



Prof. As. Dr. Adrian RESTIAN

Infarctul cerebral silențios

Silent cerebral infarct

Se știe că foarte multe boli pot evolua asimptomatic o foarte lungă perioadă de timp, așa cum se întâmplă în cazul aterosclerozei, al HTA, al diabetului zaharat, al cancerului și al osteoporozei. Se știe că foarte multe ischemii cardiace și chiar infarctele miocardice pot evolua asimptomatic (Wolfe C.L., Silent myocardial ischemia, Journal of American College of Cardiology, 15, 1990, 1004-1006). Se știe de asemenea că patologia umană este ca un aisberg, din care numai o mică parte depășește orizontul clinic, cea mai mare parte a patologiei umane evoluând în tăcere, asimptomatic.

Chiar și atunci când ne simțim foarte bine, când suntem foarte tineri și ne distrăm cu înverșunare, în corpul nostru pot să evolueze o serie întreagă de boli. S-a constatat că 17% dintre indivizii sub 20 de ani au deja leziuni de ateroscleroză, care la indivizii trecuți de 50 de ani sunt prezente în proporție de peste 85% dintre cazuri, chiar dacă ele încă nu se manifestă clinic.

Adică chiar și atunci când nu avem nici o simptomatologie, în corpul nostru pot să evolueze o serie întreagă de boli. Aceasta înseamnă că fiecare clipă pe care o trăim reprezintă de fapt o luptă pentru supraviețuire în care mecanismele noastre de apărare și de compensare se luptă din răsuner să păstreze sănătatea în pofida numeroșilor factori de risc și de factori patogeni care atentează în permanență la sănătatea organismului.

Dar deși știm că foarte multe boli pot să evolueze asimptomatic, faptul că 11% dintre indivizii aparent sănătoși trecuți de 30 de ani au

suferit un accident cerebral ischemic silențios, ne-a luat prin surprindere. Totuși, R.R. Das, S. Seshadri și A.S. Beiser (Prevalence and Correlates of Silent Cerebral Infarcts in the Framingham Offspring Study; *Stroke*, 37, 2006, 345-350), studiind cu ajutorul RMN un număr de 2040 de persoane, au constatat că 11% dintre indivizii aparent sănătoși au suferit un infarct cerebral ischemic silențios. 84% dintre subiecți au avut un singur infarct cerebral, iar 16% au avut chiar mai multe infarctele cerebrale silențioase. 52% dintre infarctele erau în ganglionii bazali, 35% în formațiunile subcorticale, iar 11% în ariile corticale.

Și, ca și când acest lucru nu ar fi fost suficient, autorii au constatat că 7% dintre subiecții între 30-49 de ani, adică persoane relativ tinere, au suferit un infarct cerebral ischemic silențios, care la persoanele trecute de 70 de ani era prezent la 15% dintre cazuri.

Evident că este surprinzător faptul că infarctele miocardice și infarctele cerebrale pot să evolueze asimptomatic și este de asemenea surprinzător faptul că infarctul cerebral silențios a survenit la atât de multe persoane și mai ales faptul că el a survenit la atât de multe persoane tinere. Dar lucrurile încep să prindă un oarecare contur când aflăm că la persoanele care au suferit un infarct cerebral factorii de risc, așa cum ar fi HTA, homocisteinemia și stenoza carotidiană, au fost mai frecvent întâlniți decât la martori.

Pentru medicul de familie care este un clinician prin excelență, această constatare are o importanță deosebită. Ea ar trebui să-l facă să privească cu alți ochi relația dintre modificările

biologice și manifestările lor clinice, între care nu există o relație liniară (Restian A., *Nelinaritatea relațiilor dintre modificările moleculare și manifestările lor clinice*, Conferința Națională de Cibernetică, București, 1986). Nu toate modificările moleculare se manifestă clinic. Multe dintre ele pot fi compensate de mecanismele de reglare de la nivel superior. Se știe spre exemplu, că între nivelul anticorpilor și al complementului din lupusul eritematos sistemic și manifestările clinice nu există o relație liniară. Nici între modificările catecolaminelor și ale serotoninei de la nivelul creierului și manifestările depresive nu există o relație liniară. De asemenea, s-a constatat că 85% dintre bătrânii care prezintă plăcile senile formate din beta-amiloid, caracteristice boli Alzheimer, nu prezintă manifestări clinice ale bolii.

