

ORDONNANCE DE SORTIE

ANTALGIQUE DE NIVEAU 2

Paracétamol (400-500 mg) + [codéine (20-30 mg) ou dextropropoxyphène (30 mg)] : 1-2 cp ou gél./8 h

OU

ANTALGIQUE DE NIVEAU 1

Paracétamol 1 g x 4/j ± kétoprofène 150 mg matin et soir en surveillant la tolérance gastroduodénale
Durée de traitement maximum conseillée des AINS : 3 jours

REMARQUES

La réapparition d'une douleur à distance de l'intervention impose un examen clinique du patient
Un AINS différent du kétoprofène est utilisable par voie orale
Durée de traitement : environ 7 jours

Références bibliographiques

1. Roberts HC, Eastwood H. Pain and its control in patients with fractures of the femoral neck while awaiting surgery. *Injury*. 1994 ; 25 : 237-239.
2. Conférence de consensus sur la douleur postopératoire chez l'adulte et l'enfant. *Ann. Fr. Anesth. Réanim.* 1998 ; 17 : 445-461.
3. Benedetti C, Bonica JJ, Belluci G. Pathophysiology and therapy of postoperative pain : a review. In Benedetti C, Chapman CR, Moricca G, eds. *Advances in pain research and therapy*. New York : Raven. Press. 1984 : 373-40.
4. Aarons H, Hall G, Hughes S, Salmon P. Short-term recovery from hip and knee arthroplasty. *J. Bone. joint. Surg. Br.* 1996 ; 78 : 555-558.
5. Les fractures trochantériennes du sujet âgé. 2^e journée de traumatologie de la Pitié Salpêtrière. Sous la direction de G Saillant, F Laude, F Mabeoone. Sauramps. Médical. ed. 1996.
6. Valentin N, Lomholt B, Jensen JS, Hejgaard N, Kreiner S. Spinal and general anaesthesia for surgery of the fractured hip : a prospective study of mortality in 578 patients. *Br. J. Anaesth.* 1986 ; 58 : 284-291.
7. Piletta P, Porchet HC, Dayer P. L'effet central du paracétamol. *Schweiz. Med. Wschr.* 1990 ; 120 : 1950-1951.
8. Conférence d'expert sur les modalités de la sédation et/ou de l'analgésie en situation extra-hospitalière. *Ann. Fr. Anesth. Réanim.* 2000 ; 19 : 56-62.
9. Aubrun F, Monsel S, Langeron O, Coriat P, Riou B. Postoperative titration of intravenous morphine. *Eur. J. Anaesthesiol.* 2001 ; 18 : 159-165.
10. Capdevila X, Biboulet Ph, Bouregba M, Barthelet Y, Rubenovitch J, d'Athis F. Comparison of the « 3-in-1 » and fascia iliaca compartment blocks in adults : clinical and radiographic analysis. *Anesth. Analg.* 1998 ; 86 : 1039-1044.
11. Sorenson RM, Pace NL. Anesthetic techniques during surgical repair of femoral neck fractures. *Anesthesiology* 1992 ; 77 : 1095-1104.
12. Eyrolle L, Rosencher N. Anesthésie pour fracture du col du fémur. In « Conférence d'actualisation SFAR 2002 », ed. Elsevier. Paris. 2002 ; 175-196.
13. Kostamovaara A, Laitinen JO, Nuutinen LS, Koivuranta MK. Intravenous ketoprofen for pain relief after total hip or knee replacement. *Acta Anaesthesiol. Scand.* 1996 ; 40 : 697-703.
14. Scheinin H, Virtanen T, Kentala E et al. Epidural infusion of bupivacaine and fentanyl reduces perioperative myocardial ischaemia in elderly patients with hip fracture-a randomized controlled trial. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2000 ; 44 : 1061-70.
15. Matot I, Oppenheim-Eden A, Ratrot R et al. Preoperative cardiac events in elderly patients with hip fracture randomized to epidural or conventional analgesia. *Anesthesiology*. 2003 ; 98 : 156-63.
16. Aubrun F, Monsel S, Langeron O, Coriat P, Riou B. Postoperative titration of intravenous morphine in the elderly patient. *Anesthesiology* 2002 ; 96 : 17-23.
17. Keita H, Geachan N, Dahmani S, Couderc E, Armand C, Quazza M, Mantz J, Desmots JM. Comparison between patient-controlled analgesia and sub-cutaneous morphine in elderly patients after total hip replacement. *Br. J. Anaesth.* 2003 ; 90 : 53-57.
18. Aubrun F, Bunge D, Langeron O, Saillant G, Coriat P, Riou B. Postoperative morphine consumption in the elderly patient. *Anesthesiology*. 2003 ; 99 : 160-5.

