

Ūminių galvos smegenų infarktą imituojantys susirgimai – iššūkis skubios pagalbos skyriuje dirbančiam neurologui

O. Knoknerienė*

S. Taroza*

D. Jatužis**

**Klaipėdos Jūrinių ligoninė*

***Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Neurologijos ir neurochirurgijos klinika; Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikų Neurologijos centras*

Santrauka. Siekiant užtikrinti tinkamiausią ir efektyviausią gydymą ūminių galvos smegenų infarktą patyrusiam pacientui, atsiranda vis daugiau neurologijos centrų, taikančių specifinį gydymą intravenine trombolize (IVT). Tinkamiausias sprendimas, esant ribotam laikui, – nelengva užduotis. Vertinant klinikinius požymius ir tik būtiniausius tyrimus, neišvengiama situacijų, kai galvos smegenų infarktu būna palaikyta kita, jį imituojanti patologija. Dalis jų traktuojama kaip neurovizualiai neigiamas smegenų infarktas (klinikinė diagnozė, be aiškių išemijos židinių smegenų vaizdiniuose tyrimuose), kitiems pacientams patvirtinama kita diagnozė. Apžvelgti klinikiniai atvejai (popriepuolinis Todo paralyžius ir konversinis sutrikimas) iliustruoja sunkumus, su kuriais tenka susidurti dirbant skubios pagalbos skyriuje ir svarstant galimybę taikyti IVT. Literatūroje nurodomi dažniausiai pasitaikantys galvos smegenų infarkto imitatoriai: konversinis sutrikimas, popriepuolinis Todo paralyžius, komplikuota migrena. Pažymėtina, kad jų funkcinės išeitys po IVT yra geresnės, o komplikacijos – retos.

Raktažodžiai: intraveninė trombolizė, galvos smegenų infarkto imitatoriai, popriepuolinis paralyžius, konversinis sutrikimas.

Neurologijos seminarai 2013; 17(56): 161–165

ĮVADAS

Įtariamam ūminiam galvos smegenų kraujotakos sutrikimas (ŪGSKS) – bene dažniausia priežastis, dėl kurios neurologas skubiai kviečiamas į skubios pagalbos skyrių diagnozei patikslinti ir gydymo taktikai nuspręsti. Iš visų ūminių kraujotakos sutrikimų galvos smegenyse dažniausiai pasitaikantis susirgimas – ūminis galvos smegenų infarktas. Visuotinai pripažintas ir veiksmingas metodas cerebrinei kraujotakai atstatyti ūminių galvos smegenų infarktą patyrusiam pacientui – specifinis gydymas intravenine trombolize (IVT), kurį taiko vis daugiau centrų. Remiantis pasutinosiomis Lietuvos insulto asociacijos rekomendacijomis [1], ketinant atlikti IVT turi būti dedamos visos pastangos kiek įmanoma sutrumpinti laiką iki gydymo pradžios, atliekant tik būtinus tyrimus. Informacija apie paciento

ankstesnę sveikatos būklę, duomenis apie kontraindikacijas IVT dažniausiai surenkami žodžiu, kartais ne visai teisingai. Taigi, pozityvios pastangos kuo skubiau pradėti specifinį galvos smegenų infarkto gydymą trombolize, antra vertus, didina riziką skirti IVT pacientui su ūminiu neurologiniu deficitu, tik imituojančiu ŪGSKS.

Ūminis židininis galvos smegenų kraujotakos sutrikimas – ūminis sutrikimas, pasireiškiantis apžiūros metu esančiais židininiais neurologiniais simptomais, nepatikslintais kaip praeinantis smegenų išemijos priepuolis (PSIP), smegenų infarktas ar kraujosruva [1]. Atmetus pakraujavimą neurovizualiniu tyrimu (dažniausiai galvos smegenų kompiuterine tomografija (KT)), diagnozuojamas ūminis išeminis galvos smegenų kraujotakos sutrikimas (ŪGSKS). Esant abejonių dėl klinikinės diagnozės, praėjus daugiau kaip 24 val. nuo susirgimo pradžios atliekamas pakartotinis neurovizualinis tyrimas (ūminiams išeminiams židiniams diagnozuoti patikimiausia galvos magnetinio rezonanso tomografija difuzijos režimu (MRT DWI)). Jei pakartotiniame neurovizualiniame tyrime pakitimų nėra ir išryškėja kita diagnozė, nustatomas ūminių galvos smegenų infarktą imituojantis susirgimas (ŪGSIIS). Jei kita diagnozė nenustatoma, siūloma diagnozuoti neuro-

