

PRECAUZIONI NELL'ANESTESIA PER PERSONE CON PROBLEMI NEUROLOGICI

Di Selma Harrison Calmes, MD Sylmar, California.

DAL CONGRESSO TENUTO A ST. LOUIS, MISSOURI, (02.06.2005)

9th International Conference on Post Polio Health and Ventilator-Assisted Living.

Gli obiettivi di questa sessione sono di rivedere brevemente l'assistenza per l'anestesia da somministrare ai pazienti poliomielitici; di fare una panoramica della sicurezza, in generale, dell'anestesia negli USA; di discutere come aumentare le possibilità di avere la migliore assistenza nell'anestesia nella vostra zona, e infine, rispondere le domande del pubblico sulle procedure e la sicurezza nell'anestesia. Il pubblico dovrà lasciare la nostra riunione, avendo compreso quello che necessita di essere discusso con l'anestesista, in vista di un intervento chirurgico; come aumentare le possibilità di avere la migliore anestesia nella loro zona, e quanto sia sicura l'anestesia oggi, specialmente paragonato al rischio della stessa ospedalizzazione. In questa sessione saranno disponibili foglietti sulla presentazione in diapositive e una pagina con un elenco di suggerimenti sull'anestesia per i portatori di sintomi di post-polio.

COME SCEGLIERE L'ANESTESIA.

Spesso mi viene chiesto quale anestesia sia migliore per i pazienti con sintomi di PPS. Ma questo dipende dal paziente stesso (con i suoi particolari problemi di salute) che sta subendo quel particolare intervento chirurgico, con i suoi rischi e problemi; in quel momento della sua vita e con quel chirurgo (con le sue idee) e quell'anestesista (con le sue esperienze e idee). Tutti questi fattori interagiscono e si influenzano a vicenda.

Un'eccellente anestesia dipende dalla comprensione della malattia del paziente (e questo vale per qualsiasi paziente, con qualsiasi patologia, non solo per i pazienti con PPS) e come queste malattie possono avere effetti sul metodo usato per gestire l'anestesia. Si deve anche considerare il tipo di intervento a cui ci si sottopone, per il semplice fatto che ogni operazione richiede un tipo di anestesia, e non tutti gli interventi possono essere fatti con una certa tecnica d'anestesia. Per esempio, è difficile fare una laparoscopia, colecistectomia (rimuovere la colecisti con uno strumento per laparotomia) con un'anestesia locale (anestesia epidurale o spinale). L'operazione inizia iniettando molti litri di anidride carbonica (gas CO₂) nell'addome, per distenderlo in modo che il chirurgo possa raggiungere gli organi. Questo rigonfiamento è estremamente disagiabile per un paziente sveglio, ed anche la respirazione è insufficiente se il paziente respira da solo. E la distensione può interferire con il ritorno venoso al cuore, provocando un calo nella pressione. L'ipotensione può anche essere causata dall'anestesia epidurale o spinale, per cui non aiuta usare queste tecniche in questo quadro clinico. Tutte le laparotomie per colecisti devono essere fatte con anestesia generale, con controllo della respirazione. Altri fattori che possono entrare nella scelta dell'anestesia includono l'abilità del chirurgo, capace di operare con anestesia locale, o dell'area da trattare e anche l'abilità dello stesso anestesista.

COME I CAMBIAMENTI DOVUTI ALLA POLIOMIELITE INFLUENZANO L'ANESTESIA.

In quali malattie la poliomielite può avere un'importanza per l'anestesia? La poliomielite è una malattia infiammatoria del sistema nervoso. Generalmente pensiamo che abbia influenzato il midollo spinale ma molte ricerche anatomiche documentano che tutte le parti del sistema nervoso ne sono state colpite, non solo il midollo spinale. Questo spiega per quale motivo molti problemi insorgono nell'invecchiamento dei pazienti portatori di PPS. I cambiamenti nel sistema nervoso centrale possono contribuire alla sensibilità ai sedativi, e possono dare dei danni a distanza dall'anestesia. Il virus della polio influenzò anche le

