

ÎN AJUTORUL MEDICULUI PRACTICIAN

© Anatolie Cotelnic, Coșpormac Viorica, Zmeu Adriana, Oriol Olga

Anatolie Cotelnic, Coșpormac Viorica, Zmeu Adriana, Oriol Olga
ANESTEZIA SPINALĂ ÎN OPERAȚIILE OBSTETRICALE ȘI GINECOLOGICE
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”
Catedra Anestezilogie și Reanimatologie Nr.2

SUMMARY

SPINAL ANESTHESIA IN OBSTETRICAL AND GYNECOLOGICAL OPERATIONS

Spinal anesthesia is a blockade of all types of somatic and autonomic sensitivity, including muscle relaxation and regional sympathectomy. Spinal anesthesia is widely used worldwide in clinics with obstetric-gynecological profile.

Introducere: Anestezia spinală reprezintă prin sine o blocadă a tuturor tipurilor de sensibilitate somatică și vegetativă, cuprinzând o miorelaxare și de-simpatizare regională.

Ca toate metodele de analgezie, anestezia rahidiană are avantajele și dezavantajele sale:

Avantaje	Dezavantaje
-executarea rapidă a procedurii. -costul este scăzut. -cantitatea de analgezice folosite redusă (de medicamente). -analgezie rapidă și eficientă. -relaxarea musculară deplină. -riscul scăzut de intubare dificilă. -riscul scăzut de aspirație conținut gastric. -fără agenții depresori din anestezia generală. -în plan emoțional - primul contact cu nou-născutul. -scăderea pierderilor sangvine prin hemoragie sub anestezia lombo-regională. -scade incidența evenimentelor trombo-embolice. -contractii uterine adecvate. -efect minim asupra fătului. -restabilire postanestezică de scurtă durată.	-instalarea bruscă, cu posibile episoade de hipotensiune arterială. -durată limitată în timp. -posibilitatea apariției cefaleei post puncție durală și a altor complicații.

Etapele parcurse în efectuarea rahianesteziei:

- -vizita preanestezică (examenul general, examenul local, explicarea pe scurt a procedurii, precizarea indicațiilor și contraindicațiilor).
- -premedicația.
- -rehidratarea (Ser fiziologic 500-100 ml).
- -așezarea în poziție corectă a pacientei.
- -puncția durală.
- -injectare lentă a anestezicului (1 ml / sec).
- -culcarea parturientei (în general în decubit lateral stâng). Se chestionează parturienta cu privire la apariția senzației de căldură însoțită de parestezii, senzație de picior greu, imposibilitatea ridicării picioarelor, se instruește parturienta să nu ridice capul până în postoperator (evitarea cefaleei postrahianestezie).

- -supravegherea pacientei: ECG, TA, Ps, SpO₂, temperatura, combaterea bradicardiei (atropină), hta (perfuzie), sedare (2,5-5mg diazepam).
- -supravegherea în postoperator (hidratare corectă).

Poziția parturientei în timpul puncției:

- -Poziție șezândă, la marginea mesei operatorii, cu capul flexat spre torace, umerii înclinați spre înainte.
- -Decubit lateral stâng, cu flexare a genunchilor spre abdomen și capul spre torace (poziție comodă a pacientei, cu o pernă sub cap).
- Repere: apofizele spinoase, creasta iliacă (linia Tuffier - corespunde spațiului intervertebral L₃-L₄).

Incidente și accidente ale anesteziei locoregionale:

- Complicații apărute în timpul efectuării anesteziei loco - regionale:

- Probleme tehnice în timpul puncției spațiului epidural sau subarahnoidian;

- Probleme legate de calitatea și durata blocului neuraxial;

- Prurit cutanat;

- Greață și vomă, determină:

- hipoxia SNC;

- supraactivitatea sistemului parasimpatic;

- efectele secundare ale adjuvanților;

- combinarea factorilor expuși.

