

Libris

Stanley L. Wiener

Profesor la Facultatea de Medicină
Chicago, Illinois

DIAGNOSTICUL DIFERENȚIAL ÎN DUREREA ACUTĂ

Coordonare lucrare: dr. Alina Cașcaval

*Traducere: dr. Andreea Săndulescu, dr. Rucsandra Manca,
dr. Monica Dragomir, dr. Adriana Antohe*

Redactare: dr. Mihaela Gârbă

EDIȚIE INTERNAȚIONALĂ

Auckland, Bogota, Caracas, Lisabona, Londra,
Madrid, Mexico, Milano, Montreal, New Delhi, New York, Paris,
St. Louis, San Francisco, San Juan, Singapore, Sydney, Tokyo, Toronto

Respect pentru oameni și cărți

MULȚUMIRI.....	V
PREFAȚĂ.....	IX
Capitolul 1 Organizarea și folosirea acestei cărți.....	1
PARTEA I – DUREREA ACUTĂ A EXTREMITĂȚII CEFALICE	
Capitolul 2 Cefaleea acută.....	9
PARTEA A II-A – DUREREA ACUTĂ FACIALĂ	
Capitolul 3 Durerea acută oculară.....	39
Capitolul 4 Durerea acută auriculară.....	57
Capitolul 5 Durerea acută nazală.....	63
Capitolul 6 Durerea acută de la nivelul etajelor faciale mijlociu și inferior.....	68
Capitolul 7 Durerea acută la nivelul cavității bucale.....	75
Capitolul 8 Durerea acută faringiană și perifarngiană.....	89
PARTEA A III-A – DUREREA ACUTĂ CERVICALĂ	
Capitolul 9 Durerea acută la nivelul zonei cervicale anterioare.....	105
Capitolul 10 Durerea acută la nivelul zonei laterocervicale.....	114
Capitolul 11 Durerea acută la nivelul zonei cervicale posterioare (nucale).....	119
PARTEA A IV-A – DUREREA ACUTĂ LA NIVELUL TORACELUI ȘI SÎNULUI	
Capitolul 12 Durerea acută retrosternală.....	135
Capitolul 13 Durerea acută toracică anterolaterală.....	152
Capitolul 14 Durerea acută toracică anterioară.....	168
Capitolul 15 Durerea acută de sîn.....	176
PARTEA A V-A – DUREREA ACUTĂ ABDOMINALĂ	
Capitolul 16 Durerea acută la nivelul hipocondrului drept.....	183
Capitolul 17 Durerea acută epigastrică.....	193
Capitolul 18 Durerea acută la nivelul hipocondrului stîng.....	204
Capitolul 19 Durerea acută unilaterală la nivelul flancului și unghiului costovertebral.....	211
Capitolul 20 Durerea acută periombilicală.....	225
Capitolul 21 Durerea acută la nivelul fosei iliace drepte.....	230
Capitolul 22 Durerea acută hipogastrică.....	246
Capitolul 23 Durerea acută la nivelul fosei iliace stîngi.....	257
Capitolul 24 Durerea acută bilaterală la nivelul etajului abdominal superior.....	270
Capitolul 25 Durerea acută bilaterală la nivelul etajului abdominal inferior.....	275
Capitolul 26 Durerea acută bilaterală la nivelul flancului și unghiului costovertebral.....	282
Capitolul 27 Durerea acută abdominală difuză de intensitate constantă.....	290
Capitolul 28 Durerea acută abdominală difuză colicativă.....	307

PARTEA A VI-A – DUREREA ACUTĂ TORACICĂ POSTERIOARĂ, LOMBARĂ ȘI FESIERĂ

Capitolul 29 Durerea acută interscapulară și scapulară.....	323
Capitolul 30 Durerea acută la nivelul coloanei vertebrale toracolombare.....	330
Capitolul 31 Durerea acută lombosacrată.....	335
Capitolul 32 Durerea acută fesieră unilaterală.....	348
Capitolul 33 Durerea acută fesieră bilaterală.....	354

PARTEA A VII-A – DUREREA ACUTĂ LA NIVELUL ORGANELOR GENITALE EXTERNE, PERINEULUI ȘI ANUSULUI

Capitolul 34 Durerea acută peniană.....	361
Capitolul 35 Durerea acută inghinoscrotală.....	376
Capitolul 36 Durerea acută ano-rectală și perineală.....	388
Capitolul 37 Durerea acută vulvară și vaginală.....	398

PARTEA A VIII-A – DUREREA ACUTĂ A UMĂRULUI, BRAȚULUI ȘI A MÎINII

Capitolul 38 Durerea acută a membrului superior.....	411
Capitolul 39 Durerea acută a umărului, brațului și axilei.....	428
Capitolul 40 Durerea acută a cotului și a antebrațului.....	443
Capitolul 41 Durerea acută la nivelul articulației radiocarpene, mîinii și degetelor.....	455

PARTEA A IX-A – DUREREA ACUTĂ A MEMBRELOR INFERIOARE

Capitolul 42 Durerea acută unilaterală de membru inferior.....	489
Capitolul 43 Durerea acută bilaterală de membre inferioare.....	496
Capitolul 44 Durerea acută inghinală, pubiană și a coapsei.....	500
Capitolul 45 Durerea acută a genunchiului și a fosei poplitee.....	530
Capitolul 46 Durerea acută a gleznei și a gambei.....	556
Capitolul 47 Durerea acută a piciorului.....	583

PARTEA A X-A – DUREREA ACUTĂ GENERALIZATĂ

Capitolul 48 Durerea acută generalizată.....	639
Capitolul 49 Durerea acută a hemicorpului.....	661
Capitolul 50 Durerea acută generalizată articulară.....	664
Capitolul 51 Durerea acută generalizată tegumentară.....	683

