

valori, iar cei cu SII-D – cele mai mari, între pacienții cu SII-C și SII-D nedeterminându-se diferențe statistic semnificative ale valorilor obținute;

2. La pacienții cu SII-D manifestările distoniei neuro-vegetative, inclusiv hiperventilația, sunt mai pronunțate comparativ cu celelalte două subgrupuri;
3. Pacienții cu SII-D au prezentat o hiperexcitabilitate neuro-musculară mai înaltă, fapt explicat prin scăderea calciului plasmatic liber în condiții de hiperventilație.

### **Bibliografie**

1. Azpiroz F, Bouin M, Camilleri M. Mechanisms of hypersensitivity in IBS and functional disorders. // *Neurogastroenterol Motil* 2007; 19 (Supl. 1): 62–88.
2. Camilleri M, Coulie B, Tack JF. Visceral hypersensitivity: facts, speculations, and challenges. // *Gut* 2001; 48: 125–31.
3. Chang L, Drossman DA. Irritable bowel syndrome and related functional disorders. // *Functional Pain Syndromes: Presentation and Pathophysiology* 2009, Seattle; pag. 87-119.
4. Guilera M, Balboa A, Mearin F. Bowel habit subtypes and temporal patterns in irritable bowel syndrome: systematic review. // *Am J Gastroenterol* 2005; 100:1-11.
5. Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, Houghton LA, Mearin F, Spiller RC. Functional bowel disorders. // *Gastroenterology* 2006; 130: 1480–91.
6. Sinhamahapatra P, Saha SP, Chowdhury A. Visceral afferent hypersensitivity in irritable bowel syndrome – evaluation by cerebral evoked potential after rectal stimulation. // *The American Journal of Gastroenterology* 2001; 7:2150-2157.
7. Tillisch K, Labus J, Naliboff B. Characterization of the alternating bowel habit subtype in patients with Irritable Bowel Syndrome. // *American Journal of Gastroenterology*, 2005, 100:896-904.

## **MIGRENA ASOCIATĂ CU FENOMENE DE CONVERSIE.**

### **STUDIUL CLINICO-PSIHOLGIC**

**Ana-Maria Băbălău, Ion Moldovanu**

Catedra de neurologie USMF «Nicolae Testemițanu»

Institutul de Neurologie și Neurochirurgie

### **Summary**

#### ***Migraine associated with conversion disorders – clinical and psychological aspects***

Migraine is a common disorder that imposes a large personal burden on sufferers. Conversion disorders, as a comorbid condition in migraine patients, lead to further disability in all aspects of their daily lives. Analysing the cephalalgic, autonomic and psychological pattern of 32 patients who presented migraine associated with conversion disorders, we determined that there is a high influence of this comorbidity on patients findings. It means that conversion disorder's degree of expression directly correlates with: migraine evolution, frequency and intensity of autonomic disorders, patient's level of anxiety and depression – manifestations that are finally causing a significantly higher degree of disability.

### **Rezumat**

Migrena este o maladie frecventă, complexă și uneori foarte dizabilitantă. Fenomenele de conversie, atunci când constituie o comorbiditate a migrenei, determină accentuarea gradului de dizabilitate resimțit de către pacienți. Analizând particularitățile cefalalgice, vegetative și psihologice a 32 de pacienți cu migrenă asociată cu tulburări de conversie, s-a determinat existența unei influențe marcate a acestei comorbidități asupra datelor prezentate de către pacienți. Astfel, gradul de exprimare a fenomenelor de conversie este direct proporțional cu evoluția migrenei, frecvența și intensitatea manifestărilor vegetative, nivelul anxietății și a

depresiei – manifestări care într-un final determină apariția unui grad semnificativ mai înalt de dizabilitate.

### **Actualitate**

Actualmente, migrena constituie o problemă majoră a sănătății publice mondiale. Conform datelor prezentate în 2011 în Atlasul OMS privind cefaleea în lume – 11% dintre adulții de pe glob suferă de migrenă [18]. În Republica Moldova, s-a estimat o prevalență a migrenei de circa 24% și a migrenei cronice de aproximativ 4% [14]. Astfel, migrena este o maladie frecventă, complexă, uneori foarte dizabilitantă, cu un prognostic variabil, care necesită o abordare multidisciplinară [2, 8, 12]. În cadrul acestei abordări, o importanță deosebită trebuie acordată patologiilor asociate migrenei, deoarece este bine-cunoscut faptul că comorbiditățile prezentate de pacient sunt acei factori care influențează progresia migrenei, complicând evoluția ei [8, 11].

Printre patologiile asociate migrenei, un loc deosebit îl ocupă fenomenele de conversie. Conform Manualului de Diagnostic și Statistică a Tulburărilor Mentale, ediția a IV-a (DSM-IV TR), termenul „conversie” presupune faptul că la anumite persoane, anumite conflicte intrapsihice fiind transformate în simptome corporale, sunt prezentate de către pacient ca o pierdere sau o denaturare a unei funcții neurologice specifice. Un criteriu esențial pentru stabilirea diagnosticului de tulburare de conversie este faptul că simptomele prezentate să fie apărute în mod inconștient ca urmare a unui stres psihologic. De asemenea este extrem de importantă confirmarea absenței oricărei leziuni organice care ar putea explica apariția simptomelor respective [1]. Conform aceluiași surse, fenomene de conversie au fost raportate la circa 3% dintre pacienții ambulatorii, studiile pe pacienții din staționările de profil general și chirurgical identificând rate de prevalență a acestora de aproximativ 1% - 14% [1].

