

ERAS in chirurgia pediatrica ed i nuovi blocchi di fascia: Quadratus Lumborum ed Erector Spinae Plane block. Una serie di casi clinici all'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù.

V. Alessandri°, A. Vittori°, G. Marchetti°, A. Inserra*, N. Pirozzi°, V. Caverni°, V. Tortora°, I. Mascilini°, E. Francia°, M. Khatiri°, I. Tucci°, S. Blandino°, S.G. Picardo°

U.O. Anestesia e Rianimazione°

U.O. Chirurgia Generale e Toracica*

Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma

Introduzione

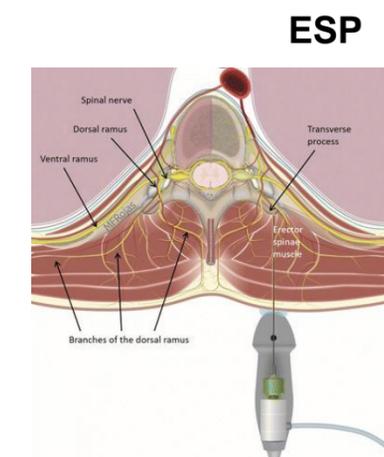
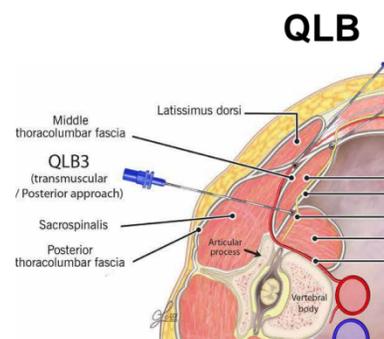
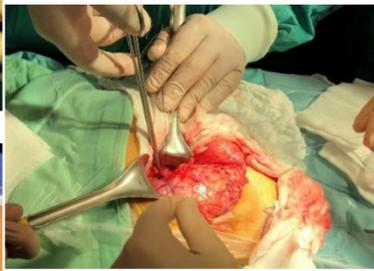
L'ERAS è un approccio multimodale finalizzato ad un rapido recupero del paziente dopo un intervento chirurgico.

Il cardine fondamentale riguarda l'utilizzo di un'anestesia opioid-free, scegliendo tecniche loco-regionali e privilegiando quelle gravate da minori complicanze, come nel caso dei blocchi periferici.

Questo al fine di un miglior controllo sul dolore e sulle risposte allo stress ad esso correlate, di un risveglio pronto, di una rapida ripresa della motilità intestinale e quindi dell'alimentazione, di una precoce rimozione di cateteri e drenaggi che consenta quanto prima la mobilitazione del paziente.

Il quadrato dei lombi (QLB) e l'erector spinae (ESP), sono dei blocchi periferici di recente introduzione, con una rapida curva di apprendimento, con un basso rischio di complicanze, con poche controindicazioni e con facile gestione postoperatoria.

Grazie alla diffusione dell'anestetico locale all'interno, rispettivamente, della fascia toracolumbare e del piano del tessuto para-spinale, consentono di avere un'analgesia viscerale e somatica per eseguire interventi sull'addome (QLB 3, T5-L1) e sul torace e addome (ESP C7-L3).



Materiali e metodi

Previo consenso informato, abbiamo eseguito cinque QLB a pazienti sottoposti ad interventi di chirurgia addominale (ernia diaframmatica, cisti mesenterica, ascesso polmonare con accesso sottocostale, pieloplastica e colecistectomia laparoscopica) e due blocchi ESP a pazienti sottoposti ad interventi di chirurgia toracica ed addominale (toracotomia dx e laparotomia con accesso xifo-pubico). L'età dei pazienti era compresa tra 9 mesi e 15 anni, per un peso compreso tra 9 e 55 kg.

I pazienti sono stati posizionati in decubito laterale: per il QLB si è utilizzata la tecnica descritta da Børjglum e per l'ESP la tecnica di Forero. Sono stati iniettati 0,15 ml/kg di SF per effettuare lo scollamento della fascia, a cui sono seguiti 2 mg/kg di ropivacaina in single shot allo 0,4%.

Sono stati poi posizionati cateterini 22 G tunnellizzati (monolaterali o bilaterali a seconda dell'accesso chirurgico) e fissati con securacath 3 Fr, nei quali abbiamo infuso per 72 h ropivacaina allo 0,125%, 0,3 mg/kg.

Risultati

Decorso intraoperatorio:

Tutti i sette pazienti non hanno mostrato cambiamenti emodinamici all'incisione della cute, della parete addominale e toracica, solo due pazienti con QLB (pieloplastica e colecistectomia laparoscopica) durante la manipolazione viscerale, hanno mostrato un incremento della frequenza cardiaca e della pressione arteriosa superiore al 20% rispetto ai valori basali. Tutti sono stati estubati in sala operatoria, osservati per 2 h in recovery-room e poi mandati in reparto.

Decorso postoperatorio:

In recovery-room due pazienti con QLB (pieloplastica e colecistectomia laparoscopica) ed un paziente con ESP (toracotomia dx) hanno avuto un FLACC/VAS compreso tra 3 e 5, gli altri quattro pazienti un valore inferiore a 2. Il catetere vescicale è stato rimosso sempre a fine intervento (a parte in 2 casi, mantenuto per la gestione chirurgica postoperatoria).

Durante la degenza in reparto nessun cateterino si è dislocato rimanendo in situ per 72 h ed assicurando una buona analgesia, senza necessità di somministrare farmaci antidolorifici aggiuntivi (FLACC/VAS < 2).

I pazienti con interventi sull'addome si sono canalizzati e mobilizzati in terza giornata postoperatoria, il paziente con intervento sul torace si è mobilizzato in seconda giornata postoperatoria.



Conclusioni

I blocchi QLB ed ESP in continuo, con cateterino tunnellizzato e fissato con securacath, sembrano essere tecniche promettenti nell'evitare dislocazione del catetere e nell'assicurare la gestione del dolore nel paziente pediatrico. Per la nostra esperienza, l'efficacia, la semplicità, il basso rischio di complicanze ed i rapidi tempi di recupero nel postoperatorio, rendono questi due nuovi blocchi in linea con il protocollo ERAS di chirurgia pediatrica maggiore.



22° Congresso Nazionale
SARNePI
Società di Anestesia e Rianimazione Neonatale e Pediatrica Italiana



Bambino Gesù
OSPEDALE PEDIATRICO

8-10 Novembre 2018