

6. Vojta V: The movement disorders in infant - early diagnosis and early therapy. Hippokrates Verlag GmbH Stuttgart 2000
7. Volpe JJ: Intracranial Hemorrhage: Germinal Matrix-Intraventricular Hemorrhage in the Premature Infant. In: Volpe JJ: Neurology of the newborn, 5th Ed Saunders Elsevier Philadelphia 2008; 517-588
8. Volpe JJ: Neonatal seizures. In: Volpe JJ: Neurology of the newborn, 5th Ed Saunders Elsevier Philadelphia 2008; 203-244
9. Pleșca D., Hurduc V., Ioan Iu., *Evaluarea copilului cu Paralizie Cerebrală*. Revista Română de Pediatrie. 2010, LIX (2):81-5.
10. Popescu V., Dr. Zamfirescu A., *Diagnosis in pediatric neurology*. Revista Română de Pediatrie. 2010, LIX (2):103-114.
11. Popescu V., Răduț Ștefănescu M., *Paraliziile cerebrale*. În Popescu V.: Neurologie Pediatrică. Teora, București. 2001; I; 19:528-559.
12. Paunescu C. Educational Psychotherapy of the Persons with Intellectual Dysfunctions, All Educational Publishing, Bucuresti, 1999.
13. Paunescu, C., Musu, I. Special Integrated Psychopedagogy, Pro Humanitate Publishing, Bucuresti, 1997.
14. Robănescu L., Bojan C., Stoicescu M. Primele semne clinice ale Paraliziei Cerebrale și anomaliiile motrice tranzitorii. Revista de neurologie și psihiatrie a copilului și adolescentului în România. 2010; V.13: 69-75.
15. Rosenbaum PL, Walter SD, Hanna SE, Palisano RJ, Russell DJ, Raina P et al: Prognosis for gross motor function in cerebral palsy. JAMA 2002; 288: 1357-1363
16. Swaiman KF, Wu Y: Cerebral Palsy. In: Swaiman KF, Ashwal S, Ferreiro DM: Pediatric Neurology. Principles and Practice, Mosby Philadelphia 2006; 491-504
17. William K. Frankenburg, Josiah B. Dodds. Denver Developmental Screening Test.

PARTICULARITĂȚILE DE TRATAMENT ALE CEFALEELOR LA COPIL ȘI ADOLESCENT

Angela Jelihovschi, Svetlana Hadjiu, Ion Iliciuc

Cornelia Călcîi, Mariana Robu, Ecaterina Chele, Elena Hadjiu

Departamentul Pediatrie, USMF „Nicolae Testemițanu”, Clinica Neuropediatrie

Summary

Particularities in treatment of headache in children and adolescents

Headache is a growing problem among children and young people. In this paper we have examined a lot of 54 patients with different types of headache, aged 5-18 years. Both types of headaches have been assessed: primary (migraine, tension-type headache, etc.) and secondary (attributed to pre-existing causes). The children were assessed according to the clinical and paraclinical manifestations. The study showed clearly that a secondary headache attributed to clinical nosologies (cranial/cervical trauma, vascular pathology) is evident among children and young people but primary headache is secondary. Treatment administered to children and adolescents with headaches corresponds, in generally lines, to literature data and international standards.

Rezumat

Cefaleea survine la copii și adolescenți din ce în ce mai frecvent și poate avea un impact semnificativ în viața atât a copiilor cât și a părinților lor. Au fost studiați 54 pacienți, cu vârsta cuprinsă între 5 și 18 ani, cu variate tipuri de cefalee. Au fost apreciate cefaleele primare și

secundare (migrenele ș.a.). Au fost studiate manifestările clinice și paraclinice. În studiu am apreciat că cefalea este un simptom care se întâlnește în diverse patologii (traume, patologii vasculare) la copii și persoane tinere. Diagnosticul cefaleelor necesită să fie confirmat și evaluat. Tratamentul cefaleelor se face conform normelor internaționale.

