

ACCIDENTUL VASCULAR CEREBRAL HEMORAGIC

CLASIFICARE

- HEMORAGIE SUBARAHNOIDIANĂ
- HEMORAGIE INTRACEREBRALĂ
 - LOBARĂ
 - GANGLIONI BAZALI:
 - CAUDAT
 - PUTAMEN
 - TALAMUS
 - TRUNCHI CEREBRAL → PUNTE
 - CEREBEL
 - INTRAVENTRICULARĂ

HEMORAGIA SUBARAHNOIDIANĂ

- Sângerare în spațiul subarahnoidian (între piamater și arahnoidă)

CAUZE:

RUPTURA:

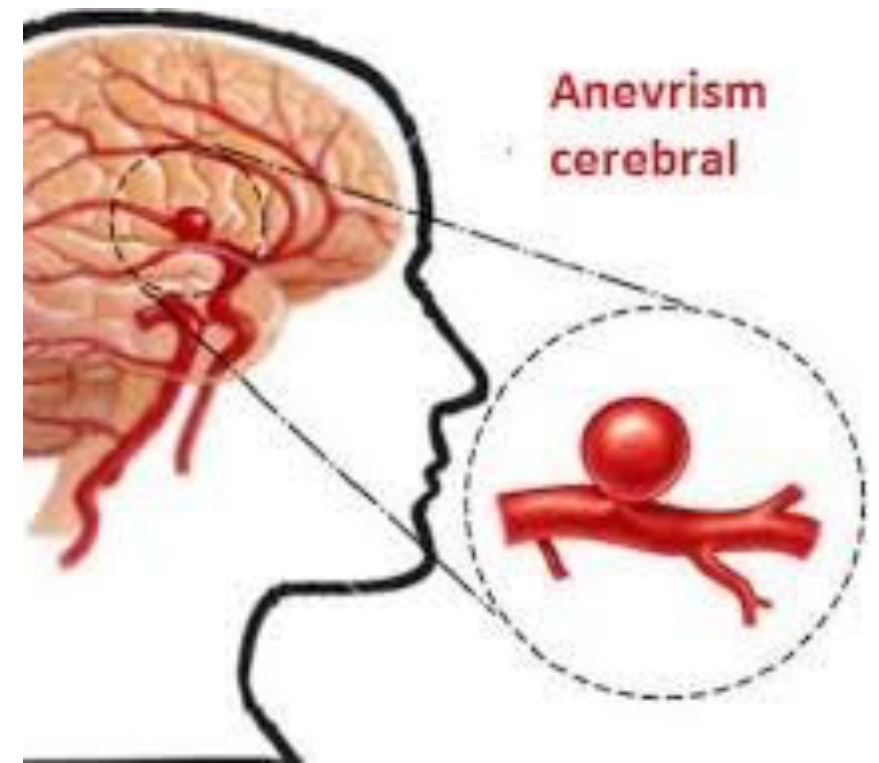
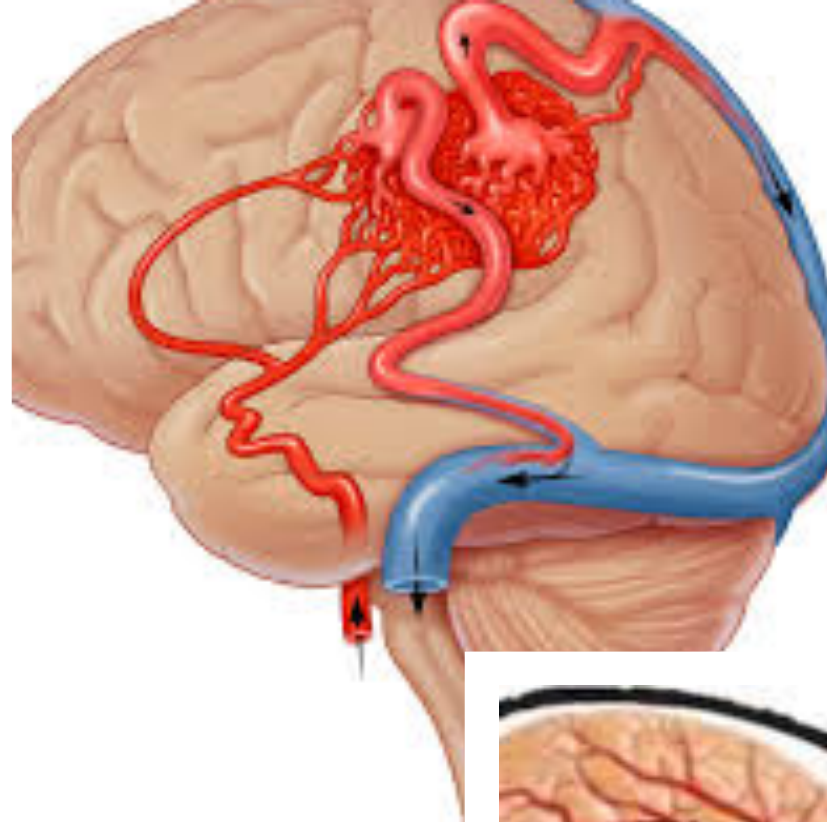
ANEVRISM

