

ONKOLOGICZNA CHIRURGIA SUTKA

STRESZCZENIE ZALECEŃ

Uwagi wstępne dotyczące zaleceń PROSPECT

PROSPECT przedstawia klinicystom argumenty za i przeciw stosowaniu różnych interwencji w leczeniu bólu pooperacyjnego, sformułowane na podstawie dowodów i opinii ekspertów. Klinicyści są zobowiązani do podejmowania decyzji uwzględniając stan kliniczny i lokalny stan prawny. W każdym przypadku należy sprawdzić miejscowe zasady ordynowania leków, o których mowa.

Stopnie zaleceń i poziomy dowodu

Stopnie zaleceń są określane zgodnie z poziomem dowodów, na których zalecenie jest oparte, a poziom dowodu jest określany przez jakość i źródło dowodu: ([Związek pomiędzy jakością badania a poziomem dowodu i stopniami zaleceń](#))

Uwagi odnośnie bólu po chirurgii onkologicznej sutka

Chirurgia onkologiczna sutka (w dalszej części tego dokumentu: chirurgia sutka) wiąże się z istotnym ostrym i przewlekłym bólem pooperacyjnym ([Vadivelu 2008](#)). Grupa PROSPECT przeprowadziła systematyczny przegląd literatury w 2006 roku (zarchiwizowany na stronie internetowej PROSPECT: [Non-cosmetic Breast Surgery 2006](#)). Jednakże od tego czasu wprowadzono kilka nowych metod postępowania przeciwbólowego ([Elsharkawy 2018](#)). Konieczna stała się aktualizacja systematycznego przeglądu postępowania przeciwbólowego w chirurgii sutka.

Streszczenie zaleceń

Zalecane działania przed- i śródoperacyjne	
<ul style="list-style-type: none"> O ile nie zaznaczono inaczej, “przedoperacyjne” odnosi się do działań podjętych przed cięciem chirurgicznym, a “śródoperacyjne” do działań od wykonania cięcia chirurgicznego do jego zamknięcia leki przeciwbólowe powinny być podane w odpowiednim czasie (przed- lub śródoperacyjnie) w celu zapewnienia odpowiedniej analgezji we wczesnym okresie pooperacyjnym 	
Małe zabiegi chirurgiczne	Większe zabiegi chirurgiczne
Paracetamol i NLPZ/inhibitory COX-2	Paracetamol i NLPZ/inhibitory COX-2
<ul style="list-style-type: none"> Paracetamol (stopień B) i NLPZ (stopień A) lub inhibitor COX-2 (stopień B) są zalecane tak przy małych, jak i przy większych zabiegach, podane przed- lub śródoperacyjnie i kontynuowane pooperacyjne, chyba że istnieją przeciwwskazania Użycie NLPZ (stopień A) jest poparte badaniami sprzed 2006 roku (Chan 1996, Priya 2002), chociaż nie ma bardziej współczesnych danych. Działanie przeciwbólowe i efekt oszczędzający opioidy tych prostych leków przeciwbólowych jest dobrze udokumentowany (Martinez 2017, Ong 2010). 	
Gabapentyna	Gabapentyna
<ul style="list-style-type: none"> Przedoperacyjne podanie gabapentyny jest zalecane (stopień A) przy małych i większych zabiegach, ponieważ wykazano zmniejszenie bólu pooperacyjnego i zużycie opioidów. Jednakże zaleca się ostrożność, gdyż większe dawki mogą powodować działania uboczne, które są szczególnie kłopotliwe u pacjentów ambulatoryjnych. Przedoperacyjne podawanie pregabaliny nie jest zalecane, gdyż efekt przeciwbólowy nie utrzymuje się nawet przez 24 godziny. 	
Deksametazon	Deksametazon
<ul style="list-style-type: none"> Jednorazowa dożylna dawka deksametazonu jest zalecana (stopień B) tak dla małych, jak i większych zabiegów, ponieważ zapewnia dodatkowy efekt przeciwbólowy, jak również zmniejsza użycie leków przeciwbólowych i częstość nudności i wymiotów po operacji. 	
Infiltracja rany środkami miejscowo znieczulającymi (małe zabiegi chirurgiczne)	Blokada przykręgową (większa chirurgia sutka)
<ul style="list-style-type: none"> Infiltracja rany środkami miejscowo znieczulającymi powinna być wzięta pod 	<ul style="list-style-type: none"> Blokada przykręgową jest zalecana (stopień A) jako metoda z wyboru dla

uwagę u pacjentów zakwalifikowanych do mniejszej i średniej chirurgii sutka (np. tumorektomia i częściowa mastektomia) (stopień A), choć zapewnia ona pooperacyjną analgezję przez ograniczony okres czasu