Adresas:

O. Knoknerienė

Neurologijos skyrius

Klaipėdos Jūrinių ligoninė

Liepojos g. 45, LT-92288 Klaipėda

El. paštas knokneriene@gmail.com

vizualiai neigiamą smegenų išemijos sindromą (*neuroimaging-negative cerebral ischemia*) [2], kuriuo gali pasireikšti praeinant galvos smegenų išemijos priepuolis (PSIP), cheminių medžiagų (pvz., kokaino) sukeltas vazospazmas.

ŪGSIS – klinikinėje praktikoje gana dažnai pasitaikanti situacija. Bendrasis sergamumas ŪGSIS pacientų, gydytų IVT, įvairiais šaltinių duomenimis, svyruoja nuo 3 iki 13 % [2–4], neurovizualiai neigiamu ŪGSKS – apie 7 % [2]. Dažniausiai sutinkami ŪGSIS ir jų dažnumas tirtoje pacientų grupėje: konversinis sutrikimas – 14–67 %, popriepuolinis Todo paralyzius – 17–86 % [3, 5], komplikauta migrena – 17–37 % [5, 6]. Literatūroje nurodomi ir kiti retkarčiais pasitaikantys smegenų infarkto imitatoriai: aseptinis meningitas, sinkopė dėl širdies aritmijos, šilumos smūgis, tūrinis procesas spinaliniame epiduriniame tarpe arba galvos smegenyse [2, 11]. Šiame straipsnyje aprašomi 2 klinikiniai atvejai – įtariami ŪGSKS, pasitaikę Klaipėdos jūrininkų ligoninės (KJL) skubios pagalbos skyriuje.

KLINIKINIAI ATVEJAI

I atvejis. 43 m. moteris greitosios medicininės pagalbos (GMP) atvežta į KJL skubios pagalbos skyrių 2012 03 15 19 val. 30 min., įtariant ŪGSKS. Apžiūros metu pacientė skundėsi dešinės pusės galūnių ir kairės kojos nusilpimu, galvos skausmu, svaiguliu. Minėti skundai atsirado staiga, tos pačios dienos vakare apie 18 val., grįžus iš parduotuvės. Pasak artimųjų ir remiantis jų pateikta medicinine dokumentacija, pacientė prieš 1 m. gydyta kitoje Klaipėdos ligoninėje dėl galvos smegenų infarkto, pasireiškusio dešinės kūno pusės pasilpimu, atminties sutrikimu. Susirgimo požymiai visiškai regresavo per 2–3 mėn. Apie 15 metų epizodiškai vargina galvos skausmai, lydimi pykinimo, foto/fonofobijos, trunka iki vienos paros, kartojasi 3–4 kartus per mėnesį. 2010 m. gydyta dėl kairiojo veidinio nervo neuropatijos. 2006 m. atsitiktinai nustatyta hipercholesterolemija. Pastaruosius 15 metų rūko. Vartoja cholesterolį mažinančius vaistus, klopidoogrelį ir aspiriną.

Objektyvi bendra būklė atvykus: AKS – 110/60 mmHg, pulsas – 56 k/min, širdies veikla ritmiška. Kvėpavimas vezikulinis, karkalai neišklausomi. Pilvas minkštas, neskausmingas. Nekarščiuoja. Neurologinė būklė: sąmoninga, orientuota. Nedaug palyginta kairė nosies-lūpų raukšlė. Dešinės rankos ir kojos vidutinio sunkumo parėzė. Pacientė gali stovėti prilaikoma, tačiau savarankiškai nepaeina. Galūnių sausgyslių refleksai išgauti simetriškai. Patologinių refleksų negauta. Nedidelė dešinės kūno pusės adatos dūrio hipoestezija. Įtariant ŪGSKS, skubos tvarka atlikta galvos KT – matomų pataloginių pokyčių nerasta. Kraujo tyrimuose (bendras kraujo tyrimas, glikemija, kraujo krešėjimo rodikliai, šlapalas, kreatininas, K^+ , Na^+) nuokrypių nerasta. Skubios pagalbos skyriuje suformuluota ūminio galvos smegenų infarkto diagnozė. Nesant kontraindikacijų trombolizei, specifiniam gydymui hospitalizuota į intensyvios terapijos skyrių, kur pagal patvirtintą KJL proto-

