

Diabetul zaharat reprezintă un factor de risc major pentru AVC în special pentru infarctul cerebral lacunar și înrăutățește evoluția acestuia. Incidența riscului de a face AVC ischemic variază în dependență de vîrstă și sex, raportul bărbați : femei constituind 1:3,3 cu vîrsta cuprinsă între 61-70 ani.

Bibliografie

1. Ayala C. et al., Sex differences in US mortality rates for stroke and stroke subtypes by race/ethnicity and age, 1995-1998. *Stroke* 2002; 33:1197-1201.
2. DeFronzo R.A., *International Textbook of Diabetes MELLITUS*. 3 rd ed. Chichester, West Sussex; Hoboken, NJ: John Wiley; 2004
3. DECODE Study Group. Will new diagnostic criteria for diabetes mellitus change phenotype of patients with diabetes? Reanalysis of European epidemiological data. *BMJ* 1998; 317: 371-375
4. Fuller J.H., Stevens L.K., Wang S.L., International variations in cardiovascular mortality associated with diabetes mellitus: the WHO Multinational Study of Vascular Disease in Diabetes. *Ann Med* 1996; 28:319-322.
5. Harris M., Flegal K.M., Cowie C.C., Eberhardt M.S., Goldstein D.E., Little R.R. et al., Prevalence of diabetes, impaired fasting glucose, and impaired glucose tolerance in U.S. adults. The Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994. *Diabetes Care* 1998; 21:518-524.
6. Heart Outcomes Prevention Evaluation (HOPE) Study Investigators. Effects of ramipril on cardiovascular and microvascular outcomes in people with diabetes mellitus: results of the HOPE study and MICROHOPE substudy. *Lancet* 2000 ; 355: 253- 259;
7. King H., Aubert R.E., Herman W.H., Global burden of diabetes, 1995-2025: prevalence, numerical estimates, and projection. *Diabetes Care* 1998; 21: 1414-1431.
8. PROGRESS Colaborativ Group. Randomized trial of a peridopril – based blood pressure-lowering regimen among 6,105 individuals with previous stroke or transient ischemic attack. *Lancet* 2001 ; 358: 1033 -1041.
9. Rathmann W., Haastert B., Icks A., Lowel H., Meisinger C., Holle R., Giani G., High prevalence of undiagnosed diabetes mellitus in Southern Germany: target populations for efficient screening – The Kora survey 2000. *Diabetologia* 2003; 46: 182-189.
10. Wild S., Roglic G., Green A., Sicree R., King H., Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care* 2004; 27: 1047-1053.
11. Wardlaw J.M., del Zoppo G.J., Yamaguchi T., Thrombolysis in acute ischemic stroke . In: *The Cochrane Library* , Issue 2. Oxford Update Software 2002;

HEMORAGIILE INTRACEREBRALE MINORE: ASPECTE CLINICE ȘI EVOLUTIVE

Lilia Coșciug

(Conducător științific, Dr.hab., prof. universitar, Academician D. Gherman)
Catedra Neurologie a USMF „Nicolae Testemițanu”, Institutul Neurologie și Neurochirurgie

Summary

Minor haemorrhagic stroke: clinical and evolutive aspects

The investigation on 108 patients allows us to conclude on the following: the clinical and the evolutionary peculiarities of the minor intra-cerebral haemorrhages were defined. There were found differences between the clinical symptoms and the evolution of the intra-cerebral haemorrhages in the debut on the opposite to those of big dimensions. In the debut there can be mentioned the same clinical manifestations in the ischemic stroke and the minor haemorrhagic stroke.

Rezumat

Cercetările efectuate pe un eșantion de 108 pacienți au permis evidențierea unor particularități clinice și de evoluție ale hemoragiilor intracerebrale de dimensiuni relativ mici. S-au constatat diferențe privind debutul, manifestările clinice și evoluția hemoragiilor intracerebrale minore versus cele masive. În aspect de debut se evidențiază similaritatea clinică a maladiei menționate cu ictusul ischemic.

