

MONITORED ANAESTHESIA CARE (MAC) NELLA CHIRURGIA ANTALGICA

GM Pisanu, S Mamei, A Pili, L Mura, *A Marchi

U.O. Medicina del Dolore, PO A. Businco; *Istituto Anestesia e Rianimazione Università degli Studi - CAGLIARI

INTRODUZIONE. Fino a non molti anni fa le tecniche chirurgiche per il controllo del dolore persistente-cronico prevedevano il più frequente ricorso alla semplice anestesia locale, spesso insufficiente, o talora all'anestesia generale (AG), quantunque si trattasse spesso di pazienti in gran parte anziani, con gravi patologie d'organo. Le implicazioni fisiopatologiche costituivano pertanto un notevole challenge anestesiológico. Per di più lo stato di narcosi impediva ampia parte delle sollecitazioni funzionali sia sensitive (per lo stato di incoscienza del paziente in AG) che motorie (per l'azione dei miorellassanti), che spesso occorre evocare nella ricerca del target migliore nel corso di numerose procedure antalgiche di tipo neurolesivo. La disponibilità di nuovi farmaci endovenosi a cinetiche rapide (propofol e remifentanil) e prevedibili dal punto di vista farmacodinamico, consente il ricorso ad una tecnica anestesiológica che trova sempre maggiori spazi nel vasto panorama chirurgico: la Monitored Anaesthesia Care (MAC) [Sa Rego 1998]. La MAC è una metodica anestesiológica applicata a pazienti sottoposti a procedure diagnostiche o terapeutiche, non sopportabili o pericolose senza la presenza dell'anestesista, nel corso delle quali essi appaiono sedati ma collaboranti, privi di dolore, in respiro spontaneo e sono totalmente monitorizzati: con la MAC si garantisce un maggiore comfort e sicurezza soprattutto al paziente [Pisanu 2006]. Nell'ambito delle tecniche chirurgiche esiste un'ampia documentazione bibliografica sull'impiego di diversi approcci sedativi ed antalgici intesi a migliorare il confort dei pazienti durante tali interventi. Non ci risultano invece pubblicazioni relative all'impiego della MAC nel settore algologico: abbiamo voluto verificare se la MAC, associata ad adeguata anestesia locale, potesse soddisfare le esigenze proprie di questo particolare ambito chirurgico.

MATERIALI E METODI. Sono stati studiati 72 pazienti (età media 59 ± 15 anni; 37 M e 35 F;) sottoposti a trattamenti chirurgici antalgici, per le tecniche neuromodulatorie o neurolesive praticate presso il nostro centro (Cordotomie 24; Impianto SCS 17; Posizionamenti di Pompe totalmente impiantabili 6; Cifoplastica 3; Termorizotomie trigeminali 8; Alcolizzazione dei nervi splanchnici 5; Denervazione di faccette articolari 5; varie 7) nel periodo compreso tra Febbraio e Luglio 2008. **Tecnica anestesiológica. Premedicazione:** midazolam 2 mg e.v. ~ 10' prima del trasferimento in sala operatoria. In sala operatoria è stata monitorizzata la PA incruenta, l'ECG e la FC, la SaO₂, la pletismografia, l'attività respiratoria ed applicato sistema di O₂ terapia (FiO₂ 30%). E' stata, quindi, avviata infusione di remifentanil alla dose di 0,05 μ g/kg/min e di propofol in TCI (Target Controlled Infusion) con dose al sito effetore di 0,2 μ g/ml, mantenendo un costante controllo della frequenza respiratoria ed un continuo contatto verbale con il paziente, fino ad un livello 2 della Observer's Assessment of Alertness/Sedation [Chernik 1990].

A tutti i pazienti è stata praticata anestesia locale di superficie utilizzando lidocaina 2%, 5-10 ml, prima dell'inizio delle procedure. Nel corso dell'intervento chirurgico sono stati somministrati 15 mg·kg⁻¹ di paracetamolo, proseguito nel postoperatorio a dosi di 1 g ogni 8 h.

RISULTATI. Nel corso dell'intervento la SaO₂ ha oscillato tra 90 e 96%; i valori della Pressione Arteriosa si sono mantenuti stabili con variazioni non superiori al 30% rispetto a quelli di partenza. L'infusione del remifentanil e del propofol sono state sospese all'apposizione dell'ultimo punto di sutura. Durante l'intervento è stato possibile mantenere un contatto verbale costante con i pazienti, ottenendo un'efficace collaborazione nel raggiungimento dei target previsti dalle procedure. A fine intervento i pazienti hanno dichiarato un sostanziale apprezzamento per il tipo di sedo-analgesia praticata, la quale ha consentito un soddisfacente controllo del dolore chirurgico; pertanto i pazienti hanno dichiarato che avrebbero accettato tale anestesia anche in futuro, laddove si fosse reso necessario un reintervento. L'operatore è apparso pienamente soddisfatto del risultato e delle condizioni operatorie, anche in considerazione dell'assenza di fenomeni compromissori, sia intra che postoperatori.

CONCLUSIONI. La MAC in combinazione con l'anestesia locale offre una sicura ed efficace alternativa all'anestesia generale nell'ambito della chirurgia antalgica. Alcuni vantaggi includono un minore stress fisico complessivo, un minor sanguinamento intraoperatorio prodotto dalla vasodilatazione degli agenti inalatori, un recupero postoperatorio più rapido e l'assenza di tosse e/o mal di gola post-intubazione. Tuttavia, la decisione di optare per la MAC piuttosto che per l'anestesia generale dovrebbe essere presa su base individuale, considerando diversi fattori, quali la capacità dell'anestesista di garantire un buon confort del paziente senza indurre apnea, la percezione del paziente di essere sveglio e la sua capacità di collaborare durante l'intervento ed, infine, la dimestichezza del chirurgo con tale procedura e la sua condivisione.

BIBLIOGRAFIA.

1. Sá Rêgo, Mônica M. et Al.. *What is new in monitored anesthesia care?* Current Opinion in Anaesth: Vol 11(6) Nov 1998:601-606
2. GM Pisanu. *Monitored Anaesthesia Care (MAC): farmacologia e schemi.* Atti VII Congresso Regionale Sardo di Anestesia e Rianimazione — Tortolì 6 - 7 Ottobre 2006:35-37
3. D Chernik, et al. *Validity and reliability of the observer's assessment of alertness/sedation scale: study with intravenous midazolam.* J Clin Psychopharmacol 1990;10:244-51