

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

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. 	
<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)