

## PROSTATECTOMIA

### 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.

#### Dor após a prostatectomia radical aberta e laparoscópica ou robótica e objetivos da revisão do PROSPECT

A dor continua a ser uma questão importante após a prostatectomia radical, resultando em desconforto e, às vezes, internamento no hospital prolongado ([Tan 2015](#)). É necessária uma gestão inadequada da dor para otimizar a recuperação pós-operatória ([Joshi 2014](#)).

Os pacientes submetidos a prostatectomia radical aberta normalmente sentem uma dor dinâmica moderada nos dias pós-operatórios imediatos ([d'Alonzo 2009](#)). A cirurgia laparoscópica e assistida por robô é menos dolorosa do que a prostatectomia aberta, apesar das portas do trocarte poderem ser uma fonte de dor parietal após a cirurgia robótica ([d'Alonzo 2009](#); [Woldu 2014](#)). Os protocolos analgésicos pós-operatórios devem refletir estes diferentes perfis de dor e a evidência específica identificada na literatura.

O objetivo desta revisão foi atualizar as recomendações para uma ótima gestão da dor após a prostatectomia aberta e laparoscópica ou robótica.

As recomendações PROSPECT para a prostatectomia radical, com base numa revisão sistemática da literatura, foram inicialmente publicadas em 2015 ([Joshi 2015](#)), que atualizou a literatura e as recomendações feitas na página Web em 2012 (Arquivo: [Prostatectomia radical 2012](#)). Contudo, vários novos regimes analgésicos, particularmente técnicas analgésicas regionais, foram introduzidas e a cirurgia robótica foi desenvolvida numa escala maior, portanto, era necessária uma atualização da revisão sistemática.

As recomendações para a revisão atual basearam-se nas da revisão anterior, apoiadas por informações adicionais dos estudos mais recentes.

A metodologia exclusiva PROSPECT está disponível em <https://esraeurope.org/prospect-methodology/>.

## Resumo das recomendações

| Recomendado: Intervenções pré- e intraoperatórias  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>"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</li> <li>Os analgésicos devem ser administrados na altura apropriada (pré- ou intraoperatoriamente) de modo a dar analgesia suficiente na fase inicial do recobro</li> </ul> |   |
| <b>Paracetamol, AINEs, inibidores seletivos da COX-2</b>   | <p>A analgesia sistémica deve incluir paracetamol e AINEs seletivos ou não seletivos administrados pré- ou intraoperatoriamente e mantidos na fase pós-operatória</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Os AINEs e inibidores seletivos da COX-2 reduziram os resultados da dor pós-operatória e o uso de opioides (<a href="#">Dirkmann 2015</a>; <a href="#">Mazaris 2008</a>; <a href="#">Bilgin 2011</a>; <a href="#">Chelly 2011</a>)</li> <li>É recomendado paracetamol apesar de evidência específica para o procedimento limitada, com base nas recomendações anteriores (<a href="#">Joshi 2015</a>)</li> </ul> |
| <b>Lidocaína IV contínua</b>   | <p>É recomendada lidocaína IV contínua durante a cirurgia aberta</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A sua utilização é contraindicada na utilização simultânea de infiltração com anestesia local (<a href="#">Foo 2021</a>)</li> <li>A duração da infusão de lidocaína deve ser limitada aos períodos intraoperatório e pós-operatório imediato por motivos de segurança</li> <li>A lidocaína IV contínua reduziu os resultados da dor pós-operatória durante a cirurgia aberta (<a href="#">Groudine 1998</a>; <a href="#">Weinberg 2016</a>)</li> </ul>  |
| <b>Infiltração local da ferida</b>   | <p>A infiltração local da ferida deve ser usada sistematicamente para a cirurgia aberta antes de outros bloqueios de analgesia regional, na ausência do uso de lidocaína IV</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A infiltração local da ferida apresentou resultados positivos na cirurgia aberta (<a href="#">Bilgin 2011</a>; <a href="#">Kristensen 2013</a>; <a href="#">Tauzin-Fin 2009</a>; <a href="#">Lee 2011</a>)</li> </ul>  |
| <b>Bloqueio TAP</b>  | <p>O bloqueio TAP é recomendado como a primeira escolha para a prostatectomia radical laparoscópica/robótica</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>O bloqueio TAP bilateral realizado no final da cirurgia reduziu os resultados da dor em procedimentos assistidos por robô (<a href="#">Dal</a></li> </ul>   |

|  |   |
|--|---|
|  | <p><a href="#">Moro 2019</a>; <a href="#">Cacciamani 2019</a>; <a href="#">Taninishi 2020</a>), mas os resultados foram conflitantes para procedimentos abertos</p> |
|--|---|

COX, ciclooxigenase; IV, intravenoso; AINEs, medicamentos anti-inflamatórios não esteroides; TAP, plano transversal abdominal.

