

Infiltrațiile parietale pentru analgezie postoperatorie în chirurgia viscerală și obstetricală

În evoluția postoperatorie a bolnavilor operați în chirurgia generală, un rol important îl are analgezia postoperatorie, care trebuie să ofere bolnavilor un grad ridicat de confort. Prin controlul durerii de repaus și al celei la mobilizare, analgezia postoperatorie contribuie la o recuperare rapidă postoperatorie, scade durata de spitalizare, crește calitatea vieții și gradul de satisfacție al pacienților. Controlul durerii se obține însă de multe ori cu prețul unui consum crescut de opioide (fiind vorba de durerea severă care însoțește chirurgia majoră). Reducerea consumului de opioid se face prin diverse strategii perioperatorii (analgezie multimodală, analgezie preemptivă, etc.), în care analgezia locoregională are un loc bine definit. Dacă multă vreme discuția a rămas cantonată în zona analgeziei peridurale, în acest moment este bine definit în ghiduri și protocoale locul infiltrației parietale cu soluție de anestezic local în doze și concentrații analgetice. Montarea cateterului peridural și analgezia postoperatorie peridurală sunt grevate de o rată de complicații deloc neglijabile: malpoziție de cateter, probleme la injectare, efecte adverse (hipotensiune arterială, prurit, grad variabil de bloc motor, probleme de control sfincterian, etc), care ridică la 20-30% numărul bolnavilor care nu beneficiază de analgezie peridurală.

Infiltrația parietală(gest ce presupune injectarea anestezicului local în spațiul subcutan, musculoaponevrotic sau la nivel de seroasă- capsulă articulară sau peritoneală), asigură un bun control al durerii parietale, componentă importantă a chirurgiei abdominale. Viscerele abdominale au inervație vegetativă, iar durerea viscerală ajunge către releele spinale prin intermediul inervației vegetative a organului respectiv. La nivel spinal există proiecții la nivelul mai multor metamere, simultan cu integrarea informației care vine de la mecanoreceptorii parietali, ceea ce face ca durerea parietală intensă să evoce răspunsuri vegetative, aferente unor proiecții simultane, ceea ce lasă un loc speculațiilor că un bun control al durerii parietale, prin blocaj al influxurilor nociceptive prin infiltrație, ar putea aduce un plus de beneficiu prin reducerea intensității durerii viscerale.

Inervația peretelui abdominal este asigurată de nervii intercostali (de la T6- T12) și ramurile L1 și L2. Nervii intercostali traversează peretele abdominal prin fascia dintre mușchii transvers și oblic intern; ramuri perforante traversează fascia la nivel posterior și lateral și inervează peretele abdominal. Pe marginea laterală a mușchiului drept abdominal aceste ramuri perforază fascia și inervează porțiunea anterioară și mediană a peretelui abdominal.

Infiltrația parietală presupune administrarea de soluție de anestezic local la nivelul terminațiilor nervoase interesate de plaga operatorie sau la emergența filetelor nervoase care emit ramurile parietale. Această strategie poate permite derularea unui gest operator de mică amploare la nivelul peretelui abdominal, dar poate face parte și din strategia de „analgezie multimodală” sau „balansată”,concept care presupune optimizarea analgeziei postoperatorii la bolnav prin asocierea de tehnici și substanțe farmacologice menită să aducă un maximum de efect terapeutic cu reducerea reacțiilor adverse.

În utilizarea clasică a anestezicelor locale pentru realizarea blocurilor regionale și periferice, efectul terapeutic se obține prin blocarea transmiterii influxului nervos la nivelul terminațiilor nervoase. În cazul infiltrației parietale postoperatorii se obține un plus de efect terapeutic; anestezicul local reduce intensitatea reacției inflamatorii locale la nivelul cicatricii operatorii, cu reducerea fenomenelor de hiperalgezie, de hipersensibilizare periferică și, implicit,

a celor de neuroplasticitate la nivelul cornului posterior al măduvei spinării, cu reducerea hipersensibilizării centrale.

Există date clinice care ne indică faptul că, în cazul infiltrației parietale efectul terapeutic depășește pe cel indus de prezența anestezicului local în structurile tisulare respective. Astfel, în cazul chirurgiei dentare, infiltrarea locală cu bupivacaină asigură controlul durerii postoperatorii până la 48 de ore, în timp ce infiltrarea preoperatorie cu 3-5 ml bupivacaina a lojilor amigdalieni pentru amigalectomie, permite ameliorarea scorurilor de durere de reaps și la deglutiție până la ziua a 5 postoperator.

Tehnica dovedește efecte terapeutice benefice înafara celor enumerate mai sus; infiltrarea parietală a anestezicului local are și efect antiinflamator local și general. Pe lângă acestea, efectul vasodilatator reduce ischemia din microcirculația locală, element implicat în menținerea acuzelor dureroase.

Infiltrații parietale în chirurgia abdominală

- **Infiltrația simplă a plăgii operatorii:** se poate face înainte de debutul intervenției chirurgicale, prin infiltrarea liniei de incizie cu anestezic local(aspect folosit de rutină în multe clinici în intervenții neurochirurgicale) sau la sfârșitul intervenției, înainte de închiderea peretelui abdominal. Infiltrarea cu soluție de bupivacaină 0,125%...poate asigura un bun control al durerii parietale până la 8 ore în postoperator. Beneficiul este dovedit în infiltrarea cicatricii subcostale pentru colecistectomie. Injectarea injecție unică și-a dovedit eficacitatea în tiroidectomie, cura chirurgicală a herniei inghinale și ombilicale, în proctologie, la orificiile de trocar în celioscopie și în chirurgia ORL, în ortopedie și după operația cezariană.
- **Momentul efectuării manevrei, pre- sau postoperator-** nu pare să fie relevant. Nu am găsit date care să indice superioritatea manevrei efectuate preoperator. Mai importantă este durata blocajului transmisiei durerii, motiv pentru care administrarea continuă pe cateter multiorifical s-a dovedit superioară injectării unice la sfârșitul intervenției chirurgicale.(vide infra).
- Cum studiul PRO-PAINCONTROL a demonstrat că bolnavii din cele 4 spitale universitare din țara noastră au acuzat în toate etapele dureri semnificative la ieșirea din sala de operație și în primele ore postoperator, este de dorit ca medicul anestezist să promoveze protocoale locale care să încurajeze echipa chirurgicală către această modalitate de ameliorare a analgeziei postoperatorii, simplă, necostisitoare, sigură și extrem de bine apreciată de bolnavi din toate specialitățile chirurgicale. În studiul mai sus amintit, deși creșterea nivelului analgeziei postoperatorii prin infiltrații parietale era un obiectiv propus la debut, nu s-a reușit atingerea sa. Apreciem că este nevoie și de o mai bună colaborare în elaborarea protocoalelor naționale și locale între societățile naționale de profil.
- Injectarea anestezicului local într-un plan profund(între transvers și oblicul intern), bilateral ameliorează scorurile de durere după chirurgie abdominală extensivă și pot fi utile și în cura eventrației abdominale, chiar și la bolnavii la care se alege protezarea cu plasă, injectarea făcându-se la distanță de locul intervenției.
- **Blocul ilioinghinal iliohipogastric:** este o modalitate anestezică de bună calitate pentru cura herniei inghinale. Injectarea anestezicului local în planul profund, între aponevrozelor mușchilor oblici asigură o mai bună difuziune a substanței cu analgezie prelungită în postoperator,comparativ cu simpla infiltrare a cicatricii operatorii.

