

ANESTESIA SUBARACNOIDEA A BASSA CONCENTRAZIONE + ANKLE BLOCK PER LA GESTIONE PERIOPERATORIA NELLA CHIRURGIA DELL'ALLUCE VALGO (STUDIO PRELIMINARE)

Salvatore Farci, Lorenzo Deiana, Olivia Carta, Francesca Marceddu, Antonello Galgano, Stella Ada Gullotta

Referente. Salvatore Farci, responsabile del Servizio Anestesia Policlinico Città di Quartu (Casa di Cura Privata Accreditata). E-mail: farcisalv@tiscali.it

Background. Nell'ambito della chirurgia del piede, l'intervento per la correzione dell'alluce valgo, risulta sicuramente il più comune. Esistono diverse tecniche chirurgiche che vengono attualmente utilizzate (Bosh, SERI etc) che differiscono tra loro per "filosofia" ed invasività, ma tutte hanno un denominatore comune: il dolore postoperatorio intenso. Per queste ragioni la chirurgia del piede rappresenta una continua sfida per l'anestesista che, da un lato, ha gli strumenti per fare un'ottima anestesia intraoperatoria, mentre si deve arrovellare per trovare una buona analgesia postoperatoria che sia efficace ma che consenta una rapida mobilizzazione e dimissione del paziente, soprattutto se si opera in regime di Fast-track surgery.

Razionale. Escludendo l'anestesia peridurale continua, difficilmente gestibile a domicilio, e l'anestesia generale che comporta una serie di limitazioni di tipo organizzativo che penalizzano il turnover sul letto operatorio e non risolve, comunque, il problema del dolore postoperatorio, abbiamo per anni utilizzato il Blocco del nervo sciatico. Tale tecnica, nelle sue diverse varianti, comportava comunque la dolorosa scelta tra un blocco con AL a breve emivita, con conseguente rapida mobilizzazione ma scarsa analgesia postoperatoria o l'uso di AALL a lunga emivita che però comportavano un blocco motorio prolungato che inficiava le possibilità di dimissione precoce. D'altra parte l'uso del solo blocco alla caviglia (ankle block)¹, seppure condotto con ENS o Ecoguida, era gravato, nella nostra esperienza, da una failure rate >5%. Esso, inoltre, risultava sgradito ai pazienti a causa dell'alto numero di punture e, comunque, non rendeva possibile l'uso del tourniquet se non con l'associazione di sedo-analgesia⁴. Scopo dello studio è valutare se l'uso di una tecnica combinata "sub aracnoidea + blocco periferico" possa risultare idoneo per la chirurgia del piede in regime di day surgery.

Materiale e metodi. Si tratta dell'uso combinato di un'anestesia subaracnoidea a bassa concentrazione (ASBC) in associazione al ben più noto "ankle block". Previa premedicazione, l'ASBC si pratica con il paziente in decubito laterale utilizzando un ago tipo Whitacre da 25-27G. Si somministra una quantità di 3,75-5 mg di bupivacaina iperbarica allo 0,25%² secondo tecnica ASSML. Tenendo il paziente in decubito laterale, si pratica il blocco anestetico della caviglia secondo i punti di reperi classici, utilizzando 10 ml di chirocaina³ + 75 mcg di clonidina, così ripartiti: 4 ml al n. tibiale posteriore; 3 ml al n. peroneo profondo + 1 ml al n. peroneo superficiale; 2 ml al n. safeno. Il protocollo non prevedeva la somministrazione intraoperatoria di farmaci analgesici mentre erano prescritti FANS al bisogno. È stata condotta un'indagine retrospettiva su 20 pazienti, operati di alluce valgo con tecnica S.E.R.I. in regime di one day surgery, dalla stessa équipe chirurgica, tra il mese di gennaio e il mese di marzo del 2015. Il campione era costituito da pazienti prevalentemente di sesso femminile (18 femmine contro 2 maschi) di età compresa tra i 25 e 72 anni (media 52,45 anni), di peso medio 64,4 Kg (range 50-82 Kg). Basandosi su quanto riportato sulla cartella anestesiologicala sono stati valutati i seguenti Items: riuscita del blocco subaracnoideo sensitivo e motorio, onset-time, tollerabilità al tourniquet per tutta la durata dell'intervento, offset del blocco motorio; per quanto riguarda l'ankle block non è stato possibile valutarne le caratteristiche intraoperatorie in quanto coperto dal precedente blocco sub aracnoideo. Dalla cartella infermieristica del reparto è stato rilevato il consumo di analgesici, eventuali complicanze e l'orario di recupero della home fitness (capacità alla deambulazione, prima minzione, alimentazione, assenza di dolore e di PONV).

