

● Pacienții cu hemoblastoze necesită tratament combinat și ajutor psihofarmacoterapeutic cotidian.

Bibliografie

1. Berard RM, Boermeester F, Viljoen G. Depressive disorders in an out-patient oncology setting: prevalence, assessment, and management. *Psychooncology*. 1998 Mar-Apr; 7(2):112-120.
2. Bruera E, Brenneis C, Michaud M, Rafter J, Magnan A, Tennant A, Hanson J, MacDonald astenia in breast cancer. *Am J Nurs*. 1989 May; 89(5):737-738.
3. ICD-10, Clasificarea tulburărilor mentale și de comportament, Ed. ALL.,1998; trad. din engleză
4. Дробижев М.Ю., Добровольский А.В. Психотропные средства у пациентов с соматическими заболеваниями. *Журнал неврологии и психиатрии* 1998 № 8. стр.57-65.
5. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. М. 2003.
6. Смулевич А.Б., Козырев В.Н., Сыркин А.Л. Депрессии у соматических больных. М. 1997.
7. Тополянский В.Д., Струковская М.В., Психосоматические расстройства, М., Медицина, 1986
8. Трапезников Н.Н., Аксель Е.М., Статистика злокачественных новообразований в России и некоторых других стран СНГ. М., Медицина 1997.

PARTICULARITĂȚI PSIROPATOLOGICE ALE BOLNAVILOR CU HIV/SIDA

Ghenadie Cărașu, Cezar Babin, Marina Lopusanșcaia

Catedra Psihiatrie, Narcologie și Psihologie medicală USMF „Nicolae Testemițanu”

Abstract

Psychopathology particularities patient 's HIV / AIDS

The aim was to analyze patients with psychiatric disorders caused by HIV / AIDS. Psychiatric disorders among people with HIV have been identified in an early stage of the disease through a variety of psychiatric disorders, directly or indirectly associated with HIV: affective disorders, acute psychotic disorders, cognitive disorders, anxiety, adjustment disorders, delirium, HIV-associated dementia.

Rezumat

Scopul lucrării a constat în analiza pacienților cu tulburări psihice, determinate de HIV/SIDA. Tulburările psihice în rândul persoanelor cu HIV au fost identificate într-un stadiu precoce al bolii printr-o gamă largă de tulburări psihice, direct sau indirect, asociate cu HIV: dereglări afective, tulburări psihotice acute, dereglări cognitive, anxietate, tulburări de adaptare, delirium, demență HIV-asociată.

Actualitatea temei

Una din problemele cele mai îngrijorătoare ale medicinei este infecția cu virusul imunodeficienței umane. Infecția HIV/SIDA, într-un termen relativ scurt, a căpătat o răspândire pandemică, devenind o problemă de ordin global. În fiecare zi, conform statisticilor mondiale, numărul de noi infectați cu HIV crește cu 14 mii. Virusul imunodeficienței umane este unul din marile probleme de sănătate publică atât prin larga disponibilitate a factorului etiologic, cât și prin polimorfismul reacției. Parcursul insidios al bolii este marcat de tulburări psihice, de la tulburările de adaptare de tip anxios și depresiv până la demență în unul sau doi ani de la descrierea sa.

Scopul lucrării

În lucrarea de față a fost făcută o analiză a pacienților cu tulburări psihice, determinate de HIV/SIDA.

Materiale și metode de cercetare

Lotul a fost selecționat în Clinica de psihiatrie, municipiul Chișinău, în urma confirmării diagnosticului etiologic al infecției cu HIV, vârsta pacienților fiind peste 18 ani. Pacienții au fost urmăriți o perioadă de un an. Criterii de includere: pacienți informați asupra confirmării seropozitivității pentru HIV; diagnostic etiologic al infecției cu HIV realizat prin detectarea anticorpilor anti-HIV; diagnostic de demență HIV, alte psihoze, conform criteriilor CIM 10.

