

MANIFESTĂRI DE TIP ATAC ISCHEMIC CEREBRAL TRANZITOR (AIT) ÎN UNELE BOLI NEUROLOGICE ȘI PSIHICE

P. Mihancea, M. Sabău, A. Iova, N. Havași
Facultatea de Medicină și Farmacie, Oradea

REZUMAT

Introducere. Atacul ischemic cerebral tranzitor (AIT) se definește ca un episod scurt de disfuncție neurologică cauzată de o ischemie focală cerebrală sau retiniană, cu simptomatologie clinică tipică, de multe ori intermitentă, a cărei durată nu depășește o oră, fără evidențierea unui infarct cerebral acut. De cele mai multe ori AIT este de origine arterială, dar sunt cazuri când acesta apare în debutul unor alte boli neurologice nevasculare și psihice.

Scopul lucrării este de a arăta care sunt bolile neurologice nevasculare și psihice cu manifestare la debut de AIT (la internare).

Material și metodă. Studiul a fost efectuat pe 100 de bolnavi din Clinica de Neurologie Oradea, internați cu diagnosticul de AIT în primele 6 luni ale anului 2005.

Rezultate și discuții. Din totalul celor 100 de bolnavi, 80% au prezentat AIT de origine vasculară, iar 20% au prezentat simptomatologie AIT, dar s-a dovedit după investigații paraclinice că sunt alte boli neurologice nevasculare sau psihice. Astfel, 7% au fost vertijie labirintice, 5% crize epileptice, 3% tumori cerebrale, 3% hipoglicemie, 1% migrenă și 1% tulburări nevrotice.

Concluzii. Diagnosticul de AIT este un diagnostic de internare frecvent. Majoritatea (80%) sunt de origine vasculară. Totuși, există 20% dintre pacienți care, în urma investigațiilor paraclinice, s-au dovedit a avea alte boli neurologice nevasculare și psihice.

Cuvinte cheie: atac ischemic tranzitor; accident vascular cerebral; boli neurologice și psihice nevasculare

ABSTRACT

Introduction. Transitory stroke (TS) represents an episode of cerebral dysfunction, which induces the appearance of focal neurological signs, which occur often intermittently, with a variable period of time, between 2 to 15 minutes, but always less than 1 hour. Most of the TS have an arterial origin, but there are cases in literature described, when they might appear at the beginning of the neurological non-vascular or psychic diseases.

Aims of study is to show the neurological non-vascular and psychic diseases which present at the moment of hospitalizing the clinical signs of TS.

Material and method. The study was made on a batch consisting of 100 patients from the clinic of Neurology from Oradea, hospitalized with the diagnose of TS during the first 6 months of the current year (2005).

Results and discussions. From all of the 100 patients, 80% of them were recorded with TS of a vascular origin, while the rest of 20% presented the symptomatology of a TS, but after having exhausted the paraclinical investigations, the conclusion was drawn that they were other neurological non-vascular or psychological diseases. Therefore, 7% of them were classified as labyrinthine vertigos, 5% epileptic seizures, 3% cerebral tumors, 3% hypoglycaemic episodes, 1% migraines and 1% neurotological disorders.

Conclusions. TS is a frequently-used interning diagnose. The majority of TS (80%) have a vascular origin. Still, there is a 20 percentage of patients who were found with other non-vascular neurological or psychological diseases, diagnosed due to paraclinical investigations (laboratory findings).

Key words: transitory stroke; non-vascular; neurological and psychiatric disease

INTRODUCERE

Atacul ischemic cerebral tranzitor (AIT) se definește ca un episod scurt de disfuncție neurologică cauzată de o ischemie focală cerebrală sau retiniană, cu simptomatologie clinică tipică, de multe ori intermitentă, a cărei durată nu depășește o oră, fără evidențierea unui infarct cerebral acut.

Să trecem în revistă istoricul definiției AIT dată de către diferiți autori și instituții specializate.

