

NDIKIMI TEK NEONATI I ANESTEZISE GJENERALE DHE LOKOREGJIONALE TË ADMINISTRUAR GJATË SECTIO CESAREA

VJOLLCA SHPATA (HAJRO), ALMA SOXHUKU, VIOLETA TODHE, ERIFILI TILI*

Summary

NEONATAL EFFECTS OF REGIONAL ANESTHESIA ADMINISTERED DURING SECTION CESAREAN

Background: All drugs administered to the mother cross the placenta into the fetal circulation. Most drugs and respiratory gases cross the placenta by simple diffusion, which uses no energy. All drugs administered to the mother cross to the fetus to some extent, potentially affecting either fetal development, or neonatal behavior.

Methods: We studied 145 pregnant women who delivered their babies with section cesarean under general and regional anesthesia. We saw the differences in Apgar scores, umbilical artery blood gas values among 2 groups of neonates born from mothers who received general and regional anesthesia. **Aim** of this study is to show which type of anesthesia affects less or more early neonatal behavior.

Conclusions: 1) There were no differences in neonatal umbilical blood gas values or Apgar scores of 1 and 5 minutes between infants born of mothers who received general and regional anesthesia. 2) During general anesthesia if the interval induction-to-delivery is shorter than 8 minutes, and the interval uterine incision-to-delivery is shorter than 3 minutes, effects of maternally administered agents on the newborn are minimal. 3) Maternal hypotension brought on by regional anesthesia may have an impact on neonatal outcome.

However, with good maternal hydration and careful blood pressure monitoring, brief episodes of maternal hypotension do not adversely affect neurobehavioral scores. 4) Infants whose mothers received epidural anesthesia had better Apgar scores and neonatal umbilical blood gas values compared to infants whose mothers received spinal anesthesia.

Ekziston një lidhje e ngushtë midis nënës dhe fetusit të saj. Fetusi merr të gjitha ushqimet dhe oksigjenin nga nëna. Kjo lidhje e ngushtë ekspozon fetusin ndaj pothuaj çdo substance ndaj të cilës ekspozohet nëna. Çdo medikament i dhënë gjatë shtatzënisë mund të ndikojë potencialisht tek fetusit dhe neonati.

Drogat dhe teknikat anesthetike kanë potencialin të afektojnë fetusin duke alteruar

mjedisin in utero në anën fetale, ose maternale të placentës. Këto ndryshime, të njohura si efekte të tërthorta, shpesh mund të jenë të influencuara nga anestezisti.

Kapja (uptake) nga fetusit fillon sapo medikamenti kalon placentën dhe hyn në qarkullimin fetal nëpërmjet venës umbilikale. Shpërndarja varet nga disa faktorë. Koncentrimi i medikamenteve në gjakun fetal varet nga doza

* Dërguar në redaksi në Maj 2008, miratuar në Korrik 2008.

Nga Fakulteti i Infermierisë-Tiranë

Adresa për letërkëmbim: Hajro V.: Fakulteti i Infermierisë-Tiranë.

Ata që rezultojnë pozitiv dhe negativët e kontingjentit në risk do të ekzaminohen me Echo (18,22). Fëmijët që rezultuan negativ në ekzaminimin klinik si me Ortolan apo Barlow, që nuk kanë kufizim të abduksionit dhe që nuk janë në risk nuk përbëjnë objekt trajtimi.

Konfirmimi me ekografi i displazisë do të thotë fillim i mjekimit profilaktik me pelenim të dyfishtë dhe rikontroll ekografik pas dy javësh. Fëmijët me ekografinë e parë negative gjithashtu do të observohen dhe do të rikontrollohen me ekografi pas dy javësh. Ekzaminimi ekografik javën e dytë do të prodhojë këto rezultate:

• Dispalzi e rëndë, grada III-IV sipas Graf që do të fillojë mjekimin me jastëk abduktor. Këta fëmijë do të rekomandohen për eko pas dy javësh dhe radiografi në muajin e katërt.