Rezultate

Vârsta tuturor pacienților incluși în studiu a fost de circa 35 ani, iar a celor cu demență HIV de aproximativ 40 ani. Jumătate dintre acești subiecți nu au avut antecedente personale patologice psihiatrice sau somatice semnificative. Aproape o cincime dintre ei aveau dependență de alcool. O altă particularitate evidentă a acestui lot o reprezintă ponderea de aproximativ o treime a subiecților, în ale căror antecedente s-a identificat tuberculoza în anamneză. Tulburările psihice în rândul persoanelor cu HIV au fost identificate într-un stadiu precoce al bolii. O gama largă de tulburări psihice, direct sau indirect, sunt asociate cu HIV: dereglări afective, tulburări psihotice, dereglări cognitive, anxietate, tulburări de adaptare, delirium, demență HIV-asociată. Infecția HIV implică o multitudine de factori, care cresc riscul de tulburări mintale. În primul rând, unele tulburări mintale (abuzul de substanțe narcotice) sunt un factor independent de risc pentru infecția cu HIV. În al doilea rând, virusul HIV provoacă patologia sistemului nervos central din cauza neurotropismului. În cele din urmă, cauza unor tulburări mentale pot fi infecții oportuniste și a anumitor medicamente antiretrovirale. Tulburările psihice nu numai că dezorganizează viața pacienților, dar de asemenea face dificilă terapia antiretrovirală. De aceea, diagnosticul precoce și tratamentul tulburărilor psihice în rândul infectați cu HIV sunt de o importanță deosebită.

Cele mai frecvente tulburări psihice a pacienților cu HIV/SIDA sunt *dereglările afective*. Deja la stadiile incipiente ale infectării circa la 20-35% din pacienți prezintă *tulburări depressive*. Depresia la pacienții cu HIV/SIDA este caracterizată prin scăderea dispoziției, pierderea intereselor vitale și a energiei. Pacienții pierd capacitatea de a simți plăcerea și satisfacția, simțindu-se bolnavi, neputincioși și condamnați. De asemenea sunt caracteristice sentimentele de vinovăție și inferioritate. La două treimi din pacienți cu depresie se depistează idei siucidare, iar rata de suicid ajunge până la 36%. Deseori depresia este însoțită de pierderea poftei de mâncare, insomnie, slăbiciune generală, dar și de diferite dureri, amețeli. Adeseori, severitatea simptomelor crește spre dimineață și scade spre seară. Sunt posibile și tulburări de concentrare și a funcțiilor cognitive (așa numită pseudodemență depresivă). Diagnosticarea tulburărilor depressive la pacienți HIV- infectați, poate fi complicată din cauza simptomelor somatice, care sunt caracteristice atât pentru depresie, cât și pentru HIV-infecție, cu complicațiile sale. *Sindromul maniacal* la pacienții HIV- infectați se întâlnește rar, aproximativ la 8%, dar mai ales în stadiile tardive, iar tabloul clinic corespunde criteriilor de diagnostic după CIM 10.

Dereglările psihotice la pacienții HIV infectați pot preceda dezvoltarea HIV infecției sau infecția HIV, direct sau indirect, poate servi ca un factor etiologic de psihoză. Factorii, care pot fi asociați cu dezvoltarea tulburărilor psihotice la persoane HIV- pozitive, includ acțiune directă al HIV-infecției asupra sistemului nervos central, infecții oportuniste și neoplasme ale sistemului nervos central, boli sistemice severe, consum de droguri, precum și stresul psihologic din cauza HIV-infecției. Pacienții cu boli mintale severe și persistente, mai ales cu tulburări psihotice sunt expuși riscului de infectare cu HIV și SIDA. Conform studiilor publicate, de la 3% până la 23% din pacienți cu boli mintale grave, ca de ex., schizofrenia, tulburarea schizoafectivă și afectivă bipolară, abuzul de substanțe psihoactive, sunt HIV- pozitivi, din cauza unor relații sexuale ocazionale și consumului de droguri. În timpul psihozei la pacienți se depistează tulburări de

conștiință, ale atenției și memoriei. Dezvoltarea psihozei poate fi acută sau subacută și include idei delirante, tulburări de percepție, comportament neadecvat, tulburări ale dispoziției și alte dereglări afective, însoțite de tulburări de memorie sau cognitive. Starea psihică se poate schimba ca urmare a bolilor SNC, care sunt provocate de unele infecții, cum ar fi toxoplasmoza cerebrală, meningită meningococă, encefalită herpetică, leucoencefalopatia, neurosifilis, meningită tuberculoasă, diferite neoplasme (limfoma și sarcoma Kapoși).

Pentru exemplificare, prezentăm următorul caz.

Bolnava, B. L., a. n. 1968, domiciliata Chișinău, foaia de observație clinică psihiatrică N 1545. Internată primar în IMSP Spitalul Clinic de Psihiatrie al Ministerului Sănătății din Republica Moldova la 23. 02. 2010, externată 12. 03. 2010.

