

CAZ CLINIC

© V.Cojocaru, A.Cotelnic, V. Cucu

V.Cojocaru, A.Cotelnic, V. Cucu

ANALGEZIA TRAVALIULUI PRIN METODA SPINALĂ. CAZ CLINIC

Catedră Anesteziologie și Reanimatologie nr.2, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” (șef catedră – dr. hab. medicină, prof. univ. V.Cojocaru)
IMSP Spitalul Clinic Municipal nr.1 (Director – dr. medicină, conferențiar univ. Iurie Dondiuc).

SUMMARY

SPINALANALGESIA IN LABOUR. CLINIC CASE.

Keywords: labour, spinal analgesia, advanced obesity, hypertension.

Performing the spinal analgesia in labour on advanced obese and hypertensive patients represents a good alternative method of the first stage labour analgesia, being technically easier to achieve, in conditions where the palpation of the objective anatomic landmarks is not possible. This method provides an adequate analgesia, minimizing the labour stress, does not affect the labour length and has a therapeutic effect, stabilizing the blood pressure (BP).

РЕЗЮМЕ

СПИНАЛЬНАЯ АНАЛЬГЕЗИЯ В РОДАХ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ.

Ключевые слова: роды, спинальная анальгезия, ожирение высокой степени, гипертония.

Выполнение спинного обезболевания во время родов пациенткам с гипертонией и ожирением высокой степени, является хорошей альтернативой обезболевания первого периода родов, будучи технически проще выполнить, в условиях невозможности пальпирования объективных анатомических ориентиров. Этот метод обеспечивает адекватное обезболевание, минимизируя стресс, связанный с рождением ребенка, не имеет никакого влияния на длительность родов и обладает лечебным эффектом стабилизируя артериальное давление (АД).

Pacientă de 32 ani, a fost internată pe data de 10.09.2015 cu diagnosticul de sarcină 38-39 săptămâni, prima sarcină, prima naștere, obezitate gr. IV, HTA esențială gr. II suprapusă pe sarcină, hirsutism pronunțat.

Date antropometrice suplimentare: masa 145 kg, înălțimea 165 cm, a adăugat în timpul sarcinii 14 kg. Diagnosticul din extrasul de trimitere: HTA esențială gr II, risc adițional înalt. Cardiopatie metabolică endocrină, obezitate gr IV, Diabet gestațional, hiperplazie de tiroidă gr II, primipară la 32 ani. La evidența medicală în timpul sarcinii s-a prezentat neregulat.

Pacienta internată în secția de terapie cu TA 170/100 mm Hg, Ps 88 b/min. Nu acuză cefalee, tulburări de vedere, greață.

Pacienta are 1-2 contracții în 10 min cu durata de 8-10 sec, BCF 140 b/min. S-a indicat Dopegid 250mg X4 ori, USG + Doppler a fătului.

La orele 14.00 contracțiile uterine devin regulate 5-7/min cu durata de 25-30 sec, cefalee nu are, TA 140/100 mmHg, Ps 76 b/min. PV – colul uterin scurtat 0,5, deschis 3,0 – 4,0 cm. Punga intactă. BCF 140 b/min, eliminări albicioase din vagin. Pacienta transfe-

rată în sala de naștere. Conduita nașterii per vias naturalis cu efectuarea amniotomie (conform protocolului). În caz de asociere a complicațiilor terminarea nașterii prin operație cezariană în mod urgent. Se continuă terapia hipotensivă cu Dopegid.

La orele 18.00, la pacientă TA 190/112 mmHg, Ps 110 b/min, BCF 140-150 b/min. PV aceeași, punga intactă. Cefalee, tulburări de vedere, greață nu are.

Se transferă în secția de terapie intensivă cu diagnosticul de Preeclampsie pe fond de HTA esențială, fals travaliu. Recomandări: în caz de debutul travaliului a se da proba de travaliu, în caz de apariția complicațiilor terminarea sarcinii prin operație cezariană.

Datele de laborator:

1. An. generală a sângelui: Hg112, Er 4.1, Ht 0.33, Tr 157, Leuc 11.4, Nes 8, Seg 57, Limf 25, Mon 7, VSH 47.

2. An. biochimică: Prot. 67, ureea 3.7, creatinină 57, bilirubină 8.3, fracțiunea conjugată neg, fracțiunea liberă 8.3, glucoza 5.4, ALAT 16, ASAT 28, amilaza 25, protrombina 89, fibrinogenul 4.5.

3. An. generală a urinei: proteina – rezultat negativ. La ora 21.30 s-a scurs lichidul amniotic moderat

curat. TA 148/100 mmHg, Ps 105 b/min, vederea clară, cefalee nu are. PV – colul uterin scurtat 0.5, deschis 3.0-4.0 cm. Punga intactă. BCF 140 b/min. Pacienta se transferă în sala de naștere.

Pe data de 11.09.2015 la ora 9.30 pacienta acuză contracții uterine cu frecvența de 6-7 min și durata de 30-35 sec, PA 125/85 mm Hg, Ps 84 b/min, FR 18/min, temperatura - 37°C, BCF 140 b/min. PV – colul uterin șters, permeabil pentru 5-6 cm, căpșorul aplicat la intrarea în bazinul mic.

Având în vedere surmenarea pacientei, din cauza contracțiilor frecvente și dureroase, se indică analgezia travaliului.

Luându-se în considerare obezitatea avansată și hipertensiunea esențială gr. II la pacienta dată, este preferabil de a efectua analgezia travaliului prin metoda regională.

