



FOUNDATION OF THE
SOCIETY FOR THE STUDY OF
NEUROPROTECTION AND
NEUROPLASTICITY



International
School of Neurology



UMF
IULIU HAȚIEGANU
UNIVERSITY OF
MEDICINE AND PHARMACY
CLUJ-NAPOCA



Institute for
Neurological Research
and Diagnostic



FUNDATIA JURNALULUI
**Journal of Medicine
and Life**

SEMINARIILE DEPARTAMENTULUI DE NEUROȘTIINȚE

UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ
ȘI FARMACIE „IULIU HAȚIEGANU”
CLUJ-NAPOCA, ROMÂNIA

21 FEBRUARIE, 2018
SALA MULTIMEDIA, UMF „IULIU HAȚIEGANU” CLUJ-NAPOCA
STR. VICTOR BABEȘ, NR. 8 | CLUJ-NAPOCA | ROMÂNIA

Welcome Address

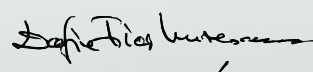
It is a pleasure to welcome you to the 48th edition Seminars - February 21st, 2018. The seminar is hosted by the Department of Neurosciences, Faculty of Medicine, "Iuliu Hatieganu" University of Medicine and Pharmacy, Cluj-Napoca. This seminar aims to establish itself as a highly useful framework that will enable local specialists to benefit from the expertise of our invited speakers who are part of associated international faculty of our Department of Neurosciences Cluj-Napoca, Romania and RoNeuro Science network. Our scope is to flourish over years and set up an educational vector aiming to meet our junior and senior specialists' needs.

In contrast to large international conferences, the intention behind these seminars is to create an informal and intimate setting, which hopefully will stimulate open discussions. As organizers, we would therefore be deeply grateful if you participate and share your time with us.

We are looking forward to your active participation in this educational event!

With consideration,

Prof. Dr. Dafin F. Muresanu,
Chairman Department of Neurosciences, Faculty of Medicine,
"Iuliu Hatieganu" University of Medicine and Pharmacy,
Cluj-Napoca, Romania



Program Coordinator



Dafin F. Mureșanu

Co-Chair EAN Scientific Panel Neurorehabilitation

President of the European Federation of NeuroRehabilitation Societies (EFNR)

Past President of the Romanian Society of Neurology

Professor of Neurology, Chairman Department of Neurosciences "Iuliu Hatieganu" University of Medicine and Pharmacy, Cluj-Napoca, Romania

International Guest Lecturer



Stanislav Groppa

Laboratory of Neurobiology and Medical Genetics, State University of Medicine and Pharmacy "Nicolae Testemițanu", Chisinau, Republic of Moldova



Organizers



FOUNDATION OF THE
SOCIETY FOR THE STUDY OF
NEUROPROTECTION AND
NEUROPLASTICITY



International
School of Neurology



UMF
IULIU HAȚIEGANU
UNIVERSITY OF
MEDICINE AND PHARMACY
CLUJ-NAPOCA



Institute for
Neurological Research
and Diagnostic



FUNDATIA JURNALULUI
**Journal of Medicine
and Life**

SPEAKER



SPEAKER

Stanislav Groppa, MD, PhD, University Professor, Academician of Moldavian Academy of Science, Neurologist, Head of Neurology Chair of "N. Testemitanu" State Medicine and Pharmacy University, Director of the Neurology Neurosurgery Department (Institute of Emergency Medicine), Head of the Neurobiology and Medical Genetics Laboratory

He has graduated of the "N. Testemitanu" State Medicine and Pharmacy University in 1979. At age of 29 he got his doctor of medical science degree, and at 35 - doctor habilitat and at 39 years is conferred the title of university professor.

In 2007, he became a member of the Moldavian Academy of Sciences, and shortly after he was elected academician-coordinator of the Medical Department of the Moldavian Academy of Science. In 2012 Prof Groppa is elected as member of the Moldavian Academy of Science. Between 2015 -2016 hee is vice-president of the Moldavian Academy of Science. He is a Honorary Member of the of Medical Sciences Academy from Romania.

