

PROSTATECTOMIA

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.

Il dolore dopo la prostatectomia radicale a cielo aperto, laparoscopica e/o robotica e gli obiettivi della revisione di PROSPECT

Il dolore rimane un problema importante dopo la prostatectomia radicale, con conseguente disagio e talvolta prolungamento della degenza ospedaliera ([Tan 2015](#)). Un'adeguata gestione del dolore è necessaria per ottimizzare il recupero post-operatorio ([Joshi 2014](#)).

I pazienti sottoposti a prostatectomia radicale a cielo aperto provano in genere un dolore dinamico moderato nei giorni immediatamente successivi all'intervento ([d'Alonzo 2009](#)). La chirurgia robotica e/o laparoscopica è meno dolorosa della prostatectomia a cielo aperto, anche se le porte trocar possono essere fonte di dolore parietale dopo chirurgia robotica. ([d'Alonzo 2009](#); [Woldu 2014](#)). I protocolli analgesici postoperatori devono tenere conto di questi diversi profili di dolore e delle specifiche evidenze identificate in letteratura..

Lo scopo di questa revisione è stato quello di aggiornare le raccomandazioni per la gestione ottimale del dolore dopo la prostatectomia a cielo aperto, laparoscopica e robotica.

Le raccomandazioni PROSPECT per la prostatectomia radicale, basate su una revisione sistematica della letteratura, sono state inizialmente pubblicate nel 2015 ([Joshi 2015](#)), che ha aggiornato la letteratura e le raccomandazioni formulate sul sito web nel 2012 (Archivio: [Radical prostatectomy 2012](#)). Tuttavia, da allora sono stati introdotti diversi nuovi schemi analgesici, in particolare tecniche analgesiche regionali, e la chirurgia robotica è stata sviluppata su scala più ampia, per cui un aggiornamento della revisione sistematica era giustificato.

Le raccomandazioni dell'attuale revisione sono state costruite sulla base di quelle della revisione precedente, supportate da informazioni aggiuntive provenienti da studi più recenti.

L'esclusiva metodologia PROSPECT è disponibile su <https://esraeurope.org/prospect-methodology/>.

Raccomandazioni sintetiche

| Raccomandato: Interventi pre- e intra-operatori | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> Per "pre-operatorio" si intendono gli interventi effettuati prima dell'incisione chirurgica e per "intra-operatorio" gli interventi effettuati dopo l'incisione e prima della sutura della ferita chirurgica. Gli analgesici devono essere somministrati al momento opportuno (pre- o intra-operatorio) per fornire un'analgesia sufficiente nel periodo di recupero precoce. | |
| Paracetamolo, FANS, inibitori selettivi-COX-2 | <p>L'analgesia sistemica deve includere paracetamolo e FANS selettivi o non selettivi, somministrati prima o durante l'intervento e continuati nel periodo post-operatorio</p> <ul style="list-style-type: none"> I FANS e gli inibitori selettivi della COX-2 hanno ridotto i punteggi del dolore postoperatorio e l'uso di oppioidi (Dirkmann 2015; Mazaris 2008; Bilgin 2011; Chelly 2011) Il paracetamolo è raccomandato nonostante le limitate evidenze specifiche per la procedura, sulla base di precedenti raccomandazioni (Joshi 2015) |
| Lidocaina endovenosa continua | <p>Si raccomanda la somministrazione continua di lidocaina per via endovenosa durante gli interventi a cielo aperto</p> <ul style="list-style-type: none"> Il suo utilizzo controindica l'uso contemporaneo di infiltrazioni con anestetici locali (Foo 2021) Per motivi di sicurezza, la durata dell'infusione di lidocaina deve essere limitata al periodo intraoperatorio e immediatamente postoperatorio La lidocaina endovenosa continua ha ridotto i punteggi del dolore postoperatorio durante un intervento a cielo aperto (Groudine 1998; Weinberg 2016) |
| Infiltrazione locale della ferita chirurgica | <p>L'infiltrazione locale della ferita chirurgica dovrebbe essere utilizzata di routine per la chirurgia aperta prima di altri blocchi di analgesia regionale, in assenza dell'uso di lidocaina per via endovenosa</p> <ul style="list-style-type: none"> L'infiltrazione locale della ferita chirurgica ha mostrato risultati positivi nella chirurgia a cielo aperto (Bilgin 2011; Kristensen 2013; Tauzin-Fin 2009; Lee 2011) |
| Blocco TAP | <p>Il blocco TAP è raccomandato come prima scelta per la prostatectomia radicale laparoscopica/robotica</p> <ul style="list-style-type: none"> Il blocco TAP bilaterale eseguito al termine dell'intervento chirurgico ha ridotto i punteggi del dolore nelle procedure assistite da robot (Dal Moro 2019; Cacciamani 2019; Taninishi 2020), ma i risultati sono contrastanti per le procedure a cielo aperto |

COX, ciclossigenasi; FANS, farmaci antinfiammatori non steroidei; TAP block, blocco del piano trasverso dell'addome.

