

## PROSTATECTOMIA RADICAL

### RESUMO DAS RECOMENDAÇÕES

#### Notas sobre as recomendações PROSPECT

O PROSPECT fornece aos clínicos argumentos de apoio a favor e contra a utilização de várias intervenções na dor pós-operatória com base em evidência publicada e na opinião de especialistas. Os clínicos devem tomar decisões baseadas nas circunstâncias clínicas e regulamentações locais. Em todas as situações, as informações locais sobre prescrição das drogas mencionadas, deve ser sempre consultada

São atribuídos graus de recomendação (GoR) de acordo com nível de evidência (LoE) geral em que essas recomendações se baseiam que é determinado pela qualidade e pela fonte da evidência.

**Tabela Resumo: Graus de Recomendação (GoR) baseados na origem e nível**

Tipo de estudo	LoE [Nível de Evidência]	GoR (com base no Nível de Evidência tendo em conta o balanço das informações de prática clínica e a evidência)	
		Procedimento específico	Transferível
Revisão sistemática com resultados homogêneos	1	A	B
Ensaio controlado randomizado (ECR) – alta qualidade	1	A (com base em dois ou mais estudos ou num único grande estudo bem organizado)	B
ECR – com limitações na metodologia ou relatório	2	B (ou extrapolação de um estudo de LoE 1 de procedimento específico)	C
Revisão não-sistemática, estudo de coorte, estudo de caso; (p.ex. evidência de alguns efeitos adversos)	3	C	
Informações de prática clínica (opinião de um especialista); evidência inconsistente	4	D	

Uma explicação sobre como são executadas as avaliações da qualidade do estudo para determinar o LoE e o GoR podem ser encontradas na ligação seguinte: Prostatectomia radical: níveis de evidência e graus de recomendação.

O instrumento AGREE II (Brouwers 2010) é usado internacionalmente para avaliar o rigor metodológico e transparência das diretrizes da prática. Tanto quanto possível a metodologia da revisão do PROSPECT de Prostatectomia radical está em conformidade com os requisitos do "Domínio 3: Rigor do desenvolvimento" do instrumento AGREE II:

- Foram utilizados métodos sistemáticos para a busca de evidências.
- Os critérios para a seleção de evidências estão claramente descritos
- Os pontos fortes e limitações do corpo de evidências estão claramente descritos.
- Os métodos para a formulação das recomendações estão claramente descritos.
- Os benefícios, efeitos secundários e riscos para a saúde foram considerados na formulação das recomendações.
- Existe uma ligação explícita entre as recomendações e as evidências que lhe dão suporte.
- A diretriz foi revista externamente por especialistas antes da sua publicação. [A evidência e recomendações serão submetidas para revisão *por pares* após a publicação na página web do PROSPECT]
- É fornecido um procedimento para atualização da diretriz. [É fornecida metodologia de modo a que a revisão sistemática possa ser atualizada conforme necessário]

## RESUMO DAS RECOMENDAÇÕES PARA A PROSTATECTOMIA RADICAL

### Intervenções que são recomendadas para a prostatectomia radical

#### Intervenções pré-operatórias que são recomendadas para a prostatectomia radical

Nota: Salvo indicação em contrário, "pré-operatório" refere a intervenções aplicadas antes da incisão cirúrgica

Nota: Todos os analgésicos devem ser administrados na altura apropriada (pré- ou intraoperatoriamente) de modo a dar analgesia suficiente na fase inicial do recobro

<b>Inibidores seletivos da COX-2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tal como com todos os analgésicos, os inibidores seletivos da COX-2 devem ser administrados na altura apropriada (pré- ou intraoperatoriamente) de modo a dar analgesia suficiente na fase inicial do recobro (GoR B), com base em evidência transferível de diversos procedimentos que demonstram a eficácia do analgésico (LoE 1)</li> </ul>
<b>Dexametasona</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A dexametasona pré-operatória é recomendada quer para efeitos analgésicos como antieméticos (GoR B), com base em evidência transferível de vários procedimentos (LoE 1), apesar da falta de evidência específica para o procedimento</li> </ul>
<b>Gabapentinoides</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Os gabapentinoides pré-operatórios são recomendados (GoR B) com base em evidência transferível de vários procedimentos que demonstram a eficácia do analgésico (LoE 1) apesar da falta evidência específica para o procedimento</li> </ul>

