



---

## Original Article: LA SCELTA DEL METODO DI ANALGESIA DOPO MASTECTOMIA

### Citation

Kharchenko Yu.A., Alfimova L.V., Nagorniy I.P., Pendyurin O.V. La scelta del metodo di analgesia dopo mastectomia. *Italian Science Review*. 2014; 7(16). PP. 351-353.

Available at URL: <http://www.ias-journal.org/archive/2014/july/Kharchenko.pdf>

### Authors

Kharchenko Yu.A., Belgorod Oncology Center, Russia.

Alfimova L.V., Belgorod Oncology Center, Russia.

Nagorniy I.P., Belgorod Oncology Center, Russia.

Pendyurin O.V., Belgorod Oncology Center, Russia.

Submitted: July 15, 2014; Accepted: July 25, 2014; Published: July 31, 2014

La scelta del metodo di analgesia dopo mastectomia

Adeguata analgesia postoperatoria - una condizione di base del programma attivo di riabilitazione post-operatoria. Sollievo del dolore acuto riduce la risposta allo stress chirurgico e migliora il risultato. Il trattamento precoce del dolore acuto postoperatorio è un metodo per prevenire la sua cronicità. I principali obiettivi sono di migliorare la qualità analgesia postoperatoria della vita dei pazienti nel periodo postoperatorio, l'accelerazione della rieducazione funzionale post-operatoria, riduzione dell'incidenza di complicanze postoperatorie, accelerato dimissione dei pazienti dall'ospedale. [1]

Metodo di scelta per analgesia postoperatoria è analgesia multimodale, che prevede l'impiego di più farmaci e / o il trattamento del dolore, con differenti meccanismi d'azione del dolore. Quando questo si ottiene un'adeguata analgesia con il minimo rischio di effetti collaterali. Al centro di analgesia multimodale è la nomina di analgesici non oppioidi in combinazione con l'uso di analgesici e metodi di analgesia regionale oppioidi. Tale approccio permette l'uso di farmaci in dosi più piccole e

corrispondentemente ridurre la probabilità di effetti collaterali pur conservando il loro effetto terapeutico. [2]

Negli ultimi anni sono rinnovato interesse in uno dei modi più comuni di dolore postoperatorio che non richiede particolari competenze - continua infiltrazione della ferita, in cui un anestetico locale viene applicato in continuo per mezzo di una pompa di infusione. Tecnicamente, infusione continua viene effettuata per mezzo di un catetere speciale avente una pluralità di fori che servono un anestetico per tutta la lunghezza della ferita chirurgica. Tali cateteri sono dotati di rivestimento antibatterico, previene lo sviluppo di infezioni locali. La loro lunghezza varia, e marcatura speciale facilita il corretto posizionamento. Il farmaco di scelta per ferita continua infiltrazione di soluzione anestetica locale può essere considerato, tenendo conto della durata della sua azione e bassa tossicità. La popolarità di continua infiltrazione ferita dice un gran numero di messaggi in peer-reviewed riviste anestetico. Gli autori dei lavori pubblicati suggeriscono un effetto favorevole sulla sua lunga residenza del paziente in ospedale, riducendo la necessità

di oppioidi e riducendo il costo totale del trattamento del dolore [3, 4, 5].

Va notato che il cancro al seno - il principale patologia cancro, che occupa il primo posto nella struttura di morbilità in donne con tumori maligni. Il costante aumento dell'incidenza di cancro al seno e di mortalità tra questo gruppo di pazienti negli ultimi decenni ci permette di considerare lo studio di questa malattia uno dei più importanti in oncologia clinica. Alla luce delle idee moderne sono il principale trattamento per la rimozione del tumore primario con minime modificazioni della forma e per consentire il cancro di controllare la sua condizione chirurgicamente e tenendo raggi X, così come la capacità di controllare i tumori microcentrici remota terapia sistemica adiuvante. Il metodo chirurgico è attualmente il leader pazienti di cancro al seno cura. Mastectomia Madden comporta la rimozione del seno con il tessuto ascellare, ma senza rimuovere i maggiori e minori muscoli pettorali. Mastectomia per Madden combina abbastanza radicale e allo stesso tempo la funzionalità.

Ciò premesso, abbiamo fissato un obiettivo di studiare l'efficacia e la sicurezza attraverso l'introduzione di metodi stabilito nella soluzione del catetere ferita perforato di ropivacaina dopo mastectomia radicale per i pazienti oncologici Madden rispetto ai analgesia sistemica.

Materiali e Metodi: Lo studio ha incluso 36 pazienti che, dopo aver ottenuto il consenso informato sottoposti a mastectomia radicale in anestesia endovenosa totale con la ketamina, fentanil e propofol con rocuronio bromuro mioplegia ventilatore e miscela di ossigeno e aria. Tutti i pazienti sono stati divisi in 2 gruppi simili, età, peso, tipo di accesso chirurgico, durata dell'intervento e la natura di comorbilità. Sono stati esclusi i pazienti con dolore basale. Nel gruppo 1 (n = 16, media  $58,2 \pm 10,6$  anni di età), al termine di un'operazione prima di suturare i lembi cutanei nel letto del catetere ferita era con

perforazioni attraverso le quali postoperatorio detenuti infusione costante di ropivacaina soluzione allo 0,2% (Naropin, "Astra-Zeneca") usando una pompa elastomerica per 48 ore ad una velocità di 8 ml / ora. Anche prescritti per il dolore paracetamolo 2 g / die di 100 mg per via endovenosa ketonal 2 volte al giorno per via intramuscolare.

