

Bibliografie

1. Cojocaru V. „Deregări hemostazice în stări patologice critice”, Chișinău 2006
2. Cojocaru V., Pîrgari B., Baltag R. „Resuscitarea bolnavului de tromboembolism vascular sever” Recomandări metodice, Chișinău 2005
3. Szegedi L., Maghiar A. „Terapie intensivă” Ed.Universității Oradea, 2003; 57-73
4. Braunwald „Heart disease”, tratat de boli cardiovasculare vol.2, 2000; 1582 -603
5. „Ghid de prevenție a tromboembolismului venos” în Medicina internă 2007; 5(1): 23-

29

PARTICULARITATI ALE ANESTEZIEI SUBARAHNOIDIENE ÎN INTERVENȚIILE CHIRURGICALE ENDOUROLOGICE LA PACIENTUL VÂRSTNIC

Mihail Borș, Victor Cojocaru, Igor Ștefan, Virgil Guțan
Catedra Anesteziologie și Reanimatologie Nr.2 USMF “N.Testemitanu”

Abstract

Peculiarities of spinal anaesthesia in endoscopic urologic surgery in elderly patients

The study were included 361 old patients (65-88 years old) with anaesthetic risk ASA II-IV for transurethral resection of prostate / of bladder / of urethra (TURP, TURV, TURU).

The objective was to see if the doze of 40-60 mg xilocaine isobaric in spinal anaesthesia in the urological endoscopic intervention in elderly patients offers a qualitative anaesthesia, if modifies the haemodynamic comportament, influences the time installation of the sensitive block and postoperative analgesia.

It was demonstrated that isobaric xilocaine, administered subarachnoidal 0,5-0,75mg/kg bm to the old patients for urological endoscopic intervention ensures an analgesia of a good quality, a remarkable haemodynamic stability in comparison with the classic dose.

Rezumat

În studiu au fost incluși 361 pacieni vârstnici (65-88 ani), cu risc anestezic ASA II-IV pentru rezecție transuretrală a prostatei / vezicii urinare / uretrei (TUR-P, TUR-V, TUR-U).

Scopul a fost de a vedea dacă doza 40-60 mg xilocaină izobară în anestezia subarahnoidiană pentru intervenții chirurgicale endourologice la pacientul vârstnic oferă o analgezie de calitate mulțumitoare, dacă modifică comportamentul hemodinamic, timpul de instalare a blocului senzitiv și analgezia postoperatorie.

S-a demonstrat că xilocaina izobară, administrată subarahnoidian din raportul 0,5-0,75mg/kgc la pacientul vârstnic pentru intervențiile urologice endoscopice asigură o analgezie de bună calitate, o stabilitate hemodinamică remarcabilă în comparație cu doza clasică.

Actualitatea temei

Creșterea populației vârstnice este o caracteristică esențială a epocii contemporane, fiind un fenomen comun tuturor țărilor avansate. Ținând cont de acest, fapt și că proporția de pacienți chirurgicali vârstnici este în continuă creștere, medicului anesteziolog îi revine un rol unic și deosebit, atât la evaluarea preoperatorie, cât și la managementul intra și postoperator al acestor pacienților.(1)

Anestezia subarahnoidiană este considerată de multi autori ca anestezia de elecție la pacientul virstnic pentru chirurgia urologică atât clasică cât și endoscopică.(5)

Pe de altă parte însă, un efect secundar constant al anesteziei subarahnoidiene este hipotensiunea arterială (hTA), care la vârstnici se manifestă mult mai frecvent, mai intens și mai dramatic decât la tineri. Incidența mare a bolii coronariene la vârstnici crește riscul ischemiei miocardice consecutive hipotensiunii arteriale.(4)

Majoritatea surselor literare recomandă pentru anestezia subarahnoidiană la pacienții vârstnici în chirurgia urologică clasică un volum de 3,5-4 ml xilocaina 2% izobară (70-80mg, reieșind din doză medie de 1,0 mg/kgc), administrat la nivelul L3-L4 sau L2-L3.(2;3)

Aceasta însă uneori este însoțită de dereglări hemodinamice și efecte toxice marcate.

În același timp unii autori afirmă, că pentru anestezia subarahnoidiană în chirurgia endourologică la pacientul vârstnic, un volum de 2-3 ml xilocaina 2% izobară (40-60 mg, reieșind din 0,5-0,75 mg/kgc) administrat la nivelul L3-L4 sau L2-L3, este suficient pentru a realiza un bloc senzitiv și motor de bună / foarte bună calitate și adecvat pentru a evita hipotensiunile severe, prelungite, refractare la tratament.(6)

Interesul sporit și tendințele actuale ale chirurgiei endoscopice urologice la pacienții vârstnici ne-a îndemnat spre optimizarea metodelor de anestezie la această categorie de bolnavi.

Scopul

Pornind de la aceste date din literatură, scopul acestui studiu a fost acela de a vedea dacă doza de 2-3 ml (40-60 mg) xilocaină izobară: oferă o analgezie de calitate mulțumitoare; modifică comportamentul hemodinamic; modifică timpul de instalare a blocului senzitiv; modifică analgezia postoperatorie; influențează frecvența apariției delirului postoperator al vârstnicului, după anestezia subarahnoidiană în cadrul chirurgiei urologice endoscopice.