ANAMNEZA: antecedente heredo-colaterale nesemnificative. Prima din 2 copii. A absolvit 10 clase, a lucrat în diferite locuri, actualmente vânzătoare. La 28 de ani a divorțat. Ulterior începe să facă abuz de alcool, frecvent schimbă partenerii sexuali, a rămas fără o reședință stabilă. Peste 2 ani a început să concubineze cu un bărbat HIV-infectat. Pentru excluderea prezenței virusului HIV, nu a fost controlată. Momentan divorțată, are 1 copil, 4 avorturi. La 19 ani-appendectomie. A suportat câteva traume cerebrale, meningită seroasă. În 1997 -peritonită. Suferă de Hepatită B,C. Fumează. Iehovistă. În 1995, după traumele cerebrale, apar dureri de cap, amețeli, devine emoțional labilă, scade memoria. S-a tratat periodic în neurologie.

În 2006, fiind internată într-un spital orașenesc cu pneumonie, a fost trimisă la Spitalul Dermatovenerologic cu suspjecție la HIV. Acolo diagnosticul de „HIV infecție” a fost confirmat, dar tratament specific nu a fost indicat. Aflând despre acest lucru, se tulbură somnul, a devenit depresivă, anxioasă, expunea idei suicidare, credea că-i vor face rău copilului, s-a izolat, avea frica de viitor, se plângea de cefalee, teamă, indispoziție, însă la psihiatru nu s-a adresat. În februarie 2010 a fost reinternată în secție specializată pentru tratament profilactic, unde a suportat o tulburare psihotică cu anxietate, comportament neadecvat, derutare, delir, fenomene halucinatorii. Consultată de psihiatru, trimisă în staționarul SCP.

EXAMENUL SOMATIC: tegumente normal colorate, în plămâni murmur vezicular, zgomote cardice ritmice, T.A. 90 /65 mmHg. Ficatul la rebordul costal.

EXAMENUL NEUROLOGIC: microsimplomatologie difuză.

EXAMENUL PSIHIC: orientată corect temporo-spațial și la propria persoană, anxioasă, neliniștită, cu detalieri își expune trăirile. Răspunde după pauze, la repetarea întrebărilor. Se plânge de insomnie, dureri de cap, teamă, indispoziție. Afirmă că nu se poate isprăvi cu munca. Susține că înainte avea gânduri rele, vroia să moară, era bătută de soț. Confirmă că înainte consuma băuturi, nu poate explica de unde s-a molipsit de HIV. Periodic aude diferite voci, care se ceartă între ele. Crede că cineva va intra în casă și-i va omorî copilul. În primele zile declara că tot ce se petrece în jur este un teatru, un spectacol, în care pacienții din salon sunt actori, iar pacienții din saloanele vecine sunt dușmani, care doresc s-o omoare. Relatează că în secția specializată HIV-SIDA credea că pacienții nu sunt externați, dar împușcați și îngropați, iar băiatul ei a intrat într-un program din computer. Vede salonul în culori verzi, sub plafon numeroase insecte, dar și mulți „bărbați agresivi”. Auzea voci din exterior, cu caracter amenințator, dar și comentator, că ea oricum va muri, că nu are nici un fel de stabilitate în viața, uneori îi ordonau să meargă la biserică, să se roage. Avea frica pronunțată, fiind agitată psihomotor, neliniștită, se nota insomnie. Memoria scăzută, atenția distrasă. La câteva săptămâni a fost externată, cu recomandări de a lua permanent tratament de întreținere. Acest caz demonstrează apariția fenomenelor psihotice sub acțiunea virusului HIV, instalat de câțiva ani, la o persoană dezavantajată social, consumatoare de băuturi, alte substanțe psihoactive, cu o deficiență organică cerebrală.

Caracteristica dereglărilor cognitive. HIV-infecția este asociată și cu scăderea funcțiilor cognitive. Initial tulburările cognitive, afectarea memoriei și dificultățile de limbaj au fost atribuite depresiei sau deliriumului. Mai târziu a devenit clar că mulți dintre acești pacienți prezentau o demență progresivă. Tulburări cognitive în dependență de etapa bolii, sunt împărțite în trei grupe: a) deficit neuropsihologic sau tulburarea neuropsihologică; b) dereglarea minoră

