

Η εμπειρία μας από τη χρήση της αναίμακτης εγκεφαλικής οξυμετρίας ως monitoring της εγκεφαλικής λειτουργίας σε επεμβάσεις ανοικτής ενδαρτηρεκτομής καρωτίδας. Αρχική καταγραφή περιστατικών.

Σπανόπουλος Κωνσταντίνος, Παπαγιαννοπούλου Οφθλία, Ζωγραφίδου Πολυξένη, Πίνας Δημήτριος, Σφηάκης Δημήτριος, Κουσιδής Ιωάννης, Γκουτζιομήτρου Ευαγγελία.
Αναισθησιολογικό τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης <<Παπαγεωργίου>>.

Σκοπός της μελέτης αυτής ήταν η καταγραφή (ανά 3min) και η αξιολόγηση στη συνέχεια των μεταβολών της εγκεφαλικής οξυμετρίας (rScO₂) και της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) κατά τη διάρκεια μιας ανοικτής ενδαρτηρεκτομής της έσω καρωτίδας, σε ασθενείς που υποβλήθηκαν στην επέμβαση αυτή λόγω στένωσης του αγγείου. Στη συνέχεια έγινε μια προσπάθεια καταγραφής των πιθανών επιπλοκών από τον εγκέφαλο, οι οποίες βιβλιογραφικά σχετίζονται με τη διεγχειρητική πτώση της rScO₂.

Υλικό και μέθοδος: Κατά την τελευταία πενταετία αντιμετωπίσαμε χειρουργικά με ανοικτή ενδαρτηρεκτομή 51 περιπτώσεις ασθενών με στένωση της έσω καρωτίδας, υπό γενική αναισθησία. Από αυτούς, οι 11 (20%) αντιμετωπίστηκαν με τη μέθοδο της ανάστροφης ενδαρτηρεκτομής και οι υπόλοιποι 40 (80%) με ενδαρτηρεκτομή και στη συνέχεια με σύγκλιση κάνοντας χρήση εμβάλωματος βόιου περικαρδίου. Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν κατά τη διάρκεια της επέμβασης σε παροδικό αποκλεισμό (clumping) της κοινής, της έσω και έξω καρωτίδας.

Για τους σκοπούς της μελέτης μας εδώ καταγράψαμε και στη συνέχεια αξιολογήσαμε 18 από τους 51 προαναφερθέντες ασθενείς. Αυτοί κατά την είσοδο τους στο χειρουργείο ετέθησαν εξαρχής σε monitoring που περιελάμβανε ΗΚΓ, παλμική οξυμετρία (spO₂), εγκεφαλική οξυμετρία (rScO₂) και άμεση μέτρηση της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) με καθετηριασμό της κερκιδικής αρτηρίας.

Στη συνέχεια έλαβαν γενική αναισθησία με τη χρήση 2mg/kg προποφόλης, 1mg/kg ροκουρονίου και 4μgr/kg φεντανύλης για την εισαγωγή. Ακολούθως έλαβαν δεσφλουράνιο και στάγδην (iv) ρεμιφεντανύλη για τη διατήρηση της αναισθησίας, με στόχο μια διεγχειρητική συστολική ΑΠ (ΣΑΠ) που να κυμαίνεται μεταξύ 120-150 mmHg. Στις περιπτώσεις που η ΣΑΠ υπερέβαινε το όριο των 160mmHg χορηγούσαμε bolus (iv) 1-2μgr/kg κλονιδίνης και αυξάναμε το ρυθμό έγχυσης της ρεμιφεντανύλης ενώ σε ενδεχόμενη πτώση της ΣΑΠ σε επίπεδα χαμηλότερα από 110mmHg χορηγούσαμε στάγδην (iv) νοραδρεναλίνη.

Όλοι οι ασθενείς μας υποβλήθηκαν σε έναν παροδικό διεγχειρητικό αποκλεισμό (clumping) της κοινής, της έσω και της έξω καρωτίδας, που διήρκεσε κατά μέσο όρο 34±7 min.

:



Αποτελέσματα-συμπεράσματα:

Σε κανέναν από τους ασθενείς μας δεν παρουσιάστηκε εγκεφαλική βλάβη, παρά το γεγονός ότι οι τιμές της (rScO₂) κατά τη διάρκεια του αποκλεισμού ήταν από 5% έως 37% χαμηλότερες σε σχέση με την τελευταία καταγεγραμμένη τιμή, πριν από τον αποκλεισμό της καρωτίδας. Η ελάττωση της rScO₂ παρατηρήθηκε κυρίως ή αποκλειστικά στο σύστοιχο με τον αποκλεισμό εγκεφαλικό ημισφαίριο και βελτιώνονταν (αυξάνονταν) με την αύξηση της ΑΠ, μετά από στάγδην χορήγηση (iv) νοραδρεναλίνης.