

BLOCCO DEL PLESSO LOMBARO PER VIA POSTERIORE E SPINALE SELETTIVA IN PAZIENTE CON SPONDILITE ANCHILOSANTE IDIOPATICA: ARTROPROTESI ANCA DX ED ARTROPROTESI ANCA SN.

*Di Stefano D., **Restuccia G., *Foti A.

Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione Garibaldi, Catania

P.O.Garibaldi Centro U.O.C. Anestesia e Rianimazione*

P.O.Garibaldi Centro U.O.C. Ortopedia e Traumatologia**

Corrispondente: Daniela Di Stefano danidistefano@gmail.com danieladistefano2@virgilio.it

INTRODUZIONE- La Spondilite Anchilosante Idiopatica, o Morbo di Bechterew, è una patologia reumatica infiammatoria cronica ed autoimmune ad eziologia sconosciuta, che esordisce in genere tra i 20 e i 40 anni con un rapporto maschi - femmine di 3/1. Colpisce prevalentemente lo scheletro assiale (articolazioni sacro-iliache e colonna vertebrale). Il processo infiammatorio a carico della colonna vertebrale determina la completa fusione della colonna stessa (colonna a canna di bambù). Complicanze comuni l'osteoporosi e l'interessamento di altre articolazioni periferiche, con coxartrite, sublussazione atlo-epistrofea, spondilodiscite etc... Possono essere coinvolte le strutture costo-vertebrali e costo-sternali, con conseguente diminuzione dell'espansibilità toracica, dispnea e patologie correlate. Il quadro clinico, inoltre, può complicarsi con iridocicliti, insufficienza aortica, angina pectoris, pericardite, nefropatia, amiloidosi renali, lesioni ileo-coliche. L'approccio terapeutico è multidisciplinare; spesso si rende necessario ricorrere ad interventi di artroprotesi d'anca per il forte dolore e l'invalidità conseguenti a coxartrite bilaterale. Al fine di ridurre i rischi dell'approccio anestesiológico, ottenere tempi anestesiológicos intraoperatori adeguati anche nel caso di tempi chirurgici prolungati ed un'analgesia selettiva nel post-operatorio, abbiamo trattato un paziente affetto da SA di grado IV (secondo i criteri classificativi di New York modificati) con artroprotesi d'anca biologica dx nel 2010 ed artroprotesi d'anca biologica sn nel 2013, associando un blocco del plesso lombare dx (esn) ad un blocco centrale sub aracnoideo selettivo.

METODO- Nel 2010 il ns. paziente eseguiva l'intervento di artroprotesi biologica dell'anca dx, per grave coxartrite con dolore resistente ai FANS e rigidità articolare (figura 1); affetto da SA dall'età di 36 anni, presentava "colonna a canna di bambù", osteoporosi diffusa, anteriorizzazione dell'articolazione atlanto-occipitale, escursioni respiratorie ridotte per rigidità toracica, episodi recidivanti di iridociclite OD, ipertensione arteriosa, sporadiche extrasistoli sovra ventricolari. I blocchi anestesiológicos sono stati eseguiti con paziente monitorizzato ed in sedazione cosciente (fentanyl 1mcg/kg, midazolam 0,02mg/kg), ed era comunque presente in sala operatoria un fibroscopio nel caso si fosse resa necessaria un'intubazione oro tracheale (IOT). Nel 2010, per eseguire l'artroprotesi dx, si poneva il paziente in posizione laterale sul fianco dx, con il lato da operare in posizione declive. Quindi, dopo un pomfo di anestetico locale, veniva eseguito il blocco lombare dx. con approccio posteriore a livello del compartimento dello psoas, secondo i reperi proposti da Capdevila X. nel 2002, utilizzando l'ENS. Introdotto l'ago teflonato sulla linea bisiliaca a cm. 3 dalla linea interspinosa, ed ottenuto il twitch valido ad una profondità di cm 7 dalla cute, corrispondente alla contrazione del quadricipite ed allo scivolamento della rotula dx, si iniettavano 20 ml di ropivacaina 7,5mg/ml (mg 150) con numerose aspirazioni per evitare iniezioni intravascolari. È stato eseguito il Raj test (FIGURA 2). Quindi, con il paziente sempre in posizione laterale, si procedeva ad un blocco centrale sub aracnoideo selettivo lombare (a livello L4-L5) con ago Quincke 25G, iniettando 18 mg di bupivacaina iperbarica 0.5% (3,8 ml.).

