

Akutní perioperační respirační selhání a V-V ECMO

MUDr. Milena Brabcová, KARIM FN Motol



FN MOTOL

Úvod

**Zcela běžná všední služba na anestezii FN
Motol**

21:00 – 0:30 18.6. – 19. 6. 2016

Anamnesa

**Pacient 29 let, bez chronické léčby, bez alergií,
nekuřák, operace 0**

Snad hypertenze, neléčí se, obesní BMI 47

3 dny bolesti v krku, horečka

U lékaře byl, bez ATB

Hospitalizace na ORL

Nyní horečka 39°C, zhoršené dýchání a fonace

Provedena punkce peritonsilárního abscesu

**Indikována tonsilektomie vlevo v celkové
anestezii pro absces**

Provedeno předoperační vyšetření

Nasazen Augmentin i.v.

Perioperační období I

Anestesiolog, vedoucí služby

Operatér 2. služba ORL

Úvod do CA: Sufentanil 20 ug i.v., Propofol 240 mg i.v., Sukcynylcholinjodid 120 mg i.v.

Orotracheální intubace pro anatomické podmínky po bužiji, ale bez větších komplikací

Anestésie vedena inhalačně isofluranem, relaxace svalová cisatracurium 7 mg i.v., bolusově sufentanil

Operace a preparace tonsily obtížná, lůžko stále sákne, traumacel prášek do lůžka

Perioperační období

II.

Vigilizace, dobrá svalová síla, spontánní dechová aktivita, spolupracuje

EXTUBACE

Bezprostředně po ní pacient udává dechovou tíseň, agitovaný, pokles SpO₂ na 60%, tachypnoe, hypertense, tachykardie

Obtížně reintubován, vzestup SpO₂

Znovu vizilizován, spontánní ventilace via ETR, dobrá svalová síla

EXTUBACE, situace se opakuje

REINTUBACE, nyní již obtížná, ale úspěšná

Perioperační období

III.

Vedoucím ORL služby provedena obtížně tracheostomie, dle sdělení operátora měkčí trachea

Indikován překlاد na ARO k další péči pro plicní edém, možnou aspiraci krve

Indikace mimotělní oxygenace

Pacient tracheostomovaný, ventilovaný, bez podpory oběhu, tachykardie 110/min

Relaxovaný, analgosedace

SpO₂ 78% při manuální ventilaci, FiO₂ 1,0, minutová ventilace 20 l

Poslechově dorsobasálně chrůpky bilat., vlevo ventrálně neslyšné

Provedeno TEE, dobrá funkce obou komor, malá Mi insuficience bez nitrosrdečního zkratu

Jedinou možností adekvátní oxygenace se jeví zavedení VV ECMO ještě na operačním sále

ORL

V-V ECMO

**Voláme na sál kardiochirurga a perfusionisty
USG verifikace v.fem.l.dx., kanylace otevřená,
obtížná, venosní kanyla 28 Fr, konec
verifikován cca 3 cm od pravé síně – ECHO
Návratová kanyla 19 Fr v.jug. int. dx. cca 1 cm
v pravé síni srdeční
Parametry 4200 rpm, 5,4 l/min, FiO2 1,0příkon
5,5 l/ min**

ARO

**Pacient ventilován PSIMV, PCV 20, PPs 20,
PEEP 9, FiO₂ 0,8, df 12/12, Vte 400 ml
ATB: Penicilin G, Ciprofloxacin, Dalacin
RTG S + P, obraz bílé plíce**

A jak to všechno dopadlo ?

3. den pacient plně vigilní, spolupracující, p.o. příjem velmi dobrý, stále VV ECMO a špatné plicní fce

6. den odpojena ECMO podpora

7. den mobilizace a snížená ventilační podpora

11. den dekanylace dopoledne, odpoledne z organizačních důvodů překlad na ORL JIP

16. den na ORL JIPu plicní embolizace

prokázána angioCT, bez nutnosti další UPV, DUS DKK negativní

19. den přeložen na kardiologii k dovyšetření pro plicní embolii

21. den propuštěn do domácího ošetřování

Diskuse

Byla prvotní příčina stavu infekce ?

Bylo to dušení po extubaci ?

Byla to aspirace krve s práškem Traumacel ?

Byla to malá plicní embolie?

Bylo VV ECMO s jeho všemi možnými komplikacemi dobrým řešením ?

Závěr

At' už byla příčina jakákoli, rychlost řešení problému patrně zamezila dalšímu multiorgánovému postižení

**Časná vigilizace a mobilizace pacienta
zabránila vzniku ICU myopatie u habituálně
velmi nepříznivého pacienta**