În același timp, tulburarea de conversie se include în grupul tulburărilor somatoforme (DSM-IV TR), alături de tulburarea de somatizare, tulburarea algică, hipocondria și tulburarea dismorfică corporală – patologii care, de altfel, erau anterior înglobate de termenul „isterie” sau „nevroză isterică” (termen actualmente neutilizat din cauza conotațiilor peiorative din contextul non-medical). La fel, o anumită legătură cu fenomenele de conversie are și tulburarea de personalitate histrionică, nosologie derivată și ea din conceptul de „isterie” [1, 17].

În pofida faptului că fenomenele de conversie reprezintă o problemă actuală a medicinei, acestea constituie un diagnostic destul de rar stabilit. Acest lucru este condiționat, pe de o parte, de faptul că mecanismele de declanșare a acestor fenomene încă nu au fost complet elucidate, iar pe de altă parte, de faptul că această patologie implică un domeniu interdisciplinar de cercetare și activitate medicală – neurologie, neuropsihologie, neuropsihiatrie și psihanaliză [16].

Astfel, asocierea dintre migrenă și fenomenele de conversie constituie un subiect actual și interesant de cercetare dat fiind faptul că absența cunoașterii interacțiunii dintre psihic și somatic implică o atitudine incorectă față de durere și un tratament inadecvat. O conștientizare mai bună a problemei migrenei asociată cu fenomene de conversie ar duce la o optimizare a tehnicilor de diagnostic și de tratament – fapt care ar contribui la reducerea gradului de dizabilitate a pacienților, într-un final, condiționând ameliorarea substanțială a calității vieții lor.

### **Scop și obiective**

Scopul acestui studiu a fost evidențierea pattern-ului cefalalgic, particularităților neurovegetative și psihologice a pacienților care prezintă migrenă asociată cu fenomene de conversie.

### **Materiale și metode**

Studiul a inclus examinarea a 32 de persoane, internate în secția de Cefalee și Tulburări Vegetative a Institutului de Neurologie și Neurochirurgie din Chișinău, vârsta medie a cărora a constituit  $44,13 \pm 1,39$  ani, durata medie a migrenei fiind de  $22,85 \pm 2,36$  ani. Dintre pacienții incluși în studiu, 4 (12%) aveau stabilit diagnosticul de migrenă episodică, 7 pacienți (22%)

prezentau migrenă cronică, 5 pacienți (16%) aveau stabilit diagnosticul de migrenă episodică asociată cu disfuncții vegetative suprasedimentare de origine psihogenă și 16 pacienți (50%) prezentau migrenă cronică asociată cu disfuncții vegetative suprasedimentare de origine psihogenă. Printre pacienții examinați au fost 7 bărbați (22%) și 25 femei (78%).

Selectarea pacienților a fost consecutivă, fără a ține cont de careva particularități ale evoluției migrenei, însă, trebuie de menționat faptul că în toate cazurile, migrena pe care o prezentau pacienții cu acest diagnostic a corespuns criteriilor Societății Internaționale de Cefalee, stipulate în Clasificarea Internațională a Tulburărilor Cefalalgeice, ediția a II, 2004 [13].

Fenomenele de conversie și tulburările somatoforme au fost depistate și cercetate în baza criteriilor expuse de către Asociația Americană de Psihiatrie în Manualul de Diagnostic și Statistică a Tulburărilor Mentale (DSM-IV TR, 2000) [1].

Drept criterii de excludere s-au considerat: necooperanța pacienților și lipsa capacității de abstractizare la unii dintre subiecții selectați, fapt care i-a făcut incapabili să înțeleagă întrebările adresate sau să completeze chestionarele studiului.

Tuturor pacienților li s-a realizat examenul statutului neurologic standard, iar cu scopul obiectivizării fenomenelor de conversie s-a atras o atenție particulară anumitor parametri ca: sensibilitatea, motilitatea, gradul coordonării motorii și excitabilitatea neuro-musculară.

În acest mod, la examinarea sensibilității s-a cercetat prezența sau absența la pacienții în cauză a dereglărilor de sensibilitate de tipul anesteziei cutanate, paresteziilor, hipoesteziilor, poliesteziilor, hiperesteziilor. De asemenea s-au efectuat câteva teste simple, dar sugestive pentru dereglările sensibilității de natură psihogenă – Testul „Da-Nu”, Testul „rezistenței”, Testul „determinării direcției de mișcare a unui deget/membru”. În cazul testului „Da-Nu” pacientul (cu ochii închiși) este rugat să răspundă prin „da” sau „nu” la anumiți stimuli tactili în dependență de faptul dacă percepe sau nu acești stimuli. Răspunsul „nu” în zona unde pacientul prezintă parestezii pledează pentru o tulburare a sensibilității de natură psihogenă (fenomene de conversie). Testul „rezistenței” implică o minciună deliberată din partea medicului. Acesta îi comunică pacientului că scopul acestui test este estimarea forței musculare, care se va realiza prin determinarea rezistenței opuse de către pacient (cu ochii închiși) încercării medicului de a-i mișca degetele. Se remarcă faptul că absența veritabilă a sensibilității, nu ar permite pacienților să determine degetul pe care medicul încearcă să-l miște și astfel ar exclude apariția rezistenței. Pe aceleași principii se bazează și testul „determinării direcției de mișcare a unui deget/membru”. Aceste teste permit depistarea atât a tulburărilor de sensibilitate psihogene, cât și a simulării [1, 3].