- Dereglări respiratorii:

- bloc motor înalt și anestezie spinală „totală”;

- depresie a centrului respirator drept consecință a acțiunii opioizilor și a preparatelor sedative;

- ischemie a centrului respirator;

- Dereglări ale circulației sangvine:

- bradicardie și hipotonie arterială;

- stop cardiac;

- sincope vasovagale;

- aritmii.

- Reacții alergice.

Complicații tardive ale anesteziei locoregionale:

- Complicații neurologice și posttraumatice:

- cefalee;

- dereglări neurologice tranzitorii;

- sindrom al „cozii de cal” (retenție de urină, incontinență fecală, abolire a sensibilității perineale, pierderea funcției sexuale) ;

- dereglări ischemice ale măduvei;

- lezarea traumatică a măduvei;

- lezarea traumatică a rădăcinii măduvei;

- hematoame ale canalului rahidian;

- dureri în spate, legate de lezarea ligamentelor.

- Complicații septic:

- spondilită;

- absces epidural;

- meningită;

- arahnoidită;

- activarea herpesului latent.

Complicații îndepărtate ale anesteziei locoregionale:

- Arahnoidită aseptică;

- Chisturi subarahnoidiene și intramedulare;

- Formațiuni de volum.

Contraindicații absolute pentru anestezia locoregională:

- Refuzul pacientei de a efectua anestezia regională ;

- Lipsa celor necesare pentru aplicarea anesteziei regionale și contracararea complicațiilor ei (oxigen, mașină de anestezie, sac Ambu, soluții pentru infuzie, mijloace necesare pentru efectuarea anesteziei generale și a procedeeleor de reanimare);

- Hemoragia și hipotensiunea arterială;

- Coagulopatiile congenitale și dereglările siste-

mului de coagulare ;

- Trombocitopenia și/sau trombocitopenia sub 50000;

- Tratamentul cu anticoagulante;

- Sepsis;

- Bacteriemie;

- Infecție, traumă ori tumoare în regiunea puncției ;

- Procesele organice intracraniene, bolile sistemului nervos central ;

- Alergia la anesteticele locale;

- Vagotonie pronunțată, sincope în anamneză, AV-blocade, sindromul slăbiciunii nodulului sinuzal;

- Sindrom de distresă pronunțat la făt (prolabare de cordon, bradicardie prelungită și pronunțată la făt).

Contraindicații relative pentru anestezia locoregională:

- Situație extremă și lipsa de timp pentru pregătirea parturientei și manipulării;

- Malformații la făt, moartea antenatală a fătului;

- Labilitatea psihică și emoțională a parturientei;

- Neuropatie periferică;

- Boli demielizante ale SNC;

- Boli psihice ale parturientei;

- Nivelul de intelect jos al parturientei (oligofrenie, etc.);

- Tratament cu heparină în doze profilactice;

- Tratament cu aspirină;

- Refuz al brigădeii chirurgicale de a opera parturienta conștientă;

- Deformație pronunțată a coloanei vertebrale;

- Traume ale coloanei vertebrale.

Analizele statistice efectuate în IMSP IM și C pe parcursul anilor 2015-2017:

Tabelul 1.

Datele statistice privind anestezia rahidiană efectuată în perioada anilor 2015-2017.

Tipul intervenției / Anii	2015	2016	2017
Operații cezariene	473	578	576
Operații ginecologice	158	152	136
Operații reconstructive (col, vagin)	54	49	4
LSC	2	1	1

Concluzii:

1. Indicația de anestezie pentru intervențiile obstetrico - ginecologice sunt individuale ținându-se cont de:

- ✓ Patologia maternă preexistentă;

- ✓ Patologia obstetricală;

- ✓ Gradul de urgență al intervenției ;

- ✓ Experiența și gradul de calificare ale anestezistului ;

