Λαγωνοβουβωνικό, λαγωνουπογάστριο, TAP block, Field block.

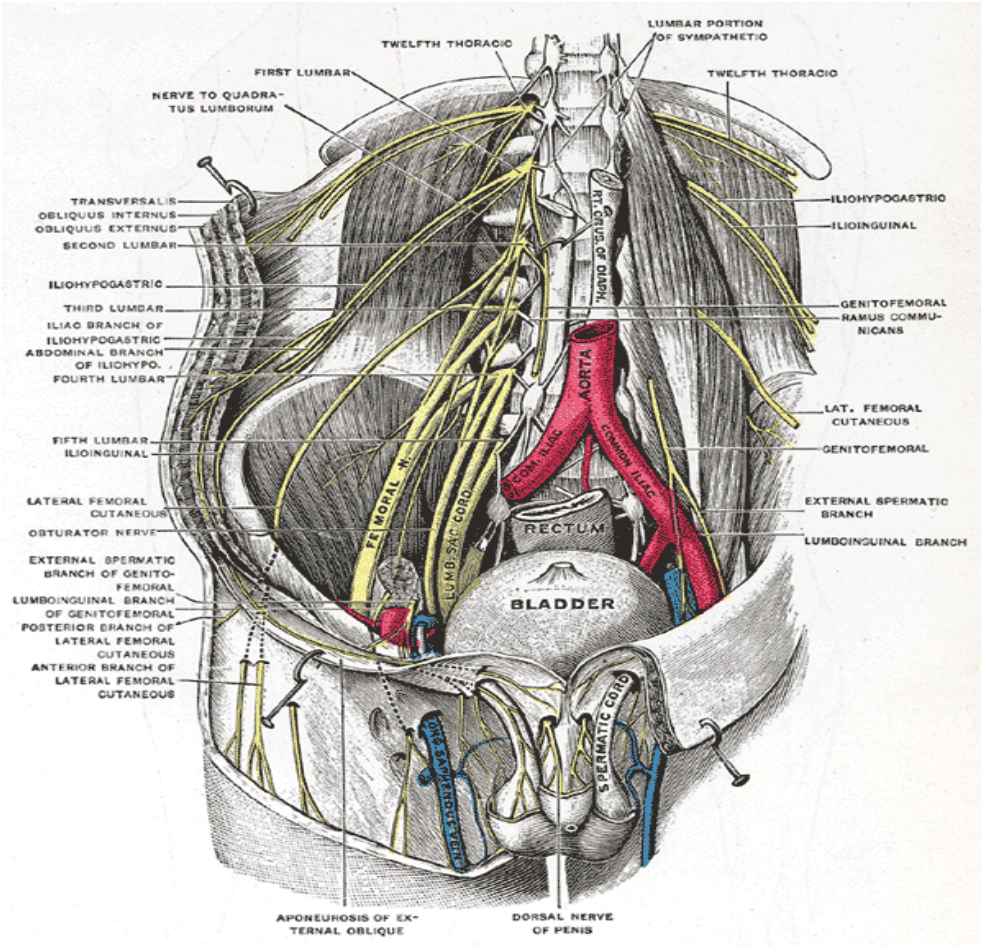
Σερπετίνης Ιωάννης Αναισθησιολόγος

Αποκλεισμός Λαγωνοβουβωνικού, λαγωνουπογάστριου

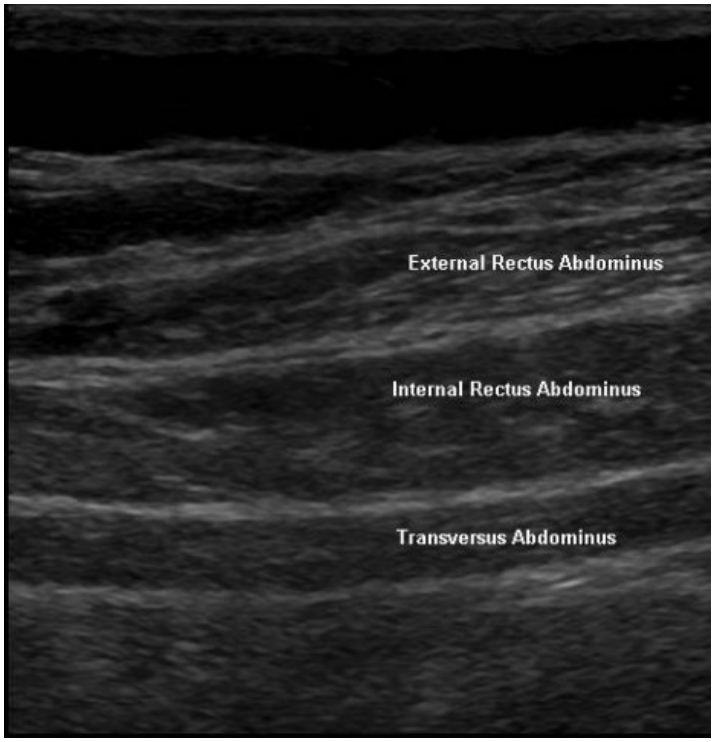
Η πρώτη αναφορά αποκλεισμού του λαγωνοβουβωνικού και λαγωνουπογάστριου αναφέρθηκε το 1900 από τον Cusying στο περιοδικό Annals of century.