• Displazi e moderuar, Graf II që do të trajtohet me pelenim të dyfishtë dhe rikontroll me eko

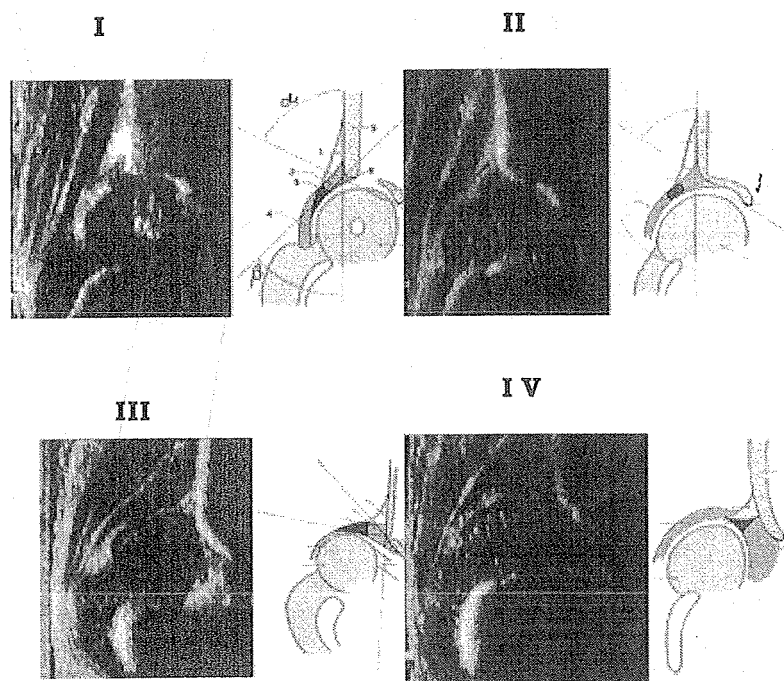
pas dy javësh si edhe radiografi kontrolli në muajin e katërt.

• Displazi të gradës I sipas Graf ose pa ndryshime në eko, që do të konsiderohen të shëndoshë.

Fëmijët e dy grupeve të para do të kontrollohen me ekografi në javën e katërt pas lindjes për të rikonfirmuar diagnozën ose për të parë centrimin e kokës femorale në rastet ku është filluar mjekimi me jastëk. Reponimet e suksesshme do të vazhdojnë mjekimin me jastëk apo shinë, në të kundërt do të tentohet reponim nën anestezi gjenerale dhe imobilizimi në gips. Të gjithë fëmijët e trajtuar do të kontrollohen me radiografi muajin e katërt.

Mendojmë që skema që propozohet ofron përparësi ndaj protokolleve të tjera duke futur ekzaminimin ekografik sepse ndihmon të mos humbasim kohë të çmuar për trajtim deri në kontrollin radiologjik.

Figura nr.5 - Klasifikimi ekografik i displazisë sipas Graf.



