

GASTRECTOMIA SLEEVE LAPAROSCOPICA

RACCOMANDAZIONI SINTETICHE

Note sulle raccomandazioni di PROSPECT

PROSPECT fornisce ai clinici argomentazioni a favore e contro l'utilizzo di diverse strategie di gestione del dolore postoperatorio, basandosi sulle evidenze pubblicate e sull'opinione di esperti. I clinici devono formulare il proprio giudizio in base alle circostanze cliniche e alle normative locali. In ogni caso, è necessario consultare sempre le informazioni locali di prescrizione relative ai farmaci menzionati.

Il dolore dopo chirurgia di gastrectomia sleeve laparoscopica

Dopo la gastrectomia laparoscopica a manica, l'intervento chirurgico più frequentemente eseguito per la perdita di peso, il dolore postoperatorio può ritardare il recupero e aumentare il rischio di complicanze ([Lazzati 2023](#); [Iamaroon 2019](#); [Barajas-Gamboa 2024](#)). Sono necessari protocolli standardizzati di gestione del dolore per favorire il recupero e la mobilitazione precoce del paziente, soprattutto poiché la procedura viene eseguita con crescente frequenza in regime ambulatoriale o con degenza di una sola notte ([Inaba 2018](#); [Fortin 2020](#); [Kaye 2019](#)).

Obiettivi e metodi della revision PROSPECT

Questa revisione ([Niels, Snijkers 2025](#)) ha avuto l'obiettivo di aggiornare le raccomandazioni per la gestione del dolore dopo gastrectomia verticale laparoscopica, basandosi sulle linee guida del 2019 ([Macfater 2019](#)), che si fondavano su dati provenienti da 18 studi randomizzati controllati (RCT).

La revisione sistematica e la formulazione delle raccomandazioni sono state condotte seguendo la metodologia PROSPECT, disponibile al link <https://esraeurope.org/prospect-methodology/>.

Tale metodologia è stata pubblicata per la prima volta da [Joshi 2019](#) aggiornata da [Joshi 2023](#). La nuova ricerca bibliografica ha identificato RCT, revisioni sistematiche e meta-analisi riguardanti interventi analgesici, anestesilogici e chirurgici con un focus sulla gestione del dolore nei pazienti sottoposti a gastrectomia verticale laparoscopica.

Le banche dati EMBASE, MEDLINE, PubMed e Cochrane sono state consultate nel periodo compreso tra il 1° settembre 2018 e il 4 febbraio 2024. Tutti gli studi inclusi sono stati valutati criticamente in relazione ai punteggi del dolore (outcome primario), alla rilevanza

clinica, all'efficacia, all'uso di analgesici di base (paracetamolo e FANS/inibitori COX-2 specifici), agli effetti avversi e al grado di invasività della tecnica.

In totale, 39 RCT e due meta-analisi hanno soddisfatto i criteri di inclusione. Questa revisione è registrata su PROSPERO con il numero CRD42023487108.

Sintesi delle raccomandazioni e delle evidenze principali

Sintesi delle raccomandazioni e delle evidenze principali per la gestione del dolore nei pazienti sottoposti a chirurgia di gastrectomia sleeve laparoscopica

Analgesia sistemica

Paracetamol e FANS o inibitori selettivi della COX-2 devono essere somministrati regolarmente, iniziando nel periodo pre- o intraoperatorio e proseguendo nel postoperatorio.

- In linea con la metodologia PROSPECT ([Joshi 2023](#)), gli studi che si concentravano esclusivamente su questi analgesici di base sono stati esclusi dalla revisione; tali farmaci dovrebbero infatti essere somministrati in modo routinario nel periodo perioperatorio a tutti i pazienti sottoposti a intervento chirurgico.

Dose singola IV di desametasone

- Il desametasone era già stato raccomandato da PROSPECT ([Macfater 2019](#)).
- La somministrazione perioperatoria di desametasone possiede effetti antiemetici e analgesici ben documentati in numerosi altri interventi chirurgici, senza che gli effetti collaterali ne superino i benefici ([Gan 2020](#); [Laconi 2024](#); [Waldron 2013](#)).
- PROSPECT non specifica una dose esatta di desametasone; tuttavia, una revisione ([Myles, Corcoran 2021](#)) ha concluso che una dose intermedia potrebbe offrire vantaggi clinicamente rilevanti per l'analgesia postoperatoria.