Actualitatea temei

Hemoragiile cerebrale constituie una dintre problemele majore ale neurologiei moderne datorită frecvenței sporite, letalității înalte și a gradului de invalidizare a pacienților. Concomitent accidentul vascular cerebral hemoragic rămâne o urgență medicală neurologică care necesită abordare clinico-terapeutică diferențiată și oportună [10].

În SUA sunt înregistrate anual între 55.000 și 60.000 cazuri de AVC-hemoragice. Letalitatea fiind 40 – 50% cazuri. Circa 2.000.000 de americani în prezent suferă de consecințele AVC-urilor. Costurile anuale determinate de AVC-uri și consecințele acestora în SUA, astăzi se estimează la cca. 15 mlrd. dolari. Din aceste motive, profilaxia, depistarea precoce și tratamentul adecvat în momentul oportun sunt probleme prioritare de studiu ale neurologiei și neurochirurgiei moderne [2; 8; 9; 11]. Conform datelor relatate de specialiștii Institutului de Neurologie și Neurochirurgie din Republica Moldova, ictusurile hemoragice constituie 32,1% din toate accidentele vasculare cerebrale [Darea de seamă a INN]. Ictusurilor hemoragice de dimensiuni relativ mici le revine 15,3% din totalul celor hemoragice [3].

În ultimele decenii frecvența hemoragiilor intracerebrale treptat este în creștere. Aseastă maladie tot mai des afectează vîrsta de pînă la 50 de ani, deci este o problemă importantă de sănătate publică, ce constituie una din principalele preocupări ale practicii medicale și cercetării științifice actuale a patologiei umane din multe țări. Aceste preocupări sunt determinate de morbiditatea și mortalitatea ridicată pe care o determină afecțiunile vasculare cerebrale [4].

Experiența clinică proprie permite de a sublinia prezența unor particularități clinice, de evoluție și terapeutice pentru ictusurile hemoragice minore, care diferă atât de cele ischemice, cât și de cele hemoragice masive. Ținînd cont de frecvența relativ înaltă a IHM în structura AVC-urilor, precum și de faptul, că în literatura de specialitate patologia respectivă este foarte puțin elucidată se poate presupune, că problema în cauză merită atenția specialiștilor din domeniul neurologiei și neurochirurgiei.

Scopul lucrării a vizat studierea prospectivă a pacienților cu hemoragii intracerebrale de dimensiuni relativ mici pentru a evidenția particularitățile clinice și de evoluție ale acestora.

Material și metode

Întru realizarea scopului propus au fost investigați prospectiv, clinic și paraclinic (CT și/sau RMN) 108 pacienți cu accidente vasculare intracerebrale hemoragice minore pentru a confirma/exclude diagnosticul de AVC, precum și pentru a concretiza, localizarea focarului intracerebral, dimensiunile și volumul acestuia; pentru a urmări evoluția lui în corelare cu manifestările clinice. Drept criteriu principal de includere în grupul de studiu au fost dimensiunile hematomului. Acestea se calculau utilizînd formula matematică propusă de R. Kothari, (1996). Astfel, volumul hematomului (VH) = $A \times B \times C/2$ unde (A – cel mai mare diametru al hematomului; B – diametrul perpendicular axei A și, C – numărul secțiunilor CT cerebrale unde se vizualizează hematoma). În cazul cînd $A \times B \times C/2 = 3 \text{ cm}$, volumul hematomului constituie 20 ml, cînd $A \times B \times C/2 = 4,5 \text{ cm}$, volumul hematomului va fi corespunzător 50 ml [6]. În studiul au fost incluși bolnavii cu hematome de pînă la 3 cm în diametru, ceea ce corespunde unui volum de pînă la 20 ml.

Rezultate și discuții

Studiul realizat a demonstrat că, în 83% cazuri diagnosticul prezumtiv din biletele de trimitere ale medicilor neurologi din teritoriu stabilit pacienților cu accidente vasculare hemoragice minore s-a dovedit a fi eronat după efectuarea examenului neuroimagic CT sau/și RMN. În 82,4% de asemenea cazuri, maladia a debutat fără pierdere de conștiență. În tabloul

clinic predomina cefalea acută, mai rar nauseale și vomă. Doar în 15% cazuri în statutul neurologic au fost prezente simptomele meningiene. Simptomele neurologice în majoritatea cazurilor au evoluat treptat cu agravare de la hemipareză ușoară, până la hemiplegie, semnele patologice fiind obligatoriu prezente. Tabloul clinic descris anterior fiind similar cu cel al accidentelor vasculare ischemice, probabil și a fost cauza diagnosticării eronate în debut. Deficitul motor era diferit în funcție de localizarea hematomului. Astfel, când hematoul era în regiunea capsula interna – clinic se determina hemiplegie; dacă hematoul era amplasat în regiunile convexitale – în statutul neurologic putea fi urmărit deficit motor minim sau insuficiență piramidală.

