

Discuții

Ținând cont de frecvența din ce în ce mai mare a infecției cu HIV, diagnosticul de tulburări psihice HIV trebuie avut în vedere la toți subiecții, care prezintă tulburări comportamentale, cognitive, semne motorii etc. Dacă este vorba de un subiect cunoscut ca seropozitiv, și mai mult, cu semne de SIDA, trebuie să ținem cont că simptomele descrise anterior pot fi determinate și de infecții oportuniste ale SNC, legate de imunodeficiență. Unul din factorii de risc pentru a dezvolta primul acces psihotic la persoanele HIV pozitive este abuzul sau dependența în trecut de sedative/hipnotice sau/și stimulante. Stadiul infecției cu HIV nu este predictiv tipologic pentru tulburările psihice asociate. Agenții psihotropi tradiționali produc o reducere satisfăcătoare a simptomatologiei psihotice, asociată cu precauție în dozare în vederea efectelor secundare. Antipsihoticele atipice sunt parțial mai utile, datorită efectelor secundare minore.

Concluzii

- Majoritatea persoanelor testate pozitiv HIV resimt anxietate și depresie pe o perioadă lungă. Pentru ele există probleme privind nesiguranța viitorului, cât și restricțiile impuse de atitudinea nefavorabilă a publicului.
- Dementa HIV trebuie considerată ca singura entitate nosografică specifică, dar pentru jumătate din cazurile astfel etichetate la sfârșitul studiului tabloul clinic inițial nu are atributele specificității.
- Tratatamentul tulburărilor psihice în HIV/SIDA necesită intervenție medicamentoasă, psihoterapeutică și psihosocială simultană, fapt ce facilitează crearea unui mediu de susținere.

Bibliografie

1. Harris M. New-onset psychosis in HIV infected patients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1991, 32, 369-376.
2. Markowitz J. Individual psychotherapies for depressed HIV-positive patients. *American Journal of Psychiatry*, 1995, 152, 326-327.
3. Oechsner M., Moller A. A., Zaudig M. (1993) Cognitive impairment, dementia and psychosocial functioning in human immunodeficiency virus infection. 87(1): 13-17.
4. Poutiainen E., Livanien M., Elovaara I. et al. (1991) Cognitive changes as early signs of HIV infection. *Acta Neurol. Scand.*, 84, 49-52.
5. Price R.W., Sidtis J.J. (1990) AIDS dementia complex some current questions. *Ann. Neurol.* 23 (supl) S27-S33.
6. Robertson K.R. and Hall C.D. (1992) Human immunodeficiency virus-related cognitive impairment and the acquired immunodeficiency syndrome dementia complex. *Semin. Neurol.* 12: 18-27.

PARTICULARITĂȚILE CLINICE, NEUROPSIHOLOGICE ȘI IMAGISTICE ALE DEMENTEI VASCULARE

Alexei Bandati, Anna Bandati, Diana Concescu, Eugenia Sinita,
Olivia Cepoi, Dorina Nicolaescu

Catedra Psihiatrie, Narcologie, Psihologie Medicală USMF N. Testemițanu

Summary

Clinical, neuropsychological and imagistic features of vascular dementia

Vascular dementia appears due to anatomical damage of cerebral vessels against stroke atherosclerotic changes or cardiovascular diseases with more pronounced lesions. In this case, cognitive and mental disorders occur in patients with cerebral circulation arterial strokes with

marked focal symptoms (hemiplegia, aphasia, apraxia, etc.), with signs of dementia installed later.

Rezumat

Demențele pe fond vascular apar în urma leziunilor anatomice ale vaselor cerebrale, fie pe fondul aterosclerotic postictal, fie a unor boli cardiocirculatorii embolizante cu leziuni mai extinse. În aceste cazuri tulburările cognitive și psihice apar adesea la bolnavii cu accidentele vasculo-cerebrale marilor vase, cu marcante semne de focar (hemiplegiei, afaziei, apraxiei, etc.), semnele demențiale instalându-se după faza acută. Demenția aterosclerotică va fi însoțită de gatism, complicații urinare, pulmonare, escare și insuficiență cardio-renală care duce la exitus. Demențele vasculare se observă adesea și după ictusuri cu lezarea micilor vase cerebrale, corticale sau cortico-subcorticale, fie producându-se o atrofie cerebrală aterosclerotică, descrisă de Alzheimer, fie cu un tablou anatomic de „etat vermulu” (Pierre Marie) sau o encefalopatie cronic-subcorticală ca în boala Binswanger, ca și lacunarismul cerebral semnalat de Pierre Marie și Grasset.

