



PROTHÈSE TOTALE DE HANCHE*

COMITÉ SCIENTIFIQUE :

Frédéric Aubrun - Agnès Bellanger - Dominique Fletcher - Valérie Gaudé - Valéria Martinez

* Sous la responsabilité des rédacteurs

GÉNÉRALITÉS

TYPE DE CHIRURGIE

La voie d'abord (risque de dégâts musculaires pelvi-trochantériens) et l'association à une ostéotomie trochantérienne peuvent conditionner la remise en charge précoce. Selon la voie d'abord, il faut lutter contre certaines attitudes vicieuses favorisées par la douleur : tendance à la rotation externe, adduction de la hanche, flexion du genou

TYPE D'ANESTHÉSIE

Le type d'anesthésie (anesthésie générale ou rachianesthésie) n'a pas d'impact sur la douleur postopératoire

DOULEUR

- Douleur préopératoire : EVA > 60 mm
- Fortes douleurs postopératoires : EVA > 60 mm dans 60-70 % augmentant lors de la mobilisation
- Durée estimée : 36 à 72 h selon les équipes avec une acmé survenant entre 3 et 6 h
- Dans la majorité des cas, les opérés présentent des douleurs avant l'intervention qui peuvent majorer la douleur postopératoire
- Rythme de la douleur avec une composante inflammatoire : en statique, recrudescence nyctémérale en 2^e partie de nuit. Paroxysmes douloureux lors des gestes de soins et de nursing

PATIENT

- Majorité de femmes (pathologie de l'ostéoporose)
- Age > 60 ans

CHIRURGIE, RÉÉDUCATION

- Soit en chirurgie réglée, soit en urgence après fracture du col
- Douleurs postopératoires plus importantes en cas de PTH pour dysplasie que PTH pour coxarthrose
- Durée d'hospitalisation : 5-10 j
- Rééducation : elle débute dès la 24^e heure et comporte successivement des séances de mobilisation passive et de rééducation neuromusculaire puis des mouvements assistés actifs, la reprise d'une activité légère et enfin la récupération de l'amplitude de mouvement
Les séances entraînent des paroxysmes douloureux sur fond de douleur modérée qui doivent être pris en compte dans la procédure d'analgésie
- Durée de rééducation : 30-45 j
- Une douleur postopératoire importante avec peu de rééducation augmente le besoin de kinésithérapie incompatible avec un retour à domicile

BLOC OPÉRATOIRE

PRODUIT/VOIE	MODALITÉS	POSOLOGIE	BÉNÉFICES ATTENDUS	REMARQUES
LOCORÉGIONALE				
ROPIVACAÏNE 0,75 % (7,5 mg/mL) BLOC ILIO-FASCIAL	Bolus	30 mL/bolus (225 mg/bolus)	Réduction de la consommation de morphine postopératoire et meilleure analgésie postopératoire	Cathétérisme avant l'intervention non indiqué en cas de voie antérieure
ALTERNATIVE				
MORPHINE 1 mg/mL INTRATHÉCALE	Bolus	100 µg	Bonne analgésie postopératoire Analgésie insuffisante lors de la mobilisation	Surveillance en SSPI pendant 24 h en particulier chez le sujet âgé
INFILTRATION PAR LE CHIRURGIEN DE LA ZONE OPÉRATOIRE PAR ROPIVACAÏNE	Bolus	300 mg	L'association à l'adrénaline, voire à un AINS est recommandée par certaines équipes	
PARENTÉRALE				
PARACÉTAMOL 1 g IV	Perfusion sur 15 min à la fermeture	1 g	Analgésie par anticipation	
KÉTOPROFÈNE 100 mg IV	Perfusion sur 15 min à la fermeture	50-100 mg	Analgésie par anticipation Diminution ostéophytes	Respecter les contre-indications des AINS et les précautions d'emploi
ALTERNATIVES				
NÉFOPAM 20 mg IV	Perfusion sur 30 min	20 mg	Analgésie de complément	A la place du paracétamol ou du kétoprofène si contre-indication ou associé aux deux
KÉTAMINE 10 mg/mL IV	Bolus	0,15 mg/kg	Diminution de la consommation d'antalgiques postopératoire Synergie d'action avec morphine	Synergie d'action avec morphine

SSPI

PRODUIT/VOIE	MODALITÉS	POSOLOGIE	BÉNÉFICES ATTENDUS	REMARQUES
LOCORÉGIONALE				
ROPIVACAÏNE 0,2 % (2 mg/mL) BLOC ILIO-FASCIAL	En continu par infuseur élastomérique ou PCRA**	5-7 mL/h en continu 5 mL/h + bolus 5 mL Période réfractaire : 20 min	Analgésie au mouvement (nursing et kinésithérapie)	Bloc moins intéressant si réalisé en postopératoire car expose à des risques de dépression respiratoire
PARACÉTAMOL 1 g IV	Perfusion sur 15 minutes	1 g	Effet additif avec les AINS Réduction de la consommation de morphine	Si non administré au bloc opératoire.
KÉTOPROFÈNE 100 mg IV	Perfusion sur 15 minutes	50 mg	Analgésie additive avec paracétamol Réduction de la consommation de morphine	Si non administré au bloc opératoire. En gynécologie obstétrique, la dose de 50 mg est aussi efficace que 100 mg Respecter les contre-indications des AINS
PARENTÉRALE				
MORPHINE 1 mg/mL IV	Titration par bolus quand patient évaluable dès EVA > 30 mm	1-3 mg/ 5-10 min	Adaptation rapide aux besoins du patient	Surveillance continue de la conscience, fréquence respiratoire et score de douleur
PUIS				
MORPHINE 1 mg/mL IV	PCA*** quand patient évaluable après titration	1 mg/bolus Période réfractaire : 5-10 min	Entretien analgésie	Surveillance continue de la conscience, fréquence respiratoire et score de douleur
OU				
MORPHINE 10 mg/mL SC	Sous-cutanée profonde (jamais IM) 2 h après titration	0,1 mg/kg/4-6h	Entretien analgésie	Réduction des doses de 40-60 % chez le sujet âgé > 75 ans Entretien analgésie