Risultati. Il blocco sub aracnoideo è risultato efficace nel 100% dei pazienti per tutta la procedura. Il tourniquet è risultato fastidioso in un solo paziente che aveva ricevuto 3,75 mg di bupivacaina subaracnoidea ma non ha necessitato di terapia aggiuntiva. L'ankle block non è stato percepito come doloroso da nessun paziente mentre tre pazienti hanno percepito una pressione dietro la caviglia al momento dell'infiltrazione del n. tibiale posteriore. Tutti i pazienti mostravano onset-time del blocco sensitivo monolaterale entro 5 min mentre 5 pazienti(20%) mostravano ancora mobilità delle dita del piede. Il blocco si completava in tutti i casi entro 15 min. Il blocco sub aracnoideo si risolveva in tutti i pazienti entro 120 min dal rientro in reparto. Nessun paziente mostrava segni di ritenzione urinaria. Tutti i pazienti raggiungevano la home fitness entro 180 min. Il consumo di farmaci risultava nullo in 17 pazienti mentre 3 pazienti, con una scala VAS >4, richiedevano la somministrazione di un analgesico nel corso della degenza. Un paziente riceveva un FANS, uno FANS+Tramadol ed al terzo veniva somministrato Paracetamolo. Tutti i pazienti venivano dimessi la mattina successiva all'intervento.

Discussione. L'intervento di correzione dell'alluce valgo è stato, per lungo tempo, erroneamente catalogato tra gli interventi a media componente algica. In realtà il dolore postoperatorio "percepito e raccontato" è talmente grave da convincere molti pazienti a ritardare l'intervento o a desistere dall'intervento sul piede contro laterale. Ciò è facilmente comprensibile se si pensa alla fine e complessa innervazione e alla alta concentrazione di nocicettori in un organo cui è deputata la funzione deambulatoria nella specie umana. Nonostante la complessità anatomica del piede e della sua innervazione, risulta a favore dell'anestesista il fatto che la sensibilità dolorifica del piede viaggia, in ultima analisi, esclusivamente attraverso il nervo sciatico ed è quindi relativamente facile bloccarla. Il blocco del nervo sciatico, però, comporta il blocco dei muscoli della loggia posteriore della coscia e dell'intera gamba, con perdita della capacità a deambulare. Con l'uso di AALL a lunga durata (bupivacaina, chirocaina) si ottengono dei blocchi talmente prolungati da impedire la dimissione del paziente che teme il rientro a domicilio con un arto completamente paralizzato. L'uso dell'associazione ASBC+Ankle Block, invece, sfrutta la breve durata(circa 120 min) del blocco subaracnoideo in associazione a un blocco del piede della durata anche 18-24 h. Questa situazione è compatibile con la precoce dimissione del paziente che può deambulare con il semplice ausilio della stampella.

Conclusioni. Da quest'indagine preliminare si evince che l'uso razionale di una terapia polimodale risulta adeguato per il trattamento del dolore postoperatorio nell'intervento di correzione dell'alluce valgo in one day surgery. Sarà, però, necessario avviare uno studio prospettico su più larga scala per confermare i risultati sopra esposti e valutare eventuali problematiche non emerse in un così esiguo campione. Se questi risultati preliminari fossero confermati, potremmo inserire l'alluce valgo nel novero delle patologie trattabili chirurgicamente in regime ambulatoriale.

Bibliografia

- Palmisani S, Arcioni R, Di Benedetto P, De Blasi RA, Mercieri M, Ronconi P. Ropivacaine and levobupivacaine for bilateral selective ankle block in patient undergoing hallux valgus repair. *Acta Anaesthesiol. Scand.* 2008; 52:841-844
- Farci S. Anestetici a basso dosaggio in anestesia spinale : bupivacaina iperbarica 0,25% Vs prilocaina iperbarica 2% (Esperienza personale). 15° Congresso Regionale di Anestesia e Rianimazione. Cagliari, 5-8 novembre 2014
- Klein SM, Pietrobon R, Nielsen KC, Warner DS, Greengrass RA, Steele SM. Peripheral nerve blockade with long-acting local anesthetics: a survey of the Society for Ambulatory Anesthesia. *Anest. Analg.* 2002; 94:71-76
- Tran D, Clemente A, Finlayson RJ. A review of approaches and techniques for lower extremity nerve blocks. *Can J Anaesth.* 2007;54:922-934.