Bolnavii neurovasculari cu ateroscleroză cerebrală, lacunarismul și multeinfarcte pot fi predispuși la demența vasculară, acestea ocupând locul doi, după boala Alzheimer, însumând – după R. J. Cadieux (1989) + 29 % din grupa demențelor senile. Sindromul demențial vascular va prezenta tabloul clinic asemănător tuturor formelor de demența.

Scopul studiului

1. Estimarea particularităților clinico-neuropsihologice ale demenței vasculare.
2. Evidențierea corelațiilor clinico-neuropsihologice și CT în dependența de gradul de evoluție în severitatea maladiei.
3. Studiul dă posibilitatea stabilirii precoce a diagnosticului pozitiv, a diagnosticului diferențial, a evoluției și prognosticului bolii.

Material și metode

A fost supuși studiului un lot de 32 de pacienți în vîrsta de la 47 pînă la 74 de ani (17 de sex feminin și 15 de sex masculin) cu diagnosticul demența vasculară. Pentru stabilirea diagnosticului pacienții a fost examinați clinic, neuropsihologic și la CT. Au fost folosite criteriile de diagnostic care corespund cerințelor: ateriopatică după ICD-9-WHOȘ; multiinfarct după DSM-III-R; vasculară după ICD-10-WHO și DSM-IV.

În cadrul studiului au fost elaborate trei tipuri de fișe:

1. Fișa care cuprinde examinarea statului neurologic după 120 indici.
2. Fișa cu teste neuropsihologice ca:
 - Mini Mental Test Folstein
 - Scor ischemic Hachinski
 - Scala deteriorării globale Reisberg
 - Scala aprecierii depresiei după Hamilton
 - Scala examinărilor neuropsihologice la pacienții cu boli degenerative Luria
 - Scala aprecierii activității pacienților în viața cotidiană CIPS
 - Scala examinărilor geriatrice Sandoz.
3. Fișa de apreciere a schimbărilor determinate la CT cerebrală.

Rezultate

Marea majoritatea a infarctelor responsabile de demențele vasculare este atribuită în studiul nostru următorilor factori etiologici: HTA, boala cardiacă, ateroscleroză, angiopatie amiloidică, vasculitancerebrală, hipotensiunea cerebrală ortostatică, microinfarctizări corticale.

Conform examenului neurologic, la 7 pacienți a fost prezentă hemipareză, la 2 pacienți fiind asociată cu afazie; la 8 pacienți – sindrom pseudobulbar; la 11 pacienți s-a constatat

exagerarea reflexelor osteotendinoase; la 2 pacienți – dereglări de mers; la 4 pacienți – senzație de slăbiciune a unei extremități.

Pacienții lotului a fost testați neuropsihologic după Mini Mental Scor, care este cel mai larg folosit în evaluarea statului cognitiv al pacienților vârstnici. S-a apreciat orientarea temporală și spațială, memoria imediată și întârziată, calcul aritmetic, limajul și abilitățile constructive. Fiecare din cei 30 de itemi au fost cotați separat, valorile lor fiind sumate pentru fiecare pacient aparte:

- 17 pacienți au acumulat 16 – 23 itemi, ceea ce confirmă prezența unei demențe ușoare;
- 11 pacienți au acumulat 6 – 15 itemi, ceea ce confirmă prezența unei demențe moderate;
- 4 pacienți au acumulat 0 – 5 itemi, ceea ce confirmă prezența unei demențe accentuate.

Tabelul 1

Separarea pacienților după severitatea demenței

Pacienți	Puncte acumulate	Gradul de severitatea demenței
17	16 – 23	ușoară
11	6 – 15	moderată
4	0 – 15	severă

Scorul ischemic Hachinski a permis stabilirea diagnosticului de demența vasculară conform punctajului acumulat (mai mult de 5 p.). Ținând cont de aceasta: 7 pacienți – 5 – 8 puncte, 7 pacienți – 7 – 11 puncte, 9 pacienți – 8 – 11 puncte, 6 pacienți au acumulat 11 – 14 puncte, 4 pacienți – 14 – 18 puncte, toți 32 pacienți au acumulat mai mult de 5 puncte, ceea ce corespunde diagnosticului de demența vasculară. Scala Hachinski permite diagnosticul diferențial al demenței vasculare și bolii Alzheimer la debut, rămânând informativă și în procesul de evoluție al acestor maladii.