În 1971, un comitet de experți OMS definește AIT ca o instalare bruscă a unor episoade cu caracter repetitiv de perturbare a unor funcții cerebrale, determinate de o insuficiență temporară a irigației sanguine, într-o regiune limitată a creierului și care dispare complet după 24 de ore (1). În 1975, Institutul

Național din Health definește AIT ca fiind un episod reversibil de disfuncție cerebrală de origine vasculară, care se manifestă prin semne neurologice de focar, cu o durată variabilă, de obicei 2-15 minute, fără să depășească 24 de ore (2). Aceste definiții, deși relevă caracteristicile principalele ale acestui tip de ischemie sunt însă pretabile la unele discuții cu privire la durata și caracterul focal al manifestărilor clinice.

În 1979, I. Cincă, C. Popa și M. Țicmeanu pledează pentru încadrarea în AIT a manifestărilor clinice globale, cât și a celor care depășesc 24 de ore, cu condiția reversibilității lor totale, într-o perioadă de 1-3 zile (3, 4).

În 2002, Grupul TIA Yorking a redefinit AIT ca un episod scurt de disfuncție neurologică cauzat de o ischemie focală cerebrală sau retiniană, cu simptoma-

tologie clinică tipică, a cărei durată nu depășește 1 oră, fără evidențierea unui infarct acut (5). Această definiție a fost considerată de toți neurologii cea mai bună și după ea ne-am ghidat și noi în lucrare.

Cu toate că AIT crește riscul pentru un AVC complet, s-a demonstrat în ultima perioadă că prezența AIT înaintea unui AVC complet, în același teritoriu arterial, realizează un fenomen de toleranță ischemică focală, constituind o neuroprotecție și permițând o mai bună recuperare (6, 7, 8).

Simptomatologia clinică a AIT include o gamă variată de manifestări clinice cu următoarele caracteristici:

1. Instalarea în mod brusc a simptomelor, acestea atingând intensitatea maximă în câteva minute;
2. Caracterul deficitar al fenomenelor clinice, foarte rar sub formă de manifestări excitatorii;
3. Durata variabilă a atacurilor este scurtă, de ordinul minutelor. Dyken într-un studiu de 912 cazuri de AIT găsește durata medie a perturbărilor clinice de 14 minute în sistemul carotidian și de 8 minute în cel vertebro-bazilar, iar în 90% dintre cazuri nu depășește 6 ore;
4. Reversibilitatea totală a simptomatologiei clinice, ceea ce determină în majoritatea cazurilor lipsa manifestărilor neurologice obiective în perioada intercritică;
5. Caracterul repetitiv al crizelor este întâlnit în special în cazul stenozelor, având frecvență mai ridicată în primul an după debut. Dyken constată recurența atacurilor pe o perioadă de 14 luni de la debut în 56% dintre cazuri în sistemul vertebro-bazilar și în 40% în cel carotidian. Hutchinsonson și Acheson indică 80% din AIT atacuri repetitive (9).

AIT în sistemul carotidian se caracterizează prin următoarele manifestări:

1. Hemipareză și mai rar hemiplegie ce sunt frecvent întâlnite și prezintă o intensitate și o topografie foarte variate;
2. Tulburări senzitive care sunt de regulă unilaterale și îmbracă o topografie locală, apărând sub formă de parestezii, hipoestezii, senzații de membru mort. Apariția lor paroxistică și lipsa altor semne clinice fac dificilă diferențierea lor de crizele focale senzitive.
3. Tulburări afazice sub formă de anartrie, jargonofazie, anomie;
4. Cecitate monoculară tranzitorie, care este considerată ca semnul cel mai caracteristic pentru ischemia carotidiană;

AIT în sistemul vertebro-bazilar cuprinde o gamă largă de semne. Următoarele pot fi considerate evocatoare pentru AIT – vertebro-bazilar:

1. Vertijul constituie, după cei mai mulți autori, semnul cel mai frecvent și adesea cel mai precoce.

Problema importantă este diferențierea dintre vertijul din AIT-vertebro-bazilar și vertijul periferic, care este însoțit de fenomene acustice. Întrucât alături de ischemia focală cerebrală, în geneza vertijului izolat participă multe alte cauze, s-a propus de a exclude vertijul izolat din simptomatologia AIT-VB. El trebuie luat în considerare numai în cazurile în care se însoțește și de alte semne evocatoare pentru suferința trunchiului cerebral ca: diplopie, deficit motor, parestezii faciale și ataxie;

2. Tulburări de motilitate în basculă;
3. Tulburări de sensibilitate ca, parestezii sau dureri faciale, periorale și linguale;
4. Tulburări de vedere bilaterale;
5. Deficite pasagere de nervi cranieni bilaterale;
6. Deficite pasagere de nervi cranieni unilaterale;
7. Crizele de drop attacks;
8. Tulburări ataxice;
9. Alte semne ca: cefalee occipitală, grețuri, vărsături, sughit, surditate etc. (9).