MALFORMAȚII ARTERIO-
VENOASE

HTA

ANTICOAGULANTE

HEMOFILIE



Anevrismele sunt de mai multe feluri:

- Saculare
- Micotice
- Traumatice

Anevrismele saculare apar ca urmare a unui defect al peretelui vascular care este urmat de protruzia intimei. În apariția defectului peretelui vascular sunt implicați factori genetici, iar valorile crescute ale TA favorizează creșterea în dimensiuni a anevrismului și prin aceasta creșterea riscului de ruptură.

- Localizările cele mai frecvente se află la artera comunicantă anterioară, originea arterei comunicante posterioare, artera silviană (la bifurcație).
- Peste 70% din hemoragiile subarahnoidiene apar prin ruptura anevrismului. Restul de 30% apar prin ruptura malformațiilor arterio-venoase, consumul de anticoagulante în exces, tulburări de coagulare (hemofilia, angiopatia amiloidă, etc.)
- Există o relație de directă proporționalitate între dimensiunea anevrismului și riscul de ruptură (de exemplu, când diametrul anevrismului este mai mare de 25 mm, riscul de ruptură este de peste 40%).

CLINIC

- CEFALEE INTENSĂ
- VĂRSĂTURI
- ALTERAREA STĂRII DE CONȘTIENȚĂ/AGITAȚIE/COMĂ
- CRIZE EPILEPTICE
- FOTOFOBIE
- REDOARE DE CEAFĂ
- NU ARE SEMNE DE FOCAR DE OBICEI

1. Cefaleea:

- Este de obicei intensă, cu debut brusc.
- Localizarea este frecvent în regiunea occipitală
- Debutul bolii poate fi pus uneori în relație cu efortul fizic intens, efortul de defecație, actul sexual

2. Vărsătura:

- Uneori poate lipsi din tabloul clinic

3. Starea de conștiență

- Poate fi alterată în grade variabile și anume poate fi abolită inițial și recăpătată apoi, dar cu persistența unor manifestări ca somnolență, confuzia, agitația psiho-motorie.
- Uneori pacienții pot prezenta stare de comă de grade variate de la debut
- Alterarea stării de conștiență se asociază de obicei cu un prognostic rezervat.

4. Crizele epileptice

- De obicei sunt crize grand mal

5. Fotofobia

- Pacienții se plâng că nu suportă lumina

6. Redoarea de ceafă

- Când examinatorul încearcă să flecteze capul pe torace se observă că mișcarea este mult limitată (ceafa este rigidă). Capul poate fi însă rotat lateral.
 - Semnul Kernig: ridicarea membrului inferior extins provoacă durere
 - Semnul Brudzinski: flexia gâtului induce flexia coapsei pe bazin

7. Pareza de nervi cranieni

- De cele mai multe ori apare pareza perchiilor a III-a și a VI-a

PARACLINIC

- LCR
- CT SCAN
- ANGIOGRAFIE
- ANALIZE:
 - INR,
 - APTT,
 - NR. TROMBOCITE,
 - PROBE HEPATICE



1. Examenul CT

Este explorarea paraclinică de primă intenție în cazul oricărui pacient care se prezintă pentru cefalee.

