

DISREFLEXIA AUTONOMĂ LA PACIENT CU TRAUMATISM VERTEBRO-MEDULAR LA NIVELUL C4-C5 – CAZ CLINIC

Aliona Cucovici¹ – cercetător științific, Oleg Pascal^{1,2} – d.h.ș.m., prof. univ.,
Valeria Robu^{1,2} – medic rezident, Tatiana Musteață¹ – cercetător științific,
Institutul de Neurologie și Neurochirurgie¹,
USMF „Nicolae Testemițanu”, Catedra de Neurologie²

Rezumat

Disreflexia autonomă este o urgență medicală care se întâlnește la pacienții cu traumatism vertebro-medular cu leziunea mai sus de nivelul Th6. În articol este descris cazul clinic cu prezentarea manifestărilor clinice și factorului trigger care a condiționat dezvoltarea acestui fenomen.

Cuvinte-cheie: disreflexia autonomă, traumatism vertebro-medular

Summary. Autonomic dysreflexia in patient with spinal cord injury at C4-C5 level – Case report

Autonomic dysreflexia is a medical emergency in patients with spinal cord injury above the T6 level. In this article is presented the case report with clinical manifestations of autonomic dysreflexia and the trigger factor which led to the development of this phenomenon.

Key words: autonomic dysreflexia, spinal cord injury

Резюме. Автономная дисрефлексия у пациента с повреждением спинного мозга на уровне C4-C5 - клинический случай

Автономная дисрефлексия является неотложным состоянием, которое встречается у пациентов с повреждением спинного мозга выше уровня T6. В статье представлен клинический случай с описанием клинических проявлений и триггерного фактора, который привел к развитию данного феномена.

Ключевые слова: автономная дисрефлексия, травма спинного мозга

Actualitatea temei. Disreflexia autonomă (DA) este un fenomen determinat de răspunsul reflex exagerat al sistemului vegetativ simpatic care se întâlnește la persoanele cu leziuni ale măduvei spinării la nivelul vertebral Th6 sau mai sus, manifestându-se prin majorarea tensiunii arteriale ce induce complicații severe ca infarct miocardic, edem pulmonar, convulsii, accident vascular cerebral și deces [2,5,8]. Prevalența DA în SUA variază aproximativ de la 48% - la 90% dintre pacienții cu traumatism vertebro-medular (TVM) mai sus de nivelul Th6 [6]. În funcție de severitate DA poate fi divizată în forma ușoară, când tensiunea arterială sistolică crește cu până la 40 mm Hg față de valorile normale, DA moderată - tensiunea arterială sistolică crește cu 40 mm Hg mai sus de valorile normale, dar nu depășește 180 mm Hg și DA severă - tensiunea arterială sistolică crește peste 180 mm Hg [6, 9, 10]. Conform datelor din literatura de specialitate personalul medical antrenat în asistența medicală și de reabilitare a pacienților cu TVM este insuficient informat despre fenomenul DA, ceea ce poate pune în pericol viața acestor pacienți [1,3]. Situație similară se atestă și în Republica Moldova ceea ce justifică actualitatea prezentării acestui caz clinic.

Caz clinic

Pacientul I., 33 ani, spitalizat în secția Neurochirurgie Spinală a Institutului de Neurologie și Neurochirurgie la data de 08.06.2014 cu acuze la limitarea

severă a mișcărilor în membrele superioare și lipsa mișcărilor active în membrele inferioare, dureri în regiunea cervicală, greață, vomă, lipsa controlului asupra micțiunii și a defecației în urma suportării unui traumatism vertebro-medular prin plonjare în apă. Examenul neurologic a constatat următoarele: Starea de conștiență clară. Glasgow Coma Scale - 15 puncte. Motilitatea: dipareză severă, paraplegie flască. Sensibilitatea: hipoestezie tip conductiv la nivelul C5 - Th1, anestezie tip conductiv de la nivelul Th 2. Tulburări sfincteriene de tip retenție de urină și materii fecale. La data de 08.06.2014 pacientul a fost examinat prin tomografia computerizată (CT) a coloanei vertebrale cervicale (fig. 1).

La data de 09.06.2014 s-a efectuat intervenția chirurgicală de reducere a luxației și fixarea anterioară la nivelul C4 – C5. Datele CT efectuate în perioada postoperatorie sunt reprezentate în figura 2.

