

Cotelnic Anatolie, Coșpormac Viorica, Zmeu Adriana, Oriol Olga
ANESTEZIA GRAVIDEI CU MALFORMAȚIA ARNOLD-CHIARI
*Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”,
Catedra Anesteziologie și Reanimatologie Nr.2*

SUMMARY

ANESTHESIA OF PREGNANT WOMEN WITH ARNOLD-CHIARI MALFORMATION.

Chiari Malformation (Arnold-Chiari) - is a serious neurological disorder where the bottom part of the brain, the cerebellum, descends out of the skull and crowds the spinal cord, putting pressure on both the brain and spine causing many symptoms. Some people have large herniations with no symptoms; while others have small herniations with severe symptoms. Signature symptom is a severe headache in the back of the head brought on by straining, coughing, etc. Symptoms are due to compression of brain and spinal tissue, disruption of the natural flow cerebrospinal fluid, and increased pressure in the brain.

Introducere. Malformația Arnold-Chiari este o patologie rară congenitală, caracterizată prin prolabarea amigdalelor cerebeloase, măduvei spinării prin gaura mare occipitală, care ar putea provoca schimbări vestibule - cerebeloase, bulbare, tulburări motorii.

Patologul austriac la sfârșitul sec. al 19-lea a descris așa-numitele malformații Chiari I, II și III. Mai târziu alți, cercetători au adăugat la clasificare malformația Chiari IV. Clasamentul descrie gravitatea afecțiunii, cea mai gravă formă fiind IV, tipurile III și IV sunt foarte rare.

- Tipul I - este cel mai frecvent, de obicei, asimptomatic în copilărie, dar poate fi însoțit de dureri de cap și simptome cerebeloase

- Tipul II - este însoțit de mielomeningocel lombar și determină apariția paraliziei parțiale sau totale sub defectul spinal. Față de tipul I, această formă se acompaniază de dizlocarea vermixului cerebelos și a trunchiului cerebral (acestea vor hernia și ele prin foramen magnum)

- Tipul III - provoacă simptome neurologice severe. Este asociat de encefalocel occipital.

- Tipul IV - caracterizat prin lipsa dezvoltării cerebelului, de obicei incompatibil cu viața.

De obicei sarcina nu are nici un efect asupra bolii, dar în timpul efectuării manevrei Valsalva în perioada de dilatare, se poate declanșa în mod semnificativ simptomatologia neurologică, până la pierderea conștienței.

Deoarece boala în sine nu afectează cursul sarcinii și al nașterii, diagnosticul se bazează pe neuroimagică, metoda de preferință RMN.

Tratamentul malformației este adesea simptomatic conservator. În hidrocefalia severă poate necesita decompresie chirurgicală sau impunerea șunturilor.

Calmarea durerii în timpul travaliului: pentru această categorie de femei, trebuie să fie exclusă perioada de expulzie prin diverse metode. Cel mai binevenit este indicată sedarea intravenoasă. Anestezia epidurală poate fi efectuată numai după decompresie chirurgicală. În cazul efectuării anesteziei epidurale, fără decompresie prealabilă, poate agrava semnificativ simptomatologia bolii și există riscul hernierii structurilor prin foramen magnum cu rezultat nefavorabil.

Anestezie pentru operația cezariană: TIVA cea mai favorabilă. Anestezia loco - regională este posibilă numai după decompresie chirurgicală, din cauza riscului ridicării presiunii și hernierii structurilor în foramen magnum.

Caz clinic.

Pacienta cu vârsta de 38 de ani.

Data internării 25.01.2017

Diagnosticul la internare :Sarcină 37 – 38 săptămâni. Sarcina - 5, nașterea – 2, AOC (cezariană, în 2008, două avorturi medicamentoase). Insuficiență istmico – cervicală – cu suturarea colului uterin. Miopei gravă . Anomalia Arnold-Chiari tip II cu afectarea circulației LCR la nivelul foramen magnum.

Boala s-a manifestat în timpul adolescenței cu dureri de cap și, uneori o ușoară amorțeală a mâinilor. Nu s-a adresat la medic.

Prima sarcină în anul 1999 a decurs favorabil, cu dureri de cap rare, amețeli dimineața și „rău” în transport.

S-a permis nașterea fiziologică. În timpul perioadei de expulzie s-a efectuat anestezia epidurală. Nașterea a decurs fără complicații. Scorul Apgar la copil 8/8, fără anomalii congenitale . A doua zi după naștere, lăuza a dezvoltat mialgie insuportabilă în

regiunea occipitală și parietală, greață, senzație de amorțeală în mâini. A fost diagnosticată cu durere de cap postpunțională, a urmat tratament medicamentos eficient. A fost externată în a 5-a zi după naștere într-o stare satisfăcătoare.

