

Perche' Fast Track Surgery?

Felice Apicella
Chirurgo Generale e Toracico, dirigente medico chirurgo, SC Chirurgia Generale
Ospedale "San Giovanni di Dio", ASF10 Firenze

Nel 2006 e' stato pubblicato un mio articolo su ToscanaMedica (n.10/06) sulla "Fast Track Surgery". In quell'articolo ho scritto che non vi erano evidenze di efficacia su questo argomento, oggi ritengo necessario aggiornare l'argomento perche' esistono evidenze di efficacia riguardo la "Fast Track Surgery".

In medicina il 50% dei trattamenti hanno "evidenza di efficacia" (EBM, Evidence Based Medicine) mentre in chirurgia solo il 24% dei trattamenti hanno "evidenza di efficacia" (EBS, Evidence Based Surgery).

La esistenza di evidenze di efficacia nella Fast Track Surgery impone una riflessione sull'argomento.

Sono numerosi i convegni in cui si disserta della Fast Track Surgery ma stranamente la implementazione e' difficile se non impossibile, quindi perche' "Fast Track Surgery"?

Nella seconda meta' degli anni '90, a Copenaghen ad opera del Dott. Henrik Kehlet, e' stata realizzata la Fast Track Surgery per risparmiare sulla degenza ospedaliera per alcuni interventi chirurgici.

Il primo motivo e' stato il risparmio (motivo economico).

In questa occasione c'e' stato lo stimolo alla revisione ed a nuovi studi delle varie fasi dell'intervento chirurgico per verificare se potesse essere realizzabile un aiuto farmacologico alle conseguenze del trauma chirurgico.

Il nucleo fondamentale e' lo stress chirurgico, le conseguenze al trauma chirurgico (surgical stress syndrome), tutto dipende da questa sindrome.

In modo grossolano possiamo distinguere (in chirurgia generale) gli interventi chirurgici di exeresi di organi o parti di organi da interventi chirurgici che, oltre all'exeresi, prevedono la ricostruzione per ristabilire la funzionalita' di apparato; e' possibile anche distinguere interventi chirurgici intracavitari da quelli di superficie. Queste distinzioni permettono di capire che esistono differenti traumi chirurgici e quindi differenti risposte al trauma con implicazioni sul paziente nel periodo post-operatorio.

In modo sintetico possiamo suddividere il percorso terapeutico chirurgico in diverse fasi:

- 1-indicazione chirurgica
- 2-pre-operatorio
- 3-intra-operatorio
- 4-post-operatorio
- 5-convalescenza

Il pre-intra e post-operatorio fanno parte del peri-operatorio e quindi "medicina perioperatoria", disciplina che, oggi, ha un riconoscimento di appannaggio dell'anestesista.

I protagonisti del percorso "Fast Track Surgery" sono identificabili in:

- 1-il paziente
- 2-il chirurgo
- 3-l'anestesista
- 4-l'infermiere
- 5-la fisioterapista

Queste premesse sono importanti per capire che i risultati della Fast Track Surgery sono strettamente dipendenti dalla interazione di questi protagonisti.

Le evidenze di efficacia sono limitate agli interventi chirurgici di elezione (programmati) per cause benigne o maligne, per pazienti adulti dai 15 agli 80 anni, con classificazione del rischio in anestesia fino ad ASA 3, che rappresentano la maggioranza degli interventi chirurgici programmati (circa il 68% dell'attivita' annuale di un reparto ospedaliero di Chirurgia Generale).

© Felice Apicella

I risultati della Fast Track Surgery sono:

