

Anestesia per chirurgia addominale laparotomica negli adulti

B. Goubaux, M. Raucoules-Aimé

L'accesso alla cavità addominale mediante laparotomia è responsabile della rottura dell'equilibrio di un ambiente molto complesso, soprattutto quando è realizzato un drenaggio, ed è fondamentalmente accompagnato da effetti respiratori, che sono la causa più frequente delle complicanze postoperatorie. La denutrizione è direttamente responsabile di una serie di complicanze postoperatorie. Tuttavia, sembra che solo i pazienti gravemente denutriti possano trarre beneficio da una nutrizione precoce in termini di riduzione della morbimortalità. Non è più raccomandata la preparazione meccanica colica prima dell'intervento chirurgico. Per la preparazione della cute, si raccomanda di effettuare almeno una doccia preoperatoria qualunque sia il tipo di sapone, antisettico o meno. Un riempimento eccessivo intraoperatorio sembra essere responsabile di un aumento della morbimortalità postoperatoria. È raccomandata l'ottimizzazione degli apporti liquidi intraoperatori basata sulla misurazione di un parametro emodinamico che rifletta la volemia e fissando degli obiettivi. L'ottimizzazione della ventilazione meccanica nel blocco operatorio permetterebbe di ridurre le complicanze respiratorie postoperatorie. La chirurgia oncologica con riduzione tumorale e chemioterapia intraperitoneale (CHIP) si è sviluppata nel corso degli ultimi due decenni. La morbimortalità postoperatoria sembra direttamente proporzionale all'intensità del gesto chirurgico e alla tecnica chirurgica e non alla chemioterapia e all'ipertermia intraoperatoria. La CHIP impone un'attenta valutazione preoperatoria, soprattutto sui piani cardiovascolare e renale. La CHIP produce una risposta infiammatoria del peritoneo all'origine di un importante terzo settore. Un'analgesia di scarsa qualità nel postoperatorio della chirurgia laparotomica contribuisce in modo significativo ad aumentare la morbilità dei gesti chirurgici. Una riabilitazione precoce è necessaria e si accompagna imperativamente a un'analgesia di qualità che privilegi l'anestesia locoregionale.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tutti i diritti riservati.

Parole chiave: Laparotomia; Peritoneo; Incisioni; Denutrizione; Complicanze respiratorie; Chemioterapia ipertermica intraperitoneale; Analgesia; Riabilitazione rapida dopo chirurgia

Struttura dell'articolo

■ Introduzione	1	■ Chemioterapie intraperitoneali (CHIP)	10
■ Concetti generali	2	Preoperatoriamente	10
Richiami fisiologici	2	Intraoperatoriamente	11
Vie d'accesso laparotomiche al peritoneo	4	Postoperatoriamente	11
Drenaggi addominali	4	■ Riabilitazione rapida dopo chirurgia coloretale	11
Aspirazione digestiva	5	Preoperatoriamente	11
■ Specificità dell'anestesia-rianimazione in chirurgia addominale aperta	5	Intraoperatoriamente	11
Ripercussione respiratoria della chirurgia digestiva laparotomica	5	Postoperatoriamente	11
Complicanze respiratorie dopo laparotomia	6	■ Conclusioni	12
Prevenzione delle complicanze respiratorie	6		
Ileo postoperatorio e ripresa del transito	7		
Nausea e vomito postoperatori	7		
Preparazione nutrizionale prima dell'intervento chirurgico	8		
Monitoraggio e modalità del riempimento vascolare nel periodo intraoperatorio	8		
Complicanze infettive postoperatorie	9		
Analgesia e laparotomia	9		
Prevenzione del rischio trombotico	10		

■ Introduzione

La chirurgia addominale è un campo vasto, che si estende dalla chirurgia parietale (riparazione di ernia e di laparocèle) alla chirurgia degli organi cavi (stomaco, tenue, vie biliari, colon, retto) e pieni (fegato, milza, pancreas) e alla chirurgia dei tumori intraperitoneali (resezione di noduli carcinomatosi associata a una chemioipertermia intraperitoneale o CHIP). Contrariamente

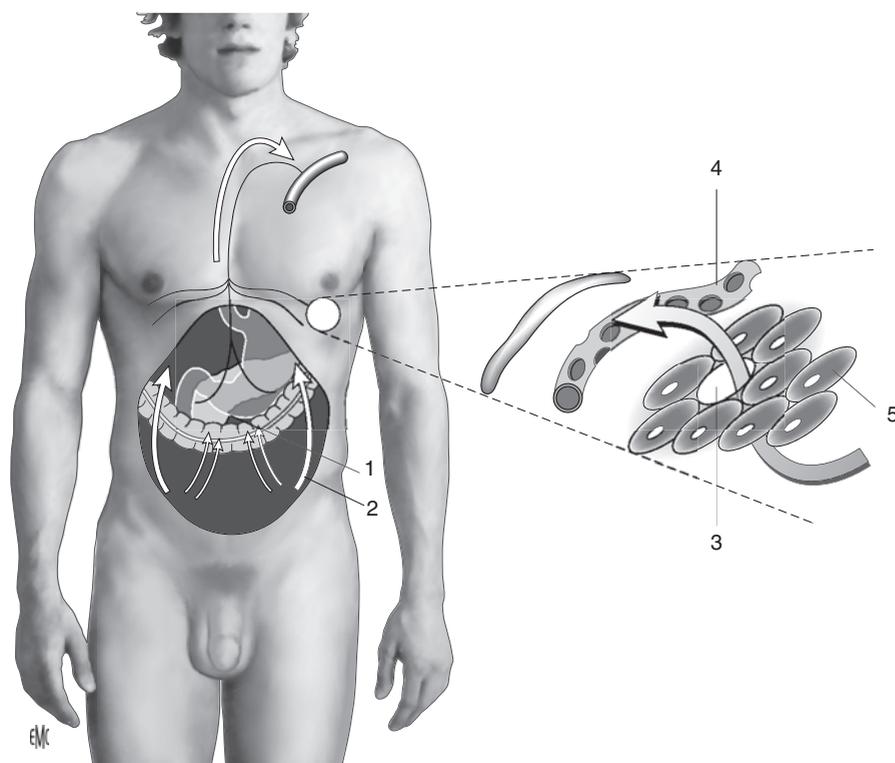


Figura 1. Correnti e circolazione del liquido intraperitoneale. 1. Grande epiploon; 2. correnti intraperitoneali; 3. orifizio; 4. canali linfatici fenestrati; 5. cellule mesoteliali.