Actualitatea temei. Cefaleea survine la copii și adolescenți din ce în ce mai frecvent și poate avea un impact semnificativ în viața atât a copiilor cât și a părinților lor. Progresul recent în recunoașterea diagnosticului, epidemiologiei și tratamentului cefaleei la copii, a dat rezultate importante în stabilirea unei calități mai bune a vieții acestora. Cefaleea continuă să rămână un diagnostic deseori omis și netratat corect având ca rezultat progresarea bolii. Această maladie poate avea un impact negativ asupra vieții copilului și a performanțelor lui școlare, la fel și asupra relațiilor cu familia și semenii lui [1].

Aproximativ 40-70% din copii suferă ocazional de cefalee [2]. Ratele de incidență a cefaleei în general sunt: 3-8% - sub vârsta de 3 ani; 20% - sub vârsta de 5 ani; 37-52% - sub 7 ani; 57-82% - la vârsta cuprinsă între 7-15 ani [2, 3]. Datele contemporane arată că înainte de pubertate sunt mai frecvent afectați băieții, dar după pubertate sunt mai des afectate fetele [3].

Scopul studiului. Aprecierea tipului de cefalee la copii și adolescenți, prin recunoașterea manifestărilor clinice, cu scop de evaluare a corectitudinii tratamentului.

Pentru aprecierea obiectivelor s-au trasat următoarele sarcini :

1. Studiarea principalelor manifestări clinice ale cefaleelor;
2. Identificarea formelor de cefalee cel mai des întâlnite la copil;
3. Evaluarea metodelor de tratament în funcție de tipul cefaleei.

Materiale și metode. În studiu au fost investigați 54 de copii cu cefalee, cu vârsta cuprinsă între 5 și 18 ani, care au fost investigați în secțiile de neurologie ale IMSP ICȘOSMC în cadrul Clinicii neuropediatrie. Studiul a fost realizat pe parcursul anului 2011. Au fost efectuate teste de laborator, oftalmoscopia, Echo-EG, EEG, Dopplerografia vaselor cerebrale, CT și MRI cerebral. Studiul s-a bazat în principal pe semnele clinice cât și rezultatele examinărilor paraclinice efectuate. Pentru stabilirea diagnosticului de cefalee și a tipurilor ei am aplicat un **chestionar** pentru evaluarea paternelui temporal și al formelor clinice prezente la pacient [3].

Am utilizat Clasificarea Internațională a Maladiilor. Conform Clasificărilor Internaționale cefaleea se clasifică în cefalee primară (migrena și formele ei, cefaleea de tip tensional, cefaleea cluster și alte cefalalgii trigeminal vegetative, etc.) și secundară (posttraumatice, atribuite patologiilor vasculare, infecțiilor, afecțiunilor intracraniene nevasculare, atribuite unei substanțe sau sevrajului acesteia, dereglărilor homeostazice, maladii psihiatrice, etc.) și alte nevralgii craniene.

Tabelul 1

Formele de cefalee diagnosticate la paienții din studiu.

Tipurile de cefalee diagnosticate	Nr. pacienți (%)
Migrena episodică	2(4%)
Migrena cronică	3(6%)
Migrena abdominală	2(4%)
Vertijul paroxistic benign al copilăriei	1(2%)
Torticolis paroxistic benign	1(2%)
Cefaleea tip tensional episodică	2(4%)
Cefaleea tip tensional cronică	3(6%)
Cefaleea posttraumatică cronică	28(51%)
Cefaleea vasculară	12(21%)

Conform datelor expuse în *tabelul 1* s-a confirmat că cea mai frecventă formă de cefalee diagnosticată a fost cefaleea secundară atribuită traumei craniene sau cervicale (date din anamneză). 28 pacienți au prezentat cefalee secundară (51%) din lotul total de studiu. La 12 pacienți cu cefalee secundară problemele au fost datorate patologiei vasculare, ceea ce constituie 21% din totalul de pacienți evaluați. Au fost diagnosticați 6 pacienții cu cefalee cronică (cu migrenă – 3, cu cefalee de tip tensional – 3 copii), ceea ce a constituit 6% din lotul de studiu. Cefaleea episodică (întâlnită în studiul nostru în 4% din cazuri) este reprezentată în Clasificarea Internațională sub denumirea de migrena și cefalee de tip tensional. Fiecare din aceste sub-forme s-a întâlnit la câte 2 copii. Ca și migrenă abdominală au fost diagnosticați 2 pacienți (4% din cazuri). Vertijul paroxistic benign al copilăriei și torticolisul paroxistic benign s-au întâlnit ambele în câte 2 cazuri fiecare (2%). Durata spitalizării bolnavilor cu cefalee a constituit în medie 8-10 zile (conform fișelor de tratament evaluate). Tratamentul pacienților cu cefalee primară, aflați la tratament, s-a efectuat conform datelor din următorul tabel (*vezi* tab. 2):

