

PROTOCOLLO DI RICERCA CLINICA IN ANESTESIA TORACICA.

Gestione delle vie aeree in chirurgia toracica

La diffusione di nuove tecniche chirurgiche a ridotta invasività ha determinato una estensione e ridefinizione delle indicazioni della ventilazione monopolmonare (OLV). La tecnica “*gold standard*” per la intubazione selettiva è ancora oggi costituita dal posizionamento di un tubo endotracheale a doppio lume. Tuttavia le dimensioni, la rigidità e le peculiarità di introduzione e di posizionamento fanno sì che in alcuni casi esso non rappresenti il presidio di scelta. Negli ultimi anni la disponibilità di specifici devices quali i bloccatori bronchiali e del fibrobroncoscopio ha consentito di modificare sostanzialmente l'approccio alle tecniche di isolamento polmonare.

Lo scopo dello studio è la identificazione delle tecniche e dei presidi impiegati per la gestione delle vie aeree in chirurgia toracica mediante la rilevazione e l'analisi dei dati ottenuti in assenza di modificazioni della pratica clinica corrente.

Vengono inclusi nello studio tutti i pazienti da sottoporre ad interventi di chirurgia toracica, cardiocirurgia o chirurgia generale che richiedono ventilazione monopolmonare.

Raccolta dati per l'analisi:

- **Dati inerenti al paziente:** sesso, età, altezza, peso, BMI, classe di Mallampati e Cormack-Lehane
- **Dati inerenti l'intervento chirurgico:** tipo di intervento, tipo di accesso, urgenza-elezione
- **Dati inerenti la gestione delle vie aeree:** presidio impiegato, numero dei tentativi di IOT, tempo di posizionamento (dall'inizio della laringoscopia alla verifica di posizione), grado di difficoltà, numero di dislocazioni e riposizionamenti, eventuale impiego del fibrobroncoscopio, entità del collasso polmonare (definito dal chirurgo dopo l'apertura della pleura), necessità di aspirazione, bontà dell'aspirazione del polmone declive e del polmone proclive, eventuali episodi di ipossiemia intraoperatoria, eventuale sostituzione del DLT a fine intervento, ricorso ad estubazione protetta, necessità di reintubazione.
- **Tempi:** durata dell'intervento chirurgico, della ventilazione monopolmonare, della ventilazione meccanica totale, tempo necessario ad ottenere il collasso parenchimale.

Vengono altresì rilevati il grado di esperienza dell'operatore e il reparto di dimissione (PACU, TI o reparto di chirurgia)

L'analisi statistica verrà effettuata con Test t student e andrà a valutare una serie di parametri che a nostro avviso consentono di individuare i vantaggi dell'utilizzo di un presidio rispetto agli altri in termini di facilità e rapidità di posizionamento, stabilità intraoperatoria, esclusione polmonare, grado di collasso parenchimale e possibilità di aspirazione.

TEMI DI DISCUSSIONE

1. Percentuale di impiego del FOB
2. Gestione delle vie aeree difficili in OLV
3. Efficacia del Bloccatore Bronchiale in alternativa al Tubo Bilumen
4. Percentuale di impiego dei vari presidi
5. Outcome