

PROFILAXIA SECUNDARĂ A ACCIDENTULUI VASCULAR CEREBRAL ISCHEMIC ŞI FACTORII DE RISC MODIFICABILI ÎN POPULAȚIA REPUBLICII MOLDOVA

Stanislav Groppa – academician AŞ RM, prof. univ. dr. hab. şt. med.^{1,2},
Ereimei Zota – conf. univ. dr. şt. med.^{1,2}, Daniela Efremova – medic neurolog¹,
Vera Chiforişina – medic neurolog¹,

¹Instituție Medico-Sanitară Publică Institutul de Medicină Urgentă,
Clinica Neurologie Facultatea Educație Continuă Medicină şi Farmacie (FECMF),

²Universitatea de Stat de Medicină şi Farmacie „Nicolae Testemiţanu”

E-mail: eremei.zota@usmf.md GSM: +373 69231805

Rezumat

Accidentul vascular cerebral (AVC) este una dintre cauzele principale de morbiditate şi mortalitate în toate ţările lumii. Iar AVC repetat reprezintă 33% din toate accidentele vasculare cerebrale. Supravieţuitorii unui Accident ischemic tranzitor (AIT) sau AVC au un risc anual de recurenţă de aproximativ 3-4%. AVC recurente cresc ratele de invaliditate şi mortalitate. Studiile epidemiologice şi clinice au permis identificarea factorilor de risc şi au demonstrat importanţa măsurilor de prevenţie secundară pentru a reduce riscul unui AVC repetat [7].

Cuvinte-cheie: accident vascular cerebral repetat, profilaxie secundară

Summary. Secondary prevention of ischemic stroke and modifiable risk factors in population of the Republic of Moldova

Stroke is one of the leading causes of morbidity and mortality in all countries. Recurrent stroke represents 33% of all strokes. Survivors of transient ischemic attack (TIA) or stroke have yearly risk of recurrence about 3 -4%. Recurrent stroke increases rates of disability and mortality. Epidemiological and clinical studies have allowed identification of risk factors and have demonstrated the importance of secondary prevention measures to reduce the risk of recurrent stroke [7].

Key words: recurrent stroke, secondary prevention

Резюме. Вторичная профилактика ишемического инсульта и модифицируемые факторы риска у населения Республики Молдова

Инсульт является одной из основных причин заболеваемости и смертности во всем мире. Повторный инсульт составляет 33% из всех инсультов. Пациенты, пережившие транзиторную ишемическую атаку или инсульт, имеют риск повторного инсульта 3-4% в год. Повторные инсульты увеличивают показатели инвалидности и смертности. Эпидемиологические и клинические исследования позволили определить факторы риска и продемонстрировали важность мер вторичной профилактики для уменьшения риска повторного инсульта [7].

Ключевые слова: повторный инсульт, вторичная профилактика

Introducere

Accidentul vascular cerebral (AVC) reprezintă a doua cauză de deces la nivel mondial şi o cauză frecventă de handicap pentru adulţi în ţările dezvoltate [5]. Majoritatea (aproximativ 75%) din cazurile de AVC apar la persoanele cu vârsta de peste 65 de ani [2] şi aproximativ o treime din pacienţi decedează în primul an de la debut [1].

Conform Centrului Naţional de Management în Sănătate în Republica Moldova pe parcursul anilor

2000-2014 se observă o creştere a incidenţei şi prevalenţei bolilor cerebrovasculare raportată la 10.000 de locuitori, astfel incidenţa a crescut de la 20,4 în anul 2000 la 26,82 în anul 2014, iar prevalenţa de la 67,0 în anul 2000 până la 199,08 în anul 2014 [13] (**Figura 1**).