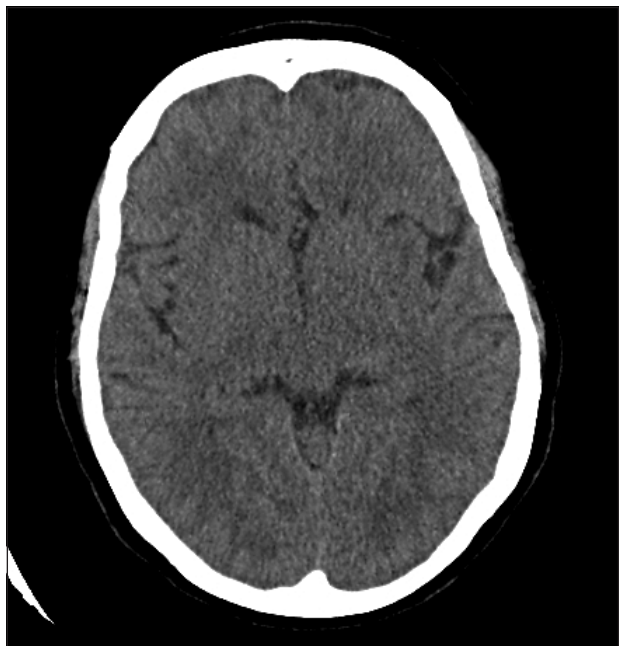
kolą, praėjus 2 val. nuo simptomų atsiradimo, pradėta ir per 1 val. atlikta sisteminė IVT. Komplikacijų nestebėta. Tuoj po IVT įvertinta neurologinė būklė – galūnių jėga visiškai atsistatė.

Vėliau atlikti papildomi instrumentiniai tyrimai: po paros pakartota galvos smegenų KT – be pokyčių; ekstrakranijinių kraujagyslių spalvinė duplexsonografija – abipus miego arterijų bifurkacijų srityse nedidelės (1,5 mm storio) mišraus echogeniškumo aterosklerozinės plokštelės; transkranijinė spalvinė duplexsonografija – galima nedidelio laipsnio vidinės miego arterijos C1 segmento stenozė; galvos smegenų MRT (T1, T2, FLAIR, DWI sekose) – galvos smegenų parenchimoje pataloginių pokyčių nerasta; širdies transtorakalinė echoskopija – kairiojo skilvelio sistolinė funkcija gera, mitralinio ir triburio vožtuvų I nesandarumas, duomenų už atvirą ovaliąją angą nėra. Stacionare atlikti papildomi laboratoriniai kraujo tyrimai: bendras cholesterolis – 6,99 mmol/l, mažo tankio cholesterolis (MTL) – 4,58 mmol/l, triacilgliceroliai (TG) – 1,13 mmol/l, C reaktyvus baltymas (CRB) – 0,36 mg/l, lupus antikoaguliantas – neigiamas; trombocitų inhibicija klopidoogreliu – 4 %. Įvykdžius gydymo ir tyrimo planą, pacientė išrašyta iš stacionaro su neurovizualiai neigiamu ŪGSKS diagnoze.

Po keliolikos mėnesių pacientė kreipėsi ambulatoriškai į neurologą dėl dešinės kojos neklausymo po patirto stipraus streso šeimoje. Objektyviai įvertinta pacientės neurologinė būklė esant kojos nusilpimui: eina šlubčiodama ir vilkdama dešinę koją, tačiau jėga abiejose apatinėse galūnėse normali – 5 balai pagal Medicininių tyrimų tarybos (MRC) skalę. Skirtas gydymas antidepressantais ir trumpo veikimo benzodiazepiniais. Pacientė pakartotinai apžiūrėta po savaitės – bendra savijauta geresnė, koja „klausė“ labiau. Objektyvi neurologinė būklė ta pati – židinių simptomų nerasta, kojų jėga gera. Suformuluota konversinio sutrikimo diagnozė. Pacientė nukreipta tolimesniam gydymui pas psichiatrą.

