

La Prontezza dell' Anestesista-Rianimatore nelle Emergenze: Ostruzione delle Alte Vie Aeree: Caso Clinico.

Dr. Benigni Giovanni (*), Dr. Cocco Livio (*), Dr.ssa Raffa Marianna(**)
U.O.C. di Anestesia e Rianimazione, Ospedale Civile di Ariano Irpino

(*) Dirigente Medico in Anestesia e Rianimazione, ASL AV, Ospedale Civile di Ariano Irpino(AV)

(**) Direttore UOC di Anestesia e Rianimazione, ASL AV, Ospedale Civile di Ariano Irpino(AV)

Contatti: Dr. Benigni Giovanni email: dott.benigni@tiscali.it

Ricevuto: 12 Genn 2011, Riinviato: 3 Febb 2011, Accettato: 14 Febb 2011

Riassunto.: Nella pratica clinica dell'anestesia e della terapia intensiva può capitare che il medico si imbatta in situazioni particolari e potenzialmente pericolose, in cui le linee guida o i modelli standardizzati di comportamento non sono sufficienti. Di seguito viene descritto un caso clinico da ostruzione delle alte vie aeree, causata da un voluminoso corpo estraneo (8cm di lunghezza e 100gr di peso), in cui l'anestesista adibito alle urgenze ha avuto la determinazione ed il coraggio necessari a risolvere rapidamente il problema andando oltre le stesse linee guida.

Abstract.: In clinical anaesthesiology and intensive care practice, the physician may be faced with strange and rare problems not considered in standard guidelines and for this matter potentially dangerous. We relate about a clinical case of a young boy with an upper airways obstruction due to a very big piece of meat (8cm and 100gr), in which the emergency room's anaesthetist, with his lucidity and determination, resolved the problem overcrossing the guidelines.

Key words.: Acute upper airway obstruction; Cardiopulmonary resuscitation guidelines; Emergency airways management; Parents- ICU doctor relationship.

Introduzione

In questi ultimi anni abbiamo convogliato i nostri interessi nella stesura ed attuazione di protocolli per il controllo e la migliore gestione degli apparecchi elettromedicali a disposizione degli anestesisti-rianimatori al fine di garantire una sempre maggiore "sicurezza in anestesia".

Innegabilmente i nostri sforzi hanno dato ottimi risultati riducendo notevolmente i rischi sia per il paziente da sottoporre alle procedure diagnostico-terapeutiche che per il personale sanitario. (1)

La conseguenza di ciò è una sempre maggiore tranquillità dell'utenza che, forte di una corretta e scrupolosa informazione, si affida ad un'anestesista pronto ad applicare con scienza e coscienza le linee guida del caso al fine di minimizzare qualsiasi rischio e di avere un comportamento "univoco" con gli altri colleghi. (2)

Tuttavia il problema nasce nel momento in cui, ad esempio durante l'attività di DEA, ci si imbatte in una situazione "anomala" che richieda un notevole spirito di iniziativa che vada oltre i freddi protocolli. (3) (4)

Un esempio di quanto detto è il caso clinico, presentatosi presso il Pronto Soccorso del nostro Presidio Ospedaliero, di seguito descritto.

Caso Clinico

Nel primo pomeriggio di qualche mese fa il collega anestesista, adibito alle urgenze, viene allertato dal 118 circa l'imminente arrivo al Pronto Soccorso di un ragazzo di 18 anni con diagnosi di asfissia da corpo estraneo, ingurgitato durante il pranzo, e sospetto di ab-ingestis.

In attesa dell'arrivo del paziente il collega ha seguito i protocolli adottati dal nostro reparto, settando il respiratore e gli apparecchi per il monitoraggio, preparando i farmaci ed il materiale per l'eventuale intubazione, controllando il kit per la tracheotomia percutanea e facendo preparare sia il materiale per l'incannulamento di una vena per le infusioni rapide che il carrello per le emergenze. (5) (6) (7)

Il paziente arriva nella camera delle emergenze in uno stato di spossatezza, tachicardico, cianotico, con una saturazione periferica del 60%, sudorazione profusa, emottisi ed agitazione psico-motoria.

