

EDITORIAL

Dificultatea predicției unei intubații oro-traheale dificile

Dificultatea realizării controlului căii respiratorii este unul din aspectele care preocupă specialistul anestezist datorită repercusiunilor asupra morbidității și mortalității datorate actului anesteziei.

Într-un audit al incidenței, cauzelor și evoluției bolnavilor cu stop cardiac perioperator dintr-o perioadă de 14 ani (1992-2006), una din cauzele cel mai frecvent atribuite anesteziei a fost controlul inadecvat al căii aeriene [1].

În lume, aproximativ 600 de pacienți decedază anual ca urmare a complicațiilor care apar în cursul intubației traheale [2]. În 30% din cazuri decesul este cauzat de suficiența hipoxică cerebrală secundară incapacității menținerii unei căi aeriene libere [3].

Conform ghidurilor Societăților Americane de Anestezilogie, calea aeriană dificilă este definită drept situația clinică în care un anestezist cu experiență întâmpină dificultăți la ventilația pe mască, la intubația traheii sau la ambele procedee [4]. Această situație se întâlnește relativ frecvent, 1 din 65 de pacienți prezentând probleme legate de intubația dificilă [5].

Există o multitudine de încercări de a defini intubația oro-traheală dificilă, fără să avem un consens în privința criteriilor pe baza cărora o anticipăm în momentul evaluării pacientului. Anamneza pacientului nu trebuie neglijată, întrucât relatarea unor afecțiuni congenitale, traumatice, oncologice ar putea avea conexiuni cu calea aeriană superioară. Cea mai mare importanță o are examenul fizic al regiunii feței, gâtului, precum și regiunii bucale care poate pune în evidență eventuale formațiuni tumorale și evaluează repere anatomice care, modificate fiind, pot atrage suspiciunea unei intubații dificile. S-a apreciat pe rând că un scor Mallampati

clasa III și IV, o distanță tiromentonieră $\leq 6,5$ cm sau o distanță inter-incisivi ≤ 4 cm ar constitui fiecare un bun predictor al intubației dificile.

S-a constatat însă că aceste repere luate izolat nu au o sensibilitate sau specificitate suficientă pentru a prognoza corect intubația dificilă. El-Ganzouri a imaginat un model stratificat de risc pentru laringoscopia directă, în care a folosit 5 astfel de repere, într-un index multivariat [6]. Rezultatul a demonstrat că valoarea predictiv-pozitivă a acestor repere luate individual este redusă. La fel, dacă specificitatea acestora a fost crescută, în schimb sensibilitatea a fost redusă. Pe de altă parte, luate în considerare într-un index multivariat compus, au prezentat o valoare predictivă pozitivă și o specificitate egală.

Un sistem de scor care să permită cu mai multă precizie predicția de intubație dificilă la un lot de pacienți cu intervenții chirurgicale în sfera faringo-amigdaliană este prezentat de Chișu și colab. în acest număr al Jurnalului [7].

Pe un lot de 200 de pacienți, autorii evaluează valoarea predictivă a unui scor propriu – Scor de Predicție a Intubației Dificile (SPID) –, care conține 9 parametri: aspectul maxilarului (hipoplazie maxilară/boltă palatină ogivală), aspectul și mobilitatea mandibulei în articulația temporo-mandibulară, gradul de deschidere a gurii (deschiderea inter-incisivă pe linia mediană), distanța tiromentonieră, prezența sau absența unei dentiții patologice, mobilitatea coloanei cervicale, scorul Mallampati, eventuale simptome clinice sugestive pentru patologia laringiană. Dintre parametrii scorului SPID, articulația temporo-mandibulară puțin mobilă sau în anchiloză și distanța tiromentonieră $\leq 6,5$ cm au fost variabilele cu o bună putere de predicție pozitivă, în timp ce prezența simptomatologiei sugestive pentru patologia laringiană, deschiderea inter-incisivă sub 4 cm și articulația temporo-mandibulară puțin mobilă sau în anchiloză au avut cea mai mare putere de predicție pozitivă. Analiza puterii individuale de predicție a arătat

Adresa pentru corespondență: Conf. dr. Călin Mitre
Clinica ATI I
Str. Croitorilor nr. 19-21
Cluj-Napoca
E-mail: cmitre2001@yahoo.com

o corelare bună între factorii individuali de risc și situația intubației dificile la 7 din cei 9 parametri incluși, excepție făcând hipoplazia maxilară/bolta palatină ogivală și, respectiv, calitatea dentiției.

