

MENAXHIMI I HEMORAGJISË SPONTANE INTRACEREBRALE



Burim Tahiri

Specialist i Neurologjisë
Qendra Klinike
Universitare e Kosovës

Gjakderdhja në tru paraqet derdhjen e gjakut në parenkimën e trurit për shkak të rrupturës së enëve të gjakut, arterieve apo venave që e furnizojnë trurin me gjak. Paraqet shkakun e dytë më të shpeshtë të insultit cerebrovaskular pas trombozës, diku 15-30% të insulteve, por është më vdekjeprurëse se tromboza.

Shkaqet më të shpeshta të gjakderdhjes në tru janë shtypja e lartë e gjakut, malformimi arterio-venoz dhe trauma e kokës. Shkaqet e gjakderdhjes trunore sipas AHA/ASA (Shoqatës amerikane të Zemrës dhe asaj të Insulteve Cerebrovaskulare) klasifikohen në:

Tabela 1. Burimet kardiake të embolive

Burimet embolike me rrezikshmëri të lartë	Burimet embolike me rrezikshmëri të ulët
<ul style="list-style-type: none"> Fibrilacioni atrial 	<ul style="list-style-type: none"> Prolapsi i valvulës mitrale
<ul style="list-style-type: none"> Infarkti i freskët i miokardit Infarkt i vjetër i miokardit me aneurizëm të ventrikulit të majtë 	<ul style="list-style-type: none"> Paraardhësit potencial të trombeve o Eko kontrasti spontan o Aneurizma e ventrikulit të majtë pa prezencë të trombit
<ul style="list-style-type: none"> Kardiomiopati 	<ul style="list-style-type: none"> Kalcifikimet intrakardiake o Kalcifikimi i anulusit mitral o Stenoza aortale me kalcifikate
<ul style="list-style-type: none"> Masat kardiake o Trombetinrakardiake o Tumoretinrakardiake o Vegjetacionet marantike 	<ul style="list-style-type: none"> Defektet dhe anomalitë e septumit o Patent foramen ovale o Aneurizmaesepumit interatriale o Defekti i septumit interatrial
<ul style="list-style-type: none"> Sëmundje reumatike valvulare o Stenoza mitrale 	<ul style="list-style-type: none"> o Anomalitë valvulare
<ul style="list-style-type: none"> Pllakat ateromatose aortale 	
<ul style="list-style-type: none"> Endokarditi 	
<ul style="list-style-type: none"> Valvulat mekanike 	

Diagnostikimi i hemorragjisë intracerebrale

1. Anamneza dhe historiku i sëmundjes

•Koha e fillimit: shenjat fillestare dhe progredimi i simptomave, të dhënat për faktorët vaskularë të rrezikut, historia për iskemi apo hemorragji të

mëparshme, diabeti melit apo duhanpirja.

•Medikamentet e përdorura: antikoagulesit, antiagreguesit, antihypertensivët, barnat simpatomimetike.

•Historia për trauma apo intervenime në regjionin e kokës apo qafës.

•Dementia e shoqëruar me angjiopati amiloide.

•Alkooli dhe narkotikët.

•Sëmundjet e mëlçisë që mund të shoqërohen me koagulopati për shkak të mos prodhimit adekuat të faktorëve të koagulumit.

•Kanceri dhe sëmundjet hematologjike.

2. Ekzaminimi fizikal

•Shenjat vitale: frymëmarrja - ritmi dhe shpeshtësia, puls, shtypja e gjakut, temperatura, reagimi i bebëzave në dritë.

•Statusi somatik duke u fokusuar në kokë, zemër, mushkëri, abdomen, ekstremitete.

•Statusi neurologjik i fokusuar, posaçërisht përcaktimi i GCS (Glasgow coma scale), i cili na jep të dhëna për seriozitetin e sëmundjes - nën 8 pikë prognoza e keqe.

•Analizat në serum dhe në urinë: pasqyra e gjakut, elektrolitet, urea, kreatinina, glikemia, PT, PTT, INR, troponina.

3. Neuroimazheria

•Gjakderdhja trunore është emergjencë mjekësore e shkallës më të lartë me deficite neurologjike të përnjëhershme dhe shkallë të lartë vdekshmërie.

•Tomografia kompjuterike (TK) apo rezonanca magnetike e (RM) e trurit është procedura imazherike e zgjedhjes në stadin inicial të evolucionit për ta diferencuar gjakderdhjen prej iskemisë.

•Angjiografia duhet të bëhet te pacientët me hemorragji intracerebrale të cilët konsiderohen kandidatë për intervenim neurokirurgjik, tumore, malformime arteriovenoze (MAV) apo aneurizme si dhe te moshat e reja.