Analgezia prin metoda epidurală ar fi întâmpinată dificultăți tehnice din cauza:

1. imposibilității de a palpa reperele necesare pe coloana vertebrală

2. lungimii acului epidural, care s-ar fi dovedit a fi scurt pentru pacienta dată, din cauza stratului de țesut adipos subcutanat exagerat pe spate (în spital sunt ace epidurale G19 cu lungimea standardă 100 mm).

Astfel, s-a luat decizia de a efectua analgezie prin metoda spinală.

Pacienta plasată în poziție șezândă. După instalarea perfuziei i/v Sol. NaCl 0.9%-500 ml, dezinfectarea zonei lombare a spatelui cu soluție de alcool și efectuarea anesteziei locale cu Sol Lidocaini 2% - 2 ml, la nivelul L3-L4 s-a efectuat puncția spațiului rahidian, din prima tentativă. Primit lichid rahidian transparent. S-a administrat Sol Bupivocaini 0.25%-3.5 mg + Sol Phentanyli 0.005%-0.1ml + Sol Adrenalini 1:200.000. Aplicat pansament aseptice. Analgezia s-a instalat în 3 min și a durat ~2.5 ore, timp în care colul uterin a ajuns la deschiderea completă. Toată această perioadă de timp PA era în limitele cifrelor 125/80-140/90 mmHg, parturienta a dormitat, acuze la dureri nu a prezentat.

La ora 12.05 durerile s-au reinstalat. S-a așteptat coborârea căpșorului timp de 20 min, fără efect, după care s-a instalat perfuzia cu Oxitocină. TA s-a majorat până la 160/100 mmHg, BCF 135-140 b/min și s-a luat decizia de a termina sarcina prin aplicarea ventuzei obstetricale.

S-a extras un făt viu, cu circulară de cordon ombilical de 2 ori, strâns în jurul gâtului, cu scor Apgar 7-7, semne de piodermie. Placenta, cu inserție marginală a cordonului, s-a decolat de sine stătător, întregă. PA după naștere 150/80 mmHg, revenind treptat la 130-125-120/80 mmHg.

Pacienta a fost externată la a 3-a zi, fără acuze, în stare satisfăcătoare.

Concluzii: În travaliu, la pacientele obeze și hipertensive, la care tehnic este dificil de efectuat analgezia prin metoda epidurală, analgezia spinală este o metodă de analgezie alternativă efektivă, fiind totodată și tratament al hipertensiunii. Astfel, pacienta dată, prin lipsa durerilor, a avut un confort psiho-emoțional excelent în travaliu, perioada de dilatare a colului uterin a decurs bine și s-a evitat intervenția chirurgicală, care s-ar fi putut desfășura cu dificultăți tehnice intraoperatorii, atât chirurgicale, cât și anesteziologice și cu eventuale complicații postoperatorii.

Bibliografie

1. **Acalovschi I.** Anestezie clinică. Cluj-Napoca: Clusium, 2015, 835p.
2. **Sing S., Sing S., Agarwal J.** Anesthesia for bone replacement surgery. In: *Anaesthesia Clin Pharmacol.* 2012, vol.28, no.2, p. 154-61.
3. **Neary W., Foy C., Heather B., Earnshaw J.** Identifying high-risk patients undergoing urgent and emergency surgery. In: *Annals of the Royal College of Surgeons of England.* 2006, vol 88, no.2, p. 151-156.
4. **De Hert S., Imberger G., Carlisle J., Diemnusch P., Fritsch G., Moppett I., Solca M., Staender S., Wappler F., Smith A., Guidelines:** Preoperative evolution of the adult patient undergoing non-cardiac surgery: guidelines from the European Society of Anaesthesiology. In: *European Journal of Anaesthesiology.* 2011, vol.28, no.10, p.684-722.
5. **Miller R., Eriksson L., Fleisher L.,** *Miller's Anaesthesia* 6th edition. London: Elsevier Churchill Livingstone, 2005, p.3-198.
6. **Stasiuc V.,** Anestezia combinată spinală-epidurală pentru operațiile cezariene. Teză de dr. în medicină. Chișinău, 2008, p.123.
7. **Rawal N.,** Combined spinal-epidural anesthesia. In: *Curr Opin Anaesthesiol.* 2005, vol.18, no. 5, p.518-521.
8. **Yun M., Kwon M., Kim do H.,** Combined spinal-epidural anesthesia using a reduced-dose of spinal bupivocaine and epidural top up leads to faster motor recovery after lower extremity surgeries. In *Korean J. Anesthesiol.* 2014, vol 66, no.1, p. 28-33.
9. **Imbelloni L., Gouveia M., Gordeiro J.,** Continuous spinal anesthesia versus combined spinal epidural block. In: *Sao Paulo Med. J.* 2009, vol 127, no. 1, p. 7-11.
10. **Șandru S., Dimitriu I., Boleac D.** Managementul anesteziei loco-regionale la vârstnici. Curs național de ghiduri și protocoale în anestezie și terapie intensivă. În: *Actualități în anestezie, terapie intensivă și medicină de urgență.* Timișoara, 2008, p.334-345.
11. **Belii A.** Managementul durerii preoperatorii. Chișinău: Imprimat Star 2012, p. 408.
12. **Yamashita A., Matsumoto M.** Risk management in spinal anesthesia. *Masui.* 2011, vol 60, no.11, p. 1275- 83.