ÉTABLISSEMENT



DATE DE DIFFUSION :

PROCÉDURES POUR LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR POSTOPÉRAtoire

FRACTURE DU COL FÉMORAL DU SUJET ÂGÉ*

COMITÉ SCIENTIFIQUE :

Frédéric Aubrun - Dominique Fletcher - Christian Jayr
Agnès Bellanger - Chantal Bernard

RÉDACTEURS :

Frédéric Aubrun - Nicolas Derrode - Dominique Fletcher
Elisabeth Gaertner - Olivier Gall - Christian Jayr
Hawa Keita-Meyer - Olivier Mimoz - Marc Raucoules-Aimé

Douleur

- Intensité de la douleur préhospitalière sévère (EVA \geq 70 mm) à très sévère (EVA=100 mm)¹
- Niveau et durée DPO : modérée pendant 2-3 jours^{2,3} ; la douleur peut durer en moyenne 7 jours⁴

Patient

- Fracture plus fréquente chez la femme : chute de sa hauteur à domicile
- Particularité : pathologie du sujet âgé ou très âgé (83 \pm 7 ans)⁵
- Prise en charge SMUR recommandée

Chirurgie

- Fracture à opérer le plus rapidement possible (Douleur+++ et mortalité élevée dans le cas contraire)⁶
- Durée d'hospitalisation en secteur de soins : 7-8 jours
- Durée de la rééducation : environ 1 mois

PRÉOPÉRAtoire

PARACÉTAMOL 1 g IV

1 g sur 15 min - Pic d'efficacité : 1-2 h⁷

MORPHINE 1 mg/ml IV

Titration si douleur modérée à sévère
Analgésie appropriée pour le transport vers la structure d'accueil
Bolus de 1-4 mg/5 min en surveillant les paramètres vitaux, la sédation et l'efficacité analgésique^{8,9}

ALTERNATIVE

LIDOCAÏNE 1 % BLOC ILIOFASCIAL

Bloc iliofascial pour l'analgésie des territoires innervés par le nerf fémoral, obturateur ou cutané latéral de cuisse¹⁰. Taux de succès : 70 % avec 20 ml de lidocaïne 1 %
Pas de neurostimulation. Monitoring cardiovasculaire indispensable

* Sous la responsabilité des auteurs

Avec le parrainage de l'

INSTITUT UPSA
DE LA DOULEUR
Un engagement de BristolMyers Squibb

- TYPE DE CHIRURGIE : objectif principal : reprise rapide de l'appui. Prothèse intermédiaire essentiellement mais aussi prothèse totale de hanche (< 10 % des cas) ou ostéosynthèse (sujet jeune)⁵
- TYPE D'ANESTHÉSIE : la technique anesthésique n'influence pas la mortalité postopératoire mais influence faiblement la morbidité postopératoire^{11,12}

BLOC OPÉRATOIRE

PRODUIT/VOIE	MODALITÉS	POSOLOGIE	BÉNÉFICES ATTENDUS	REMARQUES
PARACÉTAMOL 1 g IV ⁷	Perfusion sur 15 min à la fermeture	1 g	Analgésie par anticipation	Pic d'efficacité : 1-2 h
KÉTOPROFÈNE ¹³ 100 mg IV	Perfusion sur 15 min à la fermeture	50-100 mg	Analgésie par anticipation et synergie avec morphinique	Pic d'efficacité : 1 h Facteurs limitants : âge > 75 ans, digestifs, rénaux, allergiques et hémorragiques**

ALTERNATIVE

NÉFOPAM 20 mg IV Perfusion de 20 mg sur 15 min à la place du kétoprofène ou du paracétamol si contre-indication, ou associé aux 2

