

6. Карлышев В.М., Миронова В.М., Крылов В.М. Интегративно-валеологический подход в оздоровительной физической культуре людей зрелого возраста. Челябинск: Уральская Академия, 2007, 204 с.
7. Кван, О.А. Селина, И.А. Теория и методика оздоровительной китайской гимнастики Чжун юань цигун. Челябинск: УралГУФК, 2006, 116с.
8. Ким Ден Тхе. Использование восточных оздоровительных систем в профессиональной подготовке специалистов по физической культуре и спорту: Дис. канд. пед. наук: 13.00.04, Москва, 2003, 30 с.
9. Минтан, Сюи. Мартынова, Тамара. Чжун Юань Цигун. Киев: Да-Ю, 2002, 352 с.
10. Савостьянова, О.Л. Тревожно-фобические расстройства в детском возрасте, Дис. канд. мед. наук. Москва, 2004, 140 с. în Deliv I. Particularitățile clinico-evolutive și de tratament ale depresiei non-psihotice la persoanele anxioase. Teza de doctor în științe medicale: 14.00.18 – Psihiatrie, Chișinău, 2007, 171 p.
11. Цзижень, М. Богачихин, М.М. История, теория, практика цигун. Москва: София, 2004, 479 с.

VERTIJUL LA PACIENȚII CU MIGRENĂ

Prezentarea unui caz clinic și revista literaturii

Iulia Bernaz

(Conducător științific – Moldovanu Ion, d.h.ș.m., prof. univ.)

Catedra Neurologie USMF „N. Testemițanu”

Institutul de Neurologie și Neurochirurgie, R. Moldova

Summary

Vertigo in patient with migraine

Migrainous vertigo is a vestibular syndrome caused by migraine and presents with attacks of spontaneous or positional vertigo lasting seconds to days and migrainous symptoms during the attack. Vertigo is one of the most common complaints reported at the patients with migraine. Thus our study has the aim to emphasize an association between migraine and vertigo based upon bibliographic materials and upon medical case presented herewithin.

Rezumat

Vertijul migrenos este un sindrom vestibular cauzat de migrenă și prezentat prin atacuri de vertij spontane și poziționale, care poate să dureze de la câteva secunde până la câteva zile incluzând simptomele migrenoase în timpul atacului. Vertijul se numără ca unul din cele mai frecvente acuze raportate la pacienții cu migrenă. Astfel am efectuat acest studiu cu scopul de indentificare a unei corelații între migrenă și vertij pe baza datelor literaturii și a unui caz clinic prezentat în lucrare.

Actualitatea temei

Migrena reprezintă o patologie a SNC caracterizată printr-o hiperexcitabilitate neuronală și activare a sistemului trigemino-vascular, care provoacă o vasodilatare și o inflamație neurogenă, non-infecțioasă a vaselor meningeale (2). Aceasta reprezintă o cefalee primară episodică, caracterizată prin diferite combinații de tulburări neurologice, gastro-intestinale și vegetative. Se caracterizează prin durere de cap localizată unilateral, de tip pulsatil și prezența diverselor simptome ca fotofobie, fonofobie, greață și vomă. Adițional la aceste caracteristici a migrenei pacienții mai acuză o varietate de simptome adăugătoare.

Conform International Headache Society (IHS) migrena a fost clasificată astfel:

- Migrena fără aură (migrena comună)
 - Durerile de cap au loc 4-72 ore, fără tratament.
 - Durerile au cel puțin două din următoarele caracteristici:

