

MANAGEMENT PERIOPERATORIO NON CONVENZIONALE: case report

Sarah Palmisano, Ilaria Blangetti, Maurizio Meineri, Lorena Fenoglio, Giuseppe Coletta, Alessandro Locatelli

Anestesia e Terapia Intensiva Cardiovascolare, ASO S.Croce e Carle, Cuneo

SS Blocco Operatorio ASO S.Croce e Carle, Cuneo

Minerva Anestesiologica 2011;77(Suppl 2 al n°10):P124.

INTRODUZIONE

Il monitoraggio emodinamico mini invasivo in pazienti ad alto rischio da sottoporre a chirurgia maggiore prevede per lo più l'impiego di sistemi che analizzano il contorno d'onda sfigmica¹. Tuttavia pazienti affetti da grave vasculopatia possono presentare problematiche di idoneo accesso vascolare per cui non sono rilevabili la pressione arteriosa e la saturimetria in nessun distretto accessibile.

MATERIALI E METODI

Si descrive il caso di un paziente di 80 anni, candidato ad intervento di resezione del sigma per neoplasia, affetto da arteriopatia obliterante agli arti inferiori (stadio IV), stenosi serrata dei tronchi sovraortici, broncopneumopatia cronica ostruttiva, insufficienza renale cronica, cardiopatia ischemica ipocinetica (FE 31%). La ricerca strumentale di polsi periferici è risultata negativa da qui l'impossibilità di rilevare il segnale di onda sfigmica. E' pertanto stato pianificato, oltre al monitoraggio di base (diuresi, EtCO₂, ECG), un monitoraggio emodinamico avanzato in considerazione dell'impossibilità di rilevazione pressoria e saturimetrica periferica: device non invasivo basato sulla bioreattanza (NICOM)², ecocardiografia transesofagea (TEE), monitoraggio della perfusione cerebrale con spettrofotometria a raggi infrarossi (INVOS)³. I parametri ottenuti da tali devices sono stati: indice cardiaco IC, stroke volume SV, stroke volume variation SVV, saturazione cerebrale rSO₂, funzione contrattile e indici di riempimento cardiaco.

RISULTATI

Durante l'intervento i valori rilevati sono stati i seguenti: IC 2.63±0.31/min/m², SV 52±6 ml, SVV 11%±2, rSO₂>70% bilateralmente. Al TEE non si sono evidenziate variazioni della contrattilità biventricolare. Il decorso postoperatorio e' stato regolare con dimissione in VII giornata.

DISCUSSIONE/CONCLUSIONE

La gestione volemica eco guidata ha consentito un'ottima stabilità emodinamica del paziente, come si evince dai dati sopra riportati. Tali dati hanno trovato conferma nei valori di rSO₂, indice di adeguatezza della perfusione³. L'impossibilità di rilevare un valore assoluto di pressione arteriosa non preclude un'adeguata gestione emodinamica in un paziente ad alto rischio sottoposto a chirurgia maggiore. L'ottimizzazione metabolica periferica ottenuta anche attraverso il monitoraggio multimodale sembra dunque essere una strategia adeguata per gestire in sicurezza il decorso peri-operatorio dei pazienti.

BIBLIOGRAFIA

1. Peyton PJ, Chong SW Minimally Invasive Measurement of Cardiac Output during Surgery and Critical Care A Meta-analysis of Accuracy and Precision *Anesthesiology* 2010; 113:1220 –35
2. Marqué S, Cariou A, Chiche JD, Squara P Comparison between Flotrac-Vigileo and Bioreactance, a totally noninvasive method for cardiac output monitoring *Critical Care* 2009,13:R73
- 3 Heringlake M, Garbers C, Käbler J-H, Anderson I, Heinze H, Schön J, Berger K-U, Dibbelt L, Sievers H-H, Hanke T: Preoperative cerebral oxygen saturation and clinical outcomes in cardiac surgery. *Anesthesiology* 2011; 114:58–69