

L'associazione di blocco del piano del muscolo erettore della spina (ESP block) e blocco del piano del muscolo serrato (SAP block) per l'anestesia opioid-free in chirurgia mammaria oncologica; un report di 10 casi.

Dott. FRANCESCO MARRONE (1), Dott. CARMINE PULLANO (1), Dott. SAVERIO PAVENTI (1), Dott. MARCO TOMEI (1), Dott. MARIO BOSCO (1)

(1) UOC Anestesia e Rianimazione - Ospedali Santo Spirito, Oftalmico, Nuovo Regina Margherita, CSA - Area Interdipartimentale Anestesiologica - ASL ROMA 1, Roma, Italia.

Argomento: Anestesia loco-regionale e analgesia

Introduzione. Il blocco del piano del muscolo *serrato* (Blanco 2013) è efficace per l'analgesia/anestesia in chirurgia senologica (oncologica e plastica). Il blocco del piano del muscolo *erettore della spina* (Forero 2016) ha indicazione nel controllo del dolore post-operatorio toracico e addominale.

Scopo dello studio. Riportare secondo la nostra esperienza che l'esecuzione dei due blocchi associati a sedazione endovenosa consente di ottenere anestesia dei distretti chirurgici mammari con un controllo ottimale del dolore intra e post-operatorio senza oppioidi.

Materiali e metodi. In 10 pazienti candidate a ampia asportazione/quadrantectomia e BLS con eventuale linfettomia ascellare, previo consenso informato, accesso venoso, monitoraggio parametri vitali, sotto guida ecografica (sonda lineare 10 MHz), dopo corretta visualizzazione della sono-anatomia e della punta dell'ago (ago ecogenico da 50 mm), in asepsi, abbiamo eseguito ESP-block a livello T4-T5 (paziente seduta) e SAP-block (a livello di V costa, linea ascellare media, paziente supina), iniettando ropivacaina 0,5% 20 ml più clonidina 75 mcg per ESP-block e ancora ropivacaina 0,5% 20 ml più clonidina 75 mcg per SAP-block. Escluso pnx attraverso LUS. Non verificatesi complicanze. La sedazione è stata eseguita con dexmedetomidina (1 mcg/kg/h all'ingresso della paziente in S.O. per 15-20 minuti poi 0,6 mcg/kg/h per non più di 70 minuti) e remifentanil (0,025 mcg/kg/min fino a fine intervento).

Risultati. La chirurgia è avvenuta senza complicanze con parametri vitali stabili. Il risveglio dalla sedazione è stato pronto senza dolore. Non sono stati somministrati oppioidi nell'intra-operatorio. Nessun consumo di oppioidi nelle prime 24 ore di post-operatorio e VAS ≤ 3 . Prescritto paracetamolo al bisogno. Le pazienti sono state dimesse il giorno successivo alla chirurgia.

Conclusioni. L'associazione di due blocchi (ESP-SAP) in forma incrementale più sedazione ha consentito nella nostra esperienza di eseguire interventi di ampia asportazione/quadrantectomia e eventuale linfettomia ascellare creando il presupposto per azzerare il consumo di oppioidi intra e post-operatorio.

| | | | | | | | | | | |
|---------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Età | 77 | 73 | 65 | 50 | 72 | 65 | 60 | 74 | 54 | 74 |
| Peso (kg) | 56 | 68 | 90 | 54 | 48 | 55 | 50 | 65 | 60 | 67 |
| Altezza (cm) | 165 | 160 | 165 | 160 | 150 | 161 | 155 | 165 | 158 | 166 |
| BMI | 20 | 26 | 33 | 21 | 21 | 21 | 20 | 24 | 24 | 24 |
| ASA | 2 | 2 | 2 | 1 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Durata Intervento (min.) | 70 | 90 | 160 | 80 | 150 | 90 | 80 | 90 | 70 | 80 |
| VAS 24 h p.o. | <3 | 3 | 3 | <3 | <3 | 3 | 3 | 3 | <3 | 3 |

Tab.1 Riepilogo dei pazienti