

ΑΓΓΕΙΑΚΑ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ

Κοντοκώστας Κίμων

Ειδ. Νευρολόγος, Γ.Ν.Θ.Π. "Η Παμμακάριστος"

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια συνιστούν οξεία εγκατάσταση νευρολογικής σημειολογίας οφειλόμενης σε διαταραχή της αιμάτωσης του εγκεφάλου. Στην Ευρώπη αποτελούν μείζονα παράγοντα νοσηρότητας και μακροχρόνιας αναπηρίας καθώς έχει υπολογιστεί ότι με την πάροδο ενός έτους από την εκδήλωση ενός αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου, μόλις το 1/3 των ασθενών έχει εμφανίσει σχετικά ικανοποιητική αποκατάσταση. Επιπρόσθετα θεωρούνται το 2^ο συχνότερο αίτιο άνοιας, το 1^ο αίτιο εμφάνισης επιληπτικών κρίσεων σε ηλικιωμένους ενώ σε υψηλό ποσοστό σχετίζονται με την εκδήλωση καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Οι κλινικές εκδηλώσεις των αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων εξαρτώνται από την εντόπιση της βλάβης στο εγκεφαλικό παρέγχυμα και ως εκ τούτου από το προσβεβλημένο αγγείο. Δύο συστήματα (καρωτιδικό και σπονδυλοβασικό) συμμετέχουν στην αγγείωση του εγκεφάλου ενώ η ρύθμιση της εγκεφαλικής αιματικής ροής ρυθμίζεται από ποικίλους εξωκρανιακούς και ενδοκρανιακούς παράγοντες με τους κυριότερους να είναι η καρδιακή λειτουργία στο σύνολό της, η συστηματική αρτηριακή πίεση, η γλοιότητα του αίματος, ο κορεσμός αυτού σε οξυγόνο και διοξείδιο του άνθρακα, οι ανατομικές παραλλαγές των αγγείων του εγκεφάλου, η αρτηριοσκλήρυνση και η ενδοκράνια υπέρταση.

Η ταξινόμηση των αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων περιλαμβάνει τα ισχαιμικά, τα κενотоπιώδη, τα αιμορραγικά και τα οφειλόμενα σε προσβολή του φλεβικού συστήματος. Τα ισχαιμικά αγγειακά εγκεφαλικά διακρίνονται περαιτέρω σε παροδικά (η σημειολογία διαρκεί από 5 min έως 24h), τα αναστρέψιμα (διάρκεια >24h με πλήρη όμως αποκατάσταση), τα εγκατεστημένα και τα εξελισσόμενα (σαφής επιδείνωση κατά τις πρώτες ημέρες μετά την εγκατάστασή του). Τα αιμορραγικά εάν εντοπίζονται εντός του παρεγχύματος καλούνται ενδοεγκεφαλικές αιμορραγίες, ενώ εάν το αίμα έχει εξαγγειωθεί στον υπαραχνοειδή χώρο πρόκειται για υπαραχνοειδή αιμορραγία.

