

OTWARTA CHIRURGIA JELITA GRUBEGO

STRESZCZENIE ZALECEŃ

Translated by Wojciech Pisarek

Uwagi wstępne dotyczące zaleceń PROSPECT

PROSPECT przedstawia klinicystom argumenty za i przeciw różnym interwencjom w leczeniu bólu pooperacyjnego, sformułowane na podstawie dowodów i opinii ekspertów. Klinicyści są zobowiązani do podejmowania decyzji uwzględniając stan kliniczny i lokalny stan prawny. W każdym przypadku należy sprawdzić miejscowe zasady ordynowania leków, o których mowa.

Ból po otwartej chirurgii jelita grubego i cele przeglądu PROSPECT

Otwarta chirurgia jelita grubego wiąże się z istotnym bólem pooperacyjnym ([Gerbershagen 2013](#)). Celem tego systematycznego przeglądu ([Uten 2024](#)) była aktualizacja dostępnej literatury i stworzenie zaleceń dla optymalnego postępowania przeciwbólowego po chirurgii jelita grubego, przy zastosowaniu metodologii PROSPECT. Poprzednie zalecenia, oparte na systematycznym przeglądzie 93 randomizowanych badań, są dostępne na stronie internetowej PROSPECT (Archive: [Open Colorectal Surgery 2016](#)).

Unikalna metodologia PROSPECT jest dostępna tu: <https://esraeurope.org/prospect-methodology/>. Ta metodologia wymaga krytycznej oceny badań włączonych do przeglądu, biorąc pod uwagę ich znaczenie kliniczne, stosowanie podstawowych leków przeciwbólowych oraz skuteczność, działania niepożądane i inwazyjność każdej z technik anestezjologicznych ([Joshi 2019](#)). Metodologia została obecnie zaktualizowana dla użycia w przyszłych przeglądach ([Joshi 2023](#)).

W bazach danych literatury wyszukano badania randomizowane i metaanalizy, opublikowane w języku angielskim w okresie od stycznia 2016 do stycznia 2022, które oceniały wpływ działań przeciwbólowych, anestezjologicznych i chirurgicznych na ból po otwartej chirurgii jelita grubego. Zakwalifikowano 13 nowych publikacji.

Ten przegląd zarejestrowano na PROSPERO (CRD4202338800).

Streszczenie zaleceń i główne dowody

Streszczenie zaleceń i główne dowody dla postępowania przeciwbólowego w otwartej chirurgii jelita grubego

Systemowe leki przeciwbólowe

Paracetamol dożylnie i NLPZ/inhibitory COX-2 są zalecane w chirurgii okrężnicy; paracetamol jest zalecany w chirurgii odbytnicy; leki te należy podać przed- lub śródoperacyjnie i kontynuować w okresie pooperacyjnym, o ile nie ma przeciwwskazań

- Nie znaleziono nowych badań swoistych dla tej procedury, ale leki te są zalecane jako część wieloskładnikowego postępowania zgodnie z metodologią PROSPECT
- PROSPECT zaleca NLPZ/inhibitory COX-2 w chirurgii okrężnicy, ale nie odbytnicy z powodu możliwości przecieku zespolenia ([Holte 2009](#); [Bhangu 2014](#); [Iversen 2018](#); [Modasi 2019](#); [Chen 2022](#); [Chapman 2019](#))

Lidokaina dożylnie jest zalecana jeśli blokada zewnątrzoponowa nie jest możliwa lub jest przeciwwskazana

- Bez zmian w stosunku do zaleceń z 2016.
- W zaktualizowanym przeglądzie literatury w jednym badaniu randomizowanym stwierdzono zmniejszone użycie opioidów ratunkowych przy podobnych wskaźnikach bólu po zastosowaniu lidokainy dożylnie w stosunku do placebo, ale przy braku podstawowych leków przeciwbólowych ([Ho 2018](#))
- Uwaga dotycząca bezpieczeństwa: nie należy podawać żadnego innego wlewu ciągłego leków miejscowo znieczulających razem z lidokainą ([Foo 2021](#); [Shanthanna 2021](#)). Ponadto nie można stosować blokad nerwów jednocześnie z dożylną lidokainą. Konieczna jest ostrożność w dawkowaniu i monitorowanie pacjenta aby zapobiec wchłanianiu i działaniom toksycznym.

