

CIRURGIA ONCOLÓGICA MAMÁRIA

RESUMO DAS RECOMENDAÇÕES

Notas sobre as recomendações PROSPECT

O PROSPECT fornece aos clínicos argumentos de apoio a favor e contra a utilização de várias intervenções na dor pós-operatória com base em evidência publicada e na opinião de especialistas. Os clínicos devem tomar decisões baseadas nas circunstâncias clínicas e regulamentações locais. Em todas as situações, as informações locais sobre prescrição das drogas mencionadas, devem ser sempre consultadas.

Graus de Recomendação (GoR) e níveis de evidência (LoE)

São atribuídos GoRs de acordo com os LoE gerais em que essas recomendações se baseiam e que é determinado pela qualidade e pela fonte da evidência: [Relação entre a qualidade e fonte de evidência, níveis de evidência e graus de recomendação](#).

Notas sobre a dor após a Cirurgia oncológica mamária

A cirurgia oncológica mamária (doravante, “cirurgia mamária”) está associada a uma significativa dor pós-operatória aguda e crónica ([Vadivelu 2008](#)). Uma revisão sistemática foi realizada pela colaboração PROSPECT em 2006 (arquivada na página Web da PROSPECT: [Cirurgia Mamária Não cosmética 2006](#)). Contudo, vários novos regimes analgésicos, particularmente técnicas analgésicas regionais foram introduzidas desde ([Elsharkawy 2018](#)). É necessária uma revisão sistemática atualizada em intervenções anestésicas dedicada ao cancro da mama.

Resumo das recomendações

Recomendado: Intervenções pré- e intraoperatórias

- Salvo indicação em contrário, "pré-operatório" refere-se a intervenções aplicadas antes da incisão cirúrgica e "intraoperatório" refere-se a intervenções aplicadas após a incisão e antes do encerramento da ferida
- Os analgésicos devem ser administrados na altura apropriada (pré- ou intraoperatoriamente) de modo a dar analgesia adequada na fase inicial do recobro

Cirurgia mamária <i>minor</i>	Cirurgia mamária <i>major</i>
Paracetamol e AINEs/Inibidores seletivos da COX-2	Paracetamol e AINEs/Inibidores seletivos da COX-2
<ul style="list-style-type: none"> • Recomenda-se paracetamol (Grau B) e AINEs (Grau A) ou inibidor seletivo da COX-2 (Grau B) para pequenas e grandes cirurgias mamárias, administrado pré- ou intraoperatoriamente e mantido na fase pós-operatória, a menos que haja contraindicações. • A utilização de AINEs (Grau A) é suportada por estudos realizados antes de 2006 em cirurgia mamária (Chan 1996, Priya 2002), embora não existam dados recentes. • Os benefícios analgésicos e efeitos que permitem a redução da dose de opioides destes analgésicos simples estão bem descritos (Martinez 2017, Ong 2010). 	
Gabapentina	Gabapentina
<ul style="list-style-type: none"> • Recomenda-se gabapentina pré-operatória (Grau A) para pequenas e grandes cirurgias mamárias, uma vez que foi demonstrado reduzir resultados da dor pós-operatória e o consumo de opioides. Contudo, é recomendada com precaução uma vez que doses elevadas podem induzir a efeitos secundários que são particularmente preocupantes em pacientes em ambulatório. • A pregabalina pré-operatória não é recomendada uma vez que o alívio da dor observado não durou até 24h. 	
Dexametasona	Dexametasona
<ul style="list-style-type: none"> • Uma dose única de dexametasona IV é recomendada (Grau B) para pequenas e grandes cirurgias mamárias uma vez que fornece um alívio da dor adicional assim como reduz o uso de analgesia e a incidência de NVPO. 	
Infiltração da ferida com anestesia local (pequena cirurgia mamária)	BPV (grande cirurgia mamária)

