

Παραπληγία μετά από ραχιαία αναισθησία: Παρουσίαση περιστατικού

Φωτίου Δημήτριος¹, Παπάζογλου Δήμητρα¹, Πασσιάτα Κατερίνα¹, Κοτσόβολης Γεώργιος²

¹ Ειδικευόμενος αναισθησιολογίας, 424 ΓΣΝΕ

² Επιμελητής αναισθησιολογίας, 424 ΓΣΝΕ

Εισαγωγή - Σκοπός

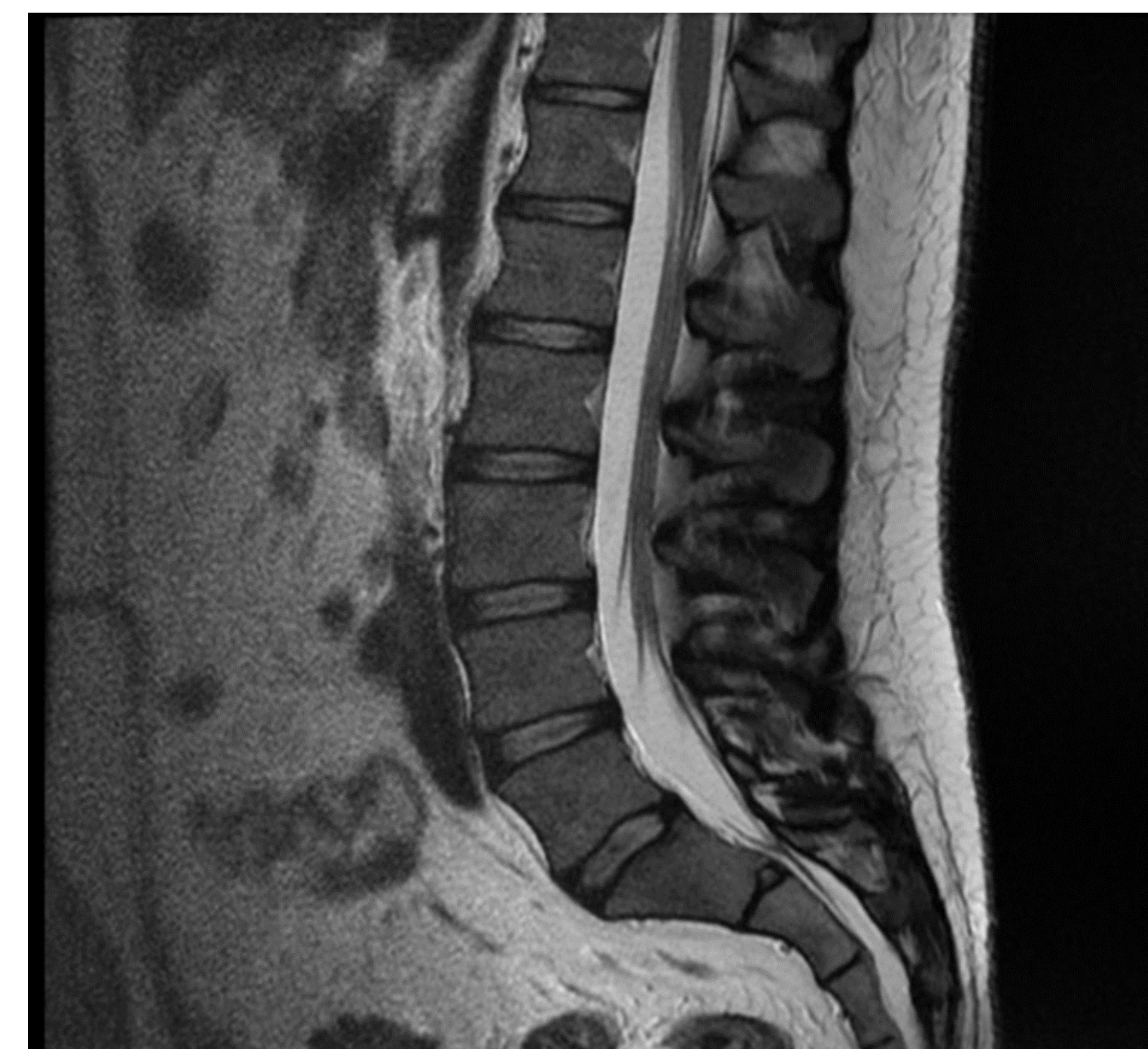
Η εμφάνιση νευρολογικών συμπτωμάτων μετά από ραχιαία αναισθησία, αν και σπάνια, αποτελεί πρωτίστως αναισθησιολογική επιπλοκή. Η διαφορική διάγνωση πρέπει να περιλαμβάνει το επισκληρίδιο αιμάτωμα, λοίμωξη- απόστημα, σύνδρομο παροδικών νευρολογικών συμπτωμάτων (TNS), άμεσο τραύμα από την βελόνα ή την ενδομυελική έγχυση φαρμάκου και ισχαιμία. Όλες οι παραπάνω καταστάσεις πρέπει να αναγνωριστούν άμεσα και να αντιμετωπιστούν κατάλληλα ώστε να αποφευχθεί μόνιμη νευρολογική βλάβη.

