



- Paracétamol (400-500 mg) + [codéine (20-30 mg) ou dextropropoxyphène (30 mg)] : 2 cps x 4/j pendant 8 jours

ÉTABLISSEMENT

Références bibliographiques

1. Bonica JJ. Postoperative pain therapy. In : Dubner R. ed. Current topics in pain research and therapy. Tokyo : Yokota : 1983 : 169-89.
2. Eyrolle L, Belbachir A, Rosencher N. Analyse sémiologique de la douleur en chirurgie orthopédique. SFAR 1999.
3. Conférences de consensus. Prise en charge de la douleur postopératoire chez l'adulte et l'enfant. Ann. Fr. Anesth. Réanim. 1998 ; 17 : 445-62.
4. 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.
5. Eisenach JC, et al. Effect of pregnancy and pain on cerebrospinal fluid immunoreactive enkephalins and norepinephrine in healthy humans. Pain 1990 ; 43 : 149-54
6. Dalrymple DG, et al. Factors predisposing to postoperative pain and pulmonary complications. Br. J. Anaesth. 1973 ; 45 : 589-98.
7. Opitz JL. Total joint arthroplasty : principles and guidelines for postoperative physiatric management. Mayo. Clin. Proc. 1979 : 54 : 602-12.
8. Munin MC, et al. Predicting discharge outcome after elective hip and knee arthroplasty. Am. J. Phys. Med. Rehabil. 1995 ; 74 : 294-301.
9. SFAR - Attitude pratique pour la prise en charge de la douleur post-opératoire. Consensus 1999.
10. Kehlet H, Dahl JB. The value of « multimodal » or « balanced analgesia » in post-operative pain treatment. Anesth Analg. 1993 ; 77 :1048-56.
11. Kurdi O, et al. Les AINS diminuent-ils l'incidence des effets indésirables de l'administration de morphine par ACP ? Une méta-analyse. Congrès SFAR, 2003.
12. Romsing J, et al. Rectal and parenteral paracetamol, and paracetamol in combination with NSAIDs, for postoperative analgesia. Br J Anaesth. 2002 ; 88 : 215-26.
13. Du Manoir B, et al. Randomized prospective study of the analgesic effect of nefopam after orthopaedic surgery. Br. J. Anaesth. 2003 ; 91 : 836-41.
14. Capdevilla X, et al. Anesthésie locorégionale pour l'analgésie postopératoire d'une chirurgie du membre inférieur : chirurgie de la hanche. In : SFAR, éd. Evaluation et traitement de la douleur. 40^{ème} Congrès national d'anesthésie et de réanimation. Ed. Elsevier Paris 1988 ; 11 : 54-7.
15. Zetlaoui PJ. Les blocs du plexus lombaire. Cahiers d'anesthésiologie 1994 ; 42 : 771-80.
16. Serpell MG, et al. Comparison of lumbar plexus block versus conventional opioid analgesia after total knee replacement. Anaesthesia 1991 ; 46 : 275-77.
17. Singelyn FJ. Stratégie de l'analgésie postopératoire en chirurgie orthopédique lourde. In : Langeron O, Riou B, éd. L'anesthésie pour chirurgie orthopédique. Paris : Arnette, 1997 : 69-86.
18. Capdevilla X, et al. Comparaison des blocs « 3 en 1 » et iliofascial chez l'adulte : étude clinique et radiologique. Ann. Fr. Anesth. Réanim. 1997 ; 16 : R145.
19. Dupré LJ. Bloc « 3 en 1 » ou bloc fémoral. Que faut-il faire et comment le faire ? Ann. Fr. Anesth. Réanim. 1996 ; 15 :1099-1106.
20. Eyrolle L, et al. Regional anaesthesia for femoral neck fracture surgery : comparison of lumbar plexus block and spinal anaesthesia. Br J Anaesth. 1998 ; 78 : A383.
21. Choquet O, et al. Analgésie pour la chirurgie de la hanche : Blocs fémoraux. Agora 1998.
22. Stevens RD, et al. Lumbar plexus block reduces pain and blood loss associated with total hip arthroplasty. Anesthesiology 2000 ; 93 :115-21.
23. Capdevilla 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.
24. 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.
25. Delbos A, Boccard E. The morphine-sparing effect of propacetamol in orthopedic postoperative pain. J. Pain. Symptom. Manage. 1995 ;10 : 279-86.
26. Chauvin M. Composante hyperalgique de la douleur postopératoire : rôle de la kétamine. www.jepu.net Ed CRI Cergy Pontoise JEPU 2001 : 11-24.
27. Fletcher D. Titration de morphine : quand, comment ? www.jepu.net Ed CRI Cergy Pontoise JEPU 2001 : 65-74.
28. Aubrun F, et al. Titration intraveineuse de morphine. Ana. Fr. Anesth. Rean. 2004 ; 23 : 973-85.
29. Menigaux C, et al. The benefits of intraoperative small-dose ketamine on postoperative pain after anterior cruciate ligament repair. Anesth. Analg. 2000 ; 90 : 129-35.
30. Wall PD. The prevention of postoperative pain. Pain. 1988 ; 33 : 289-90.

