

EMORROIDECTOMIA

RACCOMANDAZIONI SINTETICHE

Translated by Michele Carella, M.D.

Note sulle raccomandazioni di PROSPECT

PROSPECT fornisce ai medici argomenti di prova a favore e contro l'uso di vari trattamenti per il dolore postoperatorio, basati sulle evidenze pubblicate e sul parere di esperti. I medici devono giudicare in base alle circostanze cliniche e alle direttive locali. È sempre necessario consultare le informazioni locali sulla prescrizione dei farmaci citati.

Gradi della raccomandazione e livelli di evidenza

I gradi di raccomandazione sono assegnati in base al livello complessivo di evidenza su cui si basano le raccomandazioni, che è determinato dalla qualità e dalla fonte dell'evidenza: [relazione tra qualità e fonte di evidenza, livelli di evidenza e gradi di raccomandazione](#).

Raccomandazioni sintetiche

Raccomandato: Interventi pre- and intra-operatori	
<ul style="list-style-type: none"> Se non diversamente specificato, il termine "pre-operatorio" si riferisce agli interventi applicati prima dell'incisione chirurgica e "intra-operatorio" agli interventi applicati dopo l'incisione e prima della sutura della ferita chirurgica. Gli analgesici devono essere somministrati al momento opportuno (pre- o intra-operatorio) al fine di fornire un'analgesia sufficiente nel periodo di recupero precoce. 	
FANS/inibitori selettivi della COX-2	Sulla base delle evidenze di efficacia analgesica specifiche per la procedura (LoE 1), si raccomandano FANS sistemici/inibitori selettivi della COX-2 (Grado A), in assenza di controindicazioni, somministrati in tempo per fornire una sufficiente analgesia post-operatoria precoce
Paracetamolo	Il paracetamolo è raccomandato, data la sua sicurezza e il suo ruolo consolidato nella gestione del dolore di base, nonostante la mancanza di evidenze specifiche per la procedura (grado B), e dovrebbe essere somministrato in tempo per fornire una sufficiente analgesia post-operatoria precoce
Glucocorticoidi per via parenterale	I glucocorticoidi parenterali pre-operatori sono raccomandati (grado B), sulla base delle evidenze specifiche della procedura (LoE 1 e 2) per l'efficacia analgesica
Lassativi	I lassativi sono raccomandati (grado A), iniziati nei giorni precedenti l'intervento, come coadiuvante della terapia analgesica, sulla base delle evidenze specifiche della procedura (LoE 1 e 2)

Metronidazolo per via orale	Il metronidazolo orale è raccomandato (grado A) come coadiuvante della terapia analgesica sulla base delle evidenze specifiche della procedura (LoE 1)
Blocco del nervo pudendo come coadiuvante analgesico o intervento anestetico	<p>Il blocco del nervo pudendo con anestesia generale o loco-regionale è raccomandato in quanto vi è evidenza che sia più efficace dell'infiltrazione perianale di anestetico locale (Grado B, LoE 2)</p> <p>Il blocco pudendo, con o senza anestesia generale, è raccomandato come modalità anestetica di scelta (grado A) sulla base di evidenze specifiche di beneficio analgesico rispetto all'anestesia spinale (LoE 1)</p>
Tecniche operatorie	<p>L'emorroidectomia chiusa (grado B) o l'emorroidectomia aperta con elettrocoagulazione del peduncolo (grado A) sono raccomandate come procedure primarie per le emorroidi di grado 3 e 4, sulla base di:</p> <ul style="list-style-type: none"> Evidenza di livello basso che l'emorroidectomia chiusa è meno dolorosa dell'emorroidectomia aperta (LoE 2) Evidenza che l'emorroidectomia a cielo aperto con elettrocoagulazione del peduncolo riduce il dolore rispetto alla legatura del peduncolo (LoE 1)

Raccomandato: Interventi post-operatori

- Se non diversamente specificato, il termine "postoperatorio" si riferisce agli interventi applicati al momento della chiusura della ferita chirurgica o successivamente.
- Gli analgesici devono essere somministrati al momento opportuno (pre- o intra-operatorio) per fornire un'analgesia sufficiente nel periodo di recupero precoce.

FANS/inibitori selettivi della COX-2	<ul style="list-style-type: none"> • Sulla base dell'evidenza specifica per la procedura di efficacia analgesica (LoE 1), i FANS sistemici/inibitori selettivi della COX-2 sono raccomandati (Grado A) in assenza di controindicazioni
Paracetamolo	<ul style="list-style-type: none"> • Il paracetamolo è raccomandato, data la sua sicurezza e il suo ruolo consolidato nella gestione del dolore al basale, nonostante la mancanza di un'evidenza specifica per la procedura (grado B)
Oppioidi	<ul style="list-style-type: none"> • Poiché gli oppioidi possono causare costipazione, nausea, vomito e ritenzione urinaria, gli analgesici non oppioidi devono essere utilizzati di preferenza (grado B), riservando gli oppioidi come misura di soccorso.
Lassativi	<ul style="list-style-type: none"> • I lassativi sono raccomandati (grado A), iniziati nei giorni precedenti l'intervento, come coadiuvante della terapia