Nel gruppo 2 (n = 20, età media  $56,7 \pm 14,6$  anni) hanno ricevuto analgesia sistemica di serie - paracetamolo (2 g / die per via endovenosa) e promedol (40 mg / die, per via intramuscolare).

Efficacia di recupero post-operatorio è stato valutato mediante l'apertura dell'occhio tempo e estubazione dopo l'operazione, i primi termini di alzarsi in piedi, il livello di dolore nella valutazione postoperatoria della frequenza e gravità degli effetti collaterali. Livello di dolore nel periodo postoperatorio è stata valutata utilizzando un 10-punto scala analogica visiva (VAS), prendendo in considerazione l'opinione comune sull'adeguatezza dell'anestesia a livello di dolore inferiore a 3 punti. Valutazione della frequenza e gravità degli effetti collaterali è stata presentata per l'incidenza registrazione di prurito, ritenzione urinaria, presenza di nausea e vomito. Inoltre, la dose media giornaliera è stata confrontata promedola e soddisfazione complessiva dei pazienti qualità di analgesia, e complicazioni della ferita chirurgica.

I risultati ottenuti sono trattati con il metodo di variazione statistica. Affidabilità delle differenze in base alla quantità di dati Student t-test. Le differenze sono state considerate significative se  $p < 0,05$ .

Risultati e discussione. Differenze statisticamente significative tra i gruppi di età, i dati antropometrici, la natura di un accesso on-line, durata dell'intervento e la durata della ventilazione meccanica. Tutti i pazienti in entrambi i gruppi sono stati estubati entro 14-18 minuti dopo l'intervento chirurgico. La valutazione è stata effettuata dell'intensità del dolore VAS a riposo e durante la tosse al momento della

estubazione e ogni 3 ore per 48 ore. Per tutto il periodo c'è stata una diminuzione del dolore in entrambi i gruppi. Durante le prime 24 ore del periodo post-operatorio è stato osservato dolore più intenso in un gruppo di analgesia sistemica sia a riposo che durante la tosse (3,5-4,5 punti di 3-3,5,  $p < 0.05$ ).

Non abbiamo avuto un solo caso di infiammazione della ferita chirurgica dopo l'installazione nel catetere e la somministrazione di anestetici locali. Non c'era differenza nella temporizzazione della ferita chirurgica. Nessuno dei pazienti non ha mostrato segni di tossicità sistemica di ropivacaina (effetto depressivo sul sistema nervoso centrale e del miocardio).

Nel gruppo 2, 6 pazienti (30%) hanno osservato un effetto collaterale di analgesia con oppioidi come prurito della pelle. Frequenza della sindrome diseptici, richiedono un trattamento speciale nel 2° gruppo - 15% (3 casi), che può essere associato con promedola.

In uno studio di pazienti del gruppo 1 ha mostrato che tutti (100%) avrebbe scelto questo metodo di anestesia nuovamente in caso hanno bisogno per la chirurgia. Il secondo gruppo di 18 pazienti (90%) sarebbe d'accordo a tali anestesia una seconda volta. Promedola carburante entro 24 ore dopo l'intervento nel gruppo 1 era di 40 mg versus 0 mg nel gruppo 2 ( $p < 0,01$ ).

Conclusioni. I nostri risultati dimostrano la sicurezza e l'efficacia di tecniche estese

infusione di ropivacaina nella ferita chirurgica dopo mastectomia. Introduzione di anestetico locale fornisce un'adeguata analgesia riduce significativamente la necessità promedol, e quindi riduce il rischio di effetti collaterali di analgesia oppioide. Questo ti permette di raccomandare l'estensione della infusione di anestetici locali nella ferita chirurgica per un'ampia introduzione nella pratica clinica.

#### References:

1. Ovechkin A.M., Romanova T.L. 2006. Postoperative analgesia: optimization approaches in terms of evidence-based medicine. *Russian Journal of Medicine*. p.865-872.
2. Ed. A.M. Ovechkina, E.S. Gorobtsa, E.M. Shifman. 2009. Selected lectures on regional anesthesia and treatment of postoperative pain. p.550.
3. Charyshkin A.L., Yakovlev S.A., Bekin V.Yu. 2011. Blockade in patients after laparotomy. *Journal of Experimental and Clinical Surgery*. p. 354 - 355.
4. 2007. Acute pain management: scientific evidens 2nd edition Updates Australian and New Zealand College of Anaesthetists and Faculty of Pain Medicine, p. 40 -41.
5. Liu S.S., Richman J.M., Thirlby R.C., Wu C.L. 2006. Efficacy of Continuous Wound Catheters Delivering Local Anesthetic for Postoperative Analgesia: A Quantitative and Qualitative Systematic Review of Randomized Controlled Trials. p. 914 -932.