giunture neuromuscolari (i tessuti connettivi fra nervi e muscoli), e questo potrebbe essere un motivo per l'eccessiva sensibilità ai miorilassanti. Vi è anche una diminuzione della massa muscolare, per cui una dose normale di rilassante potrebbe rivelarsi eccessiva per un paziente con PPS. Il dolore post-intervento potrebbe dare qualche problema; probabilmente questo è dovuto ai cambiamenti dati dall'infiammazione del midollo spinale, con una risultante lesione. Questo potrebbe influenzare la trasmissione dei segnali del dolore attraverso la spina dorsale. Il processo d'infiammazione della polio si riversa su una zona del midollo spinale dove passano le fibre che governano il sistema nervoso autonomo. Il sistema nervoso autonomo (il sistema che controlla le funzioni intestinali, che fa battere il cuore al giusto ritmo) può risultare anomalo. Questo potrebbe causare un rigurgito gastro-esofageo, tachicardia, e a volte, difficoltà nel mantenere una buona pressione arteriosa sotto anestesia. A causa di una debolezza nei muscoli della respirazione, ci può essere un'insufficiente respirazione nel periodo post-operazione; debolezza della laringe, anche con paralisi delle corde; vi può essere un'ostruzione delle prime vie respiratorie, problemi della deglutizione e dell'aspirazione. L'asimmetria del corpo dovuta a perdita della massa muscolare e scoliosi possono essere un problema. Arti con una ridotta grandezza dell'osso e nervi periferici esposti possono aggiungere difficoltà a già esistenti problemi di posizionamento.

I pazienti a cui si rivolge attenzione particolare sono gli utilizzatori dei ventilatori, anche solo per brevi periodi, e coloro che sono in un polmone d'acciaio, anche se non stanno usando la ventilazione. Per questi soggetti, prove di funzionalità polmonare prima dell'intervento sono il primo passo nella programmazione dell'anestesia. Con i risultati delle prove funzionali dei polmoni, a secondo dell'intervento richiesto e dell'anestesia, sarà valutata la possibilità di continuare l'uso del ventilatore durante l'operazione. Se non sarà possibile, il ventilatore potrà essere ripreso subito dopo l'operazione, nella propria camera di recupero. Dopo l'operazione si dovrà stare attenti a qualsiasi depressione respiratoria dovuta a farmaci narcotici per il dolore, e all'idoneità della ventilazione del paziente. Con una buona preparazione, tutti i pazienti con postumi di poliomielite dovrebbero poter essere sottoposti a intervento chirurgico senza eccessivi rischi.

CHE TIPO DI ANESTESIA È POSSIBILE AVERE? L'Anestesia Generale non è l'unico modo d'anestetizzare!

ANESTESIA GENERALE: Il paziente è completamente addormentato. Normalmente l'anestesia inizia con un'iniezione endovenosa (di propofol o pentotal). Con l'aiuto di un miorilassante ad effetto immediato, un tubo per la respirazione è spesso, ma non sempre, inserito nella trachea per assicurare che l'ossigeno possa arrivare ai polmoni del paziente. L'anestesia continua con l'inalazione di gas (spesso ossido nitrico e un'anestetico liquido vaporizzato come sevloflurane) coadiuvato da iniezioni di narcotici, medicinali amnesici e miorilassanti, se necessario. Alla fine, qualsiasi effetto di rilassamento dei muscoli potrà essere inibito con altri medicinali, i gas inalati sono interrotti e il paziente respira ossigeno al 100%. Il tubo per la respirazione è rimosso quando il paziente potrà respirare da solo; a volte è lasciato per permettere la ventilazione assistita, se necessario.