La examinarea motilității și a gradului de coordonare motorie s-a atras atenție la prezența sau absența la pacienți a ticurilor, tremorului, parezelor, la capacitatea de menținere a echilibrului, la caracterul mersului, la prezența convulsiilor. Tulburările de motilitate au fost examinate folosind următoarele tehnici: Proba Barré, Testul „căderii motorii”, Testul „adductorilor coapsei” și Testul Hoover. Proba Barré (superioară și inferioară) a fost utilizată pentru depistarea parezelor ușoare ale membrelor, la fel studiindu-se și anumite fenomene ca tremorul, gesticulațiile, care apar la pacienții cu tulburări psihogene de motilitate în timpul efectuării acestei probe. Testul „căderii motorii” presupune faptul că la ridicarea de către doctor a membrelor unui pacient cu paralizie de etiologie non-organică, membrul afectat va cădea mai lent sau, din contra, cu o viteză exagerată în raport cu membrul neafectat. În plus, o extremitate lăsată să cadă de la un nivel mai înalt decât fața la sigur o va rata. Testul Hoover, existent în numeroase variante, în cadrul studiului nostru a fost realizat în felul următor: Examinatorul plasând ambele mâini sub călcâiele pacientului (în poziție șezândă), îl roagă pe acesta să ridice piciorul „sănătos”. Dacă pacientul are o pseudoparalizie conversivă, călcâiul piciorului „bolnav” va împinge în jos, pe când în cazul paralizii organice, această presiune descendentă nu se simte. La fel, dacă atunci când pacientul este rugat să ridice piciorul „bolnav” nu există nici o presiune descendentă în piciorul „sănătos” putem presupune că pacientul nici nu încearcă să ridice acest picior. Pe același principiu se bazează și testul „adductorilor coapsei”, în acest caz,

examinatorul plasându-și mâinile pe partea interioară a ambelor coapse a pacientului, caruia i se spune să adducă piciorul „sănătos” împotriva rezistenței [1, 10].

Chestionarul referitor la durerile de cap a constituit o anchetă elaborată în cadrul Centrului de Cefalee și Tulburări vegetative, care include întrebări referitoare la migrenă (constituite în baza Clasificării Internaționale a Tulburărilor Cefalalgice, 2004). Pentru evaluarea intensității cefaleei a fost utilizată scala numerică de la 0 la 10 în care 0 este lipsa durerii, iar 10 este cea mai mare durere percepută de pacient.

Cu scopul estimării calitative și cantitative a tulburărilor vegetative a fost utilizat Profilul vegetativ-motor (PVM) (Moldovanu I., 2010), versiunea prescurtată. La fel, în baza PVM s-a evaluat și scala fenomenelor somatoforme [15].

Evaluarea factorilor psihologici și a prezenței unor posibile tulburări de personalitate s-a realizat prin utilizarea chestionarului Symptom Checklist – 90 (SCL-90, Derogatis L.). Acest chestionar măsoară severitatea simptomelor resimțite subiectiv prin acuze corporale și psihice.

Pe parcursul cercetării, în rezultatul analizei cluster (ANOVA, V.Tihon), a datelor prezentate de către pacienți (punctajul acumulat pe scala SOM (somatizare) a SCL-90 și punctajul total acumulat pe scala reacțiilor somatoforme în PVM), aceștia au fost divizați în două loturi:

- Lotul I, a inclus pacienții care prezentau fenomene de conversie (somatoforme) pronunțate – 12 persoane, cu vârsta medie de  $48.00 \pm 1.14$  ani, constituit 100% din femei.
- Lotul II a inclus pacienții care nu prezentau fenomene de conversie (somatoforme) și pacienții la care aceste fenomene erau foarte puțin exprimate – 20 de persoane, cu vârsta medie de  $41.80 \pm 1.93$  ani, constituit din 13 femei (65 %) și 7 bărbați (35%).

## Rezultate

În rezultatul prelucrării datelor prezentate de către pacienți, s-au obținut un șir de caracteristici ale loturilor de studiu. Ulterior, particularitățile clinice, neurovegetative și psihologice ale pacienților ambelor loturi au fost analizate în vederea determinării anumitor asemănări și diferențe între acestea.

În ceea ce privește particularitățile migrenei (Tabela 1), analizând datele celor două loturi s-a determinat faptul că pacienții Lotului I, comparativ cu pacienții Lotului II, prezintă atât o intensitate mai mare a cefaleei migrenoase ( $p \leq 0.01$ ), cât și valori elevate în ceea ce privește durata unui atac migrenos ( $p \leq 0.05$ ) și numărul de zile cu migrenă pe parcursul unei luni ( $p \leq 0.01$ ).

Analizând particularitățile cefaleei migrenoase, putem observa că pacienții Lotului I prezintă mai frecvent așa caracteristici a durerii ca „arzătoare” (16.67%) și „înțepătoare” (8.33%), comparativ cu pacienții Lotului II – (5%) și (0%) respectiv, însă aceste diferențe nu s-au dovedit a fi unele veridice statistice.

