

CHIRURGIA ONCOLOGICA DEL SENO

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 e livelli di evidenza

I gradi di raccomandazione 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 chirurgia oncologica del seno

La chirurgia oncologica della mammella (di seguito, "chirurgia della mammella") è associata a un significativo dolore post-operatorio acuto e cronico ([Vadivelu 2008](#)). Nel 2006 la collaborazione PROSPECT ha effettuato una revisione sistematica (archiviata sul sito web PROSPECT): [Non-cosmetic Breast Surgery 2006](#)). Tuttavia, da allora sono stati introdotti diversi nuovi trattamenti analgesici, in particolare tecniche analgesiche regionali ([Elsharkawy 2018](#)). Era necessaria una revisione sistematica aggiornata sugli interventi analgesici dedicati al cancro al seno.

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. 	
Chirurgia mammaria minore	Chirurgia mammaria maggiore
Paracetamolo e FANS/inibitori selettivi della COX-2	Paracetamolo e FANS/inibitori selettivi della COX-2
<ul style="list-style-type: none"> Il paracetamolo (Grado B) e i FANS (Grado A) o gli inibitori COX-2-specifici (Grado B) sono raccomandati per gli interventi di chirurgia mammaria minore e maggiore, da somministrare prima o durante l'intervento e da continuare nel post-operatorio, a meno che non vi siano controindicazioni. L'uso dei FANS (Grado A) è supportato da studi effettuati prima del 2006 nella chirurgia mammaria (Chan 1996, Priya 2002), anche se non ci sono dati recenti. I benefici analgesici e gli effetti di risparmio di oppioidi di questi analgesici di base sono ben descritti (Martinez 2017, Ong 2010). 	
Gabapentin	Gabapentin
<ul style="list-style-type: none"> Il gabapentin pre-operatorio è raccomandato (Grado A) per la chirurgia mammaria minore e maggiore, in quanto ha dimostrato di ridurre i punteggi del dolore postoperatorio e il consumo di oppioidi. Tuttavia, è raccomandato con cautela in quanto dosi elevate potrebbero indurre effetti collaterali particolarmente preoccupanti nelle pazienti in regime ambulatoriale. Il pregabalin pre-operatorio non è raccomandato in quanto il sollievo dal dolore osservato non è durato fino a 24 ore. 	
Desametasone	Desametasone
<ul style="list-style-type: none"> Il desametasone endovena in dose singola è raccomandato (Grado B) per gli interventi di chirurgia mammaria minore e maggiore, in quanto fornisce un ulteriore sollievo dal dolore e riduce l'uso di analgesici e l'incidenza di nausea e vomito postoperatori (PONV). 	
Infiltrazione della ferita chirurgica con anestetico locale (chirurgia mammaria minore)	Blocco paravertebrale (PVB) (chirurgia mammaria maggiore)
<ul style="list-style-type: none"> L'infiltrazione della ferita con anestetico locale dovrebbe essere presa in considerazione nelle pazienti sottoposte a procedure chirurgiche da poco a moderatamente invasive (ad es. lumpectomia e mastectomia parziale) (Grado 	<ul style="list-style-type: none"> Il PVB è raccomandato (Grado A) come tecnica analgesica regionale di prima scelta per gli interventi di chirurgia mammaria maggiore (ad esempio, mastectomia con o senza dissezione dei linfonodi ascellari).

<p>A), sebbene fornisca un'analgisia postoperatoria di durata limitata.</p> <ul style="list-style-type: none">• Il dolore postoperatorio dopo questi interventi è in genere lieve o moderato e l'intensità diminuisce nei primi due giorni post-operatori.	<ul style="list-style-type: none">• Gli studi hanno dimostrato che questo intervento è stato associato a: punteggi di dolore postoperatorio più bassi; minore consumo di analgesia sistemica; riduzione del PONV; e una durata della degenza ospedaliera più breve rispetto alla sola anestesia generale, anche se gli studi non hanno seguito un programma di recupero avanzato• Il PVB continuo deve essere preso in considerazione per gli interventi di chirurgia mammaria maggiore se è un catetere è posizionato (Grado B).• Il PVB a iniezione singola richiede un tempo di esecuzione più breve ed è meno impegnativo rispetto alla tecnica a iniezione multipla o al posizionamento di un catetere paravertebrale.• Alcuni studi riportano un miglioramento dei risultati funzionali e un dolore cronico meno grave dopo l'uso del PVB continuo.• Questi risultati devono essere interpretati con cautela, poiché questi studi non hanno utilizzato analgesici non oppioidi "di base" (cioè paracetamolo, FANS o inibitori selettivi della COX-2) in un programma di analgesia multimodale pienamente implementato.
--	--

- Uno studio sul rapporto costo-efficacia ha riportato costi più elevati per il PVB continuo ([Offodile, 2017](#)); tuttavia, questi costi sarebbero compensati dalla riduzione della durata della degenza ospedaliera ([Terkawi 2015](#), [Abdallah 2014](#), [Fallatah 2016](#), [Mohta 2016](#))
- La PVB non è in grado di fornire in modo affidabile un'analgia sufficiente all'ascella (cioè alla distribuzione del nervo T1) ([Pawa 2018](#)) e in questi casi può essere utile un'anestesia locale supplementare attraverso infiltrazione della ferita chirurgica.

Blocco PECS (chirurgia mammaria maggiore)

- Il blocco PECS è raccomandato per la chirurgia mammaria maggiore se non viene eseguita la dissezione dei linfonodi ascellari o se il PVB è controindicato (Grado A), ma i dati sono limitati e la procedura non può fornire anatomicamente un'adeguata analgesia all'ascella.
- Le evidenze che guidano la scelta tra PECS-1, PECS-2 e blocco del piano del muscolo serrato anteriore sono limitate.