He has been trained in Medical centers from Russia, USA, Germany, China, Australia, Italy, and many others. Established a strong collaboration connections with researches and scientific institutions from all around the world.

Under the leadership, 18 doctoral theses were performed, including doctor habilitat thesis. His scientific interests are in the field of stroke prevention and early management, epilepsy, and pain relief.

Also, he is a member of international organizations, American Neurology and Stroke Association, European Academy of Epileptology; Member of the European Academy of Neurology, Member of Romania Academy of medical Schience, Member of Romania Stroke Association.

Professor S. Groppa is President of the Moldavian League against Epilepsy, President Moldavian Stroke Association, Vice-President of the Moldavian Neurology Society. He is a member of the editorial staff of Moldavian and not only Medical Journals.



**Stanislav
Groppa**

/Republic of Moldova



**PROGRAM
ȘTIINȚIFIC**

Program științific

21 FEBRUARIE, 2018
SALA "MULTIMEDIA", UMF

- | | |
|---------------|---|
| 09:50 – 10:00 | Dafin F. Mureșanu / Romania
Cuvânt de deschidere |
| 10:00 – 10:40 | Stanislav Groppa / Republic of Moldova
Semiologia și polimorfismul clinic al crizelor epileptice |
| 10:40 – 11:20 | Stanislav Groppa / Republic of Moldova
Factorii de risc și prevenția primară a accidentului vascular cerebral în populația Republicii Moldova. |
| 11:20 – 12:00 | Stanislav Groppa / Republic of Moldova
Statusul epileptic, actualități |



ABSTRACTS



Abstract

STATUSUL EPILEPTIC, ACTUALITĂȚI

Statusul epileptic (SE) reprezintă o urgență neurologică și medicală majoră, având o incidență de la 18,3 până la 41 de cazuri la 100 000 locuitori pe an. Incidența raportată variază considerabil în funcție de definiția folosită a SE. În plus, incidența se referă la episoade de SE clinic aparente, ce nu încorporează incidența subestimată a SE nonconvulsiv. Multiplele publicații sunt controversate, cu o abordare parțială a evoluției, a criteriilor de diagnostic și management. Statusul epileptic (definiția aprobată 2015) este o condiție care rezultă fie din eșecul mecanismelor responsabile de rezolvarea crizelor sau de inițierea unor mecanisme, care duc la crize anormal de prelungite (după punctul de timp t₁). Este o condiție, care poate avea consecințe pe termen lung (după punctul de timp t₂), inclusiv moartea neuronală, leziuni neuronale, și alterarea rețelelor neuronale, în funcție de tipul și durata crizelor. Această definiție este conceptuală, cu două dimensiuni operaționale: prima este durata crizei și punctul de timp (t₁, la 5 min), peste care criza ar trebui să fie considerată ca "activitate ictală continuă". Al doilea punct de timp (t₂, la 30 min) este timpul crizei desfășurate, după care există un risc de consecințe pe termen lung. Se poate considera că SE este a doua cea mai frecventă urgență neurologică acută după accidentul vascular cerebral. SE reprezintă 3,5% din totalul internărilor în departamentele de urgență în țările dezvoltate și 11% în cele din curs de dezvoltare. Cele mai frecvente grupe de vârstă afectate sunt persoanele > 60 ani și <12 luni. Aproximativ 10- 15% dintre pacienții cu epilepsie cronică vor experimenta un episod de SE, la un anumit punct în evoluția lor clinică. Aproximativ 7- 10% din pacienții care ulterior vor dezvolta o epilepsie inițial sunt internați cu un prim episod de SE. La 10-40% dintre pacienți cu SE, activitatea ictală nu poate fi controlată cu medicamente antiepileptice de linia I (benzodiazepine) și de a doua linie ca fenitoină, rezultând într-o rată de mortalitate de ~40%. Cazurile de fatalitate a SE, în general, se situează între 1,9 % și 40 % și depinde în principal de vârstă (peste 65 de ani > 20-64 ani > sub 20 de ani), sex (M> F), și etiologie. Hipoxia, accidentul vascular cerebral, infecțiile SNC și tulburările metabolice sunt asociate cu cele mai înalte cazuri de deces de până la 80 %, în timp ce nivelul scăzut de medicație antiepileptică, febra, consumul de alcool, și etiologia traumatică sunt asociate cu mortalitate scăzută. Statusul epileptic nonconvulsiv (NCSE) reprezintă aproximativ 1/3 din toate cazurile de SE. Comparativ cu SE convulsiv, NCSE i s-a acordat mai puțină atenție, este subdiagnosticat și subtrat. NCSE cuprinde un grup de sindroame care prezintă o mare diversitate în ceea ce privește răspunsul la preparate anticonvulsivante, de la variante practic auto-limitante la forme cu totul refractare. Etiologia și forma clinică a NCSE sunt predictorii puternici pentru prognosticul global. Se propune un nou sistem de clasificare pentru diagnosticarea SE, care va oferi un cadru pentru diagnostic clinic, de investigare, și abordări terapeutice pentru fiecare pacient. Există patru axe: (1) semiologia; (2) etiologia; (3) corelațiile electroencefalografice (EEG); și (4) vârsta. Axa 1 (semiologia) enumeră diferite forme de SE divizate în cele cu manifestări motorii proeminente, cele fără manifestări motorii proeminente, precum și condițiile nedeterminate pînă în prezent (cum ar fi stări confuzionale acute cu modele epileptiforme la EEG). Axa 2 (etiologia) este împărțită în subcategoriile de cauze cunoscute și necunoscute. Axa 3 (corelațiile EEG) adoptă cele mai recente recomandări prin paneluri de consens pentru utilizarea următorilor