Opioidy powinny być zarezerwowane jako leki ratunkowe w okresie pooperacyjnym.

- Mimo tego, że opioidy skutecznie uśmierzają ból, mogą one powodować działania uboczne i powinny być stosowane jako leki ratunkowe gdy inne działania są niewystarczające.

Techniki przewodowe

Ciągła blokada zewnątrzoponowa w dolnej części odcinka piersiowego jest zalecana w pierwszym rzędzie

- Ciągła blokada zewnątrzoponowa w odcinku piersiowym (TEA) była również zalecana w 2016

- W zaktualizowanym przeglądzie literatury, dowody swoiste dla procedury pokazują obniżone wskaźniki bólu tak w spoczynku, jak i w ruchu, dla TEA w porównaniu z lekami systemowymi ([Falk 2021](#); [Radovanović 2017](#))
- W jednym badaniu ([Falk 2021](#)), pacjenci w grupie z blokadą zewnątrzoponową wymagali leków wazopresyjnych dla utrzymania stabilności hemodynamicznej

Przedoperacyjna obustronna blokada TAP

- Zmiana zaleceń w stosunku do 2016
- W zaktualizowanym przeglądzie literatury dowody swoiste dla procedury pokazują obniżone wskaźniki bólu dla obustronnej blokady TAP w porównaniu z lekami systemowymi ([Zhan 2020](#); [Qazi 2017](#)). [Qazi 2017](#) wykazuje także zmniejszenie pooperacyjnego zużycia opioidów.

Pooperacyjny ciągły wlew leku miejscowo znieczulającego przedotrzewnowo jest zalecany gdy blokada zewnątrzoponowa nie jest możliwa lub jest przeciwwskazana.

- Bez zmian w stosunku do zaleceń z 2016; zaktualizowany przegląd literatury nie znalazł nowych badań przedotrzewnowego wlewu leków miejscowo znieczulających.

Techniki chirurgiczne

Laparoskopowa chirurgia jelita grubego jest preferowana w stosunku do chirurgii otwartej

- Bez zmian w stosunku do zaleceń z 2016; zaktualizowany przegląd literatury nie znalazł nowych badań technik chirurgicznych.

Diatermia jest preferowana w stosunku do skalpela

- Bez zmian w stosunku do zaleceń z 2016; zaktualizowany przegląd literatury nie znalazł nowych badań technik chirurgicznych.

Cięcie poziome/łukowate (poprzeczne) jest preferowane w stosunku do pionowego

- Bez zmian w stosunku do zaleceń z 2016; zaktualizowany przegląd literatury nie znalazł nowych badań technik chirurgicznych.

TAP, płaszczyna mięśnia poprzecznego brzucha; TEA, blokada zewnątrzoponowa w odcinku piersiowym.

Działania, które NIE SĄ zalecane

Działania przeciwbólowe, które nie są zalecane* w postępowaniu przeciwbólowym przy otwartej chirurgii jelita grubego

Działanie	Powód niezalecania
Leki systemowe	
Dinalbufina o przedłużonym uwalnianiu	Niewystarczające dowody
Deksmetomidyna	Niewystarczające dowody
Pregabalina	Niewystarczające dowody
Duloksetyna	Niewystarczające dowody
Techniki przewodowe	
Blokada prostownika grzbietu	Niewystarczające dowody
Obustronna blokada pochewki mięśnia prostego brzucha	Niewystarczające dowody

*Badań otwartej kolektomii jest zbyt mało lub mają niedostateczne wyniki dla powyższej listy niezalecanych działań.

