



Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva



Roma, 19 maggio 2016 –

Selezionate tra oltre 5.000 lavori scientifici, sono più di 600 le voci bibliografiche citate nella stesura delle “Linee guida della Società europea sul delirium postoperatorio”. Alla stesura del documento hanno contribuito il dott. Federico Bilotta, attuale coordinatore del gruppo di studio della Neuro-Anestesia e Neuro-Rianimazione della SIAARTI e quattro esperti selezionati dalla Società europea di Anestesiologia (ESA): la prof.ssa Claudia Spies, direttrice del Dipartimento di Anestesiologia dell’Università Charite di Berlino, il prof. Cesar De Aldecoa dell’Università di Valladolid, il dott. Robert Sanders dell’Ospedale Chelsea and Westminster di Londra e la dott.ssa Gabriella Bettelli, consulente del Ministero della Salute per la Clinical Governance della Chirurgia nell’anziano.

Le linee guida verranno pubblicate nei prossimi mesi sull’European Journal of Anaesthesiology e hanno l’obiettivo di aumentare la sensibilità su un evento, correlata al decorso perioperatorio e non solo alla somministrazione dell’anestesia, che complica il 10% delle procedure chirurgiche e può comparire fino al 70% dei casi negli anziani sottoposti a chirurgia ortopedica, con implicazioni rilevanti per le capacità cognitive e il decorso postoperatorio.

In questo quadro, su proposta del dott. Federico Bilotta e con l’approvazione del Presidente della SIAARTI, prof. Antonio Corcione e del Comitato Scientifico della Società, è stata inserita la presentazione al Congresso Nazionale della SIAARTI che si terrà a Napoli dal 26 al 29 ottobre da parte della dott.ssa Laura Porcella, dell’Università degli Studi di Brescia con la quale ne abbiamo parlato in anteprima

Dottoressa, alla luce delle nuove linee guida della Società europea sul Delirium postoperatorio, si sta aprendo un nuovo capitolo per l'anestesia?

Il Delirium e la Disfunzione cognitiva post-operatoria costituiscono un nuovo capitolo dell’anestesia

moderna. Questo interesse è il frutto di un percorso realizzatosi nel corso degli anni grazie al quale il medico anestesista è diventato il medico del perioperatorio. L'approccio al paziente è multidisciplinare e questa figura non solo realizza un'anestesia generale, ma interviene sia prima (tempo pre-operatorio) stratificando cioè classificando il rischio anestesilogico che dopo (tempo post-operatorio) per esempio con la gestione delle eventuali complicanze.

Partendo dalla definizione, identifichiamo due forme di alterazione delle funzioni cognitive nel postoperatorio: la Disfunzione cognitiva postoperatoria (POCD) ed il Delirium postoperatorio (POD). La POCD è definita come un'alterazione persistente dello stato cognitivo anche dopo settimane dall'intervento che può essere dimostrata con test neuropsicologici ma tipicamente è il paziente stesso ad avvertire un calo delle proprie capacità cognitive (es. memoria). Il POD, invece, insorge a breve distanza di tempo dall'intervento chirurgico, è acuto, fluttuante e transitorio. Il paziente presenta un disturbo dell'attenzione (ridotta capacità di dirigere, focalizzare e sostenere l'attenzione) e consapevolezza (ridotto orientamento di sé nell'ambiente).

Esistono tre forme di Delirium: la forma ipercinetica, nella quale il paziente è irrequieto, agitato, disorientato; quella ipocinetica in cui il paziente appare sonnolente, stanco, apatico; infine la forma mista. L'incidenza del POD è sottostimata, in quanto molti casi non sono riconosciuti, soprattutto il Delirium ipocinetico che è spesso confuso con forme di depressione tipiche dell'anziano. La diagnosi del Delirium è clinica, per una diagnosi corretta è importante il ruolo dell'infermiere nel segnalare al medico comportamenti anomali del malato.

L'interesse verso questo argomento è giustificato dalla rilevanza clinica che il POD presenta nella storia di un paziente: maggiore sviluppo di complicanze, aumento della degenza in ospedale, aumento dei costi ed una più rapida evoluzione in senso peggiorativo di decadimento cognitivo già presente o latente. Quindi un paziente che viene ricoverato e che sviluppa uno o più episodi di Delirium, una volta dimesso, potrebbe sviluppare più precocemente una demenza o assistere ad un peggioramento qualora già la presentasse.

Quali sono i maggiori fattori di rischio per il Delirium postoperatorio?

