

Rezumat

Patologia obstructivă a tractului urinar superior reprezintă circa 20-40% dintre urgențele urologice. Obstrucția poate fi înlăturată prin metode conservatoare (preparate antiseptice, antiinflamatoare, lithochinetice), prin cateterizare ureterală și/sau renală, iar, în ultimă instanță, prin intervenție chirurgicală. Nefrostomia percutană este o derivație urinară înaltă, foarte eficientă, minim invazivă și cu o rată mare de succes. Experiența proprie în aplicarea nefrostomiilor percutane este relativ mică (19 cazuri), acumulată în decursul unui an, dar permite a concluziona că, datorită ratei reduse de morbiditate și simplității în efectuare, ea s-a impus categoric în fața nefrostomiilor clasice, deschise.

Summary

Obstructive pathology of the superior urinary tract makes up from 20 to 40 % of the urological emergencies. Obstruction can be relieved using conservative treatment (spasmolytics, non-steroid anti-inflammatory drugs, lithokinetics), ureteral or renal catheterization and, finally, through the surgical intervention. Percutaneous nephrostomy is a minimally invasive derivation of the superior urinary tract, assuring high efficiency and success in obstruction of the superior urinary tract. Our experience in application of the percutaneous nephrostomies is limited to 19 cases, performed during one year. Yet even this small experience demonstrates superiority of the percutaneous nephrostomies over the conventional open nephrostomies.

PARTICULARITĂȚI CLINICO-EVOLUTIVE ȘI TERAPEUTICE ÎN EPILEPSIA MIOCLONICĂ SEVERĂ

Diana Coropceanu, medic neurolog, Centrul Național Științifico-Practic
de Medicină Urgentă

Epilepsia mioclonică severă (sindromul Dravet) debutează între 3-10 luni de viață la sugarii anterior normali și se manifestă prin crize clonice, unilaterale sau generalizate, de lungă durată, uneori însoțite de cianoză, cu stare de rău epileptic, cu hemiplegie postcritică de câteva ore, rar cu mioclonii masive cu vârfuri-undă, generalizate pe EEG. Survin periodic în ambianță febrilă la sugarii normali, uneori sunt favorizate de vaccinarea cu antipertussis, crizele se repetă în continuare, aproximativ lunar, spontan sau cu ocazia unei stări febrile moderate. Sunt frecvent unilaterale, alternând de la un hemicorp la altul. În acest stadiu al bolii EEG este normală.

Miocloniile masive și mai rar segmentare, matinale și absențele nu apar decât în anii 2-3 de viață. Se pot prelungi în stare de rău convulsiv, în special din cauza episoadelor febrile, chiar după vârsta de 10 ani. Primele anomalii EEG apar la 2-3 ani, sub formă de vârfuri-undă, generalizate spontan, activate de somn și de stimulare luminoasă intermitentă. În această entitate, stimularea luminoasă intermitentă este metoda cea mai precoce activantă. Pe parcursul următorilor ani apar frecvent stări de rău mioclonic, ce pot dura mai multe ore, dar sunt, de obicei, sensibile la benzodiazepine. Unii copii devin fotosensibili clinic și uneori au loc crize când copilul este pus să fixeze figuri geometrice, planșe colorate.

Examenul neurologic, inițial normal, se deteriorează progresiv sau în cursul stărilor de rău convulsiv, asociindu-se cu ataxie și retard al limbajului, uneori cu sindrom piramidal. Stările de rău convulsiv par să lezeze creierul, CT-cerebrală este inițial normală, dar se poate evidenția o atrofie cerebrală severă după o stare de rău convulsiv prelungită. După mai mulți ani, frecvența crizelor și a miocloniilor diminuează.

În acest stadiu crizele sunt frecvent asimetrice, cu o componentă tonică. Ele survin în serie în aceeași zi și se asociază cu semne neurologice de deficit focal. EEG evidențiază frecvent și anomalii focale. La unii copii crizele încetează, alții au crize scurte, dar repetate, nocturne sau crize parțiale cu semiologie complexă. Unii copii decedază subit. Acest tip de epilepsie pare să aibă cel mai înalt risc de moarte subită, în special între 2-4 ani.