ANESTESIA LOCO-REGIONALE: Questo significa che solo una parte del corpo, dove si opera, viene anestetizzata. Il paziente può essere sveglio o completamente addormentato (con l'uso di medicinali iniettati) durante l'intervento. Un anestesista dovrebbe essere sempre presente per seguirvi, per rilevare tempestivamente qualsiasi problema e per indurre l'anestesia generale se dovesse necessitare. Le anestesi locali sono:

1) ANESTESIA SPINALE O ANESTESIA SUBARACNOIDEA: Una piccola dose di anestetico locale è iniettata nello spazio subaracnoideo, intorno alla midolla spinale. Il procedimento è come la puntura lombare. La parte inferiore del corpo è indolenzita; i livelli più alti possono esserlo a cause di dosi più alte. Prostata, vescica e chirurgia rettale sono spesso fatte mediante anestesia epidurale. Generalmente garantisce sollievo dal dolore a meno che l'addome non sia aperto e il chirurgo estraiga le viscere.

2) PERIDURALE O EPIDURALE: Invece di iniettare un anestetico locale nello spazio subaracnoideo, una dose maggiore (e forse qualche narcotico) è posta nello spazio interessato, lo spazio epidurale nel basso dorso (a volte anche più in alto). L'anestetico migra attraverso diversi livelli di tessuto per raggiungere la spina dorsale. Il vantaggio di questo metodo è che un piccolo catetere di plastica può essere posto nello spazio epidurale e potrà essere usato per un'ulteriore anestesia e un'addizionale somministrazione di medicinali antidolorifici, nel periodo post-operatorio. Psicologicamente questo è un modo più sicuro del metodo spinale; l'effetto è lento. È meno praticabile di un'anestesia spinale. È usato nelle stesse operazioni in cui si usa l'anestesia spinale; e anche per operazioni vascolari sulle gambe.

3) ANESTESIA DEI PLESSI NERVOSI: È un tipo di anestesia che si utilizza per gli arti superiori e inferiori. I nervi delle braccia possono essere raggiunti da sopra (blocco sopraclavicolare), o dal basso (infraclavare) la clavicola e attraverso l'ascella (il blocco ascellare), normalmente dando un buon sollievo per la maggior parte degli interventi del braccio e della spalla. Un blocco del nervo IV del braccio (anche chiamato blocco di Bier dal nome del primo chirurgo tedesco che lo applicò; occasionalmente usato anche per la gamba per situazioni particolari) è un facile blocco dove la struttura venosa del braccio viene svuotata e poi riempita con una soluzione diluita di anestetico locale. Sebbene a prima vista sia facile e sicura, vi sono state fatalità quando l'applicazione è avvenuta nei pronto soccorsi, o negli studi dei chirurghi. Poiché questi blocchi richiedono un grande volume di anestetico locale, vi è il rischio di tossicità locale dell'anestetico. (Questo può essere evitato con un corretto posizionamento e calcolo della dose massima sopportata dal paziente.) I nervi della mano e dell'avambraccio possono essere anestetizzati facilmente al gomito e al polso.

4) BLOCCO DEI NERVI DEGLI OCCHI: Un blocco retro-bulbare (dietro l'occhio) è l'anestesia locale standard per la chirurgia all'occhio. Negli USA è il chirurgo stesso che fa questo, invece dell'anestesista. Un anestesista è presente, per controllare complicanze al blocco, per dare del sedativo e indurre un'anestesia generale, se necessario.

5) BLOCCO DEI NERVI DELLE ESTREMITÀ INFERIORI: I nervi delle gambe possono essere bloccati con relativa facilità nella zona dell'inguine.

ANESTESIA CON ASSISTENZA MONITORATA (MAC): Il chirurgo inietta un anestetico locale nel punto dell'intervento; uno staff è presente per sedare e monitorare il paziente, pronto ad indurre anestesia generale, se necessario. Non tutte le operazioni possono essere fatte con il MAC; la migliore applicazione è per l'allentamento del tunnel carpale. La bravura del chirurgo contribuisce molto alla buona riuscita del MAC.

Per farne un sunto, dobbiamo dire che ci sono diversi modi per alleviare il dolore, per gli interventi chirurgici.