CEFALEEA ACUTĂ

☐ LISTA DIAGNOSTICELOR POSIBILE

1. Cefaleea posttraumatică
 - A. Leziunile scalpului și neuropatia superficială
 - B. Cefaleea pseudomigrenoasă
 - C. Cefaleea cu caracter constrictiv
 - D. Cefaleea cluster
 - E. Cefaleea mixtă (constrictiv-migrenoasă)
 - F. Cefaleea asociată leziunilor cervicale
 1. Cefalgia disautonomică posttraumatică
 2. Nevralgia occipitală posttraumatică
 3. Migrena secundară traumatismului arterei bazilare
 4. Disecția traumatică a arterei carotide internă
 5. Contuziile măduvei spinării, ligamentelor și mușchilor paravertebrali
 - G. Sindromul posttraumatic cefalic (sindromul postcontuzional)
 - H. Cefaleea determinată de leziuni organice intracraniene
 1. Hematomul acut subdural
 2. Hematomul acut epidural
 3. Contuzia cerebrală
 4. Hematomul intracerebral
 5. Hematomul epidural din fosa posterioară
2. Hemoragia subarahnoidiană spontană
 - A. Anevrismul
 1. Sîngerările minore și cefaleea „de alarmă“, „sentinelă“
2. Cefaleea d'amblye secundară anevrismului nonhemoragic
3. Ruptura anevrismală și cefaleea acută
4. Cefaleea d'amblye fără anevrism sau hemoragie
- B. Malformațiile arteriovenoase
- C. Hemoragia subarahnoidiană spinală
3. Infecțiile intracraniene
 - A. Meningita bacteriană acută
 - B. Forme rare de meningită bacteriană
 1. Boala Lyme și meningita
 2. Meningita cu *Listeria monocytogenes*
 3. Meningita cu *Mycobacterium tuberculosis*
 4. Meningita cu anaerobi
 5. Meningita bacteriană mixtă
 - C. Boli care mimează meningitele bacteriene
 1. Meningoencefalita amoebiană
 2. Meningita virală
 3. Meningita secundară tumorilor și chisturilor intracraniene
 4. Meningitele medicamentoase
 5. Vasculitele cerebrale din colagenoze și meningita aseptică
 6. Boala Behçet și meningita aseptică
 7. Meningita Mollaret
 8. Meningitele fungice
 9. Abcese cerebrale cu reacție parameningeală

10. SIDA și leziunile cerebrale hiperfixatoare de substanță de contrast
11. Empiemul subdural
12. Abscesul cranian epidural
13. Apoplexia pituitară
14. Abscesul pituitar
4. Bolile cerebrovasculare și cefaleea
- A. Hemoragia intraparenchimatooasă
1. Hemoragia putamenială
2. Hemoragia talamică
3. Hemoragia de lob cerebral (lobară)
4. Hemoragia trunchiului cerebral
5. Hemoragia cerebeloasă
- B. Accidentul vascular cerebral ischemic acut (AVC ischemic, stroke)
- C. Atacul ischemic tranzitor (AIT)
- D. Encefalopatia hipertensivă
- E. Tromboza venoasă intracraniană
- F. Disecția arterelor cervicale
1. Disecția arterei carotide
2. Disecția arterelor vertebrale
5. Tumorile cerebrale și cefaleea acută
- A. Cefaleea paroxistică
- B. Hernierea cerebelului și a uncusului
- C. Hemoragia intratumorală
- D. Hemoragia subarahnoidiană
- E. Meningita acută
- F. AVC ischemic acut
6. Encefalitele
- A. Herpes simplex
- B. Determinate de artropode
1. Cabalină de Est
2. Cabalină de Vest
3. Saint-Louis
4. California și La Crosse
7. Infecțiile sistemice cu cefalee și/sau semne de iritație meningeală
- A. Rickettsiozele
1. Febra pătată Rocky Mountain
2. Febra Q
3. Tifosul
- B. Spirochețiozele
1. Boala Lyme
2. Leptospiroza
3. Sifilisul meningovascular
- C. Pneumoniile însoțite de semne de iritație meningeală
1. Pneumonia cu *Chlamydia psittaci*
2. Pneumonia cu *Mycoplasma pneumoniae*
3. Pneumonia cu *Histoplasma capsulatum*
- D. Febra tifoidă
- E. Pielonefritele
- F. Infecția HIV acută simptomatică
8. Cefaleea vasculară provocată de:
- A. Efortul fizic
1. Migrena de efort intens acut
2. Cefaleea indusă de un efort de intensitate joasă
3. Cefaleea de efort minimal
- B. Actul sexual
- C. Tuse, strănut și alte eforturi echivalente
- D. Foame
- E. Alimente și băuturi
- F. Medicamente
- G. Decompresione
- H. Altitudine și hipoxie
- I. Hipercapnie
- J. Menstruație
- K. Monoxidul de carbon
- L. Hipoglicemie
- M. Feocromocitom
9. Arterita temporală
10. Sinuzita acută
11. Nevralgia occipitală acută
12. Scleroza multiplă
13. Eclampsia
14. Hipotensiunea lichidului cefalorahidian
- A. Cefaleea după puncție lombară
- B. Cefaleea acută posturală, în cadrul unei boli infecțioase
- C. Hipotensiunea intracraniană spontană

□ REZUMAT

Cefaleea posttraumatică poate apărea sub mai multe forme. *Paresteziile și durerile scalpului* sînt asociate cu sensibilitate la locul impactului. Presiunea digitală poate să intensifice durerea și să determine parestezii. Cefaleea posttraumatică

poate lua și forma migrenei clasice sau *comune*, poate fi *constrictivă* („în bască”), *cefalee cluster* sau de tip *mixt* (constrictivă, cu caracter de crampă musculară și cu elemente migrenoase).

O *leziune cervicală* în regiunea carotidiană poate determina atacuri severe de cefalee unilaterală, asociate cu midriază și transpirație facială ipsilateral. Pe măsură ce durerea cedează apare *sindromul Horner* (*cefalgia disautonomă posttraumatică*). *Nevralgia occipitală*, cu cefalee occipitală și nucală unilateral, parestezii și/sau hiperestezia scalpului poate urma somnului pe o margine dură sau hiperextensiei și rotației gâtului. *Migrena secundară traumatismului arterei bazilare* poate fi provocată de o mișcare bruscă de „dute-vino” (flexie-extensie) a capului. Pot, de asemenea, să apară cefaleea occipitală, vertijul, ataxia, dizartria, paresteziile la nivelul membrelor, pierderea vederii și coma. *Disecția arterei carotide* poate urma unei leziuni cervicale. Pe partea respectivă poate, de asemenea, să apară durere frontală, orbitală și temporală. Sindromul Horner poate fi asociat cu cefalee și se poate dezvolta semne neurologice de focar. Acestea apar, de obicei, în decurs de minute sau ore după un traumatism și includ: hemipareză, hemi-hipo/anestezie, disfagie, diplopie și amauroză fugace. Traumatismele prin hiperflexie/hiperextensie pot determina *leziuni ale măduvei spinării și ale țesuturilor moi* în regiunea nucală superioară și occipitală. Astfel, apare durerea persistentă occipitală și cervicală posterioară (nucală), intensificată de mișcările gâtului.

S-a observat existența unui *sindrom posttraumatic cefalic*, constituit din cefalee, delir, vertij, tulburări ale mersului, defecte de memorie și concentrare și tulburări de personalitate. *Hematomul subdural acut* poate determina cefalee, pierdere persistentă a conștiinței sau inconștiență alternând cu perioade de luciditate. Semnele și simptomele neurologice de focar, cum ar fi hemipareza și midriaza fixă pot, de asemenea, să apară. Cefaleea, coma sau perioade de pierdere a conștiinței alternând cu luciditate, midriaza ipsilaterală și hemipareza, postura postdecerebrare și, câteodată, edemul papilar pot fi secundare unui *hematom epidural acut* rezultat din fractura osului temporal. O *contuzie cerebrală* poate mima simptomele unui hematom intracranian. Aceste afecțiuni pot fi diferențiate prin examen CT sau RMN. Un *hematom intracerebral* poate cauza, de asemenea, cefalee, modificări ale statusului mental și apariția semnelor de focar. Examenul CT sau RMN cerebral pot ușor să vizualizeze hematomul. Un *hematom epidural în fosa posterioară* rezultă în urma unui traumatism occipital. Pot apărea durerea occipitală și cervicală posterioară, meningismul și ataxia mersului și extremităților. Examenul CT sau RMN cerebral poate detecta hematomul epidural.

