

Polipatologie e rischio chirurgico

Paziente di 68 anni, in sovrappeso (BMI 27 kg/m²), lunga storia di tabagismo (da molti anni fuma 30-40 sigarette al dì), è affetto da BPCO. Presenta ipercolesterolemia, coronaropatia, arteriopatia periferica agli arti inferiori. È in politerapia con ASA, ramipril, amlodipina, nitrato, salmeterolo-fluticasone e tiotropio, atorvastatina, citalopram, pentossifillina e cicli di antibiotici per le riacutizzazioni bronchiali. Nel febbraio di quest'anno, a seguito di una lieve melena, ha eseguito una colonscopia, con il reperimento di due polipi, di cui uno di aspetto friabile, sospetto per neoplasia.

Storia clinica

Nel 1990 è stato eseguito un bypass femorale e coronarico. Nel 2001 è stato posizionato uno stent coronarico all'arteria interventricolare anteriore.

Nel 2004 un ecocardiogramma ha mostrato ipertrofia biventricolare con funzione e cinetica conservate. Una RMN ha escluso lesioni lacunari cerebrali.

Negli ultimi anni il paziente ha cercato di smettere di fumare: durante il primo tentativo ha impiegato un cerotto alla nicotina, ma i periodi di astinenza sono stati di breve durata, nel secondo ha utilizzato bupropione. Anche in questo caso ha ripreso a fumare per la presenza di disforia. Recentemente ha presentato numerosi episodi di riacutizzazione bronchiale, trattati con brevi cicli di steroidi orali e antibiotici.

Presenta saltuari episodi anginosi e crisi di claudicatio intermittens (il dolore compare dopo 100-200 metri). La funzione respiratoria è ridotta (FEV₁ 58%); all'ultima radiografia del torace sono presenti ili vascolari e accentuazione della trama con strie disventilatorie bibasilarie e iperdiafania.

Situazione preoperatoria

A seguito del referto della colonscopia il chirurgo ha consigliato l'asportazione della massa, ma il cardiologo in vista di un intervento impegnativo ha proposto una revisione dell'albero coronarico, per posizionare probabili ulteriori stent, che

però avrebbero richiesto almeno tre mesi di terapia antiaggregante.

L'obiettività attuale del paziente comprende lieve dispnea da sforzo, pressione arteriosa 110/75 mmHg, SatO₂ 96%. Ha iperinsufflazione polmonare, senza particolari rumori umidi.

Gli arti inferiori non presentano anomalie.

Gli esami di laboratorio evidenziano Ht 33% e CEA 11 (vn <4).

Il torace mostra, come noto, iperdiafania con diaframmi appiattiti.

Il paziente però non è convinto di sottoporsi all'intervento. Certo è che se smettesse di fumare i rischi operatori sarebbero minori, ma nonostante assuma un antidepressivo, non trova ancora motivazione alla cessazione del fumo per l'ansia che ciò gli comporterebbe, in un momento così delicato della sua vita.

Riflessioni

Le importanti complicazioni postoperatorie polmonari che potrebbero colpire il paziente includono la polmonite, l'atelectasia lobare, la ventilazione meccanica oltre le 48 ore (per le probabili difficoltà respiratorie) e il broncospasmo.

L'età relativamente avanzata aumenta la prevalenza di comorbilità, che a loro volta possono aumentare il rischio, ma anche dopo la regolazione multivariata delle diverse patologie, l'età rimane di per sé un fattore di rischio.

La BPCO e la cardiopatia ischemica, accompagnata a sicure alterazioni

vascolari diffuse, costituiscono un livello di rischio alto per la mortalità assoluta, maggiore in caso di anestesia e chirurgia (soprattutto di quella resettiva addominale).

Sarebbe utile una completa valutazione funzionale cardiorespiratoria e circolatoria e un'attenta selezione delle terapie necessarie. Inoltre il paziente dovrebbe essere sottoposto a una temporanea rieducazione motoria e respiratoria per renderlo più resistente allo sforzo muscolare e respiratorio.

In primis però sarebbe utile cercare di motivare il paziente alla cessazione del fumo, almeno per un paio di mesi.

Questo è un momento decisivo: ho la possibilità di giocare un ruolo importante nella gestione del mio paziente.

Nei vari colloqui gli prospetto la possibilità di perseguire un obiettivo "minimo": smettere di fumare, in vista dell'intervento, per un breve periodo.

Riesco a convincerlo e il paziente non fuma per qualche settimana. Completa gli esami preliminari e inoltre esegue un ciclo di fisioterapia respiratoria e muscolare.

Intervento chirurgico e decorso clinico

Il paziente viene ricoverato in chirurgia e sottoposto a emicolectomia. Nel frattempo viene esclusa la presenza di secondarismi.

Il decorso postoperatorio è buono, senza complicanze respiratorie e vascolari.

Dopo le dimissioni il paziente non ha ripreso a fumare. Ha eseguito un ulteriore ciclo di fisiochinesiterapia e il calo di peso dovuto al ricovero ha facilitato una maggiore mobilità dopo la dimissione.

L'esperienza dura, ma dai risvolti positivi, che ha vissuto il paziente ha migliorato il tono dell'umore, permettendogli di sospendere la terapia antidepressiva.