1. Care este procentul din numărul de cazuri atunci când anevrismul care a rupt poate avea ca consecinţă moartea subită ?

Anevrismul care a rupt poate avea ca consecinţă: moarte subită – 20% din cazuri

1. Care este procentul din numărul de cazuri atunci când anevrismul care a rupt poate avea ca consecinţă starea gravă ?

Anevrismul care a rupt poate avea ca consecinţă: stare gravă – 20% , scor Hunt şi Hess IV şi V

1. Este permisă intervenția chirurgicală in cazul anevrismului care a rupt și are ca consecintă starea gravă a pacientului?

Nu se permite intervenţia chirurgicală, pacientul fiind dependent de măsurile de terapie intensivă.

1. Care este procentul din numărul de cazuri atunci când anevrismul care a rupt poate avea ca consecinţă starea mediocră ?

Anevrismul care a rupt poate avea ca consecinţă: stare mediocră – 30%, scor Hunt şi Hess III

1. Este permisă intervenția de clipare chirurgicală in cazul anevrismului care a rupt și are ca consecintă starea mediocră a pacientului?

Se permite intervenţia de clipare chirurgicală numai în cazuri de dotare anestezică şi operatorie optimă a serviciului.

1. Care este procentul din numărul de cazuri atunci când anevrismul care a rupt poate avea ca consecinţă starea clinică relativ bună?

Anevrismul care a rupt poate avea ca consecinţă: stare clinică relativ bună – 30%, scor Hunt şi Hess II .

1. Este permisă intervenția chirurgicală in cazul anevrismului care a rupt și are ca consecintă starea clinică relativ bună a pacientului ?

Se permite intervenţia chirurgicală imediată pentru cliparea anevrismului .

1. Ce constituie tromboza la nivelul rupturii?

Tromboza la nivelul rupturii nu constituie decât o hemostază provizorie şi doar 30% din anevrismele netratate vor evolua către cicatrizare la nivelul rupturii, comportându-se la 1-2 ani după ruptură în mod similar anevrismelor asimptomatice (risc de ruptură de 1-2% pe an).

1. Care este frecventa repetarii rupturii pentru anevrismele rupte?

Pentru anevrismele rupte, repetarea rupturii apare şi are loc cu atât mai frecvent cu cât ne aflăm în perioada de timp mai apropiată faţă de ruptura iniţială.

1. Cum este repetarea rupturii pentru anevrismele rupte?

Repetarea rupturii este adeseori fatală.

1. Cum se pune diagnosticul pentru anevrismele rupte?

Diagnosticul se pune în majoritatea cazurilor prin explorarea angiografică a pacienţilor cu hemoragie subarahnoidiană

1. Care este cea mai fidelă metoda pentru diagnosticare ?

Metoda angiografiei prin cateterism (injectare a produsului de contrast endovascular după cateterizarea vaselor cerebrale prin abord de obicei femural după tehnica Seldinger) rămâne şi la ora actuală cea mai fidelă .

1. Care este riscul in cazul metodei angiografiei prin cateterism?

Metoda angiografiei prin cateterism are un risc procedural de 1/1000

1. Care sunt metodele neinvazive de diagnosticare?

Metodele neinvazive sunt angiografia RMN si angiografia CT.

1. Cum s-au perfecționat metodele neinvazive ?

Metodele neinvazive (angiografia RMN si angiografia CT) s-au perfecţionat treptat ajungând la imagini apropiate ca acurateţe.

1. Sunt suficiente metodele de angiografie neinvazive în toate cazurile pentru depistarea şi caracterizarea anevrismului

Metodele de angiografie neinvazive nu sunt suficiente în toate cazurile pentru depistarea şi caracterizarea anevrismului astfel că uneori sunt completate de angiografia prin cateterism.

1. Care sunt în prezent modalităţile de excludere din circulaţie a anevrismelor rupte ?

În prezent modalităţile de excludere din circulaţie a anevrismelor rupte sunt cliparea microchirurgicală sau embolizarea cu spirale prin cateterism vascular (tehnica endovasculară).

1. Care este riscul vital şi de complicaţii severe pentru procedeele de cliparea microchirurgicală si de embolizarea cu spirale prin cateterism vascular ?

Ambele procedee au un risc vital şi de complicaţii severe de aproximativ 3-5% când se practică la pacienţi în stare bună (grad I şi II Hunt şi Hess).

