

BLOCAJ REGIONAL CONTINUU AL PLEXULUI BRAHIAL PRIN ABORD AXILAR

R. Macovei*, I. Lascăr*, Cleopatra Pavel*

REZUMAT

Este prezentată experiența autorilor privind blocajul regional al plexului brahial în scopul intervențiilor de replantare de membru superior, replantare de degete și reconstrucția mâinii. Se arată avantajele: anestezia prelungită, risc redus la toxicitate, asigurarea analgeziei postoperatorii și a simpatectomiei.

Cuvinte cheie: anestezie locoregională, interreacții la nivelul membrului superior.

ABSTRACT

Regional continuous blocking of brachial plexus by axillary route

The authors expose their experience with regional blocking of brachial plexus related to surgical procedures of upper finger reinsertion and hand reconstruction. The advantages are: prolonged anesthesia, reduced risk of toxicity, assurance of postsurgery analgesia and sympatectomy.

Key words: locoregional anesthesia, surgery on the upper limb.

Considerații generale

Anestezia continuă a plexului brahial a fost descrisă încă din 1940, cu soluții ingenioase pentru plasarea și securizarea acului și cateterelor.

Patologia specifică Clinicii de Chirurgie Plastică și Reparatrice a Spitalului Clinic de Urgență (replantare de membru superior, intervenții de reconstrucție a mâinii), ne-a obligat să imaginăm și să punem în aplicare o metodă originală de asigurare a anesteziei axilare continue a plexului brahial. Scopul prezentării acestui articol este de a face cunoscută o experiență practică de anestezie într-un domeniu chirurgical cu o identitate bine stabilită. Am utilizat această tehnică în șase cazuri: două cazuri - replantare de membru superior, trei cazuri - replantare de degete și un caz - reconstrucție a mâinii.

Materiale

- Cateter venos periferic 16 G;
- Două truse Portex de anestezie peridurală;
 - ac Tuohy 18 G
 - cateter epidural 18 G
 - filtru epidural
- Dormicum - fiole a 5 mg;
- Marcaină (Bupivacaină) 0,5% - flacoane a 20 ml;
- Mialgin (Petidină) - fiole a 100 mg;
- Soluție Ringer, ser fiziologic, glucoză 5%

Tehnica

- abord venos periferic - 14 G;
- abducție a brațului drept la 90° și rotație externă;
- se pregătește regiunea axilară - epilare, aseptizare cu iod și izolare cu câmpuri sterile;
- se palpează artera axilară și menținând mâna pe loc pentru a avea reperul fixat (artera) se introduce

lent acul Tuohy, orientat cu bizoul lateral și proximal, până când străbate teaca mănunchiului vasculo-nervos axilar, acul pulsând odată cu pulsațiile arteriale. Perceperea paresteziilor de către pacient este utilă, dar nu este obligatorie pentru confirmarea plasării corecte a acului. Se introduce cateterul în teaca axilară pe o lungime de 3 - 5 cm. Folosind aceeași tehnică, se plasează un al doilea cateter, dar de data aceasta orientat lateral și distal.

- monitorizarea PA, AV, SpO₂, diureza, starea de conștiență;
- prima injecție după plasarea cateterelor - 10 ml Marcaină 0,5% + 10 mg Mialgin pe fiecare cateter. Între 10 - 20 minute de la injecție se constată bloc motor și senzitiv complet la nivelul antebrățului și jumătății distale a brațului;
- sedare conștientă prin administrarea intermitentă de Dormicum;

Discuții

- această tehnică a fost folosită în chirurgia plastică și reparatorie, mai ales în intervențiile chirurgicale reconstructive complexe;
- blocajul regional continuu a fost uneori completat (după 10 - 12 ore de la debutul intervenției) cu anestezie generală inhalatorie cu IOT, datorită lipsei de confort a pacienților. De menționat că, în momentul începerii anesteziei generale, pacienții nu acuzaau dureri la nivelul membrului superior respectiv, blocul motor și senzitiv fiind menținut complet pe tot parcursul intervenției;
- deși nu s-a găsit o standardizare a acestei tehnici în literatura de specialitate, considerăm că plasarea cateterului a fost corectă, asigurând analgezia pe tot parcursul intervenției chirurgicale și în postoperator;

*Dr. Radu Macovei, Dr. I. Lascăr, Dr. Cleopatra Pavel - Spitalul Clinic de Urgență București

- avantajele acestei tehnici adaptate constau în prelungirea anesteziei pe parcursul intervenției chirurgicale, scăderea riscului de toxicitate datorită utilizării progresive de doze scăzute, asigurarea analgeziei postoperatorii și a simpatectomiei.

