

VARIA

ANESTEZIA GRAVIDEI CU MALFORMAȚIA ARNOLD-CHIARI

Victor Cojocaru – prof. univ., dr. hab. șt. med., șef catedră,

Anatolie Cotelnic – conf. univ., dr. în șt. med.,

Adriana Zmeu – medic rezident,

Olga Oriol – medic rezident,

Ilie Bragarenco – medic rezident,

IP USMF „Nicolae Testemițanu” Catedra Anesteziologie și Reanimatologie Nr.2

Tf.-078996355, *emil:adriana11.05@mail.ru*

Rezumat

Malformația Arnold-Chiari este o tulburare neurologică gravă ca consecință partea de jos a creierului coboară prin gaura mare occipitală, crește presiune la nivelul creierului și coloanei vertebrale, cauzând multe simptome.

Cuvinte-cheie: malformația Arnold-Chiari, anesteza epidurală, TIVA, decompresia chirurgicală, sarcină, naștere, LCR, insuficiența istmico-cervical, operație cezariană

Summary. Anesthesia of a pregnant woman with Arnold-Chiari malformation

Chiari Malformation (Arnold-Chiari) – is a serious neurological disorder where the bottom part of the brain, the cerebellum, descends out of the skull and crowds the spinal cord, putting pressure on both the brain and spine causing many symptoms. Some people have large herniations with no symptoms; while others have small herniations with severe symptoms. Signature symptom is a severe headache in the back of the head brought on by straining, coughing etc. Symptoms are due to compression of brain and spinal tissue, disruption of the natural flow cerebrospinal fluid, and increased pressure in the brain.

Key words: Chiari Malformation (Arnold-Chiari), rahidiana anesthesia, TIVA, pregnancy, childbirth, LCR, cervical insufficiency-istmico, caesarean

Резюме. Анестезия беременных женщин с аномалией Арнольд-Киари

Аномалия Арнольд-Киари – редкая врожденная патология, описанная в 1891 году профессором патологии Н. Chiari, характеризующаяся опущением миндалин мозжечка и продолговатого мозга через большое затылочное отверстие, которое может вызвать вестибуло-мозжечковые, бульбарные и двигательные нарушения.

Ключевые слова: аномалия Арнольд-Киари, декомпрессии хирургии, беременности, родах, ликвора, кесарева сечения

Introducere

Malformația Arnold-Chiari este o patologie rară congenitală, caracterizată prin prolabarea amigdalelor cerebeloase și măduva spinării prin gaura mare occipitală, care ar putea provoca schimbări vestibulo-cerebeloase, bulbare, tulburări motorii [1,5], *fig. 1*.

Patologul austriac la sfârșitul sec. al 19-lea a descris așa-numitele malformații Chiari I, II și III. Mai târziu alți cercetători au adăugat la clasificare malformația Chiari IV. Clasamentul descrie gravitatea afecțiunii, cea mai gravă formă fiind IV, tipurile III și IV sunt foarte rare [2].

• Tipul I – este cel mai frecvent, de obicei, asimptomatic în copilărie, dar poate fi însoțit de dureri de cap și simptome cerebeloase.

• Tipul II – este însoțit de mielomeningocel lombar și determină apariția paraliziei parțiale sau totale

sub defectul spinal. Față de tipul I această formă se acompaniază de dizlocarea vermixului cerebelos și ale trunchiului cerebral (acestea vor hernia și ele prin foramen magnum).

• Tipul III – Provoacă simptome neurologice severe. Este asociat de encefalocel occipital.

• Tipul IV – Caracterizat prin lipsa dezvoltării cerebelului, de obicei incompatibil cu viața.

De obicei sarcina nu are nici un efect asupra bolii, dar în timpul efectuării manevrei Valsalva în perioada de dilatare, se poate deteriora în mod semnificativ simtomatologia neurologică, până la pierderea conștienței [1,3].

Deoarece boala în sine nu afectează cursul sarcinii și al nașterii, diagnosticul se bazează pe neuroimagingul metoda de preferință RMN [2].

