

RECOMANDĂRI REFERITOARE LA MANAGEMENTUL PERIOPERATOR AL COLECISTECTOMIEI LAPAROSCOPICE

Daniela Ionescu, C. Iancu*, C. Puia*

Astfel de recomandări pot exista, mai mult sau mai puțin, la nivelul societăților naționale de profil, al unor spitale sau chiar la nivel departamental. În general, ele țin seama de literatură (evidence – based guidelines), dar și de experiența „locală” (infrastructura medicilor de familie, gradul de educație al populației, acces la spital, etc.) și, de ce nu, chiar de politica economico-financiară a sistemului sau a spitalului respectiv (este binecunoscută tendința expansiunii chirurgiei de o zi, cu beneficii atât pentru pacient, cât și economico-financiare). Scopul final al unor astfel de recomandări este atât gradul de satisfacție și evoluția favorabilă a pacientului, cât și obținerea acestor deziderate în cele mai bune condiții de cost-eficiență.

Recomandările pe care le expunem în continuare sunt desprinse din programul „Prospect” (fondat de compania Pfizer) și au ca fundament studiul literaturii în domeniu. Programul în care au fost cuprinse nume sonore din Europa în anestezie și chirurgie oferă, pe baza cercetării datelor existente în literatură, o serie de opțiuni de management perioperator, focusate în special asupra durerii postoperatorii, din care specialistul va putea alege. Aceste recomandări sunt clasificate în recomandări: de tip A = consistent findings in acceptable studies, tip B = inconsistent findings in acceptable studies și tip C = limited scientific evidence.

Mai trebuie menționat că programul este conceput pe tipuri de intervenții chirurgicale (ex. histerectomie, colecistectomie laparoscopică etc.) și se va extinde în viitor asupra altor tipuri de intervenții chirurgicale.

Am adăugat la finalul prezentării, experiența noastră în abordarea colecistectomiei laparoscopice

ca „day-case” și problemele cu care ne-am confruntat în această abordare.

PERIOADA PREOPERATORIE

În această perioadă, pe lângă pregătirea preoperatorie de rutină necesară (ex. analize biochimice, alte investigații necesare) și informarea pacientului, se vor lua deja primele măsuri de combatere a durerii postoperatorii.

Noțiunile ce vor fi discutate cu pacientul în contextul informării acestuia sunt:

- necesitatea de a nu mânca și bea preoperator
- necesitatea/sau nu a premedicației
- posibilitatea apariției și incidența complicațiilor

intra și postoperatorii, între care, conversia la intervenția „clasică” și celelalte complicații (ex. infecții, embolii, evenimente cardio-respiratorii, calculi coledocieni rezanți, etc.)

• noțiuni privind durerea postoperatorie; este important să se menționeze că procedura laparoscopică nu înlătură durerea postoperatorie, dar ameliorează semnificativ evoluția. Se vor da informații despre măsurile de analgezie ce se vor lua atât în spital cât și la „domiciliu, dacă pacientul va fi operat ca și „day-case”.

• informații referitoare la incidența relativ mare, după procedurile laparoscopice, a grețurilor și vărsăturilor postoperatorii și la măsurile ce se pot lua pentru combaterea acestora

• informații despre prezența în postoperator a drenurilor, a sondei nasogastrice și a sondei urinare, acolo unde este cazul

• informații privind durerea în umăr din perioada postoperatorie caracteristică acestui tip de intervenție și nelegată, în majoritatea covârșitoare a cazurilor, de probleme cardiace

- în contextul chirurgiei de o zi mai trebuie stabilite

Catedra ATI, UMF Cluj-Napoca

*Catedra Chirurgie III, UMF Cluj-Napoca

posibilitățile pacientului de a informa echipa medicală asupra evenimentelor neprevăzute, precum și telefonul de verificare postoperatorie a evoluției și stării generale a pacientului.

Tot în perioada preoperatorie (înainte de, sau la inducția anesteziei) programul „Prospect” recomandă administrarea de analgetice care să fie eficiente în momentul trezirii pacientului. Pentru reducerea incidenței sau combaterea grețurilor și vărsăturilor postoperatorii se va administra dexametazonă 4-8 mg. Din experiența personală am observat că administrarea a 4 mg dexametazonă i.v. la inducție a redus semnificativ incidența GVPO, efect comparabil cu al administrării de ondansetron, dar cu costuri mai reduse. În cazul pacienților cu istoric de grețuri și vărsături postoperatorii, se pot asocia două antiemetice.

Referitor la administrarea de clonidină, aceasta se poate face cu scopul reducerii necesarului de opioizi și pentru diminuarea incidenței frisonului postoperator și al GVPO, fără să uităm însă efectele secundare ale acestei substanțe, dintre care cele mai importante sunt: sedarea, bradicardia și hipotensiunea. Bazat pe literatura în domeniu, programul „Prospect” apreciază că această substanță se poate administra, dar sunt necesare studii ulterioare randomizate care să justifice administrarea de rutină.