O *sîngerare minoră dintr-un anevrism cerebral* poate să apară cu câteva ore sau zile înainte de ruptură, fiind însoțită de o cefalee severă, generalizată sau localizată, cu debut brusc, cunoscută sub numele de *cefalee d'amblye* (brutală, violentă, atroce, apărută în plină stare de sănătate aparentă). Aceasta se asociază numai într-o minoritate de cazuri cu fotofobie, redoare de ceafă sau cu modificarea stării de conștiință. În pînă la 50% din cazurile cu *hemoragie*, cefaleea este suficient de intensă pentru a determina prezentarea la medic. Examenul CT cerebral detectează o sîngerare minimă numai în 44% din cazuri, de aceea, pentru a elimina sîngerările minore, este necesară puncția lombară. Pînă la 80% din pacienții investigați

pentru cefalee d'amblye nu prezintă semne obiective de hemoragie subarahnoidiană deși, probabil, au forme severe de migrenă. A fost relatat un caz neobișnuit de cefalee d'amblye asociat cu anevrism nonhemoragic.

Ruptura unui anevrism determină cefalee explozivă, severă, asociată uneori, cu pierdere tranzitorie a conștiinței, meningism și stare confuzională sau cu diverse tulburări ale stării de conștiință. Diagnosticul poate fi confirmat prin examen CT cerebral (85-95% sensibilitate, dacă este efectuat în primele 72 de ore), anevrismul putînd fi vizualizat prin angiografie cerebrală. *Malformațiile arteriovenoase* se manifestă prin cefalee difuză, fotofobie și redoare de ceafă cu instalare progresivă. Poate exista istoric de convulsii și de hemoragie subarahnoidiană (unică sau repetată). Diagnosticul poate fi confirmat prin examen CT cerebral cu substanță de contrast sau prin angiograma cerebrală. *Hemoragia subarahnoidiană spinală* debutează brusc cu durere severă în regiunea nucală sau toracolombară, cefalee generalizată, meningism, sciatalgii, dureri cu localizare rectală, abdominală sau toracală, funcție de nivelul la care se produce leziunea.

Meningita bacteriană acută debutează cu cefalee severă generalizată, febră, frisoane, vărsături, stare de prostrație și meningism. Cefaleea nu este d'amblye ci se dezvoltă gradat în decurs de câteva ore. Febra și frisoanele sînt importante iar LCR prezintă celularitate crescută cu predominanța leucocitelor polimorfonucleare, nivel crescut de proteine și scăzut de glucoză. Frotiul colorat Gram și/sau cultura efectuată din LCR sînt pozitive.

Meningitele cu predominanța leucocitelor polimorfonucleare și cu nivel normal sau scăzut de glucoză pot fi determinate de *Streptococcus pneumoniae*; *Neisseria meningitidis*; *Haemophilus influenzae* și alte microorganisme mai puțin obișnuite. *Boala Lyme* se poate manifesta prin rash (eritem cronic migrator), sindrome sistemice, meningită aseptică și radiculonevrită craniană și/sau periferică. *Listeria monocytogenes* determină meningită bacteriană la pacienții cu leucemie, limfoame sau imunodeprimați prin corticoterapie. *Mycobacterium tuberculosis* determină cefalee, febră și meningism cu debut gradual, în 1-4 săptămîni, iar în LCR predomină leucocitele polimorfonucleare și un nivel scăzut de glucoză, în pînă la 22% din cazuri. Meningita cu *anaerobi* este asociată cu sinuzita sau otita medie la adulți. *Meningitele bacteriene mixte* sînt determinate de coci gram pozitivi, aerobi gram negativi și anaerobi. Aceste infecții polimicrobiene sînt asociate cu traiecte fistuloase între căile aeriene, colon, rect, piele și spațiul subarahnoidian.

Un exsudat cu polimorfonucleare în LCR este asociat cu culturi și frotiuri (colorate Gram) negative la pacienții cu altă afecțiune care mimează, din punct de vedere clinic și paraclinic, meningitele bacteriene. Infecțiile cu *Naegleria* se însoțesc de LCR în care predomină polimorfonuclearele și prezintă un tablou clinic asemănător cu cel al meningitelor bacteriene. Amoebele pot fi însă identificate într-o cameră de numărare, datorită motilității lor. *Meningitele virale* determină meningism ușor, febră și cefalee. Dacă în LCR predomină, inițial, leucocitele polimorfonucleare, a doua puncție lombară,

12 ore mai târziu va arăta virarea către predominanța limfocitelor. Necroza unei *tumori cerebrale* sau evacuarea unui *chist* epidermoid poate determina o meningită chimică acută care mimează clinic și paraclinic meningita bacteriană. Diagnosticul corect este stabilit prin vizualizarea tumorii la examen CT sau RMN cerebral.

Cîteva medicamente, cum ar fi: sulfametoxazol, ibuprofen sau sulindac pot determina apariția unei *meningite medicamentoase*, în special la femeile cu lupus eritematos sistemic sau cu boală mixtă a țesutului conjunctiv. Afecțiuni de cauză necunoscută, cum ar fi: colagenozele vasculare sau boala Behçet pot determina meningită aseptică.

Meningita Mollaret este o afecțiune recurentă. Culturile și froiturile colorate Gram sînt negative. Circa 75% din celulele prezente în prima zi de evoluție sînt mononucleare și celule mari „endoteliale”. Înainte de a pune diagnosticul de meningită Mollaret, trebuie excluse alte cauze de inflamație meningeală. Meningita coccidioidiană se manifestă prin febră, meningism, greață, vărsături. Aceste cazuri apar în zonele endemice sau la persoanele care au călătorit în zone endemice. Modificările din LCR pot mima o meningită bacteriană. Culturile din LCR pot fi fals negative dar RFC (reacția de fixare a complementului) la *C. immitis* este pozitivă în peste 95% din cazuri.

Abcesele cerebrale sînt asociate cu cefalee, semne neurologice de focar, durere și redoare de ceafă. Examenul LCR poate arăta predominanța polimorfonuclearelor și un nivel normal sau scăzut de glucoză; culturile din LCR sînt însă negative. Diagnosticul poate fi stabilit prin examen CT sau RMN. Pacienții bolnavi de SIDA care acuză cefalee vor fi investigați pentru toxoplasmoză cerebrală, abcese cu *M. tuberculosis*, *Candida* sau limfom cu celule B.

