ARTHROPLASTIE TOTALE DE HANCHE

RÉSUMÉ DES RECOMMANDATIONS

Notes sur les recommandations PROSPECT

PROSPECT fournit aux cliniciens des arguments en faveur et en défaveur de l'utilisation de diverses interventions contre la douleur postopératoire, sur la base des données publiées et de l'avis d'experts. Les cliniciens doivent exercer leur jugement en fonction des circonstances cliniques et des réglementations locales. Les informations locales de prescription des médicaments mentionnés doivent être consultées en toutes circonstances.

Douleur après arthroplastie totale primaire de hanche (PTH) programmée

La douleur postopératoire après PTH programmée constitue un défi majeur susceptible d'entraver la mobilisation précoce, la rééducation et la satisfaction des patients, tout en augmentant le recours aux opioïdes et le risque de complications postopératoires (Memtsoudis 2021). Ces enjeux sont particulièrement importants avec la généralisation des parcours de récupération améliorée et de PTH ambulatoire, ce qui souligne la nécessité de techniques analgésiques efficaces préservant la fonction motrice.

La douleur est généralement la plus intense au cours des 24 premières heures suivant l'intervention, période critique qui influence la déambulation précoce, la consommation d'opioïdes et la récupération fonctionnelle (Panzenbeck 2021). L'optimisation de l'analgésie multimodale pendant cette période est essentielle pour favoriser la récupération et améliorer les résultats postopératoires.

Objectifs et méthodes de la revue PROSPECT

De nouvelles données probantes sont apparues depuis la publication des précédentes recommandations PROSPECT sur la prise en charge de la douleur postopératoire après PTH primaire programmée (Anger 2021), notamment concernant les techniques régionales préservant la fonction motrice. Cette revue (Carella 2026) visait à évaluer la littérature disponible et à mettre à jour les recommandations PROSPECT précédentes, en mettant l'accent sur les données relatives aux techniques d'anesthésie régionale, à l'analgésie par infiltration locale (LIA), aux adjuvants neuraxiaux et aux interventions pharmacologiques systémiques ne relevant pas de l'« analgésie de base ».

Le groupe PROSPECT a réalisé la revue systématique et formulé les recommandations selon la méthodologie PROSPECT spécifique, disponible à l'adresse

https://esraeurope.org/prospect-methodology/. Cette méthodologie a été publiée pour la première fois dans Joshi 2019 et mise à jour dans Joshi 2023.

Les bases de données bibliographiques (MEDLINE, Embase et la Cochrane Library) ont été interrogées du 1er janvier 2020 au 1er juin 2024 afin d'identifier les essais contrôlés randomisés (ECR), les revues systématiques ou les méta-analyses menés chez des patients adultes soumis à une PTH primaire programmée, qui étudiaient des interventions analgésiques, anesthésiques ou chirurgicales périopératoires visant à améliorer la prise en charge de la douleur postopératoire. Les études devaient rapporter l'intensité de la douleur au moyen d'une échelle linéaire, telle que l'échelle visuelle analogique ou l'échelle numérique, et pouvaient inclure des critères d'évaluation secondaires tels que la consommation d'opioïdes, la récupération fonctionnelle ou les événements indésirables. Seuls les articles publiés en anglais et enregistrés dans une base de données d'essais cliniques reconnue ont été pris en compte.

Au total, 71 ECR et 32 revues systématiques ou méta-analyses identifiés lors de la recherche bibliographique répondaient aux critères d'inclusion. Les données probantes ont été évaluées selon la méthodologie PROSPECT, en mettant l'accent sur la douleur au cours des 24 premières heures, la consommation d'opioïdes, la récupération fonctionnelle et les effets indésirables.

Les études incluses ont été interprétées dans le contexte d'une analgésie multimodale standard (paracétamol associé à des AINS ou à des inhibiteurs de la COX-2), et les recommandations ont reposé sur l'équilibre entre l'efficacité analgésique, les effets indésirables et l'applicabilité clinique.

Cette revue est enregistrée sur PROSPERO : CRD42024572651.

Résumé des recommandations et des principales données probantes

Résumé des recommandations et des principales données probantes pour la prise en charge de la douleur chez les patients soumis à une PTH primaire
Analgésie de base (recommandée pour tous les patients)
Le paracétamol associé à des AINS ou à des inhibiteurs sélectifs de la COX-2 est recommandé, administré en préopératoire ou en peropératoire, sauf contre-indication • Conformément à la méthodologie PROSPECT (Joshi 2023), les ECR portant sur les analgésiques de base (paracétamol, AINS, inhibiteurs spécifiques de la COX-2) n'ont pas été inclus dans cette revue actualisée. Ces composantes sont considérées comme essentielles dans tous les protocoles d'analgésie multimodale.

Une dose IV unique de dexaméthasone (≤ 10 mg) est recommandée pour ses effets analgésiques, anti-inflammatoires et antiémétiques

- Les ECR de la revue actualisée ont confirmé les propriétés analgésiques, anti-inflammatoires et antiémétiques de la dexaméthasone, tout en précisant les schémas posologiques et le moment d'administration optimaux (Mo 2024 ; Li 2022 ; Lei 2020 ; Lei 2020 ; Nielsen 2023).