Το λαγωνοβουβωνικό και το υπογάστριο αποτελούν νεύρα που πολύ συχνά τα αποκλείουμε για επεμβάσεις βουβωνοκήλης και συνοδεία του μηρογεννετικού σε επεμβάσεις κηρσοκήλης, οσχεοκήλης και μηροκήλης.

Ο αποκλεισμός τους μπορεί να χρησιμοποιηθεί είτε ως stand alone αναισθησία είτε ως συμπληρωματικό της γενικής είτε σε χρόνιο πόνο.



Το λαγωνοβουβωνικό και λαγωνουπογάστριο προέρχονται από την Ο1 ρίζα (ενώ το μηρογεννητικό από την Ο2) και διέρχονται εντός του εγκάρσιου κοιλιακού μυός και στο ύψος της πρόσθιας άνω λαγώνιας άκανθας τον διαπερνούν και βρίσκονται ανάμεσα στις περιτωνίες του έσω λοξού και του εγκαρσίου. Πλησίον της άνω λαγώνιας άκανθας βρίσκεται και το σημείο αποκλεισμού που διαφέρει από τεχνική σε τεχνική. Άλλοι συγγραφείς το ορίζουν προς τον ομφαλό και άλλοι λίγο πάνω από τον λαγωνοβουβωνικό σύνδεσμο. Στην υπερηχογραφική προσέγγιση ακολουθείται πάντα ο κανόνας της προσπέλασης άνωθεν του λαγωνοβουβωνικού συνδέσμου.



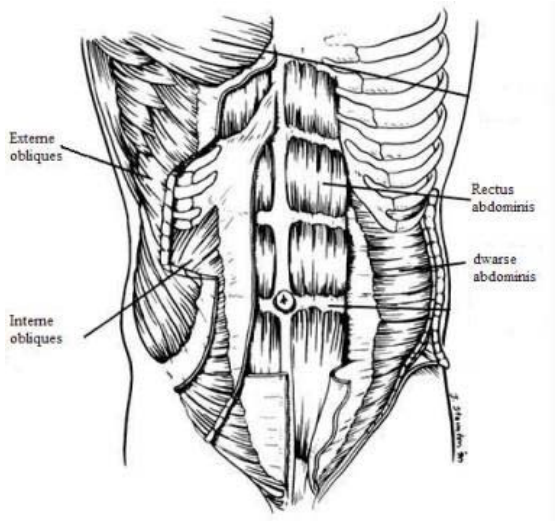
Τα δύο νεύρα παρέχουν νεύρωση για το τοίχωμα της βουβωνικής χώρας καθώς επίσης και για τον επιφανειακό δακτύλιο. Δεν παρέχουν βέβαια νεύρωση στον κηλικό σάκο η οποία προέρχεται από το Θ11 και Θ12 τα οποία βρίσκονται εντός του έσω εγκαρσίου.
Ο συγγραφές ως τυφλή μέθοδο αποκλεισμού των νεύρων προτιμά την ακόλουθη: Βρίσκουμε την πρόσθια άνω λαγώνια άκανθα και 2 εκ. επί τα εντός και 2 εκ. ουριαία είναι το σημείο στο οποίο θα διεισδύσει η βελόνα μας. Χρησιμοποιώντας μία βελόνα 16 ή 18 G και κάθετα ως προς το κοιλιακό τοίχωμα εισερχόμαστε και αφού διαπεράσουμε το δέρμα και το υποδόριο ξεκινάμε να μετράμε τις απώλειες αντίστασης που θα συναντήσει η βελόνα μας.