Prin analiza coeficienților de regresie ai parametrilor studiați, autorii au stabilit că o intubație dificilă este prezisă de o valoare a scorului SPID ≥ 11 . Scorul SPID propus de autori are o sensibilitate de 80,06% și o specificitate de 70,58%, apropiat de scorul propus de Ayuso și colab. la pacienții cu patologie faringo-laringiană [8]. Scorul Ayuso conține 11 variabile, având o sensibilitate de 94% și o specificitate de 76% când rezultatul scorului este ≥ 5 .

În ultimii ani, prin progresele tehnice în domeniul vizualizării căii aeriene superioare, riscurile determinate de intubația dificilă și numărul accidentelor și incidentelor s-au redus semnificativ. În ultimii 20 de ani au apărut tehnici instrumentare de dezobstrucție a căii aeriene reunite sub numele de alternative de intubație traheală nechirurgicală, printre care amintim laringoscoapele cu lame articulate (McCoy), utilizarea de bujie și mandrene, aplicarea măștii laringiene. Recent a apărut un nou concept revoluționar, așa-numitul „visualizing around the corner”. Pentru realizarea acestei „priviri aruncate după colț” au fost imaginate dispozitive speciale, cum este laringoscopul Bullard sau fibroscopul flexibil, care, la ora actuală, fac parte din practica curentă de intubație dificilă. Perfecționarea și miniaturizarea aparaturii video-optice au dus la apariția video-laringoscopului și a stiletului traheal din fibră optică cu cameră video în miniatură. Din păcate însă, dezvoltarea tehnică nu a redus numărul real de accidente și incidente produse de o cale aeriană dificilă, multe servicii de anestezie fiind lipsite de aceste dispo-

zitive. Mergând pe principiul că, dacă anticipezi o intubație dificilă, aceasta nu mai este dificilă, fiind mai ușor să previi o anumită situație critică decât să o tratezi, anamneza și examenul clinic al pacientului rămân etape esențiale.

În acest sens, prin elaborarea unui scor SPID propriu, Chiuțu și colab. aduc o contribuție importantă la identificarea intubației dificile în cazul pacienților cu patologie faringo-laringiană.

Bibliografie

1. Ahmed A, Ali M, Klau A, Khan MU. An audit of perioperative cardiac arrests in a Southeast Asian university teaching hospital over 15 years. *Anaesth Intensive Care* 2008; 36: 710-716
2. King TA, Adams AP. Failed tracheal intubation. *Br J Anaesth* 1990; 65: 400-414
3. Benumof JL. Management of the difficult adult airway: with special emphasis on awake tracheal intubation. *Anesthesiology* 1991; 75: 1087-1110
4. Practice guidelines for management of the difficult airway: a report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Management of the Difficult Airway. *Anesthesiology* 1993; 78: 597-602
5. Hobbs G. Complications during anaesthesia. In Aitkenhead AR, Rowbotham DJ, Smith G (eds), *Textbook of Anaesthesia* 4th ed. Churchill Livingstone, 2001, 501-523
6. el-Ganzouri AR, McCarthy RJ, Tuman KJ, Tanck EN, Ivankovich AD. Pre-operative airway assessment: predictive value of a multivariate risk index. *Anesth Analg* 1996; 82: 1197-1204
7. Chiuțu L, Ioniță E, Vărzaru GD, Anghelina F, Călina NV, Călina DC. Predicția intubației dificile în chirurgia faringo-laringiană JRATI 2009; 16: 5-9
8. Ayuso MA, Sala X, Luis M, Carbo JM. Predicting difficult orotraheal intubation in pharyngo-laryngeal disease: preliminary results of a composite index. *Can J Anaesth* 2003; 50: 81-85

Călin Mitre
Catedra ATI I
Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu”
Cluj-Napoca