

Come ventilare il paziente obeso

Kitisin N, Caroli A, Carvalho Ferreira J, et al . Mechanical ventilation for ICU patients with obesity: current best practices and future directions. Intensive Care Med (2026).
<https://doi.org/10.1007/s00134-026-08397-3> (narrative review).

Parole chiave: ventilazione meccanica, obesità, revisione narrativa

Scambi gassosi e interazioni cardiopolmonari complicano la gestione della ventilazione nel paziente obeso. L'eccesso di tessuto adiposo aumenta la pressione pleurica, riduce la capacità funzionale residua e favorisce la chiusura delle vie aeree e l'atelettasia, aumentando la suscettibilità ad ipossiemia, ipercapnia e danno polmonare indotto dalla ventilazione.

Queste alterazioni fisiologiche richiedono strategie di ventilazione personalizzate, diverse da quelle impiegate nei pazienti non obesi. La ventilazione protettiva polmonare con volume corrente normalizzato al peso corporeo rimane la pietra angolare della gestione, poiché i volumi polmonari non aumentano proporzionalmente alla massa corporea.

I pazienti obesi spesso richiedono una pressione positiva di fine espirazione (PEEP) più elevata per contrastare l'aumento della pressione pleurica e prevenire la chiusura delle vie aeree, sebbene le strategie di titolazione ottimali rimangano incerte. L'interpretazione delle pressioni delle vie aeree richiede cautela, poiché un aumento dell'elastanza della parete toracica può comportare un aumento delle pressioni di plateau e di guida senza un eccessivo stress polmonare. Strumenti di monitoraggio aggiuntivi, tra cui la misurazione della pressione esofagea e la tomografia a impedenza elettrica, possono contribuire a personalizzare la gestione della ventilazione migliorando la valutazione della pressione transpolmonare e della ventilazione regionale. La gestione delle vie aeree è particolarmente complessa nei pazienti obesi a causa della rapida desaturazione di ossigeno e dell'aumentato rischio di intubazione difficile; la preossigenazione a pressione positiva e la videolaringoscopia migliorano la sicurezza della procedura. Terapie aggiuntive, come la posizione prona, la ventilazione non invasiva e l'ossigenazione extracorporea a membrana, sono fattibili e possono apportare benefici quando clinicamente indicate. La sospensione della ventilazione meccanica richiede un'attenta valutazione e la ventilazione non invasiva preventiva può ridurre il rischio di fallimento dell'estubazione in pazienti selezionati. Nonostante il crescente riconoscimento della fisiologia specifica dell'obesità, la maggior parte delle raccomandazioni attuali è estrapolata da popolazioni generali di terapia intensiva. Sono necessari studi clinici specifici per definire le condizioni ottimali.

Riflessione: la ventilazione del paziente obeso richiede particolare attenzione. Quando trattiamo il paziente obeso in sala rossa, dobbiamo ricordarci almeno di tre cose: 1) è un paziente severamente ristretto ancor prima di presentare un'ostruzione distale delle vie aeree; non è un BPCO a prescindere, anche se è spesso ipercapnico; 2) la PEEP deve essere almeno > 10 cmH₂O; 3)

bisogna porre attenzione alle pressioni polmonari, talora elevate, secondarie ai disturbi respiratori correlati al sonno.

Per saperne di più

1. Schetz M, De Jong A, Deane AM, et al. Obesity in the critically ill: a narrative review. *Intensive Care Med* 2019;45:757–769. <https://doi.org/10.1007/s00134-019-05594-1>
2. De Jong A, Wrigge H, Hedenstierna G, et al. (2020) How to ventilate obese patients in the ICU. *Intensive Care Med* 2020;46:2423–2435. <https://doi.org/10.1007/s00134-020-06286-x>

(Andrea Bellone)