II atvejis. 63 m. moteris atvežta GMP į KJL skubios pagalbos skyrių dėl kalbos sutrikimo, dešiniųjų galūnių parėzės. Anamnezės duomenys rinkti iš lydinčio asmens – pacientės vyro. Jis nurodė, kad grįžęs iš darbo, rado žmoną sveiką ir prigulę pailsėti. Atsikėlęs suprato, kad žmona prastai jaučiasi. Moteris, bandydama skambinti telefonu, sutrikusi žvelgė į ragelį, tarsi nežinodama, kaip juo naudotis, neatsakinėjo į klausimus, nevykdė paliepiimų, kartojė į ragelį vieną ir tą patį žodį. Atvykęs GMP personalas pastebėjo dešiniųjų galūnių nusilpimą, kuris greitai progresavo. Vyras kitų gretutinių žmonos ligų nežinojo, ji buvusi sveika, vaistų nevartojo, anksčiau panašių simptomų neturėjusi.

Objektyvi bendra būklė skubios pagalbos skyriuje: AKS – 160/110 mmHg, pulsas – 93 k/min, širdies veikla ritmiška, nekarščiuoja. Plaučiuose išklaustas vezikulinis alsavimas. Pacientė buvo sąmoninga, tačiau kontaktas apsunkintas dėl kalbos sutrikimo. Pacientė visiškai nekalbėjo, nevykdė paliepiimų, kiek priešinosi nurengimui, apžiūrai. Tikrinant refleksus, meninginius simptomus, nustum-

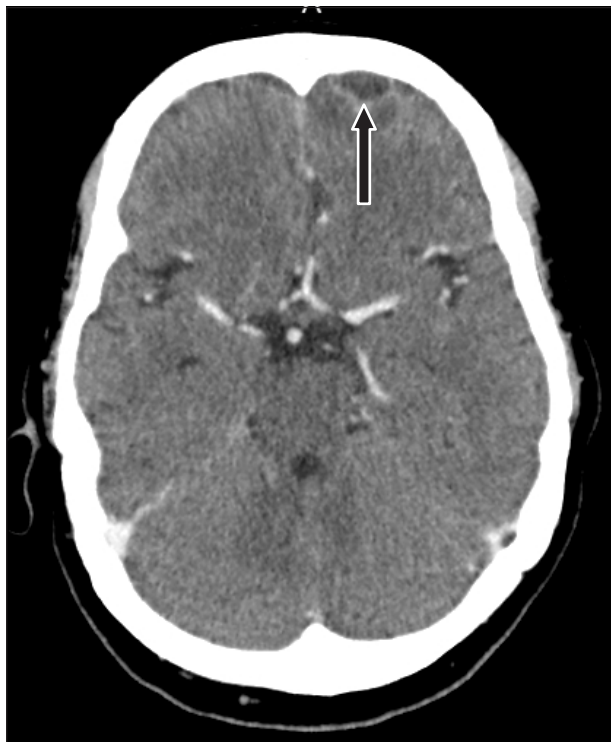


1 pav. Galvos KT atvykus – be pakitimų.