Luând în consideraţie incidenţa bolilor cerebrovasculare conform tipului acestora raportată la 10.000 locuitori în perioada anilor 2012-2014 observăm că AVC ischemic are cea mai înaltă incidenţă (2012-

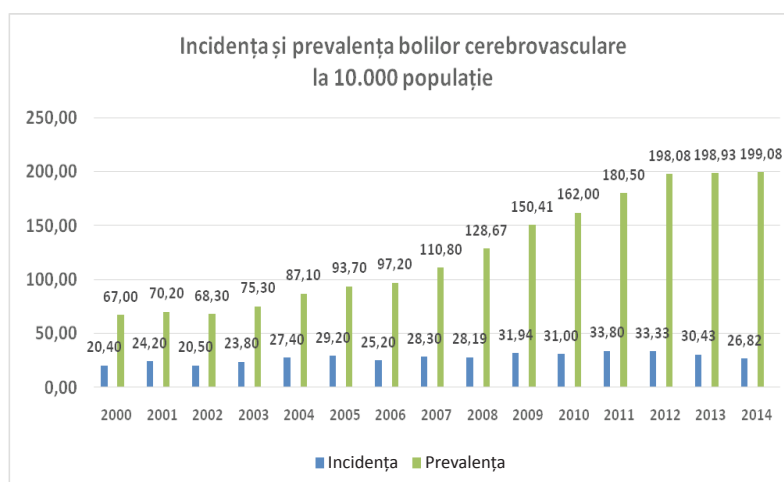


Figura 1. Incidența și prevalența bolilor cerebrovasculare la 10.000 populație (2000-2014)

6,03; 2013-6,43; 2014-5,71), fiind urmat de hemoragia intracerebrală (2012-1,99; 2013-1,53; 2014-1,27) și hemoragia subarahnoidiană (2012-0,46; 2013-0,46; 2014-0,7) [13].

În ceea ce privește mortalitatea prin boli cerebrovasculare în Republica Moldova observăm că în ultimii 3 ani acestea ocupă locul 2, pe primul loc fiind cardiopatia ischemică acută și cronică, iar pe locul 3 patologia oncologică [13] (Figura 2).

După cum am menționat AVC reprezintă cea

mai frecventă cauză de dizabilitate în lume, aceasta fiind caracteristic și pentru Republica Moldova, astfel observăm că în perioada anilor 2012-2014 bolile cerebrovasculare au ocupat primul loc în structura dizabilității, fiind urmate de cardiopatia ischemică, hipertensiunea arterială și cardiopatia reumatică cronică [13] (Figura 3).

Deși, în ultimele decenii au fost obținute succese remarcabile în tratamentul și reabilitarea pacienților cu AVC în faza acută, totuși nici un tratament al AVC

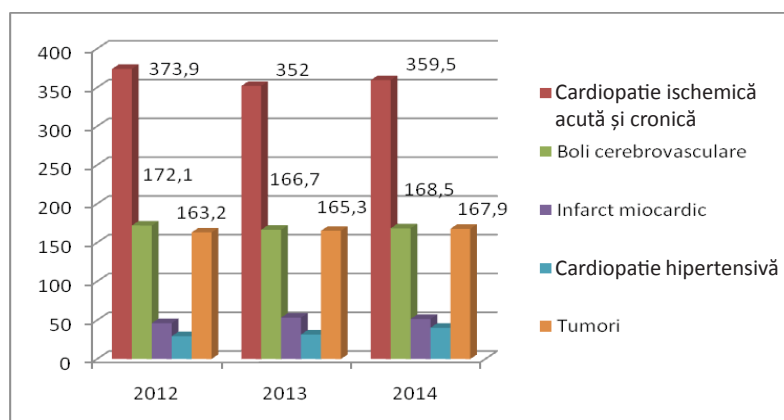


Figura 2. Structura mortalității în Republica Moldova la 100.000 populație (2012-2014)

