

7. А.П.Зильбер, Е.М.Шифман. - "Этюды критической медицины, том 3. Акушерство глазами анестезиолога." Петрозаводск: Издательство ПГУ, 1997. 397 с., илл., библи.

PARTICULARITĂȚI DE DIAGNOSTIC A TROMBOEMBOLIEI PULMONARE REPETATE

**Victor Cojocaru, Olga Cușnir, Natalia Stoica, Elena Moraru,
Dorina Cojocaru, Maia Brodescu**

Catedra Anesteziologie și Reanimatologie nr.2 a USMF „N. Testemițanu”
Spitalul Clinic Republican

Summary

The peculiarities of recurrent pulmonary thromboembolism diagnosis

The objective was to present a case with recurrent thromboemboli with profound acute thrombosis in younger patient and to discuss the particularity of diagnosis.

Rezumat

Prezentarea cazului clinic cu tromboembolii repetate pe fondal de tromboză acută profundă la pacient tânăr și discutarea particularităților de diagnostic.

Actualitate

Tromboembolismul venos este o problemă medicală importantă și intens discutată; patologia este foarte frecventă și nedagnosticată și are risc de comorbidități severe, inclusiv și deces. Problema este comună pentru perioada de spitalizare, în special la pacienții cu afecțiuni chirurgicale, în condițiile persistenței riscului de tromboembolism venos.

Tromboembolismul venos, manifestat ca tromboza venoasă profundă sau tromboembolia arterei pulmonare, reprezintă cea mai frecventă cauză de prevenire a decesului la pacienții spitalizați. Astfel, fără profilaxie incidența trombozei venoase profunde survenite în spital, confirmate prin metode obiective, este de aproximativ 10-40% la pacienții cu afecțiuni medicale sau supuși unor intervenții chirurgicale și de 40-60% după intervențiile chirurgicale ortopedice majore. Un sfert până la o treime din trombi venoși afectează venele profunde proximale, iar trombi cu această localizare produc mai frecvent simptome de tromboembolie pulmonară.

Cazul clinic

Pacientul M în vârstă de 31 ani, 97 kg a fost internat în clinica ATI a SCR cu diagnosticul de sepsis cu focar neclar, posibil abdominal sau pulmonar. Din anamnezic cu 3 săptămâni anterior pacientul a fost supus intervenției chirurgicale pentru apendecită gangrenoasă, complicată cu peritonită locală, cu drenarea cavității abdominale.

La internare pacientul prezenta tegumente pal-teroase, transpirații reci, tahicardie FCC-165/min, TA- 138/78 mmHg, SaO₂- 98%, paO₂- 95 mmHg, dispnee, tahipnee 24 respirații/min., abdomen indolor, moale cu peristaltism prezent. Hemoleucograma cu leucocitoză 15300 cu deviere spre stânga a formulei leucocitare (15 nesegmentate), VSH 30mm/h. Coagulograma cu hiperprotrombinemie 103%, APTT- 23, CFMS- 7,8g/l, fibrinogen – 5,2g/l. Gazele sangvine fără deviere. Datele biochimice de laborator fără particularități.

Radiografie toracică - infiltrație pulmonară bazală, mai pronunțată pe dreapta.

Scintigrafia pulmonară demonstrează reduceri de microcirculație în teritoriile apicale și bazale a ambilor pulmoni – anterior a pulmonului drept, anterior și posterior a pulmonului stâng. Imaginea posterioară semnifică reduceri severe de microcirculație în teritoriul apical și medial, cu defect de microcirculație în teritoriul bazal al pulmonului drept.

La CT spiralat a cutiei toracice s-a depistat câmpul pulmonar pe stânga transparent, pe dreapta în lobul inferior paracostal posterior se evidențiază infiltrat dens de dimensiuni 81x22 mm, cu scăderea pneumatizării lobului inferior.

Pe toată perioada internării pacientul a primit tratament infuzional cu cristaloide, coloide (Refortan 6%, Reopoliglucin), Sol. Pentoxifilin, antibioticoterapie inițial cu spectru larg, ulterior conform antibiogrammei.

