

ANESTESIA COMBINATA SPINOPERIDURALE PER INTERVENTI DI CHIRURGIA ADDOMINALE MAGGIORE NEL PAZIENTE A RISCHIO

Dott. FABIO VILLANI (1), Dott. MATTEO DALL'AGLIO (1), Dott.ssa GRETA MIGLIAVACCA (1), Dott. LUCA CANTADORI (1), Dott.ssa CATERINA SANTI (2), Dott. LORENZO CASALI (2), Dott.ssa ELISABETTA SAVI (1)

(1) Ospedale di Vaio, AUSL PARMA, Servizio di Anestesia, Rianimazione e OTI, Via Don Tincati n.5, Fidenza, Parma/emilia Romagna, Italia.

(2) Ospedale di Vaio, AUSL PARMA, Unità Operativa di Chirurgia Generale, Via Don Tincati n.5, Fidenza, Parma/emilia Romagna, Italia.

Argomento: Anestesia loco-regionale e analgesia

INTRODUZIONE

L'utilizzo della anestesia spino-peridurale toracica, a paziente sedato, in interventi di chirurgia maggiore addominale è molto rara, tuttavia molto vantaggiosa per ridurre le problematiche correlate all'anestesia generale, specialmente nel paziente polipatologico.

MATERIALI E METODI:

Intervento di emicolectomia dx allargata per k sanguinante del colon in uomo di 74 anni, ASAIII, con insufficienza mitralica severa di recente diagnosi e indicazione ad eseguire intervento cardiocirurgico di sostituzione. Praticata puntura toracica a livello T8-T9 con ago di Thuoy 18G e, dopo reperimento dello spazio subaracnoideo, introdotto un catetere peridurale per 5,5 cm; successivamente effettuata puntura subaracnoidea a livello T9-T10 con ago di Withacre 27G e somministrazione di Bupivacaina iperbarica 0.5% 9mg, Morfina 0.1mg, fentanyl 25mcg e midazolam 2mg.

Dopo aver testato il livello anestetico (T3-T12) viene eseguita incisione xifopubica. Dopo circa 1.5 h somministrata ropivacaina 0.4% 10ml per via peridurale.

Intervento durato circa 2.5 h con necessità di supporto vasopressorio con nordadrenalina 0,04-0,06 mcg/Kg/min sospeso alla fine della procedura, riempimento volemico con 1500ml di cristalloidi bilanciati, paziente riscaldato attivamente e mantenuta normotermia.

Al termine dell'intervento il paziente viene condotto in rianimazione per monitoraggio, vigile, collaborante, orientato, bromage 0 e NRS 0. EGA a fine intervento con P/F >300, normocapnia, pH, elettroliti e lattati nei range. Dolore postoperatorio trattato con infusione continua di ropivacaina 0.2%+sufentanyl 0.3 mcg/ml vel 5ml/h, PCA 1.5ml, Lockout pca 20min attraverso il catetere peridurale.

Nei giorni successivi all'intervento il paziente ha manifestato un ottimo controllo del dolore sia rest sia incident con l'infusione peridurale prima impostata e non ha mai richiesto la somministrazione del farmaco rescue. Canalizzato in 2° giornata post-operatoria.

CONCLUSIONI:

L'uso della anestesia combinata può essere una valida alternativa all'anestesia generale in interventi di chirurgia addominale maggiore open, garantendo ottime condizioni chirurgiche e buon confort del

paziente pur tuttavia con limitato impatto sul respiro e sull'emodinamica del paziente.