Tabelul 2

Scheme de tratament utilizat în diverse tipuri de cefalee

Tipurile de cefalee primară	Migrena clasică (episodică și cronică)	Migrena abdominală	Vertijul paroxistic benign al copilăriei	Torticolisul paroxistic benign	Cefaleea de tip tensional (episodică și cronică)
Tratamentul administrat în secție	1) Ibufen 0,2x3ori/zi 2) MgSO4 5mlx2ori/zi 3) VitE 1c/zi	1) Papaverini 2mlx3ori/zi 2) Novopasit 5mlx3ori/zi	1) MgSO4 4mlx2ori/zi 2) Novopasit 5mlx2ori/zi	1) Midocalm 50mg 1tx3ori/zi	1) Novopa Sit 5mlx3ori/zi 2) Cavinton 5mg 1tx2ori/zi
Recomandațiile la domiciliu (durata tratamentului o lună)	1) Cavinton 5mg 1tx2ori/zi -o lună 2) Pantogam 0,25 1tx2ori/zi -o lună	1) Cavinton 5mg 1tx2ori/zi -o lună 2) Pantogam 0,25 1tx2ori/zi -o lună	Pantogam 0,25 1tx2ori/zi -o lună	Novopasit 5mlx3ori/zi -o lună	Amitriptilin 10mgx2ori/zi -o lună

Conform datelor expuse în *tabelul 2*, observăm că migrena clasică este tratată în staționar cu medicamente antiinflamatoare, spasmolitice, antioxidante. Tratamentul ambulator a fost prescris pentru un termen de o lună cu recomandarea preparatelor vasculare și nootrope și, în caz de recurență a acceselor migrenoase utilizarea preparatelor antiinflamatoare.

Pacienții cu diagnosticul de migrenă abdominală au fost tratați în staționar cu preparate spasmolitice și sedative. Pentru tratamentul la domiciliu a fost recomandat un tratament cu preparate nootrope și vasculare pentru termen de o lună.

Copiii cu vertij paroxistic benign au fost tratați cu medicamente sedative și spasmolitice. Pentru un tratament cronic, la domiciliu au fost indicate preparatele nootrope.

Pacienții cu torticolis paroxistic au fost tratați în secție cu preparate miorelaxante, pentru tratamentul în condiții de ambulator au fost prescrise preparatele sedative.

Copiii și adolescenții cu cefalee tip tensional au fost tratați cu sedative și preparate vasculare, iar pentru continuarea tratamentului la domiciliu a fost prescris amitriptilin în doze de 10mg x 2ori/zi pentru un termen de o lună.

Tipuri de tratament administrate în secția Neurologie în funcție de tipul cefaleei

Tipurile de cefalei secundare	Cefaleea posttraumatică acută	Cefaleea posttraumatică cronică	Cefaleea vasculară
Tratamentul administrat în secție	1) Diacarb 0,25 1/2t-dim. N.4 2) Novopasit 5ml X 3ori/zi 3) Ibufen 0,2 x 3ori/zi 4) MgB6 1t x 3ori/zi	1) Pantogam 0,25 1t x 2ori/zi 2) Sol.Pentilini 2,0+NaCl 3) MgB6 1t x 2ori/zi 4) VitE 1 caps/zi	1) Diacarb 0,25 1/2 t-dim. N.5 2) Sol.Pentilini2,0+NaCl 3) Novopasit 5ml X 3ori/zi 4) Pantogam 0,25 1tx2ori/zi
Recomandațiile la domiciliu (durata tratamentului o lună)	1) Cavinton5mg 1tx2ori/zi-o lună 2) Sol.Alora 5mlx2ori/zi -o lună 3) Benevron 1tx2ori/zi	1) Cavinton5mg 1tx2ori/zi-o lună 2) Sol.Alora 5mlx2ori/zi -o lună 3) Benevron 1tx2ori/zi	1) Cavinton5mg 1tx2ori/zi-o lună 2) Benevron 1tx2ori/zi 3) Masaj cervical N.10