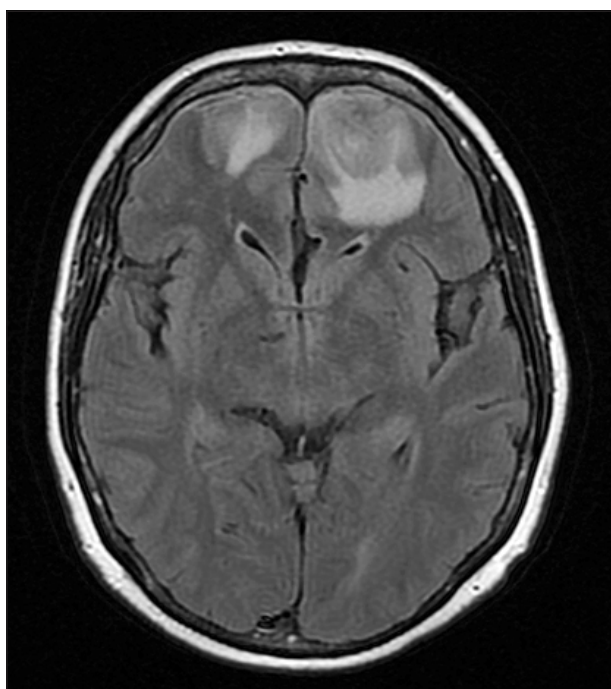
davo personalo rankas. Stebėta dešiniųjų galūnių parėzė (raumenų jėga – 3 balai), patologinis Babinskio refleksas dešinėje. Atlikti laboratoriniai tyrimai: bendras kraujo tyrimas (leukocitai – $13,8 \times 10^9/l$, Hb – 121 g/l, trombocitai – $605 \times 10^9/l$); biocheminis kraujo tyrimas (gliukozės koncentracija – 7,84 mmol/l); inkstų funkcijos rodikliai, elektrolitai – be pakitimų. Galvos smegenų KT – be žymesnės patologijos (1 pav.).

Esant ŪGSKS klinikai ir nesant kraujosruvos požymių, svarstyta dėl specifinio galvos smegenų infarkto gydymo trombolize. Simptomų atsiradimo pradžia, giminaičių nuomone, buvo laikas, kai pacientė negalėjo pakalbėti telefonu. Tačiau, remiantis vyro suteikta informacija, tikslų simptomų atsiradimo laiką nustatyti buvo neįmanoma. Paskutinį kartą pacientė matyta sveika (kalbėjo) per pietus. Nuo pietų buvo praėję daugiau kaip 4,5 val. Nuo specifinio gydymo IVT susilaikyta dėl vienos priežasties – viršytas trombolizei leistinas terapinis langas (iki 4,5 val.). Pacientė hospitalizuota į KJL Neurologijos skyrių.

Skyriuje židininė neurologinė simptomatika greitai progresavo: dešiniųjų galūnių parėzė – iki plegijos, pacientė tapo vangi, mieguista. Tuomet pastebėti židininiai kompleksiniai priepuoliai su dešinėsios veido pusės ir rankos kloniniais traukuliais ir žvilgsnio fiksacija. Pažymėtina, kad vėliau atvykusi pacientės dukra ginčijo simptomų atsiradimo laiką, reikalavo atlikti trombolizę, nors pati, papildydama anamnezę, nurodė, kad apie 1 sav. pacientė karščiavo, vartojo priešbakterinius vaistus, skundėsi galvos skausmais febrilaus karščiavimo metu. Stacionare skirtas simptominis gydymas, prieštraukuliniai vaistai. Papildomai paimtas CRB tyrimas – 41,63 mg/l. Atliktoje plaučių rentgenogramoje uždegiminės infiltracijos nesimatė. Kitos dienos ryte pacientės savijauta jau buvo ryškiai pagerėjusi: sąmoninga, bendraujanti, prasmingai atsakinėjo į klausimus, vykdė paliepiumus, tačiau liko psichomoto-



2 pav. Galvos KT kitą dieną su kontrastu (sol. Omnipaque): įtariamas abscesas kairėje frontalinėje skiltyje.



3 pav. Galvos MRT T2 FLAIR režimas, aksialinė plokštuma.

rinis sulėtėjimas, blankios emocijos, protarpiais atsirandantis kelių minučių trukmės to paties sakinio kartojimas. Galūnių jėga abipus – 5 balai. Esant abejotinai ūminio galvos smegenų infarkto diagnozei, papildomai atlikta galvos smegenų KT su kontrastu (2 pav.). Joje įtartas abscesas kairėje frontalinėje skiltyje. Atlikta juosmeninė punkcija ir iširtas smegenų skystis: citozė – 141/mkl (limfocitų – 89 %), baltymo – 0,48 g/l. Tolimesnis pacientės neurovi-