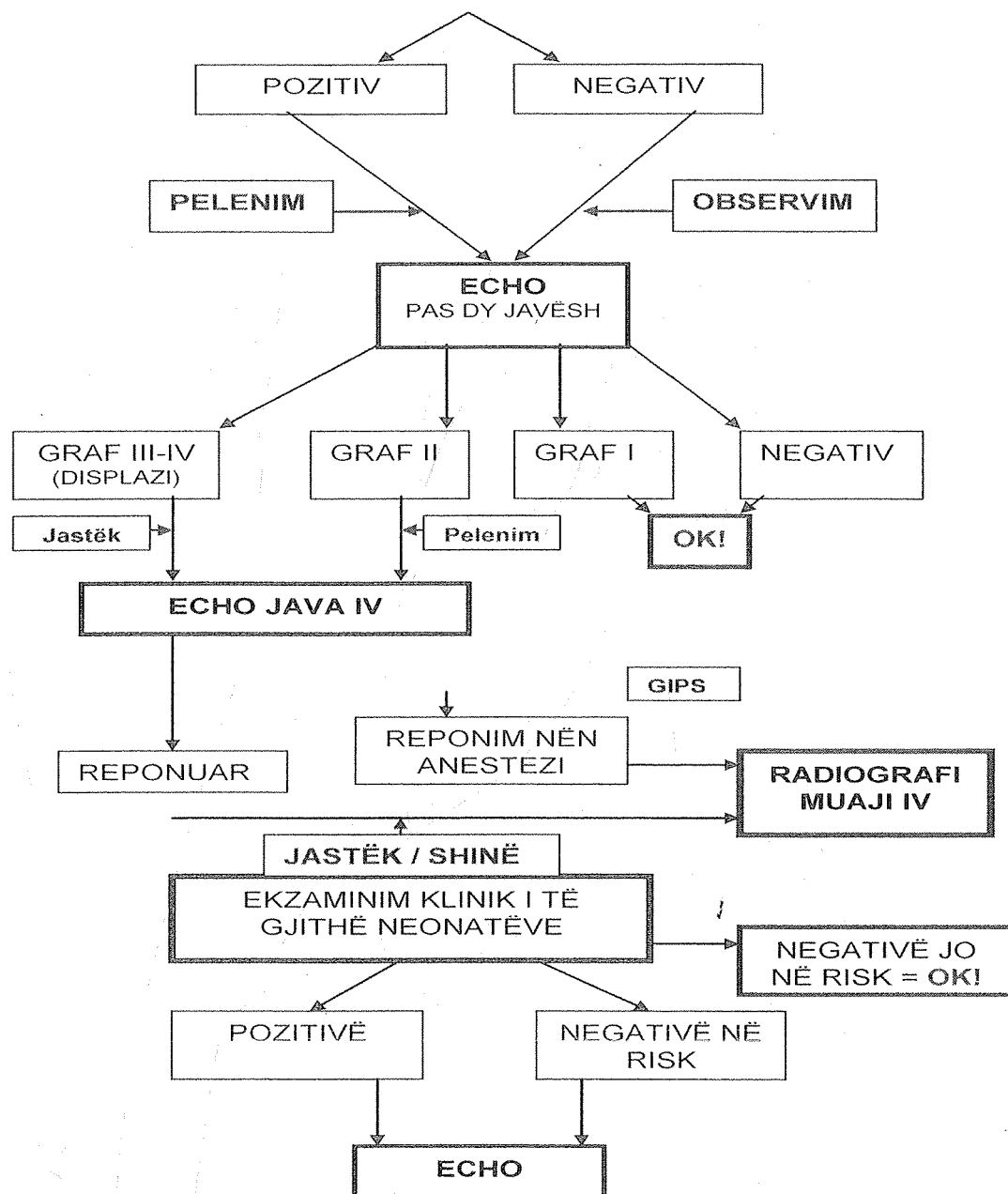
Konkluzione

1. Diagnostikimi i DZHK-së në moshë sa më të hershme është çelësi i suksesit të trajtimit.
2. Diagnostikimi i hershëm i DZHK-së në vendin tonë është në shifra shumë të ulëta.
3. Testet klinike dhe ekografike nuk kanë përdorimin e duhur në qendrat e mëdha obstetrikale.

4. Depistimi i neonatëve për DZHK duhet të kryhet në bazë protokollesh ku testet klinike dhe ekografia të jenë parësore.

5. Fëmijët në risk duhen identifikuar dhe ndjekur me shumë kujdes.

6. Mjekët specializantë peditër dhe obstetër duhen trajnuar për ekzaminimet klinike të DZHK-së.



Të gjithë neonatët duhet të ekzaminohen klinikisht 48 orët e para me testet Ortolan (12) dhe Barlow (1) (figura nr.4).