Empiemul subdural apare în cazurile de infecții ale sinusurilor paranazale sau ale urechii medii. Se constată: cefalee, amețeli, febră, edeme periorbitale și/sau frontale, convulsii sau semne neurologice de focar. În aproape toate cazurile, este prezentă redoarea de ceafă. Diagnosticul de empiem subdural sau epidural poate fi confirmat de examenul CT cerebral.

Apoplexia pituitară determină cefalee severă localizată frontal bilateral, amețeli, diplopie și pierderea vederii. Necroza unei tumori pituitare poate determina meningită chimică sau hemoragie subarahnoidiană. Diagnosticul se pune prin examen CT sau RMN cerebral.

Abcesul pituitar poate mima simptomele și semnele apoplexiei pituitare. Pot să apară meningita aseptică sau bacteriană.

În *hemoragia cerebrală intraparenchimatooasă* sînt prezente semne neurologice de focar și cefalee (48-67% din cazuri). Localizarea hemoragiei poate fi stabilită prin examen CT cranian. *AVC acut ischemic* și *atacul ischemic tranzitor* sînt, de asemenea, asociate cu cefalee în pînă la 25% din cazuri.

Encefalopatia hipertensivă asociază, pe lîngă o marcată creștere a presiunii arteriale (TA sistolică > 230 mm Hg, TA diastolică > 130 mm Hg), cefalee generalizată severă, tulburări ale statusului mental (de exemplu: confuzie, somnolență sau agitație), modificări ale acuității vizuale și convulsii. Examenul

FO arată retinopatie hipertensivă de gradul III sau IV. Semnele și simptomele dispar o dată cu terapia antihipertensivă eficientă.

Tromboza sinusurilor venoase apare secundar unei otite medii sau sinuzite sau ca urmare a unui deficit de coagulare. Bolnavul se prezintă la medic cu cefalee, vărsături, tulburări ale acuității vizuale, diplopie, avînd asociate semne de creștere a presiunii intracraniene (de exemplu, edem papilar). Pot să apară semne neurologice de focar, iar unii pacienți cu otită medie sau sinuzită pot dezvolta febră, frisoane și alte manifestări de sepsis. Diagnosticul se stabilește prin RMN sau venografie jugulară. *Disecția arterei carotide* poate determina durere cervicală ipsilateral, cefalee frontală, sindrom Horner parțial, suflu carotidian, asociat cu semne neurologice de focar. *Disecția arterei vertebrale* determină durere occipitală, a regiunii cervicale posterioare, sindrom medular lateral și sindrom de arteră bazilară.

Tumorile cerebrale se pot manifesta acut prin cefalee paroxistică, care poate fi asociată cu vărsături, dureri cervicale, pierderea conștienței, ataxie, diplopie, vertij și episoade confuzionale. Cefalee paroxistică mai pot determina chisturile ventriculului III, tumorile fosei posterioare și creșterea bruscă a presiunii intracraniene. Hernierea uncusului lobului temporal produce hemipareză, midriază ipsilaterală și tulburări de conștiență. *Hernierea amigdalei cerebeloase* determină durere cervicală, redoare de ceafă, tulburări de postură a capului, inconștiență, criză cerebeloasă. *Hemoragia intratumorală* poate determina un sindrom asemănător unui AVC ischemic acut. *Necroza tumorii* poate determina meningită acută sau hemoragie subarahnoidiană. *Encefalita cu Herpes simplex* se manifestă acut cu: cefalee, convulsii, confuzie, meningism, parază. În LCR, nivelul proteinelor și al limfocitelor este crescut. Examenul CT arată un efect de masă și leziuni hipodense în lobul temporal. EEG și explorările izotopice confirmă implicarea unuia sau ambilor lobi temporali. Biopsia arată encefalită necrotizantă, iar în culturile obținute din biopsie poate crește *Herpes simplex*.

Encefalita determinată de artropode apare în epidemii vara și toamna devreme. Cele mai multe cazuri sînt subclinice, unii însă dezvoltă meningită aseptică și encefalită ușoară pînă la severă.

Cîteva *infecții sistemice* determină cefalee severă și meningism. Aceste infecții includ *rickettsiozele* (de exemplu: *febra pătată Rocky Mountain*, *febra Q*, *tifosul*) și *spirochetozele* (de exemplu: *boala Lyme*, *leptospiroza* și *sifilisul meningo-vascular*). Sînt asociate cu cefalee și meningismul și unele forme de *infecții pulmonare* (de exemplu: *psitacoza*, *pneumonia cu mycoplasma* și *histoplasmoza*). Aceleași simptome pot apărea și în *febra tifoidă*, ca și în unele cazuri de *pielonefrită*. Meningita aseptică reprezintă o etapă în cadrul *infecției HIV acute simptomatice*. Se manifestă prin febră, durere de gît, cefalee, fofobie, eritem macular difuz (în 50% din cazuri) și limfadenopatie generalizată.

Cefaleea provocată este de cauză vasculară sau datorată spasmului muscular, fiind denumită ca atare, funcție de factorii declanșatori sau de contextul de apariție. Sînt incluse aici:

TABELUL INCIDENȚEI BOLILOR

INCIDENȚA BOLILOR LA 100.000 (APROXIMATIVĂ)

Frecvente (>100)

Cefalee posttraumatică: leziunile scalpului și neuropatia superficială, cealeea pseudomigrenoasă, cefaleea cu caracter constrictiv, cefaleea constrictiv-migrenoasă

Leziunile cervicale: contuziile gâtului anterior și posterior implicând ligamente și mușchi

Sindromul posttraumatic cefalic (sindromul postcontuzional)

Hemoragia intraparenchimatooasă

Atacul ischemic

Atacul ischemic tranzitor

Cefaleea provocată de: efort, activitate sexuală, tuse, foame, alimente și băuturi, medicamente, altitudine și hipoxie, hipercapnie

Sinuzita acută

Relativ frecvente (>5-100)

Traumele intracranicene: contuzia cerebrală, hematumul intracerebral

Scurgeri minore datorate anevrismului

Hemoragia subarahnoidiană datorată anevrismului

Cefaleea lovitură de fulger fără hemoragie subarahnoidiană sau anevrism

Meningitele bacteriene acute

Meningitele virale

Boala Behçet

Arterita temporală

Abcesele cerebrale cu reacție parameningială

Encefalopatia hipertensivă

SIDA

Infecțiile sistemice cu meningism: rickettsiozele (febra pătată Rocky Mountain, febra Q); spirochetozele (boala Lyme, leptospiroze); *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia psittaci*, histoplasmoza pulmonară

Febra tifoidă

Pielonefrita

Infecția primară cu HIV

Cefaleea provocată: hipoglicemia, boala de decompresie, CO

Tumorile cerebrale cu cefalee paroxistică, hemoragia în tumoră, sindromul atacului acut

