

LAPAROSKOPISCHE HYSTEREKTOMIE

ZUSAMMENFASSUNG DER EMPFEHLUNGEN

Anmerkungen zu Empfehlungen von PROSPECT

PROSPECT versorgt Klinikpersonal mit unterstützenden Argumenten für und gegen verschiedene Interventionen im Rahmen postoperativer Schmerzbehandlung auf der Grundlage evidenzbasierter Veröffentlichungen und Expertenmeinungen. Das Klinikpersonal muss Entscheidungen anhand der klinischen Umstände und der lokalen Gesetze und Vorschriften treffen. Die vor Ort geltenden Verordnungsvorschriften für die jeweiligen Medikamente müssen zurate gezogen werden.

Empfehlungsgrade (GoR) und Evidenzstufen (LoE)

Empfehlungsgrade (GoR) werden in Übereinstimmung mit der allgemeinen Evidenzstufe (LoE) zugeteilt, auf der die Empfehlungen basieren und die anhand der Qualität und der Evidenzquelle ermittelt wird. [Verhältnis zwischen Qualität und Evidenzquelle, Evidenzstufen und Empfehlungsgraden](#).

Zusammenfassung der Empfehlungen

Obwohl sie als weniger schmerzintensiv als offene abdominale Hysterektomie erachtet wird, erfordert laparoskopische Hysterektomie ein einheitliches postoperatives Schmerzmanagement, insbesondere in der postoperativen Frühphase.

Empfohlen: Prä- und intraoperative Interventionen

- Sofern nichts anderes angegeben ist, bezieht sich „präoperativ“ auf Interventionen, die vor einer chirurgischen Inzision durchgeführt werden
- Sofern nichts anderes angegeben ist, bezieht sich „intraoperativ“ auf Interventionen, die nach der Inzision und vor dem Wundverschluss durchgeführt werden
- Analgetika sollten rechtzeitig (vor oder während der OP) verabreicht werden, um in der Frühphase der Genesung hinreichend schmerzlindernd zu wirken

Paracetamol und NSAID/COX-2-selektiver

Eine Kombination aus Paracetamol und NSAID/COX-2-selektivem Hemmer wird empfohlen, sofern keine Kontraindikationen (GoR A) vorliegen; als Grundlage dienen

Hemmer	der Ursprung, die Art und die Dauer der Schmerzen nach der laparoskopischen Hysterektomie sowie die verfügbare Evidenz eines opioidsparenden Effekts durch verfahrensspezifische RCTs (LoE1)
Dexamethason	Eine präoperativ, intravenös verabreichte Einzeldosis Dexamethason wird empfohlen (GoR A), da sie die Anwendung von Analgetika reduzieren und als Antiemetikum fungieren kann (LoE 1)
	<ul style="list-style-type: none"> • Effektive Dosierungen liegen im Bereich 8-10 mg (LoE 1) • Auch wenn der Zeitpunkt der Verabreichung von Dexamethason nicht spezifisch im Rahmen der laparoskopischen Hysterektomie untersucht wurde, deutet die Evidenz aus der abdominalen Viszeralchirurgie darauf hin, dass eine frühe Verabreichung nach Einleitung der Anästhesie die besten antiemetischen (Wang 2000), entzündungshemmenden und analgetischen Effekte zeigt (Zargar-Shoshtari 2009)
Epidurale Analgesie	Epidurale Analgesie wirkt schmerzlindernd bei Patienten, die sich einer laparoskopischen Hysterektomie unterziehen (LoE 1), sollte aber als Notfallintervention erachtet werden (GoR D), da Chirurgie heute oft ambulant stattfindet und weniger invasive Modalitäten für das Schmerzmanagement der meisten Patienten angemessen sind
Allgemeine Anästhesie	Allgemeine Anästhesie ist der Pflegestandard bei laparoskopischer Hysterektomie. Geht man von akuten Schmerzen aus, hat die Auswahl der Langzeitanästhesie keinen erkennbaren Effekt auf die postoperativen Schmerzen (LoE 1). Die wesentlichen Determinanten für die Auswahl der langzeitanästhetischen Mittel hängen vom Patienten ab, zum Beispiel kardiovaskuläre Komorbidität und das Risiko von PONV (GoR D)
Chirurgische Verfahren	Es gibt keine Empfehlungen im Hinblick auf chirurgische Verfahren, die aufgrund anatomischer und patientenorientierter Faktoren getroffen werden; postoperative Schmerzscores spielen dabei eine geringere Rolle
	Die Evidenz deutet allerdings darauf hin, dass geringer Luftdruck oder angefeuchtetes und erhitztes CO ₂ Schmerzen in der Schulter Spitze reduzieren kann, nicht aber abdominale Schmerzen (LoE 1)