STANISLAV
GROPPA
/REPUBLIC OF
MOLDOVA

CRISTINA
MUNTEANU
/REPUBLIC OF
MOLDOVA

Abstract

descripții pentru EEG: denumirea patternului, morfologia, localizare, caracteristicile legate de timp, modularea, și efectul intervenției. În cele din urmă, axa 4 împarte grupele de vârstă în nou-născuți, copilărie, adolescența și maturitate, și vârstnici.

AXA 1: CLASIFICAREA STATUSULUI EPILEPTIC (SE)

(A) cu simptome motorii proeminente

- A.1 SE convulsiv (CSE, sinonim: SE tonic-clonice)
 - A.1.a. generalizat convulsiv
 - A.1.b. debut focal cu evoluție în SE convulsiv bilateral
 - A.1.c. necunoscut ca focal sau generalizat
- A.2 SE Mioclonic (convulsii epileptice mioclonice proeminente)
 - A.2.a. Cu comă
 - A.2.b. Fără comă
- A.3 Focal motor
 - A.3.a. crizele motorii focale repetate (Jacksoniene)
 - A.3.b. Epilepsia parțială continuă (EPC)
 - A.3.c. Status adversive
 - A.3.d. Status oculoclonic
 - A.3.e. Pareza ictală (adică, SE focal inhibitor)
- A.4 Status tonic
- A.5 SE Hyperkinetic

(B) Fără simptome motorii proeminente (adică, SE nonconvulsiv, NCSE)

- B.1 NCSE cu coma (inclusiv așa-numitul SE "subtile")
- B.2 NCSE fără comă
 - B.2.a. Generalizat
 - B.2.a.a. Status absență tipică
 - B.2.a.b. Status absență atipică
 - B.2.a.c. Status absență Mioclonic
 - B.2.b. Focal
 - B.2.b.a. Fără afectarea stării de conștiență (aura continuă cu manifestări autonome, senzorial, vizual, olfactiv, gustativ, emoțional / psihice / experiențială, sau simptome auditive)
 - B.2.b.b. Status afazic
 - B.2.b.c. Cu alterarea stării de conștiență
 - B.2.c. Necunoscut ca focal sau generalizat
 - B.2.c.a. SE autonom