Infiltrazione della ferita chirurgica con anestetico locale (chirurgia mammaria maggiore)

- L'infiltrazione della ferita chirurgica con anestetico locale può essere aggiunta alle tecniche di analgesia regionale nella chirurgia mammaria maggiore (Grado A)
- L'infiltrazione della ferita chirurgica con anestetico locale può essere presa in considerazione nei casi in cui il blocco PECS e il PVB non forniscono un'analgia adeguata all'ascella (cioè alla distribuzione del nervo T1).

Raccomandato: Interventi post-operatori	
<ul style="list-style-type: none"> • Se non diversamente specificato, il termine "postoperatorio" 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. 	
Chirurgia mammaria minore	Chirurgia mammaria maggiore
Paracetamolo e FANS/inibitori selettivi della COX-2	Paracetamolo e FANS/inibitori selettivi della COX-2
<ul style="list-style-type: none"> • Il paracetamolo (Grado B) e i FANS (Grado A) o gli inibitori COX-2-specifici (Grado B) sono raccomandati per gli interventi di chirurgia mammaria minore e maggiore, da somministrare prima o durante l'intervento e da continuare nel post-operatorio, a meno che non vi siano controindicazioni. • L'uso dei FANS (grado A) è supportato da studi condotti prima del 2006 nella chirurgia mammaria (Chan 1996, Priya 2002), anche se non ci sono dati recenti. • I benefici analgesici e gli effetti di risparmio di oppioidi di questi analgesici di base sono ben descritti (Martinez 2017, Ong 2010). 	
Oppioidi	Oppioidi
<ul style="list-style-type: none"> • Gli oppioidi sono raccomandati per l'analgesia post-operatoria di soccorso (grado B) 	
	<p>PVB continuo (se il catetere è presente) (chirurgia mammaria maggiore)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il PVB continuo deve essere preso in considerazione per gli interventi di chirurgia mammaria maggiore se è presente un catetere (grado B). • Il PVB a iniezione singola richiede un tempo di esecuzione più breve ed è meno impegnativo rispetto alla tecnica a iniezione multipla o al posizionamento di un catetere paravertebrale. • Alcuni studi riportano un miglioramento dei risultati funzionali e un dolore cronico meno grave dopo l'uso del PVB continuo. • Questi risultati devono essere interpretati con cautela, poiché questi studi non hanno utilizzato analgesici non oppioidi "di base" (cioè paracetamolo, FANS o inibitori selettivi della COX-2) in un programma di

	<p>analgesia multimodale pienamente implementato.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uno studio sul rapporto costo-efficacia ha riportato costi più elevati per il PVB continuo (Offodile, 2017); tuttavia, questi costi sarebbero compensati dalla riduzione della durata della degenza ospedaliera (Terkawi 2015, Abdallah 2014, Fallatah 2016, Mohta 2016) • La PVB non è in grado di fornire un'analgesia sufficiente all'ascella (cioè alla distribuzione del nervo T1) (Pawa 2018) ed in questi casi può essere utile un'anestesia locale supplementare per l'infiltrazione della ferita chirurgica.
--	--

Interventi che NON sono raccomandati

	Intervento	Ragione della non raccomandazione
Intra-operatorio	Blocco retrolaminare	Evidenze limitate specifiche per la procedura
	Blocco del piano dell'ereettore spinale	Evidenze limitate specifiche per la procedura
	Coadiuvanti perineurali: oppioidi (fentanyl, tramadolo), agonisti alfa-2-adrenergici (clonidina, dexmedetomidina), catecolamine (adrenalina) o antagonisti dell'N-metil-D-aspartato (ketamina) aggiunti alla soluzione anestetica locale.	Evidenze limitate specifiche per la procedura
Post-operatorio	Blocco del piano del muscolo toracico trasversale	Evidenze limitate specifiche per la procedura

Raccomandazioni complessive di PROSPECT

Raccomandazioni generali per la gestione del dolore nelle pazienti sottoposte a chirurgia mammaria non cosmetica.

Raccomandazioni	Chirurgia mammaria minore	Chirurgia mammaria maggiore
Interventi pre-operatori e intra-operatori	<ol style="list-style-type: none"> 1. Paracetamolo (Grado B) e FANS convenzionali (Grado A) o inibitori selettivi della COX-2 (Grado B) 2. Gabapentin (Grado A) 3. Desametasone (Grado B) 4. Infiltrazione anestetica locale della ferita (Grado A) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Paracetamolo (Grado B) e FANS convenzionali (Grado A) o inibitori selettivi della COX-2 (Grado B) 2. Gabapentin (Grado A) 3. Desametasone (Grado B) 4. PVB (Grado A) 5. Blocchi PECS in assenza della dissezione dei linfonodi ascellari o se PVB controindicato (Grado A). 6. L'infiltrazione anestetica locale della ferita chirurgica può essere aggiunta alle tecniche di analgesia regionale (Grado A).
Interventi post-operatori	<ol style="list-style-type: none"> 1. Paracetamolo (Grado B) e FANS convenzionali (Grado A) o inibitori selettivi della COX-2 (Grado B). 2. Oppioidi come misura di soccorso (Grado B) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Paracetamolo (Grado B) e FANS convenzionali (Grado A) o inibitori selettivi della COX-2 (Grado B) 2. Oppioidi come misura di soccorso (Grado B) 3. PVB continuo se il catetere è presente (Grado B)