

Ipossiemia postoperatoria in chirurgia cardiotoracica: cosa c'è di nuovo?

Prof. Giorgio Conti

Istituto di Anestesiologia e Rianimazione
Università Cattolica del S. Cuore, Roma
Professore Associato presso la Facoltà
di Medicina dell'Università Cattolica
del Sacro Cuore di Roma

Nel presente numero della rivista De Benedittis e coll. (1) presentano la loro esperienza relativa all'applicazione clinica di un nuovo *device* a pressione positiva generata da alti flussi di ossigeno ed aria, il cosiddetto sistema EzPAP. Tale sistema prevede il mantenimento di una pressione positiva durante tutto il ciclo respiratorio, allo scopo di favorire la rapida ri-espansione del parenchima polmonare atelettasico o subatelettasico dopo interventi di chirurgia cardiotoracica.

In un bimestre gli autori hanno valutato un gruppo di 32 pazienti a rischio di atelettasie ed ipossiemia postoperatoria: questa situazione si è in effetti verificata in otto pazienti (pari al 25% del campione) che sono stati randomizzati al nuovo trattamento (EzPAP) o ad un protocollo fisioterapico convenzionale.

I risultati sono stati valutati nei due gruppi di pazienti con esami strumentali, valutazioni cliniche e valutazione soggettiva della dispnea con scala analogico-visiva, suggerendo una risposta positiva ma sostanzialmente simile ai due protocolli di trattamento.

Il lavoro di De Benedittis e coll. è sicuramente interessante, poiché si dedica ad un topic (l'ipossiemia postoperatoria in chirurgia cardiotoracica ed il suo trattamento fisioterapico) molto attuale, importante e di non facile soluzione: come suggerito dalla bella *review* di Pasquina e coll. (1), nessun protocollo fisioterapico postoperatorio si è dimostrato a tutt'oggi superiore agli altri, quando testato in condizioni clinico-sperimentali ottimali (anche se, fortunatamente, tutti i protocolli di trattamento sembrano essere assai efficaci!).

Tuttavia, poiché l'ipossiemia postoperatoria è un problema reale dopo chirurgia cardiotoracica ed è estremamente rischiosa, soprattutto in pazienti cardiopatici nei quali si associa spesso a complicanze e prolungamento delle degenze e dei costi di ricovero, tutti gli sforzi innovativi ed i percorsi di ricerca in argomento sono benvenuti.

Un problema metodologico non secondario, purtroppo, impedisce al lavoro di De Benedittis di potersi fregiare della caratteristica di "lavoro clinico-sperimentale ottimale": l'insufficiente "sample size" (dimensione del campione).

Gli Autori infatti hanno scelto una dimensione temporale (due mesi d'arruolamento) e non un numero preciso di pazienti da arruolare per dimostrare un certo effetto. Nessun dato conclusivo può infatti essere ottenuto da uno studio (correttamente) randomizzato con solo quattro pazienti per braccio.

I presupposti teorici e le basi della tecnica matematica di calcolo corretto del campione di pazienti da arruolare è stata già ben dettagliata in questa rivista da Massimo Antonelli (2) in un editoriale molto interessante, che consiglio di leggere con attenzione a tutti coloro che vogliono impegnarsi in

protocolli clinici di comparazione tra due tipi diversi di trattamento terapeutico-riabilitativo.

Detto questo suggerisco comunque un'attenta lettura del lavoro di De Benedittis e coll., che, pur in embrione, può rappresentare un'interessante ed innovativo inizio per un percorso di ricerca.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Pasquina P, Tramèr MR, Walder B. Prophylactic respiratory physiotherapy after cardiac surgery: Systematic review. *BMJ*, 2003 Dec 13; 327 (7428): 1379.
- 2) Antonelli M. Un punto di partenza. *Rivista Italiana di Fisioterapia e Riabilitazione Respiratoria*, 2003; (3): 11-12.