

GESTIONE ANESTESIOLOGICA DI GEMELLE CONGIUNTE ONFALOPAGHE SOTTOPOSTE A SEDAZIONE PROCEDURALE FUORI DAL BLOCCO OPERATORIO

B.G.Locatelli(°), A.Benigni(°), M.Maffioletti(°), D.Bonacina(°), S.Vergine(*), E.Bonanomi(§), F.L.Lorini(^)

(°) UOSD Anestesia e Rianimazione 5 Pediatrica – Ospedale Papa Giovanni XXIII, Bergamo (Italia),

(*) Medico specializzando Anestesia e Rianimazione Università degli Studi di Brescia (Italia),

(§) Responsabile UOSD Anestesia e Rianimazione 5 - pediatrica - Ospedale Papa Giovanni XXIII, Bergamo (Italia),

(^) Direttore del Dipartimento di Anestesia e Rianimazione, Emergenza e area critica - Ospedale Papa Giovanni XXIII, Bergamo (Italia).



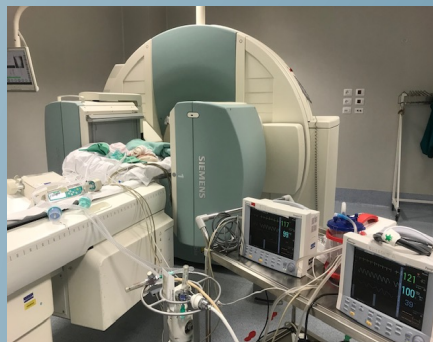
Background/Premessa: La nascita dei gemelli congiunti è un'eventualità molto rara e ogni coppia di gemelli presenta peculiarità anatomiche e fisiologiche uniche: pochi centri nel mondo riportano indicazioni sulla gestione anestesiologica. Due gemelle congiunte onfalopaghe di 3 mesi di vita e di 8,4 Kg di peso totale sono state sottoposte a sedazione per l'esecuzione di una SPECT/CT per verificare/confermare l'apparente presenza di una sola colecisti in un fegato anatomicamente condiviso, anomalia evidenziata da un precedente esame ecografico, al fine di pianificare nei dettagli l'intervento chirurgico di divisione.

Case report/caso clinico: In linea con quanto riportato nei pochi casi clinici disponibili in letteratura, il nostro team anestesiologico si componeva di 2 anestesisti e di 2 infermieri (di anestesia) forniti di materiale anestesiologico adeguato per ogni gemella: due laringoscopi, 2 tubi orotracheali, due monitor, 2 fonti distinte di ossigeno; i farmaci sono stati contrassegnati da etichette colorate corrispondenti alle rispettive gemelle. Le bambine sono state chiamate T1 e T2 e contrassegnate da un colore ciascuna (T1 rossa, T2 verde) per evitare errori. Prima dell'esecuzione della procedura è stato eseguito un accurato esame clinico per ogni gemella. La connessione anatomica sotto il processo xifoideo e l'assenza di malformazioni a livello della testa e del collo hanno permesso un approccio simultaneo alla via aerea da parte dei due anestesisti, pertanto è stata condotta una sedazione sicura mantenendo le bambine in respiro spontaneo per circa un'ora. È stato reperito un accesso venoso per gemella ed è stato somministrato inizialmente propofol (3 mg/kg) alla gemella T1.

Non è stato evidenziato nessun cambiamento significativo del livello di coscienza nella gemella T2, per cui si è ritenuto che le bambine presentassero una bassa quota di circolazione comune. La gemella T2 è stata indotta successivamente e la sedazione è stata mantenuta con propofol in infusione continua (7 mg/kg/h) per ogni gemella, per garantire la massima immobilità e il mantenimento del respiro spontaneo. Al termine della procedura le gemelle sono state trasferite nel reparto di pediatria sveglie ed eupnoiche.

Discussione: L'anestesia pediatrica al di fuori della sala operatoria per un caso di gemelle congiunte presenta l'insidia aggiuntiva della gestione contemporanea di due pazienti e richiede pertanto, oltre alla presenza di un doppio team anestesiologico, anche doppio materiale, presidi e monitoraggio distinti possibilmente tramite codice colore. Nel caso specifico è stata presa la decisione di condurre la sedazione mantenendo le gemelle in respiro spontaneo considerate le caratteristiche anatomiche favorevoli rispetto all'accesso alla via aerea e la durata della procedura.

Conclusioni: La gestione anestesiologica di gemelli congiunti al di fuori del blocco operatorio deve essere attentamente pianificata e studiata in base alla variabilità delle anomalie anatomiche che questi presentano in particolare rispetto all'approccio alla via respiratoria; inoltre va effettuata in un contesto adeguato e la sala radiologica deve essere predisposta per ospitare doppio team e doppia attrezzatura.



1) Stuart et al Seminars in Paed Surgery 2015, 24:224-8, 2) Thomas et al Paed Anaesthesia 2004, 14: 117-29, 3) Cumming et al NEJM 2017, 377:1667-77