Conform datelor expuse în *tabelul 3*, cefaleea secundară apărută în urma unei traume cranio-cerebrale a fost tratată în funcție de termenul scurs de la producerea traumei. Pacienții cu cefalee posttraumatică acută au primit tratament în staționar cu medicamente diuretice 4-5 zile, sedative, antiinflamatoare, spasmolitice. Pacienții cu cefalee posttraumatică cronică au fost tratați cu preparate nootrope, vasculare, spasmolitice și antioxidante. Tratamentul recomandat la post-externare a conținut preparate vasculare, sedative și vitaminele din grupa B.

Copiii și adolescenții cu cefalee vasculară au fost tratați cu preparate diuretice, vasculare, sedative și nootrope. La domiciliu au fost prescrise preparate vasculare și vitaminele grupului B.

Discuții

Pentru stabilirea diagnosticului de cefalee se utilizează „Clasificarea Internațională a Tulburărilor Cefalalgice”, (ICHD-II) Ediția a II-a [4]. Conform acestei Clasificări cefaleele se împart în funcție de etiologie, în primare și secundare. Cefaleele primare sunt cele atribuite unor dereglări neurologice de bază. Acestea includ: migrena, cefaleea de tip tensional, cefaleea cluster și alte cefalalgii trigeminal vegetative. Cefaleele secundare sunt direct atribuite altor afecțiuni (traumatisme, patologie vasculară, afecțiuni intracraniene nonvasculare, substanțe sau sevrajului acesteia, dereglărilor homeostazice, afecțiunii craniului, gâtului, ochilor, urechilor, nasului, sinusurilor, dinților, gurii, altor structuri; maladei psihiatrice) [1, 17, 18].

Tratamentul cefaleei

Metodele de tratament a cefaleei la copil se bazează pe următoarele principii:

- 1) Depistarea și evitarea factorilor triggeri al cefaleei, prin educația părinților și a copiilor.
- 2) Elaborarea unui plan de tratament prompt în caz de criză (medicamente recomandabile vor fi antiinflamatoarele nesteroidiene).
- 3) Stabilirea unor măsuri de prevenire a acceselor migrenoase [3, 4, 8].

Tratamentul acut al migrenei:

Deși există o varietate de agenți farmacologici utilizați în tratamentul migrenei la adulți, niciunul din aceștea, practic, nu va avea indicație la copii. Contrariu acestor deziderate, studiile contemporane arată, că unele preparate pot fi folosiți cu succes și la copii. Printre acestea sunt numite următoarele:

- Acetaminophen, 10-15 mg/kg/doză;
- Ibuprofen 10 mg/kg/doză;
- Naproxen sodium 2.5-5 mg/kg;

- Preparate combinate - Butalbital, aspirin/acetaminophen, caffeine (Fiorinal, Fioricet, Esgic) 1-2 ori/zi;
- Isometheptane, acetaminophen, dichloralphenazone 1-2 capsule, repetate la fiecare oră (max: 5 caps/zi);
- Agoniști 5-HT: sumatriptan, Zolmitriptan, Rizatriptan.

Trebuie să se țină cont de câteva principii când este vorba despre tratamentul cefaleei acute:

- 1) Medicamentul trebuie să fie administrat cu 20-30 min. Înainte de debutul durerii de cap;
- 2) Trebuie să fie utilizate dozele prescrise;
- 3) Medicamentul trebuie să fie disponibil în orice condiții;
- 4) Medicamentul nu trebuie să fie folosit mai des decât este prescris [6, 15].

