

La riabilitazione prima della chirurgia addominale maggiore: la gestione clinica dei pazienti nelle cure primarie e negli ospedali

Federico Ghidinelli¹, Chiara Sardini¹, Andra Celotti², Gianluca Baiocchi², Luigi Totaro², Valerio Ranieri², Franchino Martire³, Ovidio Brignoli³

¹ Corsista del Corso di formazione di Medicina Generale, ATS Brescia; ² Dipartimento di Chirurgia, ASST Cremona; ³ Medico di Medicina Generale, ATS Brescia

Riassunto

La chirurgia addominale maggiore (CAM) è un intervento chirurgico complesso ed è associato a una riduzione dello stato di salute fisica e mentale. L'esercizio preoperatorio e la riduzione dei fattori di rischio prima dell'intervento chirurgico sono significativamente legati a migliori condizioni fisiche dei pazienti. I medici di medicina generale (MMG) hanno un ruolo primario nelle procedure preoperatorie e nella riduzione dei fattori di rischio. Sfortunatamente, non esiste una collaborazione sufficiente tra MMG e dipartimenti chirurgici. Pertanto, dovrebbe essere necessario implementare questa cooperazione per migliorare la salute dei pazienti durante il decorso chirurgico.

Introduzione

La riabilitazione preoperatoria è definita come la procedura per migliorare la salute mentale e fisica nel tempo preoperatorio per fornire ai pazienti vantaggi per contrastare lo stress chirurgico^{1,2}.

L'intervento preoperatorio mira a ridurre le complicanze che si verificano durante la chirurgia addominale maggiore (CAM).

La CAM non è benefica e può causare conseguenze a breve e lungo termine per i pazienti³. È fortemente associata a una riduzione dello stato fisico e mentale del paziente.

È importante migliorare le condizioni mediche preoperatorie dei pazienti, ottimizzando lo stress dell'intervento chirurgico.

A questo livello il medico di medicina gene-

rale (MMG) ha un ruolo chiave nella gestione perioperatoria del paziente insieme ai colleghi chirurgici ed è il primo pilastro per una corretta attuazione di una maggiore aderenza alla riabilitazione preoperatoria da parte dei pazienti.

Lo scopo di questo studio è quello di dimostrare l'importanza della riabilitazione nel preoperatorio e del ruolo chiave che costituisce la figura del MMG insieme a quella dei colleghi chirurgici.

Terapia fisica

Sono stati adottati diversi protocolli mentali e fisici per aumentare la resilienza dei pazienti.

Una delle più utilizzate per non ridurre la capacità fisica prima dell'intervento chirur-

gico è la terapia fisica preoperatoria (PEXT), soprattutto nei pazienti anziani, come confermato da una revisione sistematica⁴.

In questo studio sono stati scelti solo pazienti in attesa di CAM elettiva (chirurgia biliare, coloretale, epatica o pancreatica) e il programma PEXT consiste in un regime di attività fisiche per migliorare significativamente la funzione muscolo-scheletrica, cardiovascolare e respiratoria.

Alla fine, è stato dimostrato che la terapia fisica preoperatoria è effettivamente collegata a migliori condizioni fisiche dei pazienti prima della CAM, con conseguenti minori complicanze chirurgiche e un recupero più rapido.

La diminuzione delle complicanze chirurgiche è stata dimostrata da un'altra revisione sistematica e meta-analisi, che ha preso in

Conflitto di interessi

Federico Ghidinelli e Ovidio Brignoli dichiarano nessun conflitto di interessi.

How to cite this article: Ghidinelli F, Sardini C, Celotti A, et al. La riabilitazione prima della chirurgia addominale maggiore: la gestione clinica dei pazienti nelle cure primarie e negli ospedali. Rivista SIMG 2022;29(1):14-16.

© Copyright by Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie



OPEN ACCESS

L'articolo è open access e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione – Non commerciale – Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

esame quindici studi clinici randomizzati con 457 pazienti in riabilitazione preoperatoria e 450 pazienti di controllo⁵.

Una riduzione della morbilità globale e polmonare è stata evidenziata nel gruppo di riabilitazione preoperatoria spiegando il ruolo fondamentale di questi interventi pre-chirurgici.

Riduzione dei fattori di rischio

Un altro studio danese condotto da Anne Beck et al. ha dimostrato la fattibilità della riabilitazione chirurgica.

Ai pazienti sono stati distribuiti alcuni volantini contenenti informazioni sulla procedura preoperatoria da seguire.