- Ból po tego typu zabiegach ma typowo niewielkie nasilenie i zmniejsza się w przeciągu pierwszych kilku dni po zabiegu.

większej chirurgii sutka (np. mastektomia, z dysekcją dołu pachowego lub bez)

- W badaniach wykazano, że dzięki zastosowaniu tej techniki: zmniejszono wskaźniki bólu pooperacyjnego, zmniejszono użycie leków przeciwbólowych, zmniejszono częstość nudności i wymiotów, skrócono czas hospitalizacji w porównaniu z samym tylko znieczuleniem ogólnym, choć w tych badaniach nie stosowano programów przyspieszonej rekonwalescencji (ERAS)
- Ciągła blokada przykręgową powinna być wzięta pod uwagę, jeśli założono cewnik w przestrzeni przykręgowej (stopień B)
- Jednopoziomowa blokada przykręgową wymaga mniej czasu i angażuje mniej środków w porównaniu z blokadą wielopoziomową lub zakładaniem cewnika do przestrzeni przykręgowej.
- Niektóre prace wskazują na poprawę wyników czynnościowych i mniej nasilony ból przewlekły po zastosowaniu ciągłej blokady przykręgowej.
- Wyniki tych prac należy interpretować ostrożnie, gdyż nie stosowano w nich "podstawowych" nieopiodowych leków przeciwbólowych (t.j. paracetamolu, NLPZ czy inhibitorów COX-2) jako części multimodalnego postępowania przeciwbólowego.
- Badania efektywności kosztowej ciągłej blokady przykręgowej wykazały wyższy koszt tej ostatniej ([Offodile, 2017](#)), jednakże ten koszt byłby równoważony

	<p>skróceniem hospitalizacji (Terkawi 2015, Abdallah 2014, Fallatah 2016, Mohta 2016).</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Blokada przykręgową nie zapewnia dostatecznej analgezji dołu pachowego (zakres unerwienia T1) (Pawa 2018), zatem dodatkowe znieczulenie nasiękowe rany może być korzystne w tych przypadkach.
	<p>Blok PECS (większa chirurgia sutka)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Blok PECS jest zalecany w większej chirurgii sutka, jeśli nie planuje się dysekcji węzłów pachowych lub jeśli blokada przykręgową jest przeciwwskazana (stopień A), lecz ilość danych na ten temat jest ograniczona, a sama procedura nie może zapewnić analgezji dołu pachowego. • Brak wystarczających danych do wyboru między PECS-1, PECS-2 i blokiem płaszczyny mięśnia zębatego.
	<p>Infiltracja rany środkami miejscowo znieczulającymi (większa chirurgia sutka)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Infiltracja rany środkami miejscowo znieczulającymi może uzupełniać techniki regionalne w większej chirurgii sutka (stopień A) • Infiltracja rany środkami miejscowo znieczulającymi może być wzięta pod uwagę jeśli PECS lub blokada przykręgową nie zapewniają wystarczającej analgezji dołu pachowego (tj. zakres unerwienia T1)

Zalecane działania pooperacyjne

- O ile nie zaznaczono inaczej, "pooperacyjne" odnosi się do działań podjętych podczas lub po zamknięciu rany chirurgicznej
- leki przeciwbólowe powinny być podane w odpowiednim czasie (przed- lub śródoperacyjnie) w celu zapewnienia odpowiedniej analgezji we wczesnym okresie pooperacyjnym

Małe zabiegi chirurgiczne

Większe zabiegi chirurgiczne

Paracetamol i NLPZ/inhibitory COX-2

Paracetamol i NLPZ/inhibitory COX-2

- Paracetamol (Stopień B) and NLPZ (Stopień A) lub inhibitory COX-2 (Stopień B) są zalecane tak przy małych, jak i przy większych zabiegach, podane przed- lub śródoperacyjnie i kontynuowane pooperacyjne, chyba że istnieją przeciwwskazania.
- Użycie NLPZ (stopień A) jest poparte badaniami sprzed 2006 roku (Chan 1996, Priya 2002), chociaż nie ma bardziej współczesnych danych.
- Działanie przeciwbólowe i efekt oszczędzający opioidy tych prostych leków przeciwbólowych jest dobrze udokumentowany (Martinez 2017, Ong 2010).