Tabelul 1

Analiza comparativă a unor particularități ale migrenei la pacienții din loturile de studiu

Parametrul	Lotul I	Lotul II	Valoarea p
Vârsta de debut a migrenei (ani)	$23.50 \pm 2.23$	$20.60 \pm 0.66$	$p \geq 0.05$
Durata bolii (ani)	$24.50 \pm 2.36$	$21.20 \pm 1.75$	$p \geq 0.05$
Intensitatea minimă a migrenei (puncte conform scalei numerice)	$7.83 \pm 0.39$	$4.70 \pm 0.34$	$p \leq 0.01$
Intensitatea maximă a migrenei (puncte conform scalei numerice)	$9.42 \pm 0.18$	$7.15 \pm 0.35$	$p \leq 0.01$
Durata minimă a unui atac migrenos (ore)	$6.17 \pm 0.74$	$4.50 \pm 0.21$	$p \leq 0.05$
Durata maximă a unui atac migrenos (ore)	$35.00 \pm 3.3$	$11.85 \pm 2.84$	$p \leq 0.01$
Număr de zile/lună cu migrenă (zile)	$19.92 \pm 2.09$	$10.65 \pm 1.50$	$p \leq 0.01$

În ceea ce privește prevalența fenomenelor care preced sau acompaniază cefalea migrenoasă, s-a observat că pacienții Lotului I prezintă o prevalență mai înaltă a tuturor fenomenelor asociate atacului migrenos (Fig. 1), în special s-a determinat o diferență statistic veridică între indicii obținuți pentru următoarele manifestări: dereglări vizuale ( $p \leq 0.05$ ), parestezii ( $p \leq 0.01$ ), alodinie cefalică ( $p \leq 0.01$ ), osmofobie ( $p \leq 0.01$ ), neliniște ( $p \leq 0.01$ ) și panică ( $p \leq 0.05$ ).

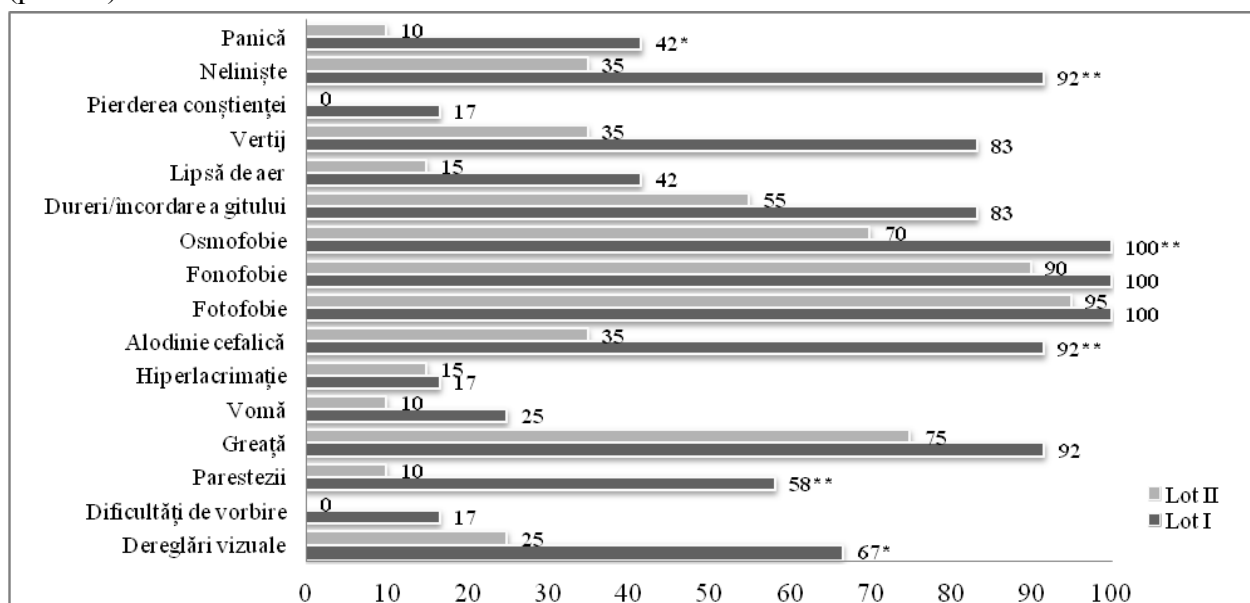


Fig. 1. Prevalența (%) manifestărilor asociate atacului migrenos în loturile studiate  
Diferențe veridic statistice: \* -  $p \leq 0.05$ ; \*\* -  $p \leq 0.01$

Analizînd prevalența factorilor triggeri ai migrenei (Fig. 2), s-a observat că în cazul pacienților Lotului I, o importanță mai mare în declanșarea atacului migrenos prezintă triggerii psihogeni ca situațiile stresante ( $p \leq 0.05$ ), surmenajul psihic ( $p \leq 0.01$ ), pe cînd în cazul pacienților Lotului II, migrena apare mai frecvent în urma triggerilor fizici, ca surmenajul fizic ( $p \leq 0.05$ ), schimbările meteo ( $p \leq 0.01$ ) și cafeaua ( $p \leq 0.05$ ).

