

RAHIANESTEZIA ÎN OPERAȚIA CEZARIANĂ *

dr. V. D. Petrescu

Nu există un acord total privind anestezia în operațiile cezariene. În obstetrică, rahianestezia a fost introdusă în țara noastră de N. Gheorghiu și continuă să fie utilizată și astăzi pe o scară largă. Un studiu efectuat de Vago, Sirbu, Pandele, Strejan și Elias (1954), pe materialul a 17 clinici și mari maternități (6 din București și 11 din alte orașe), arată că la 20.378 nașteri înregistrate în cursul anului 1953 din care s-au executat 1054 de operații cezariene, rahianestezia a fost folosită în medie în 75,1% din cazuri: 92,4% în spitalele din București și 60,9% în celelalte spitale.

Tabelul nr. 1

Anestezia folosită la 1054 operații cezariene în 17 clinici și maternități mari în anul 1953 (Vago și colab.)

Anestezia folosită la operația cezariană	Global	Spitale și clinici din București	Spitale și clinici din alte orașe
Rahianestezia	75,1%	92,4%	60,9%
Anestezia generală	17,4%	4,7%	27,9%
Anestezia locală și peridurală	7,5%	2,9%	11,2%

Rahianestezia produce o bună relaxare abdominală, favorizează contractia uterului, reducând pierderea de sânge; practic nu influențează fătul. Printre altele are și avantajul că nu impune prezența unui anestezist, iar execuția este simplă și rapidă în comparație cu anestezia locală.

Inconvenientul anesteziei rahidiene constă în faptul că determină paralizia filetelor simplice preganglionare, vasoconstrictoare, în spațiul subarahnoidian în toată regiunea anesteziată. De aici decurge un reflux masiv de sânge în patul vascular brusc dilatat, hipovolemie, scăderea debitului cardiac și uneori o hipotensiune foarte pronunțată.

În rahianestezia înaltă — contraindicată în obstetrică și de evitat în general — prin interesarea și a rădăcinilor spinale ale mușchilor somatici respiratori, intercostali și abdominali, se asociază hipoventilația cu accentuarea condițiilor de șoc intraoperator.

S-a insistat suficient asupra accidentelor grave date de rahianestezie în operațiile cezariene. Acest fapt putem să-l confirmăm și noi. La 300 de operații cezariene efectuate cu anestezie rahidiană pînă în 1953, la Maternitatea Steaua (București), am înregistrat în 5 cazuri scăderi pronunțate de tensiune (1,5%) și 1 accident letal.

De teama apariției unui accident grav mulți clinicieni evită rahianestezia, chiar dintre aceia care au folosit-o. Atenția se îndreaptă spre anestezia locală și spre anestezia generală.

* Studiu efectuat în Clinica de obstetrică și ginecologie Filantropia, București, cond. prof. dr. doc. E. Aburel

Anestezia locală ne-a interesat mult timp și pe noi. Împreună cu prof. Aburel am preconizat și am folosit o tehnică prezentată în 1952 la Soc. de obstetrică și ginecologie București, tehnică redată pe larg în „Probleme de practică și tehnică obstetricală” de *Alessandrescu* și colab. (1965). Trebuie recunoscut totuși că părăsirea rahianesteziei în operațiile cezariene de către mulți specialiști s-a datorat dezvoltării anesteziei generale cu intubație, apariției rețelei de medici anesteziști și avantajului unei responsabilități împărțite.

Există însă și aprecieri care au mers mai departe și consideră anestezia rahidiană ca neindicată în obstetrică, așa cum este de exemplu, studiul mai vechi a lui *Greenhill* (1950). Această luare de poziție are o semnificație deosebit de importantă în practică, în cazul unui accident grav. În baza experienței noastre, considerăm că opinia negativă față de folosirea rahianesteziei în operația cezariană și respingerea ei de principiu este neîntemeiată. Rahianestezia ca și celelalte anestezii nu trebuie văzută ca o metodă universală; ea trebuie să se execute în condiții de lucru corecte, așa cum arătăm mai jos, evitându-se cu strictețe contraindicațiile, ceea ce evident este valabil pentru orice fel de anestezie.