Raccomandato: Interventi postoperatori

- Il termine "postoperatorio" si riferisce agli interventi applicati durante o dopo la sutura della ferita chirurgica.
- Gli analgesici devono essere somministrati al momento opportuno (pre- o intra-operatorio) per fornire un'analgia sufficiente nel periodo di recupero precoce.

| | |
|--|---|
| Paracetamolo, FANS, inibitori selettivi-COX-2 | L'analgia sistemica deve includere paracetamolo e FANS selettivi o non selettivi, somministrati prima o durante l'intervento e continuati nel post-operatorio |
| Oppioidi | Gli oppioidi devono essere utilizzati come analgesici di soccorso nel periodo postoperatorio. |

COX, ciclossigenasi; FANS, farmaci antinfiammatori non steroidei

Interventi non raccomandati

Interventi analgesici non raccomandati per la gestione del dolore nei pazienti sottoposti a prostatectomia radicale.

| Intervento | Ragione della non raccomandazione |
|---|---|
| Gabapentinoidi | Evidenze limitate specifiche per la procedura/effetti collaterali |
| Dexmedetomidina | Mancanza di evidenze specifiche per la procedura |
| Anestetici locali intravescicali | Mancanza di evidenze specifiche per la procedura |
| Oppioidi intratecale | Non raccomandato a causa degli effetti collaterali |
| Epidurale | Rapporto rischio/beneficio sfavorevole |
| Blocco epidurale-caudale | Mancanza di evidenze specifiche per la procedura |
| Blocco TAP | Non raccomandato per la chirurgia a cielo aperto |
| Blocco della fascia dei muscoli retti dell'addome | Mancanza di evidenze specifiche per la procedura |
| Elettro-agopuntura | Evidenze limitate specifiche per la procedura |
| Solfato di Magnesio infiltrazione locale o endovena | Evidenze limitate specifiche per la procedura |
| Blocco penieno | Mancanza di evidenze specifiche per la procedura |
| Trocar senza valvole | Evidenze limitate specifiche per la procedura |
| Incisione trasversale o longitudinale | Mancanza di evidenze specifiche per la procedura |
| Installazione intravescicale di ropivacaina | Mancanza di evidenze specifiche per la procedura |
| Suprapubic vs urethral catheter | Mancanza di evidenze specifiche per la procedura |
| Catetere sovrapubico vs catetere uretrale | Mancanza di evidenze specifiche per la procedura |
| Rimozione precoce del catetere | Evidenze limitate specifiche per la procedura |
| CO ₂ riscaldata e umidificata | Mancanza di evidenze specifiche per la procedura |
| Tecniche anestesiolgiche | Nessuna raccomandazione specifica per la tecnica anestesiolgica |

TAP block, blocco del piano trasverso dell'addome

Raccomandazioni complessive di PROSPECT

Raccomandazioni generali per la gestione del dolore peri-operatorio nei pazienti sottoposti a prostatectomia radicale

| | |
|--|---|
| Paracetamolo | Raccomandato nonostante le limitate evidenze specifiche della procedura (Grado B) |
| Lidocaina sistemica | L'infusione intraoperatoria continua di lidocaina è raccomandata per la chirurgia aperta (grado B). |
| FANS o inibitori selettivi COX-2 | Raccomandato in assenza di controindicazioni (Grado A) |
| Blocco TAP | Consigliato per procedure laparoscopiche/robotiche (grado A) |
| Infiltration locale della ferita chirurgica | Raccomandato per la chirurgia a cielo aperto (grado B) |

COX, ciclossigenasi; FANS, farmaci antinfiammatori non steroidei; TAP block, blocco del piano trasverso dell'addome.

Pubblicazione PROSPECT

Aggiornamento delle linee guida PROSPECT per la gestione del dolore dopo prostatectomia per cancro.

Lemoine A, Witdouch A, Beloeil H, Bonnet F; PROSPECT Working Group Of The European Society Of Regional Anaesthesia And Pain Therapy (ESRA).

[Anaesth Crit Care Pain Med 2021;40\(4\):100922. doi: 10.1016/j.accpm.2021.100922. Epub 2021 Jun 29.](https://doi.org/10.1016/j.accpm.2021.100922)