Gli oppiacei dovrebbero essere riservati esclusivamente all'analgesia di salvataggio

- Gli oppiacei dovrebbero essere riservati esclusivamente all'analgesia di salvataggio, come già indicato nelle precedenti raccomandazioni ([Macfater 2019](#)), nonostante la loro efficacia analgesica.
- L'uso degli oppiacei può infatti causare effetti indesiderati come nausea e vomito postoperatori (PONV), stitichezza, ileo, capogiri e depressione respiratoria, che possono ritardare il recupero e la dimissione dall'ospedale. Inoltre, presentano un potenziale rischio di abuso ([Trescot 2008](#)).

Tecniche locoregionali

Blocco TAP

- Questo aggiornamento include sette nuovi studi sul blocco TAP: cinque su blocchi ecoguidati ([Saber 2019](#); [Mittal 2018](#); [Aboseif 2023](#); [Xue 2022](#); [Abdelhamid 2020](#)) e due su blocchi laparoscopico-guidati ([Tülübaş 2019](#); [Okut 2022](#)).

- PROSPECT raccomanda l'impiego del blocco TAP, sia ecoguidato che laparoscopico, in base agli effetti analgesici positivi dimostrati:
 - Il blocco TAP ecoguidato (USG) è considerato il gold standard, con diverse varianti tecniche (anteriore, medio-ascellare e sottocostale). La scelta dell'approccio influisce sull'area coperta dal blocco e sulla durata dell'effetto analgesico ([Desmet 2015](#); [Tsai 2017](#)).
 - Il blocco TAP laparoscopico guidato (LG) viene eseguito direttamente dal chirurgo durante la laparoscopia. Due studi comparativi in chirurgia coloretale hanno mostrato che il blocco LG eseguito dal chirurgo presenta sicurezza ed efficacia almeno comparabili al blocco USG eseguito dall'anestesista ([Zaghiyan 2019](#); [Park 2017](#)).

Infiltrazione locale pre-incisionale dei siti di accesso

- Dalla precedente raccomandazione PROSPECT ([Macfater 2019](#)), sono stati individuati due nuovi studi sull'infiltrazione locale con anestetico nei siti di inserzione dei trocar, di cui uno con risultati positivi ([Alevizos 2020](#)).
- L'infiltrazione locale o nei siti di accesso con anestetici locali è una tecnica semplice, economica e ampiamente utilizzata, in grado di fornire un efficace blocco del dolore somatico ([Scott 2010](#); [Stamenkovic 2021](#)). È fondamentale infiltrare accuratamente tutti gli strati della ferita chirurgica sotto visione diretta prima della chiusura ([Joshi, Machi 2019](#)).
- PROSPECT considera l'infiltrazione locale un elemento essenziale dell'analgesia di base, anche se le evidenze specifiche per la sleeve gastrectomy laparoscopica rimangono limitate ([Joshi, Kehlet 2019](#)). L'efficacia di questa tecnica è tuttavia ben dimostrata in chirurgia addominale ([Bourgeois 2024](#)).

- Il blocco TAP e l'infiltrazione locale dei siti di accesso possono essere combinati. Tuttavia, è necessario prestare attenzione per evitare la tossicità sistemica da anestetici locali.

COX, ciclo-ossigenasi; IV, endovena; LG, laparoscopica-guidato; FANS, farmaci antinfiammatori non steroidei; PONV, nausea e vomito postoperatori; TAP, blocco del piano del muscolo trasverso dell'addome; USG, eco-guidato.

Interventi che NON sono raccomandati

Interventi analgesici non raccomandati per la gestione del dolore nei pazienti sottoposti a chirurgia di gastrectomia sleeve laparoscopica.

Interventi	Ragione della non raccomandazione
Anestesia senza oppioidi	Evidenze insufficienti e mancanza di uniformità nei protocolli
Amministrazione di vitamina C	Evidenze insufficienti
Dexmedetomidina	Mancanza di consenso
Magnesio IV	Mancanza di consenso
Gabapentinoidi	Rischio di effetti collaterali
Ketamina IV	Mancanza di evidenze e rischio di effetti collaterali
Aprepitant	Evidenze insufficienti
Lidocaina IV	Evidenze insufficienti
Difenidramina	Evidenze insufficienti
Programma educativo animato	Evidenze insufficienti
Realtà virtuale	Evidenze insufficienti
Stimolazione con ago electropress	Evidenze insufficienti
Desflurano vs anestesia IV	Evidenze insufficienti
Iperventilazione moderata per dolore alla spalla post-laparoscopia	Evidenze insufficienti
Reclutamento alveolare perioperatorio	Mancanza di evidenze
Blocco del quadrato dei lombi	Rapporto rischio-beneficio sfavorevole
Blocco dell'ereettore del rachide	Rapporto rischio-beneficio sfavorevole
Anestetici locali intraperitoneali	Mancanza di consenso
Dexmedetomidina intraperitoneale	Evidenze insufficienti
Magnesio intraperitoneale	Mancanza di evidenze
Blocco nervoso autonomico paragastrico	Evidenze insufficienti
Suturatrici lineari laparoscopiche	Mancanza di evidenze
Approccio a singolo accesso	Evidenze incoerenti / contrastanti