Eclampsia

Rare (>0-5)

Cefaleea tip menghină

Cefaleea consecutivă leziunilor cervicale: cefalgia dizautonomică, nevralgia occipitală, migrena arterei bazilare, disecția arterei carotide

Traumatismele intracranicene: hematumul subdural acut, hematumul epidural acut, hematumul epidural al fosei posterioare

Cefaleea tip lovitură de fulger cu anevrism dar fără sîngerare

Hemoragia subarahnoidiană datorată malformației A-V sau leziunilor spinale

Meningita din boala Lyme

Meningita cu Listeria

Meningita tuberculoasă

Meningita bacteriană anaerobică

Meningita bacteriană mixtă

Meningoencefalita amoebiană

Meningita paratumorală

Meningita medicamentoasă

Meningita din colagenozele vasculare

Meningita Mollaret

Meningita fungică

Empiemul subdural

Abcesul epidural

Apoplexia pituitară

Abcesul pituitar

Tromboza venoasă intracraniană

Disecția arterei carotide

Disecția arterei vertebrale

Tumoare cerebrală cu hernierea cerebelului sau a uncusului, hemoragie subarahnoidiană, meningita acută

Encefalita cu herpes simplex

Encefalita artropodelor

Infecții sistemice cu meningism: tîfos, sifilis meningovascular

Feocromocitom

Nevralgia occipitală acută

Scleroza multiplă

Hipotensiunea LCR

Cefalee posturală acută cu boală infecțioasă

cefaleea provocată de efort/exercițiu fizic, de actul sexual (coitală), de tuse, foame, alimente, de înghețată și medicamente. Decompresia din timpul scufundărilor sau al ascensiunilor la altitudine mare poate determina un atac acut de cefalee. De asemenea, pot fi asociate cu cefalee severă: hipercapnia din bolile pulmonare, menstruația, intoxicația cu CO, hipoglicemia și feocromocitomul.

Arterita temporală determină cefalee și sensibilitate la nivelul scalpului, la pacienți de peste 55 de ani. Durerea este localizată la una sau ambele tîmple. În mod variabil, pacienții pot prezenta claudicație mandibulară, pierderea vederii și VSH crescut. Biopsia arterei temporale și/sau ameliorarea marcată

a simptomatologiei în 48 de ore de la debutul terapiei cu prednison confirmă diagnosticul.

Sinuzita acută determină rinoree anterioară și/sau posterioară mucopurulentă și/sau sanguinolentă, febră, durere facială și cefalee localizată sau generalizată, obstrucție nazală și sensibilitate la palparea punctelor sinusale. Diagnosticul este confirmat pe o radiografie sinusală standard sau de examenul CT al sinusurilor paranasale. Este utilă rinoscopia cu fibră optică care poate identifica materialul purulent din orificiul sinusal. Nevralgia occipitală acută determină dureri occipitale, parestezii ale scalpului și hiperestezie. Poate fi determinată de traume, compresii ale scalpului, herniere cerebelară, gută, infecții.

Scleroza multiplă se poate manifesta prin cefalee difuză pulsatilă și anomalii neurologice reversibile, cum ar fi: nevrita optică, sindromul cerebelos cu vertij și ataxie, tulburări senzitivo-motorii ale membrelor inferioare. *Eclampsia* apare în timpul gravidității și al travaliului, determinând cefalee severă, edeme, hipertensiune, proteinurie și convulsii. Convulsiile pot fi controlate prin administrarea intravenoasă de sulfat de magneziu.

Hipotensiunea LCR poate determina cefalee posturală, precipitată sau exacerbată de ortostatism și ameliorată de clinostatism. În mod obișnuit, acest tip de cefalee apare după puncții lombare, dar poate apărea și spontan. Un tip similar de cefalee apare la pacienții cu febră și infecții sistemice, dar mecanismul acestei forme de cefalgie posturală nu este cunoscut.

□ DESCRIEREA AFECȚIUNILOR ENUMERATE

1. CEFALEEA POSTRAUMATICĂ

Acest tip de cefalee poate fi secundară unor traumatisme craniene de intensitate variabilă. Pierderea conștienței nu este o condiție necesară pentru apariția acestui simptom. Pot să apară diverse tipuri de cefalee.

A. Leziunile scalpului și neuropatia superficială.

Cefaleea consecutivă leziunilor superficiale ale scalpului are intensitate maximă în zona de impact. La palparea zonei de impact se constată o sensibilitate locală bine delimitată. Cefaleea nu este strict localizată, ci iriază din zona de maximă intensitate, deseori fiind continuă. Percuția sau presiunea în locul de impact provoacă exacerbară durerii și parestezii. Pacientul nu poate dormi pe partea afectată și, uneori, nu poate nici măcar să poarte pălărie. Paresteziile și/sau hiperestezia sînt deseori prezente la nivelul leziuni sau chiar perilezional. Injectarea unui anesthetic local (lidocaină) în zona intens dureroasă poate ameliora durerea. Tratamentul cu indometacin în doze standard, timp de 5-7 zile poate determina rezoluția parțială sau completă a cefaleei.

B. Cefaleea posttraumatică migrenoasă. Acest tip de cefalee posttraumatică debutează imediat după impact sau la câteva ore sau zile de la acesta. Durerea este persistentă, surdă, pulsatilă sau mixtă. Este localizată frontotemporal sau occipital, deseori bilateral. Este continuă sau intermitentă. Poate fi exacerbată de mișcările de flexie și lateralitate ale corpului, tuse, strănut, efort mental, mișcările rapide ale capului. Se poate asocia cu durerea retroorbitală și facială. În zona dureroasă, scalpul este, de obicei, sensibil la palpate. Afecțiunea se comportă foarte asemănător cu migrena clasică; pot fi prezente, de asemenea: grețuri, vărsături, scotoame și fotofobie. Durerea poate să răspundă la tratamentul cu ergotamină, iar blocanții β -adrenergici pot preveni episoadele recurente.

C. Cefaleea posttraumatică cu caracter constrictiv.

Pacienții care dezvoltă un asemenea tip de cefalee, o percep subiectiv ca pe o presiune sau o bandă strînsă în jurul capului (cefaleea „în cască”) sau ca pe o durere occipitală sau bitemporală mult mai precis localizată. La palpate poate fi prezentă sensibilitatea locală a scalpului. Cefaleea de acest tip este, de obicei, intermitentă (cîteva ore) dar poate fi și continuă (zile sau săptămîni). Poate fi însoțită de grețuri și amețeli. Localizarea suboccipitală sau nucală a durerii poate fi atribuită unei leziuni cervicale prin mecanism de flexie-extensie.

Acest tip de cefalee este cea mai comună varietate de cefalee posttraumatică. Poate răspunde la analgezicele obișnuite sau poate necesita folosirea antidepresivelor triciclice.

