



Accidentul vascular cerebral ischemic (AVCI) – perturbare funcțională și/sau anatomică a țesutului cerebral, determinată de întreruperea sau diminuarea bruscă a perfuziei arteriale în zonele cerebrale, provocând necroza localizată a țesutului cerebral, ca consecință a deficitului metabolic celular, în raport cu reducerea debitului sangvin cerebral.

Codul bolii (CIM-10): I63.0 – I63.9

Clasificarea clinică

- AVCI tranzitor
- AVCI lacunar: motor; senzitiv; atactic; cu dizartrie și „stângăcia” mîinii
- AVCI constituit (infarct cerebral – major stroke)
- AVCI involutiv (minor stroke)
- AVCI în evoluție (stroke-in-evolution)

Informații utile

- **AVCI tranzitor (AIT)** – ischemie într-o zonă localizată a creierului, cu deficit motor < 24 ore, (de la cîteva minute – la cîteva ore), fără sechele.
- **AVCI involutiv** – ischemie cerebrală acută cu deficit motor > 24 de ore, cu involuție completă a acestuia timp de 21 de zile.
- **AVCI lacunar** – inițial se manifestă ca AIT/minor stroke, cu debut după o criză HTA acută, uneori are evoluție asimptomatică.
- **AVCI în evoluție** – evoluție lent-progredientă (ore – zile). Simptomele clinice persistă > 3 săptămîni, deficitul motor evoluează/regresează în aproximativ 30 de zile. În evoluție progredientă, poate evolua spre AVCI constituit.
- **AVCI constituit** – consecință a distrugerii neuronale în teritoriul vascular lezat, care se va manifesta clinic cu deficit motor cert instalat.

Profilaxia primară

Scopul – prevenirea primului eveniment vascular.

- Identificarea și reducerea factorilor de risc vascular:
 - ✓ controlul TA și tratamentul antihipertensiv;
 - ✓ controlul glicemiei pentru a reduce complicațiile microvasculare;
 - ✓ corecția dislipidemiei;
 - ✓ consilierea privind combaterea tabagismului, limitarea consumului de alcool;
 - ✓ controlul masei corporale.

Profilaxia secundară

Scopul – prevenirea evenimentelor vasculare repetate.

- Controlul TA și tratamentul antihipertensiv.
- Controlul glicemiei pentru a reduce complicațiile microvasculare.
- Corijarea dislipidemiei.
- Tratamentul antiagregant și anticoagulant pentru AVC.

Notă: Riscul AVCI constituit este cel mai înalt imediat după AIT sau AVC minor.

Factorii de risc

Factorii de risc nemodificabili

- Vîrstă
- Sexul
- Anamnestical familial de AVC sau AIT

- HTA
- Diabetul zaharat
- Patologia carotidiană

Factorii de risc modificabili

- Fibrilația atrială
- Dislipidemia
- Tabagismul
- Stilul alimentar
- Obezitatea
- Inactivitatea fizică
- Terapia hormonală postmenopauzală

Screening-ul

Identificarea riscului înalt de dezvoltare a AVCI, la pacienții cu episoade AIT în antecedente, în conformitate cu scorul ABCD:

A – age. Vîrstă. Vîrstă după 60 ani = 1 punct

B – blood pressure. TA. Sistolică > 140 sau diastolică > 90 = 1 punct

C – clinical features. Semnele clinice: slăbiciune unilaterală = 2 puncte; tulburări ale vorbirii fără slăbiciune = 1 punct; altele = 0 puncte.

D – duration of symptoms. Durata simptomelor: > 60 min = 2 puncte; 10-59 min = 1 punct; < 10 min = 0 puncte.

Scorul total: 0 puncte – risc minim; 4-5 puncte – risc intermediar; 6 puncte – risc maximal.

Cifre de referință: riscul dezvoltării AVC ischemic în primele 7 zile după AIT este de: 0 % în grupul cu < 4 puncte; 35,5% în 6 puncte.