1. Ce boli cresc riscul operator la pacienții in stare mai grava ?

Edemul cerebral, vasospasmul, tulburările neurovegetative cresc riscul operator la pacienţii în stare mai gravă (III, IV şi V)

1. Care sunt complicaţiile care apar în evoluţia postintervenţie a unui anevrism rupt, clipat sau embolizat?

Complicaţiile care apar în evoluţia postintervenţie a unui anevrism rupt, clipat sau embolizat, sunt datorate pe de o parte evoluţiei hemoragiei subarahnoidiene, ca suferinţă a creierului predispozantă pentru edem, vasospasm, ischemie, tulburări vegetative şi pe de altă parte datorită complicaţiilor postoperatorii sau postembolizare posibile (tromboze vasculare, hematoame intracraniene, infecţii, leziuni cerebrale prin tracţiune etc: în circa 20% din cazuri ruptura anevrismală se însoţeşte de hematoame intracraniene

1. Ce a aparut datorita necesitatii excluderii din circulaţie a anevrismelor ?

Necesitatea excluderii din circulaţie a anevrismelor a dat naştere la apariţia şi dezvoltarea unui arsenal relativ complex de implanturi fie pe linia clipurilor autostatice anevrismale, fie pe linia spiralelor cu aplicabilitate endovasculară (GDC) descrise la capitolul de protezare.

1. In ce constau malformaţiile arteriovenoase cerebrale ?

Malformaţiile arteriovenoase cerebrale constau în anomalii de formare şi dezvoltare a vaselor cerebrale arteriale, venoase, dar cel mai adesea capilare, adică anomalii ale joncţiunii între patul arterial şi cel venos.

1. Cu ce se pot continua arterele?

Arterele se pot continua cu vene fără interpoziţia reţelei capilare, fie prin intermediul unui ghem de vase cu diametru variabil ce poarta numele de nidus (malformaţiile arteriovenoase propriu-zise), fie prin vărsarea directă (fără interpoziţia nidusului) a unei artere într-o venă (fistula arterio-venoasă nu este strict congenitală existând şi cazuri posttraumatice).

1. Ce cuprind în mod clasic malformațiile arteriovenoase ?

În mod clasic malformaţiile arteriovenoase cuprind: malformaţii arteriovenoase, propriu-zise, cavernoame, malformaţii venoase, telangiectazii

1. Cum se prezinta cavernoamele ?

Cavernoamele (malformaţiile cavernomatoase) se prezintă ca formaţiuni vasculare muriforme de mărime variabilă, înconjurate de parenchim cerebral, formate din canale vasculare dilatate cu perete simplu, format numai din strat endotelial.

1. Unde se interpune cavernomul?

Cavernomul se interpune în circulaţie între vase de sânge de calibru foarte mic

1. Ce este cavernomul?

Cavernomul este o malformaţie angiografic criptică (nu se vizualizează pe angiografia endovasculară).

1. Cum se manifesta clinic cavernomul ?

Se poate manifesta clinic prin ruptură (hematom intracerebral) sau crize comiţiale şi în aceste cazuri are adesea indicatie de rezecţie chirurgicală.

1. În functie de ce operează sau nu cavernoamele descoperite incidental ?.

Cavernoamele descoperite incidental (cu ocazia unui RMN pentru o altă afecţiune) se operează sau nu în funcţie de riscul operator estimat pentru fiecare localizare, riscul de ruptură, vârsta pacientului etc.

1. Câte grade de gravitate din punctul de vedere al posibilităţii de rezecţie chirurgicale prezinta Malformaţiile arteriovenoase ?

Malformaţiile arteriovenoase propriu-zise prezintă cinci grade de gravitate din punctul de vedere al posibilităţii de rezecţie chirurgicale (scara Spetzler, 1986).

1. Ce punctaj se acordă pentru criteriul de evaluare a dimensiuni mici (sub 3 cm diametru) a malformației ?

Punctajul pentru malformații de dimensiune mică (sub 3 cm diametru) este de 1 punct .

1. Ce punctaj se acordă pentru criteriul de evaluare a dimensiuni medii (3-6 cm diametru) a malformației ?

Punctajul pentru malformații de dimensiune medie (3-6 cm diametru) este de 2 puncte .

1. Ce punctaj se acordă pentru criteriul de evaluare a dimensiuni mare (peste 6 cm diametru) a malformației ?

Punctajul pentru malformații de dimensiune mare (peste 6 cm diametru) este de 3 puncte .

1. Ce punctaj se acordă pentru criteriul de evaluare a localizării malformației in zona neelocventă?

Punctajul pentru malformatii localizate in zona neelocventă este de 0 puncte .

1. Ce punctaj se acordă pentru criteriul de evaluare a localizării malformației in zona elocventă?

Punctajul pentru malformatii localizate in zona elocventă este de 1 punct .

1. Ce punctaj se acordă pentru criteriul de evaluare a drenajului venos superficial ?

Punctajul pentru malformatii cu drenaj venos superficial este de 0 puncte .

1. Ce punctaj se acordă pentru criteriul de evaluare a drenajului venos profund ?

Punctajul pentru malformatii cu drenaj venos profund este de 1 puncte.

1. Care este manifestarea clinică a malformațiilor arteriovenoase ?

Manifestarea clinică a malformaţiilor arteriovenoase îmbracă unul din următoarele sindroame: hemoragic (hemoragia subarahnoidiană, hematom intracerebral), epileptic, pseudotumoral.

1. În ce constau posibilitațile terapeutice a malformațiilor?