ANESTHÉSIE LOCORÉGIONALE

Les risques liés à la rachianesthésie conventionnelle (notamment hémodynamique) dépassent les bénéfices analgésiques. En revanche, une rachianesthésie fractionnée paraît davantage envisageable. Une analgésie péridurale précoce permettrait de diminuer l'incidence des épisodes d'ischémie myocardique périopératoires^{14,15}. La complexité et le taux d'échec d'un bloc lombosacré rendent cette technique d'analgésie peu avantageuse

SSPI

PRODUIT/VOIE	MODALITÉS	POSOLOGIE	BÉNÉFICES ATTENDUS	REMARQUES
MORPHINE ^{9,16} 1 mg/ml IV	Titration par bolus quand patient évaluable dès EVA > 30 mm	1-3 mg/5 min	Adaptation rapide aux besoins du patient	Surveillance continue de la conscience, fréquence respiratoire et score de douleur
MORPHINE ¹⁷ 1 mg/ml IV	PCA*** quand patient évaluable après titration	1 mg/bolus Max/4 h : 15-25 mg Période réfractaire : 5-10 min	Entretien analgésie	Surveillance idem titration + O ₂ systématique
ou				
MORPHINE ^{17,18} 10 mg/ml SC	Sous-cutanée profonde (jamais IM) 2 h après titration (voire plutôt pour les patients les plus douloureux)	5-10 mg 1 seule injection	Analgésie relais de la titration si celle-ci est nécessaire	Dose indépendante de la dose titrée

ALTERNATIVE

NÉFOPAM 20 mg IV Perfusion de 20 mg sur 15 min si l'injection en peropératoire n'a pas été réalisée

** Voir fiche "Prise en charge de la douleur postopératoire chez le sujet âgé"

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

SECTEUR D'HOSPITALISATION

PRODUIT/VOIE	MODALITÉS	POSOLOGIE	BÉNÉFICES ATTENDUS	REMARQUES
PARENTÉRALE				
MORPHINE ¹⁷ 1 mg/ml IV ou MORPHINE ¹⁸ 10 mg/ml SC	PCA à la demande Sous-cutanée profonde (jamais IM) à la demande ou 1 h avant mobilisation ou douleur prévisible	1 mg/5-10 min pendant 2-3 j 5-10 mg/4-8 h tant que la douleur persiste	Entretien analgésie Adaptation aux besoins et au profil du patient	Arrêt si consommation < 10 mg/j Réduction des doses de 40 à 50 % vs sujet jeune Alternative à la PCA ou souhait du patient. Pas de corrélation avec la dose titrée
PARACÉTAMOL 1 g IV	Perfusion sur 15 min Systématique	1 g x 4/j jusqu'à reprise alimentation	Entretien analgésie	Bonne tolérance chez le sujet âgé
KÉTOPROFÈNE ¹³ 100 mg IV	Perfusion sur 15 min Systématique	50 mg x 4/j ou 100 mg x 3/j pendant 2 j max	Synergie d'action avec la morphine Analgésie dynamique	Facteurs limitants : âge > 75 ans, digestifs, rénaux, allergiques et hémorragiques**

ALTERNATIVE

NÉFOPAM 20 mg IV Perfusion de 20 mg/15 min/4 h si l'injection en peropératoire n'a pas été réalisée

RELAIS

PARACÉTAMOL 1 g PO	Relais de la voie IV Systématique	1 g x 4/j pendant la durée nécessaire	Analgésie continue	Eventuellement associé à la morphine SC
KÉTOPROFÈNE 150 mg PO	Relais de la voie IV	150 mg/12 h pendant 3 j	Analgésie continue	Eventuellement associé à la morphine SC ou par PCA

ALTERNATIVE

ANTALGIQUE DE NIVEAU 2 Paracétamol (400-500 mg) + [codéine (20-30 mg) ou dextropropoxyphène (30 mg)] sauf contre-indication 1-2 cp ou gél./8 h systématique

A administrer en cas de sevrage complet en morphine

REMARQUE La douleur est évaluée au repos et à la mobilisation