- Localizare unilaterală
- Durere de tip pulsatil
- Intensitate moderată sau severă, care diminuează activitățile zilnice
- Agravarea la efort fizic
- În timpul durerii poate avea loc 1 din următoarele caracteristici:
 - Greață și/sau vomă
 - Fotofobia și fonofobia
- Cel puțin una din următoarele are loc:
 - Anamneza și examinarea clinică nu sugerează altă maladie
 - Anamneza și examinarea clinică sugerează altă maladie, dar aceasta este exclusă prin investigații paraclinice (CT, RMN)
- Migrenă cu aură (migrena clasică)
 - Aura cu cel puțin 2 din următoarele caracteristici:
 - Disfuncția SNC (vertij, tinnitus, dereglări de auz, de vedere, ataxia, disartria, simptome vizuale bilaterale, parestezie, pareză)
 - Simptoamele durează mai mult de 4 minute sau 2 sau mai multe simptoame apar în succesiune
 - Durerea de cap
 - Durerea de cap apare înainte, în timpul, sau peste 60 min după aură
- Migrena cu aură prelungită – se conformează criteriilor pentru migrenă cu aură, dar aura durează mai mult de 60 de minute și mai puțin de 7 zile
- Migrena bazilară - Aura constă din cel puțin 2 din următoarele simptome: disartrie, vertij, tinnitus, hipoacuzie, diplopie, ataxie, reducerea nivelului de conștiență, simptome vizuale bilaterale simultane în ambele câmpuri nazale și temporale ale ambilor ochi. Fiecare simptom al aurei durează între 5 min și 60 min.
- Migrenă cu aură fără durere de cap – corespunde caracteristicilor migrenei cu aura, dar nu apare durere de cap
- Vertijul paroxistic benign al copilăriei - Concomitent cu vertijul, mai apar și alte fenomene: pacientul devine palid, transpiră, are vărsături și adesea nistagmus.
- Ictus migrenos - Atacul prezent la un pacient cu migrena cu aură este tipic, cu excepția că unul sau mai multe simptome ale aurei persistă mai mult de 60 min. Neuroimagingistica demonstrează infarctul ischemic într-o zonă relevantă.

În ultimii 20 de ani a fost demonstrat că vertijul este unul din simptomele des întâlnite a migrenei. Asocierea vertijului cu migrena poate fi subdivizată în relație cauzală, statistică și de coincidență. Vertijul migrenos merită o studiere în continuare deoarece este important din punct de vedere clinic. Varietatea manifestărilor atacurilor de vertij cauzate de migrenă, în mod special durata, fără asocierea durerii de cap în o treime de cazuri și apariția în orice perioadă a vieții demonstrează actualitatea acestei teme și necesitatea de a fi studiată în continuare.

Materiale și metode

A fost analizat cazul clinic al unei paciente, internate în Institutul de Neurologie și Neurochirurgie, Chișinău, în martie 2008. Pentru stabilirea diagnosticului au fost utilizate criteriile de clasificare a migrenei conform International Headache Society (IHS). A fost efectuat examenul neurologic. Pentru evaluarea durerii a fost utilizată scala vizuală de la 0 la 10 în care 0 este lipsa durerii, iar 10 este cea mai mare durere percepută de pacient. Bolnava a fost interviuată pe baza unei anchete speciale ce include întrebări referitor la migrenă și vertij, testul Jacobsen Dizziness Inventory și Tinnitus Inventory.

Caz clinic

Pacienta C, în vârstă de 56 ani, căsătorită, 2 copii, vânzătoare. Acuză cefalee frecventă (cu intensitate de 9 puncte) localizată în regiunea fronto-temporală preponderent pe stânga, de caracter pulsatil și înghimpător. Orice efort fizic intensifică cefaleea, ea afectând totalmente activitățile zilnice.

Durerile de cap se agravează la stres, somn insuficient, oboseală, mirosuri puternice, lumini intense, zgomot, lucru fizic, mișcări ale capului, la schimbări meteorologice.

Frecvența cefaleelor ultimele 3 luni este de aproximativ 15-20 zile/luna fără tratament. De la apariția maladiei până în prezent s-a mărit frecvența apariției atacului migrenos. Inițial durerea de cap avea o durată de 2-3 zile. În timpul atacului bolnava preferă o odaie întunecoasă cu repaus la pat.

