

Modul de manifestare a Accidentului Vascular Hemoragic

Simptomatologia clinică a hemoragiei cerebrale este diferită, în raport cu masivitatea sângerării, cu localizarea ei și mortalitatea de debut (supraacută, acută sau subacută). În majoritatea cazurilor (2/3) are un debut brusc, dar există și cazuri în care instalarea poate avea un caracter progresiv. Semnele prodromale există în aproximativ 30% din cazuri, constând din: cefalee, amețeli intermitente, fenomene vizuale sub forma unor obnubilări pasagere ale vederii, dizartrie, parestezii, pareze fruste, vărsături. Semnele premonitorii preced cu câteva ore, până la 1-3 zile, instalarea ictusului propriu-zis.

Perioada de stare:

1) Hemoragia cerebrală supraacută:

- reprezintă aspectul cel mai frecvent întâlnit 40-60% din majoritatea cazurilor;
- ictusul apoplectic se declanșează dramatic, fără semne premonitorii, de obicei la un bolnav în jurul vârstei de 50 de ani, pletoric sau obez, hipertensiv sau ateromatosis;
- de obicei momentul vasculocerebral se instalează în timpul zilei în plină activitate;
- filmul clinico-evolutiv ar fi următorul: brusc, pacientul are o intensă cefalee, duce mâna la cap, rostește câteva cuvinte ininteligibile, după care își pierde cunoștința și cade pe locul unde se află;
- starea comatoasă domină tabloul clinic: coma este mereu profundă (stadiul III sau IV), mascând parțial simptomatologia focală;
- bolnavul este areactiv atât la stimuli verbali cât și la cei nociceptivi
- la examenul obiectiv, prezintă un facies vultuos, care împreună cu obezitatea caracteristică multor bolnavi constituie așa numitul „habitus apoplecticus”;
- redoarea cefei apare destul de frecvent prin revărsarea sângelui în spațiile subarahnoidiană;
- se observă intense fenomene respiratorii de tip Cheyne-Stokes, bronhoplegie, acumulare de mucozități în arborele respirator, cu respirație stertoroasă, chiar edem pulmonar;
- hipertermia inițială este centrată prin distensia ventriculară care comprimă centrii termoreglatori diencefalici;
- ea poate crește ulterior în raport cu gravitatea accidentului vascular și cu eventuale complicații care pot apărea (pulmonare, infecții urinare);
- o febră care depășește 40⁰C este un semn de pronostic nefavorabil;
- se mai poate observa: oscilații ale tensiunii arteriale, tahicardie sau bradicardie, tulburări de deglutiție, abolirea reflexului cornean, transpirații profuze, globii oculari

prezintă o deviere de partea opusă membrilor paralizate, strabism divergent sau mișcări dezordonate de plutire asincronă a ochilor;

- apare evidentă o asimetrie facială datorită unei paralizii faciale de tip central manifestându-se prin hipotonia unei hemifete;
- se mai observă „pânzei de corabie” (obrazul de partea paralizată se ridică la fiecare expirație) și „semnul pipei” (la fiecare expirație aerul este eliberat prin comisura bucală hemolaterală paraliziei);
- manifestarea neurologică cea mai obișnuită este deficitul motor de modelul hemiplegiei flasce, dar există și situații în care se constată o spasticitate în jumătatea paralizată de la început;
- această situație poate sugera fie o hemoragie intraventriculară fie un accident cerebrovascular anterior;
- în cazul în care se observă o hemiplegie bilaterală, intră în discuție fie o hemoragie ventriculară fie o hemoragie masivă la nivelul trunchiului cerebral;
- în cazul unei hemiplegii ne orientăm după următoarele: la ridicarea pasivă a membrilor, cele de pe partea hemiplegică cad inerte pe planul patului;hipotonia obrazului de partea paralizată;
- compresiunea înaintea tragusului sau a globilor oculari cauzează apariția unei grimase numai de partea sănătoasă;
- existența semnului Babinski homolateral cu hemiplegia, dar poate apărea și bilateral în cazul unei hemoragii ventriculare;
- uneori pupila este midriatică de partea focarului hemoragic;
- examenul oftalmoscopic poate evidenția modificările vasculare caracteristice hipertensiunii aterosclerotice;
- în coma vasculară bolnavul mai poate prezenta: retenție sau incontinență vezicală, oligurie, albuminurie, glicozurie;
- LCR-ul este sanguinolent în 60-70% din cazuri;
- semne clinice de agravare sunt: reducerea progresivă a valorilor tensionale, bradicardie, inversarea ritmului respirator, hipotonia musculară generalizată cu abolirea globală a reflexelor osteotendinoase și cutanate;
- tulburările trofice pot apărea destul de precoce, sub forma unor zone roșietice cutanate, edeme, flictene, escare de decubit în partea paralizată;
- hemoragia cerebrală supraacută are o evoluție rapidă ajungând la exitus într-o perioadă de timp de câteva ore până la 1-3 zile.

2) Hemoragia cerebrală acută:

- are de asemenea un debut brusc, dar mai puțin dramatic, cu sau fără semne prodromale;
- simptomul inaugural este cefaleea de mare intensitate, după care rapid se instalează o comă mai puțin profundă decât la forma precedentă, dar care se poate agrava progresiv;
- simptomatologia vegetativă are o exprimare mai redusă;
- examenul neurologic obiectiv evidențiază semnele focale;
- intensitatea stării comatoase este fluctuantă, uneori intravescentă cu accentuarea simptomatologiei vegetative, evoluând spre exitus într-o perioadă de câteva zile;
- există și cazuri cu o evoluție favorabilă spre recăpătarea cunoștinței, dar cu o persistența deficitului motor hemiplegic.

3) Hemoragia cerebrală subacută:

- prezintă mai frecvent fenomene premonitorii decât formele precedente, cărora le succede o stare de obnubilare asociată cu neliniște;
- examenul neurologic demonstrează existența unui deficit senzitivo-motor pe un hemicorp;
- starea comatoasă lipsește într-o treime din cazuri;
- în majoritatea cazurilor are o evoluție favorabilă dar, uneori, tulburările, atât cele de cunoștința cât și cele focale, se intensifică ducând la exitus;
- alteori evoluția este ondulantă cu ameliorări și intensificări ale simptomatologiei;
- acest tip de hemoragie cerebrală subacută se pretează cel mai mult la diagnosticul diferențial cu atacul ischemic cerebral.