Analgezice simple și nonsteroidiene:

Antiinflamatoarele nesteroidiene (AINS) sunt destul de eficiente la copii și adolescenți. Eficiența preparatului Ibuprofen în doză de 7.5 - 10mg/kg a fost demonstrată în două studii. În primul studiu a fost comparat Ibuprofen (10 mg/kg), acetaminofen (15 mg/kg) și placebo. Ambele preparate au fost mai eficiente decât placebo în ameliorarea durerii, timp de 2 ore. Diferențele dintre ibuprofen în comparație cu acetaminofen nu au fost statistic semnificative. Acetaminofenul a fost considerat eficient și bine tolerat. În al doilea studiu s-a constatat că Ibuprofen (7,5 mg/kg) reduce durerile de cap la copii cu vârsta de 6 -12 ani [7].

Triptanii. Introducerea acestora a revoluționat terapia atacurilor de migrenă la adulți. Mai multe studii demonstrează eficacitatea triptanilor și la adolescenți (mai mari de 12 ani) sub formă de spray nazal și la copii: zolmitriptan spray nazal (5 mg), sumatriptan spray nazal (20 mg). Administrarea triptanilor sub formă orală nu a fost admisă până în prezent. Utilizarea triptanilor, impun o analiză minuțioasă a maladiilor anterioare ale pacientului. Există risc crescut pentru pacienții cu hipertensiune, folosirea inhibitorilor monoaminooxidazei, migrena hemiplegică sau bazilară, istoric familiar de maladie a vaselor coronariene [8, 10].

Antiemeticele. Pentru mulți copii cu migrenă, ce sunt însoțiți și de simptome de greață și vomă, aceste medicamente sunt extrem de utile. Ele sunt eliberate sub formă de supozitorii, forme orale, sublinguale, sau parenterale. Agenții cei mai frecvent utilizați sunt :

- Promethazina 0.25- 0.5 mg/kg/doză;
- Prochlorperazina 2.5-5 mg/doză;
- Metoclopramide 1-2 mg/kg/zi;
- Ondansteron 4-8 mg la fiecare 8 ore.

Un grup divers de medicamente antihistaminice, antidepresive, inclusiv și anticonvulsivantele, sunt utilizate pentru a preveni atacurile de migrenă. Se cere limitată utilizarea acestora la pacienții cu dureri de cap cu o frecvență mai redusă. Durata tratamentului este controversată în diverse studii. Practica generală arată că la adulți curele de tratament se vor prelungi pe un termen de 6 luni, iar la copii (3-8 ani) sunt recomandate cure mai scurte de tratament – aproximativ 6-8 săptămâni [1, 2, 6].

Antihistaminicele:

Ciproheptadina: este un medicament cu efecte atât antiserotonergice cât și blocant al canalelor de calciu. Este utilizat în general pentru prevenirea migrenei la copii, în doze de 0.25-1.5 mg/kg [13, 19].

Antidepresivele:

Există date ample pentru a sprijini eficacitatea lor în migrenă la adulți. Două studii efectuate la copii mai mari de 12 ani cu migrenă, sprijină rolul amitriptilinei (până la 1 mg/kg/zi) în tratamentul migrenei copilului. În studiul efectuat pe 192 de copii cu dureri de cap, dintre care 70% au avut migrenă, 84% dintre ei au raportat o reducere globală a cefaleelor în frecvență și

severitate, după ce au fost tratați cu amitriptilină. În alt studiu efectuat pe copii și adolescenți, frecvența și severitatea cefaleei a avut o „rată de răspuns pozitiv” în 89% de cazuri de medicație cu amitriptilină. Dozele de inițiere cu preparatul amitriptilină vor fi de 5 mg (doza unică) seara înainte de somn, doza se va crește treptat până la 10 mg, peste fiecare 4-6 săptămâni; doza poate fi crescută până la 25-50 mg/zi, în funcție de severitatea bolii. Efectele adverse se manifestă cel mai frecvent printr-o sedare ușoară, care dispare treptat cu trecerea timpului. Pot fi folosite și alte antidepresive ca de exemplu: nortriptilina, desimpramina. Selectarea preparatului constituie o problemă personală, în dependență de preferința și experiența medicului [20].