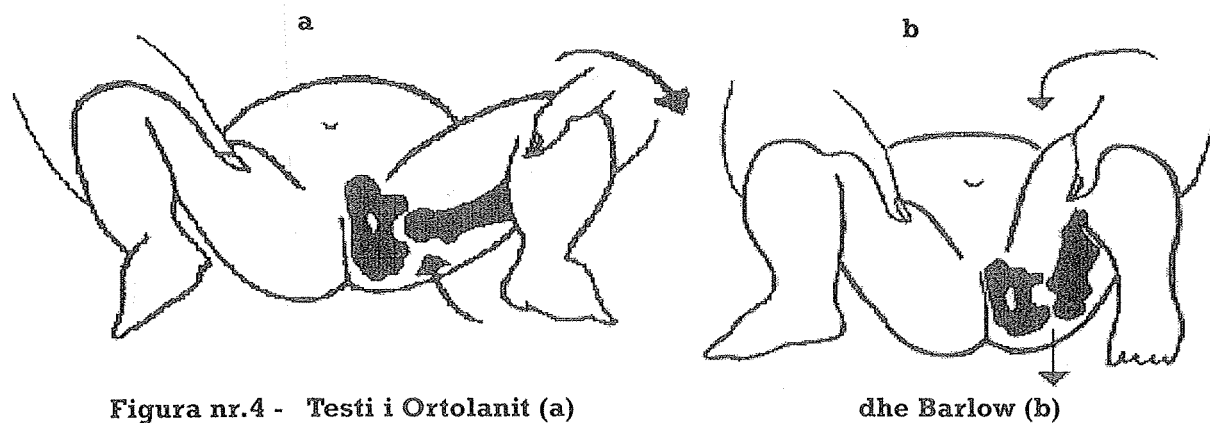


Figura nr.4 - Testi i Ortolanit (a)

dhe Barlow (b)

Në boshtin y paraqiten vlerat në përqindje të fëmijëve të diagnostikuara në tri grupmosha të ndryshme grupmosha nën 12 muaj, grupmosha -13-24 muaj dhe mbi 24 muaj. Shohim se raporti i viteve 1962-1978 invertohet plotësisht në fund të studimit në 1984 në favor të diagnostikimit nën moshën një vjeç. Sot pas mbi njëzet vjetësh duket të jemi kthyer plotësisht prapa. Sigurisht sistemi totalitar kishte epërsinë e padiskutueshme të kontrollit të popullsisë në çdo skaj të vendit dhe mbulimit të saj me personel e qendra shëndetësore. Depistimet aktive dhe ngritjet tekniko-profesionale nëpërmjet kualifikimeve të ndryshme gjithashtu ishin prioritet, duke zbuluar herët shumë displazi edhe nga personeli i mesëm.

Koha në të cilën jetojmë me lëvizjet e masive të popullsisë dhe ndryshimin e strukturës së sistemit shëndetësor e bën gati të pamundur këtë skemë. Por nga ana tjetër, duket se grumbullimi i popullsisë në zona të mëdha urbane dhe rritja e nivelit kulturor krijon mundësinë që të paktën në qendrat e mëdha të kemi një kontroll mjaft të mirë mbi lindjet. Tashmë me mundësitë që ofrojnë maternitetet e qyteteve thithin gati të gjitha lindjet brenda rrethit. Nëse do të ketë një strategji për depistimin e të gjithë neonatëve dhe ndjekjen adekuate të të gjithë fëmijëve në rrisk padyshim që do të kemi rezultate më të mira. Mendojmë se disa nga pikat ku mund të mbështetet kjo strategji janë:

1. Pajisja e mjekëve neonatologë dhe obstetër me njohuri më të mira për ekzaminimin klinik të fëmijëve të porsalindur.

2. Identifikimi i fëmijëve në risk dhe ndjekja më e kujdesshme e tyre sipas protokolleve bashkëkohore.

3. Futja e ekzaminimit ekografik në protokollin e depistimit.

Dihet tashmë që testet klinike si ai i Ortolanit e kanë vlerën më të madhe ditët dhe javët e para pas lindjes. Ky test është provuar të ketë specificitet rreth 100% dhe sensitivitet rreth 60%. Një mjek i pajisur me njohuri të mira mund të ketë në dorë të zbulojë një displazi në fazën më të vlefshme të dekursit të saj. Ne nuk kemi të dhëna të sakta sesa janë të azhurnuar mjekët obstetër apo neonatologë me njohuritë bazë për të testuar një neonat. Gjithashtu nga informacionet që kemi nuk rezulton që në

katedrën e ortopedisë të trainohen mjekët specializantë të këtyre specialiteteve.

Identifikimi i fëmijëve në rrisk ka qenë gjithmonë prioritet i gjithë skemave depistuese (14,16,18). Fëmijë me histori familiare për DZHK, fëmijët me lindje me prezantime podalike dhe/ose oligohydramnion, fëmijë me laksitet të përgjithësuar artikular (tre ose më shumë çifte artikulacionesh me laksitet) dhe fëmijë me patologji të tjera konkomitante të lindura si pes equinovarus kongenital, pes planovalgus, skoliozë kongenitale, torticollis muskular kongenital apo genu recurvatum konsiderohen si fëmijë në risk dhe ndiqen me shumë kujdes.

