

## ISTERECTOMIA ADDOMINALE

### RACCOMANDAZIONI SOMMARIE

Translated by Michele Carella, M.D.

#### Note sulle raccomandazioni di PROSPECT

Le raccomandazioni del Gruppo di Lavoro PROSPECT del 2006 sono classificate da A a D, in base al livello di evidenza degli studi, in accordo con l'Oxford Centre for Evidence-Based Medicine. ([CEBM website accessed Dec 2003, Sackett 2000](#)). Nel contesto di PROSPECT, le raccomandazioni basate su evidenze specifiche per la procedura sono di grado A (studi clinici randomizzati), quelle basate su evidenze esportabili sono di grado B (studi clinici randomizzati) o di grado C (studi retrospettivi o serie di casi) e quelle basate sulla pratica clinica sono di grado D. ([Fare clic qui per ulteriori informazioni sui livelli di evidenza e sui gradi di raccomandazione](#))

PROSPECT fornisce ai medici argomenti di supporto a favore e contro l'uso di vari interventi nel dolore postoperatorio basati su evidenze pubblicate e opinioni di esperti. I medici devono giudicare in base alle circostanze cliniche e alle normative locali. È sempre necessario consultare le informazioni locali sulla prescrizione dei farmaci citati. I seguenti interventi pre-, intra e post-operatori sono stati valutati per la gestione del dolore post-operatorio dopo isterectomia addominale:

#### Pre-operatorio

##### **Raccomandato:**

- **Anestetico locale spinale monodose più oppioide forte, a scopo anestetico (grado D) e analgesico postoperatorio (grado A), ma i benefici devono essere soppesati rispetto ai rischi della natura invasiva della procedura**
- **Intervento cognitivo (grado A)**

##### **Non raccomandato:**

- Analgesici sistemici (ad es. inibitori della COX-2 per via endovenosa, FANS convenzionali, oppioidi forti), tranne che per garantire un'analgesia sufficiente al risveglio del paziente (ad es. inibitori della COX-2 per via orale) (grado A)
- Clonidina, antagonisti dei recettori NMDA e benzodiazepine (grado A)
- Epidurale a dose singola per l'analgesia postoperatoria (grado A)
- Infiltrazione cutanea di anestetico locale nel sito dell'incisione chirurgica (grado A) (ma si raccomanda l'infiltrazione intraoperatoria della ferita chirurgica, vedi sotto)
- Arnica omeopatica e tecniche di auto-rilassamento (grado A)

## Intra-operatorio

### **Raccomandato:**

- Anestesia generale, o anestesia spinale monodose con o senza anestesia generale leggera in pazienti a basso rischio (grado D)
- Anestesia epidurale combinata con anestesia generale leggera o anestesia combinata spinale-epidurale, in pazienti ad alto rischio (grado A)
- Somministrazione di oppioidi forti in tempo utile per garantire un'analgesia sufficiente al risveglio del paziente (grado A)
- Infiltrazione della ferita chirurgica prima della sutura (grado A)
- LAVH o VH piuttosto che isterectomia addominale, solo se consentito dai requisiti chirurgici (in base alla fattibilità tecnica, all'indicazione della paziente per l'isterectomia e ai fattori di rischio) (grado A)
- Incisione di Pfannenstiel, solo se consentita dai requisiti chirurgici (sulla base della fattibilità tecnica, dell'indicazione della paziente all'isterectomia e dei fattori di rischio) (grado B)
- Incisione con diatermia (grado B)
- Riscaldamento attivo della paziente in pazienti ad alto rischio (grado A)
- Musica intraoperatoria (grado A)

### *Non raccomandato:*

- Epidurale in dose singola per l'analgesia postoperatoria (grado A)
- Adenosina, antagonisti dei recettori NMDA, benzodiazepine o triptofano (tutti di grado A)
- Analgesia intraperitoneale (grado A)
- Peritoneo non suturato, medicazione a film umido (entrambi di grado A) o drenaggi chirurgici (grado D)
- Suggerimenti terapeutici o elettroagopuntura (entrambi di grado A)