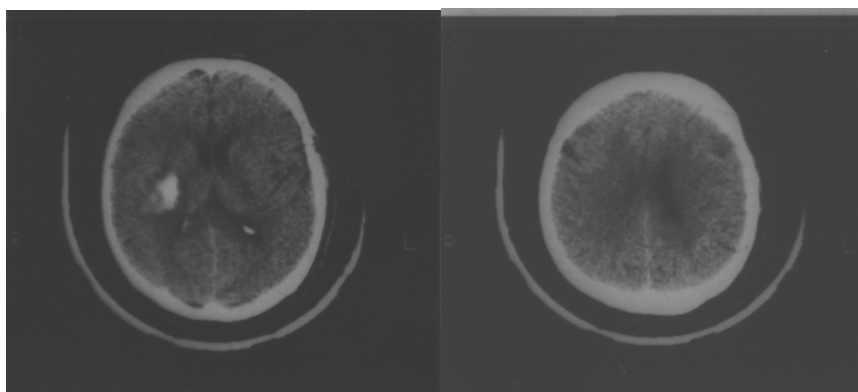
Experiența practică proprie, precum și investigațiile efectuate au demonstrat că, doar în baza examinării clinice neurologice, adeseori este foarte dificil de diferențiat accidentul cerebrovascular ischemic de cel hemoragic de dimensiuni relativ mici. Rolul decisiv în diagnosticul cert al accidentelor vasculare atât ischemice, cât și hemoragice, revine examenului neuroimagic (CT sau RMN).

Evoluția clinică a hemoragiilor intracerebrale de dimensiuni relativ mici corela atât cu dimensiunile, localizarea hematomului, cât și cu vârsta pacienților. Hematomul regresa mai rapid, corelând pozitiv cu restabilirea funcțiilor motorii la pacienții de vârstă mai tânără. La această categorie de bolnavi, în unele cazuri către ziua a 10 de la debut, volumul hematomului diminuea cu 30% sub influența tratamentului conservator complex, iar către ziua a 21 putea fi constatată chiar și rezorbția totală a hematomului.

În sursele de literatură cu referință la acest domeniu al neurologiei se relatează despre similaritatea datelor clinice de debut și evoluție a hematoamelor primare de dimensiuni relativ mici cu cele ischemice. De exemplu, R.C. Hinton, (1997) în compartimentul Ictusul din Manualul de Neurologie sub redacția lui Martin A. Samuels, remarcă că, hemoragiile în regiunea capsula interna după debutul clinic sunt foarte dificil de diferențiat de ocluzia în teritoriul a. cerebri media. Și dacă hemoragia este de dimensiuni relativ mici, atunci deficitul neurologic este minimal. În același context R.C. Hinton menționează că, hematoul de dimensiuni mici în punte clinic mimează o ischemie pontină [7].

În opinia lui Визир И.В., (2006) pot fi distinse trei tipuri de evoluție caracteristice hemoragiilor intracerebrale: (1) tipul acut – simptomele neurologice se dezvoltă fulminant pe fondal de conștiință confuză care în primele minute de la debut trece în comă. Acest tip a fost constatat la 70-80% dintre pacienții internați, dar realmente procentul acestor bolnavi este considerabil mai mare, deoarece mulți dintre ei decedază până la spitalizare; (2) tipul subacut – mai frecvent a fost înregistrat la bolnavii cu hematoame lobare (subcorticeale). Este caracterizat de un debut subacut, lent, insidios, fără dereglări de conștiință. Când volumul hematomului este de dimensiuni relativ mici, clinic această patologie mimează un AVC ischemic, ulterior, odată cu instalarea edemului cerebral apar semne flagrante de focar patologic și simptomatică de preangajare; (3) tipul cronic de AVC hemoragic se constată mai rar, evoluează lent, deoarece inundarea hemoragică a țesutului neuronal are loc per diapedesum. Acest tip de hemoragie este foarte dificil de-l diferențiat clinic de procesele tumorale, rolul decisiv în stabilirea diagnosticului revenind examenului neuroimagic [5].

