

Επεμβάσεις στη Σπονδυλική Στήλη: Η Εύκολη Πλευρά στη Νευροαναισθησία;

Ε. ΒΟΛΑΚΛΗ - Λ. ΜΟΤΤΑΣ

Οι επεμβάσεις στη σπονδυλική στήλη για την αποσυμπίεση ριζών του νωτιαίου μυελού θεωρούνται πιο απλές από τις επεμβάσεις που αφορούν τον εγκέφαλο. Κρύβονται όμως και σ' αυτές πολλοί κίνδυνοι που πρέπει να επισημανθούν. Κυριότερο πρόβλημα είναι ότι αφορούν συνήθως νεαρά άτομα με καλοήθεις παθήσεις οπότε, οποιαδήποτε αποτυχία στην αναισθησιολογική τεχνική έχει μεγαλύτερο ιατρικό και κοινωνικό κόστος.

Γενικά στοιχεία: αφορούν νεαρά συνήθως άτομα με προβλήματα στο κατώτερο τμήμα της οσφυϊκής και της αυχενικής μοίρας ενώ σπανιότερα αφορούν και στη θωρακική μοίρα. Ως παθήσεις αναφέρονται οι πιέσεις ριζών, νεοπλάσματα, αγγειακές δυσπλασίες ή και αποστήματα. Οι ενδομυελικοί όγκοι ή τα μηνιγγιώματα είναι πάντως σπανιότερα στην σπονδυλική στήλη απ' ότι στον εγκέφαλο. Υπάρχουν επίσης μεταστατικοί όγκοι που μπορεί να προκαλέσουν μεγάλες αιμορραγίες διεγερητικά.

Προαναισθητική επίσκεψη: στους νεότερους ασθενείς η προαναισθητική εκτίμηση και προετοιμασία περιλαμβάνει ότι γνωρίζουμε για όλες τις επεμβάσεις επιπρόσθετα απαιτείται προσεκτική νευρολογική εκτίμηση. Στους ηλικιωμένους όμως ασθενείς με ελαττωμένες αναπνευστικές ή καρδιακές εφεδρείες και στους παχύσαρκους πρέπει να γίνει πολύ προσεκτική εκτίμηση εξ' αιτίας της θέσης στην οποία τοποθετούνται.

Θέση: Οι ασθενείς με προβλήματα στην αυχενική μοίρα μπορεί να τοποθετηθούν σε καθιστική θέση. Τα προβλήματα της θέσης αυτής περιγράφονται σε αντίστοιχο κεφάλαιο. Άλλες φορές μπορεί να τοποθετηθούν σε πρηνή θέση. Η πρηνής θέση και η γονατοαγκωνιαία

είναι οι δύο θέσεις στις οποίες μπορεί να τοποθετηθούν όσοι χειρουργούνται στην οσφυϊκή μοίρα.

Προβλήματα λόγω θέσεως

α. Περιορισμός του αναπνευστικού: Οι παχύσαρκοι ασθενείς δεν τοποθετούνται σε γονατοαγκωνιαία θέση αλλά σε πρηνή, αφού πρώτα ειδικά μαξιλάρια τοποθετηθούν στο θώρακα και στη λεκάνη για να μένει το διάφραγμα ελεύθερο.

β. Πίεση της κάτω κοίλης φλέβας: Φροντίζουμε η κοιλιά να μην πιέζεται στην πρηνή αλλά και στην γονατοαγκωνιαία θέση για να αποφευχθεί η πίεση της κάτω κοίλης φλέβας.

γ. Υποβολαιμικό shock λόγω περιφερικής αγγειοδιαστολής από την γενική αναισθησία και τη λίμιναση αίματος στα κάτω άκρα και την κοιλιά. Μπορούμε να βάλουμε ελαστικές κάλτσες στα πόδια των ασθενών. Ενυδατώνουμε τους ασθενείς, χρησιμοποιούμε επαρκή αλλά όχι ιδιαίτερα βαθειά αναισθησία και προσέχουμε για να πετύχουμε αργή μετακίνηση των ασθενών. Κατά τη διάρκεια της μετακίνησης του ασθενούς συνήθως για τεχνικούς λόγους τα συστήματα ελέγχου αποσυνδέονται. Πρέπει όμως να παραμένει και να χρησιμοποιείται οπωσδήποτε ένα από αυτά: οισοφάγειο στηθοσκοπιο, ηλεκτροκαρδιογράφοι, καπνογράφοι, παλμικό οξύμετρο.

δ. Ασθενείς με προβλήματα στην αυχενική μοίρα μετακινούνται με όσο το δυνατό ηπιότερες κινήσεις και αν χρειάζεται τοποθετείται και προστατευτικός κηδεμόνας.