•Angjiografia nuk kërkohet te personat e moshuar të cilët kanë hemorragji në nivel të ganglioneve bazale, talamus, cerebellum, trunor dhe te ata të cilët TK-ja nuk paraqet dëmtime strukturale trunore.

•Koha për angjiografi cerebrale varet nga gjendja klinike e pacientit si edhe nga të gjykuarit e neurokirurgut mbi urgjencën për ndërhyrje nëse kërkohet.

•RM dhe RM-ja mund të ndihmojnë në evitimin e dhënies së kontrastit gjatë angjiografisë cerebrale te pacientët të caktuar. Gjithashtu ndihmon në vizualizimin e tumoreve apo metastazave që gjakosin, angjiomave kavernoze dhe malformime arteriovenoze, te pacientët me hemorragji lobare, normotenzivë dhe angjiografi normale të cilët janë

kandidatë për ndërhyrje kirurgjikale.

Trajtimi i hemorragjisë akute intracerebrale

I. Menaxhimi inicial

Është i drejtuar në pozicionimin e kokës, ajrosjen (oksigjenimin), ritmin e frymëmarrjes, presionin arterial, pulsën, saturimin e gjakut periferik me oksigjen, mbikëqyrjen e qarkullimit të gjakut, detektimin e deficiteve neurologjike, si dhe ekzaminimin komplet fizikal.

II. Ajrosja dhe oksigjenimi

Intubimi nuk kërkohet te të gjithë pacientët. Pacientët me dëmtime të trungut trunor dhe shkallë të avancuar të dëmtimit të vetëdijes janë kandidatë për menaxhim agresiv të ajrosjes. Te rastet kur saturimi i gjakut me oksigjen bie nën 90%, i vendoset maska dhe pacientit i jepet oksigjen. Intubimi indikohet në gjendjet me pamjaftueshmëri respiratore ku vlerat e hipoksisë janë ($pO_2 < 60$ mmHg ose $pCO_2 > 50$ mmHg). Të gjithë pacientët me tub endotrakeal kërkojnë vendosjen e sondës nazogastrike apo orogastrike. Tubi endotrakeal mbahet deri 2 javë, pas kësaj kohe mund të indikohet trakeotomia selektive (pacientët në gjendje të prolonguar kome). Vendoset kateteri urinar dhe kontrollon zbrazja e zorrës së trashë.

III. Trajtimi medikamentoz

Rekomandimet për hemostazën, koagulopatinë, barnat antiagreguese dhe profilaksën e trombozave të thella venoze.

• Pacientët me deficit të njohur të faktorëve të koagullimit ose trombocitopeni të rëndë duhet të marrin terapi zëvendësuese me faktorët antikoagulues përkatës apo trombocite të freskëta.

• Pacientët me INR të ulët për shkak të marrjes së antagonistëve të vitaminës K - varfarinës - marrin vitaminë K në mënyrë intravenoze, koncentrat të kompleksit të protaminës.

• Pacientët që marrin antikoagulues të rinj oralë - dabigatran, rivaroksaban, apiksaban - mund të trajtohen me koncentrat të kompleksit të protaminës (PCCFEIBA) ose faktor rVIIa, në bazë individuale.

• Protamin sulfat si antidot i heparinës.

• Transfuzioni me trombocite të freskëta te pacientët që kanë marrë antiagregues është i pasigurt.

• Për prevencë të trombozave të thella venoze përdoret komprimimi me pneumatik prej ditës së parë të gjakderdhjes. Pas vërtetimit të TK që gjakderdhja është ndalur mund të jepet në doza të vogla fraksiparina.

Menaxhimi i shtypjes së lartë të gjakut

• Shtypja e lartë e gjakut e rrit shtypjen intrakraniale, e thellon deficitin neurologjik dhe e rrit vdekshmërinë.

• Te pacientët me presion sistolik 150-220 mmHg, pa kundër indikacion për zvogëlimin e shtypjes së gjakut, rekomandohet ulja e presionit sistolik në 140 mmHg.

• Te pacientët me presion sistolik > 240 mmHg, arsyetohet reduktimi agresiv i shtypjes së gjakut me infuzion intravenoz kontinual.

• Barnat antihipertensive që rekomandohen janë beta-blokatorët (labetaloli, propranololi, metoprololi), diuretikët (furosemidi dhe hidroklortiazidi), diuretikët hiperosmotikë (manitoli), ACE inhibitorët (enalapril, lisinopril, losartani).

Menaxhimi i glikemisë

• Hiperglikemia e rrit nivelin e mortalitetit dhe invaliditetit pa marrë parasysh nëse është pacienti diabetik apo jo.