ΙΣΧΑΙΜΙΚΑ ΑΓΓΕΙΑΚΑ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ

Τα ισχαιμικά ΑΕΕ αποτελούν εξαιρετικά επείγον περιστατικό καθώς έχει αποδειχθεί ότι όσο συντομότερα τεθεί η διάγνωση και γίνει η έναρξη της απαραίτητης θεραπείας τόσο ευνοϊκότερη θα είναι η έκβαση για τον ασθενή. Η επίσπευση στην προκειμένη περίπτωση έγκειται σε σημαντικό βαθμό στην έγκαιρη υποψία από τον ασθενή, τους οικείους του και το προσωπικό του ΕΚΑΒ και την έγκαιρη μεταφορά σε εξειδικευμένα κέντρα αντιμετώπισης. Ένα τεστ υψηλής ευαισθησίας είναι η δοκιμασία Face-Arm-Speech (πτώση γωνίας στόματος, αιφνίδια μυϊκή αδυναμία, δυσαρθρία ή αφασικές διαταραχές) που δύναται να αποκαλύψει την εγκατάσταση ενός ισχαιμικού ΑΕΕ και να οδηγήσει στην κλήση βοήθειας. Με την έλευση του ασθενούς στα νοσοκομειακά ΤΕΠ αφού γίνει η αρχική εκτίμηση της αναπνευστικής και καρδιακής λειτουργίας και σταλεί βασικός εργαστηριακός έλεγχος, θα πρέπει εντός 45 λεπτών να διενεργηθεί απεικονιστικός έλεγχος με αξονική τομογραφία εγκεφάλου (CT). Η χρησιμότητα της CT έγκειται στον αποκλεισμό ύπαρξης αιμορραγίας· τα ισχαιμικά ΑΕΕ σε σημαντικό ποσοστό είναι δυνατό να μην απεικονιστούν στη CT εγκεφάλου κατά τις πρώτες 48 ώρες. Ακόμη και στην περίπτωση της μη απεικόνισης των τελευταίων, επί αποκλεισμού ενδοπαρεγχυματικής αιμορραγίας σε συνδυασμό με υψηλή κλινική υποψία γίνεται έναρξη αγωγής. Η θεραπεία των ισχαιμικών ΑΕΕ συνίσταται στη θρομβόλυση (πραγματοποιείται σε λίγα εξειδικευμένα κέντρα και μικρό ποσοστό ασθενών πληρούν τα κριτήρια για τη λήψη αυτής) και στη χορήγηση αντιαιμοπεταλιακών παραγόντων (στην οξεία φάση μόνο ασπιρίνη). Η θρομβόλυση μπορεί να πραγματοποιηθεί με ασφάλεια μόνο εντός τριών ωρών από την εγκατάσταση του εγκεφαλικού εμφράκτου και μόνον εάν ο ασθενής δεν έχει ιστορικό πρόσφατης αιμορραγίας (πεπτικό, ουροποιητικό, αιμορραγικό

ΑΕΕ, μεγάλο χειρουργείο), λήψης αντιπηκτικών, επηρεασμένων χρόνων ροής και πήξης και εφόσον δεν παρουσιάζει υψηλές τιμές αρτηριακής πίεσης (<185/110), υπογλυκαιμία ή υπεργλυκαιμία. Ο μόνος θρομβολυτικός παράγοντας που χρησιμοποιείται αυτή τη στιγμή είναι η rtPA για 24h μετά τη χορήγηση της απαγορεύεται η χορήγηση οποιασδήποτε αντιθρομβωτικής αγωγής. Στην περίπτωση που δε είναι εφικτή η θρομβόλυση, θα χορηγηθεί ασπιρίνη (160-325mg) στην οξεία φάση του ΑΕΕ και αντιπηκτική αγωγή στην περίπτωση που το ΑΕΕ είναι εμβολικό (κολπική μαρμαρυγή, μύζωμα κόλπου). Η χορήγηση ηπαρίνης χαμηλού μοριακού βάρους ή άλλων ηπαρινοειδών δεν έχει ένδειξη πέρα από την προφύλαξη για την εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση και την πνευμονική εμβολή.

Η ολοκλήρωση του ελέγχου ενός ασθενούς με ισχαιμικό ΑΕΕ θα περιλαμβάνει την απεικόνιση των αγγείων του τραχήλου (triplex) και του εγκεφάλου (CTA, DSA, TCD), τον πλήρη καρδιολογικό έλεγχο (u/s καρδιάς, Holter ρυθμού), έλεγχο λιπιδίων και ομοκυστεΐνης και στην περίπτωση που δεν υπάρχουν εμφανείς προδιαθεσικοί παράγοντες θα προβούμε σε έλεγχο θρομβοφιλίας, κολλαγονικών νοσημάτων, ιογενών λοιμώξεων και γενετικών μεταλλάξεων.