În timpul acesului pacienta mai acuză: fotofobie, fonofobie, greață, vomă, tinitus (în urechea dreaptă), scăderea vederii, parestezie, osmofobie, apariția aurei vizuale. Fotofobia, osmofobia, fonofobia apar la începutul atacului migrenos. La sfârșitul acestuia apare greața. Tinitusul durează tot timpul cefaleei și poate apărea independent de aceasta. Durerea de cap apare mai des ziua decât noaptea. Pacienta prezintă fenomene de alodinie la pieptănare sau la atingerea capului.

Bolnava acuză vertij, lipsa de motivații și pofta de mâncare, neliniște, frică de a sta singură, diminuarea memoriei, fond emoțional depresiv, labilitate emoțională, dificultăți de concentrare, fatigabilitate și dereglări de somn. Ultimele se manifestă prin adormire dificilă, somn superficial, treziri frecvente și vise neplăcute. Pacienta poate să se trezească dimineața cu dureri de cap. Tulburările de somn au apărut de la apariția cefaleei.

Rar în timpul atacului migrenos mai apar fenomene ca bătăi puternice ale inimii, transpirații excesive, accese de palpitații cardiace, cardialgii cu caracter de constrângere, dispnee.

Vertijul este prezent în timpul atacului migrenos. Acesta apare mai des în timpul efortului fizic, de obicei la sfârșitul atacului migrenos și durează câteva secunde. Pentru prima dată vertijul a fost observat la vârsta de 46 de ani.

Pacienta are dureri de cap din tinerețe, inițial fiind de frecvență rară. Durerile de cap s-au intensificat după prima graviditate (la 19 ani), când a avut avort spontan. Pacienta a suferit traumatism cranio-cerebral la vârsta de 30 ani. Starea s-a agravat din 2004 după TCC fără pierderea conștiinței cu accentuarea și frecventizarea cefaleei. A fost examinată prin IRM cerebral, EEG. Tratamentul administrat cu nootropi la locul de trai au avut efect temporar. Se internează în BCV în legătură cu accentuarea frecvenței și intensității sindromului cefalalgic, cât și a sindromului psiho-vegetativ. Anterior a efectuat tratament cu MgSO₄, Relanii, Pyracetam.

Caracterul activității sale este muncă fizică. Condiții de lucru nu sunt satisfăcătoare. Pacienta lucrează în gălăgie, într-o încăpere însoțită. Condițiile de trai sunt medii.

Din anamneza eredocolaterală menționează că tatăl său a avut de dureri de cap.

Prima menstruație a apărut la 14 ani. Pacienta a avut 2 nașteri, 3 avorturi. Menopauză – 50 ani. Pacienta a avut dureri de cap în timpul ciclului menstrual.

Bolnava suferă de hipertensiune arterială de la vârsta de 27 de ani. Valorile acesteia ajung la 200/100 mm Hg. La internare valorile au fost 160/85 mm Hg.

La vârsta de 48 de ani a observat scăderea auzului.

În urma examenului neurologic a fost depistat nistagmus fixator temporar, deviația posturală Romberg înapoi. La examinarea sistemului nervos vegetativ au fost constatate crize vegetative suprasegmentare uneori cu atacuri de panică.

Rezultate

Diagnosticul stabilit la această pacientă este migrena cronică cu aură, accese moderate și severe ca intensitate, frecvente; vertij migrenos probabil disfuncție vegetativă suprasegmentară psihogenă, tulburări vegetative permanente polisistemice și sindrom anxio-astenic; microangiopatie cerebrală de origine hipertensivă. Diagnosticul a fost elaborat pe baza examenului clinic și a anchetei speciale, examenului neurologic și a testelor pentru vertij și tinitus. Am constatat că vertijul la pacienta dată apare la sfârșitul atacului migrenos și durează câteva secunde.