Empfohlen: Postoperative Interventionen

- Sofern nichts anderes angegeben ist, bezieht sich „postoperativ“ auf Interventionen, die beim oder nach dem Wundverschluss durchgeführt werden
- Analgetika sollten rechtzeitig (vor oder während der OP) verabreicht werden, um in der Frühphase der Genesung hinreichend schmerzlindernd zu wirken

<p>Paracetamol und NSAID/COX-2-selektiver Hemmer</p>	<p>Eine Kombination aus Paracetamol und NSAID/COX-2-selektivem Hemmer wird empfohlen, sofern keine Kontraindikationen (GoR A) vorliegen; als Grundlage dienen der Ursprung, die Art und die Dauer der Schmerzen nach der laparoskopischen Hysterektomie sowie die verfügbare Evidenz eines opioidsparenden Effekts durch verfahrensspezifische RCTs (LoE1)</p>
<p>Opioide</p>	<p>Opioide werden zur postoperativen Schmerzlinderung im Notfall empfohlen (GoR C)</p>
	<p>Beobachtungsstudien deuten darauf hin, dass die meisten Patienten nach einer laparoskopischen Hysterektomie durchschnittlich 4 Tage lang Opioide als Notfallmedikation benötigen (As-Sanie 2017) (LoE 3)</p>
	<p>Es gibt nicht genügend Evidenz, um ein Opioid speziell gegenüber einem anderen Opioid vorzuziehen</p>
<p>Epidurale Analgesie</p>	<p>Epidurale Analgesie wirkt schmerzlindernd bei Patienten, die sich einer laparoskopischen Hysterektomie unterziehen (LoE 1), sollte aber als Notfallintervention erachtet werden GoR D), da Chirurgie heute oft ambulant stattfindet und weniger invasive Modalitäten für das Schmerzmanagement der meisten Patienten angemessen sind</p>

NICHT empfohlene Interventionen	
Pregabalin	Pregabalin wird nicht empfohlen (GoR A), da Pregabalin trotz potenziell opioidsparender Effekte mit Nebenwirkungen assoziiert wird, die eine breite Anwendung, insbesondere in höheren Dosierungen, ausschließen (LoE 1)
Alpha-2-adrenergische Agonisten (Dexmedetomidin)	Dexmedetomidin wird aufgrund begrenzter und inkonsistenter verfahrensspezifischer Evidenz für schmerzstillende Wirkung nicht empfohlen (GoR D, LoE 4)
Ketamin	Ketamin wird aufgrund mangelnder verfahrensspezifischer Evidenz nicht empfohlen (GoR D, LoE 4)
IV-Lidocain	IV-Lidocain wird aufgrund mangelnder verfahrensspezifischer Evidenz nicht empfohlen (GoR D, LoE 4)
TAP-Blockaden	TAP-Blockaden werden nicht empfohlen (GoR D, LoE 4), da die verfahrensspezifische Evidenz inkonsistent ist
Intraperitoneale Instillation eines Lokalanästhetikums	Intraperitoneale Instillation eines Lokalanästhetikums wird nicht empfohlen (GoR A), da die verfahrensspezifische Evidenz keine signifikante klinische Wirkung zeigte (LoE 1)
Infiltration an der Inzisionsstelle	Infiltration an der Inzisionsstelle wird bei laparoskopischer Hysterektomie nicht empfohlen (GoR D), da es keine unterstützende verfahrensspezifische Evidenz gibt, obwohl sich eine signifikante Wirkung dieser Intervention bei laparoskopischer Cholezystektomie zeigte (Barazanchi 2018)

ALLGEMEINE EMPFEHLUNGEN VON PROSPECT

Perioperative Schmerzbehandlung für laparoskopische Hysterektomie sollte Folgendes beinhalten, sofern keine Kontraindikation vorliegt:

Rechtzeitige perioperative Interventionen, um Analgesie in der unmittelbaren postoperativen Periode zu gewährleisten

- Paracetamol
- NSAID oder COX-2-selektiver Hemmer
- Einzeldosis Dexamethason, intravenös

Postoperative Periode

- Paracetamol und NSAID oder COX-2-selektiver Hemmer
- Opioid als Notfallmedikation