alle idee diffuse, l'anestesia-rianimazione in chirurgia addominale è una specialità ricca e delicata, perché si rivolge molto spesso a pazienti anziani in cattive condizioni generali e sottoposti a interventi di chirurgia maggiore. L'anestesia-rianimazione in chirurgia addominale dell'adulto ha beneficiato, negli ultimi anni, dei progressi compiuti in diversi settori. Molti studi hanno dimostrato l'incidenza della denutrizione e dei disturbi immunitari nel paziente che sarà operato al tubo digerente. Le tecniche di assistenza nutrizionale, parallelamente al loro sviluppo, sono state ampiamente applicate alla correzione dei disturbi osservati nella fase preoperatoria di un intervento digestivo, ma anche dopo l'intervento, per limitare le conseguenze dell'aggressione chirurgica. La ventilazione nel blocco operatorio ha beneficiato di tecniche sviluppate in rianimazione. La prevenzione delle complicanze infettive si è anch'essa trasformata in pochi anni. Infine, molti dogmi che circondano questo tipo di chirurgia sono stati abbattuti con il concetto di riabilitazione rapida dopo chirurgia (RRDC), anche se le indagini realizzate in Francia dimostrano che le abitudini sono difficili da cambiare [1].

■ Concetti generali

Richiami fisiologici

Peritoneo

Il peritoneo è l'organo essenziale della chirurgia addominale laparotomica: per il suo ruolo di involucro, di sostegno, di protezione e di nutrizione dei vari visceri, esso è interessato dalle incisioni e dagli eventuali drenaggi, causando diverse ripercussioni fisiopatologiche.

Vasta sierosa di 1,5-2 m², il peritoneo è composto da due strati: uno strato parietale (10% della superficie), che copre la parte interna dell'addome e del bacino, compreso il diaframma, e uno strato viscerale (90% della superficie), che copre la parte intra-addominale di tratto digerente, fegato e milza e forma il grande epiploon e il mesentere. Ciascun foglio è costituito da un monostrato di cellule mesoteliali appiattite a contorni poligonali. A livello embrionale, queste cellule mesoteliali derivano dal mesoderma, come le cellule endoteliali dei vasi sanguigni, il che conferisce loro proprietà comuni con queste ultime. Esse sono

in grado di esprimere sulla loro superficie di membrana dei marcatori specifici che permettono loro di indurre la migrazione dei neutrofilii, di presentare l'antigene alle cellule immunitarie e di produrre citochine, fattori di crescita, fattori di attivazione e disattivazione del plasminogeno tissutale e così via. Queste proprietà garantiscono loro un ruolo significativo nella fisiopatologia delle peritoniti.

Le cellule mesoteliali peritoneali secernono anche un liquido viscoso con proprietà simili a quelle del surfattante, che contiene una piccola quantità di cellule [2] (essenzialmente linfociti, neutrofilii e macrofagi, che provengono da grande epiploon, cellule mesoteliali desquamate e cellule dendritiche). Il liquido, allo stato normale del volume di circa 100 ml, ha essenzialmente due funzioni [3]:

- da un lato, assicura lo scorrimento dei visceri intra-addominali durante la peristalsi;
- dall'altro, svolge un ruolo importante di difesa contro un eventuale inoculo. In effetti, il liquido peritoneale viene sottoposto a un flusso costante in direzione cefalica, che lo conduce verso la regione sottodiaframmatica (Fig. 1); in questa zona, lo strato di cellule mesoteliali è fenestrato da orifizi direttamente collegati al sistema linfatico, il che consente il suo assorbimento. Così, bastano pochi minuti per iniziare la pulizia della cavità peritoneale in caso di inoculo. Inoltre, la dimensione delle finestre diaframmatiche è flessibile, particolarmente durante i processi infiammatori, il che consente, se necessario, di aumentare il riassorbimento linfatico.

Negli adulti, il totale del flusso sanguigno splanchnico è stimato tra 1 e 2,4 l min⁻¹. Il peritoneo è riccamente vascolarizzato. La vascolarizzazione deriva da due fonti: la prima dall'arteria mesenterica superiore e inferiore con ritorno venoso attraverso la vena porta e la seconda dalle arterie iliache, lombari, circonflesse, epigastriche e intercostali con ritorno venoso indipendente dal sistema portale. Esiste una rete capillare molto ricca e complessa. I diversi rami assicurano, a livello dei meseri, la vascolarizzazione intestinale e attraversano successivamente la sierosa, la muscolare e la sottomucosa. In caso di dilatazione della cavità intestinale, questi rami arteriosi possono essere stirati e/o compressi, compromettendo, così, l'afflusso di sangue alla parete intestinale.

La rete linfatica del peritoneo è molto ampia e consente, come per gli altri organi, il drenaggio del liquido proveniente dall'interstizio. Come visto sopra, il drenaggio avviene in maniera

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2756851>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2756851>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)