

CHIRURGIA TORACOSCOPICA VIDEO-ASSISTITA

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.

Dolore dopo VATS e obiettivi della revisione PROSPECT

La chirurgia toracoscopica video-assistita (VATS) è una procedura mini-invasiva che consente di ridurre lo stress chirurgico e il dolore postoperatorio rispetto alla toracotomia. Tuttavia, è associata a un significativo dolore postoperatorio acuto e cronico, che influisce negativamente sul recupero ([Holbeck 2016](#); [Bendixen 2016](#)). La gestione del dolore postoperatorio per la VATS è essenziale quanto quella per la chirurgia a cielo aperto, in quanto consente di ridurre le complicanze postoperatorie ([Bendixen 2016](#)).

Queste linee guida hanno lo scopo di fornire ai medici un approccio basato sull'evidenza per la gestione del dolore dopo la resezione polmonare con VATS, per migliorare il trattamento del dolore post-operatorio.

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

Raccomandazioni sintetiche

Raccomandato: Interventi pre- e intra-operatori	
- 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	L'analgesia sistemica deve includere paracetamolo e FANS selettivi o non selettivi, somministrati prima o durante l'intervento e continuati nel periodo post-operatorio I benefici di questi analgesici di base sono ben descritti per altre procedure (Ong 2010; Martinez 2017).
Dexmedetomidina endovenosa	Si raccomanda la somministrazione intraoperatoria di dexmedetomidina per via endovenosa, soprattutto quando non è possibile somministrare analgesici di base. - Diversi studi hanno documentato che la dexmedetomidina per via endovenosa riduce il punteggio del dolore e il fabbisogno di oppioidi (Lee 2016; Jannu 2020). - La dexmedetomidina riduce anche l'incidenza di agitazione e disfunzione cognitiva post-operatoria, nonché di nausea e vomito post-operatori (Lee 2016; Jannu 2020; Kweon 2018). È stato inoltre dimostrato un miglioramento della funzione polmonare, con un aumento del FEV1 e della capacità vitale (Lee 2016; Jannu 2020; Kweon 2018). - I pazienti con gravi patologie cardiache, disturbi della conduzione e/o del ritmo sono stati esclusi da questi studi e la dexmedetomidina non deve essere utilizzata in questi pazienti.
Analgesia regionale	Si raccomandano tecniche analgesiche regionali come il PVB e il ESPB, utilizzando una singola somministrazione o preferibilmente un catetere con infusione continua di anestetici locali. - Il PVB è consigliato per la sua efficacia nel controllo del dolore e per i limitati effetti collaterali rispetto alla TEA. L'uso di un catetere al posto dell'analgesia dopo singola somministrazione prolunga l'effetto analgesico. - Si raccomanda anche l'ESPB, poiché diversi studi hanno dimostrato l'efficacia dell'ESPB con ropivacaina rispetto al blocco sham (Yao 2020; Shim 2020). Due studi hanno

	dimostrato la non-inferiorità dell'ESPB rispetto al PVB (Zhao 2020; Taketa 2020). L'ESPB dovrebbe quindi essere considerato un'alternativa. Il blocco del piano del muscolo serrato anteriore può essere utilizzato come seconda scelta. Gli studi consultati consideravano una singola iniezione e documentavano un beneficio in termini di dolore e consumo di oppioidi rispetto all'analgesia sistemica di base o rispetto all'infiltrazione del sito di incisione. Il blocco deve essere eseguito, indipendentemente dalla tecnica, a un livello toracico adeguato alla posizione dei siti delle incisioni chirurgiche. L'aggiunta di dexmedetomidina senza conservanti nell'analgesia perineurale potrebbe essere raccomandata. Tuttavia, resta da dimostrare che un effetto comparabile potrebbe essere ottenuto con la somministrazione di dexmedetomidina per via endovenosa, rendendola più appropriata per l'uso clinico.
--	---

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'analgesia sufficiente nel periodo di recupero precoce.

Paracetamolo, FANS, inibitori selettivi-COX-2	L'analgesia sistemica deve includere paracetamolo e FANS selettivi o non selettivi, somministrati prima o durante l'intervento e continuati nel post-operatorio I benefici di questi analgesici di base sono ben descritti per altre procedure (Ong 2010; Martinez 2017).
Oppioidi	Gli oppioidi devono essere utilizzati come analgesici di soccorso nel periodo postoperatorio.

COX, ciclossigenasi; ESPB, blocco dell'ereettore spinale; FEV1, volume espiratorio massimo in 1 secondo; IV, endovena; FANS, farmaci antinfiammatori non steroidei; PVB, blocco paravertebrale; TEA, analgesia epidurale toracica.

Interventi non raccomandati

Interventi analgesici non raccomandati per la gestione del dolore nei pazienti sottoposti a chirurgia toracoscopica video-assistita (VATS).

Timing	Intervento	Ragione della non raccomandazione
Preoperatorio e intra-operatorio	Gabapentinoidi	Evidenze inconsistenti
	Corticosteroidi	Mancanza di evidenze specifiche per la procedura
	Solfato di magnesio	Evidenze limitate specifiche per la procedura
	Lidocaina endovenosa	Mancanza di evidenze specifiche per la procedura
	TENS	Evidenze limitate e inconsistenti
	Infiltrazione della ferita chirurgica	Evidenze limitate specifiche per la procedura
	Analgesia intra-pleurale	Evidenze limitate specifiche per la procedura
	Blocco dei nervi intercostali	Mancanza di evidenze specifiche per la procedura
	Blocco epidurale toracico	Non-inferiorità di tecniche meno invasive con minori effetti collaterali
Postoperatorio	Gabapentinoidi	Evidenze inconsistenti
	Lidocaina endovenosa	Mancanza di evidenze specifiche per la procedura
	Dexmedetomidina	Mancanza di evidenze specifiche per la procedura
	TENS	Evidenze limitate e inconsistenti

IV, endovena; TENS, stimolazione elettrica nervosa transcutanea.

Raccomandazioni complessive di PROSPECT

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

Interventi prima e durante la chirurgia	• Paracetamolo (Grade D) • FANS (Grade D) / inibitori specifici della COX-2 (Grade D) • Dexmedetomidina (Grade B) (esclusi i pazienti con gravi patologie cardiache o disturbi della conduzione e/o del ritmo) • Blocco paravertebrale: iniezione unica (Grade A) / infusion continua (Grade A) • Blocco dell'ereettore spinale: iniezione unica (Grade A) / infusion continua (Grade B) • Blocco del piano del muscolo serrato anteriore: iniezione unica (Grade A) / infusion continua (Grade D)
Interventi dopo la chirurgia	• Paracetamolo (Grade D) • FANS (Grade D) / inibitori specifici della COX-2 (Grade D) • Oppioidi come misura di soccorso (Grade D)

COX, ciclossigenasi; FANS, farmaci antinfiammatori non steroidei.

Pubblicazione PROSPECT

Linee guida PROSPECT per la chirurgia toracoscopica video-assistita: una revisione sistematica e raccomandazioni specifiche per la gestione del dolore post-operatorio.

Sarah Feray, Jelle Lubach, Girish P. Joshi, Francis Bonnet, Marc Van de Velde on behalf of the PROSPECT Working Group of the European Society of Regional Anaesthesia and Pain Therapy (ESRA).

Anaesthesia 2022;77:311–325. <https://doi.org/10.1111/anae.15609>