Manifestările clinice

Prin evaluarea rapidă a feței, membrilor superioare și a capacității de vorbire a persoanei se poate suspecta sau nu AVC (probabilitate – 72%).

- **Fața** – asimetrie a feței (zîmbet, arătare a dinților).
- **Vorbirea** – dizartrie, dislalie.
- **Membrele superioare** – imposibilitatea de a ridica unul din brațe sau de a-l menține ridicat comparativ cu celălalt braț.

Simptomele caracteristice pentru AVC

- Senzație de amorțeală sau slăbiciune în regiunea feței, extremităților superioare/inferioare, unilaterală, instalată brusc.
- Tulburări de mers, tulburări de coordonare și posturale, instalate brusc.
- Confuzie mentală, tulburări de vorbire sau înțelegere, instalate brusc.
- Tulburări ale vederii uni- sau bilateral, instalate brusc.
- Cefalee severă instalată brusc, fără cauză evidentă.

Simptomele nepatognomonice, dar posibile în debutul AVC

- Cefalee, vertij.
- Greață sau vomă.
- Tremor al unei extremități.
- Amnezie.

Simptomele majore ale AVC

- Dereglare de conștiență: de la stare confuzională, obnubilare pînă la comă.
- Dereglări senzitive: parestezii unilaterale ale membrilor cu/sau fără parestezii faciale.
- Dereglări motorii, preponderent unilateral.
- Simptome vizuale: hemianopsie.
- Dereglări de limbaj: afazie motorie, senzorială, amnezică sau mixtă.
- Simptome cerebeloase: tulburări de coordonare.
- Simptome de lezare a trunchiului cerebral: diplopie, disfonie, disfagie, dizartrie, vertij.
- Crize paroxistice epileptice, tulburări sfinteriene, tulburări psihice.

Examenul paraclinic

- Analiza generală a sîngelui + trombocitele.
- ECG; echocardiografia, la posibilitate.
- Analiza biochimică a sîngelui (inclusiv ionograma (K, Na, Ca)).
- CT - diferențierea AVC-ului ischemic de cel hemoragic și aprecierea localizării anatomice.

Diagnosticul diferențial

	AVCI	AVCH
Sex/vîrstă	După 60 de ani.	Mai frecvent la bărbați, 40–60 ani.
Tensiune arterială	Mai des – la pacienții cu HTA, dar și cu TA normală/coborîtă.	De regulă – la pacienții cu HTA.
Moment de instalare	Mai des noaptea.	Mai frecvent în timpul zilei, în activitate.
Debut și evoluție	Semne prodromale prezente. Debut intermitent/ lent-progresiv.	Semne prodromale lipsesc. Debut brusc, brutal, dramatic.
Tulburări vegetative	Amețeli, cefalee, senzații de amorțire, furnicături.	Vomă, paroxisme convulsive.
Comă	De obicei lipsește/există dereglări superficiale, tranzitorii ale conștienței.	Abruptă, profundă, gravă, cu fenomene vegetative marcate.
Hipertermie	Absentă.	Precocă și ridicată.
Paroxisme epileptice	Absente.	Prezente.
Sindrom meningian		
Semne focale - deficit motor hemiplegic	Instalare lentă/intermitentă. Unilateralitate a simptomelor.	Instalare rapidă, precocă, cu hipertonie musculară.
Tulburări sfinteriene	Adeseori – păstrat controlul sfinterian.	Bilateralitate a simptomelor.
Devieră conjugată oculocefalică, anizocorie	Absente.	Prezente.
Reflexe osteotendinoase	În faza acută - abolite unilateral (opus focarului).	Abolite (chiar bilateral).