Anticonvulsivantele:

Topiramatul, Valproatele, Levetiracetamul și Gabapentina sunt medicamentele care și-au demonstrat eficacitatea în practica migrenei pediatrice. Este susținută eficacitatea Topiramatului în migrena întâlnită la adulți, a fost indicată o reducere a frecvenței și severității migrenei până la 50% din cazuri. A fost studiat și efectul său la adulți. Acest preparat medicamentos a fost studiat și la o populație de 162 de copii cu vârste cuprinse între 6 - 15 ani. A fost administrată o doză de inițiere de 15 mg/zi cu creșterea treptat a dozei, astfel că peste 8 săptămâni doza a fost crescută până la 2-3 mg/kg/zi. Pe fondal de tratament cu Topiramat frecvența și severitatea cefaleei au scăzut în proporție de 75%, față de 14% la pacienți tratați cu placebo.

Alte medicamente antiepileptice la fel pot fi folosite cu succes la copii:

- divalproex sodium 15-45 mg/kg/zi;
- levetiracetam 125-250 mg administrat de 2 ori/zi
- gabapentina 15mg/kg [7, 14, 20].

Antihipertensivele: beta-blocantele - este cunoscut, că sunt preparate de elecție, unele din cele mai des utilizate în migrena adulților, studiile din domeniu nu au reușit să demonstreze în mod constant eficiența acestora printre copii. Beta-blocantele au un rol limitat în practica pediatrică și a adolescenților. În studiile din acest domeniu autorii concluzionează că propranololul are efecte bune în profilactica atacurilor frecvente și severe de migrenă la copii. Doza de inițiere poate fi 1-2 mg/kg/zi, cu o creștere lentă până la 3 mg/kg/zi, doza trebuie ajustată la 2-3 săptămâni. Un alt beta-blocant care a fost utilizat cu succes este Timololul. Pot fi alese alternativ și alte beta-blocante, cum ar fi: Atenolol, Metoprolol (2-6 mg/kg/zi), Nadolol (0.5-2,5 mg/kg/zi), însă nu există date sugestive pentru avantajele acestora. Aceste medicamente sunt constaindicate la pacienții cu boli reactive ale căilor respiratorii, diabet zaharat, hipotensiune arterială ortostatică, tulburări cardiace asociate cu bradiaritmie [11].

Blocanții canalelor de calciu- se crede că efectele sale antimigrenoase sunt evidente asupra căilor de inhibiție selectivă a substanțelor vasoactive, care își exercită efectul asupra mușchilor netezi cerebro-vasculari (ex.: Verapamil 4-10 mg/kg/zi) [17].

A fost studiat un singur grup de pacienți care au utilizat Nimodipina 10-20 mg x3 ori/zi. Astfel, s-a redus frecvența cefaleei, dar durata a rămas aceeași. A fost demonstrată eficiența asupra scăderii frecvenței și duratei migrenei la copii în mai multe studii efectuate cu preparatul Flunarizină [9, 12, 14].

Tratamentul farmacologic al cefaleei cronice zilnice necesită un regim individualizat și utilizarea rezonabilă a medicamentelor profilactice adecvate, cât și folosirea analgezicelor. Tratamentul profilactic utilizat include antidepresivele triciclice (Amitriptilina), antiepilepticele (Topiramat, Valproat, Gabapentina), beta-blocantele (Propranolol), blocantele canalului de calciu și antiinflamatoarele nesteroidiene. Trebuie să se țină cont de afecțiunile comorbide concomitente ale pacientului când se selecționează preparatul medicamentos, care urmează să fie administrat. La pacienții cu probleme de somn (în special la adormire), Amitriptilina va avea un efect dublu. În mod similar, în caz de existență a unor probleme afective de grad ușor sau moderat, Amitriptilina, Acidul Valproic sau unul din inhibitorii selectivi ai recaptării serotoninei,

vor avea efecte benefice. Topiramatul va avea efecte și asupra scăderii ponderale, în cazul dacă pacientul suferă de obezitate. Valproatul administrat va duce la creșterea apetitului. Vom risca să facem un abuz de medicamente dacă vom administra analgezicele la copiii cu dureri de cap zilnice. Utilizarea triptanilor în astfel de cazuri este mult mai benefică. Într-un studiu efectuat pe 24 adolescenți cu vârsta sub 13 ani s-a înregistrat o reducere a frecvențelor durerii de cap în circa 75% și în 90%, după 6 luni de urmărire, s-a constatat ameliorarea calității vieții acestora. Cu toate acestea, medicamentele de elecție, care au oferit cele mai bune rezultate în majoritatea studiilor, sunt *Amitriptilina și Topiramatul* [15, 16].