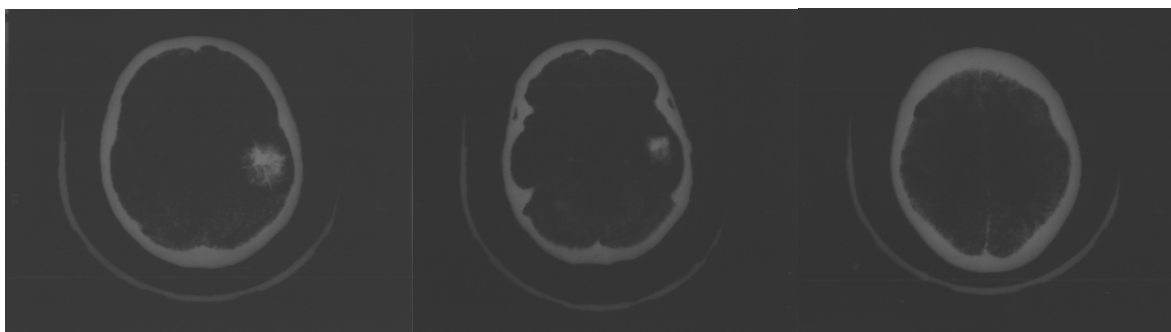
În activitatea practică cotidiană, ținând cont de datele privind etiopatogenia Avc-urilor hemoragice, pacienților cu ictusuri hemoragice minore li se administra tratament complex orientat spre: a) stimularea hemostazei; b) combaterea edemului perilobular; c) reducerea permeabilității peretelui vascular; d) stimularea antifibrinolizei; e) inhibiția proteazelor plasmatică; f) terapie de neurocitoprotecție; g) profilaxia vasospasmului. Rezultatele obținute au demonstrat că, tratamentul conservator al IHM, efectuat în conformitate cu criteriile expuse este eficient și corelează atât cu vârsta cronologică a pacientului, cât și cu localizarea focarului hemoragic. Pentru a obiectiviza aceste relații vom prezenta evoluția neuroimagică a IHM tratat conservator la pacienții de diferită vârstă (fig. 1 și 2).



Rezultatul investigații (la debut) prin CT a pacientului S. (45 ani) Accident cerebral vascular ictus hemoragic minor (2,1x2,0x1,6mm, în volum 3,63 cm³) în regiunea capsula interna dreaptă).

Rezultatul investigații repetate la a 21 zi de la debut prin CT a pacientului S. Rezorbție totală a hematomului.

Fig. 1. Evoluția ictusului hemoragic minor la pacienții cu vârsta de până la 60 ani



Rezultatul investigații (la debut) prin CT a pacientului K. 72 ani (Accident cerebral vascular ictus hemoragic minor (2,3x2,1x1,3mm, în volum 6,2 cm³). arteria cerebri media stînga)

Rezultatul investigații repetate la a 21 zi de la debut prin prin CT a pacientului K. Rezorbție parțială.

Rezultatul investigații repetate la interval de 2 luni la debut, prin CT a pacientului K. Rezorbție totală cu formarea unui chist posthemoragic.

Fig. 2. Evoluția ictusului hemoragic minor la pacienții cu vârsta de peste 60 ani

Datele prezentate permit să constatăm o evoluție și un pronostic mai favorabil al IHM la pacienții de vârstă relativ tânără. Concomitent, se evidențiază multiple mecanisme dismetabolice implicate în declanșarea AVC-urilor, inclusiv a celor de dimensiuni relativ mici, care constituie baza etiopatogenică a patologiei respective (obezitate, hiperglicemie, hiperlipidemie, proteinurie, hipertensiune arterială, microangiopatii diabetice avansate cu aspect de microanevrisme la fundul de ochi și probabil în alte regiuni ale patului vascular și, etc.). Administrarea tratamentului conservator, impune necesitatea de a lua în considerare momentele etiopatogenice menționate.