Există autori care susțin și în prezent existența AIT global, care se caracterizează prin asocierea concomitentă a tulburărilor din AIT carotidian cu cele din sistemul vertebro-bazilar, pierdere de cunoștință episodică de durată variabilă, în general scurtă, neînsoțită de fenomene convulsivante, stări confuzive episodice și ictusul amnezic (9).

SCOPUL LUCRĂRII

Scopul lucrării este de a arăta care sunt bolile neurologice nevasculare și psihice cu manifestare clinică de AIT.

MATERIAL ȘI METODĂ

Studiul a fost efectuat pe 100 de bolnavi internați de urgență, cu diagnosticul de AIT, în Clinica de Neurologie din Oradea, în primele 6 luni ale anului 2005.

REZULTATE ȘI DISCUȚII

Din totalul de 100 de bolnavi, 80% au prezentat AIT de origine vasculară, iar 20% au prezentat simptomatologia AIT, dar în urma investigațiilor paraclinice s-a dovedit că sunt alte boli neurologice sau psihice (figura 1).

Diagnosticile au fost puse în urma investigațiilor paraclinice ca: examen LCR, fund de ochi, probe vestibulare, EEG, examene de laborator, echo doppler pe carotide și vertebrale, arteriografie cerebrală, tomograf computerizat cranian, rezonanță magnetică nucleară cerebrală, examen psihologic și psihiatric.

Din cei 80 de bolnavi cu AIT vascular, 60% au prezentat simptomatologie AIT carotidian și 40% simptomatologia AIT vertebro-bazilar (figura 2).

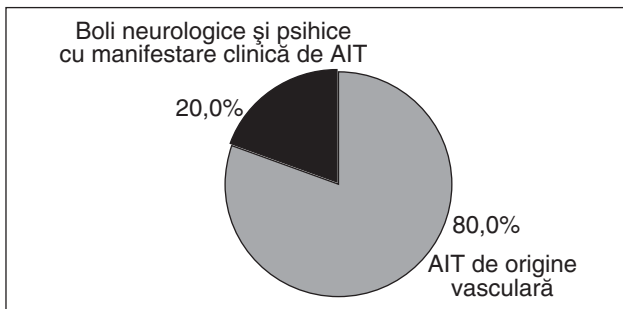


Figura 1

Cele 20 de procente dintre bolnavii cu AIT nevascular au fost împărțite astfel: 7% cu vertij labirintic, 5% cu crize epileptice, 3% cu tumori cerebrale, 3% cu hipoglicemie, 1% cu migrenă și 1% cu tulburări nevrotice (figura 3).

Vertijele labirintice au fost diagnosticate după examenul ORL cu probe vestibulare instrumentale, majoritatea s-au manifestat asociate cu fenomene cohleare și vegetative, vârsta bolnavilor a fost sub 50 de ani și nu au fost însoțite de alte semne de suferință cerebrală.

Crizele epileptice au fost focale senzitive și afazice. Crizele jacksoniene senzitive prezintă o tendință de iradiere din aproape în aproape, spre deosebire de cele din AIT, care cuprind brusc întreg teritoriul interesat.

Crizele afazice izolate sunt greu de diferențiat de cele din AIT, dar bolnavii noștri au mai prezentat în antecedente și alte fenomene comițiale, ca absențe și crize psihomotorii. De un real ajutor în diagnosticare a fost EEG, executată intercritic.