## Postoperatorio

### **Raccomandato:**

- Inibitori selettivi della COX-2 o FANS convenzionali, in combinazione con oppioidi forti per il dolore ad alta intensità (VAS=50) o con oppioidi deboli per il dolore moderato (VAS<50>30) o a bassa intensità (VAS=30) (grado A)
- Oppioidi forti per via endovenosa PCA o con dosaggio endovenoso fisso titolato in base all'intensità del dolore (grado A)
- Paracetamolo per il dolore moderato (VAS>30<50) o di bassa intensità (VAS=30), in combinazione con inibitori della COX-2 o FANS convenzionali (grado A)
- Analgesia epidurale in pazienti ad alto rischio (grado A e D)

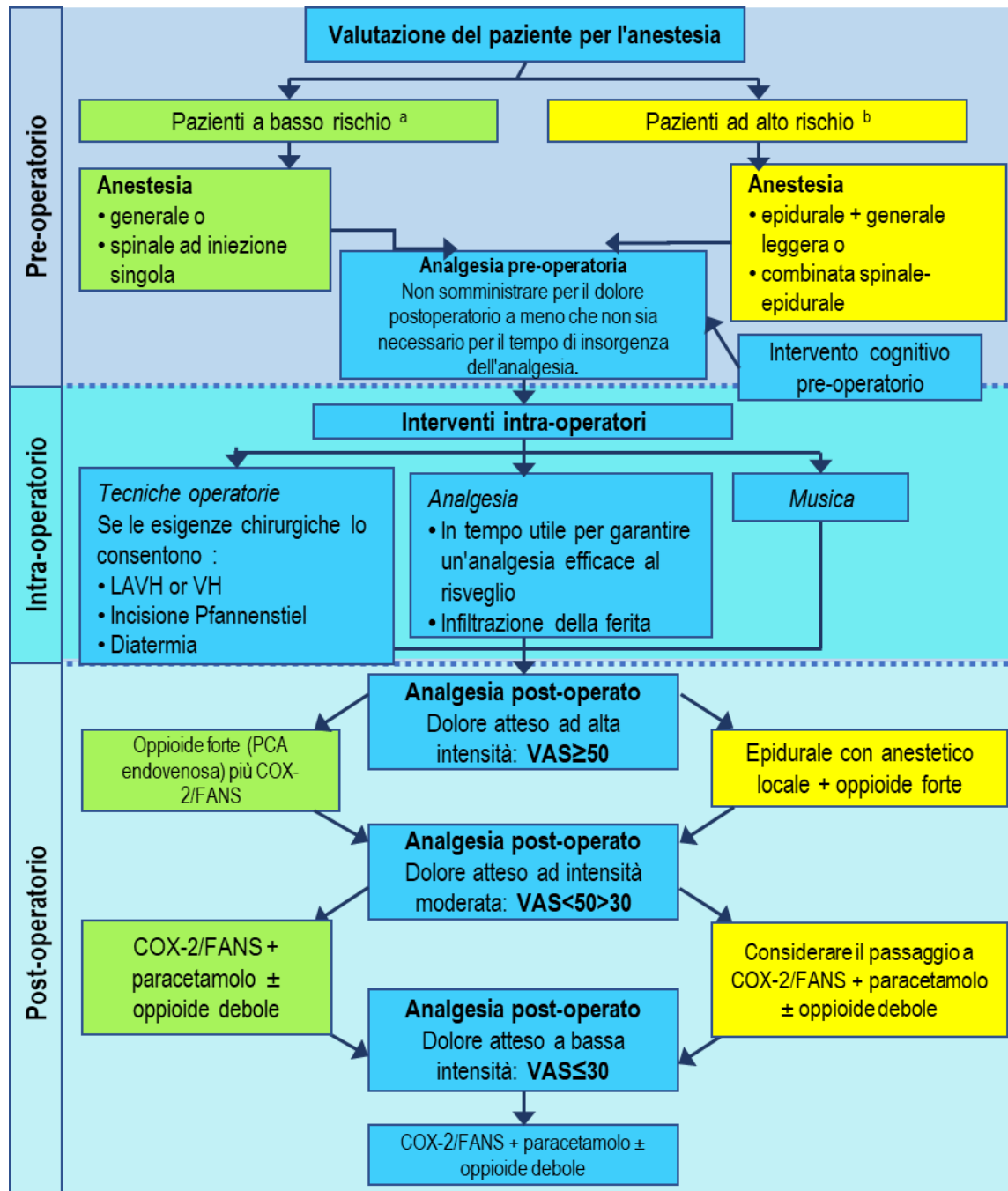
### *Non raccomandato:*

- Analgesia epidurale per uso di routine in pazienti a basso rischio (grado D)
- Ripetuti boli spinali di analgesico (grado D)
- Somministrazione concomitante di inibitori selettivi della COX-2 o di FANS convenzionali con analgesia epidurale (grado B)
- Infusione continua di oppioidi forti durante la somministrazione di boli di PCA (grado D)

- Somministrazione IM di oppioidi forti (grado D)
- Somministrazione intranasale, orale a lento rilascio e con cerotti transdermici di oppioidi forti (grado D)
- Paracetamolo per dolore di elevata intensità (VAS=50 mm) (grado B)
- Antagonisti dei recettori NMDA e benzodiazepine (entrambi di grado A)
- Clonidina, pentazocina, clomipramina, delta-9-tetraidrocannabinolo e naloxone (tutti di grado A)
- Infiltrazione continua di anestetici locali dopo la sutura della ferita (grado A) (anche se si raccomanda l'infiltrazione della ferita chirurgica prima della sutura, vedi sopra)
- Musica nel PACU, arnica omeopatica o tecniche di auto-rilassamento (tutti di grado A)

