

Miastenia Gravis

Conversione in formato pdf realizzata dal [Dott. Luigi Vicari](#)

La miastenia è una patologia di origine autoimmune caratterizzata da un numero ridotto di recettori per l'acetilcolina (Ach) con conseguente anomalia della trasmissione neuromuscolare ed eccessiva faticabilità della muscolatura striata. Nella patogenesi gioca un ruolo fondamentale il timo. I pz miastenici presentano o iperplasia della ghiandola o un timoma. La causa che scatena la reazione autoimmune, a causa della quale si ha l'autosensibilizzazione dei linfociti T contro l'Ach, è sconosciuta.



Nella condotta anestesio logica uno degli aspetti rilevanti per l'anestesista risulta essere l'impiego dei miorellassanti.

La risposta dei pazienti miastenici è imprevedibile: accanto alle ben note segnalazioni di ipersensibilità verso i non depolarizzanti esiste una resistenza, non costante, ai curari depolarizzanti.



La maggior parte degli autori preferisce astenersi dall'utilizzare la Succinilcolina in presenza di miastenici. I moderni agenti anestetici inalatori ed endovenosi comportano un sufficiente grado di ipotonia tale da consentire l'intubazione endotracheale previa anestesia topica della glottide.

Tuttavia, se le necessità chirurgiche richiedono il ricorso alla curarizzazione farmacologica, le tendenze più recenti hanno attenuato la problematica arrivando alla conclusione che i miorilassanti non depolarizzanti possono essere impiegati con un ampio margine di sicurezza, sempre che i dosaggi vengano adeguati caso per caso e si attui un attento monitoraggio del blocco neuromuscolare.

Fase preoperatoria

Momento importante della visita anestesiológica è l'esame clinico del paziente miastenico che mira a ricercare disturbi della ventilazione e della deglutizione, e a valutare la forza muscolare. In riferimento alla gravità del quadro clinico la patologia viene classificata in quattro stadi:

- * Stadio I: interessamento di un gruppo muscolare;
- * Stadio II: miastenia generalizzata benigna (IIa con disturbi della respirazione e della deglutizione, IIb senza tali disturbi);
- * Stadio III: miastenia grave acuta (interessamento muscolare generalizzato);
- * Stadio IV: miastenia grave cronica.

La preparazione all'intervento varia in base alla gravità del quadro clinico e tenendo presente che, pz affetti da tale patologia utilizzano come trattamento sintomatico gli anticolinesterasici. In base allo stadio della patologia si procede alla sospensione o alla riduzione del trattamento farmacologico sino a quattro giorni prima dell'intervento. Per i pazienti appartenenti al I e II stadio è possibile una interruzione completa, per gli altri stadi bisogna valutare caso per caso. Attualmente il trattamento del miastenico di II grado prevede sedute di plasmaferesi associata alla somministrazione di immunosoppressori.

MIASTENIA ED ANESTESIA
OTTIMIZZARE LO STATO MIASTENICO

- SE IL PZ. E' GIA' IN TRATTAMENTO IMMUNOSOPPRESSORE (CORTICOSTEROIDI ETC.) LA TERAPIA VA PROSEGUITA FINO ALL'INTERVENTO
- SOSPENSIONE DEL TRATTAMENTO ANTICOLINESTERASICO FINO A 4 GIORNI PRIMA DELL'INTERVENTO
- SEDUTE DI PLASMAFERESI O INFUSIONE DI IG UMANE AD ALTE DOSI (0.4 g/Kg/die) DANNO UN BENEFICIO TERAPEUTICO A BREVE TERMINE PRIMA E DOPO L'INTERVENTO CHIRURGICO

Condotta anestesiológica

I farmaci anestetici che possono essere usati nelle diverse fasi dell'anestesia sono: Benzodiazepine, Tiopentone, Propofol, Alogenati, Protossido di azoto, Morfinici e Miorilassanti non depolarizzanti. Utilizzati a dosi inferiori a quella dei soggetti normali permettono di condurre una anestesia senza difficoltà.

L'anestesista può adattare, a seconda delle condizioni del pz, una delle seguenti tecniche:

1. Anestesia bilanciata

2. T.I.V.A.

3. Anestesia inalatoria.

Monitoraggio

* ECG

* P.A.

* Sat.O₂

* Monitoraggio della trasmissione neuromuscolare (metodo TOF) se si prevede l'uso di miorellassanti

* Temperatura corporea.

Fase postoperatoria

E' certamente la fase più delicata dell'anestesia, dove può comparire una condizione di insufficienza respiratoria determinata non solo da debolezza muscolare, ma talvolta anche da accumulo di secrezioni tracheo-bronchiali.

E' consigliabile mantenere l'intubazione per qualche ora dopo l'intervento. L'estubazione si effettua quando sono presenti i criteri di estubazioni validi per qualsiasi malato :

* Ripresa della coscienza

* Corretta forza muscolare (mantenimento della testa sollevata per più di 5 sec.)

* EGA normale

E' comunque necessaria sia la sorveglianza del paziente in unità specializzate (Unità di Terapia Intensiva) per almeno 48 ore dalla estubazione, sia la Kinesiterapia (spirometria incentiva, tosse, espettorazione attiva, aerosol).

La ripresa della terapia anticolinesterasica si effettua a breve distanza dall'anestesia con riassetto del dosaggio ottimale.