

Tutti i progressi di questa decisiva disciplina con il primario prof. Tiziano Cassina

Chi ha paura dell'anestesia?

Se ne parla poco, ma la moderna anesthesiologia offre sempre più sicurezza. Senza dolore, ovviamente, e con sempre meno effetti collaterali.

PAGINA A CURA DI

GianMaria Pusterla

Prof. Cassina, perché l'anestesia fa paura? E dobbiamo avere paura dell'anestesia?

Alla seconda domanda rispondo con secco no. Quanto alla prima, temo che dell'anestesia spaventi soprattutto il fatto che precede la chirurgia, ma a parte la battuta, capisco che provochi ansia la sospensione dello stato cosciente, connessa all'anestesia generale. Tuttavia questa paura è in gran parte un retaggio del passato. Non è infatti lontana l'epoca in cui l'anestesia era un salto nel vuoto, una condizione di cui si aveva effettivamente scarso controllo.

Oggi non è più così?

No, non più. Oggi abbiamo la possibilità di monitorizzare i principali parametri vitali del paziente durante l'anestesia e di avere il quadro clinico sotto controllo in tempo reale; questo aiuta molto il medico nella prevenzione delle complicazioni e deve tranquillizzare anche il paziente. Il monitoraggio in tempo reale consente al medico di mettere in atto tempestivamente le contromisure quando uno o più parametri risultano significativamente alterati. Se la misura automatica mi segnala un calo della pressione sanguigna, per esempio, come medico devo chiedermi perché, accertare che non ci sia un sanguinamento in corso e nel caso avvisare il chirurgo per fermarla e valutare la necessità di una trasfusione. C'è di più. Da una decina d'anni a questa parte siamo in grado di monitorare anche la profondità del sonno, cioè il grado di incoscienza del paziente.

Perché è importante monitorare la profondità del sonno?

Possiamo definire l'anestesia come uno stato di sonno indotto artificialmente. Questo sonno può essere variamente profondo, e la profondità che va bene a noi è quella dello stadio detto "chirurgico" del sonno artificiale. Un sonno meno profondo può attivare la coscienza e la sensibilità, un sonno troppo profondo è rischioso perché i riflessi di sopravvivenza possono risultare troppo depressi.

Immagino che siano cambiate anche le tecniche.

Sì. Anni fa l'anestesia era basata esclusivamente su dei vapori, mentre oggi può essere anche totalmente endovenosa e quando si usano anestetici volatili somministrati attraverso la via respiratoria questi vapori sono sempre più sicuri e meno tossici. Insomma, negli ultimi decenni si sono compiuti passi da gigante.

Anestesia in sala operatoria e anestesia nello studio odontoiatrico sono situazioni evidentemente diverse. Possiamo fare un po' di chiarezza?

Il termine "anestesia" indica genericamente l'abolizione della sensibilità e dunque del dolore. Si può rendere insensibile una parte ridotta del nostro corpo (è quello che avviene dal dentista) e si può, al capo opposto, indurre uno stato di totale incoscienza e rilassamento muscolare, e questa è l'anestesia cosiddetta "generale".

Ogni tipologia di intervento ha la sua anestesia, dunque.

È così. Per ovvie ragioni, l'anestesia che pratichiamo al Cardiocentro è quella generale: gli interventi nella zona toraco-addominale o sopra ombelicale non lasciano scelta. Per altri interventi non è evidentemente necessario arrivare a tanto. Per un piccolo intervento cutaneo basterà un'anestesia topica o di superficie, finalizzata alla temporanea desensibilizzazione dell'area interessata mediante la somministrazione esterna e localizzata di un anestetico, che può essere sotto forma di creme, gel o spray. Per anestesia loco-regionale si intende invece l'abolizione reversibile

L'anestesia. Tenerne conto se interrogati a proposito dell'epoca in cui ci piacerebbe vivere: prima della metà dell'Ottocento, ma in realtà per qualche decennio ancora, finire sotto i ferri del chirurgo, o "semplicemente" del dentista, garantiva l'esperienza del dolore puro, tutt'al più con il blando conforto di qualche intruglio alcolico, o di un infuso d'erbe. Poi è arrivato l'etere ed è nata l'anestesiologia moderna, cui dobbiamo essere davvero molto, molto riconoscenti. Oggi il dolore operatorio è vinto, ma i grandi meriti dell'anestesia tendiamo a dimenticarli, a darli per scontati (l'ingratitude è spesso la moneta con cui il mondo ripaga i benefattori), e piuttosto ci avviciniamo all'anestesia con un sentimento di angoscia e di timore. Giustificati? Ne parliamo con Tiziano Cassina, fresco del titolo di professore conferitogli dall'Università di Ginevra e primario di cardioanestesia e cure intensive al Cardiocentro Ticino.