Që prej 1978 pasi mjeku gjerman Reinhard Graf (5,6) përdori për herë të parë ekzaminimin me ultratinguj për qëllime diagnostike në artikulationin koksofemoral të neonatëve, ekografia diagnostike është përfshirë në protokollin e programeve diagnostikuese dhe trajtuese në të gjithë botën. Ky ekzaminim ka një specificitet dhe sensitivitet rreth 90% duke e bërë një test mjaft të përdorshëm. Ashtu si Ortolani, ka vlerë të madhe në javët e para pas lindjes dhe duke mos u mbivendosur me radiografinë ofron vërtet një armë të fuqishme në luftën kundër DZHK-së si për diagnostikim dhe për kontrollin e efektivitetit të mjekimit.

Duke qenë një ekzaminim i sigurtë dhe joinvaziv por me kosto të lartë (aparatura, koha e ekzaminimit, trainimi i personelit), në fakt ka ngjallur diskutime të mëdha në botë për përdorimin ose jo në depistime masive. Ekziston edhe një klasifikim kuantitativ sipas katër gradëve të Graf (figura nr.5) për të shprehur shkallën e displazisë. Aktualisht ky ekzaminim është i disponueshëm pothuaj në të gjithë qendrat e mëdha obstetrikale apo në konsultoret e fëmijëve në vendin tonë duke ofruar mundësi që në fakt shfrytëzohen pak po të kemi në konsideratë sa thamë më sipër (grafiku nr.3).

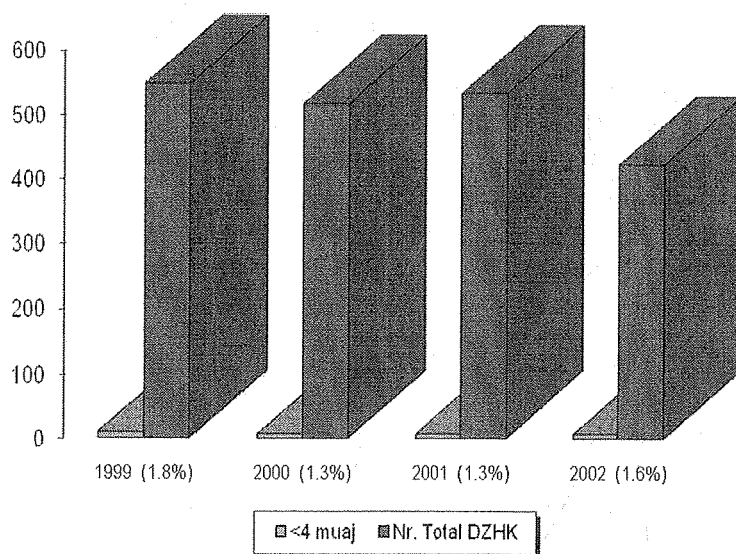
Në fakt duke qenë se kemi të bëjmë me një patologji të kësaj natyre ku thelbi i suksesit është zbulimi i hershëm dhe duke mos pasur mungesë as përvoja, as mjetesh apo personeli mendojmë që një protokoll më i azhurnuar për depistimin dhe trajtimin e DZHK-së që në lindje do të ishte shumë i nevojshëm (15,20).

Duke marrë në konsideratë dhe konkluzionet e studimit të mësipërm mendojmë të propozojmë protokollin e mëposhtëm për depistimin dhe trajtimin e latantëve.

nëpërmjet testeve klinike si Ortolani e Barlow, apo me ekzaminimin ekografik (ekzaminimi radiologjik lejohet pas muajit të tretë). U studiua

përqindja e tyre ndaj numrit total të DZHK-së për periudhën 1999-2002 me rezultate si më poshtë (grafiku nr.3).