** PCRA : patient controlled regional analgesia (PCA sur cathéter)

*** PCA : patient controlled analgesia (analgésie contrôlée par le patient)

SECTEUR D'HOSPITALISATION

PRODUIT/VOIE	MODALITÉS	POSOLOGIE	BÉNÉFICES ATTENDUS	REMARQUES
LOCORÉGIONALE				
ROIPIVACAÏNE 0,2 % (2 mg/mL) BLOC FÉMORAL CONTINU	En continu par infuseur élastomérique ou PCRA**	7 mL/h (10-14 mg/h) en continu 5 mL/h (10 mg/h) + bolus 5 mL (10 mg) Période réfractaire : 20 min	Analgésie lors du nursing et kinésithérapie	Durée : 48-72 h
PARENTÉRALE				
PARACÉTAMOL 1 g IV	Perfusion sur 15 min	1 g x 4/j jusqu'à reprise alimentation	Entretien analgésie	Pas d'adaptation posologique chez le sujet âgé
KÉTOPROFÈNE 100 mg IV	Perfusion sur 15 min	50 mg x 4/j pendant 2 j max.	Entretien analgésie	Respecter les contre-indications et les précautions d'emploi des AINS
NÉFOPAM 20 mg IV	Perfusion sur 20 min	20 mg x 4/j	Analgésie postopératoire	À la place du paracétamol ou du kétoprofène si contre-indication ou associé aux deux
MORPHINE 1 mg/mL IV	PCA chez patient évaluable après titration	1 mg/7 min pendant 2 j	Entretien analgésie	Surveillance continue de la conscience, fréquence respiratoire et score de douleur
OU				
MORPHINE 10 mg/mL SC	Sous-cutanée profonde	0,1 mg/kg/4-6 h	Entretien analgésie	Réduction des doses de 40-60 % chez le sujet âgé > 75 ans
RELAIS PER OS DÈS QUE POSSIBLE				
KÉTOPROFÈNE LP 100 mg PO	Systématique dès reprise de l'alimentation orale	100 mg x 2/j pendant 3 j	Entretien analgésie	Respecter les contre-indications et les précautions d'emploi des AINS
PARACÉTAMOL 400-500 mg PO + CODÉINE 20-30 mg PO	Systématique dès reprise de l'alimentation orale	2 cp x 3-4/j pendant 8-15 j	Entretien analgésie	

** PCRA : patient controlled regional analgesia : PCA sur cathéter

ORDONNANCE DE SORTIE

ANTALGIQUE DE NIVEAU 2

- Paracétamol (400-500 mg) + codéine (20-30 mg) : 2 cp x 3/j pendant 8-15 jours

OU

- Paracétamol (375 mg) + Tramadol (37,5 mg) : 1 à 2 cp/j pendant 8-15 jours

Références essentielles :

- Andersen LO et al. Analgesic efficacy of local infiltration analgesia in hip and knee arthroplasty: a systematic review. Br J Anaesth. 2014; 113: 360-374.
- Aubrun F, et al. Titration intraveineuse de morphine. Ana. Fr. Anesth. Rean. 2004; 23: 973-85.
- Capdevila X et al. Continuous psoas compartment block for postoperative analgesia after total hip arthroplasty : new landmarks, technical guidelines, and clinical evaluation. Anesth. analg. 2002; 94:1606-13.
- Delbos A, Boccard E. The morphine-sparing effect of propacetamol in orthopedic postoperative pain. J. Pain. Symptom. Manage. 1995; 10: 279-86.
- Du Manoir B et al. Randomized prospective study of the analgesic effect of nefopam after orthopaedic surgery. Br. J. Anaesth. 2003; 91: 836-41.
- Remérand F, Le Tendre C, Baud A, Couvret C, Pourrat X, Favard L, Laffon M, Fusciardi J. The early and delayed analgesic effects of ketamine after total hip arthroplasty: a prospective, randomized, controlled, double-blind study. Anesth Analg 2009; 109: 1963-71.
- Formalized recommendations of experts 2008. Management of postoperative pain in adults and children. Recommandations formalisées d'experts. Prise en charge de la douleur postopératoire chez l'adulte et d'enfant. Comité douleur-anesthésie locorégionale et le comité des référentiels de la SFAR. Ann Fr Anesth Reanim. 2008; 27: 1035-41.
- Slappendel R et al. The intensity of preoperative pain is directly correlated with the amount of morphine needed for postoperative analgesia. Anesth. Analg. 1999; 88: 146-8.
- Souron V et al. Intrathecal morphine provides better postoperative analgesia than psoas compartment block after primary hip arthroplasty. Can J Anaesth. 2003; 50: 574-9.
- Stevens RD et al. Lumbar plexus block reduces pain and blood loss associated with total hip arthroplasty. Anesthesiology 2000; 93:115-21.