Καθότι στη σύγχρονη ιατρική, η πρόληψη διαδραματίζει καίριο ρόλο, η μείωση της επίπτωσης των ισχαιμικών ΑΕΕ ξεκινά από την πρωτογενή πρόληψη αυτών. Πιο συγκεκριμένα συνιστάται ο τακτικός έλεγχος των τιμών της Α.Π. η οποία θα πρέπει να ρυθμίζεται σε τιμές <140/85 mmHg (<130/80 για διαβητικούς ασθενείς), ο έλεγχος των τιμών του σακχάρου του αίματος, ο έλεγχος της χοληστερίνης (LDL<150 mg/dl), η διακοπή του καπνίσματος και της κατάχρησης αλκοόλ, η συχνή σωματική άσκηση, η απώλεια βάρους, η κατανάλωση φρούτων και λαχανικών. Όσον αφορά τη χρήση αντιαιμοπεταλιακής αγωγής, συνιστάται η λήψη μικρών δόσεων ασπιρίνης σε γυναίκες >45 ετών χωρίς κίνδυνο αιμορραγιών εκ του ιστορικού τους και σε ασθενείς με ασυμπτωματική στένωση καρωτιδίων έως 50%. Σε ασθενείς >65 ετών με κολπική μαρμαρυγή συνιστάται η χορήγηση αντιπηκτικής αγωγής. Στο επίπεδο της δευτερογενούς πρόληψης συνιστάται η χορήγηση πιογλιταζόνης σε διαβητικούς ασθενείς, η χορήγηση σιμβαστατίνης ως αντιλιπιδαιμικού παράγοντα σε ασθενείς με προηγμένη μη εμβολικό ΑΕΕ, η θεραπεία με αντιαιμοπεταλιακά (ασπιρίνη, κλοπιδογρέλη, συνδυασμός ασπιρίνης-διπυριδαμόλης), η αντιπηκτική αγωγή σε πάσχοντες από κολπική μαρμαρυγή και η καρωτιδική ενδαρτηρεκτομή σε ασθενείς με στένωση >70%. Τα ανωτέρω θα πρέπει να συνδυάζονται με αυστηρή υγιεινοδιαιτητική αγωγή.

ΆΛΛΕΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΩΝ ΕΠΕΙΣΟΔΙΩΝ

Τα δεύτερα σε συχνότητα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια είναι τα αιμορραγικά τα οποία οφείλονται σε ρήξη ενδοκράνιου αγγείου και ως επί το πλείστον επισυμβαίνουν στο έδαφος αρτηριακής υπέρτασης, αγγειακών δυσπλασιών (ανευρύσματα, αρτηριοφλεβώδεις δυσπλασίες), νεοπλασμάτων του εγκεφάλου, χρήσης αντιπηκτικών ουσιών ή διεγερτικών ουσιών (κοκαΐνη, αμφεταμίνες) ενώ σε αρκετές περιπτώσεις υπάρχει ρευματολογικό υπόστρωμα (αγγειίτιδες). Εκδηλώνονται με θορυβώδη εικόνα (κεφαλαλγία, αυτόματοι έμετοι, διαταραχή επιπέδου συνείδησης, κώμα. Η θεραπευτική αντιμετώπιση στοχεύει στην εξασφάλιση των ζωτικών λειτουργιών, τον έλεγχο της αυξημένης αρτηριακής πίεσης και στην αντιμετώπιση των επιπλοκών (οίδημα, επιληπτικές κρίσεις).

Η αρτηριακή υπέρταση είναι το αίτιο και των κενотоπιωδών ΑΕΕ η διάγνωση των οποίων βασίζεται στην ύπαρξη άφθονων, μικρής διαμέτρου εμφράκτων-κοιλοτήτων. Εάν συνυπάρχει και ατροφία και γλοίωση της λευκής ουσίας πρόκειται για τη νόσο Binswanger). Κλινικά εκδηλώνεται με ανοϊκή συμπτωματολογία και συνδυασμό πυραμιδικής και εξωπυραμιδικής διαταραχής. Ειδική θεραπεία δεν υπάρχει ενώ ουσιώδης είναι η πρόληψη με τον έλεγχο της ΑΥ.

Εν κατακλείδι η πρόληψη και η ευαισθητοποίηση όλων για την επικινδυνότητα και τον υψηλό επιπολασμό των ΑΕΕ συνιστούν το πιο καίριο βήμα στην προσπάθεια αντιμετώπισης ενός μείζονος προβλήματος δημόσιας υγείας. Η ενημέρωση του κοινού και η ετοιμότητα στη διάκριση σημείων ενδεικτικών ΑΕΕ θα πρέπει να αποτελεί μέριμνα και καθημερινότητα όλων μας, μην ξεχνώντας το δόγμα ότι ο χρόνος που περνά από την εγκατάσταση ενός εγκεφαλικού μέχρι τη λήψη θεραπείας είναι εις βάρος της διάσωσης του εγκεφάλου και της εξασφάλισης της επιβίωσης αρχικά και της αποκατάστασης αργότερα.