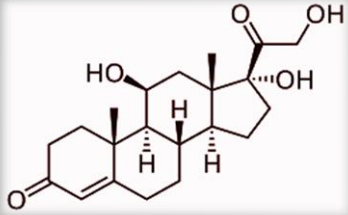
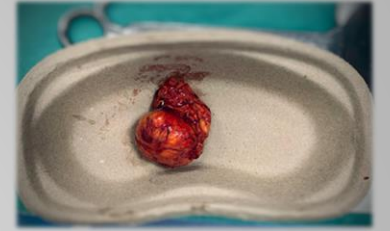


# ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ CUSHING ΠΡΟΣ ΑΝΟΙΧΤΗ ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΕΚΤΟΜΗ



Μητσόπουλος Μ., Τολιοπούλου Αικ., Παπαδοπούλου Αν., Λαζαρίδης Θ., Βαξεβανίδου Αρχ.  
Αναισθησιολογικό τμήμα Γ.Ν.Θ. Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ



## ΣΚΟΠΟΣ

Η παρουσίαση της αναισθησιολογικής διαχείρισης ασθενούς με σύνδρομο Cushing που προέβη σε ανοιχτή επινεφριδεκτομή.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το σύνδρομο Cushing που προκύπτει από την ενδογενή παραγωγή κορτιζόλης, αποτελεί μια εξαιρετικά σπάνια παθογενετική κατάσταση με επιδράσεις σε πολλαπλά συστήματα του οργανισμού. Η αναισθησιολογική διαχείριση αυτών των ασθενών απαιτεί σχολαστικότητα και εγρήγορση, καθώς σπανίως συναντώνται στη χειρουργική αίθουσα.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η αναισθησιολογική διαχείριση ασθενών με σύνδρομο Cushing είναι ιδιαίτερως σύνθετη λόγω της ιδιαιτερότητας των ασθενών αυτών σε όλους τους τομείς παρέμβασης. Οι συστάσεις αφορούν κυρίως τη χορήγηση υδροκορτιζόνης προ-, κατά και μετά το χειρουργείο, τον υπολογισμό των μονάδων ινσουλίνης διεγχειρητικά για την αντιμετώπιση της υπεργλυκαιμίας καθώς και τη χορήγηση αντιεμετικών/ευκίνητικών φαρμάκων για την αποφυγή της εισρόφησης κατά τη διασωλήνωση.

Επιπλέον, η συχνά ανευρισκόμενη παχυσαρκία σ' αυτή την ομάδα ασθενών απαιτεί ενδελεχή αξιολόγηση του αεραγωγού και προσεκτική ρύθμιση του αερισμού διεγχειρητικά.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Domi R. Cushing's surgery: Role of the anesthesiologist. Indian J Endocrinol Metab. 2011 Oct;15 Suppl 4(Suppl4):S322-8. doi: 10.4103/2230-8210.86975. PMID: 22145135; PMCID: PMC3230103.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Ατομικό αναμνηστικό:** Θήλυ 62 ετών, σύνδρομο Cushing, αρτηριακή υπέρταση, αντικατάσταση αορτικής βαλβίδας υπό tab. ασενοκουμαρόλης, σύνδρομο υπνικής άπνοιας, δυσλιπιδαιμία, σακχαρώδης διαβήτης τύπου II υπό αγωγή με ινσουλίνη, υποθυρεοειδισμός και οστεοπενία.

**Διάγνωση συνδρόμου:** Απεικονιστικός και λειτουργικός έλεγχος επινεφριδίων. Ανεύρεση ευμεγέθους εξεργασία 5 εκ. δεξιού επινεφριδίου με ανομοιογενείς πυκνότητες και υπερέκκριση κορτιζόλης με χαμηλές τιμές ACTH.

**Αξιολόγηση αεραγωγού:** Mallampati II, ΘΠΑ <6 cm, "ύβος βουβάλου", πανσεληνοειδές προσωπίο.

**Προαναισθητικές παραγγελίες (το πρωί της επέμβασης):** 100 mg υδροκορτιζόνης σε στάγδην (iv) έγχυση και 10 mg μετοκλοπραμίδης (iv).

**Αναισθησιολογικό πλάνο:** Βασικό monitoring, a - line, επισκληρίδιος καθετήρας (Θ12-Ο1), ΚΦΚ, ρινογαστρικός σωλήνας, ουροκαθετήρας, BIS™ και INVOS™.

**Φαρμακολογική διαχείριση της αναισθησίας:** Εισαγωγή με προποφόλη, φαιντανύλη και ροκουρόνιο. Διατήρηση με προποφόλη και ρεμιφαιντανύλη σε συνεχή στάγδην έγχυση (TIVA). Κάλυψη αναλγησίας με δύο δόσεις ροπιβακαΐνης (37,5 mg έκαστη) μέσω του επισκληρίδιου καθετήρα (η πρώτη περιέχουσα επιπλέον 50 mg φαιντανύλης). Διεγχειρητική χορήγηση 100 mg υδροκορτιζόνης σε στάγδην έγχυση και 15 IU ινσουλίνης (sc).

**Αποτελέσματα:** Ευχερής διασωλήνωση με βιντεολαρυγγοσκόπιο, χωρίς συμβάματα. Διεγχειρητικά, ασθενής σταθερή, τόσο αιμοδυναμικά όσο και αναπνευστικά χωρίς αγγειοσυσπαστική υποστήριξη και ελάχιστη χορήγηση οπιοειδών (FNT 0,25 mg συνολικά). Ανεπίπλεκτη αποσωλήνωση της ασθενούς, με συνολικό αναισθησιολογικό χρόνο τις 5 ώρες.

**Μετεγχειρητική αναλγησία:** Αντλία επισκληρίδιου, περιέχουσα ροπιβακαΐνη 0,2% και μορφίνη. Τρεις συμπληρωματικές bolus εγχύσεις ροπιβακαΐνης 0,15% (8 cc, 10 cc και 12 cc αντίστοιχα) εντός του επόμενου 12ώρου. Συμπληρωματικά, σύσταση για συστηματική χορήγηση παρακεταμόλης.