

Τροποποίηση πρωτοκόλλου τοπικής αναισθησίας για ξυπνητή διασωλήνωση με ινοπτικό βρογχοσκόπιο σε ασθενή με νόσο Parkinson.



ΕΑΕΙΒΕ
Εταιρεία Αναισθησιολογίας
και Εντατικής Ιατρικής Βορείου Ελλάδος

Στεργιούδα Ζ., Στάχταρη Χ., Μένης Α., Μπραζουκάκης Ν., Σαρρή Π., Κωνσταντινίδης Δ., Κοράκη Ε., Αστέρα Θ.

Αναισθησιολογικό Τμήμα, ΓΝΘ « Γ.Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη



ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
“Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ”

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Γυναίκα 72 ετών προσήλθε στα ΤΕΠ της γναθοχειρουργικής με λουδοβίκιο κυνάγχη. Η ασθενής παρουσίαζε σκληρή επώδυνη φλεγμονή, δυσκαταποσία και τριγμό με άνοιγμα στόματος 1,5 cm. Διενεργήθηκε αξονική η οποία ανέδειξε υπογνάθιο και υπογενεϊδίο απόστημα. Λόγω της αδυναμίας διάνοιξης του στόματος προγραμματίστηκε ξυπνητή ρινοτραχειακή διασωλήνωση με ινοπτικό βρογχοσκόπιο (AFOI). Λόγω του ιστορικού (ν. Parkinson) η ασθενής δεν μπορούσε να πραγματοποιήσει τους γαργαρισμούς με λιδοκαΐνη 2% (3 – 4 φορές με 5 cc) οπότε, έγινε η εξής τροποποίηση: α) νεφελοποίηση με λιδοκαΐνη 2% (2*4cc για 30 min – αντί 1*4 cc) και χορήγηση 1 gr παρακεταμόλης. Επιπλέον, εφαρμόστηκε η τεχνική McKenzie (3*4cc λιδοκαΐνης 2% στα 4 l/min O₂) αντί των γαργαρισμών. Η προετοιμασία για τους ρώθωνες έγινε όπως προβλεπόταν με σταγονες Otrivin® και τζελ λιδοκαΐνης. Δόθηκε 0.6 mg ατροπίνη για την μείωση της σιελόρροιας και για καταστολή χρησιμοποιήθηκε δεξμεδετομιδίνη με δόση φόρτισης 1μg/kg σε 10 min και στην συνέχεια διατήρηση με 0,5 μg/kg/h.



Εικόνα. Συσκευή McKenzie

Η AFOI ολοκληρώθηκε επιτυχώς, με πολύ καλή συνεργασία από πλευράς της ασθενούς χωρίς έκλυση των φαρυγγικών αντανάκλαστικών και βήχα. Η διαδικασία πραγματοποιήθηκε υπό πλήρες monitoring και συνεχή χορήγηση οξυγόνου, ενώ μετά την επιβεβαίωση της θέσης του τραχειοσωλήνα ο ασθενής ετέθη σε γενική αναισθησία.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η αποτελεσματική AFOI βασίζεται σε τρεις βασικούς άξονες. Στην ενημέρωση του ασθενούς, στην κατάλληλη προετοιμασία του ανώτερου αεραγωγού και στις δεξιότητες χειρισμού του βρογχοσκοπίου. Η προετοιμασία του αεραγωγού αποτελεί ένα πολύ βασικό στάδιο για τη ασφαλή και επιτυχή ολοκλήρωση της τεχνικής. Ιδανικά ο ασθενής θα πρέπει να μην βήχει, να μην πονάει, να έχουν κατασταλεί το αντανάκλαστικό του βήχα και του φάρυγγα καθώς και να μην παρεμποδίζεται το οπτικό πεδίο από σίελο και αίμα. Υπάρχουν πολλοί τρόποι για να το πετύχουμε αυτό, ο καλύτερος ωστόσο, θα πρέπει να είναι εξατομικευμένος στον ασθενή και να υπάρχει εμπειρία στην εφαρμογή του.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1.Ahmad I, El-Boghdadly K, Bhagrath R, Hodzovic I, McNarry AF, Mir F, et al. Difficult Airway Society guidelines for awake tracheal intubation (ATI) in adults. *Anaesthesia*. 2020 Apr;75(4):509–28.
- 2.Simmons S, Schleich A. Airway regional anesthesia for awake fiberoptic intubation. *Regional Anesthesia and Pain Medicine*. 2002 Mar;27(2):180–92.
- 3.Cabrini L, Baiardo Redaelli M, Ball L, Filippini M, Fominskiy E, Pintaudi M, et al. Awake Fiberoptic Intubation Protocols in the Operating Room for Anticipated Difficult Airway: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Anesthesia & Analgesia*. 2019 May;128(5):971–80.