La 2 luni după naștere, din cauza stresului psihoemoțional, alimentației insuficiente, pentru o perioadă de 6-7 zile, pacienta a pierdut cunoștința. A fost internată în Institutul de Neurologie și Neurochirurgie al Republicii Moldova.

Pe baza datelor RMN-ului s-a diagnosti-

cat: Anomalie Arnold Chiari tip II cu circulație defectuoasă LCR la nivelul foramen magnum.

Pacientei i-a fost indicat tratamentul conservator cu antidepresive și AINS, după care s-a remarcat o ameliorare a stării generale.

În 2008, a dat naștere celui de - al doilea copil prin operația cezariană, anestezia - TIVA. În perioada postoperatorie pacienta a avut următoarele plângeri: mialgie insuportabilă, greață, vomă, amorțeala mâinilor.

În anul 2010, se repetă RMN:



Descrierea: amigdalele sunt la 12 mm sub foramen magnum, comprimarea joncțională a părții cervicale a coloanei vertebrale medulare - fără semne de mielopatie la compresiune. Compresiunea ventriculului IV. Asimetria cornului anterior al ventriculelor laterale ale creierului (P-5 mm, 9 mm - A), fără a schimba circulația LCR. Semne de creșterea presiunii intracraniene nu se atestă. Asimetria diametrului arterelor vertebrale A> P în segmentele V4, V3, V2. Hiperostoză a bolții craniene.

Concluzie: Arnold Chiari tip II. Asimetria diametrului arterelor vertebrale A> P în segmentele V4, V3, V2. Hiperostoză a bolții craniene. Asimetria cornului anterior al ventriculelor laterale ale creierului (P-5 mm, 9 mm-A), fără a schimba circulația lichidului cefalorahidian.

Se internează pe 25 decembrie la a treia sarcină. Având în vedere necesitatea de a evita perioada de expulzie, anomalia Arnold-Chiari tip II, insuficiența istmico-cervicală, miopia gravă gr. 2, AOC uter cicatricial s-a indicat terminarea sarcinii prin operație cezariană. După consultarea pacientei, anesteziologul a recomandat anestezia TIVA, de risc ASA IV.

Înainte de inducție pe masa de operație, pacienta a fost poziționată în decubit lateral stâng 30° pentru prevenirea SVC.

Hemodinamica stabilă: TA -115/80 mm Hg; Ps 74 bătăi/min; Sa O₂ - 99-100%.

Premedicația intravenoasă: atropină, 0,5 mg, 5 mg sibazon; - secvența de inducție rapidă care cuprinde tiopental natriu - 300 mg + 0,2 mg fentanil; mioplegia - ditilin - 100 mg; tub de intubație traheală № 7,5; fără dificultăți tehnice și pierderi. Modul de

ventilație mecanică VMC; FiO₂ - 50%. Peste 4 minute, se extrage un copilăș, stare satisfăcătoare, scorul Apgar 8/8. Anestezia - Menținerea: ketamin - 100 mg; fentanil - + 0,2 mg; mioplegie - trakrium 25 mg.

Parametrii hemodinamici stabili TA = 120-130 mm Hg; Ps 74-80 bătăi/min;

Sa O₂ = 99-100%; infuzie perioperatorie de 1000 ml : Sol. NaCl 0,9%, 500 ml dintr-o soluție 5% de Glucoză, 15 U de oxitocină.

Pierderea de sânge a fost de 800 ml. Durata operației 37 de minute. La detubare după restabilirea respirației spontane adecvate, recuperarea tonusului muscular și a conștiinței. Perioada postoperatorie a decurs fără complicații.

Terapia de perfuzie, simptomatică (uterotonice, analgezice), terapia antitrombotică (Arikstra 2,5 mg), antibacteriană (ceftazidimă 1g - 2g. ori pe zi). Stimularea motilității intestinale (Neostigmine 0,05% - 1 ml) a fost realizată. Parametrii de laborator în limite normale. Reclamații și simptome ale sistemului nervos, în perioada postoperatorie nu au fost. Pacienta a fost externată în ziua a 6 - a după intervenția chirurgicală.

Concluzii:

1. Anomalia Arnold - Chiari poate decurge sub masca diverselor patologii - mialgie, distonie asteno-vegetativă, gestoze precoce la femeile gravide.

