

GASTRECTOMIA SLEEVE LAPAROSCOPICA

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 (GoR) e livelli di evidenza (LoE)

I gradi di raccomandazione (GoR) 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](#).

Note sul dolore dopo la gastrectomia sleeve laparoscopica (LSG)

L'approccio laparoscopico per la gastrectomia sleeve è associato ad una riduzione del dolore e della morbidità postoperatoria, nonché a un recupero più rapido e a una degenza ospedaliera più breve rispetto alla chirurgia a cielo aperto.

Raccomandazioni sintetiche

<p>Raccomandato: Interventi pre- and intra-operatori</p> <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. 	
<p>Paracetamolo e FANS/inibitori selettivi della COX-2</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si raccomanda che la gestione del dolore peri-operatorio per LSG includa il paracetamolo (Grado A) e, a meno che non sia controindicato, un FANS/inibitore selettivo della COX-2 (Grado A), somministrato prima o durante l'intervento e continuato nel periodo post-operatorio. • Sebbene le evidenze a sostegno dell'uso di paracetamolo e FANS/inibitori selettivi della COX-2 siano limitate e specifiche per ogni procedura, i benefici analgesici di questi non oppioidi sono ben descritti. Sono considerati "analgesici di base".
<p>Desametasone endovenoso a a dose bassa e singola</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si raccomanda una dose singola e bassa di desametasone per via endovenosa (grado A) per la sua capacità di ridurre l'uso di analgesici e di agire come antiemetico (LoE 1). • Sebbene solo uno studio specifico per la procedura abbia riportato gli effetti analgesici (LoE 1), gli effetti antiemetici del desametasone sono ben noti ed è probabile che siano utili nella LSG.
<p>Gabapentinoidi, quando il paracetamolo e/o il FANS non sono possibili</p>	<ul style="list-style-type: none"> • I gabapentinoidi possono essere presi in considerazione con cautela quando non è possibile adottare un regime analgesico "di base", come paracetamolo e FANS/inibitore selettivo della COX-2 (Grado A). • La raccomandazione si basa sull'evidenza di un beneficio analgesico in studi specifici per la procedura (LoE 1), ma si consiglia cautela in quanto le dosi in questi studi variavano sostanzialmente e si teme che i gabapentinoidi possano aumentare la depressione respiratoria indotta dagli oppioidi (Cavalcante 2017), specialmente nelle popolazioni obese o con apnea ostruttiva del sonno (Joshi 2012)

<p>Si può prendere in considerazione l'infiltrazione nel sito d'ingresso del trocar</p>	<ul style="list-style-type: none"> Anche se le evidenze specifiche per la procedura sono limitate, l'infiltrazione dei siti d'ingresso dei trocars può essere presa in considerazione (Grado D). L'infiltrazione sulle incisioni dei trocars è preferita ai blocchi TAP, in quanto è un approccio semplice e poco costoso che fornisce un blocco somatico adeguato.
--	--

<p>Raccomandato: Interventi post-operatori</p> <ul style="list-style-type: none"> Se non diversamente specificato, il termine "post-operatorio" 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. 	
<p>Paracetamolo e FANS/inibitori selettivi della COX-2</p>	<ul style="list-style-type: none"> Si raccomanda che la gestione del dolore peri-operatorio per LSG includa il paracetamolo (Grado A) e, a meno che non sia controindicato, un FANS/inibitore selettivo della COX-2 (Grado A), somministrato prima o durante l'intervento e continuato nel periodo post-operatorio. Sebbene le evidenze a sostegno dell'uso di paracetamolo e FANS/inibitori selettivi della COX-2 siano limitate e specifiche per ogni procedura, i benefici analgesici di questi non oppioidi sono ben descritti. Sono considerati "analgesici di base".
<p>Oppioidi come trattamento di soccorso</p>	<ul style="list-style-type: none"> Gli oppioidi sono raccomandati come analgesia di soccorso, nel post-operatorio (grado A), dopo la continuazione del paracetamolo e, a meno che non sia controindicato, un FANS/inibitore selettivo della COX-2.

Interventi che NON sono raccomandati	
Blocchi del piano trasverso dell'addome	<ul style="list-style-type: none"> I blocchi TAP non sono raccomandati (grado D) nonostante i benefici analgesici riportati, in quanto la tecnica ottimale non è chiara e il loro uso nelle procedure laparoscopiche è stato messo in discussione (Kehlet 2015)
Agonisti alfa-2 adrenergici	<ul style="list-style-type: none"> Gli agonisti alfa-2 adrenergici, come la dexmedetomidina, non sono raccomandati (grado D) a causa di evidenze limitate e incoerenti di beneficio analgesico specifiche per la procedura (LoE 4) e di preoccupazioni relative a potenziali effetti sedativi e ipotensivi.
Solfato di magnesio	<ul style="list-style-type: none"> Il solfato di magnesio non è raccomandato (grado D) perché nell'unico studio specifico per la procedura, la sua efficacia analgesica non è stata valutata nel contesto di un analgesico multimodale ottimale che includesse paracetamolo e FANS, e a causa dei timori di potenziamento della paralisi muscolare e di un'aumentata incidenza di paralisi residua (Thevathasan 2017)
Instillazione di anestetico locale intraperitoneale	<ul style="list-style-type: none"> Intraperitoneal local anaesthetic instillation is not recommended (Grade D) as the one procedure-specific study found no analgesic benefit
Approccio a trocar singolo	<ul style="list-style-type: none"> L'approccio a trocar singolo non è raccomandato (Grado B) a causa di un'evidenza limitata con risultati incoerenti.

Raccomandazioni complessive di PROSPECT

Il trattamento del dolore peri-operatorio per la gastrectomia sleeve per via laparoscopica dovrebbe includere, a meno che non sia controindicato:

Periodo pre-operatorio e intra-operatorio
<ul style="list-style-type: none">• Paracetamolo (Grado A)• FANS/inibitori selettivi della COX-2 (Grado A)• Desametasone endovenoso a dose singola e bassa (Grado A)• Gabapentinoidi, quando non è possibile utilizzare paracetamolo e/o FANS/inibitore selettivo della COX-2 (Grado A)
Periodo post-operatorio
<ul style="list-style-type: none">• Paracetamolo (Grado A)• FANS/inibitori selettivi della COX-2 (Grado A)• Oppioidi come trattamento di soccorso (Grado A)