Medicamentele care pot agrava frecvența acceselor migrenoase sunt: Cimetidina, Estrogenii, Histamina, Hidralazina, Nifedipina, Nitroglicerina, Ranitidina, Reserpina. Folosirea excesivă a antalgicelor sau antiinflamatoarelor la fel vor agrava frecvența atacurilor cefalalgice [4, 5, 7, 13].

Sumarizarea datelor din studiul prezentat

Migrena episodică a fost evaluată la 2 pacienți (4%). Caracteristicile cefaleei au fost: durerea localizată frontal bilateral, tipul durerii pulsatil, intensitate medie, fenomenele cel mai des asociate au fost: greața, voma, fotofobia. Factori liniștitori sunt înregistrați odihna și somnul. Frecvența durerii de cap 2-3 ori/ lună. Durata de la 30 minute până la 2 ore.

Migrena cronică a fost evaluată la 3 pacienți (6%). Caracteristicile cefaleei au fost: durerea localizată frontal-temporal bilateral, tipul durerii pulsatil, frigere, intensitate medie-severă, fenomenele cel mai des asociate au fost: greața, voma, fotofobia. Factori liniștitori sunt odihna. Frecvența durerii de cap 2-3 ori/ săptămână. Durata de la 2 ore până la 4 ore.

Migrena abdominală a fost evaluată la 2 pacienți (4%). Caracteristicile durerii au fost: durerea localizată abdominal, dificil de stabilit locul precis, tipul de durere surdă, chinuitoare, intensitate medie-severă, fenomenele cel mai des asociate au fost: greața, voma, paliditate. Frecvența durerii de cap 1 dată/lună. Durata de la 1 oră până la 5 ore.

Vertijul paroxistic benign al copilăriei a fost evaluat la un pacient (2%). Caracteristicile vertijului au fost: atacuri de vertij apărute spontan, fără careva factori prevestitori cu durata de la 5 minute până la 1 oră, frecvența 5 ori/an, fenomene asociate au fost greața, paliditate, vomă, transpirații. Durata bolii – 2 ani. Debutul bolii la vârsta de 5 ani.

În lucrare a fost evaluat un singur pacient cu torticollis paroxistic benign ceea ce constituie 2%. Maladia se caracterizează prin apariția unor episoade recurente de deviere a capului într-o parte, care se remit spontan după fiecare o minută, durata acceselor poate fi 24 de ore cu frecvența de un acces/ 3 luni. Debutul bolii a fost înregistrat după primul an de viață, durata bolii a constituit 4 ani, cu tendință evidentă de rărire a atacurilor.

Cefaleea de tip tensional episodică a fost evaluată la 2 pacienți (4%). Caracteristicile cefaleei au fost: durerea localizată fronto-occipital bilateral, tipul durerii sub formă de presiune, intensitate ușoară-medie, fenomenele cel mai des asociate au fost: greața. Factori liniștitori sunt repausul, somnul. Frecvența durerii de cap 3-4 ori/ lună. Durata de la 30 minute până la 1 oră.

Cefaleea de tip tensional cronică a fost evaluată la 3 pacienți (6%). Caracteristicile cefaleei au fost: durerea localizată fronto-occipital bilateral, tipul durerii sub formă de presiune, intensitate medie, fenomenele cel mai des asociate au fost: greața, oboseala. Factori liniștitori sunt repausul. Frecvența durerii de cap 3-4 ori/ săptămână. Durata de la 4 până la 8 ore.

Cefaleea secundară atribuită traumei craniene sau cervicale (în anamneză) a fost evaluată la 28 pacienți (51%). Caracteristicile cefaleei au fost: durerea localizată fronto-occipital, sediul durerii cel mai des unilateral, tipul durerii sub formă de lovitură, frigere; intensitate medie, uneori severă, fenomenele cel mai des asociate au fost: greața, indispoziție, oboseala. Factori liniștitori sunt repausul, însă, pacienții cel mai des apelează la medicamente. Frecvența durerii de cap 2-3 ori/ săptămână. Durata de la 30 minute până la 12 ore.