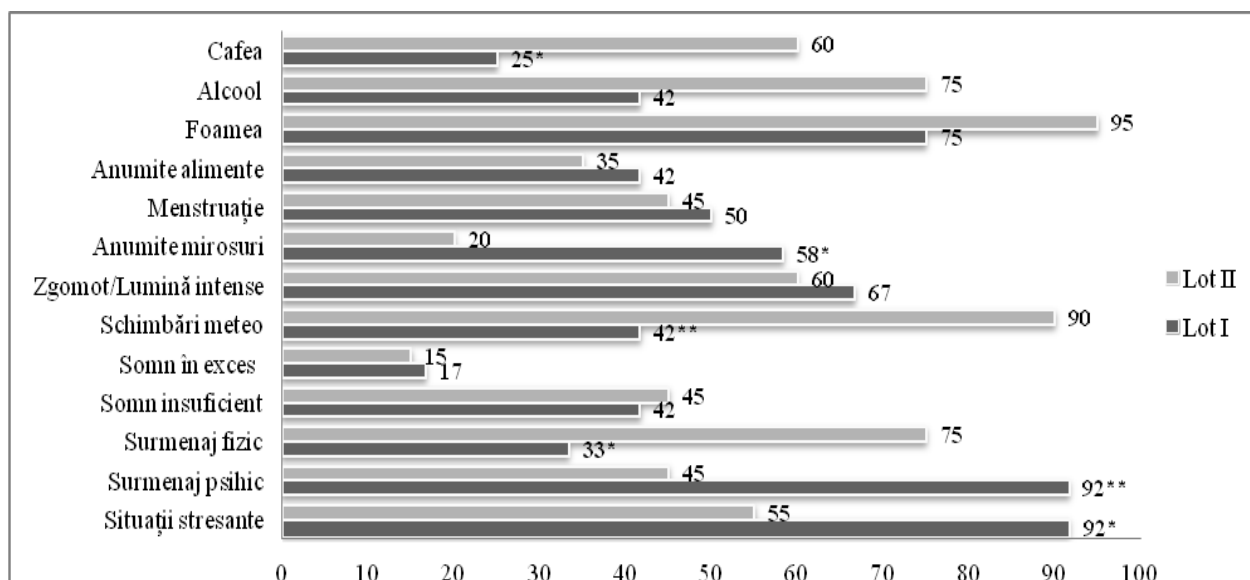


Fig. 2. Prevalența (%) triggerilor atacului migrenos în loturile studiate  
Diferențe veridic statistice: \* -  $p \leq 0.05$ ; \*\* -  $p \leq 0.01$

În rezultatul analizei punctajului acumulat de respondenții celor două loturi pe subscalele PVM s-a remarcat faptul că pacienții Lotului I au acumulat un punctaj mai mare pe toate subscalele acestui chestionar, comparativ cu pacienții Lotului II, existînd o diferență veridic statistică între aceste date. Aceste rezultate sunt ilustrate în Figura 3.

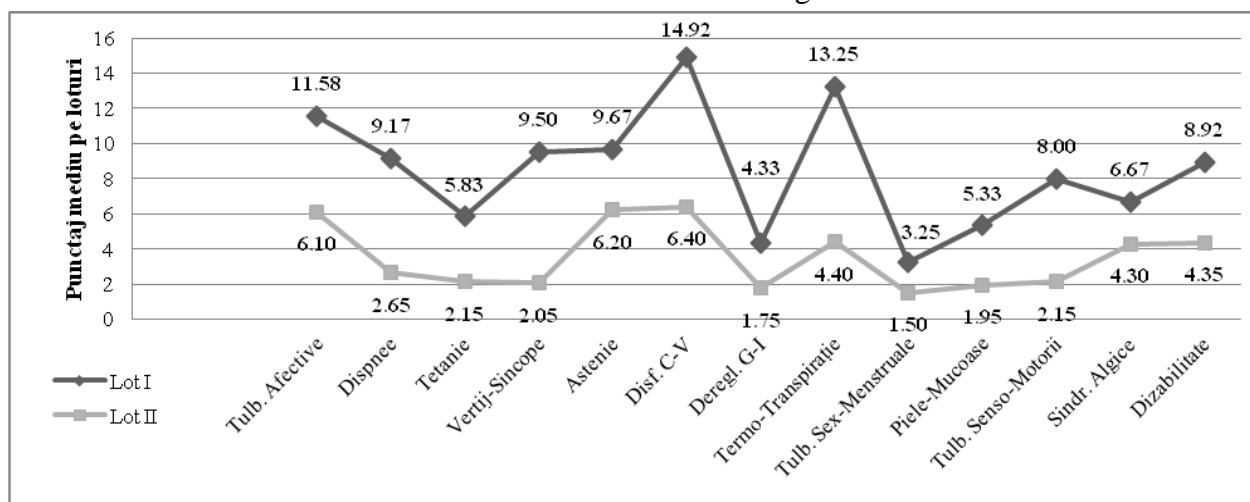


Fig. 3. PVM – reprezentarea grafică a rezultatelor ( $p \leq 0.01$  pentru toate valorile reprezentate)