Material și metodă

Am efectuat un studiu comparativ, prospectiv și randomizat la 361 pacienți vârstnici (65-88 ani), cu risc anestezic ASA II-IV pentru rezecție transuretrală a prostatei / vezicii urinare / uretrei (TUR-P, TUR-V, TUR-U).

Toți pacienții au fost aneștizați în condiții similare, anestezie subarahnoidiană cu ac de tip Quinche, 25G, abord median, la L3-L4 sau L2-L3 în poziție șezândă.

Volumul substanței anestezice a fost diferit, rezultând două loturi: lotul I cu câte 3,5-4 ml/70-80mg (105 pacienți) și lotul II - respectiv 2-3ml/40-60mg xilocaină 2% soluție izobară (256 pacienți).

Operațiile au durat, în medie, 45 de minute cu variații între 30 și 60 de minute. S-au estimat blocul senzitiv, comportamentul hemodinamic, și s-a urmărit delirul postoperator al vârstnicului - un sindrom mental acut de etiologie multifactorială, întâlnit în chirurgia geriatrică.

Evaluarea analgeziei intraoperatorii (calitatea blocului senzitiv) și comportamentului hemodinamic intraanestezic s-a efectuat conform criteriilor redată în tabelul de mai jos.

Tabelul 1. Evaluarea analgeziei intraoperatorii și comportamentului hemodinamic

Calitatea anesteziei	Definiția termenului	Punctaj
Nesatisfăcătoare	Operația nu a fost posibilă cu această anestezie	1 punct
Bună	Bolnavul începe să simtă durere spre sfârșitul operației, dar aceasta se poate finaliza fără administrare de analgezice suplimentare	2 puncte
Foarte bună	Analgezie chirurgicală pe toată perioada intervenției	3 puncte

Tabelul 2. Evaluarea comportamentului hemodinamic intraanestezic

Calitatea anesteziei	Definiția termenului	Punctaj
Nesatisfăcătoare	TAS scade cu mai mult de 25% din valoarea preanestezică, necesar de efedrină peste 20 mg	1 punct
Bună	TAS scade cu până la 25% din valoarea preanestezică, necesar de efedrină până la 20 mg	2 puncte
Foarte bună	TAS scade cu până la 20% din valoarea preanestezică, nu necesită efedrină	3 puncte

Rezultate și discuții

Calitatea analgeziei a fost bună și foarte bună în 91.4-97.66% cazuri, fără diferențe semnificative la cele două loturi, în același timp în lotul 2 doar 2.34% din pacienți au necesitat suport vazopresor cu Efedrină în doze pînă la 20 mg, față de 8,6% în lotul 1 ($p>0,05$), tabelul 2.

Tabelul 3. Rezultatele evaluării analgeziei intraoperatorii și comportamentului hemodinamic

Calitatea anesteziei	lot 1 Xilocaina izobară 2% 3,5-4 ml (70-80mg) (105 pacienți)	lot. 2 Xilocaina izobară 2% 2-3ml (40-60mg) (256 pacienți)
Nesatisfăcătoare	0	0
Bună	9 (8.6%)	6 (2.34%)
Foarte bună	96 (91.4%)	245 (97.66%)

Se remarcă o diferență mare a comportamentului hemodinamic dintre cele două loturi. Dozele de xilocaină recomandate în literatură de 1,0 mg/kg/corp, (3,5-4 ml xilocaină izobară 2%), sunt doze prea mari pentru toleranța cardiovasculară a pacientului vârstnic, ele fiind uneori chiar periculoase, fapt confirmat prin comportament hemodinamic nesatisfăcător intraanestezic în 13.33% cazuri la pacienții din lotul 1.

Scăderea dozelor anestezice are un efect benefic asupra comportamentului hemodinamic, dar calitatea și durata blocului senzitiv pot diminua dacă reducerea dozelor se face sub o anumită limită. În acest context putem remarca ca doza de xilocaină izobară 2% administrată din raport de 0,5- 0,75 mg/kg/corp nu deminuază calitatea blocului senzitiv, comparativ cu dozele clasice.

Astfel conform rezultatelor studiului ambele doze au realizat un bloc senzitiv eficient și adecvat intervențiilor urologice endoscopice de durată medie și durată scurtă.

Comportamentul hemodinamic a fost însă semnificativ mai bun în cazul celui de-al doilea lot (2-3ml xilocaină 2%), amploarea simpaticolizei și respectiv a hipotensiunii arteriale, bradicardiei și altor efecte nedorite fiind semnificativ mult mai diminuată, doar 2.34% cazuri ($p>0,05$).

În același timp delirul postoperator al vârstnicului nu s-a manifestat la nici unul din pacienții luați în studiu.

Concluzie

Doza de 2-3ml (40-60mg) xilocaină izobară 2%, administrată din raportul 0,5-0,75 mg/kg/corp subarahnoidian la nivelul L3-L4 sau L2-L3 la pacientul vârstnic pentru intervențiile urologice endoscopice asigură o analgezie de bună și foarte bună calitate, o stabilitate hemodinamică remarcabilă în comparație cu doza clasică și absența delirului postoperator.