• Rekomandimi është që glikemia të mbahet në vlerën 4.4 deri 6.1 mmol/l. Qoftë hiperglikemia, qoftë hipoglikemia, duhet të evitohen.

Menaxhimi i lëngjeve, temperaturës dhe sulmeve epileptike

• Menaxhimi i lëngjeve nënkupton dhënien e tretjeve izotonike pa glukozë, intravenoz, 500-100 ml/h për 24 orë. Trajtimi i mëvonshëm nënkupton mbajtjen e ekuilibrit të acidozës dhe alkalozës në varësi nga analiza gazore), duke e matur sasinë e urinës së liruar.

• Menaxhimi i temperaturës së lartë në rast se ajo e kalon vlerën 38 gradë duhet të drejtohet kah ulja e saj. Shpeshherë te pacientët, sidomos te ata me hemoragji intraventrikulare lajmërohet temperatura, e cila paraqet shenjë të keqe prognostike. Trajtimi i temperaturës me barna antipiretike si acetaminofen apo paracetamol është i arsyeshëm dhe përmirëson rrjedhën e sëmundjes.

• Frekuenca e sulmeve të hershme epileptike në fazën e parë është 16%. Lokalizimi kortikal është faktori më i rëndësishëm i riskut të paraqitjes së sulmeve të hershme epileptike. Sulmet epileptike, klinikisht të manifestuara, si edhe zbrazjet në EEG me ndryshime në statusin mental duhet të trajtohen me barna antiepileptike. Monitorimi me EEG duhet bërë te ata me status mental të rënduar.

• Rekomandimet për aplikimin e barnave antiepileptike te pacientët me gjakderdhje trunore janë me sa vijon: a) sulmet klinike duhet të trajtohen me terapi antiepileptike, b) pacientët me ndryshime të statusit mendor me zbrazje në EEG duhet të trajtohen me barna antiepileptike, c) nuk rekomandohet dhënia profilaktike e terapisë antiepileptike

IV. Menaxhimi i komplikimeve

Komplikimet e gjakderdhjes intracerebrale mund të jenë respiratore, kardiace, renale

dhe gastrointestinale. Komplikimi më i shpeshtë respirator është pneumonia aspirative, distresi respirator dhe sepsa. Përqindja më e madhe e vdekjeve pas javës së parë është pasojë e komplikimeve. Disfagjia dhe aspirimi janë faktorët më të rëndësishëm të rrezikut për pneumoninë aspirative.

Komplikimet serioze dhe vdekja kardiace mund të shkaktohen prej infarktit miokardial, aritmive ventrikulare, përfshirë edhe fibrilacionin ventrikular dhe arrestin kardiak. Dekompensimi i zemrës me edemë pulmonare mund të ndodh për shkak të infarktit miokardial, kardiomiopatisë dhe hipertensionit të pakontrolluar.

Komplikimet e tjera janë insuficienca renale, hiponatriemia, gjakderdhja gastrointestinale, infeksionet urinare dhe depresioni pas insultit.

Rekomandimet për menaxhimin e komplikimeve janë:

• Të aplikohen procedurat formale të skringut për disfagji te të gjithë pacientët që kanë kaluar në ushqim oral, si masë preventive e pneumonisë.

• Skringu sistematik për infarkt miokardial ose iskemi me EKG dhe enzima kardiace për të gjithë pacientët me hemorragji intracerebrale.

V. Menaxhimi i presionit të rritur intrakranial

Trajtimi i presionit të rritur intrakranial bëhet me metoda të huazuara nga rekomandimet për trajtimin e tij të lëndimet traumatike të trurit. Parimet bazike të trajtimit janë elevimi i kokës në 30 shkallë dhe aplikimi i sedacionit të lehtë. Manitoli dhe tretjet hiperosmotike saline mund të përdoren për trajtimin e saj, po ashtu. Te pacientët me obstruktion të qarkullimit të lëngut trunoshpinor (LTSH) mund të vijë në konsideratë drenazhi ventrikular. Terapi shpëtimtare mund të jenë edhe koma me barbiturate apo hipotermia e moderuar.

Rekomandimet për trajtimin e presionit të rritur intrakranial te gjakderdhja intracerebrale përfshijnë:

• Drenazhi ventrikular për trajtimin e hidrocefalusit është i arsyeshëm, posaçërisht te pacientët me nivel të ulët të vetëdijes.

• Pacientët me $GCC \leq 8$, me evidencë klinike të hennisë transtentoriale apo ata me hemorragji intraventrikulare ose hidrocefalus duhet të monitorohen me ICP (me plasim të kateterit intraventrikular) dhe të trajtohen komfor kësaj shtypjeje.