Παρουσίαση περιστατικού

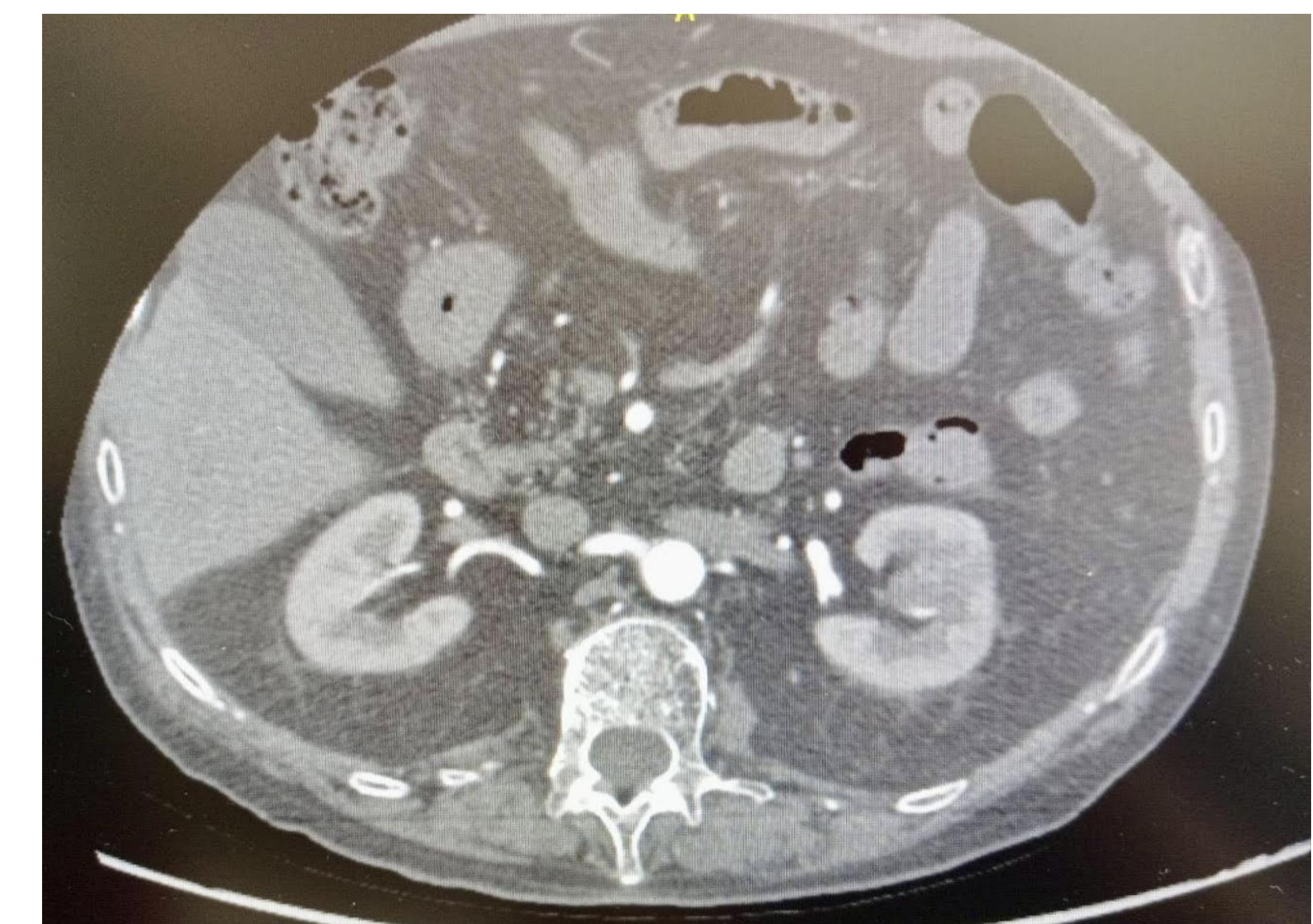
Άρρεν ασθενής 73 ετών, ASA 3, εισήχθη προγραμματισμένα για αποκατάσταση περιεδρικού συριγγίου υπό ραχιαία αναισθησία. Από το ιστορικό αναφέρεται κολπική μαρμαρυγή υπό ριναγοxaban, το οποίο διεκόπη για 4 ημέρες χωρίς θεραπεία γεφύρωσης. Λόγω ιστορικού σοβαρού μετεγχειρητικού ντελίριου, η επέμβαση πραγματοποιήθηκε υπό ραχιαία αναισθησία (saddle block) με διάλυμα υπερβαρικής ροπιβακαΐνης, σε θέση λιθοτομής και ο ασθενής εξήλθε 4 ώρες μετά, έχοντας ανανήψει πλήρως. Εντός εξώρου από την επέμβαση ο ασθενής έλαβε κανονικά ριναγοxaban, παρά τις ιατρικές οδηγίες, και 2 ώρες αργότερα εμφάνισε οξύ πόνο στην οσφύ και παραπληγία οπότε προσεκομίσθη στο ΤΕΠ. Η αρχική κλινική εξέταση ανέδειξε πλήρη απώλεια κινητικότητας και αισθητικότητας κάτω άκρων, τα οποία ήταν ψυχρά και ωχρά, με ψηλαφητές περιφερικές σφύξεις. Η αξονική τομογραφία δεν ανέδειξε παθολογικά ευρήματα από την σπονδυλική στήλη και τον νωτιαίο μυελό, ενώ διενεργήθηκε μαγνητική τομογραφία για πιθανό επισκληρίδιο αιμάτωμα, το οποίο και αποκλείστηκε. Ο ασθενής εμφάνιζε διακύμανση των νευρολογικών συμπτωμάτων ανάλογα με τη στάση του σώματος, οπότε πραγματοποιήθηκε νευρολογική και αγγειοχειρουργική εκτίμηση. Η αξονική αγγειογραφία κάτω άκρων κατέδειξε σύνδρομο Leriche και η αγγειογραφία κοιλίας οξεία απόφραξη κοιλιακής αορτής από το επίπεδο κάτωθεν των νεφρικών αρτηριών και μέχρι τις λαγόνιες. Τελικώς ο ασθενής εισήχθη εκτάκτως για ανοιχτό χειρουργείο κοιλιακής αορτής, διακομίσθηκε στη ΜΕΘ όπου και κατέληξε την επόμενη ημέρα λόγω πολυοργανικής ανεπάρκειας.