IV, endovena.

Tabella delle raccomandazioni complessive di PROSPECT

Raccomandazioni complessive specifiche per la procedura per la gestione del dolore nei pazienti sottoposti a chirurgia di gastrectomia sleeve laparoscopica

Pre-operatorio and intra- operatorio

- Paracetamolo FANS o inibitori selettivi della COX-2
- Dose singola di desametasone IV
- Blocco del piano del muscolo trasverso dell'addome
- Infiltrazione locale pre-incisionale con anestetico nei siti di inserzione dei trocar
- Il blocco del piano trasverso dell'addome e l'infiltrazione locale dei siti di accesso possono essere combinati. Tuttavia, è necessario prestare attenzione per evitare la tossicità sistemica da anestetico locale.

Post-operatorio

- Somministrazione continuativa (pre-, intra- e post-operatoria) di paracetamolo e FANS o inibitori selettivi della COX-2
- Oppioidi riservati all'analgesia di salvataggio

COX, ciclo-ossigenasi; IV, endovena; FANS, Farmaci antinfiammatori non steroidei.

Pubblicazione PROSPECT

Debel N, Snijkers E, Van de Velde M, Joshi GP, Sauter AR, Freys S, Pogatzki-Zahn E, Dewinter G on behalf of the PROSPECT Working Group of the European Society of Regional Anaesthesia and Pain Therapy (ESRA).

Pain management for laparoscopic sleeve gastrectomy: an update of the systematic review and procedure-specific postoperative pain management (PROSPECT) recommendations.

[Eur J Anaesthesiol 2025 Oct 13. doi: 10.1097/EJA.0000000000002296. Online ahead of print.](https://doi.org/10.1097/EJA.0000000000002296)

Raccomandazioni PROSPECT per la gastrectomia sleeve laparoscopica – [infografica](#)

prospect procedure specific postoperative pain management

Raccomandazioni per la gastrectomia sleeve laparoscopica

Revisione sistematica aggiornata con raccomandazioni
per la gestione del dolore postoperatorio

Disegno dello studio

Totale articoli
analizzati: 432

Studi inclusi:
39 RCT e 2 SR*

Raccomandazioni



Criteri di inclusione
(aggiornamento): RCT e SR
pubblicati tra il 1° settembre
2018 e il 4 febbraio 2024, che
valutavano l'intensità del dolore
nei pazienti sottoposti a sleeve
gastrectomy laparoscopica.



Gestione del dolore dopo
gastrectomia sleeve laparoscopica



Analgesia di base sistemica

Somministrazione continuativa di paracetamolo e FANS o inibitori selettivi della COX-2.



Desametasone IV

Dose singola di desametasone IV nel periodo perioperatorio.



Analgesia locoregionale

- Blocco TAP (Transversus Abdominis Plane Block).
- Infiltrazione locale pre-incisionale con anestetico nei siti di inserzione dei trocar.

Il blocco TAP e l'infiltrazione locale possono essere combinati, prestando attenzione per evitare tossicità sistemica da anestetico locale.



Oppiodi

Dovrebbero essere riservati all'analgesia di soccorso.

Debel N, Snijders E, et al. Pain management for laparoscopic sleeve gastrectomy: an update of the systematic review and procedure-specific postoperative pain management (PROSPECT) recommendations. Eur J Anaesthesiol 2025 Oct 13. doi: 10.1097/EJA.0000000000002296. Online ahead of print.

*Questa revisione sistematica si basa sulla precedente (Macfater 2019), che includeva dati provenienti da 18 RCTs.

COX, ciclo-ossigenasi; IV, endovena; FANS, farmaco antinfiammatorio non steroideo; RCT, trial clinico randomizzato; SR, revisione sistematica; TAP, transversus abdominis plane.