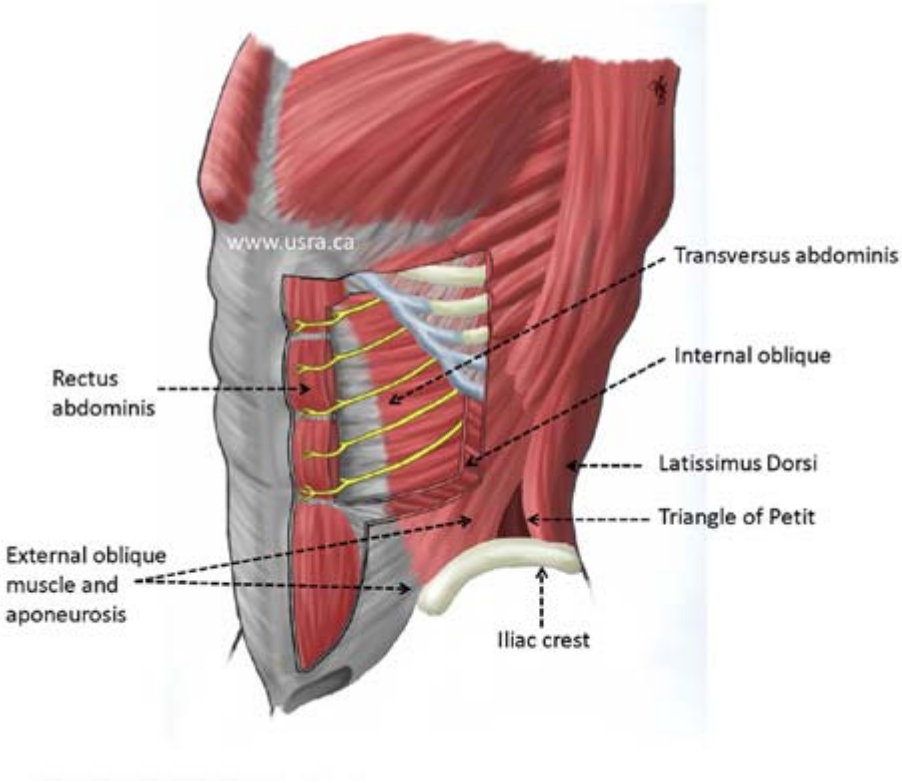
© 2004 Elsevier LTD. All rights reserved.

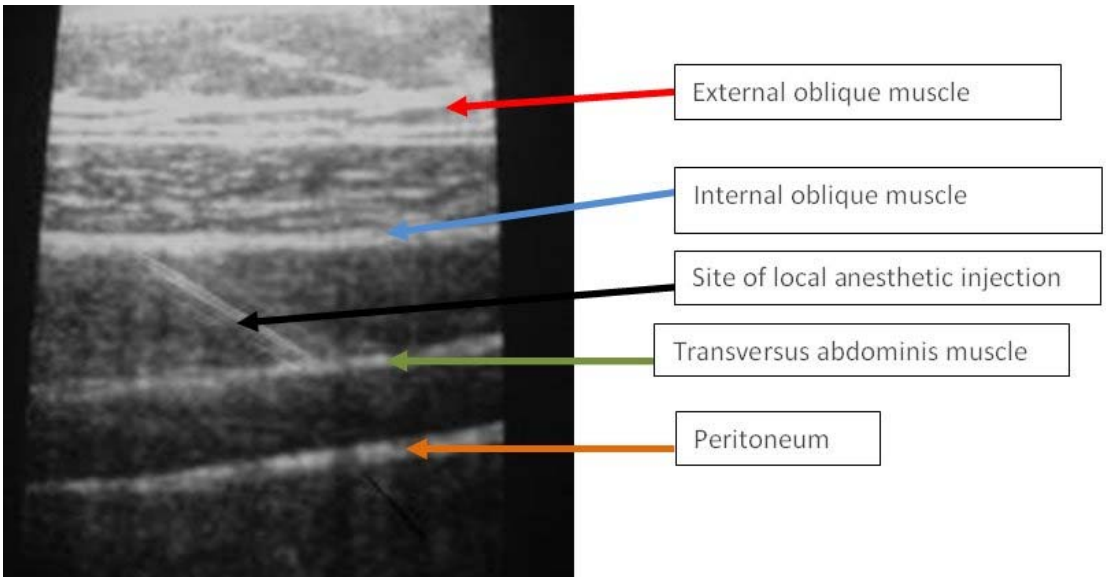
Η πρώτη απώλεια αντίστασης αντιστοιχεί στον έξω λοξό ενώ η δεύτερη στον έσω λοξό. Στο σημείο αυτό και κατόπιν αναρρόφησης εγχύουμε 10 cc τοπικό αναισθητικό. Σταματώντας σε αυτό το σημείο και θέτοντας τη βελόνα μας με μία ελαφριά κλήση προς την άνω λαγώνια άκανθα εγχύουμε άλλα 5 cc τοπικό αναισθητικό. Με αυτό τον τρόπο αποκλείουμε και τα Θ11 και τα Θ12. Η τυφλή μέθοδος έχει δυστυχώς και επιπλοκές. Η πιο σημαντική είναι η ενδοπεριτωναϊκή έγχυση.