PERIOADA INTRAOPERATORIE

Tehnica anestezică

„Prospect” recomandă, pe baza literaturii, atât anestezia generală inhalatorie, cât și anestezia totală intravenoasă. Avantajul TIVA ar consta în reducerea incidenței grețurilor și vărsăturilor postoperatorii dar, cel puțin teoretic, în contextul TIVA, trebuie folosite substanțe opioide cu acțiune de scurtă durată (remifentanil, alfentanil, fentanyl) care pot determina o intensitate crescută a durerii postoperatorii în momentul încetării acțiunii, ceea ce presupune administrarea unui analgetic cu durată mai lungă, încă de la inducție. Cu toate aceste avantaje și dezavantaje, se pot folosi ambele tehnici anestezice (recomandare de tip A). anestezia combinată generală + peridurală continuă este rezervată cazurilor cu probleme pulmonare majore și risc anestezic ridicat mai ales atunci când se anticipează conversia la colecistectomia așa-zis „clasică”.

Referitor la tehnica anestezică, mai trebuie menționat un ultim aspect și anume acela al categoriei opioizilor ce trebuie administrate intraanestezic. „Prospect” recomandă (recomandare de tip A), administrarea de opioizi puternici, cu durată scurtă de acțiune (fentanyl, alfentanil, remifentanil). Celelalte categorii de opioizi puternici cu durată lungă de acțiune (morfină) sau cei cu potență medie (tramadol) nu și-

au dovedit utilitatea în studii cost-beneficiu, în contextul administrării intraanestezice și nu sunt recomandate de „Prospect”.

Tehnica chirurgicală

În ceea ce privește tehnica chirurgicală, studiile din literatură conduc la 3 concluzii importante (recomandare de tip A în programul „Prospect”).

- se recomandă pneumoperitoneul cu CO₂ la presiune joasă în cursul intervențiilor chirurgicale laparoscopice;

- este indicat lavajul peritoneal după pneumoperitoneul cu CO₂;

- este indicată, de asemenea, aspirarea după pneumoperitoneul cu CO₂.

Pneumoperitoneul cu N₂O, He sau tehnica fără gaz nu și-au dovedit utilitatea și nu sunt recomandate. De asemenea, nu sunt recomandate pentru folosirea curentă tehnicile de minicolecistectomie laparoscopică și tehnicile cu trocare tăietoare sau cea a disecției radiale.

Referitor la infiltrarea/instilarea de anestezice locale la sfârșitul intervenției, programul „Prospect” recomandă (recomandare de tip A) infiltrarea de anestezice locale la nivelul inciziilor chirurgicale. Administrarea intraperitoneală de anestezice locale este prezentă într-un număr mic de studii (recomandare de tip C) și poate fi făcută dacă se respectă doza toxică.

PERIOADA POSTOPERATORIE

Pe lângă îngrijirile de rutină (monitorizare drenuri, pansamente etc.) în perioada postoperatorie trebuie menționate, în mod special, câteva aspecte.

Analgezia postoperatorie

- *Anestezicele locale* se vor administra pe cateterul peridural, atunci când acesta s-a plasat preanestezic în cazul acelor pacienți cu risc anestezic ridicat, cu probleme cardiorespiratorii majore și atunci când intervenția laparoscopică a fost convertită la o procedură deschisă.

- *Ketamina* a fost folosită, în unele studii, intraanestezic, ceea ce a determinat scăderea necesarului de opioid intraoperator și a intensității durerii postoperatorii. Având în vedere însă efectele secundare ale acestei substanțe, „Prospect” recomandă (recomandare de tip B) ca această substanță să nu fie administrată singură, ci în asociere cu alte substanțe (opioizi, agent hipnotic etc.).

- O concluzie interesantă apare în ceea ce privește *metamizolul*. „Prospect” nu recomandă (recomandare de tip C) folosirea metamizolului în postoperator, din cauza eficienței sale limitate, a

efectelor sale secundare potențiale (agranulocitoză, trombocitopenie) și a interacțiunii cu AINS.

- *AINS* determină reducerea semnificativă a intensității durerii, a necesarului de opioizi și prelungesc timpul până la prima administrare de analgetice în postoperator. Toate acestea sunt motive pentru care „Prospect” recomandă (recomandare de tip A) folosirea de AINS. Ca recomandare de tip C, inhibitorii de COX-2 pot fi preferați la pacienții cu ulcer gastroduodenal și la cei cu risc de sângerare.

- *Opioizii puternici* vor fi evitați ca medicație de primă intenție din cauza efectelor secundare (grețuri și vărsături, retenție de urină, depresie respiratorie etc.). În cazurile cu durere severă, care nu cedează la alte analgetice, se vor asocia opioizi cu durată scurtă de acțiune (recomandări de tip A).

- *Opioizii cu acțiune mai slabă* (dextromorfan, tramadol). Bazat pe avantajele administrării acestora (eficiență atunci când AINS și analgeticele minore nu sunt eficiente sau sunt contraindicate) și pe dezavantaje (acțiune analgetică moderată, incidență mare a grețurilor și vărsăturilor), „Prospect” recomandă folosirea opioizilor cu acțiune mai slabă atunci când AINS sau COX-2 inhibitorii și paracetamolul nu sunt eficiente (recomandare de tip A).

