

Anestesia-rianimazione per chirurgia carotidea

P. Abraham, M.-J. Licker, J.-L. Fellahi

Quasi 150 000 pazienti sono ricoverati ogni anno in Francia per malattia cerebrovascolare. L'incidente vascolare cerebrale (AVC) rappresenta la principale causa di morte nelle donne e la terza negli uomini. Esso è di origine ischemica nell'85% dei casi e legato a una patologia vascolare dei tronchi sovraortici nel 20% dei casi, considerando insieme tutte le fasce d'età. Le stenosi od occlusioni della carotide interna sono responsabili di circa l'8% degli AVC. In questo contesto, l'endoarteriectomia carotidea è uno degli interventi vascolari più praticati. In alcuni pazienti correttamente selezionati, l'endoarteriectomia carotidea può ridurre il rischio relativo di AVC di circa il 50% rispetto al solo trattamento medico. La sua realizzazione comporta una doppia sfida: quella legata alla peculiarità della procedura chirurgica che richiede un clampaggio carotideo e alle conseguenze che ne derivano e quella relativa al terreno spesso polivascolare dei pazienti. La doppia sfida della gestione perioperatoria consiste, da una parte, nel valutare il rapporto rischio-beneficio, permettendo di selezionare i pazienti candidati a una chirurgia essa stessa fonte di una significativa morbimortalità neurologica e cardiovascolare, e, dall'altra, nell'ottimizzare le condizioni di trasporto di ossigeno e nel proteggere il cervello e il cuore durante la fase interventistica. L'anestesia locoregionale (ALR) ha assunto un ruolo crescente in questa indicazione chirurgica, tradizionalmente eseguita in anestesia generale. Ancora oggi, la scelta della tecnica anestetica ottimale rimane dipendente dai centri e dalle equipe, senza che i recenti dati della letteratura permettano di trarre conclusioni. L'ALR presenta, malgrado ciò, il vantaggio di un monitoraggio cerebrale semplice e continuo. Le complicanze postoperatorie devono essere rilevate precocemente per trarre beneficio da un trattamento urgente.

© 2018 Elsevier Masson SAS. Tutti i diritti riservati.

Parole chiave: Endoarteriectomia; Carotide; Anestesia; Blocco cervicale

Struttura dell'articolo

| | |
|--|----|
| ■ Introduzione | 1 |
| ■ Indicazioni chirurgiche | 2 |
| Pazienti sintomatici | 2 |
| Pazienti asintomatici | 3 |
| Stenosi carotidea e coronaropatia associata | 3 |
| ■ Trattamento delle stenosi carotidee | 4 |
| Trattamento medico | 4 |
| Trattamento chirurgico: endoarteriectomia carotidea | 4 |
| Trattamento endovascolare: angioplastica e stent carotideo | 4 |
| ■ Conduzione dell'anestesia | 5 |
| Visita preanestesiológica | 5 |
| Scelta della tecnica anestesiologica | 5 |
| Periodo postoperatorio | 9 |
| ■ Complicanze intra- e postoperatorie | 9 |
| Complicanze neurologiche | 9 |
| Complicanze cardiovascolari e coronariche | 9 |
| Altre complicanze postoperatorie | 10 |
| ■ Conclusioni | 11 |

■ Introduzione

L'incidente vascolare cerebrale (AVC) rappresenta la prima causa di morte per le donne e la terza per gli uomini ed è responsabile di quasi 150 000 ricoveri all'anno in Francia. Oltre l'80% degli AVC è di origine ischemica e conseguenza di trombosi arteriose o embolizzazioni di una placca di ateroma o di coaguli ematici. Più raramente, gli AVC sono di origine emorragica (< 20%) e derivano da una rottura vascolare intracerebrale. Nel 20% degli AVC di causa ischemica, sono incriminati dei fenomeni tromboembolici associati a una lesione ateromatosa a livello della porzione extracranica della carotide interna^[1]. In questo contesto, l'endoarteriectomia carotidea è una delle procedure vascolari eseguite più frequentemente (circa 15 000 all'anno in Francia).