Esempio di monitoraggio durante anestesia generale.

della sensibilità in una parte del corpo mediante la somministrazione localizzata di anestetici attraverso infiltrazione dello strato sottocutaneo o in vicinanza delle strutture nervose.

Per altri interventi, pensiamo a quelli in ambito ostetrico, si utilizzano tecniche che rendono insensibile solo la parte inferiore del corpo, come l'anestesia epidurale, o spinale. Sono, queste, le anestesi cosiddette "perimidollari", che offrono il vantaggio di eliminare il dolore senza l'abolizione della coscienza e riducono gli effetti collaterali tipici dell'anestesia generale.

Torniamo all'anestesia generale e ai suoi effetti collaterali.

L'anestesia generale è caratterizzata da tre eventi principali: totale perdita di coscienza, analgesia completa, rilasciamento muscolare (anche dei muscoli respiratori, per cui il paziente durante l'intervento respira tramite l'ausilio di un respiratore meccanico). La complessità di questo tipo di anestesia è legata soprattutto alla manipolazione delle vie aeree superiori con la posa di una sonda d'intubazione necessaria alla ventilazione meccanica assistita. Anche in questo, però, i progressi degli ultimi anni sono stati enormi, e in particolare l'utilizzo di videocamere rende la gestione delle vie aeree sempre meno traumatica e sempre più sicura. Oggi inoltre abbiamo a disposizione ventilatori evoluti, che riducono l'aggressione polmonare.

Tuttavia voglio sottolineare

che non è importante solo la fase intra-operatoria, e che il medico anestesista si preoccupa anche di migliorare la gestione degli effetti collaterali post-operatori (nausea e vomito, soprattutto, ma anche il dolore post-operatorio), ai quali si deve credo gran parte della cattiva reputazione che l'anestesia si porta ancora dietro.

Tuttavia ci sono dei rischi...

Certo. È da irresponsabili far passare il messaggio che possa esistere una pratica medica o chirurgica priva di rischio. D'altra parte anche l'anestesia locale comporta alcuni rischi di danni neurologici, lesioni nervose.

Resta il fatto che l'anestesia generale è la più invasiva, dunque quella più rischiosa.

È vero, ma quantifichiamo il rischio. Dare dei numeri attendibili non è facile, perché oggi si parla correttamente di mortalità peri-operatoria, cioè eventi legati all'insieme della procedura chirurgica-anestesiologica. Le statistiche sulla mortalità riferita esclusivamente all'anestesia segnalano un decesso ogni 10.000-50.000 atti anestesiológicos (ma secondo alcuni studi sono ancora meno). È chiaro che quel caso su 10.000 (o anche su 50.000) è sempre uno di troppo, è una vita umana, ma si muore più di incidenti stradali che di anestesia, e in sala operatoria ci si va solo quando è indispensabile.

L'anestesia può apparire a

noi profani come una disciplina puramente tecnica: cosa distingue la buona anestesia dalla cattiva anestesia?

Come quasi tutte le specialità mediche, anche l'anestesia ha una componente tecnica ed una parte che possiamo definire più clinica, cioè di contatto e relazione con il paziente. Penso che la "buona anestesia" sia soprattutto qui, nella capacità di una presa a carico globale del paziente, prima, durante e dopo l'intervento. È il concetto di medicina peri-operatoria come strategia di cura che definisce la buona anestesia, oltre ovviamente alle indispensabili competenze tecniche.