2. Pe parcursul anesteziei la operația cezariană apariția complicațiilor este inevitabilă. Trebuie să fa-

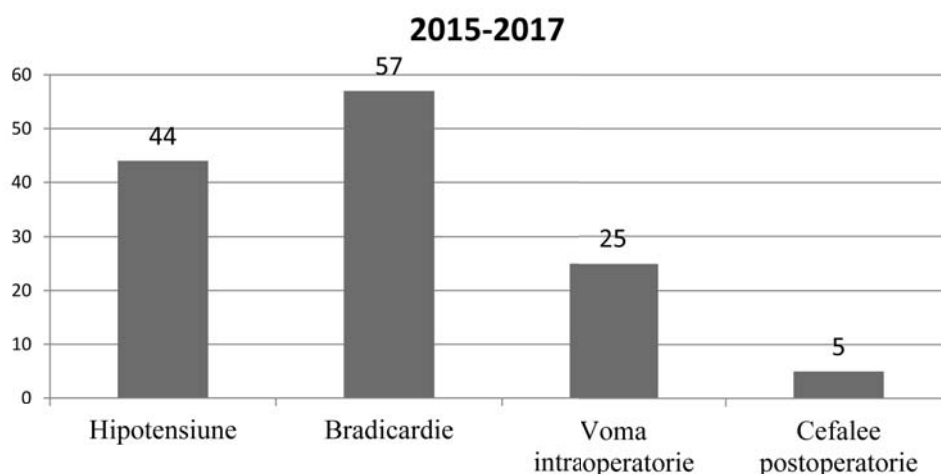


Figura 1 Complicațiile în caz de anestezie spinală

cem tot posibilul pentru prevenirea și tratamentul la timp.

3. Legea prevede ca parturienta să fie informată despre complicațiile posibile, cu fixarea acestui fapt în fișa de observație.

Tactica anesteziei la operația cezariană va ține cont de interesele mamei și ale fătului. În caz de complicații severe totul se va efectua în interesele mamei.

1. Rata cefaleei poate fi micșorată prin:
 - Folosirea acelor cu diametru <G24;
 - Folosirea acelor cu vârf conic de tip „pensil point”;
 - Introducerea mandrenului în ac la extragerea lui;
 - Eliminarea aerului din seringă înainte de administrarea preparatului.
2. Hipotensiunea:
 - Rehidratare;
 - Administrarea cordiotonicelor;
 - Administrarea corectă a preparatului (încet-1ml / s).
3. Pentru a evita voma:
 - Excluderea hipotensiunii;
 - Administrarea nalaxonei (morfină).
4. În cazul bradicardiei:
 - Administrarea atropinei.

Bibliografie

1. **Acalovschi I.** Anestezie clinică. Cluj-Napoca: Clusium, 2015, 835p.
2. **Sing S., Sing S., Agarwal J.** Anesthesia for bone replacement surgery. In: Anaesthesion Clin Pharmacol. 2012, vol.28, no.1, p. 155-61.
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. 2008, vol 88, no.3, p. 150-158.

4. **Miller R., Eriksson L., Fleisher L.,** Millers Anaesthesia 6th edition. London: Elsevir Churchill Livingstone, 2005, p.10-188.

5. **Stasiuc V.,** Anestezia combinată spinală-epidurală pentru operațiile cezariene. Teza dr.în medicină. Chișinău, 2008, p.120.

6. **Yamashita A., Matsumoto M.** Risk management in spinal anesthesia. Masui. 2011, vol 60, no.10, p. 83-183.

7. **Rawal N.,** Combined spinal-epidural anesthesia. In: Curr Opin Anaesthesiol. 2005, vol.17, no. 4, p.508-511.

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 65, no.1, p. 29-43.

9. **Imbelloni L., Gouveia M., Gordeiro J.,** Continuous spinal anesthesia versus combined spinal epidural block. In: Sao Paulo Med. J.2010, vol 126, no. 2, p. 10-11.

10. **Șandru S., Dimitriu I., Boleac D.** Managementul anesteziei locoregionale 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.330-340.

11. **Belii A.** Managementul durerii preoperatorii. Chișinău :Imprimat Star 2012, p. 409.

12. **Rawal N.,** Combined spinal-epidural anesthesia. In: Curr Opin Anaesthesiol. 2005, vol.18, no. 5, p.518-521.