Notă: Există rare cazuri de debut brusc al atacului ischemic sau de instalare lent progresivă a hemoragiei, de aceea, deși modul de debut are o mare valoare pentru diagnosticul diferențial, acest simptom trebuie evaluat în contextul clinic general. De asemenea, o hemoragie puțin abundentă și care se oprește, poate evolua fără înconștiență și în acest caz diferențierea de accident ischemic devine dificilă. Criteriile de diagnostic diferențiat expuse în tabel sunt orientative pentru stabilirea diagnosticului clinic în imposibilitatea investigării imagistice. Pentru diagnostic definitiv, cert – este absolut obligatorie investigarea imagistică.

Tratamentul

Conduita în perioada acută

- Managementul pacientului cu AVC la domiciliu, în timp ce se așteaptă transportarea de urgență la spital, constă în asigurarea permeabilității căilor respiratorii și nu se recomandă administrarea:
 - lichidelor în exces;
 - remediilor antihipertensive, în special cu acțiune rapidă;
- În cazurile când pacientul cu AVC nu este transportat într-o IMS pentru asistență medicală spitalicească - tratamentul se inițiază la domiciliu!
 - soluțiilor de glucoză, decât în cazuri de hipoglicemie;
 - remediilor sedative, decât în strictă necesitate.

Tratamentul nemedicamentos

- Poziționarea corectă: (combaterea edemului și stazei venoase cerebrale): capul și 1/3 superioara a trunchiului sub un unghi de ~ 30 grade.
- Consumul lichidelor pentru corecția deshidratării și menținerea unui debit urinar adecvat.
- Regimul alimentar, restrâns pe parcursul primelor 1-2 zile, se extinde din conținutul alimentelor cu conținut bogat de vitamine, ușor asimilabile.
- Consumul băuturilor alcoolice și fumatul sunt strict interzise.
- În sindromul bulbar (disfagia) și/sau dereglări de conștiență – aplicarea sondei nazo - gastrice pentru alimentare.
- În caz de dereglări sfincteriene (retenție) – aplicarea cateterului urinar și monitorizarea volumului diurezei.
- Profilaxia escarelor (saltea antiescare, ciorapi antiescare, schimbarea poziției fiecare 3 ore).

Tratamentul medicamentos

Inițiere rapidă, de urgență, pentru încadrarea în "fereastra terapeutică" (< 3 ore) și limitarea efectului ischemiei cerebrale în faza acută.

Tromboliza se efectuează doar în unități specializate Stroke.

ANTIAGREGANTE

Acid acetilsalicilic - 160 – 300 mg/zi, în perioada acută; 300 - mg/zi, în perioada de stare.

Contraindicații: administrarea anticoagulantelor sau trombolizei.

- În contraindicații pentru anticoagulate orale - **Acid acetilsalicilic** - 325 mg/zi.
- În AVCI prin aterotromboza vaselor extracraniene - **Acid acetilsalicilic** - 300 mg/zi.
- În recurență a AVCI tratamentul cu **Acid acetilsalicilic** se asociază cu **Clopidogrel** - 75 mg/zi sau **Dipiridamol prolongat** - 250mg/zi, în 2 prize.

ANTICOAGULANTE

- Pacienților cu fibrilație atrială non-valvulară:

Warfarină - doza de atac 10-15 mg/zi; doza de întreținere 2,5 -7,5 mg/zi. Efectul apare în 37-60 ore. Este maxim la 5-7 zile sau

Acenocumarol - doza de atac 4 mg/zi; doza de întreținere 2 mg/zi. Efectul apare în 24 -36 ore. Este maxim la 48-72 ore.

Notă: După stabilirea dozei optime și obținerea unei anticoagulări eficiente IP se va controla lunar. Valoarea IP sub tratament anticoagulant se va menține la 40-60%.

- La pacienții cu alte surse cardioembolice și risc înalt pentru recurență tratamentul anticoagulant oral se instituie sub heparinoterapie în staționar.
- La pacienții cu oricare AVC cardioembolic, terapia anticoagulantă este inițiată în 48 ore – 2 săptămâni de la debut (cu excepția cazurilor când este contraindicată). Doza se ajustează în dependență de expresia clinică, dimensiunea neuroimagică a leziunii, patologia cardiacă concomitentă.
- La pacienții cu AVCI și proteză valvulară suplimentar la tratamentul anticoagulant se administrează antiagregante.
- La pacienții cu AVCI și risc înalt pentru dezvoltarea trombozei venoase profunde se inițiază profilaxia cu Heparina (5000 UI X 2 ori/zi s.c.).