Evaluarea factorilor psihologici și a prezenței unor posibile tulburări afective s-a realizat prin utilizarea chestionarului SCL-90. În rezultatul analizei punctajului acumulat de respondenții celor două loturi pe subscalele acestui chestionar s-a observat faptul că pacienții Lotului I au prezentat un punctaj mai înalt decât pacienții Lotului II pe toate scalele, existînd o diferență veridic statistică între indicii obținuți pe loturi pentru următoarele scale ale SCL-90: tulburări obsesiv-compulsive ( $0.57 \pm 0.07$  vs.  $0.38 \pm 0.05$ ,  $p \leq 0.05$ ), depresivitate ( $1.10 \pm 0.14$  vs.  $0.53 \pm 0.06$ ,  $p \leq 0.01$ ) și anxietate ( $1.03 \pm 0.09$  vs.  $0.58 \pm 0.09$ ,  $p \leq 0.01$ ).

## Discuții

Migrena asociată cu fenomenele de conversie constituie o problemă care vizează atât natura obiectivă, cât și pe cea subiectivă a suferințelor umane. Studiul efectuat a scos în evidență nu numai o asociere frecventă a acestor două patologii, dar și faptul că ansamblul de tulburări somatoforme sunt într-o legătură strînsă cu manifestările migrenoase, fiind capabile să influențeze frecvența și intensitatea acestora.

Astfel, intensitatea cefaleei migrenoase diferă substanțial între cele două loturi, percepția dureroasă fiind mai intensă la pacienții Lotului I. În acest context, J. Stone emite ipoteza că persoanele predispuse la fenomene de conversie prezintă o vulnerabilitate psihologică generalizată la simptomele somatice, în special la cele algice, fapt care determină la acestea o percepție nociceptivă foarte intensă, neconcordanță cu intensitatea stimulilor periferici [16].

Alți parametri care au demonstrat o diferență veridic statistică între cele două loturi au fost durata unui atac migrenos și numărul de zile cu migrenă pe durata unei luni. Vis-a-vis de fenomenul algic la pacienții Lotului I (migrenă cronică,  $19.92 \pm 2.09$  zile/lună), acesta ar putea avea, pe lîngă mecanismele biologice de declanșare a atacului migrenos, anumite mecanisme psihologice de declanșare a durerii. Vorbind despre acest subiect în articolul său vis-a-vis de conversia dureroasă isterică, psihanalistul francez G. Burloux folosește termenul de „nevroză algică” sau „algoză”, fenomen care ar fi constituit din două etape: I – resimțirea unei dureri reale și, II – repetarea senzațiilor dureroase, la anumite persoane cu anumite particularități ale psihicului, deja fără de existența unor stimuli reali [4]. Referitor la același subiect, Freud afirma că durerile isterice sunt un simbol al acestei maladii, survenind cu scopul evitării unei dureri morale [3]. Pe de altă parte, ar putea fi ca aceleași conflicte psihologice care determină dezvoltarea fenomenelor somatoforme să fie implicate și în procesul de cronicizare a cefaleei migrenoase. În acest context, DSM-IV atestă prezența așa-numitei „dureri psihogene”, atunci

cînd se consideră că factorii psihologici au un rol major în debutul, severitatea sau persistența durerii [1]. La fel, o altă situație care ar putea exista în cazul pacienților Lotului I, ar fi faptul că durerea cauzează izolare socială, moment care, la rîndul său, cauzează tulburări afective și reducerea rezistenței fizice, generînd fatigabilitate și durere suplimentară. Astfel se formează un cerc vicios care determină frecvența înaltă a cefaleei migrenoase.

Referitor la particularitățile cefaleei, caracteristica de "arzătoare", atribuită frecvent de către pacienții Lotului I cefaleei migrenoase ar putea fi condiționată de faptul că pacienții acestui lot prezintă o prevalență înaltă a alodiniei cutanate. Odată cu instalarea alodiniei apar modificări funcționale, biochimice și anatomice ale sinapselor senzoriale, fapt care se manifestă prin perceperea unei senzații nociceptive alterate, observîndu-se un anumit grad de disestezie [5]. În ceea ce privește calitatea „înțepătoare” a cefaleei, această durere ar putea fi de tipul „stabbing headache” (ice-pick pain). Acest tip de cefalee se întîlnește mai frecvent la pacienții care suferă de migrenă cronică, unii autori atribuindu-i o prevalență de 40% printre migrenoși [7].

Un interes deosebit prezintă manifestările vizuale care preced sau acompaniază cefaleea migrenoasă. Trebuie de menționat faptul că o prevalență similară a acestui fenomen a fost determinată de către E. Garcia-Albea E., în cadrul unui studiu a 43 de pacienți cu migrenă asociată cu tulburări de conversie. Acesta a ajuns la concluzia că toți pacienții au prezentat una sau mai multe simptome de conversie în timpul atacurilor migrenoase, presupunînd că starea alterată de conștiință indusă de atacul migrenos ar fi putut determina instalarea simptomelor isterice [17]. Cunoscîndu-se faptul că manifestările de conversie pot avea la bază simptome proprii, nu se exclude situația cînd simptomele aurei migrenoase vizuale ar putea fi un trigger pentru același tip de simptome neurologice funcționale la pacienții cu tulburări de conversie [10, 16].

În ceea ce privește manifestările senzitive care preced sau acompaniază cefaleea migrenoasă, considerăm că substratul acestui fenomen este similar cu cel al dereglărilor vizuale.