Tabelul 2

Scorul ischemic Hachinski

Pacienți	Puncte acumulate
7	5 – 8
7	7 – 11
9	8 – 11
6	11 – 14
4	14 – 18

După Scală aprecierii depresiei Hamilton, 4 pacienți au acumulat 0 – 3 puncte, 7 pacienți – 4 – 6 puncte, 10 pacienți – 7 – 9 puncte, 8 pacienți – 10 – 12 puncte, 2 pacienți – 13 – 15 puncte. Ea evaluează gradul de severitate al depresiei și exclude din examinare pacienții care au acumulat 18 puncte. Studiile evolutive ale demenței vasculare au fost corelate cu evaluările psihometrice și mărimea deficitului anatomic, evidențiat prin CT-cerebrale.

Tabelul 3

Aprecierea deăresiei după scala Hamilton

Pacienți	Puncte acumulate
4	0 – 3
10	4 – 6
8	10 – 12
2	13 – 15

Conform criteriilor de diagnostic, la 32 pacienți a fost stabilit diagnosticul clinic de demență vasculară.

Diagnosticul diferențiat a fost efectuat cu boala Alzheimer. Studiile sugerează că pacienții afectați de demență vasculară au o speranță de viață mai mică decât cea cu demență tip Alzheimer. Supravețuirea este de 3 ani la 70 % la demență vasculară.

Concluzii

În urma studiului efectuat conchidem că:

1. În debutul și evoluția demenței vasculare predomină prezența la examenul neurologic a semnelor de focar (ex.: exagerarea reflexelor osteo-tendinoase, reflex cutanat palntar în extensie, stare pseudobulbară, dereglări de mers, senzație de slăbiciune a unei extremități, paralizie facială centrală, hemipareză, hemianopsie laterală omonimă).

2. Schimbările neuropsihologice se manifestă prin simptomatologie cognitivă, ce reflectă tulburări din sfera atenției, memoriei, orientării temporo-spațiale, limbajului, calculului, praxiei, precum și depresie sau agitație, hiperactivitate, schimbări în compartiment, confuzie mintală și uneori pseudomelancolie.

3. S-a determinat o legătură directă a creșterii dereglărilor neuropsihologice în corelare cu gravitatea atrofiei cerebrale și volumul localizării zonelor hipotensive ischemice determinate la CT.

4. Tabloul clinic, testele neuropsihologice și CT au permis stabilirea precoce a diagnosticului pozitiv, a diagnosticului diferențial, a evoluției și prognosticului bolii.

Bibliografie

1. Chui H.C., Mack W., Jackson E., Mungas D., Reed B.R., Tinklenberg J., Chang F.L., Skinner K., Tasaki C., William J.J. CLINICAL CRITERIA FOR THE DIAGNOSIS OF VASCULAR DEMENTIA. *Arch Neurol.* 2000; 57:191 – 196.

2. Dănăilă L., Gheorghe M.D., Ploaie P. BOALA ALZHEIMER. *Ed. Militară.* 1996.

3. Hachinski V.C., Bowler J.V. VASCULAR DEMENTIA. *Neurology.* 1993;43:2159 – 2160.

4. McKhann G., Drachman D., Folstein M., Katzman R., Price D., Stadlan E. CLINICAL DIAGNOSIS OF ALZHEIMER'S DISEASE: REPORT OF THE NINCDS-ADRDA WORK GROUP UNDER THE AUSPICES OF DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES TASK FORCE ON ALZHEIMER'S DISEASE. *Neurology.* 1984;34:939 – 944.

5. Roman G.C., Tateminci T.K., Erkinjuntti T. Et al. VASCULAR DEMENTIA: DIAGNOSTIC CRITERIA FOR RESEARCH STUDIES: REPORT OF THE NINDS-AIREN INTERNATIONAL WORK-SHOP. *Neurology.* 1993;43: 250 – 260.

6. Van Swieten J.C., Hijdra A., Koudstaal P.J., Van Gijn J. GRADING OF WHITE MATTER LESIONS ON CT AND MRI: A SIMPLE SCALE. *J Neurol Neuroseurg Pszchiatry.* 1990;53:1080 – 1083.

7. Wetterling T., Kanitz R.D., Borgis K.J. COMARISON OF DIFFERET DIAGNOSTIC CRITERIA FOR VASCULAR DEMENTIA (ADDTC, DSM-IV, ICD-10, NINDS-AIREN). *Stroke.* 1996;27:30 – 36.