Moins de douleur résiduelle avec un bloc iliofascial qu'avec un bloc péridural dans l'arthroplastie de la hanche

Less long term pain with an iliofascial than an epidural block after hip arthroplasty

Patrice Forget, MD

Received: 12 November 2008 / Revised: 13 November 2008 / Accepted: 27 November 2008 / Published online: 9 January 2009
© Canadian Anesthesiologists' Society 2009

Au rédacteur en chef,

Le bloc péridural en injection unique est utilisé pour l'analgésie dans l'arthroplastie totale de hanche, alliant simplicité de réalisation et de gestion postopératoire.¹ Le bloc iliofascial est une alternative qui pourrait comporter moins de risques.² Néanmoins, aucune donnée ne démontre la supériorité d'une des deux techniques. Nous avons réalisé une étude préliminaire comparant une injection unique péridurale au bloc iliofascial quant à leurs effets sur la douleur aiguë et l'incidence de douleurs résiduelles.

Après accord du Comité d'Éthique et consentement éclairé écrit, 20 patients âgés de 18 à 80 ans et pesant entre 50 et 100 kg, programmés pour arthroplastie primaire totale de hanche pour coxarthrose ont été randomisés en double-aveugle. Les critères d'exclusion étaient le refus du patient et les contre-indications aux techniques analgésiques impliquées.

Après induction d'une anesthésie générale (sufentanil $0,15 \mu\text{g kg}^{-1}$, lidocaïne 2 mg kg^{-1} , propofol $2\text{--}4 \text{ mg kg}^{-1}$, sévoflurane $2,0\text{--}2,5\%$, une péridurale ou un bloc iliofascial était réalisés. L'injection péridurale, sans mise en place de cathéter, se faisait en décubitus latéral, au niveau des crêtes iliaques et on administrait 10 mL de L-bupivacaïne $0,25\%$ et du sufentanil, $10 \mu\text{g}$. Le bloc iliofascial était réalisé en décubitus dorsal, 2 cm sous l'union du tiers latéral et des deux tiers médiaux du ligament inguinal, après perception de deux ressauts³ et on y injectait $0,4 \text{ mL kg}^{-1}$ de

L-bupivacaïne $0,5\%$ (maximum 30 mL), de la clonidine $2,5 \mu\text{g mL}^{-1}$ et de l'adrénaline $5 \mu\text{g mL}^{-1}$.

L'analgésie postopératoire comprenait du piritramide selon le mode contrôlé par le patient et du paracétamol (1 g toutes les six heures). Pour la prophylaxie antithrombotique, les patients recevaient 20 mg d'énoxaparine en sous-cutané chaque jour dès le lendemain de l'intervention. L'échelle numérique de douleur (de 0 à 10), le bloc sensitif et moteur, la douleur résiduelle jusqu'à un an après l'intervention (entretiens téléphoniques standardisés), les effets secondaires et les complications périopératoires ont été relevés en aveugle.

L'analyse statistique a été réalisée à l'aide d'un test non paramétrique de Kruskal-Wallis suivi d'un post-test de Tukey. Les données sont présentées en moyennes ($\pm \text{ET}$) et pourcentages. Une valeur de $P < 0,05$ a été considérée comme statistiquement significative.

Dix patients ont été répartis dans chaque groupe (groupe péridural: âge: $66,2 \pm 8,4$ ans; huit femmes, deux hommes; groupe iliofascial: âge: $67,4 \pm 7,4$ ans; six femmes, quatre hommes; $P > 0,05$). En postopératoire, les scores de douleur à la première heure étaient plus élevés dans le groupe iliofascial ($6,3 \pm 2,7$) que dans le groupe péridural ($1,9 \pm 1,9$) ($P < 0,05$), avec une consommation de piritramide plus grande ($7,3 \pm 3,5 \text{ mg}$ et $1,8 \pm 3,7 \text{ mg}$, respectivement; $P < 0,01$) et une sédation plus fréquente (50% et 10% , respectivement; $P < 0,01$). Il n'existait plus de différence significative à six, 24 et 48 h (Fig. 1). La durée du bloc sensitif était plus longue dans le groupe iliofascial ($22 \pm 13 \text{ h}$) que dans le groupe péridural ($2 \text{ h} \pm 2 \text{ h}$) ($P < 0,01$). Quatre patients du groupe iliofascial ont présenté un bloc moteur partiel transitoire. Les effets secondaires, les complications postopératoires, les durées d'hospitalisation et les scores de satisfaction étaient comparables dans les deux groupes.

P. Forget, MD (✉)
Université Catholique de Louvain, Bruxelles, Belgium
e-mail: forgetpatrice@yahoo.fr

P. Forget, MD
Clinique Saint-Pierre, Ottignies, Belgium

Fig. 1 Scores de douleur (Échelle visuelle analogique: 0–10) après arthroplastie totale de hanche et bloc périodural ou iliofascial. * $P < 0.05$

L'incidence de douleurs résiduelles à un, trois, six et 12 mois était de 30, 10, 20 et 20%, respectivement, dans le groupe iliofascial et de 80, 60, 60 et 20% dans le groupe périodural. La différence était statistiquement significative à un et trois mois ($P < 0,05$). À 12 mois, l'incidence de douleurs résiduelles était comparable à celle rapportée par d'autres équipes.⁴

En conclusion, ces données mettent en évidence une moins bonne efficacité du bloc iliofascial en postopératoire immédiat. Elles confirment cependant qu'un bloc sensitif prolongé est susceptible de limiter l'incidence de douleurs résiduelles. Ceci peut être indépendant des scores de

douleurs postopératoires immédiats, rappelant qu'hyperalgésie primaire et secondaire ne sont pas toujours liées.⁵

Financement Ce travail a été réalisé sans source externe de financement.

Conflit d'intérêt L'auteur atteste ne présenter aucun conflit d'intérêt.

Remerciements L'auteur remercie les docteurs Gérard, Michel et Dony pour leur soutien ainsi que les infirmières de la Clinique Saint-Pierre.

Références

1. Indelli PF, Grant SA, Nielsen K, Vail TP. Regional anesthesia in hip surgery. Clin Orthop Relat Res 2005; 441: 250–5.
2. Pavy E, Compere V, Fourdrinier V, Beghin CE, Dujardin F, Dureuil B. Evaluation de l'analgésie postopératoire par bloc continu iliofascial après chirurgie pour remplacement de prothèse totale de hanche: étude pilote. Ann Fr Anesth Reanim 2007; 26: 125–31.
3. Capdevila X, Biboulet P, Bouregba M, Barthelet Y, Rubenovitch J, d'Athis F. Comparison of the three-in-one and fascia iliaca compartment blocks in adults: clinical and radiographic analysis. Anesth Analg 1998; 86: 1039–44.
4. Nikolajsen L, Brandsborg B, Lucht U, Jensen TS, Kehlet H. Chronic pain following total hip arthroplasty: a nationwide questionnaire study. Acta Anaesthesiol Scand 2006; 50: 495–500.
5. Kehlet H, Jensen TS, Woolf CJ. Persistent postsurgical pain: risk factors and prevention. Lancet 2006; 367: 1618–25.