Referitor la factorii declanșatori ai migrenei, ponderea înaltă a triggerilor psihogeni la pacienții Lotului I ar putea fi condiționată de faptul că pacienții cu migrenă și tulburări somatoforme pronunțate sunt mai sensibili la acest tip de triggerii decît pacienții cu tulburări somatoforme nule. Astfel, în rezultatul apariției cefaleei psihogene, beneficiul primar este reprezentat de reducerea anxietății și a distresului psihologic, beneficiul secundar fiind determinat de preluarea rolului de „bolnav” și atenția acordată, manipulînd prin aceasta comportamentul altor persoane și evitînd unele responsabilități [10].

La capitolul tulburări vegetative, analizînd punctajul acumulat de către respondenții celor două loturi pe scalele PVM, s-a stabilit că pacienții Lotului I au prezentat un grad mai mare de manifestare a simptomatologiei vegetative comparativ cu pacienții Lotului II. La fel, s-a observat că trăsăturile de personalitate a pacienților „isterici” condiționează un grad sporit de influență a manifestărilor vegetative asupra calității vieții.

Vis-a-vis de tulburările afective, o prevalență înaltă a acestora la pacienții care suferă de migrenă asociată cu fenomene de conversie a fost determinată și de către E. Garcia-Albea și J.Stone, care afirmă că în situația cînd migrena are ca comorbiditate fenomenele de conversie, evoluția acesteia este asociată cu un anumit grad de depresie și anxietate, fenomene induse de simptomele neurologice funcționale caracteristice tulburării isterice [9, 16].

Referitor la diferența de punctaj obținută pe scala Dispnee a PVM, ea este explicabilă prin faptul că pacienții Lotului I prezentau fenomene somatoforme pronunțate, fenomene care în spectrul lor de manifestări le includ și pe cele respiratorii [6]. Același lucru este valabil și pentru punctajul diferit obținut de către respondenții celor două loturi pe scalele Disfuncții cardiovasculare și Dereglări gastro-intestinale, manifestările vegetative prezentate nefiind altceva decît manifestările tulburării somatoforme, care, conform datelor din literatură, într-un număr mare de cazuri se caracterizează prin simptome viscerale [10]. Aceste idei explică și diferențele obținute între punctajul acumulat pe scalele: Dereglări de termoreglare și transpirație, Tulburări sexuale și ale ciclului menstrual și Starea pielii și a mucoaselor.

Scala Tetanie și hiperexcitabilitate neuromusculară, la fel s-a caracterizat printr-un scor mediu mai mare la pacienții Lotului I comparativ cu pacienții Lotului II, valori care de altfel ar fi trebuit expectate, în literatură stipulându-se faptul că tulburările de conversie au loc mai frecvent la persoanele care prezintă un control defectuos asupra schemei corporale [9, 10].

La capitolul Dizabilitate, aceasta a fost considerabil elevată la respondenții Lotului I, constituind  $8.92 \pm 0.45$ , comparativ cu respondenții Lotului II, care au prezentat un scor de  $4.35 \pm 0.64$ . Aceste rezultate demonstrează faptul că gradul de dizabilitate a migrenei este în mare parte condiționat și de gradul de exprimare a patologiilor asociate. La fel, în cazul pacienților Lotului I, gradul sporit de exprimare a fenomenelor somatoforme, pe lângă influența lor propriu-zisă asupra calității vieții, determină apariția la aceste persoane a unor tulburări afective care, la rândul lor, amplifică gradul de percepție a infirmității, sporind considerabil dizabilitatea pacienților.

Evaluând profilul psihologic al pacienților celor două loturi, s-a stabilit că specificul tulburărilor afective prezentate de către aceștia este condiționat în mare parte de gradul de manifestare a tulburării somatoforme. În acest context, prezentul studiu a demonstrat o prevalență mai mare a tulburărilor depresive, obsesiv-compulsive, anxioase și a altor tulburări de comportament la persoanele care prezentau un grad pronunțat de manifestare a fenomenelor somatoforme. Manifestări similare au fost documentate și în literatură, unde se descrie prevalența înaltă a sindromului anxios-depresiv la pacienții care prezintă migrenă asociată cu fenomene de conversie, stipulându-se faptul că simptomele neurologice funcționale ale conversiei isterice induc un anumit grad de depresie și anxietate [9, 16]. La fel, s-a remarcat faptul că respondenții Lotului I prezintă o împovărare psihică și un grad de suferință considerabil mai mare decât cei ai Lotului II, aceste rezultate demonstrând gradul înalt de influență asupra psihicului a tulburărilor somatoforme, care au un impact esențial în starea de „bine” sau „boală” percepută de către pacient.

### **Concluzii**

1. A fost constatată o legătură direct proporțională dintre spectrul și gradul de exprimare a tulburărilor de conversie, pe de o parte, și intensitatea fenomenului algic migrenos și frecvența manifestărilor ce preced sau acompaniază cefaleea migrenoasă pe de altă parte. La fel, s-a constatat că la persoanele „isterice” triggerii tipici ai migrenei se pot asocia cu unii triggeri „psihogeni” – situațiile stresante, surmenajul psihic.
2. Persoanele cu migrenă asociată cu fenomene de conversie și tulburări somatoforme pronunțate tind să prezinte un grad sporit de manifestare a simptomatologiei vegetative, comparativ cu persoanele cu migrenă asociată cu fenomene de conversie și tulburări somatoforme nule.
3. Asocierea dintre migrenă și fenomenele de conversie determină o prevalență mai mare a tulburărilor depresive, obsesiv-compulsive și anxioase, intensitatea și impactul dizabilitant al cărora este condiționat în mare parte de gradul de manifestare a tulburării somatoforme.