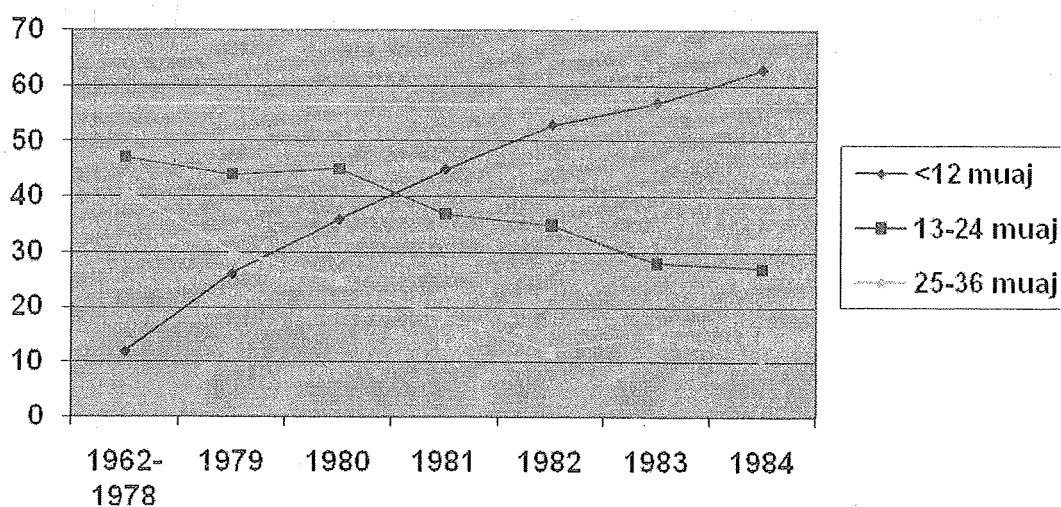
Grafiku nr.3 - Raporti i rasteve të diagnostikuara me echo-Ortolan në vite (p<1)

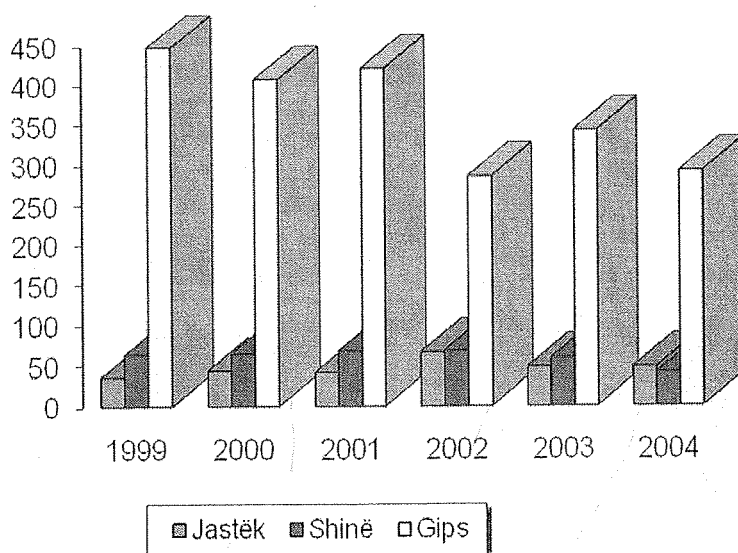


Siç shihet shifrat e rasteve të diagnostikuara me ekzamnime klinike dhe/ose ekografike janë në rendin 1.3%-1.8% dhe nuk vihet re asnjë ngritje qoftë dhe e lehtë me kalimin e viteve. Mendojmë se gjendja është serioze. Por le të hedhim një vështrim prapa në historinë e afërt të trajtimit të DZHK-së në vendin tonë. Për të

bërë një krahasim sa më real morëm të dhënat e një studimi të Prof. Boga (2) mbi ecurinë e përmirësimit progresiv të strukturës së moshës së mjekimit të DZHK-së në 2784 fëmijë të trajtuar në klinikën e ortopedisë në vitet 1962-1984, vite kur në Shqipëri zbatohesh depistimi aktiv i të gjithë fëmijëve (grafiku nr.4).

Grafiku nr.4 - Të dhënat e punimit të Bogës të ripërpunuara (me lejen e autorit)