Viene adeguatamente monitorizzato ed alla auscultazione del torace si evidenziano sibili, ronchi e rantoli diffusi su tutto l'ambito polmonare.

Inoltre sono rilevate abbondanti secrezioni fluido-ematiche in ipofaringe, prontamente aspirate mediante sondino naso-gastrico, e si somministra ossigeno ad alti flussi con pallone di Ambu e maschera facciale.

Grazie alla sua esperienza clinica ed alla prontezza di spirito, il collega anestesista nota che durante il tentativo di ventilazione manuale vi è un minimo passaggio di aria nei polmoni.

Vengono effettuati due controlli emogasanalitici, uno all'ingresso e l'altro dopo il suddetto approccio, che evidenziano una lieve risalita della pO₂.

Per cui, tenendo conto della gravità della situazione e della necessità di agire rapidamente per non perdere il paziente, procede alla sedazione del paziente mediante propofol allo scopo di effettuare un tentativo di laringoscopia diretta.

Tale decisione risulta vincente in quanto si riesce a visualizzare un corpo estraneo posizionato trasversalmente alle coane, incastrato dietro al velopendolo.

Grazie all'utilizzo di una comune pinza di Magill, presente sul carrello delle emergenze, il corpo estraneo viene agevolmente asportato ed identificato come una braciola di carne lunga circa 8cm e del peso di quasi 100gr. (FIGURE 1 e 2 in allegato)

Dopo l'asportazione del voluminoso corpo estraneo si procede, quindi, ad una ulteriore sedazione con propofol (150 mg) ed alla curarizzazione con cis-atracurio (14 mg) per potere effettuare:

L'intubazione oro-tracheale del paziente (tubo numero 7);

Una accurata ed adeguata toilette bronchiale con aspirazione di abbondante materiale ematico e corpuscolare;

Una ventilazione meccanica idonea alla situazione (8);

Gli esami ematochimici e strumentali richiesti dal caso;

Il trasferimento del paziente in terapia intensiva per il prosieguo delle cure del caso (9) (10).

In Terapia Intensiva si pratica immediatamente una fibrobroncoscopia per continuare ad aspirare il materiale siero-ematico ed identificarne con certezza l'origine.

Grazie alla fibrobroncoscopia si evidenziano segni di edema polmonare lesionale e si constata che la parete tracheale e quella dei grossi bronchi sono sostanzialmente indenni. (11)

La raccolta anamnestica è, sin dall'arrivo in pronto soccorso, ostacolata dalla reticenza e dalla diffidenza dei familiari (il padre è autoritario e diffidente verso il personale mentre la madre appare agitata e sottomessa al marito).

Il paziente rimane ricoverato in rianimazione per 5 giorni, e durante i colloqui il primario della nostra Unità Operativa riesce, entrando gradualmente in confidenza con i genitori del paziente, ad ottenere un raccordo anamnestico più chiaro. (12) (13)

Il ragazzo viene descritto come taciturno ed introverso, inoltre si scopre che nei mesi precedenti al ricovero, aveva già avuto numerosi episodi di disfagia (almeno 4) sempre regrediti spontaneamente e, quindi, non considerati importanti dai familiari.

Infine, si scopre che gli episodi di disfagia sono insorti in concomitanza alla decisione, imposta dal padre, di far intraprendere al ragazzo la carriera militare.

Quando le condizioni cliniche lo hanno consentito, il paziente è stato trasferito presso il reparto di medicina generale del nostro Presidio Ospedaliero per procedere ad un attento studio circa la causa reale dell'evento.