De aceea, în practica medicală este foarte important să știm că foarte multe boli pot să evolueze asimptomatic, dar și că foarte multe simptome pot să nu fie expresia unei boli.

După cum arată L.A., Green, G.E., Fryer și B.R., Yawn (*The ecology of medical care revised*, *New England Journal of Medicine*, 2001, 344, 2021-2025), 80% dintre indivizi prezintă la un moment dat anumite simptome, dar numai 32,7% consideră necesar să se prezinte la un medic. Adică numai foarte puțini dintre pacienții care au o anumită simptomatologie consultă un medic. Majoritatea dintre ei nu consultă nici un medic, fie că simptomele sunt minore, fie că ele sunt trecătoare, fie că se tratează singuri, fie că apelează la terapiile complementare. Foarte multe dintre simptomele pe care le acuză pacienții sunt autolimitante. Adică dispar spontan. Ele nu sunt expresia unei boli și de multe ori sunt foarte greu de interpretat. După cum arată K. Kroenke (*Patients presenting with somatic complaints*, *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 1, 2006, 34-43), aproximativ 33% dintre simptomele acuzate de bolnavi sunt inexplicabile. Ele pot fi expresia unei somatizări, a unui stres, a unei indispoziții sau a unui disconfort. Stresul nu este încă o boală. Iar indispoziția poate fi de obicei o reacție normală. De aceea oboseala, depresia și anxietatea sunt până

la un moment dat reacții normale ale individului confruntat cu o mulțime de situații neplăcute.

În acest caz, există pericolul să iatrogenizăm bolnavul. De aceea, de multe ori este nevoie de un anumit timp pentru a pune un diagnostic, pentru a vedea dacă oboseala, anxietatea sau depresia de care suferă bolnavul sunt expresia unei boli sau a unei reacții normale.

Dar, deși foarte multe boli pot evolua asimptomatic și foarte multe simptome nu sunt expresia unor boli, deși fără investigațiile paraclinice nu ne-am fi dat seama că 11% dintre subiecții sănătoși au suferit totuși un infarct cerebral silențios, totuși, clinica va continua să rămână baza medicinei moderne. Cercetarea se bazează pe investigațiile paraclinice și pe prelucrarea statistică a datelor, iar practica medicală, care trebuie să aplice cele mai noi descoperiri ale științei, se bazează pe clinică și pe relații corespunzătoare cu bolnavul. După cum arată Bernard Lown (*Arta pierdută a vindecării*, Editura Științelor Medicale, 2007), care a introdus tehnologia modernă în cardiologie, înființând primele secții de terapie intensivă în cardiologie, pledează în același timp pentru utilizarea metodelor clinice în practica medicală. El arată că 75% dintre informațiile necesare diagnosticului pot fi obținute prin anamneză, 10% prin examenul fizic, 5% prin testele curente și numai 5% prin teste mai laborioase.

De remarcat că, chiar dacă multe boli pot evolua asimptomatic, chiar dacă multe infarcte cerebrale și miocardice pot evolua silențios, totuși ele au fost întovărășite de niște factori de risc care pot fi depistați clinic. Și medicul practician ar fi trebuit să știe, iar acum știe precis, că acești factori de risc pot să producă foarte frecvent infarcte cerebrale și chiar infarcte cerebrale silențioase. Pentru că în natură totul se plătește.

De aceea, existența infarctelor cerebrale silențioase, cu tot aportul lor la apariția unor accidente vasculare majore și la apariția demențelor, ar trebui să reprezinte un imbold pentru intensificarea activității preventive, pentru depistarea și combaterea factorilor de risc care duc la apariția infarctelor cerebrale silențioase. □