PROTHÈSE TOTALE DE HANCHE*

COMITÉ SCIENTIFIQUE : Frédéric Aubrun - Dominique Fletcher - Christian Jayr - Agnès Bellanger - Chantal Bernard

RÉDACTEURS : Frédéric Aubrun - Marc Beaussier - Anissa Belbachir - Franck Bolandard - Gilles Boccara - Laurent Delaunay - Nicolas Derrode - Dominique Fletcher - Elisabeth Gaertner - Olivier Gall - Christian Jayr - Hawa Keita-Meyer - Philippe Macaire - Claude Mann - Emmanuel Marret- Olivier Mimoz - Cyrus Motamed - Marc Roucoules-Aimé - Catherine Spielvogel - François Stark

Douleur¹⁻⁴

- 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^{ème} partie de nuit. Paroxysmes douloureux lors des gestes de soins et de nursing
- Sa nature polymorphe rend compte de la difficulté d'en saisir les déterminants par une échelle d'évaluation simple basée sur des données d'interrogatoire

Patient^{5,6}

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

Chirurgie, rééducation^{7,8}

- 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^{ème} 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 le re-développement 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 domicile⁸

* Sous la responsabilité des auteurs

• TYPE DE CHIRURGIE : La voie d'abord (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 ^{29,30}: Le type d'anesthésie (anesthésie générale ou rachianesthésie) n'a pas d'impact sur la douleur postopératoire

BLOC OPÉRAIRE 9-14

PRODUIT/VOIE	MODALITÉS	POSOLOGIE	BÉNÉFICES ATTENDUS	REMARQUES
LOCORÉGIONALE				
ROPIVACAÏNE 0,75 % BLOC FÉMORAL OU ILIO-FASCIAL ¹⁵⁻¹⁸	Bolus	30 ml/bolus	Réduction de la consommation de morphine postopératoire et meilleure analgésie postopératoire	Cathétérisme avant l'intervention non indiqué en cas de voie antérieure ¹⁸⁻²⁴
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
PARENTÉRALE				
PARACÉTAMOL 1 g IV ²⁵	Perfusion sur 15 min à la fermeture	1 g	Analgésie par anticipation	Pic d'efficacité : 1-2 h
KÉTOPROFÈNE 100 mg IV	Perfusion sur 15 min à la fermeture	50-100 mg	Analgésie par anticipation Diminution ostéophytes	Pic d'efficacité : 1 h 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 2
KÉTAMINE 10 mg/ml IV ²⁶	Bolus	0,15 mg/kg	Diminution de la consommation d'antalgiques postopératoire Synergie d'action avec morphine	

SSPI

PRODUIT/VOIE	MODALITÉS	POSOLOGIE	BÉNÉFICES ATTENDUS	REMARQUES
LOCORÉGIONALE				
ROPIVACAÏNE 0,2 % BLOC FÉMORAL OU ILIO-FASCIAL	En continu par infuseur élastomérique ou PCRA**	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
PARENTÉRALE				
MORPHINE 1 mg/ml IV ^{27,28}	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 ¹⁷	Sous-cutanée profonde (jamais IM) 2 h après titration	0,1 mg/kg/4-6h	Entretien analgésie	Pic d'action 1 h après injection Réduction des doses de 40-60 % chez le sujet âgé > 75 ans

** 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				
ROPIVACAÏNE 0,2 % BLOC FÉMORAL CONTINU	En continu par infuseur élastomérique ou PCRA**	7 ml/h en continu 5 ml/h + bolus 5 ml 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	A la place du paracétamol ou du kétoprofène si contre-indication ou associé aux 2
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	Pic d'action 1 h après injection. Réduction des doses de 40-60 % chez le sujet âgé > 75 ans
RELAIS				
KÉTOPROFÈNE 150 mg PO	Systématique dès reprise de l'alimentation orale	75-150 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	
ALTERNATIVE				
PARACÉTAMOL 400 mg PO DEXTROPROPOXYPHÈNE 30 mg PO		1-2 cp ou gél. x 4/j en cas de sevrage complet de la morphine		