

Tracheotomie v intenzivní péči: doporučení francouzského expertního panelu

Text zpracoval: Černý V.

Anest intenziv Med. 2018;29:171–172

Reference:

Trouillet JL, Collange O, Belafia F, et al. Tracheotomy in the intensive care unit: guidelines from a French expert panel. *Ann Intensive Care* [Internet]. 2018[cited 2018 Apr 14];8:37. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29546588>

Analýza literatury a doporučení byly formulovány s využitím metodiky (GRADE (Grade of Recommendation Assessment, Development and Evaluation)). Při absenci dostatečné evidence k projednávané otázce byla doporučení formulována na základě názorů expertní skupiny (pro tzv. silné doporučení musela být dosažena shoda 70 % členů panelu).

Číslování jednotlivých stanovisek/doporučení neodpovídá originálnímu textu.

DOPORUČENÍ

1. Tracheotomie by měla být provedena u pacientů, kde je předpoklad dlouhodobého odvykání od umělé plicní ventilace (UPV) a u pacientů se získaným nervosvalovým onemocněním, které je považováno za potenciálně reverzibilní.

Dlouhodobé odvykání je definováno jako neúspěch odpojení od UPV po sedmi dnech ode dne, kdy byl poprvé proveden test spontánní ventilace.

2. U Guillainova-Barrého syndromu by měla být tracheotomie zvažována tehdy, pokud odpojení od UPV nebylo dosaženo po imunoterapii (immunoglobuliny nebo plazmaferéza). Přítomnost deficitu plantární flexe spojeného se známkami blokády sedacího nervu byla nalezena jako stoprocentně spolehlivý ukazatel prolongované UPV (definováno nad patnáct dní). Samotný plantární deficit má 82% výpovědní hodnotu pro prolongovanou UPV.

3. Indikace k tracheotomii u pacientů s chronickým respiračním selháním by měla být předmětem mezioborové diskuse.
4. Tracheotomie v intenzivní péči by neměla být provedena před uplynutím čtyř dní na UPV.
5. Tracheotomie (jakoukoliv technikou) v intenzivní péči by neměla být prováděna u stavů s vysokým rizikem komplikací spojených s jejím provedením. Za takové stavy jsou považovány:
 - oběhová nestabilita,
 - nitrolební hypertenze (nad 15 mmHg),
 - těžká hypoxemie ($\text{paO}_2/\text{FIO}_2$ pod 100 mmHg s PEEP nad 10 cmH_2O),
 - trombocytopenie (pod 50 000/ mm^3),
 - INR nad 1,5,
 - nesouhlas pacienta/osob blízkých,
 - umírající pacient.
6. Perkutánní technika je standardem u pacientů v intenzivní péči (doporučení je formulováno GRADE 1+/silné).
7. V situacích vysokého rizika komplikací spojených s provedením tracheotomie by volba techniky měla být předmětem mezioborové diskuse.
8. Perkutánní dilatační technika by měla být preferována u pacientů v intenzivní péči.
9. Fibroskopická bronchoskopie by měla být (v originálním textu je uvedeno navíc slovo „pravděpodobně“ – poznámka editora rubriky) použita před provedením perkutánní tracheotomie a v jejím průběhu.
10. Laryngeální maska by neměla být (v originálním textu je uvedeno navíc slovo „pravděpodobně“ – poznámka editora rubriky) použita během provádění perkutánní tracheotomie.

NOVÁ ZAHRANIČNÍ DOPORUČENÍ

11. Ultrazvukové vyšetření krku by mělo být (v originálním textu je uvedeno navíc slovo „pravděpodobně“ – poznámka editora rubriky) provedeno během provádění perkutánní tracheotomie.
12. Provádění tracheotomie a péče o tracheotomii by měly být na pracovištích provádějících tracheotomii standardizovány.
13. U pacientů s tracheotomií musí být zajištěno zvlhčování dýchací směsi.
14. Rutinní výměna tracheotomických kanyl by neměla být prováděna.
15. Na pracovištích provádějících tracheotomii by měl být zaveden/používán multidisciplinární dekanylací protokol.
16. U spontánně ventilujících pacientů by tlaková manžeta měla být (v originálním textu je uvedeno navíc slovo „pravděpodobně“ – poznámka editora rubriky) vypuštěna.
17. Vyšetření faryngolaryngeální oblasti by mělo být provedeno během dekanylace nebo po ní.

V USA je referována pravidelná výměna až u 80 % pacientů s tracheotomií. V Holandsku 60 % pracovišť uvádí, že tracheotomické kanyly nemění nikdy. *Belgian Society of Pneumology* a *Belgian Association for Cardiothoracic Surgery* doporučují výměnu v případech existujícího konkrétního důvodu. *British Intensive Care Society* doporučuje výměnu každých 7–14 dní, u kanyl s vnitřním lumen každých třicet dní. Strukturální změny trachey byly nalezeny u 58 % pacientů s ponechanou kanylou déle než

Do redakce došlo dne 14. 4. 2018.

Do tisku přijato dne 20. 4. 2018.

Adresa pro korespondenci:

prof. MUDr. Vladimír Černý, Ph.D., FCCM
cernyvla1960@gmail.com

ZAJÍMAVOSTI Z LITERATURY

Pooperační kognitivní dysfunkce seniorů si zasluhuje pozornost

Deiner S, Eckenhoff RG. ASA Brain Health Initiative: Advances in the Science. *ASA Monitor*. 2018;4:40–42.

Perioperační stav mozku u seniorů a probíhající procesy v něm jsou v ohnisku klinické výzkumné pozornosti. Incidence pooperačního deliria s nově navrhovaným akronymem POD a dlouhodobá pooperační kognitivní dysfunkce (POCD) u seniorů je obsahem nejnovějších studií a staly se podkladem 400 publikací na dané téma v roce 2017.

Téma je poměrně nové svým zaměřením, ale i varovnými výsledky. Hledají se definice, predispozice, míra ovlivnění celkovou anestezií, podílející se environmentální faktory, časové horizonty trvání,

předoperační projevy a jejich skórovací možnosti aktuální mentální výkonnosti i společný metabolický podklad.

Článek poskytuje přehled o hlavních výsledcích studií s jedenácti hlavními citacemi. Zastřešujícím se stává pojem perioperační kognitivní poruchy/choroby. Předoperační mentální ohodnocení se již doporučuje připojovat k anesteziologickému souhrnu před výkonem; pooperační mentální poruchy mohou mít v daném věku značný profesní dopad vyžadující dokonce i znalecké posouzení a výstižná dokumentace je velmi žádoucí.

Připravila doc. MUDr. Jarmila Drábková, CSc.
e-mail: jarmiladrabkova@gmail.com