zualinis ištyrimas atskleidė patologijos priežastį. Atlikus galvos MRT, rasta: dešinės pusės pūlingas haimoritas, frontitas; abipusis lėtinis etmoiditas; dešinės pusės frontalinis subdurinis abscesas; kairės pusės frontalinis subdurinis ir intracerebrinis abscesai (3 pav.). Skirtas gydymas metronidazoliu po 0,5 g × 4 ir ceftriaksonu po 2,0 g × 2 į veną. Kitos hospitalizacijos dienos vakare prasidėjo ūminės psichozės reiškiniai. Skirtas gydymas neuroleptikais. Psichozės reiškiniai regresavo per 2 paras. Pacientės neurologinė būklė sparčiai pagerėjo, ketvirtą hospitalizacijos dieną židinių neurologinių simptomų ir požymių nebestebėta. Sinusai sanuoti chirurginiu būdu, kelių plataus veikimo spektro antibiotikų priedangoje, tęsiant antibakterinį gydymą po operacijos stacionare ir namuose. Išnykus neurologinėi simptomatikai, nuo chirurginio galvos smegenų abscesų gydymo susilaikyta. Pacientė grįžo namo, tęsia antibakterinį gydymą, stebima neurochirurgų.

KLINIKINIŲ ATVEJŲ APITARIMAS

Pirmuoju klinikiniu atveju pristatyta pacientė su tikėtina konversinės kilmės galūnių nusilpimu. Jau skubios pagalbos skyriuje, vertinant pacientės būklę, buvo įtariama galima psichogeninės kilmės galūnių parėzė, tačiau, įvertinus kraujagyslių ligų rizikos veiksnius (dokumentuotas galvos smegenų infarktas, rūkymas, hipercholesterolemija, migrena), būklė traktuota kaip ŪGSKS. IVT metu neurologinis deficitas visiškai regresavo, dėl ko buvo suabejota ūminio insulto diagnoze. Pakartotinai atlikus neurovizualinius tyrimus (galvos KT, galvos MRT), pataloginių židinių tankio pokyčių galvos smegenų parenchimoje nerasta. Taigi, remiantis pacientės ligos eiga, atsaku į gydymą, vaizdinių tyrimų rezultatus, kraujo tyrimus, diferencijuota tarp ŪGSIIS ir neurovizualiai neigiamo ŪGSKS. Iš ŪGSIIS susirgimų spektro labiausiai tikėtinas konversinis susirgimas. Remiantis TLK-10 (Tarptautinės ligų klasifikacijos dešimtas leidimas), konversinio sutrikimo diagnozei būtini du kriterijai: somatinio susirgimo, galinčio paaiškinti simptomus, nebuvimas ir akivaizdi psichologinė priežastis, kai sutrikimas aiškiai susijęs laiko atžvilgiu su stresogeniniais įvykiais ar problemomis, arba sutrikusiais tarpasmeniniais ryšiais (net jei pats individas tai neigia). Kadangi aprašytu atveju nenustatyta aiški psichologinė priežastis, laiko atžvilgiu susijusi su neurologiniais simptomais, tiksliai konversinio sutrikimo, imitavusio insultą, diagnozė išrašymo iš stacionaro metu buvo abejotina. Pacientė išvyko iš stacionaro su neurovizualiai neigiamo ŪGSKS diagnoze. Po kelių mėnesių pacientei vėl atsirado dešinės kojos nusilpimas, tik šiuo atveju po ryškaus stresogeninio įvykio. Nustatyta konversinio sutrikimo diagnozė. Žiūrint retrospektyviai, tikėtina, kad aprašyto klinikinio atvejo metu galūnių pasilpimas taip pat buvo konversinės kilmės.

Konversinio sutrikimo diagnozės nustatymas – paprastai daug laiko užimanti užduotis. Kiekvienu atveju visiškai atmesti organinį susirgimą, ypač esant griežtai ribotam lai-