Tratamentul malformației este adesea simptoma-

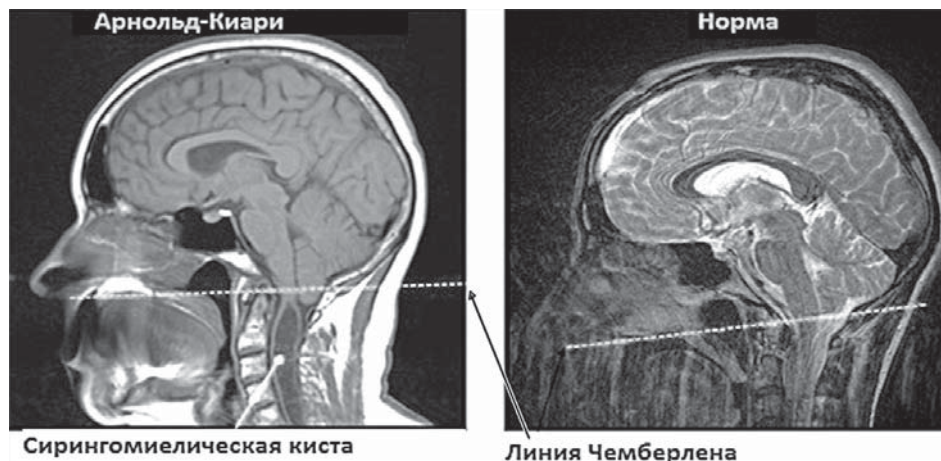


Fig. 1. Autorul – online-diagnos.ru/illness/d/anomaliya-arnolda-kiari

tic conservator. În hidrocefalia severă poate necesita decomprimare chirurgicală sau impunerea şunturilor [4].

Calmarea durerii în timpul travaliului: pentru această categorie de femei, trebuie să fie exclusă perioada de expulzie prin diverse metode. Cel mai binevenit este indicată sedarea intravenoasă. Anestezia epidurală poate fi efectuată numai după decompresia chirurgicală [2,5]. În cazul efectuării anesteziei epidurale, fără decomprimare prealabilă, poate agrava semnificativ simptomatologia bolii și există riscul hernierii a structurilor prin foramen magnum cu rezultat nefavorabil [2]. Anestezie pentru operația cezariană: TIVA cea mai favorabilă. Anestezia loco-regională este posibilă numai după decompresia chirurgicală, din cauza riscului ridicării presiunii și hernierea structurilor în foramen magnum [1,3,5].

Scopul lucrării: de a studia manifestările clinice, evaluarea riscului preanestezic și metodele optime de anestezie la parturientele cu malformația Arnold-Chiari.

Caz clinic

Pacienta cu vârsta de 38 de ani. Data internării 25.01.2017.

Diagnosticul la internare: Sarcină 37–38 săptămâni. Sarcina – 5, nașterea – 2, AOC (cezariană, în 2008, două avorturi medicamentoase). Insuficiență istmico-cervicală – cu suturarea colului uterin. Mioapie gravă. Anomalia Arnold-Chiari tip II cu afectarea circulației LCR la nivelul foramen magnum.

Boala s-a manifestat în timpul adolescenței cu dureri de cap și uneori o ușoară amorțeală a mâinilor. Nu s-a adresat la medic.

Prima sarcină în anul 1999 a decurs favorabil, cu dureri de cap rare, amețeli dimineața și „rău” în transport.

S-a permis nașterea fiziologică. În timpul perioadei de expulzie s-a efectuat anestezia epidurală. Nașterea a decurs fără complicații. Scorul Apgar la copil

8/8, fără anomalii congenitale. A doua zi după naștere, lăuza a dezvoltat mialgie insuportabilă în regiunea occipitală și paretală, greață, senzație de amorțeală în mâini. A fost diagnosticată cu durere de cap post-puncțională, a urmat tratament medicamentos eficient. A fost externată în a 5-a zi după naștere într-o stare satisfăcătoare, fără careva plângeri.

La 2 luni, după naștere din cauza stresului psiho-emoțional, alimentației insuficiente, pentru o perioadă de 6-7 zile, pacienta a pierdut cunoștința. A fost internată în Institutul de Neurologie și Neurochirurgie al Republicii Moldova.