Conform **Jacobsen Dizziness Inventory** am obținut următoarele rezultate:

DHI - total	Aspect fizic	Aspect funcțional	Aspect emoțional
39	11	15	13

În urma efectuării acestui test bolnava a acumulat 39 de puncte. În urma acestor rezultate constatăm că este necesară spitalizarea bolnavei. Se consideră că pacientul nu are vertij dacă acumulează mai puțin de 8 puncte. Dacă acesta acumulează de la 8-16 puncte este necesară supravegherea lui. În caz de 16 puncte și mai mult este necesară spitalizarea acestuia.

Pe baza **criteriilor de diagnostic pentru un VM** (Tabel 1) în cazul dat suspectăm vertij migrenos probabil, bolnava prezentând simptome vestibulare episodice repetate de severitate moderată, prezența migrenei în anterior, dereglări de somn.

Pacienta dată mai acuză și prezența tinitusului, în acest caz este nevoie de a efectua un test special (Tabel 2). În urma efectuării **Tinnitus Inventory**, am constatat că pacienta, acumulând 58 de puncte, are un tinitus sever, care aproape întotdeauna este auzit, poate duce la dereglări de somn și poate interveni în activitățile zilnice.

Discuții

Pornind de la acest caz clinic, vom prezenta câteva date privind criteriile de diagnostic, unele aspecte clinice și fiziopatologice ale vertijului migrenos.

Conform datelor literaturii vertijul migrenos este un sindrom vestibular cauzat de migrenă și prezentat prin atacuri de vertij spontane și poziționale, care poate să dureze de la câteva secunde până la câteva zile incluzând simptomele migrenoase în timpul atacului (1).

Vertijul migrenos poate să apară la orice vârstă. Se întâlnește mai des la femei decât la bărbați. La unii pacienți migrena apare mai devreme decât vertijul migrenos, la alții atacurile migrenoase nu au fost prezente, prima manifestare fiind vertijul migrenos.

Vertijul nu este inclus în clasificarea IHS ca un simptom migrenos la adulți, decât în cadrul migrenei bazilare, care prezintă vertij la 60% din pacienți. Vertijul durează de la 5 până la 60 min și este urmat de durere de tip migrenos. De aceea majoritatea pacienților cu VM nu pot fi incluși în criteriile IHS.

Este necesar de a aprecia asocierea migrenei cu vertijul la una dintre cele trei categorii:

1. Vertijul migrenos – vertij cauzat de migrenă
2. Vertijul care nu este cauzat de migrenă, dar prezintă o asociere cu migrena, posibil ca rezultat al asocierii a acestor două condiții cu un al treilea factor
3. Vertijul care coexistă cu migrena la același pacient doar printr-o coincidență (6).

În 1992 Cutrer și Baloh au descoperit teoria în ceea ce privește patofiziologia migrenei asociate cu vertijul. Autorii presupun ca episoadele de vertij cu durată similară cu cea a migrenei cu aură (<60min) au același mecanism patofiziologic (spreading wave of depression) ca la fenomenul de aură. Astfel există stimuli (mecanici, chimici). Are loc un flux de ion, care constă în creșterea K⁺ extracelular și scăderea Ca⁺⁺ extracelular. Aceste schimbări au loc din cauza reducerii fluxului de sânge cerebral. Majoritatea pacienților cu VM au vertij care apare independent de durerea de cap. Astfel a fost presupus că vertijul poate să apară prin eliberare de neuropeptide (neurokinina, calcitonina). Eliberarea neuropeptidelor are un efect excitator la nivelul urechii interne și modulează activitatea neuronilor vestibulari. Mai multe evidențe au sugerat existența unei relații strânse între serotonină și migrenă. S-a observat că excreția urinară a acidului 5-hidroxiindoleacetic, cel mai important metabolit al serotoninei sporește în atacurile de migrenă. Dar, introducerea intravenoasă a serotoninei îl poate jugula. Rolul receptorilor serotoninici (5 HT1D) localizați pe terminațiunile nervoase ale n.trigemen inhibă eliberarea neuropeptidelor care provoacă inflamația neurogenă.