Procedure	Postoperative LOS	Comments
Groin hernia repair	1.5–6 h	Large consecutive series (n = 1000–3000) using local infiltration anesthesia ^{134,135}
Cholecystectomy	Same day discharge >80%	Large consecutive series and randomized trials. Further improvement with antiemetics/multimodal nonopioid analgesia ^{136–140}
Bariatric surgery	~80%, <23 h	n = 2000 consecutive laparoscopic Roux-Y gastric bypass ¹⁴¹ ; gastric banding ¹⁴²
Colonic resection	2–4 d	Documentation of benefits on recovery of all organ functions and reduced morbidity from multi-center series and randomized trials. Only minor differences between open and laparoscopic fast-track surgery ^{96–102,143–148}
Complex colorectal procedures	3–5 d	Single-institution series, laparoscopic and open approach ^{149–154}
Pulmonary resection	1–4 d	Single-institution series, open, and thoracoscopic ^{155–157}
Reflux surgery	98%, <23 h	Large (n = 557) consecutive, single-institution series, laparoscopy ¹⁵⁸
Esophageal resection	7–8 d	Small single-institution series ^{159–161}
Pancreatic resection	7 d	Consecutive series before vs. after pathway, cost reduction ¹⁶²
Radical prostatectomy	~75%, 1 d	Large consecutive series ¹⁶³
Nephrectomy (donor)	1–2 d	Shortest (23 h) with laparoscopic approach, 2 d with open surgery ^{164,165}
Nephrectomy (other)	2–4 d	Consecutive patient series, shortest with laparoscopic approach ^{166–168}
Adrenalectomy	<1 d in 80%	Laparoscopic approach, small, single-institution series ^{169,170}
Abdominal aortic aneurysmectomy	~3 d	Consecutive series, revised criteria for intensive care stay, fluid-restriction ^{171–174}
Mastectomy	<1 d in 90%	Large consecutive series ^{175–177}
Parathyroid and thyroid surgery	80%–90% ambulatory	Single-institution consecutive series ^{178–180}
Hip, knee, and elbow arthroplasty	≤1 d	Small, single-institution series with or without minimal access operation ^{181–184}
	~3–4 d	Well-designed pathways, cost-reduction ^{185,186}
Ovarian cancer surgery	5 d	Single-institution, consecutive series ¹⁸⁷

Source: Ann Surg © 2008 Lippincott Williams & Wilkins

Questi risultati dipendono dalla implementazione di evidenze di efficacia di:

- 1-coinvolgimento del paziente e dei familiari nel decorso pre e post-operatorio
- 2-digiuno da 2 ore prima dell'intervento chirurgico
- 3-no preparazione intestinale
- 4-anestesia generale con risveglio rapido
- 5-normotermia del paziente durante l'intervento chirurgico
- 6-prevenzione della PONV (post-operative-nausea-vomit)
- 7-analgesia epidurale (toracica-lombare, analgesia endovenosa multimodale senza oppioidi)
- 8-no sondino naso-gastrico
- 9-catetere vescicale limitato nel tempo (24 ore)
- 10-chirurgia mininvasiva/incisioni trasversali
- 11-uso limitato di drenaggi/rimozione nelle prime 24 ore
- 12-infiltrazione della ferita chirurgica con anestetici locali a lunga durata
- 13-limitato uso di liquidi
- 14-precoce alimentazione per os (il giorno dell'intervento)
- 15-precoce mobilizzazione (il giorno dell'intervento)
- 16-uso di precisi criteri di dimissione

Utilizzando le evidenze di efficacia della Fast Track Surgery e' possibile ridurre la morbilita', ridurre la durata della degenza ospedaliera a parita' di reingressi (rispetto alla chirurgia tradizionale), quindi il secondo motivo che giustifica l'uso della metodologia Fast Track Surgery e' la riduzione della morbilita'.

Riassumendo si ha un risparmio economico ed una riduzione della morbilita'.

Considerando una organizzazione di chirurgia programmata che preveda un reparto di degenza prevista <5gg, si puo' constatare che con la metodologia Fast Track Surgery il 68% del volume di lavoro di un reparto di

Perche' fast track surgery? Luglio 2009-07-11

© Felice Apicella

Chirurgia Generale puo' essere svolto in "week surgery" con risparmio economico ed aumento del numero degli interventi chirurgici programmati.

Il fulcro dell'organizzazione e' la sala operatoria ed il numero dei letti di degenza che devono essere adeguati alla potenzialita' di funzionamento della sala operatoria.

Gli interventi chirurgici sono caratterizzati da una durata standard di sala operatoria e da una durata standard di degenza post-operatoria.

La metodologia Fast Track Surgery e' una evoluzione moderna, con basi scientifiche, delle tecniche anestesilogiche, chirurgiche e di trattamento post-operatorio dei pazienti chirurgici.

Tutto questo e' progresso, si potrebbe riformulare una frase famosa "e' il progresso bellezza e tu non puoi farci niente". Il progresso lo puoi ritardare ma non fermare.

Concludo con una domanda:

PERCHE' No Fast Track Surgery?.

Bibliografia:

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: apicellafelice@yahoo.com

© Felice Apicella