

CO 10 - HIPEC: COMO ESCOLHEMOS O PROTOCOLO ANALGÉSICO?

Gonçalo Almeida do Bem¹, Carolina Silva Dias¹, Joana Paulo¹, Joana Oliveira¹, Rui Valente¹, Mercês Lobo¹

¹Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil

Introdução:

A cirurgia de citorredução com perfusão quimioterápica intraperitoneal hipertérmica (CRS + HIPEC) é uma técnica cada vez mais utilizada para o tratamento da doença peritoneal oncológica. Este estudo procurou determinar as variáveis que influenciam a seleção do protocolo de analgesia.

Métodos:

Após aprovação ética (234/021), foi realizado um estudo observacional retrospectivo que incluiu todos os pacientes submetidos a CRS+HIPEC na instituição entre janeiro de 2019 e dezembro de 2020. Variáveis demográficas, *scores* de risco, variáveis intra e pós-operatórias, protocolo analgésico e efeitos adversos (AE) até 30 dias foram recolhidos e analisados.

Resultados:

Foram incluídos 98 doentes. A anestesia combinada com epidural foi realizada em 75,5% dos casos. No pós-operatório, estes doentes receberam Patient Controlled Epidural Analgesia (PCEA) com ropivacaína e sufentanil. Os restantes receberam perfusão intravenosa de sufentanil (SUF). Todos foram observados diariamente por um anestesiológico. Em 3 doentes, houve exteriorização de cateter epidural com alteração do protocolo analgésico.

Os doentes com SUF apresentaram maior: *status* ASA, P-POSSUM, e distúrbios de coagulação pré-operatórios ou estavam sob hipocoagulação ($p < 0,05$). O *score* ECOG foi superior no grupo com SUF, mas a diferença não foi estatisticamente significativa.

Dos doentes com o protocolo SUF, 5 rejeitaram a colocação de cateter epidural. Em 6, a técnica não foi conseguida e 4 doentes apresentavam neuropatia periférica sintomática.

Os 2 grupos não apresentavam diferenças na hemoglobina, albumina e taxa de filtração glomerular pré-operatórias. Também a duração da anestesia, o volume de cristaloides administrado, perdas hemáticas, necessidade de hemoderivados ou perfusão de vasopressores não foram diferentes entre os dois grupos.

Um total de 51 AE foram classificados de acordo com os Critérios de Terminologia Comum para Eventos Adversos (CTCAE). Utilizando análise logística multivariada, o tempo operatório

prolongado, volume de cristaloides superior a 6L e o uso de protocolo SUF foram identificados como preditores de EA ($p < 0,05$). O uso do protocolo SUF aumentou o risco de EA em 38%.

Discussão:

A nossa prática está de acordo com as recomendações atuais do programa *Enhanced Recovery After Surgery* (ERAS). Em 70,8% dos doentes em que o PCEA não foi utilizado havia contraindicação para utilização de cateter epidural ou sua colocação não foi bem-sucedida. Outros tinham patologia que poderia limitar a suspeita clínica no caso de uma complicação. Em apenas 3% de toda a amostra foi utilizado o SUF sem justificação explícita.

Conclusão:

A anestesia epidural foi associada a menor risco de eventos adversos sendo nossa primeira escolha para analgesia. A seleção de um protocolo de analgesia adequado, essencial para melhores resultados clínicos, depende da seleção adequada dos pacientes.



