

GESTIONE ANESTESIOLOGICA IN PAZIENTE CON TUMORE DEL GLOMO CAROTIDEO

Castellani M.¹, Fionda D.¹, Di Marco C.¹, Cardilli E.¹, Santoro C.¹, Marzilli C.², Marsili I.², Ciccozzi A.², Piroli A.², Marinangeli F.²

¹Scuola di Specializzazione in Anestesia, Rianimazione e Terapia Intensiva, Università “G. D’Annunzio”, Chieti- Pescara, sede aggregata di L’Aquila

²Scuola di Specializzazione in Anestesia, Rianimazione e Terapia Intensiva, Università degli Studi di L’Aquila

Autore corrispondente: Martina Castellani; e-mail: marticastellani@gmail.com

INTRODUZIONE

I tumori del globo carotideo sono neoformazioni, altamente vascolarizzate, originate dalle cellule paragangliari e localizzate a livello della biforcazione dell’arteria carotide comune. Costituiscono una patologia molto rara con un’incidenza variabile tra 0,06 e 3,33 su 100.000 pazienti^{1,2}.

Sebbene considerati benigni e a lento accrescimento, l’aumento di dimensioni dei tumori del globo carotideo è correlato a comparsa di sintomi da compressione delle strutture circostanti. Pertanto, il trattamento chirurgico è ampiamente accettato come opzione terapeutica principale³.

Riportiamo il caso di una paziente di 52 anni affetta da tumore del globo carotideo destro.

CASE REPORT

Donna di 52 anni, asintomatica. In anamnesi riferiva ipertensione arteriosa in trattamento e presenza di noduli tiroidei sotto controllo ecografico. L’ultima ecografia tiroidea aveva rilevato in via collaterale la presenza di area ipoecogena di circa 10 x 7 mm tra carotide interna e carotide esterna. Per ulteriori accertamenti, la paziente eseguiva un ecocolordoppler dei vasi epiaortici, che evidenziava: *“a dx presenza di placca ATS fibrocalcifica della biforcazione carotideica con stenosi del 30% non emodinamicamente significativa, tra la carotide interna ed esterna presenza di tumefazione di 9,4 mm x 13,5 mm che sembra non infiltrare le pareti dei vasi. A sin presenza di placca ATS fibrocalcifica della biforcazione carotideica con stenosi del 30% non emodinamicamente significativa”*.

Nel sospetto di un globo carotideo dx, si consigliava angio TC. Alla TC encefalo e collo, con e senza mdc, si evidenziava: *“a dx, in corrispondenza della biforcazione carotideica, la presenza di una piccola formazione a morfologia ovalare che divarica le carotidi all’origine, di circa 10 mm di dimensione massima trasversa e 12 mm di dimensione longitudinale, caratterizzata da intenso e disomogeneo potenziamento postcontrastografico in fase arteriosa; la stessa può essere compatibile con tumore glomico”*.

Posta l’indicazione chirurgica alla resezione della neoformazione stessa, la paziente giungeva al nostro ambulatorio per la valutazione anestesiológica. Appariva in buone condizioni di salute, all’anamnesi risultava affetta da ipertensione arteriosa in terapia con ace-inibitore associato a diuretico, gli esami ematochimici risultavano nella norma, l’elettrocardiogramma rilevava soltanto una bradicardia sinusale a 58 bpm. In vista dell’intervento chirurgico, alla paziente venivano richieste una consulenza neuro-fisiopatologica (no disturbi neurologici accessuali né alterazioni del sensorio, no deficit neurologici focali a carico del SNC), una consulenza ORL (negativa) e un Rx della regione cervico-mediastinica (colonna aerea tracheale sostanzialmente in asse).

La mattina dell’intervento la paziente veniva premedicata con Midazolam 0,1 mg/Kg e Atropina 0,01 mg/Kg i.m.. In sala operatoria venivano incannulati due accessi venosi periferici di grosso calibro (16 Gauge) e l’arteria radiale sinistra; si procedeva a monitoraggio di routine, PA cruenta, TOF e applicazione piastre del defibrillatore. Dopo pre-ossigenazione, si induceva la paziente con

Propofol 3 mg/Kg, Rocuronio 0,7 mg/Kg, si posizionava tubo orotracheale armato cuffiato e si collegava al ventilatore in ventilazione meccanica controllata. Mantenimento con Remifentanil in infusione continua (0,05/0,2 mcg/kg/min) e Sevorane 2%. Durante la procedura, la paziente mostrava assoluta stabilità dei parametri emodinamici e assenza di tachi- o bradi-aritmie; l'Ega intraoperatorio mostrava pH 7.4, pCO2 32 mmHg, pO2 88 mmHg, Hb 11 g/dl. Al termine dell'intervento si somministrava Sugammadex 200 mg e Paracetamolo 1 g. La paziente veniva estubata in assenza di paralisi neuromuscolare residua (TOF 100%) e con attività respiratoria regolare. Trasferita nel reparto di appartenenza, proseguiva la propria degenza non riportando alcun deficit neurologico o complicanze cardio-respiratorie.

CONCLUSIONI

La gestione anestesiológica dei pazienti con tumore del glomo carotideo può risultare complessa a causa delle possibili complicanze: accidenti cerebro-vascolari, lesione dei nervi cranici e cervicali, emorragia massiva, ematoma cervicale, sindrome di Horner. Le formazioni nervose più frequentemente interessate sono i nervi cranici VII, IX, X e XII; la loro lesione può causare disfagia, disfonia, rischio di ostruzione e inalazione di materiale nelle vie aeree. I deficit neurologici sono nella maggior parte dei casi reversibili, risolvendosi nell'arco di settimane o mesi¹.

Durante l'intervento possono verificarsi fenomeni parasimpatici e/o simpatici, quali puntate ipertensive/ipotensive, bradi- o tachi-aritmie, arresto cardiaco; nell'ambito della letteratura internazionale la mortalità è compresa tra 0-7,4%.

Concludendo, vanno asportate anche le lesioni di piccole dimensioni sia per le potenzialità invasive sia per la maggiore semplicità dell'intervento che, in questi casi, è gravato da complicanze neurologiche significativamente inferiori. Tuttavia, la decisione di procedere all'intervento chirurgico deve essere sempre fondata sulla stabilità delle condizioni cliniche di base di ogni paziente.

BIBLIOGRAFIA

1. Sajid M.S., Hamilton G., Baker D.M. A multicenter review of carotid body tumour management. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2007;34(2):127–30.
2. Plukker J.T.M., Brongers E.P., Vermey A., Krikke A., van den Dungen J.J.A.M. Outcome of surgical treatment for carotid body paraganglioma. *Br J Surg.* 2001;88(10):1382–6.
3. Paridaans, M.P.M. et al. Results from Craniocaudal Carotid Body Tumor Resection: Should It be the Standard Surgical Approach? *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery*, Volume 46, Issue 6, 624 - 629

