

Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο

Dr. ΜΕΛΑΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ, PhD

ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ - ΑΓΓΕΙΟΛΟΓΟΣ

Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής ΑΠΘ

Στρατιωτικός Ιατρός

Επιστημονικός Συνεργάτης Α' Χ/κής Κλινικής ΑΠΘ

Αγγειοχειρουργός Ιατρικού Διαβαλκανικού Κέντρου

Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ), σύμφωνα με την Παγκόσμια οργάνωση υγείας, ορίζεται κάθε αιφνίδια βλάβη του εγκεφαλικού ιστού προερχόμενη από διαταραχή της αιμάτωσης του με μόνιμη ή παροδική επίπτωση στις λειτουργίες του. Η βαρύτητά του εξαρτάτε από την περιοχή που προσβλήθηκε και την έκταση της βλάβης. Δεν αποτελεί ιδιαίτερη πάθηση αλλά είναι το κλινικό αποτέλεσμα πληθώρας άλλων παθήσεων, πολλές από τις οποίες μπορούν να προληφθούν και να θεραπευτούν.

Αποτελεί την τρίτη αιτία θανάτου στις δυτικές κοινωνίες μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα και τον καρκίνο. Η επίπτωσή του ανέρχεται σε 300 νέα επεισόδια ανά 100.000 γενικού πληθυσμού ανά έτος, με θνητότητα 30-40 %. Στους επιζήσαντες η νοσηρότητα είναι πολύ υψηλή με την πλειοψηφία των ασθενών να μην ανακάμπτουν πλήρως. Ο δε κίνδυνος νέου ΑΕΕ σε αυτούς είναι 35 - 50 % στην 5-ετία. Υπολογίζεται, ότι το συνολικό κόστος από την ασθένεια αγγίζει τα 45 εκατομμύρια δολάρια στις ΗΠΑ ετησίως.

Τα ΑΕΕ ανάλογα με την παθογένειά τους διακρίνονται σε δύο μεγάλες κατηγορίες: τα ισχαιμικά που αποτελούν το 90% και τα αιμορραγικά (10%). Τα ισχαιμικά ΑΕΕ προκαλούνται από μειωμένη παροχή αίματος σε κάποια περιοχή του εγκεφάλου, ενώ τα αιμορραγικά σχετίζονται με ενδοεγκεφαλική ή υπαραχνοειδή αιμορραγία απότοκο αυξημένης αρτηριακής πίεσης ή ενδοκράνιου ανευρύσματος που υπέστη ρήξη. Με τη σειρά τους τα ισχαιμικά ΑΕΕ διακρίνονται σε εμβολικά, θρομβωτικά και οφειλόμενα σε μικροαγγειοπάθεια. Ένα από τα συχνότερα αίτια ισχαιμικών ΑΕΕ αποτελεί και η "Νόσος του καρωτιδικού διχασμού" ή στένωση καρωτίδας, δηλ. της βασικής αρτηρίας που αιματώνει τον εγκέφαλο. Αποτελεί πάθηση που ανήκει στο φάσμα της αγγειολογίας - αγγειοχειρουργικής και σήμερα μπορεί να προληφθεί και να θεραπευτεί πλήρως.

Η καρωτιδική στένωση προκαλεί ΑΕΕ είτε με το μηχανισμό της θρόμβωσης ή με εμβολή ή με χαμηλή παροχή αίματος. Σχετίζεται συνήθως με το σχηματισμό αθηρωματικής πλάκας αντίστοιχα στο διχασμό της κοινής καρωτίδας αρτηρίας στον τράχηλο. Προδιαθεσικούς παράγοντες αποτελούν η αρτηριακή υπέρταση, υπερλιπιδαιμία, κάπνισμα, σακχαρώδης διαβήτης, παχυσαρκία, καθιστική ζωή, stress, οικογενείς και γονιδιακοί παράγοντες.

