

Clinica chirurgicală nr. I din Tîrgu Mureş
(cond.: prof. dr. Z. Pápai, doctor în medicină)

EXPERIENȚA NOASTRĂ ÎN ANESTEZIA LOCALĂ CU XILINA PENTRU OPERAȚIILE DE VARICE

dr. L. Lupeanu, dr. M. Ionescu

În majoritatea serviciilor de chirurgie din țara noastră se practică pentru varicele membrilor inferioare safenectomia, prin smulgerea venei safene interne, extirpările de vene varicoase și alte procedee, folosind rahianestezia sau anestezia generală cu sau fără intubație.

Timp de trei ani, într-un alt serviciu clinic, am folosit fără excepție rahianestezia cu novocaină 8%. În numeroase cazuri am observat o cefalee postrahianes-

tezică, adesea rebelă la tratament. La majoritatea din cele 35 de cazuri operate a fost prezentă furtuna vegetativă a minutului 20, iar la câteva din aceste cazuri s-a impus narcoza din cauza imposibilității pătrunderii în canalul rahidian. Un caz a prezentat o stare gravă de șoc postrahianestezic intraoperator.

Timp de 5 ani, într-un spital raional, pe 70 de cazuri operate pentru varice am folosit — cu rezultate foarte bune — în exclusivitate anestezia cu novocaină 1 %, prin infiltrație locală. Prin aplicarea sistematică a reacției intradermice cu novocaină, făcută preoperator, am evitat surpriza unei complicații alergice. Singura neplăcere constatată a fost apariția, la unele cazuri, a reacției la preanestezia cu mialgin, constind în amețeli și tendința la vărsături.

Avantajele oferite de anestezia prin infiltrație locală ne-a făcut să ne preocupăm de perfecționarea ei, prin folosirea unui anestezic cu calități superioare.

Materialul anestezic

Xilocaina a fost considerată de *Weidling*, *Southworth* și *Dobbs* (5) ca substanța cea mai apropiată de anestezicul local ideal. Ea a fost încercată de numeroși autori români și străini, care i-au evaluat critic calitățile și defectele, pe care le amintim și noi pe scurt:

- acțiunea rapidă: 1,5 minute;
- analgezia prelungită postoperator;
- absența grețurilor și a vărsăturilor;
- eficacitatea de 2,5—3 ori mai puternică decât a novocainei;
- în administrarea subcutană toxicitatea crește concomitent cu creșterea concentrației;
- în concentrația de 0,5 % xilina și novocaina au aceeași toxicitate;
- metabolizarea ei se face în ficat, iar eliminarea pe cale renală; integritatea funcțională a acestor organe este absolut necesară;
- prevenirea intoxicației constă în respectarea cantității în administrare, adică 300 sau 500 mg o dată, în asociere cu adrenalină;
- combaterea intoxicației se face prin administrare de oxigen, barbiturice și efedrină sau adrenalină.

Metodă

În ultimii 2 ani, am aplicat în clinică infiltrarea progresivă a regiunilor cu xilină, pe măsura desfășurării intervenției ca și pentru novocaină.

Prepararea soluției de xilină: din fiole de 20 ml de 1 %, tragem în seringă cantitatea necesară, care diluată cu apă distilată să realizeze concentrația dorită, adică 0,50 % sau 0,75 %, la care adăugăm o diviziune de adrenalină.

1. Infiltrăm locul de descoperire al crosei safenei și a afluenților ei, în vederea efectuării ligaturilor respective. În general, ajung 10 ml pentru acest timp operator.

2. Introducem sonda olivară (Babcock), prin capătul distal al venei secționată și după oprirea olivei, facem infiltrația perivenoasă în vederea smulgerii; introducem un ac lung paralel și imediat lângă peretele vasului, infiltrăm pe măsură ce înaintăm distal, observind la suprafața pielii cum progresează anestezicul. Sonda olivară face un relief la suprafață, care servește foarte bine de ghid, mai ales la persoanele grase (vezi figura nr. 1). Infiltrația realizează o adevărată preparare hidrodinamică, despărțind vena de țesuturile perivenoase, ceea ce ne ajută foarte mult în manevra de smulgere. Prin plaga pe care o facem distal pentru descoperirea olivei la gambă, facem, aceeași infiltrație perivenoasă în sens cranial. În acest fel, ajungem să infiltrăm țesutul perivenos pe tot traiectul. Dacă nu sîntem siguri că am infiltrat toată distanța, putem infiltra în jurul venei, servindu-ne de sonda metalică ca ghid, prin câteva înțepături transcutane.

Deoarece toxicitatea xilinei crește foarte mult în cazul administrării intra-venoase, vom evita tot timpul acest accident prin manevre repetate de aspirație.

În general, cu 20—30 ml soluție anestezică diluată cu tot atîta apă distilată, realizăm infiltrarea anestezică necesară unei smulgeri nedureroase a safenei la coapsă.

3. Extirparea venelor de la gambă se face cu cantitățile necesare de anestezic, care nu sînt în general, peste 10—20 ml.



Concluzii

Anestezia cu xilină nu pune probleme deosebite de tehnică, nu provoacă complicații, toxicitatea ei la concentrația de 0,50 %, nedepășind administrarea a 300 mg o dată, fiind egală cu cea a novocainei. Pe parcursul operației, dacă aceasta se extinde în timp și în suprafață, se poate repeta administrarea, deoarece metabolizîndu-se și eliminîndu-se rapid nu dă fenomene de cumulare. Astfel se obține anestezia dorită și prepararea hidrostatică a venei; relaxarea musculară care s-ar obține prin alte procedee anestezice (rahidiană sau generală) nu este necesară, deoarece se operează supraaponevrotic. Se evită astfel agresiunea anestezică mare; considerînd că operațiile pentru varice sînt de anvergură mijlocie, ca de exemplu apendicectomia simplă sau operația pentru hernia necomplicată, putem admite că anestezia generală, cu sau fără intubație este „prea mult” ca anestezie, iar rahianestezia este „prea puțin” ca durată anestezică. Anestezia locală cu xilină este însă „exact ce trebuie” în operațiile pentru varice ale membrelor inferioare, iar mobilizarea postoperatorie a bolnavilor se poate face precoce, ceea ce este foarte indicat și constituie dezideratul care primează față de comoditatea intraoperatorie a chirurgului.

Sosit la redacție: 19 martie 1971.

Bibliografie

1. BANETY P. V.: Prod. Farm. (1962), p. 48;
2. BĂLTESCU P.: Prod. Farm. (1968), p. 33;
3. MUNTEANU S.: Prod. Farm. (1962), p. 25;
4. NEGOESCU M.: Prod. Farm. (1966), p. 141;
5. ROMAN ȘT.: Prod. Farm. (1962), 28.