

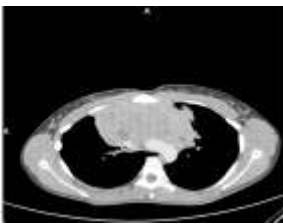
CASO CLINICO: MASSA MEDIASTINICA ANTERIORE, IMPLICAZIONI ANESTESIOLOGICHE

Marcer G., La Fata C., Presello B., Dus G., Lucangelo U., Berlot G. (Dipartimento di Anestesia, Rianimazione, Terapia antalgica e Terapia iperbarica AOU "Ospedali riuniti" di Trieste)

Introduzione:

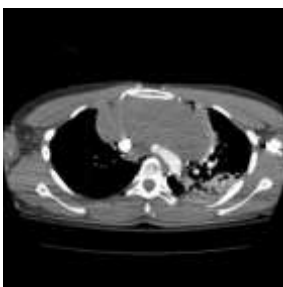
Le masse mediastiniche anteriori possono essere benigne o maligne e originare da timo, tiroide, polmone, vie aeree, pleura, pericardio e tessuto linfatico e possono causare compressione e ostruzione di tre strutture mediastiniche vitali: albero tracheobronchiale, arteria polmonare, atri e vena cava superiore; segni e sintomi clinici sono determinati dal loro grado di compressione esterna. L'anestesia generale aumenta tale effetto compressivo con la somministrazione di miorilassanti e l'ausilio della ventilazione meccanica per riduzione del diametro trasverso del torace, perdita di tono della parete toracica, diminuzione del gradiente transpleurico e diminuzione dell'output cardiaco, portando all'arresto cardiopolmonare. È attualmente difficile determinare l'incidenza di tali complicanze intraoperatorie nella popolazione adulta in quanto la maggior parte degli studi e dei casi clinici in letteratura coinvolgono la popolazione pediatrica, quindi il limite maggiore è l'esatta identificazione dei soggetti a rischio di importanti e letali complicanze cardiache e respiratorie dopo l'induzione dell'anestesia generale.

Caso clinico:



Ragazza di 25 anni, anamnesi remota muta, da due mesi presenta tosse stizzosa associata a dispnea ingravescente non severa con episodio febbrile durato 4-5 giorni. L' Rx torace dimostra uno slargamento del mediastino. Al giorno 1 esegue TC torace: tumefazione solida nel mediastino anteriore di 15 cm, trombosi alla confluenza tra vena succlavia e giugulare sinistra, non riconoscibile per verosimile compressione il tronco anonimo, marcato restringimento della VCS,

comprese e dislocate posteriormente tutte le strutture vascolari e bronchiali, trachea avvolta a maniccotto con modesta riduzione del calibro nel tratto subito al di sopra della biforcazione, stasi venosa del fegato. L' Ecocardiogramma dimostra versamento pericardico (20mm) con iniziali segni di compressione delle camere destre, vena cava inferiore dilatata ed ipocollassabile in inspirio. I cardiocirurghi non danno indicazioni a pericardiocentesi per stabilità clinica. Il giorno 30 viene programmato per la mattina seguente dai chirurghi toracici intervento chirurgico di videotoracosopia destra per biopsie della massa mediastinica. Giorno 31: induzione dell' anestesia generale con Midazolam 1,5 mg, Fentanest 0,1 mg, Propofol 9 mg e Cisatracurio 6 mg; Tubo endotracheale num. 7, durante tentativo di posizionamento bloccatore endobronchiale destro in fibroscopia episodio di broncospasmo, importante desaturazione ed instabilità emodinamica e difficoltà alla ventilazione. Si esegue AngioTC toracica d'emergenza e biopsia TC guidata della massa mediastinica.



L' Angio TC dimostra: comparsa di atelettasia quasi completa lobi inferiori bilaterali, tumefazione mediastinica aumentata di 2cm che causa un maggior effetto compressivo sulle strutture mediastiniche maggiormente dislocate posteriormente, TET a valle dell'estremo distale che si presenta collabito fino alla carena (per 5 cm); filiforme e scarsamente riconoscibile all'origine il bronco principale di sinistra, più compresso il bronco principale destra, versamento pericardico aumentata di 0,5 cm. La paziente viene ricoverata in Terapia Intensiva: drenaggio del versamento pericardico, riposizionamento a valle

dell'ostruzione tracheale del TET, inizio del trattamento cortisonico ad alti dosaggi e successivamente della chemioterapia alla diagnosi di Linfoma di grandi cellule B del mediastino con sclerosi. Giorno 48: risoluzione del quadro ed estubazione.

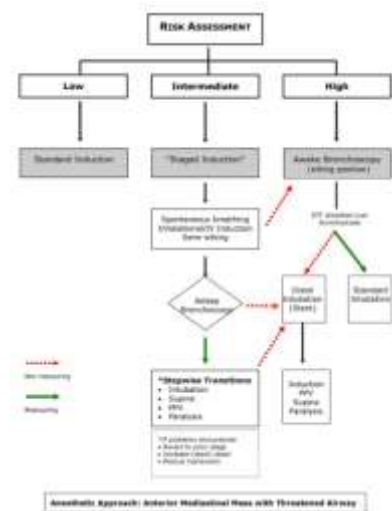
Discussione:

Nel preoperatorio un'attenta valutazione clinica, TC torace ed Ecocardiogramma ci permettono di stratificare il rischio anestesilogico di complicanze intraoperatorie nei pazienti con massa mediastinica anteriore in basso, intermedio ed elevato rischio:

Basso rischio: asintomatico o poco sintomatico, assenza di sintomi posturali o evidenza radiologica di compressione strutture vitali.

Rischio intermedio: sintomi posturali da lievi a moderati, diametro tracheale $> 50\%$.

Rischio elevato: sintomi posturali severi, cianosi, stridore, diametro tracheale $< 50\%$ o compressione tracheale associata a compressione bronchiale, versamento pericardico o sindrome della VCS.



Nei pazienti adulti con massa mediastinica anteriore è importante stratificare il rischio perioperatorio per stabilire la tecnica anestesilogica più adeguata. La clinica in questo gioca un ruolo fondamentale. Nei pazienti a rischio intermedio ed elevato si deve evitare l'utilizzo dei miorelassanti e mantenere il paziente in ventilazione spontanea, quindi evitare l'anestesia generale e optare per altre tecniche diagnostiche eseguibili in anestesia locale. Se ciò non fosse possibile bisognerebbe procedere all'intubazione da sveglio con mantenimento durante la procedura della ventilazione spontanea, prendendo in considerazione l'utilizzo del broncoscopio rigido, indurre l'anestesia nella posizione di miglior confort clinico per il paziente ed allestire preoperatoriamente gli accessi per un bypass cardiopolmonare d'emergenza.