Examenul neurologic efectuat la un interval de 7 luni de la TVM a constatat o dinamică pozitivă a statusului neurologic. Paraplegia a regresat în parapareză spastică moderată, iar dipareza severă s-a redus până la dipareză moderată. Se mențin dereglările sfincteriene. Pacientul prezenta un sindrom algic violent, cu caracter arzător în regiunea bazinului și a membrilor inferioare, interpretat ca durere neuropată centrală. Pe parcursul tratamentului de reabilitare în secția Neurorecuperare la pacient au fost documentate salturi

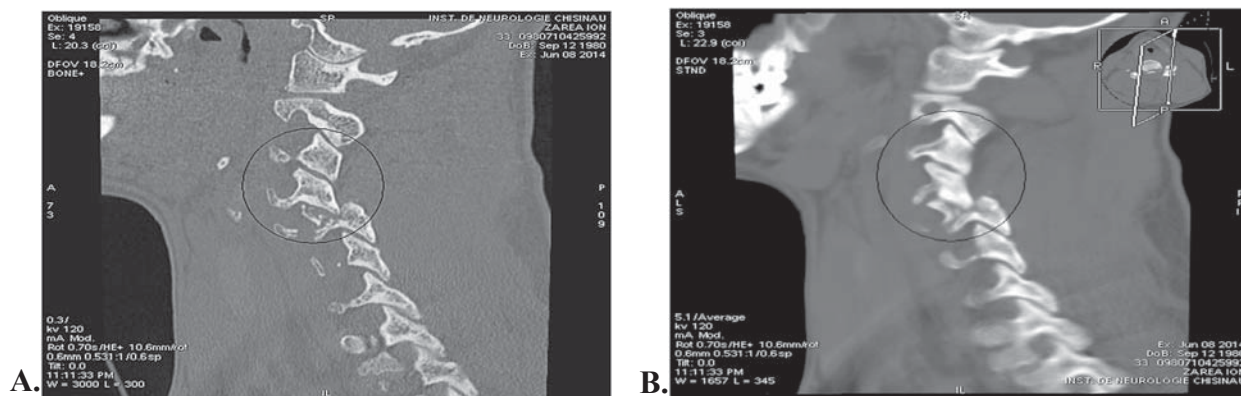


Fig. 1. **A, B.** Tomografie computerizată a coloanei vertebrale cervicale până la intervenția chirurgicală. Fractura porțiunii posterioare a corpului vertebral C4, a pedicolului vertebral stâng și a țesuturilor ipsilaterale de la acest nivel. Anterospondilolisteza C4 ~5mm.

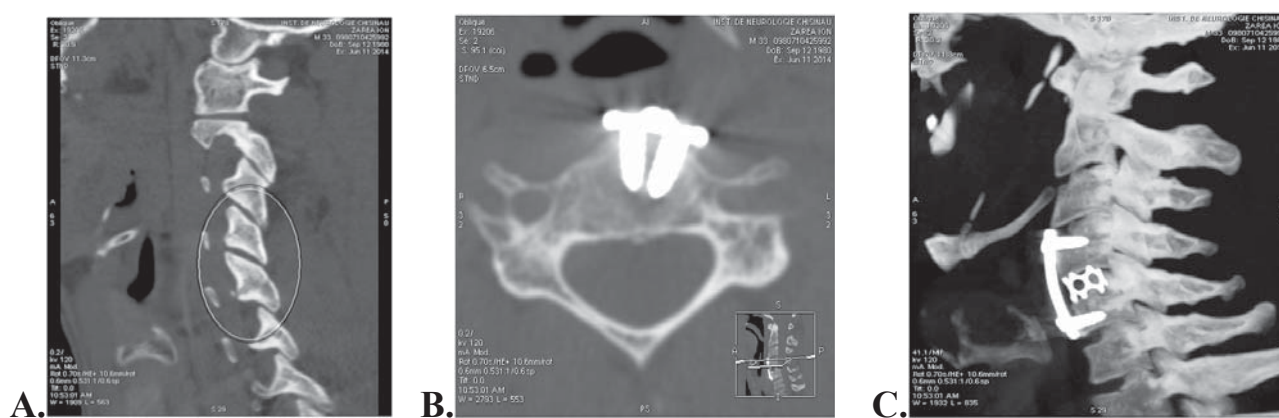


Fig. 2. **A, B, C.** Tomografie computerizată a coloanei vertebrale, regiunea cervicală după intervenția chirurgicală de reducere a luxației și fixarea anterioară la nivelul C4 – C5. Stare postoperatorie după anterospondilodeză cu plăci și șuruburi metalice C4-C5, plus aplicarea „cage”-ului intersomatic la acest nivel.

ale tensiunii arteriale până la 160/100 mmHg, însoțite de creșterea frecvenței contracțiilor cardiace – 95 bătăi/min, eritem și transpirații abundente la nivelul feței, gâtului și a porțiunii superioare a toracelui până la linia intermamelonară, paloarea tegumentelor mai jos de acest nivel. În cadrul examinării obiective a pacientului s-a constatat blocarea cateterului Foley. S-a efectuat cateterizarea repetată a vezicii urinare cu evacuarea a 900 ml de urină. Peste 10 minute starea generală a pacientului s-a ameliorat prin scăderea tensiunii arteriale (TA) până la valorile 125/75 mm Hg. Au dispărut eritemul și transpirațiile.

