

“L’esperienza presso l’Istituto Clinico Humanitas della Day Surgery per l’artroscopia di spalla “

Dott. E Arnaldi Ortopedia 1 Istituto Clinico Humanitas Rozzano (MI)

Dott.ssa R. Monzani Responsabile Unità Operativa DHC Istituto Clinico Humanitas Rozzano (Mi)

La nostra Unità di Day Hospital Chirurgico nasce nel giugno 1997 e l’attività chirurgica mininvasiva ortopedica è stata inserita nel 1998. Il crescente interesse per tecniche chirurgiche ed anestesiolgiche sempre meno invasive e per un ricovero adeguato a tale impatto clinico, ha contribuito alla recente evoluzione dell’approccio artroscopico con una anestesia locoregionale (ALR) in regime di Day Surgery (DS), che possa controllare meglio il dolore sia durante l’intervento che nell’immediato postoperatorio.

Presso la nostra Unità operativa l’indicazione chirurgica artroscopica per l’arto superiore è classica per interventi di:

- RCR
- capsuloplastica
- asportazioni calcificazioni
- artrolisi
- decompressione
- instabilità.

Il paziente che si deve sottoporre a tale intervento in Day Surgery segue un determinato percorso e viene selezionato secondo le linee guida pubblicate dalla SIAARTI e dalla SICADS. Il paziente una volta che il chirurgo ha dato l’indicazione all’intervento, viene convocato per eseguire un prericovero durante il quale farà gli esami ematochimici di minima, ECG ed eventuali ulteriori indagini strumentali (radiografia del torace se ha un’età superiore ai 60 aa). Nel pomeriggio prosegue il percorso con la visita cardiologica, se ha un’età superiore ai 50 aa, la visita anestesiolgica e la visita ortopedica conclusiva.

Durante la visita di prericovero l’anestesista raccoglie l’anamnesi, vengono fornite informazioni sul tipo di anestesia, i rischi correlati con la patologia di base ed illustrato e firmato il consenso informato.

Vengono consegnate le prescrizioni di preparazione all’intervento ed una brochure informativa in cui si racconta lo svolgimento della giornata in DHC. L’anestesista si accerta, inoltre che il paziente abbia un accompagnatore per il giorno dell’intervento e che non rimanga in casa da solo nelle prime ventiquattro ore post operatorie, ricorda l’importanza dell’assunzione della terapia farmacologica cardiologica anche il giorno dell’intervento ed il digiuno completo.

Il giorno dell’intervento, dopo l’accettazione, al paziente viene consegnato un camice che dovrà indossare al posto dei suoi vestiti, che verranno custoditi in un armadietto chiuso a chiave e riconsegnati al momento della dimissione.

Nella nostra esperienza anestesiológica per l'artroscopia chirurgica di spalla tra le varie tecniche anestesiológicas abbiamo standardizzato, come prima scelta, il blocco del plesso brachiale per via interscalenica.

Il giorno dell'intervento l'anestesista ricontrolla con il paziente l'anamnesi raccolta durante la visita preoperatoria, rivaluta le condizioni fisiche generali, dato che possono essere trascorsi alcuni giorni.

Viene praticata la preanestesia con midazolam 5 mg i.m., e si prepara il materiale che servirà all'esecuzione dell'anestesia:

ago teflonato 21 G 50 mm

elettroestimolatore

ropivacaina 0,75% 150 mg + 5 ml fisiologica

Durante l'esecuzione dell'ALR vengono monitorati PA incruenta, FC, ECG, SAO₂, viene somministrata la profilassi antibiotica prescritta dallo specialista durante la visita di prericovero.

Il paziente è in decubito supino, con la testa rivolta contro lateralmente all'arto da operare e monitorato in continuo.

La scelta della via interscalenica è dettata dalla migliore risposta motoria dei territori innervati e dall'elevato successo in caso di pazienti con situazioni anatomiche difficili come collo corto od obesità.

L'utilizzo della ropivacaina è consigliato per l'analgesia prolungata che offre nel post-operatorio, soprattutto perchè i nostri pazienti iniziano la riabilitazione nello stesso giorno prima della dimissione.

Il blocco del plesso brachiale per via interscalenica è eseguito sia nel paziente operato in decubito laterale che in Beach Chair.

La posizione Beach Chair spesso è scelta dal chirurgo per la miglior facilità di manipolazione dell'artroscopio e per evitare trazioni sull'arto superiore indispensabili nella posizione laterale.

In letteratura nei pazienti in Beach Chair, con anestesia del plesso brachiale per via interscalenica, è riportata un'incidenza del 17-30% di stimolazione del plesso vagale, potenzialmente pericolosa.

La posizione seduta induce un'ipovolemia centrale che causa un aumento del tono simpatico e della contrattilità cardiaca, che scatenano il riflesso di Bezold-Jarisch che consiste in effetti simpaticolitici sull'albero arterioso con depressione del circolo ed aumento del tono vagale con bradicardia spiccata ed ipotensione.