Abstract

Procesele de bază generatoare ale SE pot fi văzute ca un eșec al mecanismelor normale care termină convulsile. Inhibiția redusă și excitația excesivă persistentă crează interacțiuni care produc și susțin activitatea epileptică. Pe parcursul activității convulsive prelungite, se observă modificări dinamice în receptorii pentru acidul gamma - aminobutiric (GABA) A și N - metil - D - aspartat (NMDA), acestea au fost denumite ca "traficul receptorilor". În timpul descărcărilor neuronale excesive, are loc reducerea treptată a receptorilor GABA-A la suprafața membranei sinaptice cu internalizarea receptorilor în veziculele endocitare și degradarea ulterioară a acestuia. Acest proces induce pierderea mediatorului de inhibare GABA-ergic endogen dând naștere la activitate de epileptică susținută. Pierderea receptorilor post- sinaptici GABA-A este un factor fiziopatologic relevant pentru instalarea farmacorezistenței progresive la medicamente, cum ar fi benzodiazepinele, barbituricele și propofolul. În contrast, în timpul activității epileptice desfășurare, receptorii NMDA sunt transportați progresiv la suprafața membranei sinaptice, ceea ce rezultă în creșterea numărului de receptori NMDA excitatori în fanta sinaptică. Acest proces facilitează excitabilitatea neuronală și continuitatea SE. Pe de altă parte, expresia sporită a receptorilor GABA poate prezenta o țintă utilă în managementul farmacologic în stadiile avansate de SE. SE cu absențe și descărcări sub formă de spike-undă lentă de 3 - Hz este indusă prin inhibarea excesivă. Această formă de SE nu duce la leziuni neuronale semnificative.

Managementul SE și tratamentul său farmacologic reprezintă încă o zonă cu dovezi limitate derivate din studii randomizate controlate de înaltă calitate, în mod adecvat selectate pentru a informa practica clinică. Cu toate acestea, au existat progrese clare în înțelegerea patomecanismelor, care au condus la strategii mai eficiente de tratament. Principiul terapeutic "Timpul este creier" se aplică nu numai pentru accidentul vascular cerebral, dar și pentru SE, deoarece prognosticul SE se agravează cu durata activității convulsive în creștere. Din fericire, SE răspunde la tratament relativ simplu, dar când intervențiile simple decad, SE refractar necesită tratament mult mai agresiv pentru prevenirea complicațiilor.

Abordările generale de management, în SE ar trebui să includă: evaluarea și controlul căilor respiratorii și de ventilație, monitorizarea gazelor sanguine arteriale pentru a vedea dacă există acidoză metabolică și hipoxie necesitând intervenție imediată în asigurarea căilor aeriene și suplimentar oxigen, electrocardiograma și monitorizarea presiunii arteriale. Alte măsuri includ glucoză și tiamina intravenos după cum este solicitat, de urgență măsurare nivelului de medicamente antiepileptice, electroliți și magneziu, un screening hematologic complet și a funcțiilor hepatice și renale. Cauza statusului trebuie identificată de urgență și poate necesita ea însăși tratament.

Principalul scop al tratamentului este de a opri imediat atât activitatea clinică cât și electrografica convulsivă. Strategia inițială de tratament include evaluarea simultană și managementul căilor respiratorii, respirația și circulația (obțineți un acces IV, administrați O₂, și securizarea căilor respiratorii după cum este necesar), tratamentul imediat cu medicamente AED (de exemplu, benzodiazepinele), screening-ul pentru cauza principală a SE, și imediat tratarea cauzelor care pun în pericol viața prin SE (de exemplu, meningita, leziune de masă intracraniană).

Abstract

Odată ce se constată că SE este sub control și semnele vitale sunt stabile, examinări specifice pentru diagnostic pot fi efectuate. Aceste studii de diagnosticare sunt selectate în funcție de istoricul pacientului și examenul fizic. Nu orice examen de diagnostic este necesar fiecărui pacient. De exemplu, o puncție lombară este, în general, necesară în cazul în care există vreo suspiciune la infecție a sistemului nervos central (SNC), dar poate să nu fie necesară în cazul în care meningita nu este suspectată, în special la pacienții cu noncompliance AED. În cazul în care pacientul este în prezent tratat cu medicamente antiepileptice, nivel seric de AED ar trebui să fie verificat și istoricul obținut în ceea ce privește compliancea. Un profil cuprinzător de toxicologie ar trebui obținut, în cazul în care nu există nici o etiologie clară pentru SE. Testarea specifică toxicologică trebuie efectuată în cazul în care istoricul sau examenul fizic sugerează o toxină specifică.