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • A infiltração da ferida com AL deve ser considerada em pacientes programados para procedimentos cirúrgicos minimamente a moderadamente invasivos (por exemplo, lumpectomia e mastectomia parcial) (Grau A), embora ofereça analgesia pós-operatória de duração limitada. • A dor pós-operatória após estes procedimentos é geralmente leve a moderada e a intensidade diminui ao longo dos primeiros dias do pós-operatório. | <ul style="list-style-type: none"> • Recomenda-se o BPV (Grau A) como técnica analgésica regional de primeira escolha para grandes cirurgias mamárias (por exemplo, mastectomia com ou sem dissecação do nódulo axilar) • Estudos demonstraram que esta intervenção estava associada a: resultados da dor pós-operatória menores; menor consumo de analgesia sistémica; NVPO reduzido e um menor tempo de internamento no hospital do que apenas com AG, embora os estudos não tenham seguido um programa de recuperação melhorado • O BPV contínuo deve ser considerado para grandes cirurgias mamárias se estiver colocado um cateter (Grau B) • Um BPV de injeção única requer um tempo mais curto de realização e é menos trabalhoso em comparação com a técnica de injeção múltipla ou colocação de um cateter paravertebral • Alguns estudos relatam uma melhoria nos resultados funcionais e uma dor crónica menos intensa após a utilização de BPV contínuo • Estes resultados devem ser interpretados com precaução, uma vez que estes estudos não utilizaram analgésicos não opioides "básicos" (ou seja, paracetamol, AINEs ou inibidores seletivos da COX-2) num programa de analgesia multimodal totalmente implementado • Um estudo rentável relatou custos mais elevados de BPV contínuo (Offodile, 2017). No entanto, estes custos seriam compensados pela reduzida duração de internamento no hospital (Terkawi |
|---|---|

	<p>2015, Abdallah 2014, Fallatah 2016, Mohta 2016)</p> <ul style="list-style-type: none"> • O BPV não pode providenciar analgesia suficiente à axila (ou seja, distribuição do nervo T1) (Pawa 2018) e infiltração suplementar da ferida com anestesia local pode ser benéfica para estes casos
	<ul style="list-style-type: none"> • Bloqueio dos nervos peitorais (grande cirurgia mamária)
	<ul style="list-style-type: none"> • É recomendado o bloqueio dos nervos peitorais para grandes cirurgias mamárias se não for realizada nenhuma dissecação do nódulo axilar ou se o BPV for contraindicado (Grau A), mas os dados são limitados e o procedimento não pode providenciar anatomicamente analgesia adequada à axila. • As evidências para orientar a escolha entre os bloqueios PEC-1, PEC-2 e do plano serrátil são limitadas.
	<ul style="list-style-type: none"> • Infiltração da ferida com anestesia local (grande cirurgia mamária)
	<ul style="list-style-type: none"> • A infiltração da ferida com AL pode ser adicionada às técnicas de analgesia regional em grandes cirurgias mamárias (Grau A). • A infiltração da ferida com AL pode ser considerada em casos em que o bloqueio dos nervos peitorais e o BPV não providenciem analgesia apropriada à axila (ou seja, distribuição do nervo T1).

Recomendado: Intervenções pós-operatórias

- A menos que mencionado doutra forma, "pós-operatório" refere a intervenções aplicadas no ou após o encerramento da ferida
- Os analgésicos devem ser administrados na altura apropriada (pré- ou intraoperatoriamente) de modo a dar analgesia adequada na fase inicial do recobro

Cirurgia mamária *minor*

Cirurgia mamária *major*

Paracetamol e AINEs/Inibidores seletivos da COX-2

Paracetamol e AINEs/Inibidores seletivos da COX-2

- Recomenda-se paracetamol (Grau B) e AINEs (Grau A) ou inibidor seletivo da COX-2 (Grau B) para pequenas e grandes cirurgias mamárias, administrado pré- ou intraoperatoriamente e mantido na fase pós-operatória, a menos que haja contraindicações.
- A utilização de AINEs (Grau A) é suportada por estudos realizados antes de 2006 em cirurgia mamária ([Chan 1996](#), [Priya 2002](#)), embora não existam dados recentes.
- Os benefícios analgésicos e efeitos que permitem a redução da dose de opioides destes analgésicos simples estão bem descritos ([Martinez 2017](#), [Ong 2010](#)).