Cele 3 cazuri de tumori cerebrale (2 meningioame și un gliom) au debutat prin deficite tranzitorii. Particularitățile deficitelor au fost: instalarea lor mai progresivă, dispariția lor mai lentă, la care s-au adăugat în cele din urmă modificările EEG, CT și RMN, care au decis diagnosticul. Hipoglicemiile au apărut la 2 diabetici și 1 consumator de alcool. Bolnavii au prezentat la internare transpirații, manifestări senzitive localizate și au fost diagnosticate după efectuarea în secție a glicemiei.

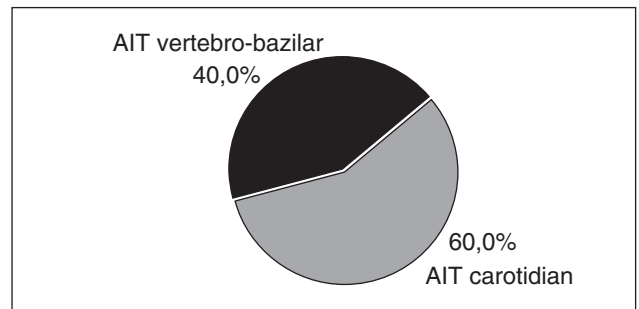


Figura 2

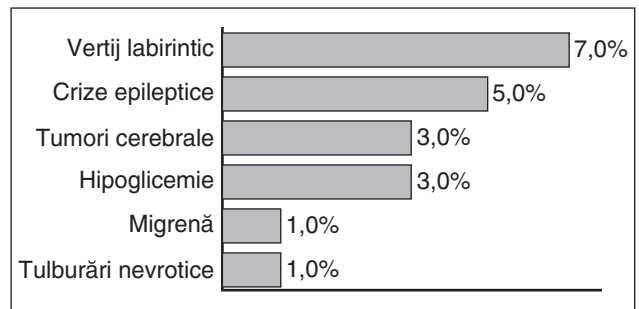


Figura 3

Diagnosticul de migrenă și cel de tulburare nevrotică a fost pus după câteva zile de investigații paraclinice, mai ales că bolnavii aveau 55 și respectiv 60 de ani, vârste frecvent atinse de AVC. În favoarea migrenei au fost și antecedentele personale și familiale, iar bolnavul cu tulburare nevrotică a mai fost internat în secția de psihiatrie și prezenta factori conflictuali psihogeni.

CONCLUZII

Diagnosticul de AIT cerebral este pus la internare destul de frecvent, majoritatea (80%) sunt de origine vasculară, dar sub acest diagnostic se pot ascunde alte afecțiuni neurologice nevasculare și psihice, cum ar fi: 7% vertij labirintic, 5% crize epileptice, 3% hipoglicemie, 3% tumori cerebrale, 1% migrenă și 1% tulburări nevrotice.

Pacienții cu AIT cerebral trebuie investigați complet, de urgență și numai după aceea să li se administreze tratamentul adecvat.

BIBLIOGRAFIE

1. **Comitetul de Experti OMS** – Maladies cérébrovasculaires: prévention, traitement et réadaptation; Rapport OMS, Série de rapp Techniques, Nr. 469, Genève, 1971.
2. **National Institute of Health**, *Stroke*, 1975, 6, 564-616.
3. **Cincă I, Popa C** – Ischemia cerebrală tranzitorie. Raport Simpozion bulgaro-român, Varna, *Volum rezumate și rapoarte*, 1979, 3.
4. **Cincă I, Popa C, Țicmeanu Marina, Suseanu L** – Studiul factorilor de risc în accidentul ischemic tranzitor, București, Acad. de Științe Medicale, Vol. II, 1978.
5. **TIA Working Group** – *N Engl J Med*, 2002, 347, 1713-1716.
6. **Pascu I, Bălașa Rodica** – Atacul ischemic tranzitor. *Revista Română de Stroke (AVC)*, 2004; Vol. VII, nr. 1, 68.
7. **Moncayo T et al** – *Neurology*, 2000, 54, 2089-2094.
8. **Wegener S et al** – *Stroke*, 2004, 35, 616-621.
9. **Arseni C și colab** – Accidentul ischemic tranzitor. *Tratat de neurologie*, București, 1982, 377-402.