Si tratta di un intervento chirurgico della durata media di 45-90 minuti, la cui realizzazione comporta diverse particolarità:

- campo relativo ai pazienti, con i soliti fattori di rischio cardiovascolare (età, ipertensione arteriosa [HTA], malattia coronarica, diabete, fumo, ecc.), che portano a delle macro- o microangiopatie a livello dei territori arteriosi coronarici, renali, oculari, cerebrovascolari e periferici;

- legate al gesto chirurgico: installazione del paziente, sito chirurgico molto riflessogeno con potenziale instabilità emodinamica, rischio di ischemia cerebrale o rischio embolico legati al clampaggio carotideo, nonché rischi di edema cerebrale citotossico e/o di emorragia associati alla riperfusione.

Pertanto, non esiste un'indicazione chirurgica stringente nel soggetto asintomatico, in cui la valutazione del rapporto rischio-beneficio deve tenere conto delle morbimortalità neurologiche e cardiovascolari associate. Lo stesso vale per il soggetto sintomatico, la cui gestione endovascolare o conservativa deve essere discussa in riunione di concertazione pluridisciplinare.

La sfida più particolare della chirurgia vascolare carotidea è la prevenzione della doppia morbimortalità neurologica e cardiaca che, unita a una buona selezione dei pazienti, al rispetto delle indicazioni terapeutiche e a uno stretto monitoraggio postoperatorio, permette una gestione ottimizzata.

Tradizionalmente eseguita in anestesia generale (AG), lo sviluppo dell'anestesia locoregionale (ALR) mediante blocco del plesso cervicale ha assunto un ruolo crescente in questa indicazione chirurgica. Ancora oggi, la scelta della tecnica anestetica ottimale rimane dipendente dai centri e dalle equipe, senza che i dati della letteratura permettano di decidere a favore di una strategia rispetto a un'altra. L'ALR potrebbe, tuttavia, ridurre la morbilità e la mortalità e presentare il vantaggio di un monitoraggio cerebrale semplice e continuo. Alcune equipe utilizzano anche l'anestesia peridurale cervicale o l'anestesia vigile. Anche le tecniche non chirurgiche si sono ampliate (angioplastica associata a stenting) e fanno, ora, parte degli algoritmi di gestione terapeutica.

L'anestesia per resezione di tumore del glomo carotideo e il trattamento chirurgico di una ferita o di un aneurisma carotideo non saranno trattati in questo capitolo perché interessano pazienti dal contesto fisiopatologico molto differente.

■ Indicazioni chirurgiche

Le indicazioni della chirurgia carotidea per la prevenzione degli AVC sono state relativamente ben definite, negli ultimi anni, dagli studi ACAS, ACST, ECST, EVA3S e NASCET [2-6].

Pazienti sintomatici

Sono definiti come sintomatici i pazienti che presentano una stenosi carotidea e che hanno presentato, nel corso degli ultimi quattro-sei mesi, un episodio di deficit emisferico focalizzato o di cecità monoculare transitoria omolaterale.

Grado di stenosi carotidea

Fin dai primi anni '90, due studi (NASCET ed ECST) hanno chiaramente dimostrato la superiorità del trattamento chirurgico, rispetto al trattamento medico, nei pazienti portatori di una lesione stenotica al 70-90%, che abbiano già presentato un accidente vascolare ischemico transitorio negli ultimi 4-6 mesi [4, 6].

Secondo una revisione Cochrane del 2011, il beneficio dell'endoarteriectomia carotidea per i pazienti portatori di una stenosi carotidea superiore al 70% si traduce in una riduzione assoluta del 16% del rischio di infarto cerebrale. Per i pazienti affetti da stenosi carotidea al 50-69%^a, la riduzione del rischio di recidiva di AVC è più modesta (4,6%) e potrebbe essere neutralizzata dall'incidenza accumulata di complicanze postoperatorie. Per i pazienti con una stenosi carotidea inferiore al 50%^a, non vi è più beneficio dell'endoarteriectomia e si ha, perfino, un aumento del rischio per le stenosi inferiori al 30%^a [7]. Il beneficio per i pazienti affetti da stenosi pseudo-occlusive è marginale a breve termine e sconosciuto a lungo termine.

Questi risultati restano generalizzabili solo per pazienti selezionati e operati in centri specializzati, dove il grado di complicanze chirurgiche è inferiore al 7% [8]. Tuttavia, il beneficio della gestione chirurgica non dipende solo dal grado di stenosi carotidea, ma

anche dal tempo trascorso prima della realizzazione della chirurgia, dal sesso, dall'età e dal tipo di sintomi inaugurali (cfr. infra).