Pacienții acuză de obicei vertij spontan și pozițional. Unii pacienți acuză inițial vertij spontan, care mai apoi se transformă în vertij pozițional (7, 8). Intoleranța la mișcarea capului, disbalanța și mișcările iluzorii agravate sau provocate de mișcarea capului prezintă un simptom adițional care sugerează o problemă vestibulară. Durata vertijului variază de la câteva secunde până la câteva ore, dar poate să ajungă și până la câteva zile (1). O parte din pacienți au vertij în timpul duratei aurei, dar pot avea loc și atacuri mai scurte sau mai lungi ca aura (9, 11). Vertijul poate precede durerea de cap, poate începe cu durerea sau poate să apară mai târziu (9, 10, 11). La unii pacienți vertijul și durerea de cap niciodată nu apar împreună (4).

Pe lângă vertij, pacienții pot acuza fotofobie, fonofobie, dereglări de auz, de vedere și tinitus. Dereglările de auz nu sunt pronunțate și sunt tranzitorii, fără să progreseze pe parcurs (8).

Examinarea neurologică și otologică generală sunt puțin informative în majoritatea cazurilor. O parte din pacienți au hipoexcitabilitate unilaterală la stimulare calorică și nistagmus (9). Acestea nu sunt specifice pentru vertijul migrenos, fiind găsite și la pacienții cu migrenă fără simptome vestibulare sau în alte simptome vestibulare. Evaluarea neuro-oftalmologică poate detecta un ușor deficit oculomotor. Examenul clinic se va confirma pe baza următoarelor teste: Romberg, Bárány, Babinski-Weil, Unterberg.

Concluzii

1. Vertijul este un simptom important al migrenei, prezentat prin atacuri de vertij spontane și poziționale, care poate să dureze de la câteva secunde până la câteva zile incluzând simptomele migrenoase în timpul atacului.

2. În afara vertijului, pacienții mai pot acuza fotofobie, fonofobie, dereglări de auz, de vedere și tinitus.

3. Pentru confirmarea diagnosticului în afara examenului clinic și neurologic sunt esențiale noile criterii de diagnostic și testul pentru vertij.

Anexe

Tabel 1. Criterii de diagnostic pentru un vertij migrenos (VM) (1)

➤ VM definit

- Simptome vestibulare episodice repetate cel puțin de severitate moderată
- Prezența migrenei în anterior conform criteriilor IHS
- Prezența a cel puțin unui dintre următoarele simptome migrenoase în timpul a cel puțin 2 atacuri de vertij: durere migrenoasă, fotofobie, fonofobie, aura vizuală etc.
- Alte cauze excluse de investigații adecvate

Simptomele vestibulare sunt vertijul de rotire sau alte mișcări proprii iluzive sau ale unor obiecte. Ele pot fi spontane sau de poziție sau pot și provocate sau agravate de mișcările capului (intoleranță la mișcarea capului). Simptomele vestibulare sunt considerate moderate dacă nu intervin în activitățile zilnice și sunt severe dacă pacienții nu pot continua activitățile zilnice.

➤ VM probabil

- Simptome vestibulare episodice repetate cel puțin de severitate moderată
- Una dintre următoarele:
 - Prezența migrenei în anterior conform criteriilor IHS
 - Simptome migrenoase pe parcursul a 2 atacuri de vertij
 - Existența factorilor precipitanți înainte de vertij în mai mult de 50% atacuri: alimente, dereglări de somn, schimbări hormonale
 - Răspuns la tratament antimigrenos în mai mult de 50% cazuri
- Alte cauze excluse de investigații adecvate

Tabel 2. Grade de severitate a tinitusului (12)