ε. Μετά την τοποθέτηση στην τελική θέση ελέγχονται τα ευαίσθητα σημεία για να αποφευχθεί ιδιαίτερη πίεσή τους (μάτια, γεννητικά όργανα, χέρια).

στ. Γίνεται καλό στερέωμα του τραχειοσωλήνα και μετά την τοποθέτηση του ασθενούς γίνεται επανέλεγχος

για την επιβεβαίωση της σωστής του θέσης.

Έχει αναφερθεί βρογχόσπασμος λόγω μετακίνησής του τραχειοσωλήνα και ερεθισμού του λάρυγγα. Καλό βάθος αναισθησίας και χρήση καταλλήλων φαρμάκων σε άτομα με γνωστή προδιάθεση για βρογχόσπασμο μπορεί να βοηθήσουν στην αποφυγή της σοβαρής αυτής επιπλοκής.

Αναισθησία: περιγράφεται η χρήση της περιοχικής αναισθησίας για την πραγματοποίηση των επεμβάσεων αυτών. Η θέση όμως του ασθενούς και τα προβλήματα που του δημιουργεί έχουν κάνει τη γενική αναισθησία να επικρατήσει στα περισσότερα κέντρα.

α. Όλα γενικά τα αναισθητικά μπορεί να χρησιμοποιηθούν με ασφάλεια. Στις περιπτώσεις που η επέμβαση αφορά την αυχενική μοίρα της σ.σ. μπορεί να έχουμε προβλήματα με τη διασωλήνωση ποικίλης αιτιολογίας. Η τεχνική στη χρήση ενδοφλέβιων αναισθητικών μπορεί να τροποποιηθεί έτσι ώστε να μην καταργηθεί η αυτόματη αναπνοή του ασθενούς.

β. Η χρήση της σουκινυλοχολίνης πρέπει να αποζημιωθεί σε ορισμένες περιπτώσεις, π.χ. τραύμα σπονδυλικής στήλης.

γ. Όταν υπάρχει επέμβαση στην αυχενική μοίρα της σ.σ. η χρήση μυοχαλαρωτικών μακράς διάρκειας πρέπει να αποφεύγεται. Ακόμα πρέπει να υπάρχει πλήρης έλεγχος της νευρομυϊκής λειτουργίας με ηλεκτρομυο-

γράφο, ακόμα και αν γίνεται χρήση μυοχαλαρωτικών μέσης ή βραχείας διάρκειας (μιβακούριο, ατρακούριο). Διαταραχές της αναπνοής που μπορεί να υπάρξουν μετά παρόμοιες επεμβάσεις θα πρέπει να μπορεί να διαφοροδιαγνωστούν από υπερδοσολογία μυοχαλαρωτικών.

δ. Ασθενείς με νεοπλάσματα της σ.σ. υποβάλλονται συχνά σε ακτινοβολίες. Κατά την προεγχειρητική επίσκεψη θα πρέπει να επισημανθούν στοιχεία από φλεγμονή των πνευμόνων, αιματολογικές διαταραχές κ.α. που μπορεί να τροποποιήσουν την αναισθησιολογική τεχνική.

ε. Πολλοί χειρουργοί χρησιμοποιούν την τοπική διήθηση με αδρεναλίνη. Θα πρέπει να γνωρίζουμε τη συνολική της δόση.

στ. Έχει περιγραφεί ως σπάνια επιπλοκή η μετακίνηση του σπονδύλου κατά τη διάρκεια χειρουργικών χειρισμών και η τρώση της αορτής ή της κάτω κοιλίας φλέβας. Η επιπλοκή αυτή χαρακτηρίζεται από υψηλή θνητότητα (ως και 100% των αναφερθέντων περιστατικών).

Αφύπνιση: πρέπει να γίνεται σε ύπτια θέση. Η μετακίνηση των ασθενών στην ύπτια θέση πρέπει να γίνεται με την ίδια προσοχή, ιδιαίτερα αν η επέμβαση αφορούσε την αυχενική μοίρα. Οι ασθενείς που χειρουργήθηκαν για πάθηση της αυχενικής μοίρας, μπορεί να παρουσιάσουν διαταραχές αναπνοής λόγω οίδηματος ή κάκωσης του νωτιαίου μυελού.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Cucchiara R, Michenfelder J: Clinical Neuroanesthesia N.Y., Churchill Livingstone, 1990
2. Gravenstein V: Manual of Complications during Anesthesia, Lippincott 1991
3. Grundy B: Monitoring the Brain and Spinal Cord in the Operating Room, Annual Refresher Course Lectures, 1991; p. 1-7
4. Ewal B, Calder I: Intraoperative death During Lumbar Discectomy, Br. J. Anaesth, 1991; 66: 721-723
5. Sperry R, Stirt V, Stone D: Manual of Neuroanesthesia, B.C. Decker, 1989