#### Intervenções intraoperatórias que são recomendadas para a prostatectomia radical

Nota: A menos que mencionada doutra forma, "intraoperatório" refere a intervenções aplicadas após a incisão e antes do encerramento da ferida

Nota: Todos os analgésicos devem ser administrados na altura apropriada (pré- ou intraoperatoriamente) de modo a dar analgesia suficiente na fase inicial do recobro

Nota: Todas as intervenções intraoperatórias anestésicas e/ou analgésicas são consideradas na secção pós-operatória.

#### Intervenções pós-operatórias que são recomendadas

Nota: "Pós-operatório" refere a intervenções aplicadas no ou após o encerramento da ferida

<b>Inibidores seletivos da COX-2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Os inibidores seletivos da COX-2 são recomendados (GoR B) com base em evidência transferível de vários procedimentos que demonstram a eficácia do analgésico (LoE 1) apesar de uma falta de evidência específica para o procedimento</li> </ul>
<b>Lidocaína sistémica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A infusão de lidocaína é recomendada para prostatectomia radical (GoR B), devido a evidência transferível de vários procedimentos que demonstram a eficácia do analgésico (LoE 1) apesar de evidência específica para o procedimento limitada</li> </ul>
<b>Opioides fortes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Os opioides fortes sistémicos são recomendados após a prostatectomia (GoR B), com base em evidência transferível de vários procedimentos, para a sua</li> </ul>

<b>sistémicos</b>	<p>eficácia na redução da dor pós-operatória de elevada intensidade (VAS <math>\geq</math> 50 mm) (LoE 1), com as seguintes considerações:</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Os opioides fortes sistémicos devem ser usados em combinação com inibidores seletivos da COX-2 e paracetamol para reduzir o uso do opioide e os seus efeitos secundários associados (GoR D)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Os opioides fortes de PCA IV são recomendados (GoR B) com base numa maior satisfação do paciente comparativamente com a dosagem habitual (intervalos fixos) ou PRN (evidência transferível, LoE 1); contudo, a administração IV de intervalos fixos titulada à intensidade da dor também é reconhecida como um modo eficaz de administração (LoE 4)</li> </ul>
<b>Opioides fracos sistémicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Os opioides fracos são recomendados para serem usados na dor de intensidade moderada a baixa se a analgesia não-opioide for insuficiente ou contraindicada (GoR B), com base em evidência transferível (LoE 1) que demonstra a eficácia do analgésico em vários procedimentos cirúrgicos</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Os opioides fracos são recomendados para serem usados em combinação com analgésicos não-opioides (GoR B), com base em evidência transferível (LoE 1) que demonstra a eficácia do analgésico em regimes de combinação</li> </ul>
<b>Paracetamol</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>O paracetamol é recomendado (GoR B) devido a evidência transferível forte de vários procedimentos que demonstram a eficácia do analgésico (LoE 1) apesar da falta de evidência específica para o procedimento</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>O paracetamol deve ser administrado na altura apropriada (pré- ou intraoperatoriamente) de modo a dar analgesia suficiente na fase inicial do recobro (GoR D)</li> </ul>
<b>Analgésicos alternativos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Os antagonistas dos recetores muscarínicos (oxibutinina, tolterodina) são recomendados (GoR B) para evitar o desconforto da bexiga com base em evidência específica para o procedimento (LoE 1) e transferível de vários procedimentos (LoE 2)</li> </ul>
<b>Infiltração ou infusão da ferida</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Para a <i>prostatectomia aberta</i> é recomendada infiltração da ferida com anestesia local administrada no final da cirurgia (GoR B) uma vez que a evidência transferível de reparação de hérnia demonstra a eficácia do analgésico (LoE1) e porque é uma técnica conveniente com um perfil de segurança favorável, apesar de evidência específica para o procedimento limitada</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Para a <i>prostatectomia vídeo-assistida</i> é recomendada infiltração no local da anestesia local administrada no final da cirurgia (GoR B) uma vez que a evidência transferível da colecistectomia laparoscópica demonstra a eficácia do analgésico (LoE 1) apesar da falta de evidência específica para o procedimento</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Anestésicos locais de longa atuação são recomendados em vez dos anestésicos locais de curta duração (GoR D)</li> </ul>