Analgésie régionale

Le bloc supra-inguinal du compartiment du fascia iliaca (supra-FICB) en injection unique est recommandé comme composante efficace de l'analgésie multimodale.*

OU

Le bloc PENG préopératoire en injection unique est recommandé comme technique alternative préservant la fonction motrice, avec une efficacité comparable.

Supra-FICB

- Des ECR de haute qualité évaluant le supra-FICB préopératoire ont montré des bénéfices constants et cliniquement pertinents sur les scores de douleur, la consommation d'opioïdes et la récupération fonctionnelle chez les patients soumis à une PTH par voie postérolatérale, sans signe d'altération motrice cliniquement pertinente (Carella 2022 ; Gola 2021 ; Bravo 2020).
- Les résultats actualisés renforcent et élargissent les données antérieures étayant l'efficacité du supra-FICB longitudinal (Desmet 2017).
- Un volume d'environ 40 mL était généralement utilisé afin d'obtenir une diffusion supra-inguinale adéquate avec la technique longitudinale (Desmet 2017 ; Vermeylen 2019).

Bloc PENG

- Le bloc PENG a démontré une analgésie supérieure et un effet d'épargne opioïde par rapport au placebo dans la PTH, sans altération motrice (Pascarella 2021 ; Choi 2022 ; Domagalska 2023 ; Kukreja 2023).
- Plusieurs méta-analyses ont également étayé le rôle du bloc PENG comme composante efficace de l'analgésie multimodale pour la PTH, bien que l'hétérogénéité des protocoles d'étude et des techniques comparatrices impose une interprétation prudente (Kim 2023 ; Ke 2024 ; She, Liu 2024 ; Pai 2024 ; Hu 2024).

Données comparatives

- Les données suggèrent que le bloc PENG préopératoire et le supra-FICB procurent un bénéfice clinique comparable (Carella 2023 ; Aliste 2021).

La LIA en injection unique peut être envisagée comme alternative lorsque les blocs régionaux ne sont pas réalisables ou sont contre-indiqués.

- La LIA, réalisée en peropératoire par le chirurgien, représente une option pragmatique et techniquement simple, notamment lorsque l'anesthésie régionale n'est pas réalisable ou est contre-indiquée.
- Les données disponibles indiquent que la LIA procure un bénéfice analgésique transitoire limité à la période postopératoire précoce, notamment lorsque les blocs régionaux ou une analgésie multimodale optimale ne sont pas utilisés (Xiao 2021 ; Bernaus 2022).
- Toutefois, son bénéfice global semble modeste et dépendant du contexte, et elle n'améliore pas systématiquement la douleur, la consommation d'opioïdes ou la récupération fonctionnelle au-delà de ce qui peut être obtenu avec les techniques régionales privilégiées préservant la fonction motrice (Ye 2023 ; Bravo 2023 ; Et 2023).
- Il n'existe actuellement aucune donnée probante solide en faveur de l'association de techniques régionales à la LIA. Cette association n'améliore pas les résultats analgésiques postopératoires et peut exposer les patients à des concentrations plus élevées, potentiellement toxiques, d'anesthésique local.

Analgésie neuraxiale

La morphine intrathécale à faible dose (≤ 0,1 mg) peut être envisagée si le patient a reçu une rachianesthésie pour l'intervention et si celle-ci est réalisée dans le cadre d'une hospitalisation

- L'utilisation de morphine intrathécale est étayée par des données probantes cohérentes et spécifiques à la PTH. Dans la revue actualisée, les résultats de deux études supplémentaires (Vitola 2022 ; Albrecht 2020) ont renforcé le rôle de la morphine intrathécale à faible dose (0,1 mg) comme adjuvant efficace et sûr en milieu hospitalier, tandis que les doses plus élevées doivent être utilisées avec prudence en raison d'effets indésirables dose-dépendants.
- Elle peut être envisagée comme alternative aux techniques régionales périphériques chez certains patients hospitalisés, bien que son utilisation dans les parcours ambulatoires puisse être limitée par les exigences de surveillance et les effets indésirables.

Analgésie de secours

Les opioïdes doivent être réservés au traitement analgésique de secours

- Conformément à la méthodologie PROSPECT (Joshi 2023), les ECR portant sur les opioïdes n'ont pas été inclus dans cette revue actualisée.

*Dans la précédente revue PROSPECT (Anger 2021), le terme « FICB » désignait sans distinction toutes les approches (infra- et supra-inguinales). Cette révision des recommandations antérieures reflète l'accumulation de données cliniques montrant une analgésie inconstante avec le FICB infra-inguinal.

AINS, anti-inflammatoire non stéroïdien ; COX, cyclo-oxygénase ; ECR, essai contrôlé randomisé ; IV, intraveineux ; LIA, analgésie par infiltration locale ; PENG, groupe nerveux péricapsulaire ; PTH, prothèse totale de hanche ; supra-FICB, bloc supra-inguinal du compartiment du fascia iliaca.