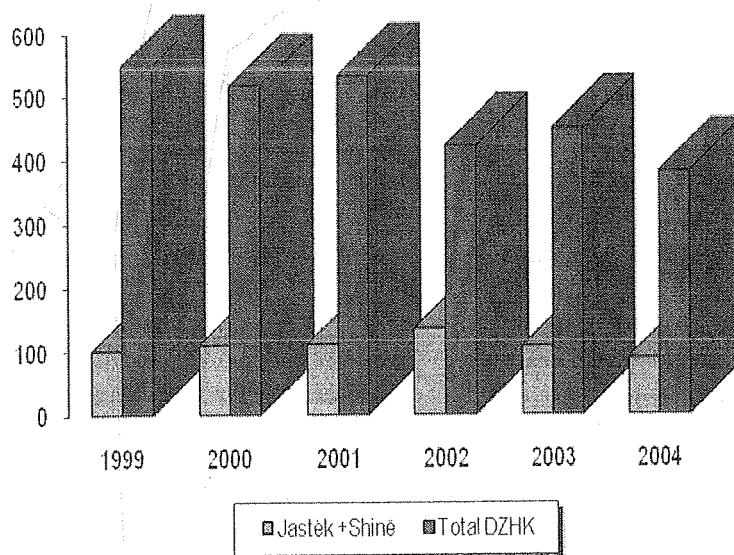


Grafiku nr.1 - Statistikat e trajtimit të DZHK ($p<0.001$)

Në fakt ndarja e madhe si në drejtim të prognozës ashtu dhe në drejtim të kostos (grafiku nr.2) duket se është moshë 12 muaj, pra na u duk me vlerë ti referohemi raportit; raste trajtuar me jastëk+shinë ndaj numrit total të DZHK-së trajtuar ambulatorisht në vite për periudhën 1999-2004 (grafiku nr.2).

Në këtë mënyrë mund të deduktojmë se diagnostikimi i hershëm në vendin tonë lë jashtëzakonisht shumë për të dëshiruar.

Nga shifrat e mësipërme gjykojmë se trajtimi i DZHK-së tek ne vazhdon të ketë kontingjentin më të madh në fëmijët mbi moshën një vjeç, moshë nën të cilën trajtimi do të ishte më i lehtë nga të gjitha pikëpamjet.

Grafiku nr.2 - Raportet (jastëk+shinë)/numri total DZHK ($p<0.001$)

Ecuria e diagnostikimit në vite pothuajse ngelet e njëjtë pa rritjen progresive të pritshme të rasteve të mjekuara herët që do të reflektonte efektin e propagandës shëndetësore të sistemeve parandaluese mjekësore.

Objekt tjetër mjaft interesant i studimit tonë ishin dhe rastet në të cilat mjekimi filloi para moshës katër muaj. Llogjikisht këto i takon të jenë raste të referuara nga kolegët pediatër, obstetër apo ekografistë dhe të diagnostikuara

Në 1947 ortopedi austriak Arnold Pavlik (13) disenjoi "yzengjitë Pavlik" gjë që do të revolucionarizonte krejt historinë e trajtimit me splinte të DZHK-së.

Rezultatet e para u publikuan më 1957 me një përqindje shumë të lartë suksesi.

Prof. Boga (2) (1970) disenjoi dhe vuri në zbatim prodhimin e JAPNAB (Jastëkut Pneumatik Abduktor) pajisje e lehtë, fleksible, higjienike, me kosto të ulët dhe origjinale që në vitet 1970-1990 u bë alternativa e vetme e trajtimit të DZHK-së në mosha të vogla, në vëndin tonë me rezultate shumë të mira (figura nr.2).

Figura nr. 1.- Jastëku Becker-Mittelmeier

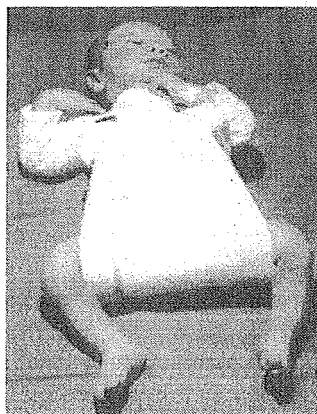


Figura nr. 2.- JAPNAB



Siç dihet nga shqyrtimi në mënyrë analitike i të gjithë faktorëve invalidizues në etiopatogenezën e DZHK-së, emëruesi i përbashkët në konkluzionet e gjithë studiuesve në këtë fushë (3,19,21) është një dhe vetëm një. Çelësi i artë i suksesit të trajtimit të Displazisë në Zhvillim të Artikulacionit Koksofemoral është diagnoza dhe trajtim i hershëm.

Që të kemi sa më shumë sukses në çentrimin e kokës femorale në acetabul, që të kemi sa më pak ndërlikime ishemike, që acetabuli të ketë kohë të rimodelohet sa më mirë, që koha e imobilizimit të jetë sa më e shkurtër, që fëmija të ecë pa çalim dhe që kostoja e trajtimit të jetë sa më e vogël për familjen dhe shoqërinë duhet që DZHK-ja të diagnostikohet herët.

