

Procedura



- Fibroscopio per intubazione (diam 5 mm) munito di canale operativo e di aspirazione
- Telecamera – Fonte luminosa – Sistema di aspirazione
- Monitor multiparametrico
- Ventilatore automatico
- Pompa siringa infusiva
- Siringa da 60 ml + prolunga contenente remifentanil (1 mg in Sol. Fisiol. 40 ml)
- Ventimask con resevoir (flusso di O2 8 – 10 L/min)
- Lidocaina spray 10% (per anestesia topica in 2 tempi della lingua – max 8 spruzzi)
- Siringa 10 ml con Lidocaina 15 + agocanula 14 G (per anestesia topica dell'ipofaringe – 4 ml + 4 ml) + abassalingua
- Boccaglio protettivo (con raccordo per O2) o in alternativa boccaglio per procedure endoscopiche + cannula nasale per O2 (occhialini)
- Tubo endotracheale (diam. 7,5 – 7)
- Siringa 10 ml con lidocaina 1% (*spray as you go topical anaesthesia* attraverso canale operativo del FBS)
- Siringa 10 ml con atropina 1mg diluita con sol. fisiol. a 10 ml
- Siringa 10 ml con efedrina 50 mg (2 fl) diluita in sol. fisiol. fino a 10 ml
- Siringa 5 ml con naloxone 0,4 mg (1 fl) diluito in sol. Fisiol. fino a 4 ml
- Farmaci per induzione e mantenimento anestesia generale

Protocollo Operativo

Premedicazione ?

- Midazolam 2,5 mg – 5 mg
- Atropina 0,5 mg

NB almeno 30 min prima della procedura

Fase Iniziale

- Preossigenazione - Iniziare con l'infusione di remifentanil $0,08 \pm 0,02$ mcg/kg/min – i dosaggi, come quelli riportati più avanti, sono indicativi (sono quelli che in letteratura risultano efficaci) ; fare riferimento al livello di analgo-sedazione del paziente in rapporto alla *scala di ramsey*.
- Eseguire l'anestesia locale (AL) con lidocaina spray 10% - max 8 spruzzi - nebulizzando l'anestetico locale *in faringe* (anche in profondità), invitando a deglutire. La comparsa della tosse facilita la diffusione dell'anestetico locale.
- Eseguire anestesia locale *nel retrofaringe*, instillando lidocaina 1% 4 ml + 4 ml (portare 5 cc di lidocaina al 2% a 10 ml) montando sulla siringa una agocannula verde (per poter arrivare più in profondità posteriormente) = in questa fase è importante invitare il paziente a fare dei gargarismi e poi deglutire l'anestetico locale.
- In questa fase aumentare progressivamente il dosaggio remifentanil con step di 0,025 mcg/kg/min fino a $0,15 \pm 0,05$ mcg/kg/min – con target su scala *ramsey* di 3 (*il dosaggio rimane invariato fino alla fine della procedura*)

NB: 0,15 mcg/Kg/min corrispondono a 3 ng/ml in Target Controlled Infusion

Fase Intermedia

1. Posizionare un boccaglio da EGDS (o quello dedicato che ha la possibilità di collegare una fonte di O₂) – il boccaglio andrà fissato con due cerotti
2. Montare e fissare con un cerotto sul FBS un tubo tracheale diam. 7 –7,5 – con opportuna lubrificazione
3. Iniziare la manovra di inserimento del fibroscopio (FBS) con il tubo tracheale montato sullo stesso, invitando il paziente a fare dei respiri profondi *che favoriscono la visualizzazione delle strutture della faringe e del laringe.*
4. Avanzare con FBS fino al piano glottico e visualizzare le CV, eseguire un supplemento di lidocaina 1% “*spray as you go*” - attendere perché AL faccia effetto.

Fase Finale

1. Far avanzare il FBS attraverso le CV : fermarsi al piano sottoglottico ed eseguire anestesia locale con lidocaina 1% *“spray as you go”*, cercando di mantenere il FBS in centro rispetto al diametro tracheale - attendere perché AL faccia effetto.
2. Avanzare con il FBS mantenendosi possibilmente in centro alla trachea fino a 2 – 3 cm dalla carena (non oltrepassare il piano precarenale !)
3. Far avanzare il tubo tracheale scivolando sul FBS come guida; invitare il paziente a fare un respiro profondo quando il tubo passa le CV (e ruotare il tubo sull'asse per consentire un avanzamento più agevole oltre le stesse CV).
4. Posizionato il tubo tracheale, chiedere al paziente di trattenere un attimo il fiato perché la respirazione può essere difficoltosa con il tubo parzialmente ostruito dal FBS.

Stabilizzazione

1. Togliere il FBS.
2. Togliere il boccaglio – fissare il tubo tracheale.
3. Cuffiare delicatamente il tubo tracheale (la tollerabilità dipende dalla AL)
4. ...e approfondire il paziente
5. Dare il via all'intervento.