

RELAZIONE FINE PROGETTO

“FAST TRACK SURGERY COLORETTALE” 01/06/2012- 31/03/2013

Il progetto “fast track surgery coloretale” ha comportato inizialmente la stesura di un protocollo operativo che si rifà ai concetti di riabilitazione precoce dopo chirurgia. Tali concetti sono diffusi a livello internazionale dalla Società “ERAS” fondata nel 2010 a Stoccolma. ERAS significa: enhanced recovery after surgery (riabilitazione precoce dopo chirurgia). Il protocollo operativo denominato “ERAS” (in allegato) ha pertanto l'obiettivo di fare propri i concetti della Società ERAS ed introdurli nella pratica clinica del Nostro Ospedale. Il concetto di “fast track surgery” cioè di ripresa rapida delle normali funzioni vitali dopo chirurgia nell'ambito coloretale aderisce pertanto in maniera stretta alle linee guida della società ERAS ed è in linea con le più moderne interpretazioni della chirurgia a livello mondiale.

L'utilizzo di tali linee guida ha dimostrato in diversi studi internazionali un calo della degenza media fino al 30% con una riduzione delle complicanze dopo chirurgia colo rettale fino al 50%.

Nel periodo del progetto pertanto (01/06/12 31/03/13) oltre alla stesura del protocollo sono state individuate diverse figure professionali (3 chirurghi, 1 anestesista, 2 dietologhe, 1 dietista, 1 farmacista ed 1 infermiera) al fine di costituire il gruppo di lavoro principale.

Il primo step del gruppo è stata la condivisione dei contenuti delle linee guida ERAS e lo studio di strategie volte all'applicazione del Nostro Ospedale. Con il nuovo protocollo si passa sempre più da una chirurgia basata sulle tradizioni ad una chirurgia basata sull'evidenza.

Ciò ha comportato sicuramente un deciso cambio di mentalità ed abitudini circa alcuni comportamenti clinici nella gestione pre intra e post operatoria dei pazienti sottoposti a chirurgia coloretale. Alcuni capisaldi della "tradizione chirurgica" come il digiuno pre e post operatorio, l'analgesia, l'utilizzo del drenaggio e la mobilizzazione del paziente vengono fortemente messi in discussione.

La condivisione di tale percorso si è via via esteso a tutti gli operatori che vengono a contatto con il paziente nel suo percorso ospedaliero dalla prima visita chirurgica alla dimissione.

Nel progetto al 31/03/2013 sono stati arruolati 19 pazienti concentrati maggiormente nel periodo Giugno-Luglio 2012 e Gennaio-Marzo 2013.

Attualmente non si dispone ancora di un campione di pazienti sufficientemente cospicuo da permettere un'analisi statistica significativa.

Tuttavia il semplice conteggio delle giornate medie di degenza per i 17 su 19 pazienti che rientrano appieno nei criteri "ERAS" evidenzia una

degenza media di 4,9 giorni dopo la chirurgia. Tradizionalmente la dimissione dopo chirurgia coloretale avveniva in 7° giornata post-operatoria. Sembra pertanto intravedersi già dalla prima applicazione del protocollo una riduzione delle giornate medie di degenza di circa il 30% come mostrato in diversi altri studi internazionali.

La riduzione delle giornate medie di degenza dopo chirurgia sebbene non rappresenti il primo obiettivo del progetto ne rappresenta la naturale conseguenza. Una precoce ripresa del naturale equilibrio dell'organismo e del benessere del paziente porta naturalmente ad una dimissione "precoce" in sicurezza.

Attualmente prosegue l'arruolamento dei pazienti. Il numero è salito a 29 e la cultura "fast track" si sta consolidando in tutta l'equipe.

Dr E. Sgotto



Dr. L. Capussotti



Protocollo ERAS (enhanced recovery after surgery).

Responsabili:

- Chirurgia: Dott. H. Bouzari, Dott. F. Giraldi. E. Sgotto.
- Anestesia: Dott.ssa S. Minicucci.
- Dietologia: Dott.ssa L. Rovera, Dott.ssa D. Vassallo. Dietista : Paola Coata
- Farmacia: Dott.ssa E. Cerutti
- Infermiere: IP L. Zenna.

