



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna



Policlinico S. Orsola-Malpighi

Centro Studi EBN



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

CAT DI REVISIONE SISTEMATICA

Quesito: quale trattamento dietetico post chirurgico riservare alle pazienti con diagnosi di tumore ginecologico sottoposte a chirurgia maggiore con interessamento anche del colon?

Fonte originale: Charoenkwan K, Matovinovic E. Early versus delayed oral fluids and food for reducing complications after major abdominal gynaecologic surgery. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 12. Art. No.: CD004508. DOI: 10.1002/14651858.CD004508.pub4.

Autore/i: Angela Sartini e Giulietta Tarrini

Qualifica: Dietista

Luogo di lavoro: Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna Policlinico di S.Orsola


E-mail: angela.sartini@aosp.bo.it e giulietta.tarrini@aosp.bo.it


Data: dicembre 2018




 **Fonti dei dati:** Cochrane, Cochrane Group's, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Ovid MEDLINE, Ovid EMBASE, EBSCO CINAHL.

 **Selezione e accertamento degli studi:** RCTs con disegno parallelo

 **Pazienti:** N° 631 donne arruolate (5 RCTs) con tumore ginecologico sottoposte a chirurgia addominale maggiore, senza distinzione per il tipo di incisione chirurgica subita. Sono escluse le donne operate per sterilizzazione tubarica e quelle operate con chirurgia laparoscopica (maggiore o minore) e isterectomia vaginale.

 **Intervento:** Rialimentazione precoce (definita come introduzione di liquidi e bevande entro le 24 ore post intervento) a prescindere dal ritorno delle funzioni intestinali.

 **Comparazione:** Rialimentazione ritardata (definita come introduzione di liquidi e bevande solo dopo 24 ore dall'intervento e solo dopo il ripristino della funzione intestinale, caratterizzata da borborigmi, passaggio di aria, sensazione di fame); con la possibilità di assumere, entro le 24 ore post intervento, solo piccoli sorsi di acqua fino a segni di risoluzione di ileo paralitico.

Outcome principale:

- 1) sviluppo dei sintomi e segni di ileo paralitico: nausea, vomito, crampi addominali distensione addominale, gonfiore.
- 2) intervallo di tempo: tempi di sviluppo di rumori intestinali, tempi di passaggio dell'aria, inizio di una dieta regolare, tempi di passaggio delle feci, tempi di degenza post intervento.

Outcomes secondari: (descrivere gli esiti secondari e come misurarli)

- 1) complicanze post operatorie: infezioni/febbre, complicazioni della ferita, delle trombosi venose profonde.
- 2) soddisfazione dell'utente misurato con visual analogue scale (VAS).

Risultati:

Ripresa dell'alimentazione precoce verso ritardata						
Outcomes principali	N° studi	N° partecipanti	Differenza di medie	CI (95%)	Qualità evidenze	Commenti
Tempi di sviluppo rumori intestinali	2	338	Il tempo medio di sviluppo, in giorni, nei gruppi di intervento MD - 0.32	(-0.61 a - 0.03)	moderata	P = 0.03 ci sono evidenze di tempi più brevi nel gruppo di intervento. Impiegato modello ad effetti causali a causa della eterogeneità degli studi
Tempi di	3	444	Il tempo	(-0,40 a -	alta	P = 0.04

passaggio dell'aria			medio di passaggio, in giorni, nei gruppi di intervento MD - 0,21	0,01)		ci sono evidenze di tempi più brevi nel gruppo di intervento.
Tempi di inizio ad una dieta solida	2	301	Il tempo medio di inizio ad una dieta solida, in giorni, nei gruppi di intervento MD-1,47	(-2,26 a - 0,68)	moderata	P = 0,0003 ci sono evidenze di tempi più brevi nel gruppo di intervento. Impiegato modello ad effetti causali a causa della eterogeneità degli studi
Tempi di degenza post operatoria	4	484	Il tempo medio degenza, in giorni, nei gruppi di intervento MD - 0,92	(- 1,53 a -0,31)	moderata	P = 0,003 ci sono evidenze di tempi più brevi nel gruppo di intervento. Impiegato modello ad effetti causali a causa della eterogeneità degli studi
Outcomes secondari	N° studi	N° partecipanti	RR/Differenza di medie	CI (95%)	Qualità evidenze	Commenti
infezioni	2	183	RR 0,20	0,05-0,73		P = 0,02 ci sono evidenze di minore incidenza nel gruppo di intervento
Soddisfazione dell'utente	1	143	MD 11,10	6,68-15,52		P = 0,00001

Conclusioni: una rialimentazione precoce dopo chirurgia ginecologica addominale, per tumore benigno o maligno, non causa morbidità gastrointestinali o altre complicazioni post operatorie. I benefici maggiori vengono rilevati nei tempi più brevi di recupero delle funzioni intestinali, nella minor frequenza delle complicanze infettive, nei minori giorni di degenza, nel maggior indice di soddisfazione.

Commento: Nei 5 studi selezionati la qualità delle evidenze per i principali outcomes, come sottolineano gli autori, sono moderate; solo 1 outcome “Tempi di passaggio dell'aria” risulta di grado elevato. L'assenza di cecità sia per i soggetti arruolati sia per il personale sanitario risulta inevitabile data la tipologia di trattamento e gli outcomes ricercati. Si evidenzia quindi in tutti gli studi un performance bias.

Il motivo che ci ha condotto a questa ricerca è stato quello di confrontare le nostre rialimentazioni con quelle di altre realtà. Il nostro interesse era rivolto al tipo di alimentazione post operatoria somministrata alle pazienti che hanno subito un intervento chirurgico ginecologico e che hanno avuto anche il coinvolgimento del colon.

Non tutti gli studi selezionati specificano se le pazienti hanno avuto anche il coinvolgimento del colon e non viene descritta in modo esaustivo la tipologia di dieta seguita; nei gruppi di intervento

si parla di “dieta regolare solida” (Amatyakul 2009; Pearl1998; Steed 2002). Solo due studi (Minig 2009a e Minig 2009b) specificano che i soggetti dello studio erano sottoposti anche a resezione intestinale e dettagliano di più la tipologia di alimenti consumati: es 1° giorno post chirurgico nel gruppo d'intervento: carne di manzo/pollo/pesce grigliati o lessati; non vengono menzionate tipologie di carboidrati, verdura, frutta: si deve intendere che consumino solo pietanze grigliate? Nella pratica clinica del nostro ospedale la rialimentazione post chirurgica (con l'eventuale coinvolgimento del colon), prevede il primo giorno minestrina/riso e mousse di mela; dal secondo giorno o quando il quadro clinico lo consente, la dieta prevede oltre alla minestrina e mousse di frutta anche carne bianca alla griglia oppure pesce lesso oppure carne frullata e patate al vapore; in seguito vengono inseriti la pasta, le carote al vapore, i grissini: si tratta di alimenti facilmente digeribili a ridotto contenuto in fibra alimentare. Poichè negli RCTs della revisione non vengono dettagliati i protocolli di rialimentazione, non riusciamo a confrontare i nostri protocolli con quelli degli studi in oggetto.

I risultati di questa revisione rinforzano le prove a supporto di una alimentazione post operatoria precoce. Auspichiamo che in un futuro la ricerca possa essere indirizzata a fornire indicazioni supplementari più specifiche ai diversi approcci nutrizionali, in modo tale da avere informazioni più dettagliate sul tipo di alimentazione post operatorie da seguire.