Bibliografie

1. Обеспечение безопасности пациента при спинальной анестезии на трансуретральных операциях /А. Р. Капралов, П. В. Щербаков, Г. Х. Валиахметова, И. В. Грачева // Эндоскопическая хирургия.— 2004.— № 1.— С. 86.
2. Malhotra V. Transurethral resection of the prostate /V. Malhotra // Anesthesiol. Clin. North Am.— 2000. — V. 18.— P. 883–897.
3. The selection of the regional anesthesia in the transurethral resection of the prostate (TURP) operation / S. Ozmen, A. Kosar, S. Soyupek [et al.] // Int. Urol. Nephrol.— 2003.— V. 35, № 4.—P. 507–512.
4. Horlocker T. T. Complication of spinal and epidural anesthesia / T. T. Horlocker // Anesthesiol. Clin. North Am.— 2000.— V. 18, № 2.— P. 461–485.
5. Силаев Б. В. Анестезиологическое обеспечение и интенсивная терапия геронтологических больных в урологии : автореф. дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук / Б. В. Силаев.— М., 2007.— 24 с.

6. Szilagyi L., Bumbu Gh., Maghiar T., Botea M; Anaesthesia in Endoscopic Urologic Surgery: Ten Years of Experience with 7248 Patients, Oradea – Ingolstadt First Medical Congress; april 2007.

SINDROMUL EMBOLIEI LIPIDICE. REVISTA LITERATURII.

Lucia Brunchi, Serghei Șandru, Alexandru Clim, Ruslan Baltaga, Oleg Arnaut

Catedra Fiziologia omului și Biofizică

Catedra Anesteziologie și Reanimatologie № 1 „Valeriu Ghereg”

Summary

Fat Embolism Syndrom. Review.

Fat embolism syndrome (SEL) and fat embolism (FE) are controversial diseases. Despite the progress in medicine, mortality for these patients remains high. In this regard, the problem needs to be investigated. In the article we reviewed the main aspects of the manifestation, treatment, prevention, diagnosis and incidence of SEL.

Rezumat

Sindromul emboliei lipidice (SEL) și embolia lipidică (EL) sunt afecțiuni controversate. În pofida progresului medical letalitatea pentru aceasta categoria de pacienți rămâne înaltă. În legătura cu aceasta SEL necesită studierea. În articolul am revizuit aspectele principale ale manifestării, tratamentului, profilaxiei, diagnosticul și incidența SEL.

Actualitate

Sindromul emboliei lipidice (SEL) reprezintă o cauză importantă a morbidității și letalității atât pacienților traumatizați cât și a pacienților supuși intervențiilor chirurgicale ortopedice [1, 2, 3, 51]. EL (embolia lipidică) și SEL sunt teme discutate din momentul când posibilitatea embolizării a fost demonstrată de Magendie în 1827, care a constatat că introducerea intarvenoasă a uleiului provoacă obstrucție mecanică a vaselor mici cu picături de lipide [52]. Majoritatea autorilor consideră ca EL poate fi definită ca prezența picăturilor de lipide în patul microcirculator sau în țesutul pulmonar, SEL fiind un sindrom clinic caracterizat prin EL cu manifestări clinice [1, 2, 3]. SEL și EL la momentul actual rămân subiecte controversate ce țin de incidență, factorii de risc, noțiune, etiologie, mecanismele biochimice și fiziopatologice, diagnostic, profilaxie și tratament [45, 51]. Letalitatea în caz de SEL în condiții de TI modernă variază în diferite surse 7-10% [5, 18], comparativ cu 10-20%, care au fost raportate din diferite instituții în 1974 [19]. Pacienți virstnici în patologia concomitentă au prognostic nefavorabil [45]. În legatură cu aceasta este necesară revizuirea și sistematizarea datelor din literatura de specialitate pentru a optimiza managementului pacienților cu EL și SEL și de a cheltui rațional resursele acordate.

Incidența

Practic toți pacieții cu fractura pelvisului și a oaselor membrelor inferioare prezintă fenomenul de EL, date demonstrate la autopsie în 52-96% cazuri [20, 55, 56, 57]. Necătînd la apariția frecvenței picăturilor de lipide în circulație, incidența SEL este mult mai mică în studiile retrospective, fiind aproximativ 1%, iar în studii prospective variază – 11-29% [45]. În 1974 Allardyce a raportat o incidență a SEL de 11% [13], Gurd - 19% la pacienți internați în spitalul Belfast. Riska a raportat o incidență de 22% în grupa de 384 pacienți politraumatizați cu fracturi a oaselor membrelor inferioare în perioada 1967-1974 de ani tratați conservativ. În studiul ecografic lui Pell (1993) au fost diagnosticate 12,5% cu SEL [16]. După introducerea în practica clinică a fixării interne ca metodă de elecție, incidența în 1982 s-a micșorat pînă la 10,4% într-un grup de 211 de pacienți [15]. Conform datelor recente de Bulger și Fabian din 2006, care au