• **Criteri di inclusione:**

Il protocollo ERAS trova applicazione per tutti i pazienti candidati a chirurgia resettiva colica per patologia benigna o maligna, sia con approccio open che laparoscopico.

Per i pazienti affetti da IBD si considerano arruolabili unicamente i candidati a resezione ileocecale, colectomia totale, proctectomia con pouch e resezione colica in condizioni di elezione.

• **Criteri di esclusione:**

Età < 18 anni

Cardiopatía dilatativa con FE < 40%

Chirurgia non elettiva

Pazienti non in grado di comprendere l'oggetto del protocollo e di osservare le prescrizioni postoperatorie

Prima dell'ospedalizzazione (almeno 7 giorni prima) al pre-ricovero o durante la prima visita:

• **Counseling preoperatorio**

Da 4 a 2 settimane prima dell'intervento colloquio con il chirurgo ed anestesista anche in momenti diversi, nel corso del quale verrà illustrato il protocollo e sarà consegnato un booklet informativo. Nell'eventualità che tale incontro non sia effettuabile, tali informazioni verranno fornite all'atto del ricovero.

Valutazione preoperatoria dello stato nutrizionale (albumina, pre-albumina, transferrina e proteine totali, sec. Criteri MUST)

In caso di malnutrizione: somministrazione di immunonutrizione per almeno 5 giorni prima dell'intervento (ad esempio Oral IMPACT 234 ml/ due volte al giorno).

Valutazione dello stato socio-economico del paziente, per risolvere problematiche legate alla dimissione o al ricovero in strutture adeguate (lungodegenza).

Durante il ricovero

1. **Provvedimenti preoperatori:**

- Al ricovero applicare MUST (se non già eseguito al pre-ricovero) per identificare il rischio di malnutrizione ed eseguire i dosaggi di Albumina. Pre-albumina, Transferrina, Proteine totali
- Preparazione colica:
Nessuna preparazione meccanica per via orale nella chirurgia colica peritoneale, preparazione meccanica nella chirurgia del retto.
- Profilassi antitrombotica secondo le linee guida
- Profilassi antibiotica con Cefalosporina di 2 generazione (Cefazil) e Metronidazolo

(Deflamon) da eseguire 1 ora prima dell'incisione e da ripetere ogni tre ore se l'intervento è superiore a 3 ore.

- Nessuna restrizione alimentare fino a 6 ore prima dell'intervento; possibilità di assumere liquidi chiari (acqua e Nutricia Pre-op) fino a 2 ore prima dell'intervento (L'assunzione della bevanda a base di maltodestrine non è controindicata nel paziente diabetico).
- Carico glucidico: somministrazione di bevanda a base di maltodestrine e priva di lipidi, lattosio, fibre e glutine (ad esempio Nutricia Pre-Op). Dose: 800 cc la sera precedente l'intervento (facoltativo) e 400 cc 2-3 ore prima dell'intervento, poi digiuno.

2. Protocollo anestesiológico

- Nessuna preanestesia di principio.
- Posizionamento di catetere epidurale, prima dell'induzione. Nel caso il catetere epidurale non sia stato posizionato per controindicazione o per motivi tecnici si prevede un protocollo farmacologico alternativo per la gestione del dolore postoperatorio.
- Anestesia generale, induzione e mantenimento con farmaci short-acting (propofol, remifentanil) e curarizzazione.
- Consigliata TIVA (totally intravenous anesthesia).
- Idratazione intraoperatoria restrittiva: fluidi 4-5 ml/kg/h (colloidi/cristalloidi 1:1 o 2:1).
- In caso di ipotensione non dovuta a perdite ematiche è previsto l'uso di Etilefrina a boli di 1 mg o Dopamina 5 mcg/kg/min in assenza di controindicazioni.
- Prevenzione dell'ipotermia (infusioni riscaldate/coperta ad aria calda) e costante monitoraggio della temperatura corporea.
- Posizionamento CV.
- Posizionamento SNG, rimosso al termine dell'intervento.
- Non indicato il posizionamento di CVC di routine
- Monitoraggio di pressione arteriosa cruenta a discrezione dell'anestesista.
- Profilassi PONV (post-operative nausea and vomiting) con Ondansetron (Zofran) 4 mg+ Desametasone (Soldesam) 4 mg 2 ore prima del termine dell'intervento (in presenza di 2 o più fattori di rischio sec. Apfel score*). Vedi Fig. 1
- Analgesia intraoperatoria: 30' prima del termine dell'intervento (ad esempio Ketorolac 30 mg ev o Paracetamolo 1 g ev), non indicato l'utilizzo di morfina o simili.

