



SCLEROSI MULTIPLA ED ANESTESIA

G. Dus, S. Addesa, M. Di Virgilio, G. Marcer, L. Comuzzi, U. Lucangelo, G. Berlot

Introduzione:

La sclerosi multipla è la malattia neurodegenerativa demielinizante più comune del sistema nervoso centrale. Colpisce prevalentemente le donne e alla sua patogenesi concorrono fattori sia genetici che ambientali. Lo stress perioperatorio e l'anestesia rappresentano due dei molteplici fattori di rischio responsabili dell'esacerbazione degli attacchi della SM. Inoltre, i pazienti con SM che si sottopongono ad un'anestesia, presentano un rischio maggiore di complicanze su base neurologica rispetto a pazienti sani.

Considerazioni anestesologiche e metodologie nei pazienti con SM:

La SM viene classificata in tre forme in base al decorso della malattia:

1. Recidivante-remittente (SMRR)
2. Secondariamente progressiva (SM-SP)
3. Primitivamente progressiva (SM-PP)

La forma più comune è la recidivante-remittente caratterizzata dalla presenza di attacchi alternati a intervalli liberi da malattia. La sintomatologia d'esordio è piuttosto varia: diplopia, neurite retrobulbare e astenia rappresentano le manifestazioni più comuni. La terapia degli attacchi acuti prevede l'utilizzo di corticosteroidi a dosi elevate, mentre per le fasi silenti si utilizzano immunomodulatori: interferon alfa e beta, come prima scelta e natalizumab come seconda, rappresentano i principali farmaci utilizzati. In corso di anestesia, oltre allo stress perioperatorio, l'ipertermia e un cattivo controllo del dolore, possono essere considerati trigger dell'insorgenza di un attacco. Da non trascurare l'interazione dei farmaci anestetici con la terapia immunomodulatrice che viene assunta dai pazienti con SM e lo stato di immunosoppressione in cui si trovano.

Casi clinici: materiali e metodi

I casi clinici che presentiamo si sono verificati in regime d'emergenza. Entrambe le pazienti presentavano la forma recidivante-remittente di cui soffrivano rispettivamente da 33 e 15 anni (diagnosi nel 1998 in tutti e due i casi) e ambedue, al momento dell'intervento, risultavano in fase quiescente. Dopo un'intubazione a sequenza rapida utilizzando fentanyl e propofol vs fentanyl e tiopentone, in entrambi i casi si è optato per il mantenimento con Sevoflorano. Monitoraggio arterioso invasivo, capnografico e neuromuscolare mediante TOF sono stati posizionati all'induzione. Non è stata utilizzata succinilcolina ma rocuronio per il miorelaxamento durante l'intervento. Terminata la parte chirurgica, è stata sospesa la somministrazione di sevoflurane ed entrambe le pazienti sono state estubate con TOF 4, autonome dal punto di vista ventilatorio e con recupero completo dello stato di coscienza. Successivamente sono state portate in terapia intensiva per il monitoraggio post operatorio. Previo consenso raccolto nel preoperatorio, le pazienti sono state ricontattate a 1-3-5 mesi, per verificare l'eventuale comparsa di esacerbazioni.

Conclusioni:

Pazienti con SM devono essere accuratamente preparati in previsione di un intervento chirurgico. La scelta di un approccio anestesologico piuttosto che un altro, deve tener conto del tipo di SM del quale il paziente è affetto, della terapia in corso, del grado di coinvolgimento neurologico e della presenza di attacchi acuti in atto. La comunità scientifica è concorde sulla necessità di posticipare, qualora possibile, l'intervento in presenza di sintomatologia riferibile all'attacco acuto. Per quanto concerne la gestione anestesologica, l'anestesia spinale è piuttosto discussa in letteratura, a differenza della peridurale nella quale la concentrazione di anestetico locale che viene a contatto con la sostanza bianca può considerarsi trascurabile.

L'anestesia generale, d'altro canto, prevede un'accurata analisi delle riserve ventilatorie del paziente: la spirometria rappresenta un esame fondamentale, in quanto la demielinizzazione può colpire la sostanza bianca a livello del bulbo dove risiedono i centri autonomici del respiro. Per quanto riguarda la scelta dei miorelaxanti, la succinilcolina viene sconsigliata in ogni caso per il

rischio concreto di iperkaliemia. Studi dimostrano che non esistono vantaggi nell'utilizzare un'anestesia totalmente endovenosa rispetto ad una inalatoria. Il sevoflurano viene considerato sicuro sia all'induzione che per il mantenimento dell'anestesia. Dall'analisi dei risultati dei casi da noi considerati, è stato possibile constatare che la gestione anestesiológica da noi intrapresa, non ha causato riacutizzazioni a breve termine come invece viene riportato in letteratura.

Indifferentemente dal tipo di anestesia prescelta, un'adeguata preanestesia per eliminare lo stress preoperatorio, un ottimo controllo termico e del dolore devono essere adeguatamente valutati in quanto rappresentano gli indiscussi trigger responsabili degli attacchi.

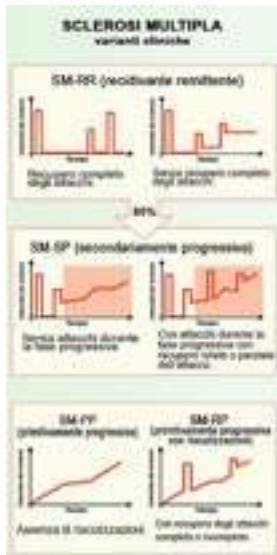


Fig.1

	CASO 1 (49 aa)	CASO 2 (28 aa)
INTERVENTO	Splenectomia d'urgenza in Emoperitoneo da rottura in due tempi della milza	Appendicite acuta con microperforazione
TERAPIA PER SM	INF 1a	NATALIZUMAB
INTUBAZIONE	Fentanyl , tiopentone, Rocuronio	Fentanyl, propofol, rocuronio
MANTENIMENTO	Sevoflurane,fentanyl, rocuronio	Sevoflurane, fentanyl e rocuronio
TOF FINE INTERVENTO	TOF 4	TOF 4
IMMEDIATO POSTOPERATORIO	Paziente sveglio e collaborante, buona dinamica ventilatoria, VAS 0, emodinamica stabile.	Paziente sveglio e collaborante, buona dinamica ventilatoria, VAS 0, emodinamica stabile.
RECIDIVA PAZIENTE	Mese 1: nessuna Mese 3: aumento astenia, distonia al piede destro Mese 5: Ricaduta con neurite ottica, astenia, ciclo di steroidi ad alto dosaggio	Mese 1: nessuna Mese 3: aumento astenia Mese 5: nessuna

Tabella 1.