Prezența sângelui în spațiul subarahnoidian este evidențiată din primele minute după sângerare

Dacă CT cranian este efectuat tardiv (după 24-48 ore) este posibil ca prezența sângelui să nu mai poată fi pusă în evidență

2. Examenul LCR (lichidul cefalo-rahidian)

Dacă examenul CT nu a evidențiat sângerare în spațiul subarahnoidian, se practică puncție lombară pentru examenul LCR.

În mod normal LCR este clar ca "apa de stâncă"

În cazul unei HAS, LCR-ul poate fi sanguinolent (dacă hemoragia este recentă) sau xantocrom (în cazul sângerării mai vechi) deoarece s-a produs deja hemoliza sângelui.

3. Examenul angiografic

Este o explorare necesară pentru a evidenția sediul și mărimea anevrismului (mai ales pentru situațiile când se preconizează o intervenție chirurgicală reparatorie).

4. Analize de sânge

Importante pentru a descoperi eventuale tulburări de coagulare sau disfuncții hepatice severe cu creșterea riscului de sângerare

COMPLICAȚII

- RESÂNGERAREA
- HIDROCEFALIE
- VASOSPASM → ISCHEMIE
- CRIZELE EPILEPTICE

1. Resângerarea:

- Riscul de resângerare crește odată cu îndepărtarea în timp de momentul rupturii anevrismului (poate ajunge la 50-60% la 6 luni de la ruptură)
- Resângerarea se asociază cu creșterea mortalității

2. Hidrocefalia

- Este consecința tulburărilor de absorbție a LCR prin vilozitățile arahnoide (blocaj prin cantitatea mare de sânge a LCR)
- Apariția hidrocefaliei se poate manifesta prin tulburări de memorie, cefalee, confuzie, somnolență, tulburări sfincteriene

3. Vasospasmul

- Este o complicație de temut al cărei risc se menține mai ales în primele 14 zile după sângerare
- Vasospasmul poate induce fenomene ischemice la distanță.

4. Crizele epileptice

- Pot apare atât în faza acută a HAS cât și mai târziu, la distanță de evenimentul acut

TRATAMENT

- Chirurgical
 - Anevrisme:
 - Clipsuri
 - Coiling
 - Malformații arterio-venoase
 - Extirpare
 - Embolizare
- Scăderea TA
- Monitorizare funcții vitale
- Reechilibrare HE

HEMORAGIA INTRACEREBRALĂ

Sângerare în interiorul substanței cerebrale

CAUZE

- HTA (MICROANEVRISME)
- MALFORMAȚII ARTERIO-VENOASE
- ANGIOPATIA AMILOIDĂ
- ANTICOAGULANTE

CLINIC

- CEFALEE
- VĂRSĂTURI
- TULBURĂRI ALE STĂRII DE CONȘTIENȚĂ
- CRIZE EPILEPTICE
- REDOARE DE CEAFĂ
- SEMNE DE FOCAR:
 - HEMIPAREZĂ
 - AFAZIE
 - TULBURĂRI DE CÂMP VIZUAL
 - SINDROM CEREBELOS

- Hemoragia intracerebrală are în tablou clinic unele semne și simptome ce apar și în cazul HSA:
 - Cefalee
 - Vărsături
 - Tulburări ale stării de conștiență
 - Crize epileptice
 - Redoare de ceafă
- Pacienții cu hemoragie intracerebrală prezintă în tabloul clinic semne neurologice de focar care diferă în funcție de sediul sângerării

- **Hemoragia putaminală:**

- Este forma cea mai frecventă
- Tabloul clinic cuprinde:
 - ✓ Hemipareză contralaterală
 - ✓ Deficit senzitiv pe hemicorpul contralateral
 - ✓ Hemianopsie homonimă
 - ✓ Devierea capului spre leziune

- **Hemoragia talamică**

- Clinic:
 - ✓ Tulburări de sensibilitate pe hemicorpul opus
 - ✓ Hemipareză contralaterală (dacă este afectată și capsula internă)
 - ✓ Tulburări de motilitate oculară (prin afectare mezencefalică)