kui, remiantis vien klinika, galvos KT, būtiniausiai laboratoriniais tyrimais, praktiškai neįmanoma. Pirmiausia psichogeninį galūnių pasilpimą padeda įtarti ligos anamnezės duomenys: laiko ryšys tarp susirgimo pradžios ir patirto stipraus streso, anksčiau diagnozuoti afektiniai ar psichosomatiniai susirgimai (pvz., depresija, panikos atakos, dirgliosios žarnos sindromas, lėtinis nuovargis ir kt.) [6]. Konversiniam galūnės pasilpimui būdingi klinikiniai požymiai: 1) teigiamas Huverio (*Hoover*) požymis, turbūt labiausiai specifiskas funkciniam silpnumui įvertinti – gulimoje padėtyje paprašius pakaitomis pakelti kojas, sveikosios kojos kulno nespaudžia žemyn, kas būdinga esant organinės kilmės silpnumui [7]; 2) nėra motorinio gradiento, būdingo organiniam smegenų pažeidimui, kai didžiausias silpnumas yra distaliniuose raumenyse; 3) konversinio susirgimo atvejais veido ir liežuvio raumenys paprastai funkcionaliai normaliai; 4) ipsilateralinis galvos sukamojo raumens silpnumas, retai sutinkamas prie viršutinio motorinio neuroono pakenkimo [8]; 5) einant stebimas polinkis vilkti pareizinę koją, tarsi atskirą nuo kūno objektą, tuo tarpu, esant organinei hemiparezei, koja vaikstant yra cirkumdukinėje (pažeistos kūno pusės klubakaulio kilstelėjimas, dubens pasvirimas pirmyn, pažeistos kojos šlaunies atitraukimas) padėtyje [9]; 6) gulimoje padėtyje hemiparezinės pusės koja, lyginant su sveikąja puse, nėra labiau rotuota iš išorę, o iškelus ranką pronuotoje padėtyje nykštys nenusvyra žemyn. Diferencijuojant turbūt labiausiai pasitarnautų ypač greitas (per 10 min.) galvos MRT atlikimas [10], deja, šiuo metu retai kur prieinamas.

Antrajai straipsnyje aptariamai pacientei specifinis gydymas trombolize nebuvo atliktas. Tačiau skubios pagalbos skyriuje, esant ŪGSKS klinikiniams požymiams, galvos smegenų KT – kraujosruvos nebuvimui, ir giminaičiams primygtinai reikalaujant atlikti trombolizę, toks sprendimas priimtas ne iš karto. Iš pradžių situaciją sunkino skurdi anamnezė. Bendraujant su vieninteliu lydinčiu pacientę asmeniu – vyru, visiškai nebuvo aiški simptomų pradžia. Jo nuomone, žmona susirgo kalbant su dukra telefonu, nes tik tuomet jis pastebėjo pasikeitusį elgesį, kalbą. Tačiau imperatyviai klausinėjant, kada paskutinį kartą jis matė žmoną tikrai sveiką, kalbėjo su ja, pasirodė, kad šiuos įvykius skiria beveik 4 valandų laiko intervalas. Per tą laiką jis matė žmoną gulintį ir manė, kad ji miega. Tikėtina, kad dešiniųjų galūnių parėzė ir kalbos sutrikimas buvo nepastebėto simptominių traukulių priepuolio pasekmė. Literatūroje nurodoma, kad potraukulinis paralyžius, ypač kai pats traukulių priepuolis lieka nepastebėtas, yra vienas dažniausių smegenų infarkto imitatorių, kuriam gali būti atlikta IVT [3]. Vėliau paaiškėjo, kad vyras pats galėjo turėti kognityvinių sutrikimų, todėl negalėjo prisiminti žmonos ligos su karščiavimu, galvos skausmais. Retrospektyviai vertindamas pirmąjį galvos smegenų KT tyrimą atvykus ir, jau žinodamas, kur ieškoti patologijos, patyręs radiologas galėtų įžvelgti židinius pakitimus kaktinėse skiltyse. Tačiau skubiais atvejais, budėjimų metu, tuo labiau įtariant ŪGSKS ir esant galimybei atlikti trombolizę, pagrindine radiologo užduotimi tampa paneigti kraujavimą į galvos smegenis.

Remiantis atliktais ir publikuotais tyrimais, pacientai, sergantys insultą imituojančiomis ligomis ir gydyti IVT, dažniausiai būna jaunesnio amžiaus, NIH (angl. *National Institute of Health*) insulto skalės įvertis prieš IVT – mažesnis, laikas nuo susirgimo iki trombolizės pradžios – trumpesnis, o išėitys – dažniausiai daug geresnės nei ūminiu smegenų infarktu sergančių pacientų [2, 3, 5, 11]. Be to, trombolizės sukeltos komplikacijos ŪGSIIS pacientams, pvz., intrakranijinis kraujavimas ar angioneurotinė edema, yra retos ir aprašytos tik pavieniais atvejais [12, 13]. Taigi, atsižvelgiant į faktus, kad IVT efektas yra tiesiogiai susijęs su kuo greitesniu trombolizės taikymu, o trombolize gydytų pacientų su ŪGSIIS funkcinės išėitys yra geros, siūloma neignoruoti galimų kandidatų trombolizės terapijai nerimaujant, kad ūminiai židininiai neurologiniai simptomai kartais gali būti lemti ŪGSIIS [4].

