

LAPAROSKOPISCHE SLEEVE-GASTREKTOMIE

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](#).

Anmerkungen zu Schmerzen nach einer laparoskopischen Sleeve-Gastrektomie (LSG)

Die laparoskopische Sleeve-Gastrektomie wird mit weniger postoperativen Schmerzen und geringerer Morbidität sowie einer rascheren Erholung und einem kürzerem Krankenhausaufenthalt im Vergleich zu einem offenen Eingriff assoziiert.

Zusammenfassung der Empfehlungen

Empfohlen: Prä- und intraoperative Interventionen

- Sofern nichts anderes angegeben ist, bezieht sich „präoperativ“ auf Interventionen, die vor einer chirurgischen Inzision durchgeführt werden, und „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

<p>Paracetamol und NSAIDs/COX-2-selektive Hemmer</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Es wird empfohlen, dass das perioperative Schmerzmanagement bei einer LSG Paracetamol (GoR A) und – sofern keine Kontraindikation vorliegt – einen NSAID/COX-2-selektiven Hemmer (GoR A) umfasst, die vor oder während der OP verabreicht werden; die Verabreichung sollte in der postoperativen Periode fortgesetzt werden. • Obwohl verfahrensspezifische Evidenz, die die Verwendung von Paracetamol und NSAIDs/COX-2-selektiven Hemmern unterstützt, nur in begrenztem Umfang vorlag, ist die analgetische Wirkung dieser Nichtopioide ausführlich beschrieben. Sie gelten als „Basisanalgetika“.
<p>Einzel dosis, Niedrigdosis oder intravenös verabreichtes Dexamethason</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Eine Einzeldosis, eine Niedrigdosis oder intravenös verabreichtes Dexamethason wird empfohlen (GoR A), da dies die Anwendung von Analgetika reduziert und als Antiemetikum fungieren kann (LoE 1) • Obwohl die analgetische Wirkung nur in einer einzigen verfahrensspezifischen Studie genannt ist (LoE 1), ist die antiemetische Wirkung von Dexamethason allgemein anerkannt und hat wahrscheinlich einen positiven Effekt bei LSG.
<p>Gabapentinoide, wenn Paracetamol und/oder NSAID nicht möglich sind.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Gabapentinoide können unter bestimmten Voraussetzungen in Betracht gezogen werden, wenn eine Schmerzlinderung mit „Basisanalgetika“ wie Paracetamol und NSAID/COX-2-selektiven Hemmern nicht möglich ist

	<p>(GoR A).</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Empfehlung basiert auf der Evidenz für schmerzstillende Wirkung in verfahrensspezifischen Studien (LoE 1), aber Vorsicht ist geboten, da die Dosierungen in diesen Studien wesentliche Abweichungen aufweisen und Bedenken bestehen, dass Gabapentinoide opioid-induzierte Atemdepression verstärken können (Cavalcante 2017), insbesondere bei Menschen, die an Fettleibigkeit oder obstruktiver Schlafapnoe leiden (Joshi 2012)
<p>Infiltration an der Inzisionsstelle</p>	<ul style="list-style-type: none"> Obwohl die verfahrensspezifische Evidenz begrenzt ist, kann eine Infiltration an der Inzisionsstelle in Betracht gezogen werden. Eine Infiltration an der Inzisionsstelle ist TAP-Blockaden vorzuziehen, da es sich um ein einfaches und kostengünstiges Verfahren handelt, dass für eine angemessene somatische Blockade sorgt.

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

Paracetamol und NSAIDs/COX-2-selektive Hemmer

- Es wird empfohlen, dass das perioperative Schmerzmanagement bei einer LSG Paracetamol (GoR A) und – sofern keine Kontraindikation vorliegt – einen NSAID/COX-2-selektiven Hemmer (GoR A) umfasst, die vor oder während der OP verabreicht werden; die Verabreichung sollte in der postoperativen Periode fortgesetzt werden.
- Obwohl verfahrensspezifische Evidenz, die die Verwendung von Paracetamol und NSAIDs/COX-2-selektiven Hemmern unterstützt, nur in begrenztem Umfang vorlag, ist die analgetische Wirkung dieser Nichtopioiden ausführlich beschrieben. Sie gelten als „Basisanalgetika“.

<p>Opioid als Notfallmedikation</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Opiode werden als Notfallmedikation empfohlen, postoperativ (GoR A) nach fortgesetzter Verabreichung von Paracetamol und – sofern keine Kontraindikation vorliegt – ein NSAID/COX-2-selektiver Hemmer.
--------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p><u>NICHT empfohlene Interventionen</u></p>	
<p>Transversus-abdominis-plane-Blockaden (TAP-Blockaden)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • TAP-Blockaden werden trotz der berichteten analgetischen Wirkung nicht empfohlen (GoR D), da das optimale Verfahren unklar ist und ihre Verwendung bei laparoskopischen Eingriffen in Frage gestellt wurde (Kehlet 2015)
<p>Alpha-2-adrenergische Agonisten</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Alpha-2-adrenergische Agonisten wie Dexmedetomidin werden aufgrund begrenzter und inkonsistenter verfahrensspezifischer Evidenz über die analgetische Wirkung sowie Bedenken im Hinblick auf eine potenzielle sedierende und hypotensive Wirkung nicht empfohlen (GoR D).
<p>Magnesiumsulfat</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Magnesiumsulfat wird nicht empfohlen (GoR D), da die analgetische Wirksamkeit in der einzigen verfahrensspezifischen Studie nicht im Kontext eines optimalen multimodalen Analgetikums einschließlich Paracetamol und NSAIDs bewertet wurde und da Bedenken im Hinblick auf die Potenzierung von Muskellähmung und die erhöhte Inzidenz von Residuallähmung bestehen (Thevathasan 2017).
<p>Intraperitoneale Instillation eines Lokalanästhetikums</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Intraperitoneale Instillation eines Lokalanästhetikums wird nicht empfohlen (GoR D), da in der einzigen verfahrensspezifischen Studie keine analgetische Wirkung festgestellt werden konnte.
<p>Single-Port-Operation</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Eine Single-Port-Operation wird nicht empfohlen (GoR B), da nur eine begrenzte Evidenz mit inkonsistenten Ergebnissen vorliegt.

Allgemeine Empfehlungen von PROSPECT

Perioperative Schmerzbehandlung für laparoskopische Sleeve-Gastrektomie sollte Folgendes beinhalten, sofern keine Kontraindikation vorliegt:

Prä- und intraoperative Periode

- Paracetamol (Klasse A)
- NSAID ODER COX-2-selektiver Hemmer (Klasse A)
- Einzeldosis, Niedrigdosis oder intravenös verabreichtes Dexamethason (GoR A)
- Gabapentinoide, wenn Paracetamol und/oder NSAID/COX-2-selektiver Hemmer nicht möglich sind (GoR A)

Postoperative Periode

- Paracetamol (Klasse A)
- NSAID oder COX-2-selektiver Hemmer (Klasse A)
- Opioid als Notfallmedikation (GoR A)