SICUREZZA DELL'ANESTESIA: Storicamente, c'è sempre stata una grande paura dell'anestesia fra i poliomielitici, per i racconti dei pazienti di problemi imputati al modo di fare anestesia, specialmente riguardo ai farmaci che rilassano i muscoli. Sebbene vi sono controversie per i pazienti poliomielitici che hanno subito anestesia, il livello di timore per l'anestesia fra i poliomielitici è probabilmente eccessivo, mentre vi sono molti altri pericoli che possono colpire i pazienti poliomielitici, quando sono in ospedale. L'anestesia, oggi, è molto sicura! Negli ultimi 30 anni, il numero dei morti attribuiti all'anestesia, sono scesi da 1 su 10.000 casi, a 1 su 250.000 casi. E questo è un traguardo veramente notevole, considerando anche il fatto che oggi negli USA si fanno 40 milioni di anestesie in un anno. La nostra organizzazione nazionale di professionisti, l'American Society of Anesthesiologists (ASA, con l'anniversario centenario di quest'anno), ha percorso la strada per il miglioramento della sicurezza nell'anestesia, e la nostra organizzazione è diventata un riferimento per altre specializzazioni che voglio aumentare la sicurezza dei pazienti. Siamo orgogliosi di questo. La sicurezza raggiunta dall'ASA è stata riconosciuta dal rapporto annuale dell'Istituto di Medicina del 1999. L'ASA è l'unica specializzazione che ha aumentato la sicurezza dei pazienti. Infine, gli avanzamenti nella tecnologia come il monitoraggio, le macchine per l'anestesia e per la respirazione hanno dato importanti contributi per aumentare la sicurezza del paziente. Il monitoraggio è sull'effetto dei rilassanti dei muscoli che è un argomento di preoccupazione fra i poliomielitici. Questo monitoraggio permette che si usino i rilassanti dei muscoli in tutta sicurezza per i pazienti.

Speriamo che questa sezione chiarisca quanto sia impegnata la categoria degli anestesisti a migliorare la sicurezza dei pazienti e quanto importante progresso sia stato fatto nel diminuire incidenti nocivi dovuti all'anestesia. I pazienti poliomielitici con PPS che dovranno subire un'ospedalizzazione per interventi chirurgici hanno più possibilità di morire o subire danni durante l'ospedalizzazione, per altri errori medici, come la somministrazione di un medicinale errato, piuttosto che per anestesia. Certamente l'ospedalizzazione dovrebbe diventare la preoccupazione principale, e ci dovrebbe essere una diminuzione di preoccupazione per l'anestesia.

AVERE LA MIGLIORE ANESTESIA: E' un problema difficile. La prima cosa è quella di avere una valutazione esatta dal medico che segue la vostra poliomielite, dal chirurgo e lo pneumologo. Dopo una valutazione congiunta della vostra condizione e dopo la decisione di quale intervento chirurgico dovete fare, potrete scegliere l'ospedale. Avrete dappertutto diverse possibilità di scelta. Un ospedale con un reparto per la riabilitazione sarebbe l'ideale. In genere, gli ospedali accademici, tendono ad avere i migliori anestesisti. Se l'ospedale non è del tipo accademico potrete chiedere quanti anestesisti hanno una specializzazione e se l'ospedale è accreditato presso JCAHO, (questo lo potrete fare da voi visitando il sito web del JCAHO). Il chirurgo potrà suggerirvi l'anestesista che abbia esperienza e possa ascoltare le preoccupazioni del paziente. La valutazione pre-operatoria dovrà essere fatta e quindi il piano per l'anestesia, con un piano d'anestesia alternativo.

Vi sono pochi anestesisti, oggi, e molti lavorano troppo. Questo significa che sarà possibile che, all'ultimo minuto, un altro anestesista sostituisca quello col quale avete parlato. (E' possibile perché l'anestesista che vi aspettavate è stato sveglio tutta la notte per una chiamata improvvisa.) Questa è un'evenienza imprevedibile, e allora l'ultimo si dovrebbe parlare col primo. Per tutta l'operazione, vi invito a chiarire quelle che sono le vostre attese e di insistere fin quando non sono soddisfatte. Questo potrebbe essere stancante, per cui fatevi accompagnare da qualcuno che può insistere per voi. Oggi tutte le organizzazioni di assistenza sanitaria sono sotto pressione, per cui si riflette sull'assistenza al paziente, per cui fatevi sentire!