- **Hemoragia pontină**

- Clinic:

- ✓ Tetrapareză
 - ✓ ± comă
 - ✓ ± crize de rigiditate prin decerebrare
 - ✓ Tulburări de motilitate oculară (pareză VI, VII)

- **Hemoragia cerebeloasă**

- Clinic:

- ✓ Tulburări de coordonare pe hemicorpul homolateral
 - ✓ Dizartrie
 - ✓ Tulburări de echilibru
 - ✓ Nistagmus

- **Hemoragia lobară** – hemoragia se produce în substanța albă subcorticală

- Clinic:

- ✓ Hemianopsie homonimă
 - ✓ Afazie
 - ✓ Deficit motor contralateral inegal repartizat

COMPLICAȚII

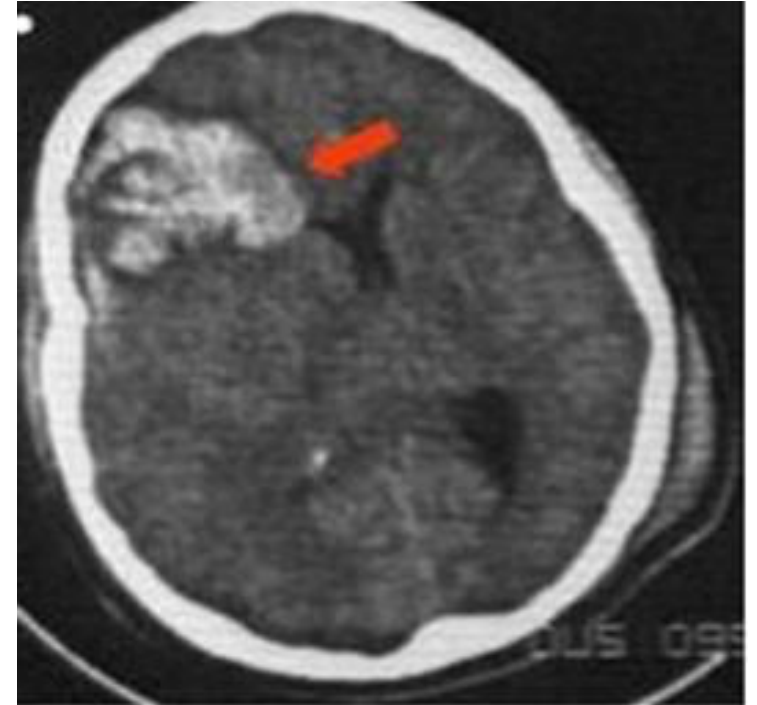
- EDEM CEREBRAL → COMPRESIUNE → FENOMEN DE ANGAJARE

PROGNOSTIC

- Evoluția pacientului cu hemoragie intracerebrală este corelată cu mai mulți factori:
 - Volumul hematomului – cu cât este mai mare prognosticul este mai rezervat
 - Vârsta pacientului – vârsta înaintată se corelează cu mortalitate ridicată
 - Localizarea hematomului – există localizări care implică mai frecvent evoluție nefavorabilă (punte, cerebel, etc.)
 - Starea de conștiență – alterarea stării de conștiență se corelează cu prognostic rezervat
- Pacienții cu prognostic favorabil se pot recupera de o manieră mulțumitoare, cu deficite minore restante

PARACLINIC

- CT
- ANALIZE SERICE:
 - HEMOLEUCOGRAMĂ
 - PROBE HEPATICE
 - INR
 - APTT



- Explorarea prin examen CT cranian este de elecție, putând să deceleze o hemoragie de dimensiuni mici
- Examenul CT trebuie efectuat cât mai rapid după debutul tabloului clinic
- Examenul RMN cranian este folositor după câteva săptămâni de la producerea hemoragiei (când examenul CT nu mai detectează hemoragiile reziduale)

TRATAMENT

- CHIRURGICAL PT HEMATOAMELE MARI
- TRATAMENTUL EDEMULUI:
 - MANITOL
 - FUROSEMID
- SCĂDEREA VALORILOR TA
- ECHILIBRARE HE