Tratamentul opacităților pulmonare din start a fost inițiat cu heparină nefracționată, în doză de 1000U/h în infuzie continuă, cu monitorizarea strictă la 6-12 ore a numărului de trombocite și a APTT.

În evoluția ulterioară starea pacientului cu ameliorare relativă, când la a 10 zi la pacient pe un fondal practic sănătos, fără febră, dureri sau alte prodrome apare o senzație de constricție toracică la nivelul hemitoracelui drept cu dispnee 26/min, FC-156/min, TA-132/67mmHg, SpO₂-96% la un FiO₂ de 21%, iar gazele sangvine fără o oarecare deviere – PaO₂-97mmHg, PaCO₂-37mmHg.

La radiografia cutiei toracice acelaș tablou – infiltrație bazală pe dreapta.

Tratamentul a constat din oxigenoterapie, analgetice, spasmolitice, antiaritmice și heparinoterapie cu heparine cu moleculă mică.

Pacientul se externează la domiciliu în stare satisfăcătoare, cu recomandari de a continua tratamentul cu antibiotice (Clarucid), antimicotice, vitaminoterapie și control în dinamică peste o lună.

Peste 3 săptămâni de la externare pacientul prezintă clinică de tromboză venoasă acută a venelor profunde a gambei drepte. Este consultat de angiochirurg care prescrie tratament cu heparină nefracționată 5000UI de 4 ori/zi, analgetice, spasmolitice, Sol. Pentoxifilin, Tab. Cardiomagnil 75mg/zi și compresie elastică la mers.

Însă starea pacientului este cu evoluție negativă prin persistența durerii la nivelul gambei drepte, limitarea mișcării și creșterea dispneei la efort minim, durere la nivelul hemitoracelui drept, fatigabilitate.

Pacientul este internat din nou în secția de TI pentru tratamentul trombozei venoase profunde, complicat cu TEAP ramuri mici plămân drept.

Hemograma, testele biochimice în limitele normei. Timp de coagulare Lee-White – 3 min, protrombina - 108%, APTT – 18 sec., CFMS – 12g/l, fibrinogenul – 3,3g/l, metabolismul gazos – SpO₂-93%, paCO₂ - 40mmHg, PaO₂-69mmHg.

Radiografie pulmonară – plămâni transparente. Atelectazii discoidale bilaterale. Infiltrații neomogene bazale bilaterale.

Tratamentul inițiat a constat din administrarea continuă a heparinei nefracționate în doze de 1000-1500UI/h, cu monitorizarea numărului de trombocite și a APTT., timp de 5 zile, ulterior 10 zile a fost administrat sol. Fraxiparin 3500U antiXa.

Diagnosticul de tromboza acută profundă a fost stabilit la ultrasonografie duplex color a vaselor membrului inferior drept și vena cavă, care a demonstrat prezența trombilor ficși și a unui tromb cu vârf flotant ~ 0,7 cm în vena poplitee dreaptă.

Având în vedere riscul extrem de mare de trombembolizare repetată, cu ruperea unui tromb pacientului i s-a aplicat cava filtru temporar pentru 5-7 zile cu repunere ulterioară de cava filtru permanent.

Discuții

Tromboembolia este problema majoră cu care se ocupă foarte multe ramuri a medicinei, în special chirurgia, pentru că flebotromboza este una din complicațiile vasculare foarte frecvente la bolnavul chirurgical și în momentul inversiunii – al intrării în faza de anabolism cu creșterea heparinoizilor naturali – se produce mobilizarea cheagurilor formate în periferie. Aceste cheaguri se mobilizează și în funcție de dimensiunile lor; ajunse în plămân, obstruează zone, mai mici sau mai mari ale arborelui pulmonar.

Când cheagurile sunt foarte mici embolizează periferia pulmonară și dau o simptomatologie foarte săracă sau chiar absentă, alteori această simptomatologie poate să fie supraacută și să producă fibrilația ventriculară cu deces. Între aceste două extreme există toate

variantele posibile în funcție de dimensiunea trombului și de localizarea lui în patul vascular pulmonar.

TEAP se suprapune în cea mai mare parte peste cea a trombozei venoase, iar tromboza venoasă aproape întotdeauna are ca și complicație trombembolia pulmonară.

