de hanche**

Une revue systématique de la littérature avec des recommandations pour la gestion de la douleur post opératoire



Traitements médicamenteux (de base)
Le paracétamol et les AINS (ou inhibiteurs sélectifs de la COX-2) sont recommandés dans le cadre d'une analgésie multimodale de base et doivent être administrés en préopératoire ou en peropératoire et poursuivis en postopératoire, s'il n'y a pas de contre-indications.

Morphiniques
Les morphines doivent être réservés comme analgésie de secours en période postopératoire.

Analgésie locorégionale
Le bloc femoral en injection unique (y compris le bloc 3 en 1*) ou le bloc fascia iliaca en injection unique sont recommandés. Aucun cathéter ne doit être utilisé sauf dans certaines circonstances spécifiques.

Techniques d'anesthésie
Le choix de la rachianesthésie ou de l'anesthésie générale dépend d'autres facteurs que la douleur.

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.
AINS, anti-inflammatoires non stéroïdiens; COX, cyclooxygenase.