Tratamentul este neeficient. E important a evita utilizarea carbamazepinei și a vigabatrinei, care pot intensifica severitatea crizelor, cauzând mioclonii. Valproatul și benzodiazepinele, chiar și progabidul, par a fi cele mai active medicamente. În stadiile avansate ale maladiei poate fi eficientă fenitoina. Administrarea de diazepam intrarectal este recomandată în caz de febră sau în prezența oricărui semn premonitoriu de criză.

Pronosticul cognitiv, asemenea celui epileptologic, este nefavorabil pe termen lung.

Materiale și metode. A fost efectuat un studiu pe cazuistica Clinicii de neurologie și neurochirurgie a CNȘPMU pe parcursul anilor 2006-2007. Au fost 2 cazuri cu epilepsie mioclonică severă. S-au utilizat metodele: EEG computerizată de rutină, video EEG-monitoring, EEG în timpul somnului, CT, RMN.

Cazul I – fată născută de la prima sarcină, cu debut de toxicoză, infecție virală; prima naștere, la termenul de 40 de săptămâni, cu travaliul de aproximativ 12 ore. Masa corporală a copilului – 3000 gr, talia – 50 cm, circumferința craniului – 35 cm, circumferința toracelui – 34 cm. Scorul Apgar – 8/10.

Debutul crizelor convulsive – prima criză convulsivă apare la vârsta de un an, fiind de tip tonico-clonocă, generalizată pe fond de febră. La vârsta de 1 an și 3 luni, 1 an și 8 luni, 1 an și 11 luni, 2 ani și 1 lună debutează crize convulsive tonico-clonice generalizate. La vârsta de 2 ani apar crize atonice, absențe, în serie de 50-60 pe zi. La vârsta de 2 ani și 8 luni – absențe tipice, mioclonii ale pleoapelor, crize hipotonice. La 4-5 luni debutează crize fotogene, la 10 ani – crize polimorfe, la 15 ani – crize nocturne tonico-clonice generalizate.

Investigații electroencefalografice. Traseu dezorganizat. Unde epileptiforme, descărcări generalizate de unde-vârf, unde spike, unde vârf-unde lente în regiunile frontopolare, frontale, parietale, centrale pe dreapta cu generalizare în emisfera opusă. Focar epileptiform prezent în derivațiile frontale bilaterale. Activitatea paroxistică se determină în derivațiile frontale pe dreapta cu durata de 9, 16 s. La proba funcțională, la fotostimulare cu frecvența de 12-25 Hț se determină crize fotogene cu acces tip mioclonic, cu tendință de generalizare secundară.

TC – semne slab pronunțate de atrofie de scoarță, cavum septum pelucidum.

RMN – sistemul ventricular dimensional nealterat. Persistență de cavum septum pelucidum. Formațiunile mediene cu plasament în limitele normei.

În plan terapeutic s-a determinat administrarea diversă a antiepilepticilor pe parcursul anilor: fenobarbital, luminal, clonazepam, timonil retard, orfiril, diazepam, finlipsin, fenazepam, sixilep.

S-a înregistrat eficacitate cu diminuarea crizelor în urma administrării preparatelor combinate: valproatul de sodiu cu lamotrigină.

Cazul II – băiat născut la a doua sarcină, a doua naștere, la termenul de 40 de săptămâni, cu travaliul aproximativ de 5 ore. Masa corporală la nașterea copilului era de 3200 g, talia – 50 cm, circumferința craniului – 35 cm, circumferința toracelui – 34 cm. Cordonul ombilical rotit o dată în jurul gâtului. Scorul Apgar – 8/9.

Debutul crizelor convulsive:

Prima criză convulsivă tip tonico-clonică generalizată se dezvoltă pe fond febril la vârsta de 9 luni. La 1 an și 6 luni apare criza tonico-clonică generalizată. La vârsta de 2 ani și 2 luni se manifestă crize parțiale simple tip motorii, cu generalizare secundară, cu frecvența de 3-4 ori pe zi. La 2 ani și 3 luni apar crize mioclonice ale capului, absențe tipice, absențe mioclonice. La vârsta de 3 ani și 1 lună se dezvoltă status epileptic, cu crize tonico-clonice generalizate, după care se instalează crize cu frecvența de o dată pe săptămână. La fiecare supraîncărcare survin absențe tipice, urmate de crize parțiale simple tip motorii.