În aproape 90% din cazuri sursa trombemboliei pulmonare se află într-o tromboză venoasă profundă, de la nivelul membrelor inferioare. Cu cât sursa trombembolismului este mai aproape cu atât crește riscul ca trombembolia să fie mai mare.

Dislocarea trombilor venoși și trombembolizarea pulmonară de multe ori se produce imprevizibil: după o contracție musculară bruscă, în cazul creșterii bruște a presiunii venoase (strănut, tuse, defecație), la mers, etc. Un rol important în detașarea trombului îl are și vechimea lui, precum și sediul trombozei venoase. În general trombembolizarea se produce în primele 3-7 zile de la producerea trombozei venoase, când încă trombusul nu este bine fixat de peretele venos și nu a început endotelizarea.

Diagnosticul de trombembolie pulmonară este mai dificil decât tratamentul sau profilaxia. Pentru pacienții cu trombembolie pulmonară, perioada cea mai periculoasă este cea care precede stabilirea diagnosticului corect. Diagnosticul actual al trombemboliei pulmonare arată o strategie care integrează manifestările clinice cu o varietate de metode de diagnostic.

Suspiciunea clinică este de cea mai mare importanță în ghidarea testelor diagnostice. La pacienții fără boală cardiovasculară anterioară, dispneea pare să fie cel mai frecvent simptom și tahipneea cel mai frecvent semn de trombembolie pulmonară. În general, dispneea, sincopa sau cianoza prevestesc o trombembolie pulmonară majoră care amenință viața. Totuși, durerea pleurală semnifică adesea că trombembolia pulmonară este mică și localizată în sistemul arterial pulmonar distal, aproape de pleură.

Trombembolia pulmonară ar trebui suspectată la pacienții hipotensivi când: 1) există dovada trombozei venoase sau există factori predispozanți pentru tromboza venoasă; 2) există dovadă clinică a cordului pulmonar acut (insuficiență ventriculară dreaptă acută) cum ar fi venele jugulare destinse, galop S₃ al ventriculului drept, pulsația VD, tahicardie sau tahipnee, în special dacă; 3) există dovada electrocardiografică a cordului pulmonar acut manifestată prin aspectul nou S₁-Q₃-T₃, bloc de ramură dreaptă incomplet, recent, sau ischemie ventriculară dreaptă.

Diagnosticul diferențial al trombemboliei pulmonare acoperă un spectru larg de la boli care amenință viața, cum ar fi infarctul miocardic acut la stări de anxietate inofensive.

Anumiți pacienți au concomitent trombembolie pulmonară și alte boli. Astfel, dacă pneumonia sau insuficiența cardiacă nu răspund la tratament adecvat, ar trebui considerată posibilitatea coexistenței trombemboliei pulmonare.

Diagnosticul este dificil de stabilit deoarece se manifestă cu o simptomatologie nespecifică care poate sugera alte afecțiuni pulmonare sau cardiace, mai ales la bolnavii cu evoluție critică care au diferite grade de insuficiență cardiacă sau respiratorie preexistentă. Nespecificitatea simptomelor TEAP este evidentă și prin faptul că o serie de afecțiuni cardio-pulmonare au o simptomatologie asemănătoare.

Distincția dintre trombembolia pulmonară și hipertensiunea pulmonară primară merită atenție specială. Deși în ambele situații se justifică obișnuit anticoagularea necesită diferențierea între aceste două afecțiuni. Surprinzător, anumiți pacienți vor avea o situație combinată care este asemănătoare cu hipertensiunea pulmonară primară, dar care include trombi. La acești pacienți se pot dezvolta trombi în artera pulmonară centrală mare. Adesea este imposibil de stabilit dacă acești trombi s-au format în situ sau dacă ei au trombembolizat artera pulmonară dintr-un alt loc.

Concluzii

Orice dispnee la bolnavii cu 2 sau mai mulți factori de risc trebuie luată în considerație, ca fiind o suspexie de tromboză pulmonară sau TEAP. Profilaxia adecvată la pacienții cu risc major de dezvoltare a trombozelor venoase și/sau tromboemboliei pulmonare scade incidența și frecvența apariției lor. Sepsisul este un factor major de dezvoltare a TEAP inclusiv și la bolnavii tineri.

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)