Il medico anestesista incontra il paziente alcuni giorni prima dell'intervento, in modo da offrire le dovute informazioni e instaurare un rapporto di fiducia che perduri durante e dopo la procedura chirurgica. La medicina peri-operatoria è una modalità che mi sta molto a cuore perché credo

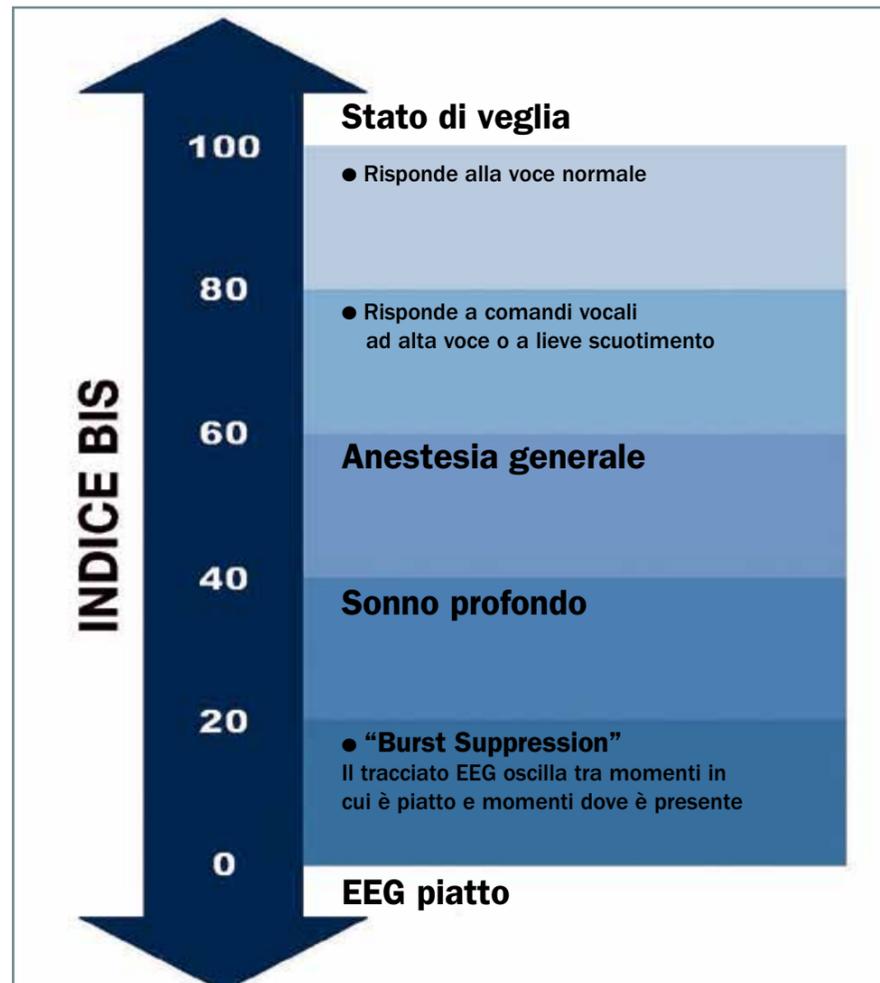
che sia necessaria soprattutto in considerazione della complessità dell'anestesia del paziente cardiopatico, che deve essere seguito dal medico anestesista fino alla dimissione dalla terapia intensiva.

Nella mia visione, il lavoro del medico anestesista non deve essere confinato alla sola sala operatoria, ma termina solo quando il paziente lascia l'ospedale. Solo in questo modo possiamo offrire delle prestazioni di qualità.

Come il chirurgo, anche il medico anestesista non lavora da solo e il successo dell'intervento non è legato a una sola persona ma si deve alla collaborazione di una squadra. La qualità della presa a carico di un paziente in sala operatoria si misura molto anche in termini di interdisciplinarietà e di condivisione delle responsabilità fra le diverse figure attive in sala operatoria. Credo che in questo il Cardiocentro sia davvero un caso esemplare.

Qui sopra l'équipe di cardioanestesia e cure intensive del Cardiocentro Ticino.

Da destra: Tiziano Cassina, Hervé Schlotterbeck, Sara Clivio, Gabriele Casso, Bruno Capelli.



Scala di riferimento per il monitoraggio del livello di sedazione secondo il sistema BIS.