- *Paracetamolul* este recomandat (recomandare de tip A) ca practică de rutină în tratamentul multimodal (asociat cu AINS și/sau opioizi) al durerii postoperatorii.

Cu un sumar al acestor date și evidențe din literatură, iată mai jos recomandările finale ale programului, defalcate pe ore de la intervenția chirurgicală:

- în intervalul 0-6 ore de la intervenție:

- AINS/inhibitori COX-2 combinate cu paracetamol
- dacă acestea nu sunt eficiente se vor administra opioizi cu potență ridicată și acțiune de scurtă durată

- în intervalul 6-12 ore de la intervenție:

- se continuă cu AINS/inhibitori COX-2 și paracetamol

- aceste substanțe vor fi suplimentate cu opioizi slabi, numai la nevoie (tramadol, codeină etc.)

- dacă, totuși, combinația de mai sus nu este eficientă, se vor adăuga opioizi potenți.

Aș adăuga acestor recomandări, instruirea pacientului și necesitatea tratamentului grețurilor și vărsăturilor. Acesta se poate face cu dexametazonă (dacă s-au administrat numai 4 mg, la inducție, doza se poate suplimenta postoperator) metoclopramid, ciclizină. Este important de arătat că atâta timp cât pacientul prezintă dureri și/sau grețuri și vărsături, acesta nu se poate externa în cadrul strategiei „day-case”, iar externarea sa se amână până la controlul acestor simptome.

În clinica noastră, există o serie de cazuri de colecistectomie laparoscopică, însumând aproximativ 230 de pacienți, operați de diferiți chirurghi și care au fost externați la 24h de la intervenția chirurgicală (18-24h). Pacienții au fost instruiți asupra tratamentului la domiciliu (AINS, paracetamol, antiemetice) și asupra necesității informării telefonice de urgență a chirurgilor în cazul evenimentelor neprevăzute. Condițiile externării la acești pacienți au fost: domiciliul în Cluj-Napoca, lipsa de complicații intraoperatorii, absența drenurilor chirurgicale, absența durerii semnificative și a grețurilor și vărsăturilor, precum și posibilitatea de a anunța telefonic eventualele complicații și mai ales, dorința și cooperarea pacienților. Nu s-au înregistrat într-un astfel de sistem de lucru, complicații semnificative, ci doar apeluri telefonice pentru grețuri și vărsături sau durere care au cedat după medicație. Pacienții au fost rechemați la control în zilele 3 și 5 postoperator.

În final apreciem că dacă se iau anumite precauții și se respectă recomandările de mai sus, colecistectomia laparoscopică poate fi abordată ca intervenție în ambulator, chiar și în sistemul de sănătate românesc. Sunt necesare în continuare atât lărgirea numărului de pacienți, cât și publicarea de studii în acest sens, care să ducă la stabilirea unor recomandări referitoare strict la sistemul nostru de organizare și la rolul pe care îl au fiecare dintre medicii cuprinși în acest circuit (chirurg, anestezist, medic de familie).

BIBLIOGRAFIE

1. PROSPECT – Procedure specific postoperative pain management (sponsored by Pfizer) www.postoppain.org
2. Kranke P, Eberhart LH, Roewer N, Tramer M. Pharmacological treatment of postoperative shivering: a quantitative systematic review of randomized controlled trials. *Anesth Analg* 2002; 94: 453-461.
3. White PF. The role of non-opioid analgesic techniques in the management of pain after ambulatory surgery. *Anesth Analg* 2002; 94: 577-585.
4. Coloma M, Duffy LL, White PF, et al. Dexamethasone facilitates discharge after outpatient anorectal surgery. *Anesth Analg* 2001;92:85-8.
5. Michaloliakou L, Chung F, Sharma S. Preoperative multimodal analgesia facilitates recovery after ambulatory laparoscopic cholecystectomy. *Anesth Analg* 1996;82:44-51.
6. Pavlin J, Chen C, Penaloza DA, Polissar N, Backley FP. Pain as a factor complicating recovery and discharge after ambulatory surgery. *Anesth Analg* 2002; 95:627-634.
7. Henzi I, Walder B, Tramer M. Dexamethasone for the prevention of postoperative nausea and vomiting: a quantitative systematic review. *Anesth Analg* 2000;90:186-194.
8. Liu K, Hsu CC, Chia YY. Effect of dexamethasone on postoperative emesis and pain. *Br J Anaesth* 1998; 80: 85-86.
9. Wang JJ, Ho ST, Tzeng J, Tang CS. The effect of timing of dexamethasone administration on its efficacy as a prophylactic antiemetic for postoperative nausea and vomiting. *Anesth Analg* 2000;91:136-140.
10. Wang JJ, Ho ST, Liu YH, et al. Dexamethasone reduces nausea and vomiting after laparoscopic cholecystectomy. *Br J Anaesth* 1999;83:772-775.