Τα ΑΕΕ οφειλόμενα σε καρωτιδική στένωση εκδηλώνονται ως παροδικά (ΠΑΕΕ) δηλ. εστιακή νευρολογική σημειολογία (ημισφαιρική ή από τον οφθαλμό) που διαρκεί λιγότερο από 24 ώρες, ή μόνιμα (ΜΑΕΕ) τα οποία διαρκούν πάνω από 24 ώρες με επακόλουθη βελτίωση, επιδείνωση ή στασιμότητα της κλινικής εικόνας. Οι κλινική εκδήλωση της νόσου ποικίλει από την ασυμπτωματική στένωση μέχρι τον αιφνίδιο θάνατο και μπορεί να συμπεριλαμβάνει: 1) Κινητικές διαταραχές (ημιπάρεση αντίθετης με τη βλάβη πλευράς άνω άκρου, κάτω άκρου, προσώπου), 2) Αισθητικές διαταραχές (ημιυπαισθησία αντίθετης πλευράς άνω άκρου, κάτω άκρου, προσώπου) 3) Διαταραχές όρασης σύστοιχα με τη βλάβη

(αμαύρωση fugax), 4) Αφασικές διαταραχές (ομιλίας, αντίληψης, δυσαρθρία, απραξία, αγνωσία από το επικρατούν ημισφαίριο) και 5) μέχρι κώμα και αιφνίδιο θάνατο.

Η διάγνωση της καρωτιδικής στένωσης γίνεται εύκολα από την αγγειοχειρουργική εξέταση (ιστορικό, προδιαθεσικοί παράγοντες, συμπτωματολογία, κλινική εξέταση). Αξίζει να τονίσουμε ότι σε μεγάλο ποσοστό η καρωτιδική στένωση μπορεί να είναι ασυμπτωματική πριν την εκδήλωση ενός σοβαρού ΑΕΕ, γι αυτό και η προληπτική εξέταση του πληθυσμού άνω των 50 ετών έχει μεγάλη σημασία. Η διάγνωση επιβεβαιώνεται με υπερηχογράφημα (Triplex καρωτίδων), μια απλή και αναίμακτη εξέταση. Επιπλέον η μαγνητική ή η κλασική αγγειογραφία και η αξονική ή μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου επιπροσθέτουν πληροφορίες για τη θεραπευτική προσέγγιση.

Η απόφαση για τη θεραπευτική επιλογή (συντηρητική αγωγή με φάρμακα, ή επέμβαση για αντιμετώπιση της στένωσης), βασίζεται κυρίως στους ακόλουθους παράγοντες: βαθμός και μορφολογία στένωσης, κλινικό στάδιο νόσου, ηλικία, φύλλο και γενική κατάσταση ασθενούς. Αξιολογώντας σωστά αυτούς τους παράγοντες και εφαρμόζοντας την κατάλληλη θεραπεία, ο κίνδυνος ΑΕΕ σχεδόν εκμηδενίζεται. Η συντηρητική αγωγή (εκτός από τη ρύθμιση των προδιαθεσικών παραγόντων), περιλαμβάνει φάρμακα όπως τα αντιαιμοπεταλιακά (κλοπιδογρέλη, ασπιρίνη), τα υπολιπιδαιμικά (στατίνες) και όλα εκείνα που τροποποιούν τους παράγοντες κινδύνου. Η χειρουργική θεραπεία, περιλαμβάνει την αντιμετώπιση - αφαίρεση της αθηρωματικής πλάκας που προκαλεί την καρωτιδική στένωση. Αυτή γίνεται είτε με κλασική χειρουργική τομή (καρωτιδική ενδαρτηριεκτομή) στον τράχηλο συνήθως υπό γενική αναισθησία που περιλαμβάνει την αφαίρεση της πλάκας, είτε με ενδαγγειακή τεχνική (αγγειοπλαστική καρωτίδας) υπό τοπική αναισθησία από τη μηριαία αρτηρία που περιλαμβάνει τη διαστολή της στένωσης με μπαλόνι και την τοποθέτηση νάρθηκα (stent). Κάθε μέθοδος έχει πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα και πρέπει να εφαρμόζεται υπό συγκεκριμένες προϋποθέσεις αποκλειστικά από εξειδικευμένους αγγειοχειρουργούς.

Σήμερα η πλειοψηφία των ΑΕΕ μπορούν να προληφθούν και να αντιμετωπισθούν. Τα περισσότερα από τα αίτια που τα προκαλούν μπορούν να θεραπευτούν με απόλυτη επιτυχία. Η προληπτική αγγειοχειρουργική εξέταση συμβάλλει σημαντικά προς αυτή την κατεύθυνση.