Interventions NON recommandées

Interventions analgésiques non recommandées pour la prise en charge de la douleur chez les patients soumis à une PTH primaire.

Intervention	Motif de non-recommandation
Techniques d'analgésie régionale	
Bloc infra-inguinal du fascia iliaca	Absence de données probantes spécifiques à l'intervention
Bloc PENG postopératoire	Absence de données probantes spécifiques à l'intervention
Bloc du plan des muscles érecteurs du rachis lombaire	Données probantes spécifiques à l'intervention incohérentes
Bloc ilio-psoas	Absence de données probantes spécifiques à l'intervention
Bloc circum-psoas	Données probantes spécifiques à l'intervention limitées
Bloc du carré des lombes Antérieur (transmusculaire)	Données probantes spécifiques à l'intervention, mais effets indésirables
Bloc du carré des lombes Postérieur ou latéral	Absence de données probantes spécifiques à l'intervention
Bloc continu du carré des lombes	Absence de données probantes spécifiques à l'intervention
Bloc du nerf obturateur	Absence de données probantes spécifiques à l'intervention
Bloc du nerf cutané latéral de la cuisse	Absence de données probantes spécifiques à l'intervention
Bloc postopératoire du nerf cutané latéral de la cuisse	Absence de données probantes spécifiques à l'intervention
Bloc paravertébral	Absence de données probantes spécifiques à l'intervention
Bloc du plexus lombaire	Données probantes spécifiques à l'intervention, mais effets indésirables
Adjuvants à la LIA avec anesthésiques locaux	Données probantes spécifiques à l'intervention incohérentes
LIA associée à d'autres blocs	Données probantes spécifiques à l'intervention incohérentes
LIA continue	Absence de données probantes spécifiques à l'intervention et effets indésirables potentiels
Médicaments intrathécaux	
Dexmédétomidine intrathécale	Données probantes spécifiques à l'intervention limitées
Ocytocine intrathécale	Absence de données probantes spécifiques à l'intervention
Médicaments systémiques	
Méthylprednisolone	Données probantes spécifiques à l'intervention limitées
Dexaméthasone postopératoire	Données probantes spécifiques à l'intervention incohérentes
Duloxétine	Données probantes spécifiques à l'intervention limitées
Dexmédétomidine IV	Absence de données probantes spécifiques à l'intervention
Mélatonine	Absence de données probantes spécifiques à l'intervention
Gabapentinoïdes	Données probantes incohérentes et effets indésirables
Techniques chirurgicales	
Voie Super-PATH	Absence de données probantes spécifiques à l'intervention
Voie antérieure directe	Absence de données probantes spécifiques à l'intervention
Réalité immersive en 3D	Absence de données probantes spécifiques à l'intervention

LIA, analgésie par infiltration locale ; PENG, groupe nerveux péricapsulaire ; super-PATH, voie supercapsulaire percutanée assistée pour arthroplastie totale de hanche.

Tableau global des recommandations PROSPECT

Recommandations globales pour la prise en charge de la douleur spécifique à l'intervention chez les patients soumis à une PTH primaire			
		Niveau de preuve	Force de la recommandation
Préopératoire et peropératoire	Paracétamol associé à des AINS ou à des inhibiteurs sélectifs de la COX-2, administré en préopératoire ou en peropératoire, sauf contre-indication	S.O.	S.O.
	Dexaméthasone jusqu'à 10 mg, IV	Élevé	Forte
	Techniques d'analgésie locale/régionale :		
	• Le supra-FICB en injection unique • OU bloc PENG en injection unique	Élevé	Forte
	• LIA si les blocs régionaux ne sont pas réalisables ou sont contre-indiqués	Élevé	Forte
	La morphine intrathécale à la dose de 0,1 mg peut être envisagée si le patient a reçu une rachianesthésie pour l'intervention et si celle-ci est réalisée dans le cadre d'une hospitalisation	Élevé	Forte
Postopératoire	Paracétamol associé à des AINS ou à des inhibiteurs sélectifs de la COX-2, administré selon un schéma programmé, sauf contre-indication	S.O.	S.O.
	Opioïde en traitement de secours	S.O.	S.O.

AINS, anti-inflammatoire non stéroïdien ; COX, cyclo-oxygénase ; ECR, essai contrôlé randomisé ; IV, intraveineux ; LIA, analgésie par infiltration locale ; PENG, groupe nerveux péricapsulaire ; PTH, prothèse totale de hanche ; supra-FICB, bloc supra-inguinal du compartiment du fascia iliaca.

Publication PROSPECT

Carella M, Bugada D, Van de Velde M, Beloeil H, Albrecht E, Lavand'homme P, Raeder J, Joshi GP, on behalf of the PROSPECT Working Group of the European Society of Regional Anaesthesia and Pain Therapy (ESRA).

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

Anaesthesia. 2026 Jul 20. doi: 10.1111/anae.70299. Online ahead of print.

Recommandations PROSPECT pour la PTH – Infographie