Nel volantino sono state scritte sei raccomandazioni generali, basate sulla riabilitazione preoperatoria: esercizio fisico, alimentazione, relax, cessazione del fumo, cessazione di alcolici o altre attività domestiche come il giardinaggio¹.

In questo studio la maggior distribuzione dell'informazione mediante volantini ha consentito una maggior aderenza dei pazienti.

Stato nutrizionale

Per quanto riguarda il ruolo dello stato nutrizionale del paziente nella valutazione preoperatoria, la sarcopenia predice la morbilità e la mortalità postoperatorie dopo chirurgia addominale, essendo correlata a peggiori esiti chirurgici e prognosi sfavorevole⁶⁻⁸.

La sarcopenia non è usata solo per descrivere la perdita di massa muscolare magra associata all'invecchiamento, ma riguarda anche condizioni sistemiche, tra cui stati infiammatori, cachessia, malnutrizione cronica e conseguenze chemioterapiche.

La sarcopenia può portare a una ridotta mobilitazione, a una respirazione profonda non ottimale e all'incapacità di svolgere semplici attività della vita quotidiana^{6,7}.

Lo scopo della revisione sistematica e della meta-analisi condotta da Jones et al. era quello di determinare il valore predittivo della sarcopenia dopo un intervento chirurgico addominale.

La sarcopenia ha aumentato significativamente il rischio di mortalità post-operatoria con il 2,7% dei pazienti sarcopenici che

muoiono entro 30 giorni rispetto allo 0,8% nel gruppo non sarcopenico (RR 2,06 IC 95% 1,02-4,17 p = 0,04)⁶.

Tutte queste indicazioni sono state correttamente realizzate dai pazienti, evidenziando l'applicabilità dei programmi preoperatori.

Malattia oncologica e ruolo del microbiota

La terapia del cancro è molto complessa. La dieta, l'alimentazione e l'attività fisica hanno un ruolo sempre più importante in aggiunta alla terapia, riducendo la tossicità acuta e a lungo termine di tutte le terapie legate al cancro.

C'è anche un emergente apprezzamento per il ruolo critico che il microbioma ospite svolge nella cancerogenesi¹⁰.

Tuttavia, studi sull'immunonutrizione non hanno dimostrato alcun vantaggio in termini di sopravvivenza nei pazienti chirurgici con assenza di riduzione della mortalità perioperatoria.

Al contrario, le complicanze infettive e anastomotiche sono state ridotte per i pazienti chirurgici, compresi i pazienti sottoposti a terapia chirurgica oncologica¹¹.

Inoltre, i sopravvissuti al cancro spesso non ricevono servizi di oncologia e cure primarie appropriati¹².

Stato psicologico

È stato dimostrato che molte difficoltà possono influire sulla qualità generale della vita di questi pazienti, tra cui depressione e ansia.

Molti fattori contribuiscono allo sviluppo della depressione come i sintomi del cancro correlati (dolore, affaticamento) o correlati al trattamento (come la chirurgia radicale e la chemioterapia)¹³⁻¹⁶.

Per questi motivi, la salute psicologica è un altro punto delicato da considerare in fase preoperatoria.

L'ansia e la depressione possono diminuire significativamente durante la riabilitazione preoperatoria, come dimostrato in una revisione sistematica condotta da Hijazi et al¹⁷. Molti interventi sono stati valutati come interventi psicosociali ed esercizi¹³.

Gli effetti rilassanti dell'esercizio sono para-

gonabili alla psicoterapia e ai farmaci in pazienti con antecedenti alla depressione lieve o moderata, in particolare.

Pertanto, i fattori di rischio psicologico potrebbero essere adeguatamente gestiti dai medici di medicina generale prima dell'intervento mediante la valutazione dei pazienti utilizzando alcune scale psicologiche, come l'*Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS).

Ruolo dei medici di medicina generale

Non solo gli ospedali rappresentano un luogo determinante per preparare i pazienti prima dell'intervento chirurgico, ma anche le cure primarie con i MMG hanno un ruolo primario.

I MMG possono influenzare in modo cruciale i pazienti prima dell'intervento chirurgico, specialmente nella diminuzione dei fattori di rischio, come l'assunzione di alcol o il fumo. Il fumo e l'alcol sono fattori significativi per la morbilità perioperatoria nella chirurgia maggiore e possono ridurre l'incidenza di diverse gravi complicanze postoperatorie, come le infezioni cardiovascolari e respiratorie⁹.