0-16	Slab, neînsemnat (auzit numai în mediu liniștit)	Gradul 1
18-36	Mediu (ușor de remarcat în timpul zgomotului din mediul înconjurător și ușor de uitat în timpul activităților)	Gradul 2
38-56	Moderat (remarcat în prezența zgomotului, deși activitățile zilnice pot fi efectuate)	Gradul 3
58-76	Sever (aproape întotdeauna este auzit, poate duce la dereglări de somn și poate interveni în activitățile zilnice)	Gradul 4
78-100	Catastrofal (întotdeauna auzit, duce la dereglări de somn, limitează activitățile zilnice)	Gradul 5

Bibliografie

1. H. Neuhauser și T. Lempert -Vertigo and dizziness related to migraine: a diagnostic challenge, Blackwell Publishing Ltd Cephalalgia, 2004, 24, 83-91.

2. Ion Moldovanu, David W. Dodick, Stela Odobescu – Cefaleele, durerile faciale și cervicale, Diagnostic și tratament, Chișinău 2007, p. 41.
3. Rasmussen BK, Jensen R, Schroll M, Olesen J – Epidemiology of headache in a general population – a prevalence study. J Clin Epidemiol 1991; 44: 1147-57.
4. Kroenke K, Prince RK. Symptoms in the community. Prevalence, classification, and psychiatric comorbidity. Arch Intern Med 1993; 153: 2474-80.
5. Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. Cephalgia 1988; 8 (Suppl. 7): 1-96.
6. Nana Tevzadze – Benign paroxysmal positional vertigo associated with migraine; Libropharm LTD – headache Care 2005; 2(2), 2005, 119.
7. Slater R. – Benign recurrent vertigo. J Neurol Neurosurg Psychiat 1979; 42:363-7.
8. Moretti G, Manzoni GC, Caffara P, Parma M – benign recurrent vertigo and its connection with migraine. Headache 1980; 20:344-6.
9. Neuhauser H, Leopold M, v Bervern M, Arnold G, Lempert T – The interrelations of migraine, vertigo and migainous vertigo. Neurologz 2001; 56:684-6.
10. Johnson GD – Medical management of migraine-related dizziness and vertigo. Larzngoscope 1998; 108 (Suppl. 85): 1-28.
11. Cutrer FM, Baloh RW – Migraine-associated dizziness. Headache 1992; 32:300-4.
12. McCombe, A., Bagueley, D., Coles, R., McKenna, L., McKinney, C. & Windle-Taylor, P. (2001), Guidelines for the grading of tinnitus severity: the results of a working group commissioned by the British Association of Otolaryngologists, Head and Neck Surgeons, 1999, Clin Otolaryngol 26, 388-393.

HIPERGLICEMIA ȘI ALȚI FACTORI DE RISC ÎN DEZVOLTAREA ICTUSULUI HEMORAGIC MINOR

Stela Vudu

(Cond.șt.: academician AȘM Gherman D.)

Catedra Neurologie USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Hyperglycemia and other risk factors in the development of minor hemorrhagic stroke (MHS)

Imbalances of the carbohydrate metabolism represent one of the main risk factors in the development of minor hemorrhagic stroke, associated with arterial hypertension, hypercholesterolemia, smoking etc. Latent, long period of time evolution of metabolic imbalance leads to vascular complications, which provoke hemorrhagic stroke.

According to bibliographical data MHS constitutes 12,5 % in the structure of hemorrhagic stroke.

Rezumat

Deregările metabolismului glucidic reprezintă unul din principalii factori de risc în dezvoltarea ictusului hemoragic minor, de rînd cu HTA, dislipidemia, fumatul etc. Evoluția latentă, de lungă durată, a dereglărilor metabolice agravează complicațiile vasculare, care, în comun, provoacă declanșarea ictusului hemoragic.

Conform datelor bibliografice, ictusul hemoragic de dimensiuni relativ mici (IHM) constituie aproximativ 12,5 % în structura AVC-urilor hemoragice.

Actualitatea temei

Ictusul cerebral constituie una din cele mai grave patologii vasculare, fiind cauza invalidizării precoce, astfel devenind nu numai o problemă medicală importantă, ci și socială.