Opioides

Opioides

- São recomendados opioides como analgesia de recurso, em pós-operatório (Grau B).

BPV contínuo (se o cateter estiver colocado) (grande cirurgia mamária)

- O BPV contínuo deve ser considerado para grandes cirurgias mamárias se estiver colocado um cateter (Grau B)
- Um BPV de injeção única requer um tempo mais curto de realização e é menos trabalhoso em comparação com a técnica de injeção múltipla ou colocação de um cateter paravertebral
- Alguns estudos relatam uma melhoria nos resultados funcionais e uma dor crónica menos intensa após a utilização de BPV contínuo
- Estes resultados devem ser interpretados com precaução, uma vez que estes estudos não utilizaram analgésicos não opioides "básicos" (ou

seja, paracetamol, AINEs ou inibidores seletivos da COX-2) num programa de analgesia multimodal totalmente implementado

- Um estudo rentável relatou custos mais elevados de BPV contínuo ([Offodile, 2017](#)). No entanto, estes custos seriam compensados pela reduzida duração de internamento no hospital ([Terkawi 2015](#), [Abdallah 2014](#), [Fallatah 2016](#), [Mohta 2016](#))
- O BPV não pode providenciar analgesia suficiente à axila (ou seja, distribuição do nervo T1) ([Pawa 2018](#)) e infiltração suplementar da ferida com anestesia local pode ser benéfica para estes casos

Intervenções que NÃO são recomendadas

	Intervenção	Motivos pelos quais não são recomendados
<i>Intraoperatório</i>	Bloqueio retrolaminar	Evidência específica para o procedimento limitada
	Bloqueio do plano do eretor da espinha	Evidência específica para o procedimento limitada
	Auxiliares perineurais: opioides (fentanilo, tramadol), agonistas de recetores alfa-2 adrenérgicos (clonidina, dexmedetomidina), catecolaminas (adrenalina) ou antagonistas do recetor N-metil D-aspartato (cetamina) adicionados à solução de anestésico local	Evidência específica para o procedimento limitada
<i>Pós-operatório</i>	Bloqueio do plano do músculo torácico transverso	Evidência específica para o procedimento limitada

Recomendações gerais PROSPECT

Recomendações gerais para a gestão da dor em pacientes submetidos a cirurgia mamária não cosmética.

Recomendações	Pequena cirurgia mamária	Grande cirurgia mamária
Intervenções pré-operatórias e intraoperatórias	<ol style="list-style-type: none"> 1. Paracetamol (Grau B) e AINEs convencionais (Grau A) ou inibidores seletivos da COX-2 (Grau B) 2. Gabapentina (Grau A) 3. Dexametasona (Grau B) 4. Infiltração da ferida com anestesia local (Grau A) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Paracetamol (Grau B) e AINEs convencionais (Grau A) ou inibidores seletivos da COX-2 (Grau B) 2. Gabapentina (Grau A) 3. Dexametasona (Grau B) 4. BPV (Grau A) 5. Estão contraindicados os bloqueios dos nervos peitorais se não houver dissecção do nódulo axilar ou BPV (Grau A) 6. Infiltração da ferida com anestesia local pode ser adicionada às técnicas de analgesia regional (Grau A)
Intervenções pós-operatórias	<ol style="list-style-type: none"> 1. Paracetamol (Grau B) e AINEs convencionais (Grau A) ou inibidores seletivos da COX-2 (Grau B) 2. Opioides de recurso (Grau B) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Paracetamol (Grau B) e AINEs convencionais (Grau A) ou inibidores seletivos da COX-2 (Grau B) 2. Opioides de recurso (Grau B) 3. BPV contínuo se o cateter estiver colocado (Grau B)