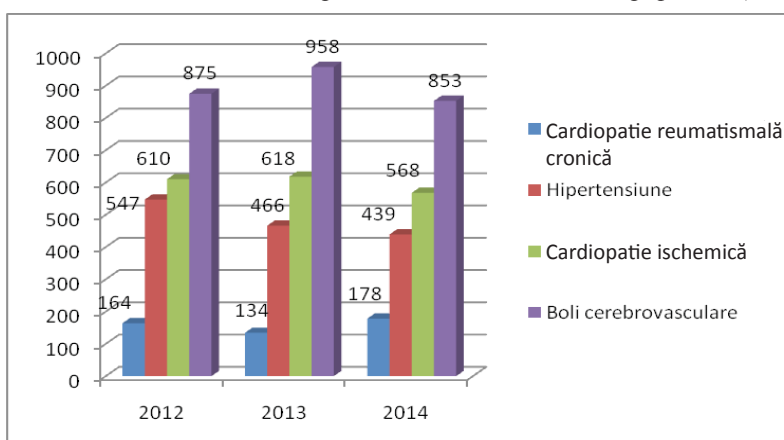


Figura 3. Structura dizabilității în populația Republicii Moldova pentru perioada 2012-2014 (număr absolut)

nu poate fi la fel de efectiv ca prevenţia acestuia. Managementul factorilor de risc poate conduce la schimbarea dramatică a incidenţei, prevalenţei AVC repetat şi va permite elaborarea strategiilor de prevenţie a AVC [7].

În continuare vom descrie o parte dintre cei mai importanţi factori de risc modificabili şi rolul acestora în apariţia AVC repetat.

Hipertensiunea arterială

Hipertensiunea arterială (HTA) este unul dintre cei mai importanţi factori de risc pentru AVC repetat. Prevalenţa HTA printre pacienţii cu AVC ischemic acut fiind de aproximativ 70% [10]. În Republica Moldova prevalenţa HTA raportată la 10.000 populaţie pe parcursul anilor 2012-2014 a crescut de la 767,25 în anul 2012 până la 927,38 în anul 2014 [13].

Am studiat de asemenea incidenţa bolilor cerebrovasculare asociate şi neasociate cu HTA raportată la 10.000 în perioada anilor 2012-2014 şi am observat o scădere a incidenţei bolilor cerebrovasculare neasociate cu HTA care constituia 17,62 în anul 2012, iar în anul 2014 11,97 [13].

O meta-analiză a 10 studii randomizate a confirmat faptul că tratamentul antihipertensiv a redus riscul de AVC recurent. Reduceri mai mari a valorilor tensiunii arteriale sistolice a avut tendinţa de a fi asociate cu o mai mare reducere a riscului de AVC recurent [7, 9]. Toate studiile au demonstrat că este necesară atât diagnosticarea, cât şi tratamentul agresiv al HTA deoarece poate preveni AVC primar în 40-50% şi cel repetat în 28% [9].

Dislipidemia şi ateroscleroza

Organizaţia Mondială a Sănătăţii (OMS) estimează că dislipidemia este asociată cu mai mult de 4 milioane de decese pe an. Ateroscleroza vaselor carotidiene se consideră a fi un factor important în dezvoltarea bolilor cerebrovasculare. Severitatea aterosclerozei carotidiene este strâns legată cu rata apariţiei AVC-ului. Modificarea biomarkerilor lipidici, mai ales, a lipoproteinelor cu densitate mică este un component principal în strategia de reducere a riscului de AVC repetat [7].

Tabagismul

Numărul global de fumători a crescut de la 721 milioane în 1980 la 967 milioane în 2012. În studiul sănătăţii cardiovasculare fumatul este asociat cu creşterea substanţială a riscului de apariţie a AVC la vârsta tânără. La 2 ani după abandonarea fumatului riscul de AVC scade, iar după 5 ani riscul de AVC se egalează cu a unui nefumător [6, 7, 11].