Tratamentul edemului cerebral sever (conduita la domiciliu pentru pacienți netransportabili)

- Tratamentul de elecție a hipertensiunii intracraniene: **Manitol** 20% i.v. (0,25 – 0,5 g/kg, pe durata a 4 ore). Dat fiind faptul, că dezvoltă fenomenul de rebound (retenție hidrosalină și edeme la întreruperea bruscă) se administrează nu mai puțin de 5 zile.
- Furosemid** - în doză de 10 m, fiecare 2 – 8 ore, concomitent cu diureticile osmotice.

Notă: Diureticele osmotice nu sunt recomandate ca măsură generală de tratament în AVCI acut. Se administrează în caz de edem cerebral sever. Neuroprotectoarele și Corticosteroizii nu sunt recomandate în faza acută a AVCI.

Tratamentul simptomatic în funcție de factorul etiopatogenic

- Controlul TA și tratamentul antihipertensiv.
- Controlul glicemiei, dislipidemiei.
- Tratamentul antiaritmie, antiagregant și anticoagulant

Terapia de recuperare

- Fizioterapie, masaj + kinetoterapie (combaterea sedentarismului, escarelor).

- Terapie ocupațională (extinderea abilităților și deprinderilor) și terapie psihosocială.

Referirea la specialist

- Necesitatea confirmării diagnosticului.

- Necesitatea ajustării tratamentului medicamentos.

Criteriile de spitalizare

- Pacienții cu AVCI necesită spitalizare în departamentul specializat STROKE sau IMS pentru tratament în staționar.
- Pacienții cu AIT în anamneză (mai mult de 4) necesită internare urgentă.
- Pacienții cu scorul ABCD ≥ 4.

Notă: În caz de dereglare a conștienței pacientul imediat va fi transportat de AMU în cea mai apropiată IMS, care dispune de medic reanimatolog și utilaj de respirație asistată.

Pacientul nu este spitalizat în următoarele cazuri

- Refuz al pacientului sau îngrijitorilor autorizați.
- Comorbiditate severă cu pronostic pentru viață rezervat.
- Pronostic nefavorabil pe termen scurt (risc maximul de deces în primele ore).

Notă: Tratamentul se va continua la domiciliu sub supravegherea medicului de familie în comun cu medicul specialist (neurolog).

Supravegherea

- Se va efectua de către medicul de familie în comun cu medicii specialiști (neurolog, reabilitolog, fizioterapeut, psiholog etc.)
- Periodicitatea controlului eficacității tratamentului se va întocmi în mod individual pentru fiecare pacient, în dependență de evoluția bolii și/sau survenirea complicațiilor bolii de bază și ale tratamentului.

Evoluția și prognosticul

- Din pacienții cu AVCI 20% decedează în staționar.
- La pacienții cu AVCI de regulă rata de supraviețuire este mult mai înaltă.
- Prognosticul pentru viață în subtipurile AVCI: embolic (risc maxim), trombotic și lacunar (risc redus).
- Rata recuperării funcționale este mai înaltă după AVCH.

Abrevierile folosite în document:

AIT – accidentul ischemic tranzitoriu
ALAT – alaninaminotransferaza
AMU – asistența medicală urgentă
ASAT – aspartataminotransferaza

AVC – accidentul vascular cerebral
AVCH – accidentul vascular cerebral hemoragic
AVCI – accidentul vascular cerebral ischemic
CT – tomografia computerizată

ECG – electrocardiografia
IMS – instituția medico-sanitară
IP – indexul protrombinic
i.v. – intravenos

HTA – hipertensiunea arterială
s.c. – subcutan
TA – tensiunea arterială