3. Tecnica chirurgica

- Resezione colica secondo tecnica standard, open o laparoscopica. L'approccio laparoscopico è preferibile.
- Astensione dall'uso routinario dei drenaggi. Qualora il chirurgo ritenesse opportuno posizionare il drenaggio, dovrebbe specificarne la motivazione fra le seguenti:
(aumentato rischio di deiscenza per contaminazione intraoperatoria, inadeguata vascularizzazione, livello dell'anastomosi, positività della prova pneumatica, motivi tecnici legati alla sutura, comorbidità del paziente, etc).
Consigliato il posizionamento di drenaggio nella chirurgia pelvica.
- In pazienti senza catetere peridurale infiltrazione delle ferite con anestetico locale (levobupivacaina 0.5 % + fisiologica qb) al termine dell'intervento.
- Consigliate incisioni chirurgiche trasversali o brevi.

4. Gestione postoperatoria

- Terapia infusionale a velocità di 0,5-1 ml/kg/h (da modificare secondo l'assunzione orale di liquidi), da sospendere il prima possibile, al massimo in 2^a giornata postoperatoria
- Alimentazione precoce:
 - La sera dell'intervento (almeno 6 ore dopo il risveglio): dieta liquida (minestrina/semolino, acqua / tè)
 - 1^a giornata: intake calorico di almeno 600 Kcal + assunzione di 800 ml di liquidi. (dieta di rialimentazione di 1° livello: D1)
 - 2^a giornata: intake calorico di almeno 800 Kcal + liquidi 1500 ml. (dieta di rialimentazione di 2° livello: D2)
 - 3^a giornata: dieta libera, intake calorico di almeno 1000 Kcal.
- Per i soggetti a rischio di Malnutrizione dalla prima giornata fino alla dimissione sono previsti supplementi nutrizionali orali (Nutridrink 100 mlX 2).
- Profilassi antitrombotica secondo protocollo istituzionale (almeno a 6 ore dal termine dell'intervento).
- Procinetici: magnesio solfato, 1 gr ogni 12 ore.
- Mobilizzazione precoce
 - il giorno dell'intervento: dopo 4 ore dal risveglio mobilizzare (seduto) per 2 ore
 - 1^a giornata: il paziente deve restare fuori dal letto (seduto) almeno 4 h
 - 2^a giornata: attività normale (deambulazione, cure igieniche) non inferiore a 6 h

E' utile che il paziente tenga un diario in cui registrare il tempo trascorso fuori dal letto e i liquidi e solidi assunti per os.

- Analgesia
 - Catetere epidurale: A.L in perfusione continua (di regola fino alla 2^a giornata) + paracetamolo ev 1 g x 4; alla rimozione del catetere epidurale FANS al bisogno (a 48 dall'intervento).
 - In alternativa: FANS + paracetamolo ed eventualmente oppioidi minori.
 - Sono esclusi gli oppioidi maggiori
 - Rimozione del CV in 1^a giornata, nella chirurgia rettale a giudizio del curante. Valutazione della diuresi giornaliera, non della diuresi oraria.
 - Terapia antiemetica: L'obiettivo è di non sospendere l'assunzione di liquidi e l'alimentazione per os. E' pertanto necessario un controllo ottimale dei sintomi (nausea e vomito) con terapia farmacologica multimodale (ad esempio cortisonico, ondansetron). Nei soggetti con rischio elevato di PONV (valutato in base all' Apfel score) la terapia antiemetica va prescritta di principio (al pre-ricovero).
 - In caso di ipotensione non dovuta a perdite ematiche è previsto l'uso di Etilefrina (Effortil) a boli di 1 mg o Dopamina 5 mcg/kg/min in assenza di controindicazioni.