motor-cognitivă; c) demența HIV- asociată. Complexul dementei SIDA este cea mai comună complicație a infecției cu HIV, afectând majoritatea pacienților cu SIDA, în grade variabile. În domeniile de deficite precoce sunt incluse: scăderea vitezei mișcărilor fine, vitezei de prelucrare a informației și a funcțiilor executive. Dereglarea minoră motor- cognitivă este un sindrom de disfuncție ușoară motoră și/sau cognitivă cu afectare funcțională minimală și nu progresează obligator în demența HIV- asociată. Conform DSM-IV, demența HIV- asociată este amplasată într-un grup separat: „Demența în urma HIV infecției”. Demenția HIV asociată este o afecțiune psihică comună, în particular în stadiile tardive a HIV infecției. După datele literaturii, circa 60% de purtători în fazele tardive a HIV infecției suferă de demență, asociată cu HIV. În clinica dementei există un spectru larg de tulburări neuropsihice, inclusiv scăderea memoriei, tulburări de vorbire și a abilităților vizual- spațiale. Sunt menționați următorii factorii specifici de risc pentru demența HIV asociată: vârsta înaintată, masa corporală diminuată, anamneza de simptome clinice persistente și diminuarea hematocritului.

Tulburări de adaptare. Conform DSM-IV, tulburările de adaptare se caracterizează prin dezvoltarea simptomelor emoționale sau comportamentale, ca răspuns la un stres. Particularitățile comportamentului sunt considerate clinic semnificative, atunci când produc schimbări în activitatea socială și profesională. Adeseori pacienții acuză anxietate și depresie. Pacienții HIV pozitivi au un risc mai mare de a dezvolta tulburări de adaptare din multe motive. Frica inițială de status HIV pozitiv este însoțită de reacții emoționale la diagnostic și tratament. Aceste stări stresante adesea distrug capacitatea pacientului de a se lupta la nivel emoțional cu infecția HIV și SIDA. În etapele ulterioare de SIDA, mulți pacienți devin dependenți fizic și emoțional de persoane, care au grija de ei. Subiecții care sunt mai vulnerabil la HIV infecție, cum ar fi utilizatorii de droguri intravenos și persoanele cu parteneri sexuali multipli, sunt expuși, de asemenea, riscului de stres cronic pe tot parcursul vieții. Majoritatea pacienților pot reveni la funcționare normală sau la restabilirea echilibrul emoțional, dar pacienții infectați cu HIV se confruntă cu repetate stresuri, care acționează concomitent. Se apreciază că circa 70% dintre bolnavii atinși de SIDA prezintă o encefalopatie cu evoluție dementială. Manifestările clinice nu sunt, adesea, corelate cu modificările anatomopatologice găsite postmortem. Astfel demențele profunde pot coincide cu leziuni neuropatologice moderate și invers, acest tip de leziuni putând rămâne uneori fără expresie clinică. Trăsăturile clinice ale acestei entități sunt destul de constante și bine conturate pentru a putea defini un sindrom clinic distinct. Dementia SIDA este caracterizată prin triada: deteriorare cognitivă, deteriorare motorie, la care se adaugă tulburări de comportament. Simptomele cognitive includ slaba concentrare, lentoare în gândire, tulburări de memorie; cele motorii- pierderea balansului, slăbiciune a musculaturii membrelor inferioare. Simptomele comportamentale sunt apatia, reducerea spontaneității, retragere socială. Semnele mentale includ inatentia, încetinirea psihomotorie, scaderea proceselor complexe, demența globală, mutism, psihoze organice; motorii- scaderea mișcărilor rapide, ataxie, tremor, hipertonie, parapareze, incontinență, mioclonus. Se observă asocierea tulburărilor majore de memorie, de judecată, alterări ale gândirii, cu tulburări motorii și adesea cu tulburări ale dispoziției. Astfel, putem vorbi de un tablou clinic al unei dementă subcorticale, caracterizate prin semne motorii (hiperreflexie, mers spastic sau ataxic, parapareză și tonus muscular crescut) în particular bradikinezie, lentoare cognitivă, tulburări de comportament, de personalitate și de dispoziție. Există de asemenea importante tulburări de memorie, în special la nivelul memoriei de evocare, tulburări de concentrare a atenției, precum și dificultăți în rezolvarea de probleme. Un element important îl reprezintă absența afaziei, apraxiei, agnoziei, ce sunt caracteristice dementelor corticale. Probleme de diagnostic se pun în special la debut, în fața unor tulburări discrete ca: tulburări de atenție, ușoare tulburări de memorie, distractivitate, labilitate afectivă, impresia de lentoare a funcțiilor mentale, apatie, ce antrenează retragere socială. Aceste simptome sunt adesea fluctuante și anturajul este cel ce le sesizează inițial. Evoluția este rapidă, astfel încât 50-75% din pacienți mor în mai puțin de 6 luni de la debut.

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 dezvoltarea primului 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