Συζήτηση

Το περιστατικό που παρουσιάζεται καταδεικνύει τόσο τη δυσκολία στη διαχείριση ασθενών υπό αντιπηκτική αγωγή όσο και την πολύπλοκη διαφορική διάγνωση των νευρολογικών συμπτωμάτων μετά από ραχιαία αναισθησία. Το ριναγοxaban διεκόπη για διάστημα μεγαλύτερο από αυτό που προτείνουν οι κατευθυντήριες οδηγίες (72 ώρες), ενώ ο ασθενής επανήλθε στην αγωγή του 6 ώρες μετεγχειρητικά, θέτοντας σημαντική κλινική υποψία για επισκληρίδιο αιμάτωμα. Η ιδιαίτερη κλινική εικόνα, η συμμετοχή πολλών ειδικοτήτων και ο χρόνος για τη διενέργεια πολλαπλών απεικονιστικών εξετάσεων, σε συνδυασμό με την βαρύτητα της πάθησης, έπαιξαν καθοριστικό ρόλο στην αρνητική έκβαση. Η οξεία απόφραξη κοιλιακής αορτής αποτελεί μια εξαιρετικά επείγουσα κατάσταση με μεγάλη θνητότητα που απαιτεί άμεση διάγνωση και χειρουργική αντιμετώπιση εντός 6 ωρών.



Εικόνα 1: Η φυσιολογική MT ΟΜΣΣ του ασθενούς



Εικόνα 2: Η Αξονική Αγγειογραφία του ασθενούς

Συμπεράσματα

Η διαχείριση της αντιπηκτικής αγωγής απαιτεί πολύπλευρη προσέγγιση και συνεργασία των ιατρικών ειδικοτήτων, στάθμιση του κινδύνου μεταξύ θρόμβωσης και αιμορραγίας, πάντα με γνώμονα τις σύγχρονες κατευθυντήριες οδηγίες. Είναι απαραίτητη η επαγρύπνηση και ταχεία αξιολόγηση κάθε φορά που εμφανίζονται νευρολογικά συμπτώματα μετά από περιοχική αναισθησία, καθώς η έγκαιρη και ορθή διάγνωση και αντιμετώπιση αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες για την επιτυχή έκβαση.