

Raccomandazioni Parte II Gestione Perioperatoria 2.1 (17.05.17) - Tx Fegato nell'adulto (CC Bergamo 2017)

Consensus Conference di Bergamo 16-17.05.2017 - Raccomandazioni sul trapianto di fegato nell'adulto presentate e discusse il 16.05.2017, riviste e approvate con votazione per Centro il 17.05.2017. Alla sessione fegato della Consensus hanno partecipato delegati SITO, AISF, SIAARTI.

D. Gruppo di Studio Gestione Respiratoria

Come possiamo effettuare la diagnostica delle malattie respiratorie nel paziente candidato a trapianto epatico?

RACCOMANDAZIONI/commenti

26. *La **funzione respiratoria** deve essere adeguatamente valutata dal **team trapiantologico** data la rilevanza delle problematiche respiratorie in termini di morbilità e mortalità sia nel periodo di waiting list che dopo il trapianto (A, Ib).*
27. *E' suggerita l'**effettuazione di prove di funzionalità respiratoria**, che, sebbene non possano predire la mortalità dopo trapianto di fegato, hanno un **ruolo predittivo** circa **complicanze** come durata della degenza ed ore di ventilazione meccanica. Ascite e/o idrotorace possono limitare la validità delle prove funzionali respiratorie. (B, IIb)*
28. *I **parametri di valutazione** sono la capacità polmonare totale (TLC) ed il volume residuo (RV). Il pattern respiratorio più implicato è quello restrittivo (FEV1/FVC \geq 70% atteso e TLC $<$ 80% atteso). (B)*
29. *L'**effettuazione ripetuta** nella fase pretrapianto delle prove respiratorie può essere utile nella stima della forza muscolare, assieme ad altre valutazioni come il test del cammino (6' walk test), la valutazione delle massime pressioni inspiratoria ed espiratoria. (B, III)*

Quesito 2

Come possiamo effettuare lo svezzamento dalla ventilazione artificiale?

RACCOMANDAZIONI/commenti

30. *A causa dei rischi associati alla dipendenza dal ventilatore meccanico l'**estubazione precoce** dopo trapianto è raccomandata come strategia di prevenzione delle complicanze della respirazione invasiva. (A, I)*
31. *La **fast-track anestesia**, l'**oculata somministrazione di fluidi perioperatori**, e l'**ottimizzazione emodinamica** sono i presupposti per un'estubazione precoce, e risultano strategie sicure per ridurre i tempi di degenza in Terapia Intensiva e dell'ospedalizzazione del ricevente. (A, I)*
32. *L'**incidenza di reintubazioni** dopo estubazione precoce non appare accresciuta rispetto a quando l'estubazione è avvenuta più tardivamente. (A)*

Quesito 3

Come possiamo ottimizzare la ventilazione meccanica prolungata post-trapianto?

RACCOMANDAZIONI

33. *La necessità di prolungata dipendenza dal ventilatore meccanico impone l'**adozione di ventilazioni "protettive" per il polmone**, idonee da un lato a minimizzare l'insulto per il parenchima e dall'altro a proteggere l'allograft. (A, I)*

34. *Se la durata della ventilazione meccanica si prolunga, o il paziente dimostra persistentemente insufficiente cooperazione o impossibilità alla protezione spontanea delle vie aeree dopo estubazione, è suggerita la **tracheotomia**. (B, IIa)*

Quesito 4

Come possiamo ottenere l'estubazione precoce dopo trapianto di fegato?

RACCOMANDAZIONI

35. *La **ventilazione non invasiva** (NIV) va considerata presidio di aiuto per un'estubazione anticipata dopo trapianto. (A, IIa)*

36. *L'applicazione della NIV nel post-trapianto ha mostrato diminuire l'incidenza di VAP, di sepsi e shock settico, ed ha mostrato anche **ridurre l'incidenza di reintubazioni e la mortalità** in Terapia Intensiva. (A)*

37. ***Alcune categorie di riceventi** (trapianti ABO incompatibili, pazienti con infezioni preoperatorie, o riceventi con polmonite postoperatoria durante ventilazione meccanica) sono a più **alto rischio di «weaning failure»** da metodiche invasive di airway management, e la NIV post-estubazione potrebbe non garantire il mantenimento della respirazione autonoma. (B)*