- analgezia postoperatorie este asigurată pe aceeași cale de abord axilar;
- cateterele au fost îndepărtate la 48 - 72 ore postoperator, analgezia fiind asigurată în continuare per os;
- nu s-au înregistrat complicații (migrarea catetelor, hematoame, infecții sau leziuni nervoase).

Concluzii

- intervenția chirurgicală este de obicei de lungă durată (între 8 - 15 ore);
- pe parcursul intervențiilor chirurgicale au fost administrate, în medie:
 - Marcaină 0,5% - 300 mg;
 - Mialgin - 150 mg;
 - Dormicum - 30 mg.
- anestezia generală inhalatorie cu IOT folosită pe timp scurt (2 - 3 ore) spre sfârșitul intervenției chirurgicale datorită discomfortului bolnavului (poziție incomodă pe masa de operație) a necesitat administrarea în:
 - inducție: Fentanyl 0,2 mg, Nesdonal 200 - 400 mg, Succinylcholina 100 mg;
 - menținere: Isofluran 0,4 - 0,8%

BIBLIOGRAFIE

1. Casati A., Leoni A., Aldegheri G., Berti M.: A double-blind study of axillary brachial plexus block by 0,75% ropivacaine or 2% mepivacaine, *Eur. J. Anaesthesiol*, 1988, Sep. 15
2. Collins V.J.: Principles of anestehsiology, 1993, pg. 1366 - 1385
3. Gaumann D.M.: Continuous axillary block for postoperative pain management, 1988, pag. 13 - 77
4. Lanz E.: The extent of blockade following various techniques of brahial plexus block, 1983, pag. 55 - 62
5. Miller R.D.: Anesthesia, 1994, pag. 1535 - 1543
6. Tindinwebwa JVB: Axillary Brachial Plexus Block, *Update Anaesthesia*, 1995
7. Winnie AP: Pharmacokinetics of local anesthetics during plexus block, 1977, pag. 56 - 852

CONCEPTELE FUNDAMENTALE ALE PSIHANALIZEI

J.-D. NASIO, Editura IRI, 1999

După cum apreciază într-o densă și documentată prefață, dl. dr. Leonard Gavrilu, cartea "un best seller francez, de o simplitate didactică pe care numai aprofundarea autentică a conceptelor o face posibilă, nu este nicidecum o operă de vulgarizare, ci una de explicitare minuțioasă". Fără a evita prezentarea - în context - a noțiunilor de libido, refulare, transfer, Eu, simbol oniric, complexul lui Oedip, complexul patern ș.a., autorul expune sistematic "șapte dintre cele mai controversate concepte-cheie" psihanalitice: complexul castrării, simbolul falic, narcisismul, sublimarea, identificarea, Supraeul și forcluzia, concepte de "o maximă complexitate", ce pot părea "neinteligibile la o abordare expeditivă, de suprafață". Astfel încât, cartea devine "utilă nu numai specialiștilor în psihanaliză, ci și cititorilor de toate categoriile, interesați de destinul operei lui Freud". Referindu-se la profesiunea sa, pe care o ilustrează ca medic psihoterapeut și autentic scriitor, J.-D. Nasio mărturisea, anul acesta, în lucrarea "Plăcerea de a-l citi pe Freud", că psihanaliza nu progresează la fel cu alte discipline științifice și sociale, ci "se ocupă de lucruri simple, foarte simple, care sunt totodată și nemărginit de complexe". Profesiunea sa de credință, pusă în fruntea volumului, justifică și alcătuirea acestuia: "Fundamentele psihanalizei, pe care ni le-au transmis maeștrii noștri, nu vor fi ale noastre decât cu condiția de a le cuceri noi înșine". De aceea, expunerea fiecăruia dintre cele șapte capitole ale cărții este urmată de extrase ilustrative din operele lui Sigmund Freud și Jacques Lacan și de o bibliografie selectivă, în încercarea de a găsi răspunsuri adecvate la propria, tripla sa întrebare: Care este rațiunea existenței fiecărui concept psihanalitic? Care este în planul teoretic miza ce-i face necesară existența? Cărei probleme îi este el soluția? Iar, după cum remarca, într-o scurtă prezentare, distinsa sa colaboratoare, Liliana Zolty, cititorul cărții va beneficia de explicitarea metapsihologică a psihanalizei" și "va fi sensibil la dimensiunea clinică a textelor propuse aici". Ca și, am adăuga, la frumoasa traducere semnată Michaela-Brândușa Malcinschi.

Dr. Valeriu Mihăilă