	analgesica, sulla base dell'evidenza specifica per la procedura (LoE 1)
Metronidazolo per via orale	<ul style="list-style-type: none"> Il metronidazolo orale è raccomandato (grado A) come coadiuvante della terapia analgesica sulla base di evidenze specifiche per la procedura (LoE 1)
Lidocaina/Gliceril trinitrato (GTN) per uso topico	<ul style="list-style-type: none"> La combinazione di lidocaina topica al 2% e GTN allo 0,2%, o di GTN allo 0,4% da solo, è raccomandata nel post-operatorio (grado A), sulla base delle evidenze di efficacia analgesica specifiche per la procedura (LoE 1 e 2)
Diosmina	<ul style="list-style-type: none"> La diosmina è raccomandata come coadiuvante dell'analgesia non oppioidi (grado A) sulla base di evidenze specifiche per la procedura di riduzione del dolore postoperatorio (LoE 1 e 2)
Colestiramina per uso topico	<ul style="list-style-type: none"> La colestiramina topica è raccomandata nel post-operatorio (grado A) sulla base delle evidenze di efficacia analgesica specifiche della procedura (LoE 1)
EMLA topica	<ul style="list-style-type: none"> L'EMLA topico è raccomandato (grado A), ma ha ridotto il dolore solo a brevissimo termine in studi specifici sulla procedura (LoE 1 e 2)
Nifedipina per uso topico	<ul style="list-style-type: none"> La nifedipina topica è raccomandata (grado A), ma ha ridotto il dolore solo a brevissimo termine in studi specifici per la procedura (LoE 1)
Unguento topico a base di sucralfato	<ul style="list-style-type: none"> L'unguento a base di sucralfato topico è raccomandato (grado A) in quanto l'evidenza specifica per la procedura mostra una riduzione dei punteggi del dolore (LoE 1)

Interventi che NON sono raccomandati	
Preparazione meccanica dell'intestino	<ul style="list-style-type: none"> La preparazione intestinale meccanica pre-operatoria non ha ridotto il dolore post-operatorio (LoE 1) e non è raccomandata (Grado A)
Antibiotici profilattici per via endovenosa	<ul style="list-style-type: none"> Gli antibiotici profilattici per via endovenosa non hanno ridotto il dolore post-operatorio (LoE 1) e non sono raccomandati (Grado A)
Gabapentinoidi	<ul style="list-style-type: none"> I gabapentinoidi non possono essere raccomandati

	(Grado D, LoE 4) perché non esiste un'evidenza specifica per la procedura
Ketamina	<ul style="list-style-type: none"> L'infusione di ketamina non è raccomandata (grado A) sulla base dell'evidenza specifica per la procedura che non mostra alcun effetto analgesico (LoE 1)
Destrometorfano	<ul style="list-style-type: none"> Il destrometorfano non è raccomandato (grado D, LoE 4) a causa della limitata evidenza specifica per la procedura
Diltiazem per uso topico	<ul style="list-style-type: none"> Il diltiazem topico non è raccomandato (grado A) in quanto le evidenze relative alla procedura dimostrano che non riduce il dolore (LoE 1)
Metronidazolo per uso topico	<ul style="list-style-type: none"> Il metronidazolo topico non è raccomandato (grado D) in quanto l'evidenza specifica per la procedura del beneficio analgesico è limitata (LoE 2)
Applicazione di una borsa termica	<ul style="list-style-type: none"> L'applicazione di un sacchetto caldo non è raccomandata (grado D) in quanto l'evidenza specifica per la procedura è limitata (LoE 2)
Bupivacaina liposomiale per l'infiltrazione anestetica locale perianale	<ul style="list-style-type: none"> La bupivacaina liposomiale non può ancora essere raccomandata (Grado D) a causa della mancanza di inclusione di altre tecniche analgesiche raccomandate, nonostante l'analgesia prolungata rispetto alla bupivacaina semplice/placebo, in due studi (LoE 4)
Coadiuvanti dell'anestesia spinale (morfina, clonidina)	<ul style="list-style-type: none"> I coadiuvanti dell'anestesia spinale (morfina, clonidina) non sono raccomandati nonostante la riduzione del dolore a causa dei potenziali effetti collaterali (grado D)
Tossina botulinica	<ul style="list-style-type: none"> L'iniezione di tossina botulinica non è raccomandata (grado D) a causa dell'inconsistente evidenza specifica per la procedura del beneficio analgesico nel periodo postoperatorio (LoE 4)
Dilatatore anale	<ul style="list-style-type: none"> L'uso di un dilatatore anale come coadiuvante della chirurgia delle emorroidi non è raccomandato per l'analgesia (Grado D, LoE 4) sulla base di un'evidenza limitata specifica per la procedura

**Raccomandazioni complessive PROSPECT per la gestione del dolore postoperatorio:
 Emorroidectomia**

Il trattamento del dolore perioperatorio per l'emorroidectomia deve comprendere, a meno che non sia controindicato:	
Pre-/intra-operatorio	<ul style="list-style-type: none"> • Lassativi, iniziati nei giorni precedenti l'intervento • Glucocorticoidi parenterali • Metronidazole per via orale • Blocco del nervo pudendo +/- anestesia generale • Paracetamolo + FANS/inibitori selettivi della COX-2, somministrati in tempo per fornire una sufficiente analgesia postoperatoria precoce
Tecniche operatorie	<ul style="list-style-type: none"> • Emorroidectomia chiusa Oppure • Emorroidectomia a cielo aperto con elettrocoagulazione a peduncolo
Postoperatorio	<ul style="list-style-type: none"> • Paracetamolo + FANS/inibitori selettivi della COX-2 • Oppioidi per l'analgesia di soccorso • Lassativi • Metronidazolo per via orale • Lidocaina +/- GTN ad uso topico