**Per la strategia complessiva di gestione del dolore dopo l'isterectomia addominale, vedere le Raccomandazioni complessive PROSPECT.**

### Raccomandazioni complessive PROSPECT



### Non raccomandato

- **Per via sistemica o epidurale**  
Adenosina, clonidina, antagonisti del recettore NMDA, benzodiazepine, arnica omeopatica, pentazocina, clomipramina, delta-9-tetraidrocannabinolo o naloxone ad ogni momento
- **Tecniche operatorie**  
Tecnica con peritoneo non suturato, drenaggi chirurgici o medicazioni umide
- **Modi di amministrazione**  
oppioidi forti: compresse a lento rilascio per via IM, intra-nasale, orale o cerotti transdermici; anestetico locale intraperitoneale o infiltrazione post-operatoria di anestetico locale nella ferita chirurgica.
- **Tecniche non farmacologiche**  
Musica o teniche di auto-rilassamento nel post-operatorio

Questo algoritmo per la gestione del dolore postoperatorio si basa sulle raccomandazioni PROSPECT e illustra i diversi percorsi di trattamento per i pazienti a basso (verde) e alto (giallo) rischio, oltre a descrivere le fasi del percorso peri-operatorio/terapie che si applicano a tutti i pazienti (blu). Sono indicate anche le terapie non raccomandate (in grigio).

<sup>a</sup> I pazienti a basso rischio sono pazienti altrimenti sani che non sono considerati a rischio più elevato di quello tipicamente associato agli agenti anestetici o analgesici.

<sup>b</sup> I pazienti ad alto rischio sono quelli considerati ad alto rischio di effetti avversi da anestetici per inalazione e oppioidi ad alte dosi, ad esempio quelli a rischio di disfunzione d'organo o sottoposti a interventi chirurgici estesi per neoplasie.