Nu este în intenția noastră, în această lucrare, să facem o analiză critică a diferitelor metode de anestezie. Considerăm totuși necesar să menționăm și citeva studii contemporane care susțin folosirea rahianesteziei în operația cezariană (*Moya* și *Smith*, 1962; *Phillips* și colab. 1962, 1967) sau care o recomandă pentru nașterea spontană pe care vaginală (*Graft* și colab., 1960). De asemenea trebuie menționate studiile care arată frecvența și gravitatea accidentelor anesteziei generale cu intubație, mai ales la mamă (*La Salvia* și *Steffen*, 1950; *Merill* și *Hingson*, 1951; *Edwards* și colab., 1956; *Phillips* și colab., 1965), insistându-se asupra pericolului de asfixie prin regurgitare (*Bannister* și colab., 1962 ș.a.) așa cum am înregistrat și noi de curând un caz în clinica din Tirgu Mureș.

În Clinica Filantropia, după accidentul letal post-rahianestezic amintit, și în special din 1956, s-a insistat asupra păstrării contraindicațiilor în general bine cunoscute dar deseori minimalizate. Dintre acestea menționăm: sarcini în stare de șoc, sarcini cu hemoragie mare, sarcini cu tensiunea arterială maximă 105 mmHg sau mai puțin, stări depressive și instabilitate psihică, cardiopate în stadiul III și IV după clasificarea New York etc.

Pe de altă parte s-a introdus o reglementare strictă a tehnicii și a măsurilor necesare pentru prevenirea și combaterea modificărilor vasculare. Aceste măsuri sînt:

1. Administrarea de atropina (1 mg i. muscular) cu 15—20 de minute înainte de anestezie.
2. Injectarea lentă, în 3 minute, a anestezicului în spațiul 3—4 lombar în poziție șezândă sau în decubit lateral. De regulă folosim procaină (novocaină), soluția 8 % ușor hiperbară, 0,08—0,12 g (1—1,5 ml) în raport cu greutatea parturientei. În prealabil, obligatoriu, se testează sensibilitatea la procaină.
3. Culcarea pe spate și menținerea în Trendelenburg inversat cu 5—10°, timp de 8—10 minute.
4. Instalarea imediată a aparatului de tensiune și a unei perfuzii cu soluția glucozată 5 %, ceea ce permite, în orice moment al operației, administrarea de medicamente corectoare.
5. Administrarea de oxigen, endonasal sau sub mască.
6. Supravegherea permanentă a bolnavei și controlul sistematic al tensiunii arteriale.

În prezent trebuie folosită numai o anestezie rahidiană asistată.

Am observat scăderea ușoară a tensiunii arteriale cu 5—10 mmHg în 14 % din cazuri; ea se corectează prin deplasarea uterului spre stînga, eventual crescînd debitul perfuziei.

Atunci cind scăderea tensiunii arteriale este mai pronunțată — în 1,5% din cazuri — este necesară asocierea de corticoizi și în mod excepțional vasoconstrictoare. În acest scop, putem introduce 100—400 mg succinat de hidrocortizon în soluția de perfuzie venoasă. Deși nu cunoaștem cu precizie modul de acțiune al corticoizilor, folosirea lor s-a dovedit totuși utilă, prevenind apariția șocului cu toate că nu există o insuficiență suprarenală.

Dintre vasoconstrictoare Noratrinul (Noradrenalina, Norepinefrina) are acțiunea cea mai puternică. Se introduc 1—2 mg (fiole cu 2 sau 4 mg/ml) în flaconul de 250 ml soluție glucozată și se perfuzează cu debit de 15—20 picături/minut. Alte preparate cu acțiune vasopresoare comparabilă sînt: Aramine (metaraminal), Vazoxyl (metoxamină). Asemenea vasoconstrictoare puternice, prin acțiunea de exangvinare a uterului, sînt recomandate — dacă este cazul — mai mult în a doua parte a operației cezariene, după extragerea fătului. Înainte de extracția fătului preparatul cel mai indicat este efedrina (10—30 mg în perfuzie). Efedrina determină o contracție moderată a arteriolelor, stimulînd în același timp activitatea cardiacă (crește ritmul și debitul cardiac, dilată coronarele etc.) și respiratorie (dilată bronhiile, stimulează centrul respirator). Se pot utiliza de asemenea preparate de mephentermină (Isuprel, Wyamin) cu acțiune vasopresoare moderată și de ameliorare a debitului cardiac (acționează numai pe receptorii alfa adrenergici).

Dacă tensiunea arterială continuă să scadă, trebuie să ne gîndim la hipovolemie și administrarea de sînge devine necesară.