Manifestările clinice în AVC-urile hemoragice corelează direct cu dimensiunile hematomului și localizarea acestuia. În studiul realizat de către Chin-Sang Chung și coaut., (2000) au fost evidențiate particularitățile clinice și de evoluție ale hematoamelor plasate în sistemul striocapsular. În 11% cazuri (tipul anterior) cel mai frecvent se determină ruptură de vas cu inundarea în ventricul lateral cauzând cefalee severă, iar hemiparaliza ușoară contralaterală se

determina ocazional. Evoluția clinică în asemenea cazuri a fost cu rezultat excelent. Tipul mediu, care constituia 7% din numărul total de pacienți, cu plasarea hematomului în regiunea putamenală și globus pallidus frecvent se manifesta cu hemipareză contrlaterală cu devierea privirii spre focar. La aproximativ 50% dintre acești bolnavi s-a constatat recuperare motorie completă. Tipul postero-medial, care a constituit 4%, cu hematom în regiunea limbică și capsula interna clinic s-a manifestat prin dizartrie, hemipareză contrlaterală și deficit senzorial cu evoluție, în general, pozitivă. Tipul postero-lateral (33% cazuri) cu afectarea regiunii putamenale, capsulei interna și regiunea limbică posterioară clinic s-a manifestat cu hemipareză severă, dereglări de limbaj și stări confuzionale. Evoluția maladiei la acești pacienți a fost fără progresie negativă evidentă și fără cazuri letale. Tipul lateral (21%) cu hematoame relativ mari de formă elipsoidă cu inundație putamenală și insular-corticală prezenta dereglări de conștiență cu deficit motor contrlateral, dereglări de limbaj, având o evoluție relativ benignă, cu excepția hematoamelor masive. Tipul masiv (24%) cu afectarea totală a ariei striocapsulare în aspect clinic s-a manifestat cu dereglări senzoriale și motorii severe, cu tulburări de cunoștință de la confuzie până la stări comatoase, iar letalitatea a constituit 81%.

În studiul realizat de noi, 72% hematoame de dimensiuni relativ mici au fost plasate în regiunea capsulei interna, probabil, datorată particularităților de vascularizare a acestei zone cerebrale. Din datele de literatură, capsula interna este irigată sangvin de arteriolele Heubner, din sistemul arteriei cerebrale medii, reprezentând o rețea densă de arteriole multiple de diametru mic, ceea ce presupune frecvența crescută a hematoamelor minore capsulare [1].

Este de menționat că, simptomele clinice din debutul accidentelor cerebrovasculare hemoragice de dimensiuni relativ mici sunt similare celor din ictusurile ischemice, dar ulterior, se constata restabilirea funcțiilor motorii mult mai deplină, comparativ cu cea constatată, de regulă, la pacienții cu ischemii cerebrale.

Concluzii

1. Accidentele cerebrovasculare hemoragice de dimensiuni relativ mici, în debutul maladiei mimează clinic o ischemie cerebrală, conducând la erori diagnostice în cca. 83% cazuri;
2. Investigațiile efectuate au demonstrat că, doar în baza examinării clinice neurologice este dificil de diferențiat accidentul cerebrovascular ischemic de cel hemoragic de dimensiuni relativ mici, rolul decisiv pentru stabilirea unui diagnostic cert de accident vascular atâr ischemic, cât și hemoragic, revine examenului neuroimagic (CT sau RMN);
3. Hemoragiile intracerebrale de dimensiuni relativ mici, din studiul prezent mai frecvent au fost localizate în regiunea capsula interna;
4. Restabilirea funcțiilor motorii corela cu rezorbția hematomului (confirmată radioimagic) către ziua a 21 de tratament conservator, în special, la pacienții de vârstă relativ mai tânără.