Posibilităţile terapeutice constau în următoarele alternative folosite individual sau în asociere: ablaţie microchirurgicală, radiochirurgie, embolizare

1. Cum se poate reprezenta hemoragia subarahnoidiană?

Hemoragia subarahnoidiană se poate prezenta sub diverse forme clinice în raport de gravitate (moarte subită, comă, deficit neurologic, sindrom confuzional, sindrom meningeal complet sau simplă cefalee brusc instalată).

1. Câți dintre pacienţi se prezintă la spital cu o hemoragie subarahnoidiană de gravitate medie sau moderată (scor II şi III)?

60% dintre pacienţi se prezintă la spital cu o hemoragie subarahnoidiană de gravitate medie sau moderată (scor II şi III).

1. Care este prima etapă a pacienților ce se prezintă la spital cu o hemoragie subarahnoidiană de gravitate medie sau moderată ?

Prima etapa este CT de urgenţă pentru documentarea hemoragiei subarahnoidiene diagnosticate clinic, orientare asupra sediului rupturii (localizarea anevrismului)

1. Care este cea de a doua etapă a pacienților ce se prezintă la spital cu o hemoragie subarahnoidiană de gravitate medie sau moderată ?

Angiografie CT pentru evidenţierea anevrismului.

1. Care este cea de a treia etapă a pacienților ce se prezintă la spital cu o hemoragie subarahnoidiană de gravitate medie sau moderată ?

Intervenţie chirurgicală de clipare a anevrismului pentru pacienţii neembolizaţi.

1. Care sunt tehnicile principale pentru excluderea anevrismului ?

In prezent există două tehnici principale pentru excluderea anevrismului: cliparea microchirurgicală şi embolizarea prin cateterism venos.

1. Când se aplica Varianta intervenţiei microchirurgicale precoce ?

Varianta intervenţiei microchirurgicale precoce (primele 24 – 72 de ore) se aplică pacienţilor în stare acceptabilă, cu risc scăzut anestezic şi operator, general şi cerebral.

1. Când poate fi momentul operației amânate?

Momentul operaţiei amânate poate fi imediat ce starea pacientului permite sau după trecerea celor 14-21 de zile cu risc crescut de vasospasm cerebral

1. Ce trebuie să facă pacienţii cu explorarea angiografică normală şi la care nu s-a evidenţiat altă cauză de hemoragie subarahnoidiană ?

Pacienţii cu explorarea angiografică normală şi la care nu s-a evidenţiat altă cauză de hemoragie subarahnoidiană trebuie investigaţi suplimentar prin RMN şi reevaluaţi angiografic după 1-3 luni

1. Ce impune adesea asocierea hidrocefaliei ?

Asocierea hidrocefaliei impune adesea un drenaj ventricular extern

1. Unde se încadrează formele grave de hemoragie subarahnoidiană

Formele grave de hemoragie subarahnoidiană (grad IV şi V) se încadrează în managementul accidentului vascular cerebral grav.

1. Cum sunt problemele generale de îngrijire a unei come neurologice?

Problemele generale de îngrijire a unei come neurologice sunt în linii mari similare cu protocolul de îngrijire al traumatismelor cranio-cerebrale grave.

1. Cum se manifestă hematomul intracerebral primar ?

Hematomul intracerebral primar se manifestă printr-un debut brusc cu instalarea unui deficit neurologic şi alterarea stării de conştienţă, sindrom HIC

1. Ce reprezintă hematoamele putaminale?

Hematoamele putaminale reprezintă o localizare în care evacuarea chirurgicală este posibilă în unele cazuri, mai ales atunci când hematomul are o extensie lobară.

1. Cum pot fi din punct de vedere etiologic hematoamele intracerebrale spontane ?

Din punct de vedere etiologic hematoamele intracerebrale spontane pot fi secundare rupturii unei formaţiuni vasculare

1. Ce denumire poartă , hematomul intracerebral daca acesta nu este nici traumatic, nici secundar unei formaţiuni hemoragice ?

În cazul în care hematomul intracerebral nu este nici traumatic, nici secundar unei formaţiuni hemoragice, acesta poarta denumirea clasică de hematom primar.

1. De cine este reprezentată hemorafia in cazul hematoamele hipertensive ?

Hemoragia este reprezentată de ruptura arteriolelor cu modificări de hialinoză.

1. Ce induce hipertensiunea arterială de durată?

Hipertensiunea arterială de durată induce degenerarea hialinotică a peretelui arteriolelor şi un puseu hipertensiv.

1. Care este in prezent termenul folosit pentru hematomul primar?

În prezent se foloseşte mai mult termenul de hematom intracerebral spontan nonmacrolezional.

1. Ce include hematomul intracerebral spontan nonmacrolezional ?

Hematomul intracerebral spontan nonmacrolezional include hematoamele hipertensive, hematoame amiloidotice, hematoamele prin tulburări ale hemostazei

1. Cum este in principal diagnosticul hematomului intracerebral primar ?

Diagnosticul este în principal computertomografic