5. Criteri di dimissione:

- Criteri di dimissione:
 - Adeguata alimentazione per os.
 - Recupero della funzionalità intestinale
 - Adeguato controllo del dolore mediante analgesici per os
 - Paziente autosufficiente e adeguatamente mobilizzato.
 - Evidenza clinica e strumentale di decorso postoperatorio non complicato.
 - Consenso del paziente.

Follow up a 2 giorni (telefonico), a 7 giorni e a 30 giorni.

NOTE:

- I pazienti arruolati nel protocollo ERAS non necessitano dell'osservazione sub intensiva o in ICU.
- Fig 1 APFEL score.
- Fig 2 MUST criteria.

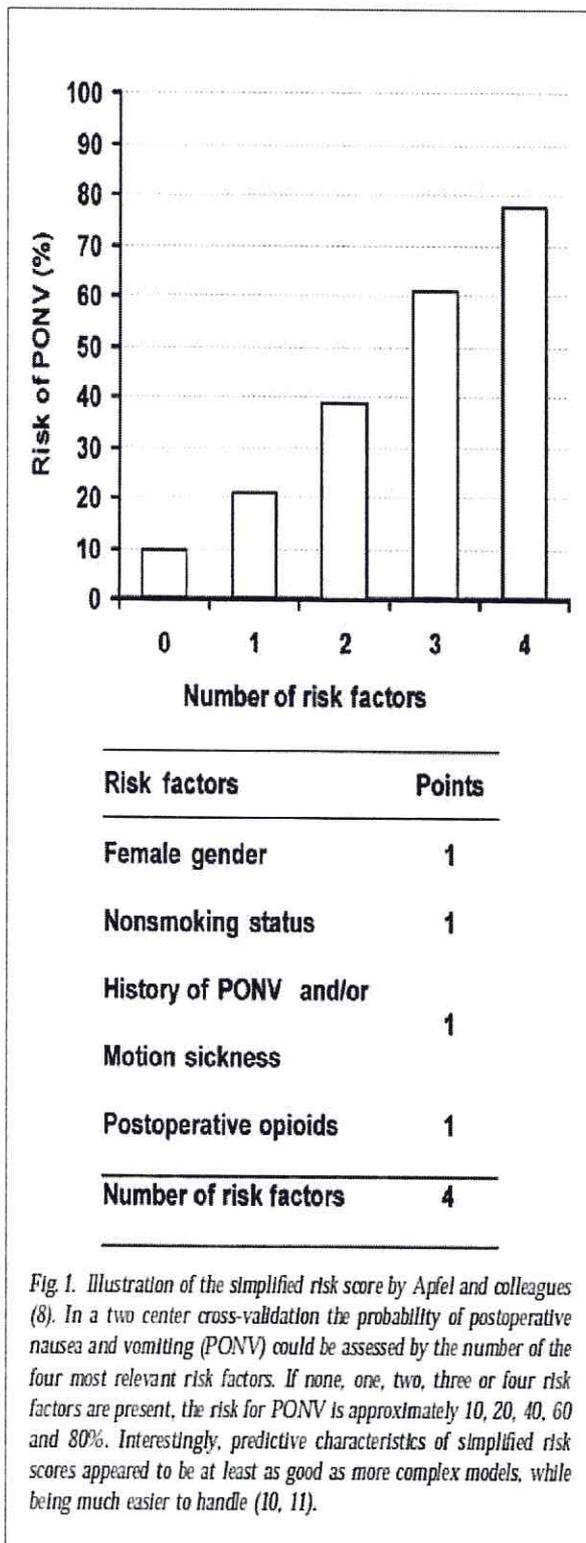


FIG 1: APFEL score.