D. Cefaleea Cluster.

Este relativ rar întâlnită. Se caracterizează prin cîteva atacuri de durere sfîșietoare unilaterală, frontotemporală și orbitală, cu durată de 20-120 de minute, care apar în fiecare zi. Aceste episoade sînt asociate cu manifestări oculare ipsilateral (lăcrimare, ochi roșu), obstrucție nazală și rinoree. Atacurile recurente apar zilnic timp de mai multe săptămîni sau luni, după care dispar spontan, pentru a reapare după luni sau ani de zile. Printre factorii declanșatori se citează: ingestia de alcool, stressul emoțional, oboseala, lumina puternică, vremea ploioasă și somnul. Pînă la 16% din pacienții au suferit anterior un traumatism cranian. Nitroglicerina sau histamina pot provoca și ele cefalee. Administrarea de ergotamină sau inhalarea de O_2 va scurta durata cefaleei. Terapia cu prednison poate induce scăderea frecvenței și severității atacurilor de cefalee.

E. Cefaleea posttraumatică de tip mixt. Cefaleea cu caracter migrenos și de contractură musculară (cefaleea de tip mixt) poate apărea, de asemenea, posttraumatic dar și spontan.

F. Leziunea cervicală – Cefaleea asociată leziunilor cervicale

1. Cefalgia disautonomă posttraumatică. Leziunile cervicale anterioare pot afecta neuronii simpatici. După o perioadă de latență de cîteva săptămîni, apare o cefalee severă, unilaterală, asociată cu midriază și hiperhidroză de partea dureroasă. Cefaleea are caracter de jenă permanentă sau pulsatil și poate persista timp de cîteva ore sau zile. Pe măsură ce durerea cedează, pacientul dezvoltă mioză și ptoză palpebrală ipsilateral (sindromul Horner). Cîteva astfel de crize dureroase pot apărea în fiecare lună și pot fi prevenite prin administrarea de propranolol sau a altor medicamente β -blocante.

2. Neuralgia occipitală posttraumatică. Durerea cu localizare unilaterală, cerebrală posterioară și occipitală poate urma după un traumatism cervical de tip flexie-extensie („lovitură de bici”). La nivelul ochiului și hemifetei ipsilateral bolnavul poate resimți o senzație

de disconfort. Durerea este intensificată de mișcările capului. Anumiți pacienți descriu, în momentul traumatismului, o durere ca o explozie în cap și gât. Presiunea pe regiunea suboccipitală determină durere locală. De partea afectată este prezentă hiperestezia scalpului și a părții superioare a regiunii cervicale posterioare. Această afecțiune poate fi determinată de leziunea ganglionului C₂ și a rădăcinii nervului corespunzător, prin compresie între lamele axisului și ale atlasului, în timpul rotației și hiperextensiei forțate a gâtului. Poate fi necesară ablația chirurgicală a rădăcinii nervului C₂.

3. Migrena secundară traumatismului de arteră bazilară. Migrena arterei bazilare, cu durere occipitală unilaterală, pulsatilă urmează, uneori, unei leziuni cervicale prin mecanism de flexie-extensie („în lovitură de bici“). Cefaleea se poate asocia cu vertij, ataxie, disartrie, parestezii la nivelul extremităților, amauroză bilaterală și comă.

4. Disecția posttraumatică a arterei carotide interne. Hiperextensia însoțită de rotație sau flexia forțată a gâtului pot întinde sau comprima artera carotidă internă, ducând la disecția acesteia. Circumstanțele de producere sînt reprezentate, cel mai frecvent, de traumatismul indirect în caz de accident auto, dar și de un traumatism direct, cum ar fi: lovituri, căderi, terapie chiropractică manipulativă sau încercări de sinucidere prin spînzurare. Relativ rar, se constată durere și sensibilitate locală. Cefaleea ipsilaterală (orbitală și frontotemporală) este asociată cu paralizie oculosimpatică și/sau semne neurologice de focar, tranzitorii sau permanente. Sufiul carotidian este perceput în 39% din cazuri și poate fi singurul semn al afecțiunii. Semnele neurologice pot include hemipareza și pierderea sensibilității controlateral, disfație, amauroză fugace, diplopie. Semnele neurologice de focar pot să apară fără cefalee unilaterală. În 71% din cazuri între momentul producerii leziunii și debutul simptomelor de ischemie cerebrală există un interval de 3 săptămîni, dar au fost înregistrate și întârzieri de pînă la 14 ani. Cefaleea bilaterală apare în disecția bilaterală. Diagnosticul se confirmă prin angiografie carotidiană.

5. Contuziile măduvei spinării, ligamentelor și mușchilor paravertebrali. Contuziile regiunii cervicale pot afecta corpurile vertebrale, discurile intervertebrale, suprafețele articulare, ligamentele și mușchii regiunii nucale, producînd durere locală, uni sau bilaterală. Pentru a evidenția aceste modificări sînt necesare radiografia, examen CT sau RMN de coloană cervicală. Sindromul posttraumatic miofascial, implicînd unul sau mai mulți mușchi ai regiunii nucale, poate fi, de asemenea, o cauză a durerii occipitale și nucale. Identificarea și anestezierea locală a punctelor trigger din mușchii afectați va conduce la ameliorarea durerii.

G. Sindromul posttraumatic cefalic. Poate urma atît unei leziuni cefalice severe, cît și unei leziuni aparent obișnuite. Acest sindrom include cefalee, stare confuzională, tulburări de mers, vertij, greață, scăderea capacității de concentrare, astenie fizică, tulburări de memorie, de afectivitate și de personalitate. Cînd aceste simptome apar în urma unei scurte pierderi a conștienței determinată de un traumatism, afecțiunea se numește sindrom postcontuzional.

Examenul RMN poate detecta leziuni cerebrale infime, nedetectate de tomografia computerizată. De asemenea, poate decela mici contuzii cerebrale care duc la encefalomalacie, mici hematoame epidurale sau subdurale, edem cerebral și leziuni de demielinizare a substanței albe. Se crede că aceste leziuni, dificil de obiectivat, au un rol etiologic în sindromul posttraumatic cefalic.

H. Cefaleea asociată cu leziuni organice intracraniene. Cefaleea, singură sau asociată cu alte simptome și semne, care apare posttraumatic, poate constitui un semn important pentru leziuni craniene semnificative.

Examenul CT sau RMN sînt necesare în cazul prezenței tulburărilor de conștiență, semnelor neurologice de focar, leziunilor penetrante ale capului sau a fracturilor prin înfundare ale craniului.

Cefaleea severă progresivă, alterarea stării de conștiență, convulsiile, vărsăturile, amnezia, leziunile severe ale feței, fracturile bazei craniului, intoxicația sau anamneza dificilă sînt indicații (dar nu absolute) pentru examenul CT cranian.