• Kortikosteroidet nuk duhet të përdoren për trajtimin e shtypjes së rritur intrakraniale si pasojë e hemorragjisë intracerebrale.

Hemorragjia intraventrikulare (HIV) lajmërohet te 45% e pacientëve me hemorragji intracerebrale dhe është tregues i një prog-

noze të keqe. HIV-i mund të jetë primarisht i lokalizuar në ventrikuj apo shumë më shpesh sekundar si pasojë e rrjedhjes së gjakut prej gjakderdhjes intracerebrale. Insecioni i kateterit intraventricular persistent ndihmon në evakuimin e gjakut dhe LTSH-së prej ventrikujve. Kateteri ventrikular i përdorur vetëm mund të jetë joefikas, për këtë arsye ka filluar aplikimi i agjentëve fibrinolitikë, si urokinaza, streptokinaza dhe rtPA (alteplaza).

Rekomandimet për trajtimin e hemorragjisë intraventriculare janë:

- Aplikimi intraventricular i rtPA-së të HIV duket të ketë shumë pak komplikime. Efikasiteti dhe siguria e tij janë të pakonfirmuara.

- Efikasiteti i trajtimit endoskopik është i pasigurt.

VI. Trajtimi kirurgjik i hemorragjisë spontane intracerebrale

Roli i kirurgjisë në trajtimin e hemorragjisë spontane intracerebrale mbetet kundërdhënës. Arsyetimi teorik për evakuimin e hematomës mbetet prevenca e herniacionit, reduktimi i shtypjes së rritur intrakraiale dhe zvogëlimi i dëmtimeve trunore nga efekti kompresiv i hematomës. Studimet e randomizuara që krahasojnë intervenimin kirurgjik me menaxhimin konservativ nuk tregojnë për ndonjë benefit të qartë të intervenimit.

Kraniotomia për hemorragjinë supratentoriale

Janë bërë studime të shumta me qëllim që të vërtetohet nëse e redukton intervenimi i hershëm mortalitetin dhe pasojat neurologjike në krahasim me trajtimin konservativ. Studimet kanë treguar se nuk ka ndonjë benefit të qartë të intervenimit të hematomat lobare sipërfaqësore në krahasim me trajtimin konservativ.

Kraniotomia për hemorragjinë në fosa krani posterior

Për shkak të pozitës së pjerrtë të fosa krani posterior, përkeqësimi neurologjik zhvillohet shpejt të hemorragjia intracerebrale duke shkaktuar hidrocefalus obstruktiv dhe efekt kompresiv në tringun trunor. Studimet sugjerojnë që te pacientët me hemorragji intracerebrale me diametër më të madh se 3 cm apo kur shoqërohen me shtypje në tringun trunor apo hidrocefalus kanë rezultate më të mira me dekompression kirurgjikale.

Kraniotomia dekompressive

Potenciali i kraniotomisë dekompressive për ta përmirësuar prognozën e pacientëve me hemorragji intracerebrale nuk është studiuar mirë. Kandidatë janë pacientët në komë me GCS <8, me midline shift, hematomë masive dhe ICP që nuk normalizohet me trajtim konservativ. Analiza e rasteve të trajtuara me kraniotomi dekompressive dhe evakuim të hematomës sugjeron që kjo metodë është e sigurt dhe mund ta përmirësojë prognozën.

Metodat minimale invazive për evakuimin kirurgjik të gjakderdhjes intracerebrale

Studimet e randomizuara kanë ardhur në përfundim që aspirimi i hematomës me metoda mini-

male invazive është metodë më superiore dhe me rezultate më të mira se sa kraniotomia dekompressive. Studimet tregojnë që aspirimi i hematomës me metoda minimale invazive është më efikas nëse përdoret rtPA për zbutjen e koagulit.

Rekomandimet për trajtim kirurgjikal janë:

- Pacientët me hemorragji cerebelare me përkeqësim rapid neurologjik apo të cilët kanë shenja të kompresionit të tringut trunor ose hidrocefalus duhet t'i nënshtrohen intervenimit neurokirurgjik sa më herët që është e mundur.

- Për shumicën e pacientëve efikasiteti i intervenimit neurokirurgjik nuk është i konfirmuar.

- Strategjia e evakuimit të hershëm të hematomës nuk ka benefite të qarta në krahasim me pacientët e përkeqësuar.

- Evakuimi i hematomës supratentoriale te pacientët e përkeqësuar, me midline shift dhe ICP të rritur mund të konsiderohet si masë për shpëtimin e jetës.

- Efikasiteti i metodave minimale të evakuimit të hematomës me aspirim stereotaktik, me apo pa trombolitik, është i pasigurt.