TAP BLOCK

Προέρχεται από τα αρχικά transfers abdominal plane block. Η ελληνική μετάφραση θα μπορούσε να ήταν αποκλεισμός θήκης εγκαρσίου. Πρόκειται για ένα πολύ καινούργιο αποκλεισμό ο οποίος πρωτοεμφανίστηκε βιβλιογραφικά το 2007. βασίζεται στην υπόθεση ότι τα νεύρα που νευρώνουν το κοιλιακό τοίχωμα πλησίον της μέσης μασχαλιαίας γραμμής διέρχονται από τον εγκάρσιο μύ (συμπεριλαμβάνεται και το λαγωνοβουβωνικό και το λαγωνουπογάστριο που αναφέρθηκαν παραπάνω). Πρακτικά υπάρχουν δύο Tap block ένα που αναφέρεται στην άνω κοιλιακή χώρα και ένα άλλο που αναφέρεται στη κατώτερη κοιλιακή χώρα. Το πρώτο πραγματοποιείται κάτω από τη δέκατη πλευρά ενώ το δεύτερο λίγο πάνω από τη λαγώνιο προλοφία. Η αρχική περιγραφή αφορούσε τυφλή μέθοδο η οποία βασίζεται σε τρεις διαδοχικές απώλειες αντίστασης. Η πρώτη απώλεια είναι του έξω λοξού η δεύτερη του έσω λοξού και η τρίτη του εγκαρσίου. Η παραπάνω μέθοδος πρακτικά έχει εγκαταλειφθεί και αυτό γιατί η ενδοπεριτοναϊκές ενγχύσεις ήταν συχνές. Η μόνη αποδεκτή πλέον μέθοδος είναι υπερηχογραφικά. Ο όγκος του τοπικού αναισθητικού που θα χρησιμοποιηθεί είναι συνήθως 20 cc. Μπορεί να γίνει και αμφοτερόπλευρος αποκλεισμός καθώς και να τοποθετηθεί καθετήρας. Η αναλγησία που δίνει ο εν λόγω αποκλεισμός είναι συνήθως για μεταγχειρητική περίοδο σε συνδυασμό με γενική αναισθησία. Ωστόσο από την πρακτική του συγγραφέα αλλά και από εργασίες (λίγες) που έχουν δημοσιευθεί μπορεί να σταθεί σαν stand alone αναισθησία για επεμβάσεις βουβωνοκήλης και ομφαλοκήλης.
Η κατανομή των νεύρων και η τεχνική φαίνεται στις παρακάτω εικόνες.







Field block

Είναι καθαρά υπερηχογραφικά καθοδηγούμενος αποκλεισμός και είναι η τροποποίηση του tap block. Βασίζεται στην αναγνώριση του εγκαρσίου μυός σε οποιοδήποτε σημείο της κοιλιάς και ανάλογα με τις χειρουργικές απαιτήσεις (δερμοτομιακή κατανομή) ενγχύεται τοπικό αναισθητικό το οποίο είναι σε μικρότερη ποσότητα απ'ότι στο tap block. Δηλαδή μπορούμε να αναισθητοποιήσουμε το κοιλιακό τοίχωμα ενγχύοντας σε πολλά σημεία. Αυτό μας δίνει την δυνατότητα πιο σίγουρη και πιο προσανατολισμένη αποκλεισμού.