1. Hematomul subdural acut. Pînă la 29% din pacienți cu această afecțiune nu au niciodată tulburări de conștiență, în timp ce 42% prezintă, alternativ, perioade de luciditate și de inconștiență. Cefaleea este un simptom important, care deseori alertează pacientul. Alte semne sînt: hemipareza (20%), hemiplegia (18%), decerebrarea (35%), rigiditatea de decorticare (3%) și midriaza (> 6 mm) fixă, ipsilaterală (31%). Edemul papilar apare în pînă la 37% din cazuri, iar paralizia nervului VI, în 3% din cazuri. Dilatația pupilară (midriaza) controlaterală apare în 9-44% din cazuri. Hemipareza ipsilaterală colecției subdurale este semnalată în 15-39% din cazuri. Poate să apară hemipareza controlaterală. Examenul CT cu substanță de contrast sau RMN obiectivează hematomul subdural și leziunile asociate, cum ar fi: contuzia sau hemoragia cerebrală, sîngerările subarahnoidiene sau hematomul epidural. Evacuarea hematomului prin craniotomie ameliorează cefaleea, tulburarea de conștiență și determină dispariția semnelor neurologice. Întîrzierile în instituirea tratamentului chirurgical, coma profundă la prezentare sau leziunile parenchimoase asociate se reflectă într-o mortalitate intraoperatorie de 40-65%.

2. Hematomul epidural acut. Leziunea arterei meningeale medii (50%) sau a venelor omonime (33%), leziunea venelor diploice sau a sinusurilor durale (10%)

sau lacerarea arterei carotide înaintea intrării în dura mater determină apariția unui hematom epidural. Peste 50% din hematoamele epidurale apar în regiunea temporală și se extind în alte regiuni. Până la 68% din pacienții cu sîngerare epidurală nu prezintă alte leziuni intracraniene. Pacienții lucizi se pot plînge de durere și sensibilitate la locul fracturii osului temporal, dar pot să acuze și cefalee constantă, cu localizare mult mai extinsă. Pacienții pot evolua în unul din următoarele moduri: (1) stare de conștiență permanent păstrată (9-25%); (2) stare de inconștiență permanentă (14-56%); (3) alternanță inconștiență-luciditate-inconștiență (11-67%); (4) alternanță inconștiență-luciditate (0-26%); (5) alternanță luciditate-inconștiență (0-21%). Perioada inițială de inconștiență este determinată de contuzie, în timp ce hematomul în expansiune produce al doilea episod de inconștiență. Starea de luciditate poate fi relativă. La o testare riguroasă se constată că, de fapt, aceste perioade „de claritate“ se asociază cu un status mental anormal. În plus, pot fi prezente midriaza fixă, hemipareza, posturile anormale (rigiditate de decerebrare/decorticare). Inițial, edemul papilar poate fi absent dar hemoragia retiniană este prezentă. Examenul CT cerebral obiectivează hematomul și fractura osoasă. Evacuarea chirurgicală și controlul intraoperator al vaselor sîngerînde vor conduce la o rată de supraviețuire de 85%.

3. Contuzia cerebrală. Este cea mai întîlnită leziune intracraniană. La nivelul contuziei se constată necroză, edem și hemoragie. Lobii frontali și temporali sînt cei mai afectați și pot să apară leziuni prin lovitură directă sau prin contralovitură. Bolnavul poate prezenta, inițial, un episod de pierdere a stării de conștiență, secundar contuziei, care se poate remite complet, în scurt timp. Ulterior pot apărea: cefalee localizată sau difuză, tulburări de conștiență și deficite focale motorii și/sau de vorbire. Edemul cerebral difuz poate determina creșterea presiunii intracraniene cu edem papilar și hemoragie retiniană. Diagnosticul de contuzie hemoragică se pune prin examen CT cerebral, în timp ce RMN-ul este mai sensibil în detectarea leziunilor nonhemoragice. Pentru a preveni creșterea periculoasă a presiunii intracraniene, este necesară, uneori, rezecția chirurgicală a zonei afectate. Trebuie reținut însă că pot să apară sîngerări postcontuzionale tardive, cu imagine CT inițial normală, dar care se trădează clinic prin: deteriorarea stării de conștiență și noi semne și simptome neurologice. Noile sîngerări pot fi confirmate prin examen CT repetat.

4. Hematomul intracerebral. Este dificil de diferențiat clinic de un hematom epidural sau subdural acut. Manifestările clinice relativ tipice observate sînt reprezentate de: tulburări secvențiale ale stării de conștiență (inconștiență-luciditate-inconștiență, luciditate-inconștiență sau inconștiență-luciditate), stare de inconștiență inițială și persistentă; uneori starea de

conștiență poate fi absolut normală. De asemenea, se pot constata: semne neurologice de focar (pareză, dizartrie, midriază) și semne de hipertensiune intracraniană. Diagnosticul va fi confirmat de un examen CT nativ.

Hematoamele de dimensiuni mari pot necesita evacuare chirurgicală din cauza riscului apariției sindromului de angajare, secundar hipertensiunii intracraniene.

5. Hematomul epidural din fosa posterioră. Apare după un traumatism direct în regiunea occipitală. Radiografia de craniu arată o fractură occipitală în 67-100% din cazuri. Hemoragia se produce din pereții sinusurilor venoase sigmoid sau transvers, la locul focarului de fractură sau adiacent acestuia. Durerea occipitală și în regiunea nucală și redoarea de ceafă pot fi asociate cu ataxia extremităților și a mersului, dar semnele cerebeloase pot lipsi în cazurile rapid progresive. Hemipareza apare frecvent și este secundară, de obicei, unei leziuni supratentoriale concomitente. Această afecțiune se diagnostichează prin examen CT în planul structurilor anatomice de la nivelul fosei posterioare sau prin RMN.

2. HEMORAGIA SUBARAHNOIDIANĂ SPONTANĂ

A. Aneurismul

1. Sîngerarea minoră și cefaleea „sentinelă“. Cefaleea de atenționare, „de alarmă“ sau „sentinelă“ apare la 30-60% din pacienții care dezvoltă ulterior, o hemoragie subarahnoidiană masivă. Cefaleea produsă de sîngerarea minoră a fost descrisă ca avînd un debut brusc și fiind extrem de severă (cefalee „fulgerătoare“, „din senin“ – cefaleea d'amblye). Durerea poate fi constantă, pulsatilă sau de ambele tipuri. Sediul durerii poate orienta asupra localizării aneurismului sîngerînd. Aneurismele comunicante anterioare determină cefalee frontală și occipitală bilaterală sau durere cu localizare hemifacială, periorbitală sau hemicraniană, în timp ce aneurismele arterei comunicante posterioare sau ale arterei carotide interne determină, cu mai mare probabilitate, durere cu localizare hemicraniană, hemifacială și/sau periorbitală. Cefaleea poate dura cîteva ore sau pînă la 14 zile. Poate să nu cedeze deloc și să fie urmată de o ruptură masivă și de o durere și mai intensă. Într-un număr de cazuri studiate, ruptura după sîngerare minoră a apărut în 24 de ore la 26% din pacienți și într-un interval de 2-30 zile la restul, asigurîndu-se, astfel, timp suficient pentru intervenție, dacă diagnosticul este luat în considerare. Numai 50% din pacienții cu sîngerări minore consultă un medic și numai jumătate dintre aceștia sînt corect diagnosticați. Simptomele asociate includ greață (18%), vărsături (18%), dureri cervicale (18%). Confuzia, ataxia și paralizia nervului III apar în mai puțin de 3% din cazuri. Diagnosticul de hemoragie subarahnoidiană minoră este

