

PRZYPADEK II.

TRUDNE DROGI ODDECHOWE: INTUBACJA VIA LMA FASTERACH U CHOREGO Z ZESPOŁEM FREEMANA–SHELDONA

Znieczulenie chorego z zespołem Freemana–Sheldona związane jest z dużymi trudnościami z:

- uzyskaniem dostępu naczyniowego;
- przyrządowym udrożnieniem dróg oddechowych;
- ryzykiem wystąpienia hipertermii złośliwej po ekspozycji na anestetyki wziewne.

Choroba ta, będąca najcięższą postacią dystalnej artrogrypozy, jest rzadkim zespołem wad wrodzonych genetycznych, charakteryzującym się m.in.:

- mnogimi przykurczami stawowymi współistniejącymi z dystrofią mięśniową;
- skoliozą;
- skłonnością do wystąpienia garbu;
- przykurczem w stawach skroniowo-żuchwowych z niemożnością otwarcia ust;
- podniebieniem gotyckim;
- niekiedy rozszczepem podniebienia;
- ograniczoną ruchomością kręgosłupa szyjnego.

Znieczulenie chorego z zespołem Freemana–Sheldona obliuguje zespół anestezjologiczny do zabezpieczenia okresu okołooperacyjnego w dantrolen oraz odpowiedniego przygotowania się na możliwe trudności w uzyskaniu drożności dróg oddechowych.

23-letni pacjent zakwalifikowany został do operacji usunięcia kamieni z moczowodów. W przedoperacyjnym badaniu anestezjologicznym stwierdzono, że:

- nie można odchylić głowy (z powodu unieruchomienia odcinka szyjnego kręgosłupa);
- możliwe jest otwarcie ust na maksymalnie 5–7 mm, co powoduje, że pacjent znajduje się w IV stopniu według skali Mallampatiego.

Przygotowano odpowiednią dawkę dantrolenu. Biorąc pod uwagę możliwe trudności z przyrządowym zabezpieczeniem drożności dróg oddechowych, rozważano wykonanie znieczulenia przewodowego i podjęto próbę nakłucia przestrzeni podpajęczynówkowej w odcinkach L_4-L_5 i L_5-S_1 . Czynności te wykonywano, podając choremu frakcjonowane dawki propofolu i prowadząc wysokoprzepływową tlenoterapię bierną przez maskę twarzową.

Postępowanie takie nie zwalnia zespołu z przyrządowego udrożnienia dróg oddechowych (intubacja), nawet gdyby znieczulenie regionalne się powiodło.

Po kilku nieudanych próbach podjęto decyzję o wykonaniu znieczulenia ogólnego dotchawiczego. Przygotowano:

- zestaw kilku przezroczystych masek twarzowych;
- zestaw rurek ustno-gardłowych o różnej długości;
- standardowy laryngoskop z łopatką MacIntosha;
- laryngoskop z łopatką McCoya;
- laryngoskop TruView;
- klasyczną maskę krtaniową (LMA Unique);
- maskę krtaniową Supreme;
- maskę krtaniową z możliwością intubacji przez jej światło (FasTrach) wraz z rurką intubacyjną;
- urządzenie światłowodowe AmbuScope.

Po 5–8-minutowym natlenieniu biernym podano propofol w dawce 2,5 mg/kg m.c. Po zniknięciu odruchu rzęsowego początkowo wspomagano, a w chwilę później zastąpiono spontaniczną czynność oddechową oddechem zastępczym.

Uważny Czytelnik może zadać pytanie, dlaczego przy tzw. trudnych drogach oddechowych nie wykonywano indukcji wziewnej sewofluranem, która w tych okolicznościach byłaby być może bardziej wskazana. **UWAGA – u chorych podejrzanych o wystąpienie hipertermii złośliwej – gazy anestetyczne są bezwzględnie przeciwwskazane.** Oznacza to, że jedyną formą znieczulenia ogólnego może być znieczulenie ogólne całkowicie dożylnie (*total intravenous anaesthesia, TIVA*) z użyciem propofolu.

Dla ułatwienia wentylacji wprowadzono rurkę ustno-gardłową. W trakcie jej wprowadzania wystąpiły znaczne trudności przy rotowaniu jej o 180 stopni (ryc. 8.4), szerokość otwarcia ust była bowiem mniejsza niż szerokość rurki.

Po wprowadzeniu rurki ustno-gardłowej i uzyskaniu prawidłowej wentylacji podano sufentanyl w dawce 0,25 µg/kg m.c. i rozpoczęto podawanie dodatkowych dawek propofolu (1 mg/kg m.c. co 3–4 minuty).

Po kilku minutach wentylacji 100% tlenem użyto laryngoskopu klasycznego (z łopatką MacIntosha), rozpoznając IV stopień według skali Cormacka–Lehane’a (ryc. 8.5).

Odstąpiono od intubacji laryngoskopem standardowym i po uzupełnieniu sufentanylu do dawki 0,75 µg/kg m.c. oraz po natlenieniu czynnym podjęto próbę laryngoskopii