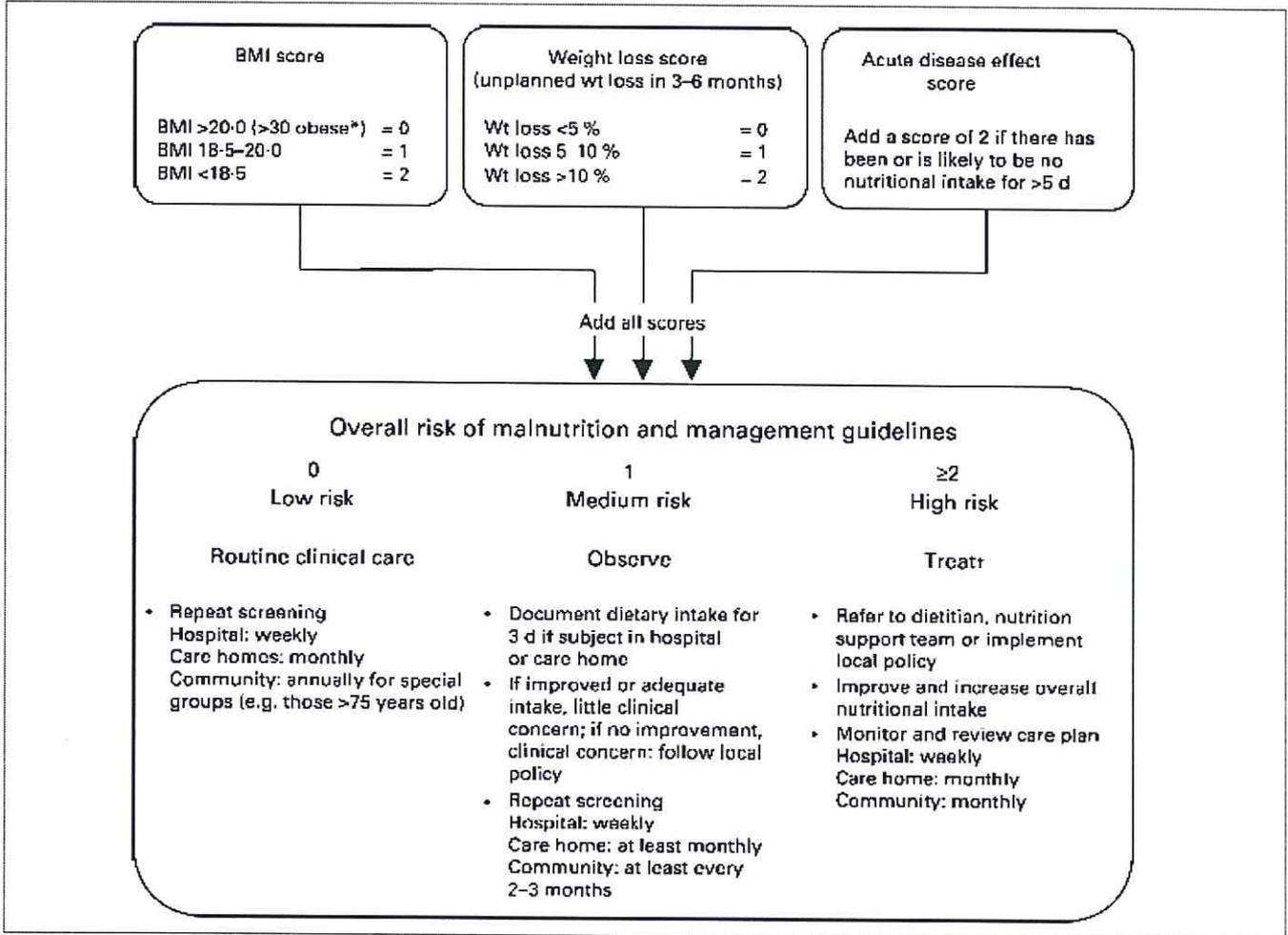


FIG 2: MUST (malnutrition universal screening tool).