Tratamentul SE, prin convenție, are loc în etape. În mod tradițional, aceste etape au fost denumite de linia 1, 2, 3, și linia 4, care nu reflectă nevoia emergentă de control al SE. Prin urmare, aceste orientări au revizuit paradigma tradițională de tratament SE la terapie urgentă inițială, terapia control de urgență și terapie SE refractară. Pacienții cu SE refractară la terapia inițială trebuie tratați în centre cu experiență mai mare. Toți pacienții care au prezentat SE vor avea nevoie de terapie emergentă inițială AED (adică, prima linie) și terapie AED de urgență de control (adică, linia a 2), în plus față de terapia de întreținere AED, chiar dacă SE este controlat imediat. Prin definiție, terapia SE refractară (adică, 3-a și a 4-linie), este rezervată celor care nu răspund la primele 2 medicamente antiepileptice administrate.

În cazul în care SE este cauzat de o tulburare metabolică (de exemplu, hipoglicemie), tulburarea metabolică de bază trebuie să fie corectată, în acest caz terapia de întreținere poate să nu fie necesară. Trebuie recunoscut faptul că, deși tratamentul este administrat în etape, tratamentul este un proces continuu și încetarea urgentă a activității convulsive reprezintă obiectivul la fiecare etapă.

Terapia inițială emergentă

Cu toate că mai multe antiepileptice au fost studiate ca terapie de primă linie pentru SE, dovezile și expertii sunt de acord ca benzodiazepinele trebuie să fie medicamentul de alegere pentru tratamentul inițial- emergent. Atunci când sunt disponibile personal calificat de îngrijire a sănătății, este preferată administrarea intravenoasă (i/v). Cu toate acestea, benzodiazepinele pot fi administrate prin injecție intramusculară (i/m), rectală, nazală sau bucală când terapia i/v nu este fezabilă. Pentru terapia i/v, lorazepam este agentul preferat; midazolam este preferat pentru terapia I/M (și poate fi administrat nazal sau bucal); și diazepamul este preferat pentru administrare rectală. Deși pot exista preocupări cu privire la administrarea de benzodiazepine la pacienții care nu sunt intubați, acest lucru poate fi mai puțin relevant la pacienții diagnosticați cu status epilepticus non-convulsiv, în contextul unei leziuni neurologice, care pot fi deja intubați sau necesita intubație. Ar trebui să fie prevăzut un tratament de susținere deoarece administrarea rapidă a benzodiazepinelor poate provoca depresie respiratorie și hipotensiune arterială.

Abstract

Terapia de control de urgență

Tratamentul AED de controlul de urgență după administrarea de benzodiazepine cu acțiune scurtă este necesară la toți pacienții care prezintă SE, cu excepția cazului în care cauza imediată a SE este cunoscută și corectată în mod definitiv (de exemplu hipoglicemia severă). Există două obiective potențiale ale terapiei de control de urgență. Pentru pacienții care răspund la terapia inițială emergentă și au rezoluția completă a SE, obiectivul este realizarea rapidă a nivelurilor terapeutice de AED și continuarea dozării pentru terapia de întreținere. Pentru pacienții care nu răspund la terapia inițială emergentă, obiectivul terapiei de control de urgență este de a opri SE. Există date contradictorii și diferențele de opinie a specialiștilor cu privire la medicamentul care este cel mai eficient pentru un control de urgență și alegerea adesea variază în funcție de scenariul și de pacient în particular. Medicamentele preferate de top care sunt utilizate în general pentru controlul urgent al SE sunt IV fosfenitoina / fenitoina, valproat de sodiu, fenobarbital, levetiracetamul, sau midazolam perfuzie continuă.

La pacienții cu epilepsie cunoscută care au fost pe un AED înainte de admitere, de la caz la caz administrarea în bolus IV al acestui AED, în cazul în care sunt disponibile, înainte de inițierea unui agent suplimentar. Acest lucru poate include și bolusuri suplimentare, pentru atingerea unor concentrații țintă mai mari decât în mod normal de AED pentru a realiza răspuns terapeutic dorit (adică, încetarea activității convulsive).