Pe baza datelor RMN-ului a fost diagnosticat: Anomalie Arnold-Chiari tip II cu circulație defectuoasă LCR la nivelul foramen magnum.

Pacientei i-a fost indicat tratamentul conservator cu antidepressive și AINS, după care s-a remarcat o ameliorare a stării generale.

În 2008, a dat naștere celui de al doilea copil prin operația cezariană, anestezia – TIVA. În perioada postoperatorie pacienta a avut următoarele plângeri: mialgie insuportabilă, greață, vomă, amorțeala mâinilor.

În anul 2010, se repetă RMN: fig. 2,3.

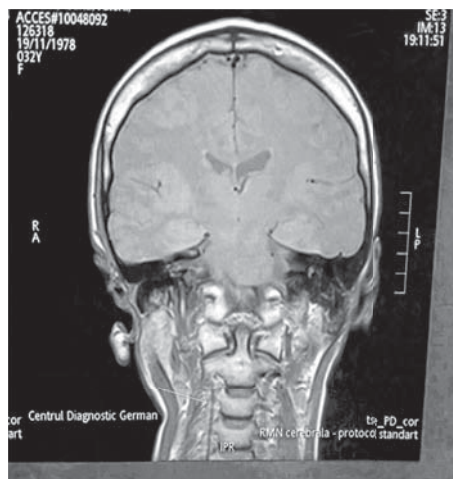


Fig. 2.

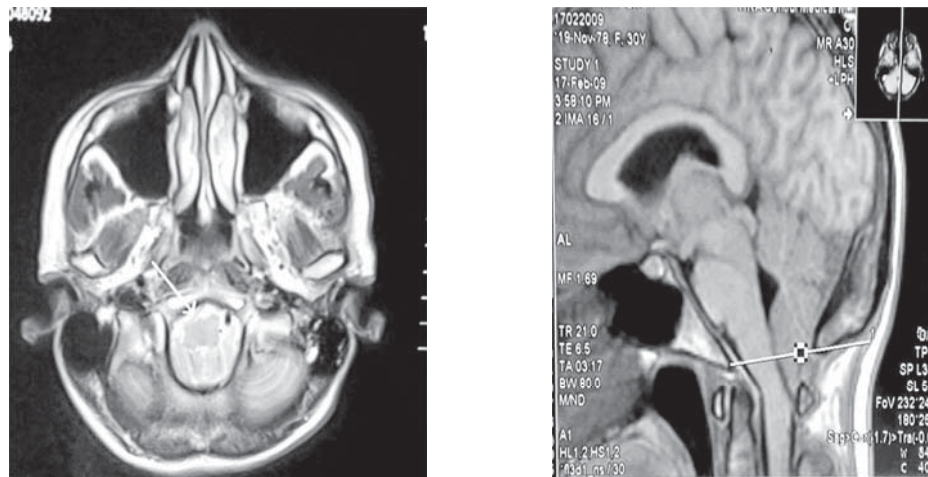


Fig. 3.

Descrierea. amigdalele sunt la 12 mm sub foramen magnum, și comprimarea joncțională a părții cervicale a coloanei vertebrale medulare fără semne de mielopatie la compresiune. Compresiunea ventriculului IV. Asimetria cornului anterior al ventriculelor laterale ale creierului (P-5 mm, 9 mm-A), fără a schimba circulația LCR. Semne de creșterea presiunii intracraniene este absentă. Asimetria diametrului arterelor vertebrale A > P în segmentele V4, V3, V2. Hiperostoză a bolții craniene.

Concluzie. Arnold-Chiari tip II. Asimetria diametrului arterelor vertebrale A > P în segmentele V4, V3, V2. Hiperostoză a bolții craniene. Asimetria cornului anterior al ventriculelor laterale ale creierului (P-5 mm, 9 mm-A), fără a schimba circulația lichidului cefalorahidian.

Se internează pe 25 decembrie la a treia sarcină. Având în vedere necesitatea de a evita perioada de expulzie, anomalia Arnold-Chiari tip II, insuficiența istmico-cervicală, miopie gravă 2, AOC cu cicatrici pe uter, finisarea sarcinii a fost indicată prin operație cezariană. După consultarea pacientei, anesteziologul a recomandat anestezia TIVA, de risc ASA III.