2. Este foarte importantă diagnosticarea la timp a patologiei. Se va efectua culegerea anamnezei completă pentru a identifica contraindicațiile pentru alegerea corectă metodei de anestezie.

3 Din cauza riscului crescut de progresie a simptomelor neurologice și pentru a evita apariția unor

complicații severe în timpul nașterii fiziologice, precum și celor legate de anestezia loco -regională, se impune este consultarea și implicarea unui neurolog la alegerea metodei nașterii, precum și consultarea medicului anestezișt în timpul consultației primare la etapa prespitalicească.

Bibliografie:

1. Авраменко Т.В., Шевченко А.А., Гордиенко И.Ю. Мальформация Арнольда-Киари. Пренатальные и клинические наблюдения. Вестник ВГМУ. 2014. Т. 13. № 2. С. 87-95.

2. Ramsis F. Ghaly, Kenneth D. Candido, Ruben Sauer, and Nebojsa Nick Knezevic. Anesthetic management during Cesarean section in a woman with residual Arnold-Chiari malformation Type I, cervical kyphosis,

and syringomyelia. SurgNeurol Int. 2012. № 3. P. 26. doi: 10.4103/2152-7806.92940.

3. Лобзин С.В., Юркина Е.А. Краниовертебральные аномалии: принципы систематизации, теории возникновения, клинические проявления (обзор литературы). Вестник Северо-Западного ГМУ им. И.И. Мечникова. 2014. Т. 6. № 4. 2014. С. 86-93.

4. Шифман Е.М., Куликов А.В., Лубнин А.Ю. Анестезия и интенсивная терапия у беременных с мальформацией Арнольда-Киари. Теория и практика анестезии и интенсивной терапии в акушерстве и гинекологии. Клинические рекомендации. Протоколы лечения. www.ARFpoint.ru ФЭМБ Минздрава РФ. М. 2015 С. 199-205.

5. Chiari Malformation: An Overview. 2012 C&S Patient Education Foundation.

TEZE



Alina-Elena Agoșton-Vas^{1,2}, Claudia Borza², Silvia Maria Stoicescu^{1,3}

STRESUL OXIDATIV ÎN DETRESA RESPIRATORIE LA NOU-NĂSCUȚII PREMaturi

¹ *Institutul Național pentru Sănătatea Mamei și Copilului "Alessandrescu-Rusescu",
Maternitatea Polizu București, România*

² *Universitatea de Medicină și Farmacie "Victor Babeș" Timișoara, România*

³ *Universitatea de Medicină și Farmacie "Carol Davila" București, România*

Cuvinte-cheie: prematuritate, stres oxidativ, detresă respiratorie

Introducere. Dezechilibrul dintre prooxidanți și sistemul antioxidant al organismului determină stresul oxidativ. Prematurii au risc crescut pentru stres oxidativ. Sistemele antioxidante intra și extracelulare protejează împotriva radicalilor liberi în exces.

Material și metodă. Lotul de studiu: 46 de prematuri cu vârstă de gestație sub 32 de săptămâni și detresă respiratorie, născuți în anul 2016, în Maternitatea „Bega” Timișoara. S-au recoltat două probe de sânge: la naștere și la 72 de ore. S-a determinat d-ROMs (capacitatea oxidativă a plasmei) și BAP (potențialul antioxidant). O creștere a d-ROMs și/sau o reducere a BAP sunt indicatori ai stresului oxidativ.

Rezultate. Valoarea de la care începe stresul oxidativ (d-ROMs) s-a stabilit la 320. În majoritatea cazurilor, la naștere, d-ROMs este sub nivelul de risc; valoare maximă de 545,8 (risc crescut). Valoarea de referință pentru BAP este 1900. În 4,34% dintre cazuri, la naștere, s-au înregistrat valori sub limită. La un singur caz d-ROMs se menține crescut și BAP rămâne sub nivelul ideal. La 72 de ore d-ROMs crește în majoritatea cazurilor, dar nu atinge valoarea de risc și se asociază cu creșterea BAP. Există corelație între evoluția markerilor de stres oxidativ și perioada de ventilație mecanică invazivă de peste 7 zile.

Concluzii. Markerii indică faptul că stresul oxidativ apare în perioada perinatală și poate persista la nou-născut. 21,73% dintre prematuri au avut, în evoluție, nivele crescute ale dROMs și scăzute ale BAP. Se corelează cu evoluția clinică critică și forma severă de detresă respiratorie.