Gauta:
2013 01 07

Priimta spaudai:
2013 02 28

Literatūra

- Galvos smegenų insulto diagnostikos, gydymo, profilaktikos ir reabilitacijos metodika. Neurologijos seminarai 2012; 16(52): 163–95.
- Chernyshev OY, Martin-Schild S, Albright KC, et al. Safety of tPA in stroke mimics and neuroimaging – negative cerebral ischemia. *Neurology* 2010; 74: 1340–5.
- Winkler DT, Fluri F, Fuhr P, et al. Thrombolysis in stroke mimics: frequency, clinical characteristics, and outcome. *Stroke* 2009; 40: 1522–5.
- Tsivgoulis G, Alexandrov AV, Chang J, et al. Safety and outcomes of intravenous thrombolysis in stroke mimics. *Stroke* 2011; 42: 1771–4.
- Scott PA, Silbergleit R. Misdiagnosis of stroke in tissue plasminogen activator-treated patients: characteristics and outcomes. *Ann Emerg Med* 2003; 42: 611–8.
- Wessely S, Nimmuan C, Sharpe M. Functional somatic syndromes: one or many? *Lancet* 1999; 354: 936–9.
- McWhirter L, Stone J, Sandercock P, et al. Hoover's sign for the diagnosis of functional weakness: a prospective unblinded cohort study in patients with suspected stroke. *J Psychosom Res* 2011; 71(6): 384–6.
- Diukova GM, Stolajrova AV, Vein AM. Sternocleidomastoid (SCM) muscle test in patients with hysterical and organic paresis. *J Neurol Sci* 2001; 187(suppl 1): S108.
- Lempert T, Brandt T, Dieterich M, et al. How to identify psychogenic disorders of stance and gait. A video study in 37 patients. *J Neurol* 1991; 238: 140–6.
- Paolini S, Poole RD, Hawsey K, et al. Ultra rapid brain attack team MRI useful in selecting patients with acute stroke-like symptoms for intravenous thrombolysis. *Stroke* 2012; 43: A2869.
- Chen Y, Bogosavljevic C, Leys D, et al. Intravenous thrombolytic therapy in patients with stroke mimics: baseline characteristics and safety profile. *Eur J Neurol* 2011; 18(10): 1246–50.
- Grimm SA, DeAngelis LM. Intratumoral hemorrhage after thrombolysis in a patient with glioblastoma multiforme. *Neurology* 2007; 69: 936.
- Forster A, Griebel M, Wolf ME, et al. How to identify stroke mimics in patients eligible for intravenous thrombolysis? *J Neurol* 2012; 259(7): 1347–53.

O. Knoknerienė, S. Taroza, D. Jatužis

STROKE MIMICS – THE CHALLENGE FOR EMERGENCY ROOM NEUROLOGIST

Summary

In order to ensure the most appropriate and effective treatment for a patient who has suffered an acute stroke, there is an increasing number of neurological centers applying intravenous thrombolysis (IVT). Finding an appropriate solution in a limited period of time is not an easy task. Assessment of only clinical signs and minimum testing leads to inevitable situations where other simulating pathologies are mistaken as a stroke. Some cases are treated as a neuroimaging-negative cerebral infarction (strokes that do not appear as clear ischemic foci on neuroimaging), other patients are assigned with another diagnosis. Overview of our clinical cases (postictal Todd's paralysis and the conversion disorder) illustrates the difficulties faced in the emergency department considering IVT for acute stroke patients. Literature indicates the most common cerebral infarction simulators: conversion disorder, postictal Todd's paralysis, complicated migraine. It should be noted that functional outcomes after IVT are better, and complications are rare.

Keywords: intravenous thrombolysis, stroke mimic, postictal paralysis, conversion disorder.