Discuții

Conform literaturii de specialitate, cazul clinic descris poate fi considerat drept manifestare a fenomenului DA indusă de distensia vezicii urinare la pacient cu TVM [4,9]. Creșterea TA constatată la pacient este cea mai frecventă și periculoasă manifestare clinică a DA. Potrivit datelor din literatură, HTA la acești pacienți necesită un management medical precoce în vederea prevenirii eventualelor complicații severe, precum infarct miocardic, edem pulmonar, convulsii, accident vascular cerebral și chiar deces

[3,8]. Deși bradicardia este considerată o manifestare frecventă a DA, tahicardia poate fi înregistrată, ca și în cazul descris, în funcție de răspunsul individual al fiecărui pacient. Managementul medical al pacienților cu DA presupune eliminarea factorului trigger și reducerea promptă a HTA [3, 6]. În cazul prezentat deblocarea cateterului Foley cu reducerea distensiei vezicii urinare au fost suficiente pentru combaterea DA. Este important de menționat că TA la pacienții cu TVM este de obicei scăzută, în jur de 90-100/60 mmHg în decubit dorsal cu tendință de micșorare la verticalizarea lor, fapt care trebuie luat în considerație la diagnosticarea fenomenului DA [5, 8]. Studiul efectuat de către C. Jackson și R. Acland în 2011a scos în evidență faptul, că 29 din 70 de reprezentanți ai personalului medical nu dețin nici o informație referitoare la DA [4]. McGillivray și colaboratorii săi consideră că promovarea cunoștințelor privind diagnosticarea precoce și managementul medical adecvat al DA sunt de o importanță majoră în prevenirea dezvoltării complicațiilor severe la pacienții cu TVM la nivelul Th6 și mai sus [4, 7].

Concluzii

Cazul clinic descris ilustrează fenomenul DA la pacientul cu traumatism vertebro-medular cu leziunea mai sus de nivelul Th6. Dezvoltarea DA a fost cauzată de distensia vezicii urinare în urma blocării cateterului Foley și manifestată prin: elevarea tensiunii arteriale, tahicardie, eritem și transpirații abundente mai sus de nivelul leziunii, paloarea tegumentelor mai jos de acest nivel. Astfel, a fost diagnosticată forma ușoară a DA. Diagnosticul precoce și managementul adecvat al acestui fenomen este foarte important în practica medicală în vederea prevenirii complicațiilor severe, inclusiv decesul acestor pacienți. Este extrem de importantă cunoașterea fenomenului DA de către pacienți, îngrijitorii și rudele acestora cu instruirea lor respectivă.

Bibliografie

1. Brown R., Burton A., Macefield V.G. Input-output relationships of a somatosympathetic reflex in human spinal injury. *Clin Auton Res*. Apr 18 2009.
2. Cormier C.M., Mukhida K., Walker G., Marsh D.R. Development of autonomic dysreflexia after spinal cord injury is associated with a lack of serotonergic axons in the intermediolateral cell column. *J Neurotrauma*. Oct 2010;27(10):1805-18.
3. Curt A., Nitsche B., Rodic B., Schurch B., Dietz V. Assessment of autonomic dysreflexia in patients with spinal cord injury. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. May 1997;62(5):473-477.
4. Jackson C.R., Acland R. Knowledge of autonomic dysreflexia in the emergency department. *Emerg Med J* 2011, 28(10):866-869.
5. Huang Y.H., Bih L.I., Liao J.M., Chen S.L., Chou L.W., Lin P.H. Blood pressure and age associated with silent autonomic dysreflexia during urodynamic examinations in patients with spinal cord injury. *Spinal Cord*. Dec 11 2012.
6. Krassioukov A., et al. A systematic review of the management of autonomic dysreflexia after spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil*. 2009;90(4):682-695.
7. McGillivray C.F., Hitzig S.L., Craven B.C., Tonack M.I., Krassioukov A.V. Evaluating knowledge of autonomic dysreflexia among individuals with spinal cord injury and their families. *J Spinal Cord Med* 2009, 32(1):54-62.
8. Milligan J., Lee J., McMillan C., Klassen H. Autonomic dysreflexia: recognizing a common serious condition in patients with spinal cord injury. *Can Fam Physician*. Aug 2012;58(8):831-5.
9. Schottler J., Vogel L., et al. Patient and caregiver knowledge of autonomic dysreflexia among youth with spinal cord injury. *Spinal Cord*. Mar 10 2009.
10. Teasell R.W., et al. Cardiovascular consequences of loss of supraspinal control of the sympathetic nervous system after spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil*. 2000;81(4):506-516.