Procedînd în condițiile menționate mai sus, am înregistrat următoarele rezultate globale:

Tabelul nr. 2*

Nașteri 1957—1969	21 800	
Operații cezariene	2 617	
Rahianestezie	2 198 cazuri	83,5%
Anestezie generală	341 cazuri	13,5%
Anestezie peridurală și locală	78 cazuri	3%
Total :	2 617 cazuri	100%
Mortalitatea maternă după operații cezariene		
Din cauza anesteziei	0 cazuri	
Din alte cauze	6 cazuri	0,22%
Mortalitatea maternă la total nașteri	8 cazuri	0,36%
Mortalitatea fetală după operații cezariene	741 cazuri	3,4%

* Anestezia în operația cezariană la Clinica Filantropia București în perioada 1957—1969. Pentru perioada 1957—1964 am folosit datele comunicate de Nicolescu și Georgeta Rîndașu.

În decurs de 13 ani, între 1957—1969, la 21.800 de nașteri s-au executat 2.617 operații cezariene, din care 2.198 (83,5%) cu rahianestezie. La totalul de operații cezariene s-au înregistrat 6 cazuri letale materne (0,22%), nici unul legat de anestezie: peritonită 2 cazuri, fibrinoliză, embolie pulmonară, disgravidie gravă, și ocluzie intestinală cite un caz. Mortalitatea fetală după operațiile cezariene a fost de 3,4%. În sfîrșit, la totalul de 21.800 de nașteri au fost 8 cazuri de mortalitate maternă (0,36%), indici care arată o bună asistență la naștere pentru o clinică centrală, unde sînt dirijate cazurile probleme.

Concluzii

Accidentele grave în anestezia rahidiană se datoresc în primul rînd lipsei de supraveghere a bolnavei anesteziate și în al doilea rînd faptului că simplitatea puncției lombare se continuă cu o atitudine profilactică și curativă simplistă față de efectele secundare ale anesteziei.

Ținînd seama de contraindicații și executînd cu strictețe măsurile recomandate pentru prevenirea și combaterea efectelor secundare, putem să susținem, în baza experienței noastre expuse în această lucrare, că rahianestezia este o anestezie bună și este indicată în operațiile cezariene.

Sosit la redacție: 26 martie 1971.

Bibliografie

1. ABUREL E., V. D. PETRESCU: Anestezia locală în operațiile cezariene. Comunicat la Soc. Obst. Ginec. București, iunie 1952; 2. ALESSANDRESCU D., LUCA V., GHEORGHIU D., DUMITRESCU ANCA: Probleme de practică și tehnică obstetricală. Ed. Med. București, 1960, p. 267; 3. BANNISTER W. K., SATTILARO A.-J.: Anesthesiology (1962), 23, 251; 4. EDWARDS G., MORTON H. J., PASK E. A., WYLIE W. D.: Anesthesia (1956), 2, 194; 5. GRAFT T. D., PHILLIPS O. C.: Med. Times (1960), 88, 1888; 6. GREENHILL J. P.: Sem. Hôp. (1950), 26, 608; 7. LA SALVIA L. A., STEFFEN E. A.: Amer. J. Obstet. Gynec. (1950), 59, 1075; 8. MERILL R. B., HINGSON R. A.: Anesth. Analg. (1951), 30, 121; 9. MOYA F., SMITH B.: J.A.M.A. (1962), 179, 609; 10. NICOLESCU C., RÎNDAȘU GEORGETA: Complicațiile imediate și tardive ale operației cezariene. Comunicat la Soc. Obst. Ginec. Buc., 1965; 11. PHILLIPS O. C., FRAZIER T. M.: Obstet. Gynec. (1962), 19, 796; 12. PHILLIPS O. C., HULCA J. F., VINCENT M., CHRISTY W. C.: Obst. Gynec. (1965), 25, 217; 13. PHILLIPS O. C., GODDARD J. E., MILLSTEIN J.: Obstetric Analgesia and Anesthesia, F. A. Davis Co, Philadelphia, 1967; 14. PETRESCU V. D.: La rachianesthésie en opérations césariennes; Vol. de comunicări: I-ul Congres danubian de obst. ginec., Bratislava, 22—25 sept. 1970, p 117; 15. PRITCHARD J. A.: Anesthesiology (1965), 26, 393; 16. VAGO O., SÎRBU P., PANȚELE A., STREJAN N., ELIAS P.: Obstetrica și ginecologia (1964), 1, 7.