Înainte de inducție pe masa de operație, pacienta a fost poziționată în decubit lateral stâng 30° pentru prevenire SVC.

Hemodinamica stabilă: TA -115/80 mm Hg Ps 74 bătăi/min, Sa O₂ - 99-100%.

Premedicația intravenoasă: atropină, 0,5 mg; si-bazon 5 mg; – secvența de inducție rapidă care cuprinde tiopental natriu – 300 mg + 0,2 mg fentanil; mioplegia – ditilin – 100 mg; tub de intubație traheală № 7,5; fără dificultăți tehnice și pierderi. Modul de ventilație mecanică VC= 560 ml; FiO₂ – 50%. Peste 4 minute, se extrage un copilăș, stare satisfăcătoare, scorul Apgar 8/8. Anestezia – Menținerea: ketamin – 100 mg; fentanil - + 0,2 mg; mioplegie – trakrium 25 mg.

Parametrii hemodinamici stabili TA = 120-130

mm Hg; Ps 74-80 bătăi/min; Sa O₂= 99-100%; infuzie perioperatorie de 1000 ml: Sol. NaCl 0,9%, 500 ml dintr-o soluție 5% de Glucoză, 15 U de oxitocină.

Pierderea de sânge a fost de 800 ml. Durata operației 37 de minute. La detubare a fost respirație spontană adecvată, recuperarea tonusului muscular și a conștiinței. Perioada postoperatorie a decurs fără complicații.

Terapia de perfuzie, simptomatice (uterotonice, analgezice), terapia antitrombotică (Arikstra 2,5 mg), antibacteriană (ceftazidima 1gr. – 2 gr. ori pe zi). Stimularea motilității intestinale (Neostigmine 0,05% – 1 ml) a fost realizată. Parametrii de laborator în limite normale. Reclamații și simptome ale sistemului nervos, în perioada postoperatorie nu au fost. Pacienta a fost externată în ziua a 6-a după intervenția chirurgicală.

Concluzii

1. Anomalia Arnold-Chiari poate decurge sub masca diverselor patologii – mialgie, distonie asteno-vegetativă, gestoze precoce la femeile gravide.

2. Foarte important de diagnosticat la timp, anamneza completă pentru a identifica contraindicații la alegerea unei metode de anestezie.

3. Din cauza riscului crescut de progresie a simptomelor neurologice și apariția unor complicații severe în timpul nașterii fiziologice, precum și a anesteziei loco-regionale, este necesar consultarea și implicarea unui neurolog la alegerea metodei nașterii, precum și consultarea medicului anestezișt în timpul consultației primare la nivelul prespitalicesc.

Bibliografie

1. Авраменко Т.В., Шевченко А.А., Гордиенко И.Ю. Мальформация Арнольда-Киари. Пренатальные и клинические наблюдения. Вестник ВГМУ. 2014. Т. 13. № 2. С. 87-95.
2. Ramsis F. Ghaly, Kenneth D. Candido, Ruben Sauer, and Nebojsa Nick Knezevic. Anesthetic manage-

ment during Cesarean section in a woman with residual Arnold-Chiari malformation Type I, cervical kyphosis, and syringomyelia. *SurgNeurol Int.* 2012. № 3. P. 26. doi: 10.4103/2152-7806.92940.

3. Лобзин С.В., Юркина Е.А. Краниовертебральные аномалии: принципы систематизации, теории возникновения, клинические проявления (обзор литературы). *Вестник Северо-Западного ГМУ им. И.И. Мечникова.* 2014. Т. 6. № 4. 2014. С. 86-93.

4. Шифман Е.М., Куликов А.В., Лубнин А.Ю. Анестезия и интенсивная терапия у беременных с мальформацией Арнольда-Киари. Теория и практика анестезии и интенсивной терапии в акушерстве и гинекологии. Клинические рекомендации. Протоколы лечения. www.ARFpoint.ru ФЭМБ Минздрава РФ. М. 2015 С. 199-205.

5. Chiari Malformation: An Overview. 2012 C&S Patient Education Foundation.