### **Bibliografie**

1. American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th Ed. Text Revision (DSM-IV-TR), APP, Washington DC, 2000, 943p.
2. Bigal M.E., Lipton R.B., The prognosis of migraine. // Current Opinion in Neurology, 2008, № 21, p. 301 – 308.
3. Breuer J., Freud S., Studies in Hysteria, 1895.
4. Burloux G., Conversion douloureuse hysterique. // Revue française de Psychosomatique, 2004, № 25, p 179 – 190.
5. Burstein R., et al., The development of cutaneous allodynia during a migraine attack. Clinical evidence for the sequential recruitment of spinal and supraspinal nociceptive neurons in migraine. // Brain, 2000, № 123, p. 1703 – 1709.



6. Cobîleanski O., Nicolaescu D., Contribuții la diferențierea crizelor de nevroză isterică și nevroză organică. // *Arta Medica*, 2007, № 4 (24), p. 37 – 41.
7. Dodick D.W., Pascual J., Primary Stabbing, cough, exertional and thunderclap headaches, The headaches, 3<sup>rd</sup> edition, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2006.
8. Dodick D.W., Review of comorbidities and risk factors for the development of migraine complications (infarct and chronic migraine). // *Cephalalgia*, 2009, № 29, Suppl. 3, p. 7–14.
9. Garcia-Albea E., Migraine associated with conversion symptoms (Babinski's migraine): evaluation of a series of 43 cases. // *Neurología*, 2011.
10. Guggenheim F.G., Somatoform Disorders, 57 p.
11. Lipton R.B., Bigal M.E., et al., AMPP Advisory Group. Migraine prevalence, disease burden, and the need for preventive therapy. // *Neurology*, 2007; № 68, p. 343 – 349.
12. Moldovanu I., Dodick D.W., Odobescu S., Cefaleele, durerile faciale și cervicale, Chișinău, 2007, 520 p.
13. Clasificarea Internațională a Tulburărilor Cefalalgice, Ediția a II-a, Societatea de Cefalee din Republica Moldova, Chișinău, 2004, 269p.
14. Moldovanu I., Pavlic G., Odobescu S., et al., The prevalence of headache disorders in the Republic of Moldova: a population-based study. // *Cephalalgia*, 2007, № 27, p. 673.
15. Moldovanu I., Profilul vegetativ-motor. Metode de investigație a tulburărilor neurovegetative în scop diagnostic și științific (ghid practic), Chișinău, 2010, 36p.
16. Stone J., Evans R., Functional/Psychogenic Neurological Symptoms and Headache. // *Headache*, 2011, Vol.51, № 5, p. 781 – 788.
17. Stone J., Smyth R., Carson A., et al., Systematic review of misdiagnosis of conversion symptoms and “hysteria”. // *BMJ Journal*, 2005, №331, p. 989.
18. WHO, Atlas of headache disorders and resources in the world, Geneva, 2011.

## **ROLUL ULTRASONOGRAFIEI ÎN DIAGNOSTICAREA LEZIUNILOR SISTEMULUI NERVOS PERIFERIC**

**Inga Darii <sup>1</sup>, Marina Sangheli <sup>1</sup>, Vitalie Lisnic <sup>1</sup>, Ala Moșneaga <sup>2</sup>, Natalia Popovici <sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Catedra Neurologie, USMF „Nicolae Testemițanu”, Institutul de Neurologie și Neurochirurgie;

<sup>2</sup>Centrul Medical Excellence; <sup>3</sup>Centrul Republican de Reabilitare pentru Copii

### **Summary**

#### ***The role of ultrasonography in the diagnosis of peripheral nervous system lesions***

Modern ultrasound (US) imaging supports the clinical examination and electrophysiologic testing in setting the diagnosis, and enhances this information by illuminating the morphological aspects and etiology of peripheral nerve pathology. US can readily be used for detection of nerve abnormalities caused by trauma, tumors, inflammation and a variety of nonneoplastic conditions, including compressive neuropathies. Well recognized advantages of the method such as the possibility of a dynamic examination, assessing long nerves segments in a short time, bed-side-availability, non-invasivity and low cost, make US the ideal imaging tool in peripheral nerve disease.

### **Rezumat**

Imagistica prin ultrasonografie (USG) modernă susține examenul clinic și testarea electrofiziologică în stabilirea diagnosticului, îmbunătățește aceste informații prin explicarea aspectelor morfologice și etiologice ale patologiei nervilor periferici. USG poate fi ușor folosită pentru detectarea leziunilor nervilor periferici cauzate de traume, tumori, inflamații și o varietate de stări nonneoplazice, inclusiv neuropatiile compresive. Binecunoscutele avantaje ale metodei, cum ar fi posibilitatea unei examinări dinamice, evaluarea segmentelor lungi de nervi într-un