Il dolore postoperatorio in seguito a frattura dell’anca dipende dalla procedura chirurgica

Data 20 ottobre 2009
Categoria ortopedia

Il dolore deve guidare la tecnica chirurgica da scegliere nella protesizzazine dell'anca.

Il dolore postoperatorio in seguito a frattura dell’anca raggiunge livelli elevati durante la deambulazione e può peggiorare l’esito dell’intervento chirurgico. Studi recenti hanno dimostrato che l’analgesia regionale facilita la riabilitazione e diminuisce la morbilità, mentre l’analgesia epidurale riduce il dolore, fattore limitante nella fisioterapia postoperatoria (Singelyn FJ et al. Anesth Analg 1998;87:88–92; Capdevila X et al. Anesthesiology 1999;91:8–15; Matot I et al. Anesthesiology 2003; 98: 156–63; Foss NB et al. Anesthesiology 2005;102:1197–204). Tuttavia, i pazienti con frattura dell’anca sono un gruppo eterogeneo trattato chirurgicamente con impianti paralleli, artroplastica, viti dinamiche per anca (DHS) o perni intramidollari (IMHS) a seconda del tipo di frattura, età del paziente e stato funzionale prima della frattura.
Dal momento che non è mai stata valutata l’influenza della procedura chirurgica sui livelli di dolore nel periodo postoperatorio, questo studio si è focalizzato sull’analisi del dolore a riposo e durante il movimento nel periodo postoperatorio in seguito a chirurgia per frattura dell’anca in pazienti trattati secondo un programma perioperatorio standardizzato multimodale comprendente analgesia epidurale continua.
Questo studio prospettico descrittivo ha selezionato 117 pazienti estratti da una popolazione di 981 individui, sottoposti a intervento per frattura dell’anca all’Ospedale Hvidovre (Copenhagen, Danimarca) da gennaio 2003 a giugno 2006. I criteri di esclusione sono stati: labile salute mentale, primo ricovero in altro ospedale, domicilio presso strutture di ricovero, presenza di altre fratture, assenza di autonomia nella deambulazione, tossicodipendenza o terapia con oppioidi, analgesia epidurale controindicata, impossibilità alla fisioterapia, partecipazione ad altre ricerche o incapacità degli autori dello studio a seguirne il decorso perioperatorio.

All’arrivo in pronto soccorso i pazienti sono stati trattati con analgesia regionale (blocco della fascia iliaca con 40 mL bupivacaina 0.25% o mepivacaina 1% ed epinefrina 1:200000) e dopo verifica radiografica della frattura dell’anca, sono stati sottoposti ad analgesia epidurale (bolo di 25 mg di bupivacaina 0.25% seguito da infusione continua epidurale a 4 mL/h di bupivacaina 0.125% e morfina 50 µg/mL) sia prima che dopo l’intervento chirurgico. L’anestesia è stata effettuata per via epidurale aggiungendo 50 mg di bupivacaina 0.5% (con eventuali incrementi di 5 mL) e 1 mg di morfina (2 mg per pazienti con età <70 anni). A richiesta del paziente è stata indotta una leggera sedazione con propofol (10-40 µg/kg/min). Dopo l’operazione i pazienti hanno ricevuto bupivacaina 0.125% e morfina 50 µg/mL in continuo (4 mL/h) fino alle 8 della mattina del quarto giorno postoperatorio. Fin dal ricovero, ai primi 28 pazienti è stato somministrato rofecoxib (25 mg/die poi abbandonato, causa ritiro dal commercio), mentre ai successivi paracetamolo (1 g/6h).
I pazienti sono stati stratificati in 4 gruppi secondo la procedura chirurgica applicata: chiodi o viti, artroplastica, DHS o IMHS. Fin dal primo giorno postoperatorio sono stati sottoposti ad intenso programma riabilitativo costituito da due sessioni giornaliere di 30 min ciascuna.
Dopo ogni sessione riabilitativa, i pazienti hanno valutato, tramite un questionario, il livello di dolore in posizione di riposo, alla flessione dell’anca e alla deambulazione.

In relazione alla procedura chirurgica, i livelli cumulativi di dolore sono risultati significativamente differenti sia nella flessione dell’anca (p=0.002) che nella deambulazione (p=0.02). Le procedure con maggior dolore postoperatorio sono risultate DHS o IMHS rispetto ad artroplastica o impianti paralleli. Inoltre è stata individuata una correlazione negativa tra intensità del dolore e prestazioni a flessione (r=-0.43, p=0.001) e deambulazione (r=-0.36, p=0.004).

Riconosciuta la responsabilità del dolore nella minor costanza ed impegno del paziente nelle fasi di riabilitazione, gli autori raccomandano di considerare il grado di dolore al momento di effettuare la scelta della tecnica chirurgica e di includerlo in tutte le future ricerche sull’analgesia e sulla riabilitazione.

Conflitto di interesse

Nessuno dichiarato.

Dottoresse Anna Bin e Maria Cecilia Giron

Riferimento bibliografico

Foss NB et al. Postoperative pain after hip fracture in procedure specific. Br J Anaesth 2009; 102:111-16.

Contributo gentilmente concesso dal Centro di Informazione sul Farmaco della Società Italiana di

Farmacologia - [url]http://www.sifweb.org/farmaci/info_farmaci.php/[/url]