Investigații electroencefalografice. Modificări exprimate ale bioelectricității creierului. Activitatea electrică de bază lipsește. Pe traseu difuz se înregistrează ritm teta. Diferența interzonală ștersă. În regiunea frontală bilateral – complexe tipice de pic val lent, izolate cu generalizare secundară la hiperventilare. TC – fără patologie. RMN – fără modificări patologice ale semnificației RM în structurile cerebrale. Sistemul ventricular dimensional nealterat. Formațiunile mediene cu plasament în limitele normalului.

În plan terapeutic s-a determinat administrarea diversă a antiepilepticilor pe parcursul anilor cu finlipsisin, fenazepam, clonazepam, orfiril long, diazepam. Actualmente urmează tratament cu valproat de natriu, lamotrigină.

Concluzii

Epilepsia mioclonică severă reprezintă o problemă majoră de sănătate cu risc crescut de complicații severe. Diagnosticul se efectuează în baza examenului electroencefalografic, a monitorizării video a crizelor convulsive și a examenului genetic. Pentru jugularea accesului convulsiv preparatul de elecție este diazepamul și administrarea zilnică a preparatelor antiepileptice combinate.

Bibliografie selectivă

1. Popescu V., *Neorologie pediatrică*, Teora, 2001.
2. Popescu V., *Epilepsia la copii*, Editura „Medicina”, București, 1989.
3. Зенков Л., *Современное лечение эпилепсии*, Москва, 2003.
4. Stanislav Groppa, Diana Coropceanu, *Sindroamele epileptice*, Chișinău, 2005.

Rezumat

În lucrare sunt prezentate datele clinice, electroencefalografice și strategiile terapeutice a doi copii cu epilepsie mioclonică severă. Au fost studiate manifestările clinice și electroencefalografice la utilizarea diverselor medicamente antiepileptice. S-au evidențiat manifestările clinice principale, care pot fi folosite ulterior de medici pentru diagnosticul diferențiat și indicarea tratamentului rațional oportun.

Summary

In the artical are present data from the clinical, electroencefalografical charts and therapeutical strategies of two children with severe mioclonic epilepsy. It was study clinical and electroencefalografical signs to diversity use of antiepileptic drugs. There are suggested the key points in clinical manifestation which should be used by doctors concerning the differential diagnosis and treatment opportunities working with these patients.

ANESTEZIA COMBINATĂ SPINALĂ PERIDURALĂ ÎN TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL URGENTELOR TRAUMATOLOGICE

Diana Boleac, dr.în medicină¹, **Serghei Șandru**, dr.în medicină, conf.univ.²,
Serghei Cobîlețchi, dr. în medicină¹, Centrul Național Științifico-Practic de Medicină Urgentă¹, USMF „Nicolae Testemițanu”²

Scopul anesteziei la pacienții de toate vârstele este hipnoza, mioplegia, stabilitatea neurovegetativă, analgezia postoperatorie deplină sau optimă.

Hipnoza sau somnul anestezic poate fi obținută prin utilizarea anestezicelor intravenoase, inhalatorii sau prin combinarea lor. Dozarea anestezicului presupune o concentrație optimă în structurile SNC, ținând cont de proprietățile farmacocinetice și farmacodinamice ale preparatului utilizat.

Stabilitatea neurovegetativă poate fi obținută prin:

- bloc neuroaxial central sau periferic;
- opioizi;
- concentrații majore de anestezice intravenoase sau inhalatorii.

Reacțiile fiziologice pot fi:

- somatice (contractia musculaturii scheletice ca răspuns la intervenția chirurgicală);
- viscerele, (contractia esofagului, reflexe respiratorii);
- autonome, hemodinamice sau vasomotorii;
- neuroendocrine, schimbări hormonale drept rezultat al activării sistemelor hipofizar și suprarenal.