Anche l'ipertensione arteriosa che a volte si scatena intra operatoriamente, senza motivi apparenti, sia in soggetti ipertesi che assumono abitualmente terapia che in pazienti normotesi, è di difficile controllo nella posizione seduta e per questo motivo noi preferiamo gestire il decubito laterale.

Dal 1998 ad oggi abbiamo effettuato 5709 artroscopie di spalla con il blocco del

plesso brachiale per via interscalenica, di cui, nell'anno appena trascorso abbiamo eseguito 1341 interventi, 789 in regime di DS e 552 in overnight.

Le complicanze insorte sono state pochissime, abbiamo avuto un caso di puntura accidentale della subaracnoidea con infusione dell'anestetico nello spazio subaracnoideo, con insorgenza di anestesia spinale alta. Il paziente ha lamentato insufficienza respiratoria per cui è stato intubato e ventilato, i parametri vitali si sono normalizzati dopo 3 ore dall'esecuzione dell'ALR, questo ci ha consentito di decidere di eseguire l'intervento in anestesia generale, al risveglio il paziente ha presentato risoluzione completa del quadro di insufficienza respiratoria ed è stato ricoverato per una notte per un adeguato monitoraggio cautelativo.

Abbiamo avuto una lesione temporanea del plesso brachiale: la paziente, 25 anni, a 6 ore dall'anestesia, riferiva dolore di tipo trafittivo nell'arto operato e lungo il decorso del plesso.

Alla visita di consulenza la paziente mostrava iperestesia cutanea con esacerbazione in alcuni trigger points, per questo motivo sono stati praticati pomfi sottocutanei di ropivacaina, per un totale di 50 mg. Si decideva il ricovero di una notte per monitoraggio della sintomatologia.

La paziente otteneva un miglioramento della sintomatologia e scomparsa del dolore, ma a distanza di un'ora ricompariva la stessa sintomatologia dolorosa, sono stati somministrati 5 mg di morfina sottocute, essendo trascorse 8 ore dall'anestesia, ed è stata prescritta una terapia ansiolitica a base di lorazepam, e vitamine del complesso B nel sospetto di uno stupor del plesso.

Il giorno successivo la paziente riferiva un miglioramento della sintomatologia, ma non una completa remissione, per questo motivo è stata richiesta una consulenza neurologica che prescriveva un'elettromiografia di controllo per valutare l'eventuale entità del danno neurologico, e terapia con carbamazepina e cortisone.

A distanza di quindici giorni, si è ottenuta una regressione completa della sintomatologia e ripresa di una vita normale da parte della paziente.

Conclusioni

La nostra esperienza, ci porta a dire che nei pazienti sottoposti ad artroscopia di spalla in DS in ALR, è da preferire il decubito laterale per un miglior comfort del paziente e facilità di assistenza. Nei pazienti con problemi cardiologici è sicuramente migliore il decubito laterale per prevenire bradicardie e ipotensione arteriosa pericolosa .

Inoltre uno dei nostri obiettivi, per il comfort del paziente, è il mantenimento di un'adeguata temperatura corporea durante l'intervento dato che in sala operatoria è necessario mantenere una bassa temperatura ambientale. Per ottenerla utilizziamo delle coperte ad aria calda posizionate sul corpo del paziente.

Talvolta si può verificare un rialzo pressorio che pone problematiche di sanguinamento maggiore sul campo operatorio e conseguentemente cattiva visione all'operatore. In questi casi per normalizzare i valori pressori utilizziamo un'infusione continua di nitroglicerina.

L'utilizzo di questo farmaco ci permette di avere una rapida insorgenza dell'effetto ipotensivo senza effetti collaterali alla sospensione.

Altre volte l'aumento della PA è scatenato da stimoli ansiogeni, allora si seda il paziente con propofol al dosaggio di 2- 3 mg/kg/h.

Il nostro prossimo obiettivo è di migliorare il comfort antalgico del paziente a domicilio, riducendo le possibili variabili legate alla gestione personale dei farmaci antidolorifici prescritti. Abbiamo in corso uno studio sull'utilizzo del cerotto transdermico di buprenorfina al dosaggio di 75 μ /h, che permetterebbe di offrire al paziente una copertura antalgica di 72 ore con unica somministrazione di farmaco effettuata prima della dimissione dal DHC.

Un secondo studio è incentrato sulla somministrazione di una compressa di ossicodone da 10 mg. E' allo studio anche una revisione del percorso di pre-ricovero al fine di ridurre gli accessi in ospedale del paziente, con conseguente riduzione dei tempi di attesa per l'intervento programmato.

Bibliografia:

- Skyhar MJ et co shoulder artroschopy with the patient in the beach chair- position. Arthroscopy 1988
- Rubin A. new trends in regional Anaesthesia. Minerva Anesthesiol.2001 September;67(9 Suppl1):1-4
- Alessio J, et al. Activation of the Bezold-Jarisch reflex in the sitting position for shoulder arthroscopy using interscalene block. Anesth Analg 1995; 80:1158.