Diabetul zaharat

Numărul total a cazurilor de diabet zaharat la adulţi cu vârsta mai mare de 20 ani, în anul 2000 au fost 171 milioane. Dereglarea metabolismului glu-

cozei este des întâlnită printre pacienţii cu boli cerebrovasculare. Aproximativ 28% din pacienţi cu AVC ischemic au prediabet şi 25-45% suferă de diabet zaharat. Diabetul zaharat este un factor de risc major în dezvoltarea AVC ischemic, mai ales, la pacienţii tineri. Diabetul zaharat creşte riscul de AVC cu 1,5-3 ori şi dublează riscul de AVC recurent [7, 12].

Prevalenţa diabetului zaharat în Republica Moldova pe parcursul anilor 2012-2014 este în continuă creştere (201,1-2012; 224,8-2013; 235,87-2014) [13]. Persoanele care suferă de diabet zaharat tip II au un risc sporit pentru AVC cel puţin din următoarele motive – prevalenţa majorată a aterosclerozei, hipertensiunii arteriale, obezităţii, hiperlipidemiei [10]. Într-un substudiu s-a demonstrat că pacienţii care au suferit un AVC ischemic asociat cu diabet zaharat, riscul pentru recurenţe creşte cu 60% [6].

Consumul de alcool

Consumul abuziv de alcool creşte rata recurenţelor AVC prin creşterea riscului pentru HTA, fibrilaţie atrială, cardiomiopatie şi diabet zaharat. Efectul protector a fost observat la cei ce utilizează 2 băuturi (1 băutură = 12 g sau 15 ml de alcool) pe zi, iar cei ce utilizează mai mult de 5 porţii pe zi sunt supuşi unui risc sporit pentru AVC [4, 7].

Incidenţa alcoolismului raportată la 10.000 populaţie în Republica Moldova pentru anii 2012-2014 este în creştere constituind 90,8 în 2012 şi 95,9 în 2014, iar prevalenţa în 2012 - 1311,3 iar în 2014-1304,9 [13].

Inactivitatea fizică

Inactivitatea fizică reprezintă un factor de risc major pentru bolile cardiovasculare şi cerebrovasculare, la fel de important ca tabagismul şi hipertensiunea arterială. Studiile epidemiologice sugerează că activitatea fizică moderată este asociată cu o reducere de 10-30% din incidenţa AVC [7].

Persoanele ce practică exerciţii fizice au mai puţini factori de risc. Riscul AVC la persoanele active fizic depinde de intensitatea şi regularitatea antrenamentelor. Beneficiile sunt evidente chiar şi după o activitate moderată sau uşoară. Protecţia în cadrul activităţii fizice parţial poate fi explicată prin controlul unor factori de risc pentru AVC. Însă exerciţiile prea abuzive, prea dese pot creşte mortalitatea cardiacă, în special la acei cu maladii cardiace în anamneză [4, 7].

Obezitatea

Obezitatea este definită ca un indice a masei corporale (IMC) peste 30 kg/m² şi este asociată cu un risc crescut de AVC sau maladii cardiovasculare. Obezitatea deseori este asociată cu alţi factori de risc cum ar fi HTA, diabetul zaharat şi dislipidemia. Obezitatea este diagnosticată la 18-44% din pacienţii ce au suferit AIT sau AVC ischemic recent [7, 8].

Comparativ cu alte state în Republica Moldova prevalența supraponderabilității și obezității în anul 2014 la 100.000 populație constituie 15,7 cele mai mari prevalențe întâlnindu-se în Rusia (26,2), Franța (25,7) și Bulgaria (25,7) [14].

Fibrilația atrială

Fibrilația atrială (FA) este o problemă globală, prevalența ei estimată în populația adultă constituie 1-2%, fiind în ascensiune în ultimii 50 de ani și crește odată cu vârsta, de la mai puțin de 0,5% la 40-50 ani până la 5-15% la persoanele cu vârsta peste 80 ani. O revizuire sistematică a populației globale a estimat că în anul 2010 erau circa 33,5 milioane persoane cu FA și în fiecare an apar câte 5 milioane de cazuri noi de FA. AVC reprezintă complicațiile tromboembolice cele mai frecvente și cele mai severe ale FA, datorită riscurilor majore și sechelelor neurologice, deseori irecuperabile [3]. Multe studii au demonstrat că terapia anticoagulantă este foarte efektivă în prevenirea AVC primar sau celui repetat la pacienții cu fibrilație atrială [4, 7].