Nel giugno 2013, il paziente si sottoponeva al secondo intervento di artroprotesi biologica per coxartrite dell'anca sn. Le sue condizioni cliniche erano pressochè stazionarie rispetto al precedente intervento. Si adottava la stessa tecnica anestesiológica: un blocco del plesso lombare sn ed una spinale selettiva con il paziente in posizione laterale sn. Dopo avere stabilito i reperi

secondo Capdevila, stavolta con sonda ecografica convessa 3-7 mhz si identificava il processo trasverso sn di L4, e subito al di sopra di esso, s' introduceva l'ago teflonato collegato all'ENS alla ricerca del twitch valido per la somministrazione dell'anestetico locale.(FIGURA 3)

In ambedue gli interventi non sono stati inseriti cateterini peri-neurali, e, nel post-operatorio, 10h dopo la fine degli interventi chirurgici, sono state collegate per via endovenosa pompe elastomeriche da 100 ml,con flusso 2 ml/h (durata 50 h),con morfina (30 mg),e ketorolac(150 mg).

RISULTATI - In ambedue gli interventi chirurgici il paziente non ha voluto essere sedato durante le procedure chirurgiche, chiedendo di restare assolutamente sveglio. Il paziente,recuperati gli effetti sensitivo-motori dei blocchi sub aracnoidei, rientrava nelle sale di degenza con gli effetti anestesiolgici dei soli blocchi lombari monolaterali , selettivi riguardo la sede chirurgica. Non è stato necessario somministrare analgesici entro le prime dieci ore del post-operatorio, e neanche successivamente è stato necessario incrementare le dosi analgesiche stabilite (VAS 0-2 a riposo, VAS 2-4 in movimento).Non si è verificato spread epidurale, nessun effetto dovuto a tossicità dell'anestetico locale,nessun danno nervoso permanente, né transitorio.Il pazienteha chiesto e si è alimentato nel post-operatorio entro le prime sei ore, senza fastidi. Il catetere vescicale è stato rimosso nel post-operatorio entro le prime 12 ore dall'intervento chirurgico; non si è verificata cefalea, non c'è stata ipotensione imputabile a cause anestesiolgiche nel post-operatorio.

DISCUSSIONE e CONCLUSIONI -Nei pazienti affetti da SA l'intubazione oro tracheale è difficoltosa per la rigidità della colonna cervicale, e può essere pericolosa nei casi di interiorizzazione atlanto-occipitale per la possibile frattura del dente dell'epistrofeo e conseguenti danni midollari.Il controllo del dolore post-operatorio deve inoltre tenere conto della ridotta espansibilità toracica di questi pazienti, e delle patologie correlate. Pertanto le anestesi locoregionali sono considerate in questi pazienti tecniche anestesiolgiche valide. Abbiamo evitato l'approccio in epidurale, non esente da possibili complicanze ed effetti collaterali(ematomi epidurali, ascessi epidurali, cefalea post-puntura durale, prolungate cateterizzazioni vescicali, ipotensioni etc...).Abbiamo quindi ottenuto in un paziente affetto da Spondiloartrite Anchilosante di IV grado selettività anestesiolgica nella chirurgia ortopedica protesica dell'anca,garantito tutte le fasi chirurgiche (incisione, impianto, delle protesi, riduzione, sutura dei piani chirurgici fino alla cute) anche oltre i tempi concessi dalle dosi intratecali di bupivacaina iperbarica 0,5%, con rapido recupero del paziente, alti livelli di gradimento, controllo del dolore sia a riposo, sia durante fisioterapia precoce.

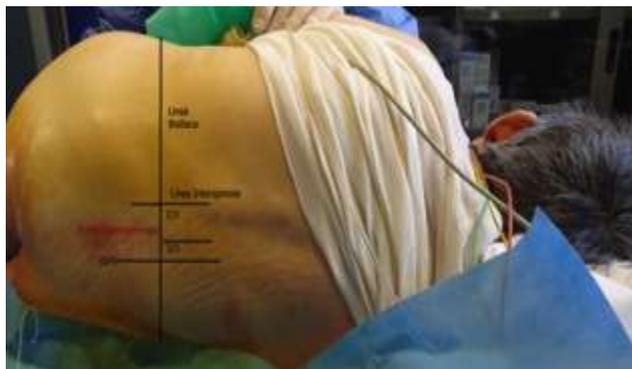


FIGURA 2 (nel Poster Figura 1 e Figura3)

Bibliografia

1. L.J.Woodward and P.C.A.Kam- Ankylosingspondylitis:recentdevelopments and anaestheticimplications – Anaesthesia 2009 , 64, pg 540-548
2. K.J.Chin, V. Chan – Ultrasonographyas a preoperativeassessmenttool:predicting the feasibility of centralneuraxialblockade – AnaesthAnalg 2010 :110-252-3
3. Sieper J, Braun J-Ankylosingspondylitis- Lancet 2007;369:1379-90
4. CapdevilaX,Coimbra C, Choquet O- Approaches to the lumbarplexus:success, risks, and outcomes- Reg AnesthPainMed 2005; 30:150-162