Tratamentul SE refractar

În cele mai multe cazuri de SE, EEG continuu și / sau examen clinic va determina persistența SE după ce s-a administrat tratamentul AED inițial emergent și de control urgent. În acest caz, pacientul are RSE și se recomandă să se administreze imediat medicamente suplimentare. Punctul de decizie principal în această etapă este de a lua în considerare repetare în bolus a AED de control de urgență sau să se inițieze imediat medicamente suplimentare. Nu există nici o perioadă bine definită de observație, care a fost determinată ca fiind sigură, și nu există date care să sugereze că expectația este mai sigură decât de a continua cu un tratament mai agresiv. În acest stadiu, după ce încercările de a controla SE cu bolus terapia intermitentă eșuează, recomandările de tratament sunt de a utiliza medicamente antiepileptice de perfuzie continuă pentru a suprima convulsile. Cu toate acestea, utilizarea valproatului de sodiu, levetiracetam și fenitoină / fosfenitoină în bolusuri intermitente pot fi, de asemenea, luate în considerare în cazul în care nu au fost administrate anterior, în special pentru pacienții cu NCSE care sunt stabili hemodinamic și nu necesită a fi intubați. Dozele bolus AED alese pentru perfuzie continuă trebuie administrată și poate fi repetată în progresia SE, în plus față de începerea perfuziei continue. În cazul în care prima perfuzie continuă sau AED aleas pentru RSE nu reușește, apoi trecerea la o perfuzie continuă diferită sau începerea unui alt agent se recomandă.

Medicamente antiepileptice cel mai adesea recomandate pentru utilizare ca perfuzie continuă sunt midazolam, propofol, și pentobarbital; în unele țări, thiopentalul vor fi de asemenea utilizate. În prezent, nu există suficiente date care să sugereze că midazolam, propofol, sau pentobarbital este agentul preferat. Propofolul este o opțiune, dar profilul său de siguranță trebuie să fie luat în considerare, deoarece poate provoca sindromul de perfuzie de propofol. Dintre ceilalți doi compuși, midazolamul poate provoca mai puțin hipotensiune, deoarece nu conține solventul propilen glicol și pot fi preferat în

Abstract

situații clinice selectate. Pentobarbital poate avea o rată mai mare de a controla cu succes RSE acut decât midazolamul, dar poate avea mai multe efecte adverse. Folosirea continuă a medicamentelor antiepileptice în perfuzie necesită în mod frecvent ventilația asistată și monitorizarea cardiovasculară. Agenți vasopresoare pot fi necesari din cauza hipotensiunii și depresiei cardio-pulmonare legate de acești agenți.

În prezent nu există date care să susțină un regim standardizat pentru intensitatea și durata tratamentului pentru RSE. Intensitatea tratamentului este de obicei dictat de manifestările pe cEEG, scopul tratamentului fiind încetarea crizelor electrografice sau suprimarea progresiei. Date limitate sugerează că activitatea de fond EEG nu prezice controlul crizelor. Se recomandă ca manifestările cEEG, nu nivelurile serice de droguri, ghidează terapia. Durata optimă de menținere a controlului crizelor convulsive electrografice la pacienții cu RSE nu este cunoscută, deoarece există puține date pentru a indica ce durată a tratamentului este necesară pentru a menține controlul. În mod obișnuit, controlul electrografic a crizelor se menține timp de 24-48 ore, urmată de retragerea treptată a AED în perfuzie continuă. Pacienții pot avea RSE recurent la retragerea inițială a perfuziei AED continuă, care necesită o revenire la doze anterioare sau mai mari de AED în perfuzie continuă pentru o perioadă suplimentară de timp, cu sau fără adăugarea unui alt agent. Rapoartele disponibile sugerează ca pacienții pot fi tratați în mod eficient pentru RSE timp de săptămâni la luni, după care poate să apară o recuperare funcțională completă. Prin urmare, durata cumulată a tratamentului cu medicamente antiepileptice în perfuzie continuă nu pare a fi un indiciu de prognoza pe termen lung.