Bibliografie

1. Chin-Sang Chung, Louis R. Caplan, Yasumasa Yamamoto, Hui Meng Chang, Soo-Joo Lee, Hee-Jung Song, Hye-Seung Lee, Hyun-Kil Shin and Kyung -Moo Yoo. Striatocapsular haemorrhage. Brain, Vol123, No. 9, 1850-1862, September 2000 Oxford University Press.
2. Feigin V, Lawes C, Bennett D. Anderson C. Stroke epidemiology. a review of population based studies of incidence, prevalence and case -fatality end the late 20th century. Lancet Neurol. 2003; 2:43-53.
3. Gherman D., Gavriliuc M., Elena Trubco. Ictusul hemoragic de dimensiuni minore: tratament de neuroprotecție. Lucrările simpozionului al VIII-lea al neurologilor Chișinău-Iași, 26 sept. 2003: 35-8
4. Godac A.G., Pinero G., Maria di Napoli. Predicting mortality in spontaneous intracerebral hemorrhage. Can modification to original score improve the prediction. Stroke. 2006;10:1161-1168

5. Визир И.В. Геморрагический инсульт (этиология, патогенез, диагностика и лечение). Глава в методических указаниях «Диагностика, лечение и профилактика мозговых инсультов», Запорожье, 2006: 52-65.
6. Kothari R.U., Brott T., Broderisck J.P. et al The ABCs of measuring intracerebral hemorrhage volumes Stroke. 1996; 27: 1304-1305
7. Manual of Neurologic Therapeutics Fifth Edition, Edited by Martin A. Samuels, MD, Little, Brown and Company, Boston/New Zork/ Toront/London, 1997: 121-34.
8. Sudlow C.L.M, Warlow C.P., Comparing stroke incidence wolrldwide: what makes studies comparable? Stroke. 1996; 27: 550-58;
9. Warlow C.P., Epidemiology of stroke. Lancet. 1998; 352 (suppl 3): SIII 1-SIII 4.
10. Wilsson O.G., Lindgren A., Brandt L., Saveland H. Prediction of death in patients with primary intracerebral hemorrhagi: a prospective study of a defined population. J Neurosurg. 200297:531-536
11. Wolf P.A.; Lannel W.B., Dawber T.R., . Prospective investigations: the Framingham study and the epidemiology of stroke. Adv. Neurol. 1978; 19: 107-120;

MANAGEMENTUL RADICULOPATIILOR LOMBARE DICOGENE CRONICE ȘI RECURENTE

Olga Șchiopu

Laboratorul Vertebroneurologie,
Institutul de Neurologie și Neurochirurgie
(Conducător științific: Academician Diomid Gherman)

Summary

Management of chronic and recurrent discogenic lumbar radiculopathies

Chronic low back pain represents approximately 5% from the total account of cases with low back pain , but cause the biggest costs of the treatment. Several therapeutical options exist for the treatment of chronic low back pain and they are analyzed in this study. Epidural steroid injection is a low-risk alternative to surgical intervention in the treatment of lumbar disc herniation. The objective of this study was to determine the comparative efficacy of epidural steroid injection in the treatment of patients with a symptomatic lumbar herniated nucleus pulposus who are surgical candidates.

Rezumat

Durerea lombară cronică reprezintă aproximativ 5% din toate cazurile de durere lombară, dar necesită cele mai mari costuri pentru tratament. Pentru durerea lombară cronică există câteva opțiuni de tratament și ele sunt analizate în acest studiu. Infiltrațiile epidurale cu corticosteroizi reprezintă o alternativă terapeutică cu cost redus față de intervenția chirurgicală în tratamentul pacienților cu hernii de disc lombare simptomatice.

Actualitatea temei

Durerea lombara este un sindrom clinic caracterizat prin durere localizata între linia subscapulara (limita superioară) și zona coccigiana (limita inferioară) care determină impotența funcționala la activitățile curente (mișcări, mers, activități cotidiene) ale pacientului, asociata sau nu, cu dureri iradiate în membrele inferioare (sciatica).

Dupa durata de evoluție, durerea lombară se clasifică în:

- durere acută, care durează <de 6 săptămâni;
- durere subacută, cu durata de evoluție între 6 și 12 săptămâni, și
- durere cronică, care evoluiază >12 săptămâni, sau are frecvente recurențe.