#### Recomendado: Intervenções pós-operatórias

- "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 suficiente na fase inicial do recobro

|  |  |
|--|--|
| <b>Paracetamol, AINEs, inibidores seletivos da COX-2</b> | A analgesia sistémica deve incluir paracetamol e AINEs seletivos ou não seletivos administrados pré- ou intraoperatoriamente e mantidos na fase pós-operatória |
| <b>Opioides</b>  | Os opioides devem ser usados como analgésicos de recurso no período pós-operatório   |

COX, ciclooxigenase; AINEs, medicamentos anti-inflamatórios não esteroides.

## Intervenções que NÃO são recomendadas

Intervenções analgésicas que não são recomendadas para a gestão da dor em pacientes submetidos a prostatectomia radical.

| Intervenção  | Motivos pelos quais não são recomendados                              |
|--|---|
| Gabapentina  | Evidência específica para o procedimento limitada/efeitos secundários |
| Dexmedetomidina  | Falta de evidência específica para o procedimento                     |
| Anestesia local intravesical                             | Falta de evidência específica para o procedimento                     |
| Opioide intratecal                                       | Não recomendado devido ao risco de efeitos secundários                |
| Epidural   | Equilíbrio benefício/risco desfavorável                               |
| Bloqueio epidural-caudal                                 | Falta de evidência específica para o procedimento                     |
| Bloqueio TAP   | Não recomendado para cirurgia aberta                                  |
| Bloqueio da bainha do músculo reto abdominal             | Falta de evidência específica para o procedimento                     |
| Eletoacupuntura  | Evidência específica para o procedimento limitada                     |
| Infiltração de sulfato de magnésio na ferida/intravenosa | Evidência específica para o procedimento limitada                     |
| Bloqueio peniano   | Falta de evidência específica para o procedimento                     |
| Trocarte sem válvula                                     | Evidência específica para o procedimento limitada                     |
| Incisão transversal/longitudinal                         | Falta de evidência específica para o procedimento                     |
| Instalação intravesical de ropivacaína                   | Falta de evidência específica para o procedimento                     |
| Cateter suprapúbico vs. uretral                          | Falta de evidência específica para o procedimento                     |
| Cateter uretral vs. cateter suprapúbico e uretral        | Falta de evidência específica para o procedimento                     |
| Remoção precoce do cateter                               | Evidência específica para o procedimento limitada                     |
| CO <sub>2</sub> aquecido e humidificado                  | Falta de evidência específica para o procedimento                     |
| Técnicas anestésicas                                     | Sem recomendações específicas para a técnica anestésica               |

TAP, plano transversal abdominal.

## Recomendações gerais PROSPECT

### Recomendações gerais para a gestão da dor perioperatória em pacientes submetidos a prostatectomia radical

|   |   |
|---|---|
| <b>Paracetamol</b>                            | Recomendado apesar da evidência específica para o procedimento limitada (Grau B)                          |
| <b>Lidocaína sistémica</b>                    | A infusão intravenosa contínua intraoperatória de lidocaína é recomendada para a cirurgia aberta (Grau B) |
| <b>AINEs ou inibidores seletivos da COX-2</b> | Recomendados desde que não existam contraindicações (Grau A)  |
| <b>Bloqueio TAP</b>                           | Recomendado para os procedimentos laparoscópicos/robóticos (Grau A)                                       |
| <b>Infiltração da ferida</b>                  | Recomendada para a cirurgia aberta (Grau B)   |

COX, ciclooxigenase; AINEs, medicamentos anti-inflamatórios não esteroides; TAP, plano transversal abdominal.

## Publicação PROSPECT

### PROSPECT guidelines update for evidence-based pain management after prostatectomy for cancer.

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

[Anesth 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)