confirmat prin TC în numai 44% din cazuri. Puncția lombară are o sensibilitate de aproape 100% și va fi efectuată în cazurile în care TC este normală. Puncția lombară evidențiază hematii și/sau xantocromie. Diferențierea unei hemoragii minore de un accident de puncție se poate face pe următoarele criterii: scăderea progresivă a numărului hematiilor în tuburile de recoltare, absența xantocromiei și a dimerilor D (produși de degradare ai fibrinei) (< 200 μg/l) la pacienții fără hemoragie adevărată. Descoperirea unei sîngerări minore necesită arteriografie imediată și intervenție chirurgicală, înainte să se producă o ruptură majoră.

2. Cefaleea d'amblee (brută, violentă, atroce, în plină stare de sănătate aparentă) secundară anevrismului nesîngerînd. A fost raportat un caz de cefalee d'amblee recurentă, cu localizare occipitală și bitemporală, cu durată de 12-16 ore, asociată cu LCR normal și cu anevrism nehemoragic de arteră carotidă internă, dar cu spasm vascular asociat. Acest caz sugerează că, ocazional, pacientul poate avea o cefalee de atenționare, fără sîngerare evidentă.

3. Ruptura anevrismului și cefaleea atroce, în puseu. Ruptura anevrismului este semnalată de un puseu de cefalee. Cefaleea debutează brusc și este severă, chiar sfîșietoare. Pacientul o resimte variabil ca: „arsură“, „zdrobire“, „lovitură de ciocan“ și „ceva care țiuie“ în capul său. Severitatea este estimată de pacient prin termeni ca: „teribilă“, „sfîșietoare“ și „intolerabilă“. Pînă la 8% din pacienți relatează o cefalee ușoară la debut și 1,5% pot să nu aibă niciodată cefalee severă. Sensibilitatea cefaleei severe, ca simptom al sîngerării subarahnoidiene, este variabilă: 98-100%, în cîteva serii de pacienți luați în studiu și 59-71%, în altele. Nivelul minim de sensibilitate poate reflecta includerea în studii a pacienților obnubiți, care sînt incapabili să ofere o anamneză fidelă.

Cefaleea este generalizată, în 70% din cazuri și lateralizată, în 30%. Cefaleea unilaterală, în mod obișnuit frontală sau frontoparietală, este asociată cu anevrismul de arteră comunicantă posterioară și de arteră cerebrală medie, fiind de aceeași parte cu leziunea sîngerîndă. Durerea orbitală și retroorbitală este observată în anevrismele arterelor carotidiene și comunicante posterioare. Cefaleea generalizată este mult mai frecvent înfîlînită în ruptura anevrismelor de arteră comunicantă anterioară. Puseul de cefalee poate fi asociat cu pierderea tranzitorie sau persistentă a conștienței. În cursul primelor ore pot să apară greșuri sau vărsături, iar durerea și redoarea de ceafă se dezvoltă în primele 24 de ore. În prima zi după debut, apar fotofobia și blefarospasmul. În timpul primelor ore pot să apară, de asemenea, stare confuzională, obnubilare, tulburări de vorbire, deficit motorii.

Un mic procent din pacienți pot avea durere lombară sau toracală posterioară și durere uni sau bilaterală la

nivelul membrelor inferioare. Se observă tendința la menținerea în flexie a coapselor și gambelor. Se poate constata prezența semnului Kernig.

Examenul obiectiv evidențiază hipertensiune (32%), febră (5%), semne neurologice de focar (10%), confuzie și letargie, convulsii (7%), redoare de ceafă (70-95%), fotofobie și hemoragii preretiniene și subhialoide (5%). Examenul CT realizat în primele 72 de ore de la debut are o sensibilitate de 91-96% în detecția hemoragiei subarahnoidiene. TC realizată la 72 de ore are o sensibilitate sub 80%. Puncția lombară poate determina un sindrom de angajare (cu hernierea uncusului și deteriorare neurologică). La pacienții cu asemenea complicații s-au evidențiat hemoragii subdurale sau intraparenchimotoase la examenul CT efectuat imediat după puncția lombară. Prezența hematomiului intracranian este o contraindicație pentru puncția lombară. Puncția lombară va fi efectuată la pacienții cu suspiciune de hemoragie subarahnoidiană și examen CT negativ. Examenul CT este mai puțin sensibil după 72 de ore, iar pacienții examinați cu o întîrziere mai mare de 3 zile nu pot fi diagnosticați fără puncție lombară. Examenul CT normal, absența hematiilor în LCR, xantocromia (măsurată spectrofotometric la lungimi de undă de 415-460 nm) și/sau absența dimerilor D exclud hemoragia subarahnoidiană. Xantocromia LCR este prezentă la 100% din pacienți între 12 ore și 2 săptămîni de la debut și la 70%, pînă la 3 săptămîni de la debut. Sensibilitatea examenului CT în detectarea hemoragiei subarahnoidiene este de numai 30-50% la o săptămîină și 30%, la 2 săptămîni. LCR-ul obținut în primele 12 ore de la debutul cefaleei în puseu va conține multe hematii, dar liza acestora, răspunzătoare de eliberarea în LCR a oxihemoglobinei și bilirubinei, pigmenți care determină xantocromia, ar putea să nu fi avut timp să se producă.

În mod excepțional unii pacienți prezintă cefalee „fulgerătoare“, examen CT normal și LCR fără xantocromie. Acești pacienți au prognostic bun. În trei cazuri, angiogramele au fost negative. Cea mai probabilă explicație pentru aspectul sanguinolent al LCR-ului, la pacienții cu cefalee secundară unui anevrism nesîngerînd este accidentalul de puncție.

Angiografia cerebrală va demonstra anevrismul și vasospasmul vaselor adiacente. Rareori, ruptura anevrismală se produce în absența unui anevrism demonstrabil (rezultat fals negativ) pe angiograma inițială. Confirmarea clinică a unei hemoragii subarahnoidiene acute și un examen CT arătînd hematom al septului pelucid sau sînge în cisterna laminei terminale și în fisura anterioară interemisferică sînt sugestive pentru ruptura unui anevrism de arteră comunicantă anterioară. Prezența suplimentară a unui spasm arterial demonstrabil angiografic, fără un anevrism vizibil, susține diagnosticul de ruptură anevrismală. Pacienții cu asemenea tablou clinico-para-