Come si diceva all'inizio, l'anestesista si occupa del paziente non solo in sala operatoria ma anche prima e dopo. Prima d'iniziare l'intervento chirurgico è bene identificare i fattori che predispongono allo sviluppo di POD. Alcuni di essi non sono modificabili, per esempio l'età avanzata, le comorbidità (Diabete, Morbo di Parkinson, malattie cardiovascolari, etc.). Per altri fattori invece esiste una possibilità di correzione per esempio nel caso della disidratazione o della malnutrizione. Altri fattori riguardano invece la fase intraoperatoria.

Consideriamo per esempio farmaci come le Benzodiazepine (impiegate anche a domicilio per trattare l'insonnia): spesso sono somministrate in premedicazione poco prima di entrare in sala operatoria per alleviare l'ansia ma questa pratica clinica meriterebbe una rivalutazione perché faciliterebbe l'insorgenza di POD.

Altri fattori sono rappresentati dalle possibili perdite ematiche durante l'intervento, dalla durata, dal regime in emergenza dell'intervento chirurgico e dalla profondità dell'anestesia. In quest'ultimo caso la raccomandazione è evitare dosi eccessive di farmaci Anestetici generali con l'ausilio di strumenti che monitorizzino il piano anestesilogico.

Infine, nel tempo post-operatorio il cattivo controllo del dolore e la privazione sensoriale: anche in questo caso l'invito è ottimizzare il controllo del dolore post-operatorio e favorire l'orientamento del paziente (orologio nella stanza, presenza di familiari, mobilitazione precoce, protesi acustiche in caso d'ipoacusia).

Quanto questo nuovo documento nei prossimi anni implementerà il livello di conoscenza su questa tematica? Insomma, quali sono i primi provvedimenti da intraprendere?

Il messaggio più importante è pensarci, e soprattutto considerare la forma di Delirium ipoattivo. La raccomandazione è monitorare l'eventuale presenza di Delirium attraverso test validati in letteratura fino alla 5^a giornata postoperatoria. Sia il personale sanitario che i familiari dovrebbero cooperare per individuarlo il prima possibile. In secondo luogo si dovrebbero mettere in atto, in relazione ai fattori di rischio prima esposti, tutte quelle misure che ci permettano di fare prevenzione.

Quindi i fattori di rischio modificabili sono al centro del problema per tutte le figure professionali che ruotano attorno al paziente. Consideriamo che il Delirium nei pazienti anziani si manifesta nel 15% dei post-operati ma probabilmente anche più, e nell'ambito della chirurgia ortopedica addirittura fino a 7 pazienti su 10 potrebbero svilupparlo. In estrema sintesi: gestione del rischio con screening dei pazienti vulnerabili e prevenzione.

Quanto appena scritto costituisce la premessa per un'importante collaborazione con l'Università degli Studi di Brescia ed il Reparto della 2° Rianimazione - Spedali Civili di Brescia - diretto dal prof. Nicola Latronico nel quale lavoro come dottoranda di ricerca in Neuroscienze ed Anestesista Rianimatore, che si realizzerà con la condivisione di progetti a livello nazionale e internazionale.

Quali sono le più importanti evidenze tratte dalle 600 voci bibliografiche che hanno contribuito alla stesura del nuovo documento?

Sicuramente la letteratura scientifica riguardo al paziente anziano (età maggiore di 65 anni). Questa categoria è più predisposta allo sviluppo di Delirium postoperatorio, in un contesto nel quale la popolazione anziana sta sempre più aumentando ed in Italia il 38% delle persone sottoposte ad intervento chirurgico ha più di 65 anni.

In molti casi, fino a 3 su 10, il paziente anziano si presenta come "paziente fragile" presentando una ridotta riserva funzionale potenzialmente a carico di tutti gli organi che gli impedisce di far fronte ad eventi stressanti come l'intervento chirurgico e l'anestesia generale.

La condizione di fragilità si manifesta con atrofia muscolare, deficit nutrizionali, di vitamine e di sali minerali, stati infiammatori cronici, ridotte performances cognitive e motorie. La fragilità rappresenta un fattore di rischio per lo sviluppo di POD. In particolare se un anziano è affetto da qualsiasi forma di demenza, una fra le maggiori cause di disabilità nella popolazione generale, ha una più alta probabilità di sviluppare POD.

L'invito rivolto a tutte le figure professionali è prendere coscienza del problema Delirium nel postoperatorio e della sua rilevanza sia in termini economici ma anche d'impatto sulla salute e sulla qualità di vita del paziente dopo l'intervento chirurgico.

fonte: ufficio stampa