Alla dimissione si è pertanto consigliata, data la storia familiare raccolta durante il ricovero presso il nostro reparto, sia una nuova valutazione neurologica del paziente per l'esclusione di disfunzioni neurologiche che una valutazione psichiatrica al fine di escludere una componente psichica da disagio familiare.

A distanza di due mesi dall'evento, il paziente è tornato in Ospedale per un controllo neurologico che è risultato negativo.

In questa occasione è stato rivalutato anche dal rianimatore che lo aveva soccorso: non si sono evidenziati danni residui dalla vicenda riportata.

Discussione

Il caso clinico che abbiamo esposto in questa relazione non è altro che una delle infinite situazioni che ogni anestesista-rianimatore può, volente o nolente, essere costretto ad affrontare durante la propria attività.

L'imprevedibilità e l'eccezionalità di questi eventi sono le caratteristiche che li rende pericolosi, aumentando notevolmente i rischi per il paziente e per gli operatori del DEA.

Questi rischi possono essere notevolmente ridotti adottando il "modus operandi" che scaturisce dalle norme e dai protocolli ispirati alle direttive nate dai convegni sulla sicurezza in anestesia.

Tuttavia queste direttive non devono rimanere degli atti applicati sterilmente ed unilateralmente dall'anestesista, ma devono essere ben assimilati ed integrati con scienza e coscienza dal buon senso e dallo spirito d'iniziativa di tutto il personale medico e paramedico.

Concludiamo questa trattazione con il seguente aforisma di Augusto Murri: "Il pratico il quale non abbia la mente preparata agli eventi più rari cade forse raramente; ma quando cade precipita in errori i più funesti per sé e talora anche per i suoi malati".

Bibliografia:

Field JM et al. Executive Summary: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation* 2010; 122 (18_suppl 3): 5640-56.

Billi JE, Nolan MW et al. Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation. *JAMA* 2005; 293(22): 2713-14

European Resuscitation Council. Advanced Life Support (ALS) manual – Edition Guidelines 2005. 5th edition (April 2006): 1-168.

Wenzel V, Russo S, Arntz HR, Bohr J, Baudin MA, Bottiger BV, Dirks B, Dorges V, Fiscer M, et al. The new 2005 resuscitation guidelines of the European Resuscitation Council comments and supplements. *Anaesthetist* 2006 Sept; 55 (9): 958-66, 968-72, 974-79.

Andronik Ovassapion. Book and Media Reviews, Manual of Emergency Airway management. *JAMA* 2009; 302 (7): 800-802.

Heffner JE. The technique of Tracheotomy and Cricothyroidotomy, When to operate and how to manage complications. *J. crit. Illn* 1995 Aug; 10(8):561-8.

Gillespie MB, Eisele DW. Outcomes of emergency surgical airway procedures in a hospital – wide setting. *Laryngoscope* 1999 Nov; 109(11): 1766-69.

Deesanchock A, Webb KA, Forkest L, Jensen D, O'Donnel DE et al. Lung hyperinflation and its reversibility in patients with airway obstruction of varying severity. COPD 2010 Dec; 7(6): 428-37.

Al.Qudah M, Shetty S, Alonari M, Alydah M. Acute adult supraglottitis: Current management and treatment. South Med J 2010 Aug; 103(8): 800-4.

Mitchell RM, Eisele DW, Goldenberg D. The Tracheotomy punch for urgent Tracheotomy. Laryngoscope 2010; 120 (Suppl 4): S198.

Oswalt CE, Gates GA, Fritz M, Halmstrom G. Pulmonary Edema as complication on Acute airway obstruction. JAMA 1977; 238 (17): 1833-1835.

Lima AB, Rosa D de O. The life meaning of the parents of the critical patient. Rev Esc Enferm USP 2008 sept; 42 (3):547-53.

Bailey JJ, Loiselle CG, Mcvey L, et al. Supporting families in the ICU: a descriptive correlational study of informational support, anxiety, and satisfaction with care. Intensive Crit Care Nurs. 2010 Apr 26 (2): 114-22