Opioidy

Opioidy

- Opioidy są zalecane jako leki ratunkowe (Stopień B).

Ciągła blokada przykręgową (jeśli założono cewnik) (większa chirurgia sutka)

- Ciągła blokada przykręgową może być rozważona, jeśli założono cewnik (Stopień B)
- Jednopoziomowa blokada przykręgową jest mniej czaso- i pracochłonna w porównaniu z blokadą wielopoziomową lub założeniem cewnika
- Niektóre badania opisują poprawę czynnościową i mniej nasilony ból przewlekły po użyciu ciągłej blokady przykręgowej
- Dane te należy interpretować ostrożnie, ponieważ w badaniach tych nie zastosowano "podstawowych"

nieopiodowych leków przeciwbólowych (jak paracetamol, NLPZ czy inhibitory COX-2) w ramach pełnego multimodalnego postępowania przeciwbólowego

- Badanie efektywności kosztowej wykazało wyższe koszty ciągłej blokady przykręgowej ([Offodile, 2017](#)); jednakże te koszty były równoważone przez skrócenie czasu hospitalizacji ([Terkawi 2015](#), [Abdallah 2014](#), [Fallatah 2016](#), [Mohta 2016](#))
- Blokada przykręgowa nie zapewnia dostatecznej analgezji dołu pachowego (zakres unerwienia T1) ([Pawa 2018](#)), zatem dodatkowe znieczulenie nasiękowe rany może być korzystne w tych przypadkach.

Działania, które NIE SĄ zalecane

	Działanie	Powód niezalecania
Śródoperacyjne	Blokada retrolaminarna	Skąpe dowody swoiste dla procedury
	Blokada płaszczyzny prostownika grzbietu	Skąpe dowody swoiste dla procedury
	Dodatki do leków miejscowo znieczulających podawanych okołonерowo: opioidy (fentanyl, tramadol), agoniści receptora alfa-2 (klonidyna, deksmedetomidyna), katecholaminy (adrenalina) i antagoniści receptora NMDA (ketamina)	Skąpe dowody swoiste dla procedury
Pooperacyjne	Blokada płaszczyzny mięśnia poprzecznego klatki piersiowej	Skąpe dowody swoiste dla procedury

Ogólne zalecenia PROSPECT

Ogólne zalecenia co do postępowania przeciwbólowego u pacjentów poddających się innej niż kosmetyczna chirurgii sutka

Zalecenia	Małe zabiegi chirurgiczne	Większe zabiegi chirurgiczne
Działania przed- i śródoperacyjne	<ol style="list-style-type: none"> 1. Paracetamol (Stopień B) i NLPZ (Stopień A) lub inhibitory COX-2 (Stopień B) 2. Gabapentyna (Stopień A) 3. Deksametazon (Stopień B) 4. Infiltracja rany lekiem miejscowo znieczulającym (Stopień A) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Paracetamol (Stopień B) i NLPZ (Stopień A) lub inhibitory COX-2 (Stopień B) 2. Gabapentyna (Stopień A) 3. Deksametazon (Stopień B) 4. Blokada przykręgową (Stopień A) 5. Blok PECS, jeśli nie preparuje się węzłów dołu pachowego lub gdy blokada przykręgową jest przeciwwskazana (Stopień A) 6. Infiltrację rany lekiem miejscowo znieczulającym można dodać do innych technik regionalnych (Stopień A)
Działania pooperacyjne	<ol style="list-style-type: none"> 1. Paracetamol (Stopień B) i NLPZ (Stopień A) lub inhibitory COX-2 (Stopień B) 2. Opioidy jako leki ratunkowe (Stopień B) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Paracetamol (Stopień B) i NLPZ (Stopień A) lub inhibitory COX-2 (Stopień B) 2. Opioidy jako leki ratunkowe (Stopień B) 3. Ciągła blokada przykręgową, jeśli założono cewnik (Stopień B)