### Recomendações gerais para a gestão da dor associada à prostatectomia radical

<b>Pré-operatório</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inibidores seletivos da COX-2 orais e paracetamol*</li> <li>• ± Gabapentinoides</li> <li>• Dexametasona</li> </ul>
<b>Intraoperatório</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inibidor seletivo da COX-2 parenteral e paracetamol*</li> <li>• Infiltração de ferida com anestésicos locais de longa atuação no final da cirurgia**</li> <li>• ± Infusão de lidocaína intravenosa mantida na fase pós-operatória**</li> <li>• Antagonistas dos recetores muscarínicos</li> </ul>
<b>Pós-operatório</b>	<p><b>Dor de intensidade alta (VAS ≥50 mm)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inibidores seletivos da COX-2 + paracetamol ± gabapentinoides + opioide de analgesia para controlo do paciente intravenoso</li> </ul>
	<p><b>Dor de intensidade moderada a baixa (VAS &lt;50 mm)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inibidores seletivos da COX-2 + paracetamol ± gabapentinoides ± opioide fraco</li> </ul>
<p>As recomendações anteriores baseiam-se em evidências de intervenções unimodais. As combinações ideais destas intervenções permanecem desconhecidas até à data</p>	

\* Administrados a tempo de uma analgesia segura na fase pós-operatória imediata.

\*\* A dose total de anestésicos locais deve ser ajustada para evitar o risco de toxicidade sistémica.

A lidocaína IV pode ser usada quando outras abordagens não forem adequadas ou apropriadas.

VAS = escala analógica visual de 1 – 100 mm

### Intervenções que NÃO são recomendadas para a prostatectomia radical

<b>Analgésicos alternativos: Supositórios de beladona e ópio pré-operatórios, melatonina, amantadina ou clonidina</b>	Não recomendado (GoR D) devido a evidência específica para o procedimento limitada
<b>AINEs convencionais intra e pós-operatórios</b>	Não recomendado (GoR B) com base em evidência específica para o procedimento limitada (LoE 2) e forte evidência transferível a partir de vários procedimentos relativamente a um risco de hemorragia aumentado (LoE 1)
<b>Cetamina intra ou pós-operatória</b>	Não recomendada para uso de rotina (GoR D) devido a evidência específica para o procedimento conflituante (LoE 4), apesar de evidência transferível favorável a partir de procedimentos cirúrgicos mais dolorosos (LoE 1)
<b>Adesivo de lidocaína</b>	Não recomendado (GoR B) com base em evidência específica para o procedimento limitada
<b>Opioides fortes IM</b>	Não recomendado devido à dor associada a estas injeções (GoR D)
<b>Nicotina transdérmica e magnésio intravenoso</b>	Não recomendado (GoR D) devido a evidência específica para o procedimento e transferível limitadas
<b>Analgesia epidural</b>	Não recomendada para prostatectomia (GoR D) apesar de alguma evidência específica para o procedimento (LoE 1) de benefício analgésico, devido a um perfil risco-benefício adverso
<b>Analgesia paravertebral</b>	Não recomendado (GoR D) devido a evidência específica para o procedimento limitada
<b>Bloqueios TAP</b>	Não recomendado (GoR D) devido à falta de evidência específica para o procedimento e transferível limitadas
<b>Analgesia e anestesia intratecal de opioide</b>	Não recomendada (GoR B) apesar de evidência específica para o procedimento (LoE 1) de benefício analgésico, devido a um perfil risco-benefício adverso (a anestesia intratecal também não é recomendada). Esta afirmação é apoiada por evidências transferíveis (LoE 1) de pacientes submetidos a grandes cirurgias
<b>Infusão contínua de anestésicos locais na ferida</b>	Não recomendada (GoR B) com base em evidência específica para o procedimento (LoE 2) que demonstram falta de eficácia do analgésico

**Infiltração de ferida com sulfato de magnésio**

Não recomendado (GoR D) devido a evidência específica para o procedimento limitada