I MMG possono svolgere un ruolo fondamentale: favorire l'astinenza dal tabacco è un passaggio fondamentale nella preparazione dei pazienti alla chirurgia maggiore. Sarebbe auspicabile che il MMG collabori anche con i reparti ospedalieri e chirurgici, ad esempio nella gestione multidisciplinare dei malati di cancro.

Conclusione

Sfortunatamente, non sono stati condotti studi sufficienti per illustrare l'effettiva importanza costituita dai MMG nella riduzione dei fattori di rischio preoperatori.

Alcuni studi sono stati limitati dalla scarsa collaborazione dei pazienti nei protocolli preoperatori, a dimostrazione della scarsa collaborazione tra MMG e dipartimenti chirurgici¹⁸.

Dovrebbe essere necessario sensibilizzare i MMG e i chirurghi sull'importanza della partecipazione da parte dei pazienti ai programmi perioperatori per migliorare il percorso chirurgico e terapeutico.

Bibliografia

- 1 Beck A, Vind Thaysen H, Hasselholt Soegaard C, et al. Prehabilitation in cancer care: patients' ability to prepare for major abdominal surgery. *Scand J Caring Sci* 2021;35:143-155.
- 2 Barberan-Garcia A, Ubré M, Roca J, et al. Personalised prehabilitation in high-risk patients undergoing elective major abdominal surgery: a randomized blinded controlled trial. *Ann Surg* 2018;267:50-56.
- 3 Veen EJ, Steenbruggen J, Roukema JA. Classifying surgical complications: a critical appraisal. *Arch Surg* 2005;140:1078-1083.
- 4 Pouwels S, Stokmans RA, Willigendael EM, et al. Preoperative exercise therapy for elective major abdominal surgery: a systematic review. *Int J Surg* 2014;12:134-140.
- 5 Hughes MJ, Hackney RJ, Lamb PJ, et al. Prehabilitation before major abdominal surgery: a systematic review and meta-analysis. *Mondo J Surg* 2019;43:1661-1668.
- 6 Jones K, Gordon-Weeks A, Coleman C, et al. Radiologically determined sarcopenia predicts morbidity and mortality following abdominal surgery: a systematic review and meta-analysis. *World J Surg* 2017;41:2266-2279.
- 7 Blum D, Omlin A, Baracos VE, et al.; European Palliative Care Research Collaborative. Cancer cachexia: a systematic literature review of items and domains associated with involuntary weight loss in cancer. *Crit Rev Oncol Hematol* 2011;80:114-144.
- 8 Chen F, Chi J, Liu Y, et al. Impact of preoperative sarcopenia on postoperative complications and prognosis of gastric cancer resection: a meta-analysis of cohort studies. *Arch Gerontol Geriatr* 2022;98:104534.
- 9 Tønnesen H, Nielsen PR, Lauritzen JB, et al. Smoking and alcohol intervention before surgery: evidence for best practice. *Br J Anaesth* 2009;102:297-306.
- 10 Clinton SK, Giovannucci EL, Hursting SD. The World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research Third Expert Report on Diet, Nutrition, Physical Activity, and Cancer: Impact and Future Directions. *J Nutr* 2020;150:663-671.
- 11 Wu XD, Liu MM, Liang X, et al. Effects of perioperative supplementation with pro-/synbiotics on clinical outcomes in surgical patients: a meta-analysis with trial sequential analysis of randomized controlled trials. *Clin Nutr* 2018;37:505-515.
- 12 Elston Lafata J, Simpkins J, Schultz L, et al. Routine surveillance care after cancer treatment with curative intent. *Med Care* 2005;43:592-599.
- 13 Craft LL, Vaniterson EH, Helenowski IB, et al. Exercise effects on depressive symptoms in cancer survivors: a systematic review and meta-analysis. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2012;21:3-19.
- 14 Somerset W, Stout SC, Miller AH, et al. Breast cancer and depression. *Oncology (Williston Park)* 2004;18:1021-1034.
- 15 Breen SJ, Baravelli CM, Schofield PE, et al. Anxiety and depression in patients with cancer about to commence chemotherapy? *Med J Aust* 2009;190:S99-104.
- 16 Lydiatt WM, Moran J, Burke WJ. A review of depression in the head and neck cancer patient. *Clin Adv Hematol Oncol* 2009;7:397-403.
- 17 Hijazi Y, Gondal U, Aziz O. A systematic review of prehabilitation programs in abdominal cancer surgery. *Int J Surg* 2017;39:156-162.
- 18 Tønnesen, H., Faurschou, P., Ralov, H. et al. Risk reduction before surgery. The role of the primary care provider in preoperative smoking and alcohol cessation. *BMC Health Serv Res* 2010;10:121.