Concluzii

AVC repetat este o problema medicală și socială majoră. Prin urmare devine evident necesitatea consolidării tuturor eforturilor în domeniul profilaxiei secundare a AVC, pentru a reduce impactul acestuia asupra societății. În apariția AVC-ului repetat sunt implicați numeroși factori de risc, ponderea și gradul de expresivitate factorilor de risc pentru diferite comunități geo-economice este diferit. Elaborarea unei strategii naționale de prevenție secundară va minimaliza prevalența fiecărui factor de risc în parte. Iar pentru a elabora noi direcții și strategii de profilaxie a AVC repetat este necesară cunoașterea certă a expresiei și ponderii fiecărui factor de risc în populația Republicii Moldovei, corelația acestora și rolul lor în apariția AVC.

Bibliografie

1. Anderson C.S., Jamrozik K.D., Broadhurst R.J., Stewart-Wynne E.G. Predicting survival for 1 year among different subtypes of stroke. Results from the Perth Community Stroke Study. *Stroke*, 1994; 25(10): 1935–1944.
2. Bonita R., Anderson C.S., Broad J.B., Jamrozik K.D., Stewart-Wynne E.G., Anderson N.E. Stroke incidence and case fatality in Australasia. A comparison of the Auckland and Perth population-based stroke registers. *Stroke*, 1994; 25 (3): 552–557.
3. Diaconu N., Grosu Aurel. Impactul fibrilației atriale și altor factori de risc trombotici în apariția Accidentului Vascular C., Zota E., Manea D. Profilaxia accidentului vascular cerebral ischemic. Chișinău, 2006: 143 p.
4. Johnston S.C., Mendis S., Mathers C.D. Global variation in stroke burden and mortality: estimates from monitoring, surveillance, and modelling. *Lancet Neurol*. 2009; 8 (4): 345–354.
5. Kaplan R.C., Tirschwell D.L., Longstreth W.T. Jr, Manolio T.A., Heckbert S.R., Lefkowitz D., El-Saed A., Psaty B.M. Vascular events, mortality, and preventive therapy following ischemic stroke in the elderly. *Neurology*, 2005; 65:835–842.
6. Kernan W.N., Bruce Ovbiagele, Henry R. Black. Guidelines for the Prevention of Stroke in Patients with Stroke and Transient Ischemic Attack. *Stroke*, 2014; 45: 2160-2236.
7. Kernan W.N., Inzucchi S.E., Sawan C., Macko R.F., Furie K.L., Obesity: a stubbornly obvious target for stroke prevention. *Stroke*, 2013; 44:278–286.
8. Liu L., Wang Z., Gong L., Zhang Y., Thijs L., Staessen J.A., Wang J. Blood pressure reduction for the secondary prevention of stroke: a Chinese trial and a systematic review of the literature. *Hypertens Res*. 2009; 32: 1032–1040.
9. Lovett J.K., Coull A.J., Rothwell P.M. Early risk of recurrence by subtype of ischemic stroke in population-based incidence studies. *Neurology*, 2004; 62:569–573.
10. Ng. Marie. Smoking Prevalence and Cigarette Consumption in 187 Countries, 1980-2012”. *Journal of the American Medical Association*, 2014; 183–192.
11. Sarah Wild, Gojka Roglic, Anders Green. Global Prevalence of Diabetes. Estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care*. 2004; 27:1047–1053.
12. Strategia Națională de Sănătate Publică pentru anii 2014-2020. 2013: 240 p.
13. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases. 2014: 298 p.