

Near-zero difficult tracheal intubation and tracheal intubation failure rate with the “Besta Airway Algorithm” and “Glidescope® in morbidly obese” GLOBE

Elena CAGNAZZI*, Alessandro MOSCA, Nicola LATRONICO

Questo studio suggerisce l'utilizzo del *Besta Airway Algorithm* nella gestione delle vie aeree nei pazienti obesi, ponendo come outcome primario il tasso di incidenza di vie aeree difficili impreviste (DTI) definite come grado di Cormack e Lehane \geq III, *Intubation Difficulty Scale* (IDS) e IDS modificata entrambe con uno score > 5 . Viene preso in esame un campione di 214 pazienti con BMI >40 Kg/m², di cui 189 sottoposti a chirurgia bariatrica e 25 non bariatrica, valutati nel preoperatorio con il “*Ganzouri Risk Index*” (EGRI). Un EGRI score >7 è associato ad un aumentato rischio di intubazione difficile con indicazione all'utilizzo del Fibrobroncoscopio, se < 7 l'algoritmo prevede intubazione con Glidescope. Dai risultati si evidenzia che su 214 pazienti arruolati, 212 sono stati intubati con Glidescope e 2 con FOB, di cui uno dopo fallimento con Glidescope. Con la valutazione mediante Cormack e Lehane e IDS non sono stati segnalati casi di DTI, mentre considerando la IDS modificata ne sono stati individuati 3 casi.

Tuttavia alcuni aspetti di questo studio risultano ancora da chiarire. Sono stati esclusi i pazienti che, in precedenti interventi, avevano presentato impossibilità alla ventilazione e/o all'intubazione con Glidescope. Sarebbe stato interessante osservare il loro score al EGRI. Si potrebbe anche pensare che la loro esclusione abbia alterato i risultati ottenuti.

La presenza, inoltre, di un operatore esperto con almeno due anni di esperienza di anestesia con i pazienti obesi e 20 intubazioni con Glidescope, è un elemento fondamentale nello studio, tanto da determinare un criterio di esclusione qualora fosse stato assente l'operatore; ci si chiede quali risultati si sarebbero ottenuti se l'intubazione fosse stata eseguita da operatori con minor esperienza.

Qualora al EGRI si sia ottenuto uno score di 5, lo studio prevede che tre anestesisti forniscano una valutazione indipendente per poi convenire su un unico score finale, questo aspetto potrebbe eccedere quale criterio di soggettività. Sempre riguardo allo score EGRI, l'anamnesi di DTI dovrebbe avere un peso maggiore vista l'importanza di questo parametro. Alcuni studi hanno inoltre dimostrato come per una corretta valutazione delle vie aeree nei pazienti obesi, debba essere considerata la circonferenza del collo² che in questa valutazione manca. Un altro aspetto da chiarire è il caso di fallimento di intubazione. Tale paziente ha presentato uno score di EGRI <7 , ma in sala operatoria è stato intubato con FOB dopo tentativo fallimentare di ventilazione in maschera facciale e successivo posizionamento di LMA. Si è presentata una situazione ad elevato rischio per il paziente stesso di subire una procedura per accesso rapido tracheale o riportare danni neurologici a causa di ipo-anossia prolungata, anche in considerazione delle strategie farmacologiche impiegate per l'induzione dell'anestesia (che comprendeva la miorioluzione!). Tuttavia questo episodio non viene approfondito. Questo studio, inoltre, è di tipo descrittivo e non randomizzato controllato e senza una definizione del power e del sample size. Sarebbe interessante comprendere il perché dell'utilizzo della Succinilcolina anziché del Rocuronio (come invece consigliato dalle nuove linee guida DAS) in pazienti complessi come gli obesi. Diversi studi hanno dimostrato le complicanze correlate all'utilizzo della Succinilcolina, uno tra tanti, un caso in paziente obesa sottoposta a chirurgia bariatrica che ha sviluppato “succinylcholine myalgia” e successiva polmonite.¹

Infine supponendo che lo studio dimostri una elevata semplicità di intubazione mediante utilizzo di Glidescope, ciò non sempre rispecchia la realtà: ad una migliore visione non sempre è associata una migliore performance nella manovra di IOT e questo studio ne rappresenta proprio un esempio: basta un caso, un solo caso, di mancato controllo delle vie aeree per avere conseguenze catastrofiche per il paziente, e per l'operatore.

1. *Obes Surg.* 2009 Apr;19(4):534-6. doi: 10.1007/s11695-008-9720-7. Epub 2008 Oct 7.

Succinylcholine: a drug to avoid in bariatric surgery. Tejirian T1, Lewis CE, Conner J, Jensen C, Dutson E, Mehran A.

2. Airway management in obese patient O. LANGERON, A. BIRENBAUM, F. LE SACH., M. RAUX (Minerva Anestesiol 2014;80:382-92)