

Μεταμόσχευση νεφρού σε ασθενή με προηγηθείσα μεταμόσχευση πνευμόνων.

Ντόκα Πολυξένη, Δανάσση Δέσποινα, Φωτοπούλου Γεωργία, Πανταζόπουλος Χαράλαμπος, Λιώση Αικατερίνη, Καρούσος Δημήτριος

Αναισθησιολογικό τμήμα, Γ.Ν.Α ΛΑΪΚΟ

Σκοπός

Η μεταμόσχευση νεφρού είναι μια επέμβαση που απαιτεί συγκεκριμένη αναισθησιολογική πρακτική που διαφέρει από τις άλλες χειρουργικές επεμβάσεις. Απαιτείται αυξημένος ενδοαγγειακός όγκος που επιτυγχάνεται με αρκετά επιθετική χορήγηση κρυσταλλοειδών διαλυμάτων και επίτευξη και διατήρηση ΜΑΠ > 90 mmHg για την αποτελεσματική επαναιμάτωση και λειτουργικότητα του μοσχεύματος. Όμως, στο συγκεκριμένο περιστατικό, λόγω της προηγηθείσας μεταμόσχευσης πνευμόνων η πρακτική θα έπρεπε να μεταβληθεί.

Παρουσίαση Περιστατικού

Ασθενής 45 ετών προσέρχεται στο νοσοκομείο προκειμένου να υποβληθεί σε μεταμόσχευση νεφρού από ζώντα δότη. Έχει ήδη υποβληθεί σε διπλή μεταμόσχευση πνευμόνων προ 15 ετών λόγω κυστικής ίνωσης. Ως αιτία της νεφρικής βλάβης ορίζεται η τοξικότητα από αναστολείς της καλσινευρίνης που ελάμβανε και είχε ως αποτέλεσμα να βρίσκεται υπό αιμοκάθαρση τα τελευταία 3,5 έτη. Επίσης μετά την μεταμόσχευση πνευμόνων και μάλλον εξαιτίας της ανοσοκατασταλτικής αγωγής εμφάνισε ΣΔ τύπου 2 ινσουλινοθεραπεύόμενο και ΑΥ υπό αγωγή ενώ από το λοιπό αναμνηστικό ιστορικό

διαπιστώνεται σύνδρομο υπνικής άπνοιας υπό CPAP και σύνδρομο Άνω Κοίλης φλέβας λόγω τοποθέτησης port-a-cath στο παρελθόν με συνοδό διόγκωση τραχήλου, ιδίως δεξιά. Έχει ικανοποιητική σπιρομέτρηση (FVC: 3,54Lt. FEV₁: 4,3 Lt, FEV₁/FVC: 74,3%) με ομότιμο αναπνευστικό ψιθύρισμα άμφω, συγκεντρική υπερτροφία Αρ.Κοιλίας με EF: 55-60% και δείκτες προβλεπόμενης δύσκολης διασωλήνωσης (Mallampati III-IV, κιν ΑΜΣΣ<90°, περιμ. Αυχένα > 40 cm , ΘΠΑ< 6 cm και άνοιγμα στόματος ≤ 3cm). Διαπιστώθηκε επίσης η ύπαρξη επιγλωττίδας τύπου Ω από την ΩΡΛ εκτίμηση. Ο ασθενής είχε ευχερή αερισμό με τη χρήση προσωπίδας και διασωληνώθηκε με τη χρήση βιντεολαρυγγοσκοπίου (C-MAC, dblade) με ΕΤΣ Νο 7, όπου και διαπιστώθηκε η ύπαρξη σημαντικής παρεκτόπισης της τραχείας προς τα αριστερά . Η εισαγωγή στην αναισθησία έγινε με : προποφόλη 180mg, φεντανύλη 0,1mg και ροκουρόνιο 100mg. Η διατήρηση έγινε με τη χρήση πηθητικού αναισθητικού (δεσφλουρανιο) με MAC 1,0 και παρακολούθηση του βάθους της αναισθησίας ώστε BIS = 40-60. Χρησιμοποιήθηκε νευροδιεγέρτης για την συνεχή παρακολούθηση του βάθους μυοχάλασης ενώ χρειάστηκε επαναληπτική και τελευταία χορήγηση ροκουρονίου 20mg στις 2 ώρες περίπου. Ως μοντέλο αερισμού επιλέχθηκε το VCV (V_T= 6 ml/ kg, RR= 14 με PEEP 5cm H₂O με προσοχή ώστε η P max < 30 cm H₂O) με FIO₂ ≈40%. Η μεταμόσχευση διήρκεσε 3,5 ώρες με συνολική κατευθυνόμενη χορήγηση

κρυσταλλοειδών (Vigileo, Edwards) μόλις 2.5 Lt, όταν κατά μέσο όρο χορηγούνται 3-3,5Lt. Ο ασθενής αποσωληνώθηκε μετά από αναστροφή της μυοχάλασης (TOFR> 0.8) με τη χρήση νεοσιγμίνης και ατροπίνης. Παρέμεινε υπό παρακολούθηση για 30 λεπτά και μεταφέρθηκε στη ΜΕΘ για περαιτέρω παρακολούθηση για το πρώτο 24ωρο.Είχε ομαλή μετεγχειρητική πορεία και εμφάνισε ικανοποιητική διούρηση το πρώτο 24ώρο.

Συμπεράσματα

Ο ασθενής με προηγηθείσα μεταμόσχευση πνεύμονα χρήζει ειδικής αντιμετώπισης ανάλογα με το πόσο σύντομα είχε γίνει η μεταμόσχευση και με ποια τεχνική ακολουθήθηκε. Χρήζει εκτεταμένης προαναισθητικής εκτίμησης και ιδιαίτερη μέριμνα στη διεγχειρητική και μετεγχειρητική διαχείριση. Απαιτούνται προσεκτικοί χειρισμοί στη διασωλήνωση και αποσωλήνωση, χρήση προστατευτικών μοντέλων αερισμού και προσοχή στη χορήγηση υγρών γιατί λόγω της προβληματικής λεμφικής κυκλοφορίας του μεταμοσχευμένου πνεύμονα, που τον καθιστά ευάλωτο σε ανάπτυξη οιδήματος. ⁽¹⁾ Έπρεπε επομένως να βρεθεί μια ισορροπημένη διαχείριση του ασθενούς προκειμένου να προστατευτεί το μεταμοσχευμένο ζεύγος πνευμόνων και να είναι επιτυχής η μεταμόσχευση του νεφρού.

(1) Feltracco P et al, Journal of Clinical Anesthesia (2011), 23, 508-516