Mjekimi në këtë fazë realizohet me mjete të thjeshta si pelenimi dyfish apo pajisjet e përmendura më sipër. Por për fat të keq realiteti që jetojmë sot është krejt larg kësaj "toke të premtuar" për çdo mjek ortoped. Llogjika e ftohtë e shifrave e dëshmon këtë fakt më së miri.

Ne menduam të krahasojmë raportet midis rasteve të trajtuara me pajisje abduktore

jorigide dhe rasteve të trajtuara me forma mjekimi më agresive si reponimi nën anestezi i shoqëruar me procedura kirurgjikale, në vitet nga 1999 e në vazhdim. Qëllimi ynë ishte që të vërenim a po ndryshon ky raport në favor të trajtimit sa më pak traumatik e sa më efektiv nga ana ekonomike, pra trajtimit me pajisje abduktore (13,14,15). Më në fund por jo me më pak rëndësi ishte përcaktimi i përqindjes së rasteve të diagnostikuara me metoda si ekzaminimi klinik apo ekografik në vite.

Qëllimi final i këtij studimi ishte të vihej theksi në atë që mund të definohet si "Thembra e Akilit" e kësaj patologjie, parandalimin apo depistimin e hershëm duke propozuar edhe një protokoll në formë anagrame për trajtimin në moshat 0-1 vjeç.

Fillimisht u panë rastet që u trajtuan në shërbimin tonë ambulator me metoda të ndryshme si pajisje abduktore të thjeshta të tipit Jastëk Abduktor, Pavlik (13) apo Frejka pajisje më të ngurta si Shina Ilfield e variantit tonë dhe reponime me myotomi adductore dhe imobilizim në gips për nëntë muaj.

- fissure: subcutaneous or open technique? Br J Surg 71:360-362.
6. **Brown S R, Taylor A., Adam I J., Shorthouse A J.:** (2002) The management of persistent and recurrent chronic anal fissures. *Colorectal Dis* 4:226-232.
 7. **Crapp AR&Alexander-Williams J.:** (1975) Fissure in ano and anal stenosis. Part 1: Conservative management. *Clinics in Gastroenterol* 4:619-633.
 8. **Duthie HL&Bennet RC:** (1964) Anal sphincteric pressure in fissure in ano. *Surg Gynecol Obstet* 119:19-21.
 9. **Ellis C N, Clark S.:** (2006) Fibrin Glue as an adjunct to flap repair of anal fistulas *Dis Colon Rectum* 49:1736-40.
 10. **Ferguson JA:** (1975) Fissure in ano and anal stenosis:radical surgical management. *Clin Gastroenterol* 4:629-634.
 11. **Jenkins JT., Urie A., Molloy RG:** (2008) Anterior anal fissures are associated with occult sphincter injury and abnormal sphincter function. *Colorectal Dis* 10:280-285.
 12. **Kenefick NJ, Gee AS,Durdey P.:** (2002) Treatment of resistant anal fissure with advancement anoplasty. *Colorectal Dis* 4:463-466.
 13. **Lund NJ, Scholefield JH:** (1996) Aetiology and treatment of anal fissure. *Br J surg* 83:1335-1344.
 14. **Lock MR, Thomson PS:** (1977) Fissure in ano:the initial management and prognosis. *Br J Surg* 64:655.
 15. **Nicholls J.:** (2008) Anal Fissure; Surgery is the most effective treatment. *Colorectal Dis* 10:529-530.
 16. **Hawley PR:**(1969) Treatment of chronic fissure in ano. A trial of methods. *Br J Surg* 56:915.
 17. **Oettle W.:** (1997) Glyceryl trinitrate vs. sphincterotomy for treatment of chronic fissure in ano. *Dis Colon Rectum* 40:1318-1320.
 18. **Zbar AP, Pescatori M.:** (2004) Functional outcome following lateral internal anal sphincterotomy for chronic anal fissure. *Colorectal Dis* 6:210-211.
 19. **Tilney HS, Heriot AG, Trickett JP, Edwards DP, Mellor SG, Gudgeon AM:** (2006) Quality of life in patietnts with chronic anal fissure. *Colorectal Dis* 6:338-341.