Nu există date pentru a ghida trecerea de la un tratament de perfuzie continuă la terapia de întreținere intermitentă după rezolvarea RSE. În general, medicamentele de întreținere sunt date în doze suficiente pentru a menține concentrațiile terapeutice în timpul și după întreruperea perfuziei continue. Concentrațiile terapeutice pot depăși concentrațiile țintă pentru mai multe medicamente antiepileptice și dozare trebuie să fie individualizat pentru a realiza controlul convulsiilor și pentru a minimiza efectele adverse. Succesul regimului de întreținere este predicat de multe caracteristici clinice, inclusiv EEG model, cauza SE, boli sistemice concurente, și profilurile de interacțiune medicament-medicament.



Abstract

FACTORII DE RISC ȘI PREVENȚIA PRIMARĂ A ACCIDENTULUI VASCULAR CEREBRAL ÎN POPULAȚIA REPUBLICII MOLDOVA

STANISLAV
GROPPA
/REPUBLIC OF
MOLDOVA

EFREMOVA
DANIELA
/REPUBLIC OF
MOLDOVA

INTRODUCERE: Accidentul vascular cerebral (AVC) este una dintre principalele cauze de morbiditate, mortalitate și principala cauză de dizabilitate la nivel mondial. În țările dezvoltate incidența variază de la 101 până la 264 la 100.000 populație. În Republica Moldova incidența AVC a crescut de la 20,4 în anul 2000 la 26,15 în anul 2016, iar prevalența de la 67,0 în anul 2000 până la 207,87 în anul 2016 la 10.000 locuitori.

În ciuda progreselor substanțiale în tratamentul AVC, prevenirea efectivă a AVC rămâne cel mai bun mijloc pentru reducerea consecințelor acestuia. Numărul absolut de persoane afectate de AVC în întreaga lume atât la bărbați cât și la femei de toate vârstele este în creștere, iar acest lucru oferă un argument puternic că prevenirea AVC primar nu este suficient de eficientă. Peste 70% din toate AVC care apar în fiecare an sunt primele evenimente și, prin urmare, prevenirea primară a AVC are o importanță imensă pentru sănătatea publică. Persoanele cu risc sporit de AVC pot fi identificate și orientate spre monitorizare și intervenții specifice, iar o bună gestionare a factorilor de risc poate duce la schimbări dramatice ale incidenței AVC. În acest context, ne-am propus să investigăm factorii de risc pentru AVC în populația Republicii Moldova.

METODE: Având în vedere necesitatea indispensabilă de a depista factorii de risc în apariția AVC și de a preveni consecințele acestora asupra sănătății populației RM, Clinica de Neurologie din cadrul Institutului de Medicină Urgentă a participat în proiectul comun internațional de prevenție primară a AVC, în care au fost implicate încă trei țări, Armenia și Georgia și Austria. Acest proiect a fost susținut de Fundația Americană Austriacă (American Austrian Foundation, Open Medical Institute) și s-a desfășurat în perioada anilor 2014-2017. De asemenea în 2015 a fost inițiat cercetarea factorilor de risc pentru AVC în cadrul programului de stat „Sistemogeneza factorilor de risc, optimizarea serviciului de asistență medicală, evaluarea durabilă și modelarea matematică a Accidentelor Vasculare Cerebrale” cu proiectul „Particularitățile factorilor de risc, profilaxia și impactul socio-economic al AVC în populația RM.” acest proiect fiind planificat pentru anii 2015-2016. Luând în considerație importanța problemei AVC, cercetarea continuă și în prezent în cadrul continuării Programului de Stat cu proiectul “Factorii de risc pentru AVC specifici populației Republicii Moldova, strategii de profilaxie primară și secundară”, 2017-2018. În contextul acestor proiecte în noiembrie 2015, am inițiat un studiu epidemiologic în două localități rurale din nordul și centrul Republicii Moldova. Prima localitatea selectată pentru studiu în anul 2015 a fost satul Mereni, raionul Anenii Noi, iar al doilea program de screening a fost organizat în Raionul Ocnita, satul Birladen, 2016. În ambele raioane se atestă una dintre ratele cele mai înalte de mortalitate pe republică din cauza AVC. Toți subiecții au fost examinați în baza unui protocol care a inclus:

Abstract

1. Date personale (nume, prenume, vîrstă, sex, mediu de reședință, statul civil, studii, ocupație)
2. Anamneza familială
3. Antecedente patologice
4. Modul de viață (alimentația, tabagismul, utilizarea drogurilor, activitatea fizică, consumul de alcool)
5. Examenul neurologic
6. Examinarea clinică generală (Examenul pe sisteme: sistemul cardiovascular, respirator, digestiv, uro-genital)
7. Efectuarea analizelor de laborator
8. Măsurători fizice (calcularea Indicelui masă corporala, măsurarea tensiunii arteriale, măsurarea circumferinței abdominale)
9. Electrocardiograma
10. Doppler/Duplex a vaselor extracraniene (evaluarea Complexul Intima Medie, tipul plăcii aterosclerotice, aria totala a placii și cuantificarea gradului de stenoza)

REZULTATE: În acest studiu au fost incluși 812 subiecți, 487 (60%) femei și 325 (40%) bărbați cu o vîrstă medie de $48,1 \pm 14,1$ ani. Obezitatea abdominală a fost unul dintre cei mai frecvenți factori de risc identificată la 600 subiecți (74%). Un indice Masă Corp (IMC) de > 30 ceea ce corespunde obezității a fost determinat la 346 (43%) subiecți, 257 subiecți (32%) au fost supraponderali și doar 197 (32%) au fost normoponderali. Hipertensiunea a fost identificată la 290 (36%) subiecți, dintre care 119 (41%) din subiecți nu administrează sau administrează neregulat tratament antihipertensiv. Diabetul zaharat a fost prezent la 58 subiecți (7%), fibrilația atrială la 37 (5%) subiecți. O sută douăzeci și trei (15%) erau fumători, iar plăci aterosclerotice au fost identificate la 177 (22%) subiecți. În urma examenului electrocardiografic a fost identificată hipertrofia ventricolului sting la 356 (44 %) dintre subiecți, iar semne de infarct miocardic la 18 (2 %) subiecți. HbA_{1c} a fost crescută la 59 (7%) subiecți și mai mult de 50% au prezentat dislipidemie. Astfel creșterea colesterolului total (T-Col) sa constatat la 450 (55%) subiecți, creșterea LDL colesterolul (LDL-Col) la 232 (29%) subiecți și scăderea colesterolului HDL (HDL-Col) la 110 (14 %) subiecți. De asemenea, am identificat corelări semnificative între valorile circumferinței abdominale (CA) și diferite variabile clinice și de laborator. Astfel, CA a corelat semnificativ cu tensiunea arterială sistolică ($r = 0,40$; $p < 0,000$), BP diastolică ($r = 0,40$; $p < 0,000$), cu IMC ($r=0,85$; $p < 0,000$), Acid uric ($r=0,35$; $p < 0,000$) și cu Complexul Intima Media ($r=0,44$; $p < 0,000$).

CONCLUZII: AVC reprezintă o problemă majoră de sănătate publică, iar prevenirea primară este cea mai importanta in reducerea consecințelor AVC. Obezitatea abdominală, dislipidemia, obezitatea generală și hipertensiunea arterială au fost factorii de risc cel mai frecvent identificați în studiul nostru. Aceste rezultate indică predominanța factorilor de risc modificabili, iar elaborarea strategiilor de prevenție primară va reduce morbiditatea în urma AVC în populația Republicii Moldova. Iar prevenirea obezității și reducerea în greutate necesită un accent mai mare în programele de prevenire a AVC.

Notes

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



Notes

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....





“RoNeuro”

**Institute for Neurological Research and Diagnostic,
Cluj-Napoca, Romania**

Tel.: 0374 46.22.22

**str. Mircea Eliade nr. 37, 400364 Cluj-Napoca, România
Fax: 0374.461.674; Email: receptie@roneuro.ro**

www.roneuro.ro