Tabela ogólnych zaleceń PROSPECT

Ogólne zalecenia swoistego dla procedury postępowania przeciwbólowego w otwartej chirurgii jelita grubego

Leki systemowe	<ul style="list-style-type: none"> • Paracetamol dożylnie i NLPZ/inhibitory COX-2 są zalecane w chirurgii okrężnicy; paracetamol jest zalecany w chirurgii odbytnicy; leki te należy podać przed- lub śródoperacyjnie i kontynuować w okresie pooperacyjnym, o ile nie ma przeciwwskazań • Lidokaina dożylnie, śród- albo pooperacyjnie, jest zalecana gdy TEA nie jest możliwa lub jest przeciwwskazana • Dożylne opioidy są zalecane jako leki ratunkowe w okresie pooperacyjnym
Techniki przewodowe	<ul style="list-style-type: none"> • Ciągła TEA w dolnym odcinku jest zalecana • Przedoperacyjna obustronna blokada TAP jest zalecana jeśli TEA nie jest możliwa lub jest przeciwwskazana • Pooperacyjny ciągły wlew leku miejscowo znieczulającego przedotrzewnowo jest zalecany gdy blokada zewnątrzoponowa nie jest możliwa lub jest przeciwwskazana.
Techniki chirurgiczne	<ul style="list-style-type: none"> • Laparoskopowa chirurgia jelita grubego jest preferowana w stosunku do chirurgii otwartej • Diatermia jest preferowana w stosunku do skalpela • Cięcie poziome/łukowate (poprzeczne) jest preferowane w stosunku do pionowego

TAP, płaszczyna mięśnia poprzecznego brzucha; TEA, blokada zewnątrzoponowa w odcinku piersiowym.

Publikacja PROSPECT

Thomas Uten, Maximilien Chesnais, Marc Van de Velde, Johan Raeder, Hélène Beloeil; PROSPECT Working group of the European Society of Regional Anaesthesia Pain therapy (ESRA).

Pain management after open colorectal surgery: An update of the systematic review and procedure-specific postoperative pain management (PROSPECT) recommendations.

[Eur J Anaesthesiol 2024;41:363–366.](#)

Zalecenia PROSPECT dla otwartej chirurgii jelita grubego: infografika

Zalecenia dla otwartej chirurgii jelita grubego

Zaktualizowany przegląd literatury z zaleceniami pooperacyjnego postępowania przeciwbólowego





Leki systemowe (podstawowe)
Paracetamol dożylnie i NLPZ/inhibitory COX-2 są zalecane w chirurgii okrężnicy; paracetamol jest zalecany w chirurgii odbytnicy; leki te należy podać przed- lub śródoperacyjnie i kontynuować w okresie pooperacyjnym, o ile nie ma przeciwwskazań.



Techniki przewodowe
Ciągła blokada zewnątrzoponowa w dolnej części odcinka piersiowego jest zalecana w pierwszym rzędzie. Przedoperacyjna obustronna blokada TAP jest zalecana jeśli TEA nie jest możliwa lub jest przeciwwskazana. Pooperacyjny ciągły wlew leku miejscowo znieczulającego przedotrzewnowo jest zalecany gdy blokada zewnątrzoponowa nie jest możliwa lub jest przeciwwskazana.



Lidokaina dożylnie
Lidokaina dożylnie, śród- albo pooperacyjnie, jest zalecana gdy TEA nie jest możliwa lub jest przeciwwskazana.



Techniki chirurgiczne

- Laparoskopowa chirurgia jelita grubego jest preferowana w stosunku do chirurgii otwartej
- Diatermia jest preferowana w stosunku do skalpela
- Cięcie poziome/tukowate (poprzeczne) jest preferowane w stosunku do pionowego



Opioidy
Powinny być zarezerwowane jako leki ratunkowe.

Thomas Uten, et al. Pain management after open colorectal surgery: An update of the systematic review and procedure-specific postoperative pain management (PROSPECT) recommendations. Eur J Anaesthesiol 2024;41:363–366.

COX, cyklooksigenaza; RCT, badanie randomizowane, kontrolowane; TAP, płaszczyna mięśnia poprzecznego brzucha; TEA, blokada zewnątrzoponowa w odcinku piersiowym.