Metodo di misurazione delle stenosi carotidee

NASCET ed ECST hanno usato l'angiografia per valutare il grado di stenosi carotidea. Questo esame resta, oggi, il gold standard ed è considerato, da alcune equipe chirurgiche, indispensabile nel bilancio preoperatorio. Tuttavia, la differenza di metodologia utilizzata per la misurazione del grado di stenosi richiede delle precisazioni:

- il metodo NASCET ha valutato la percentuale di stenosi sulla proiezione più peggiorativa del diametro luminale residuo. La percentuale di stenosi è, quindi, uguale a $1 - ([\text{diametro minimo}/\text{diametro di riferimento}] \times 100)$, con il diametro di riferimento misurato sulla parte sana della carotide interna distale;
- anche il metodo ECST valuta la percentuale di stenosi sulla proiezione più peggiorativa del diametro luminale residuo, ma rispetto a una stima del probabile diametro originale del bulbo carotideo.

Il massimo grado di stenosi è, generalmente, situato a livello del bulbo carotideo, il cui diametro è maggiore della porzione distale della carotide interna. Così, una medesima stenosi sarà valutata più grave utilizzando il metodo ECST che con il metodo NASCET. Tuttavia, esiste una relazione lineare tra questi due metodi di misurazione.

L'angiografia permette, peraltro, di evidenziare un'eventuale ulcerazione parietale e può fornire informazioni dinamiche mediante gli eventuali ritardi di opacizzazione post-stenosi o sullo stato del poligono di Willis. Si noti che il rischio legato all'angiografia non è stato preso in considerazione negli studi citati sopra [9].

Chirurgia, quando?

I dati epidemiologici evidenziano un aumento del rischio di recidiva di AVC ischemico a breve termine dopo un primo episodio in un contesto di stenosi carotidea [10]. Tuttavia, il tempo ottimale per proporre un intervento chirurgico rimane controverso.

In effetti, sembra, in uno studio post hoc di NASCET ed ECST, che i soggetti sottoposti a chirurgia entro due settimane dopo un AVC ischemico transitorio o non invalidante abbiano una prognosi più favorevole (riduzione assoluta del rischio di AVC del 30,2%) rispetto ai pazienti trattati più tardivamente [11] (17,6%, 11,4% e 8,9% di riduzione del rischio assoluto di AVC per trattamenti chirurgici tra 2 e 4, 4 e 12 e oltre le 12 settimane rispettivamente) [7]. Le raccomandazioni del National Health Service (NHS) nel contesto della *National Stroke Strategy* hanno, un tempo, incoraggiato la realizzazione di un'endoarteriectomia entro 48 ore per soggetti con stato neurologico stabile dopo un AVC transitorio o minore [12]. Tuttavia, il rischio interventistico sembra elevato, se l'endoarteriectomia è eseguita entro le 48 ore rispetto a 3 e 7 giorni dopo l'evento ischemico cerebrale [13]. L'atteggiamento comunemente accettato in assenza di studi prospettici e randomizzati è un trattamento chirurgico entro le prime due settimane dopo l'insorgenza dell'AVC [14, 15]. Questo trattamento chirurgico precoce sembra tanto più necessario nei pazienti con stenosi del 50-69%.

Per quale popolazione di pazienti?

Il sesso femminile sembra un particolare sottogruppo da prendere in considerazione per la gestione di questa patologia. In effetti, la perdita del beneficio chirurgico secondo la precocità del trattamento sembra più importante nelle donne che negli uomini [16]. Peraltro, il rischio di recidiva omolaterale trattata farmacologicamente sembra inferiore tra i soggetti di sesso femminile, mentre il rischio periprocedurale è maggiore [17]. Così, a differenza dell'uomo, l'endoarteriectomia non è sempre superiore a un trattamento medico per stenosi tra il 50 e il 69% nelle donne con un profilo di basso rischio di AVC valutato con una versione modificata dello *stroke prognosis instrument II* (SPI-II). Il peso della speranza di vita nella decisione chirurgica resta importante perché l'età è un fattore determinante della prognosi. Una

^a Metodo NASCET.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8617165>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8617165>

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