Cefaleea secundară atribuită patologiei vasculare a fost evaluată la 12 pacienți (21%). Caracteristicile cefaleei au fost: durerea localizată fronto-occipital bilateral, tipul durerii sub formă de frigere, intensitate medie, fenomenele cel mai des asociate au fost: vertijul, amețeli, greață. Factori liniștitori sunt poziția de decubit dorsal, liniștea, odihna. Frecvența durerii de cap 3ori/ săptămână. Durata de la 30 minute până la 4-5 ore.

Analizând tratamentul efectuat în secțiile de neurologie, putem trage concluzia și facem următoarele comentarii: tratamentul administrat copiilor cu cefalee corespunde, în linii generale, datelor din literatura studiată și normelor internaționale. Suntem puțin rezervați referitor la utilizarea unor preparate ca de exemplu: antihistaminice (Ciproheptadina), antiemetice (Prometazina, Metoclopramida), corticosteroizi (Prednison), anticonvulsivante (Topiramat, Levetiracetam, Gabapentina) sau derivații de ergot și triptanii, care deși sunt contraindicați la copiii cu vârsta până la 18 ani, există unele studii care demonstrează eficiența unor doze mici la copii mai mari de 12 ani. În general tratamentul cefaleelor la copii este unul simptomatic, cu excepția cazurilor grave, care în studiul nostru nu s-au înregistrat.

Concluzii

1. Cefaleea este un simptom comun multor probleme pediatrice.
2. Cefaleea primară este mai frecventă la copii cu vârsta cuprinsă între 14 și 17 ani.
3. Cefaleele secundare sunt cele mai frecvent întâlnite la copil, cu o incidență mai înaltă între 4 și 9 ani și sunt atribuite unor nosologii clinice, ca de ex.: traumatismul cranian sau cervical, patologia vasculară etc.
4. Cefaleele prevalează la genul feminin asupra celui masculin în raport de 38/16 femei/bărbați.
5. Caracteristicile durerii de cap și tipurilor de cefalee examinate în studiu corespund datelor descrise în sursele internaționale.
6. Analizând metodele de tratament a cefaleei, utilizate în secțiile de neurologie, am tras următoarea concluzie: copiii cu cefalee sunt evaluați și abordați terapeutic în conformitate cu normele internaționale

Bibliografie

1. Hersey A.D., Winner P., Kabbouche M.A., Powers S.W. Headaches Curr. Opin. Pediatrics Dec; 19(6): 663-9.
2. Moldovanu I., David W. Dodick, S. Odobescu. Cefaleele, durerile faciale și cervicale. Chișinău, 2007.
3. Donald W. Lewis Headaches in Children and Adolescents Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care Volume 37, Issue 6, July 2007, Pag. 207-246
4. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders: 2nd edition. Cephalalgia. 2004; 24 (Suppl. 1):9-160.
5. Ayatollahi SMT, Moradi F, Ayatollahi SAR. Prevalence of migraine and tension-type headache in adolescent girls of Shiraz (Southern Iran). Headache 2002; 42:287-90.
6. Deleu D, Mushtaq K, Tariq A. Prevalence and clinical characteristics of headache in a rural community in Oman. Headache 2002; 42:963-71.
7. Gladstein J, Holden W. Chronic daily headache in children and adolescents: a 2-year prospective study. Headache 1996; 36:349-51.
8. Barea L, Tannhauser M, Rotta N. An epidemiological study of headache among children and adolescents in southern Brazil. Cephalalgia 1996; 16:545-9.
9. Zwart J, Dyb G, Holmen T, et al. The prevalence of migraine and tension-type headache among adolescents in Norway. Cephalalgia 2004; 24:373-9.

10. Gallai V, Sarchielli P, Carboni F, Benedetti P, Mastropaolo C, Puca F. Applicability of the 1988 IHS criteria to headache patients under the age of 18 years attending 21 Italian headache clinics. Juvenile Headache Collaborative Study Group. *Headache* 1995; 35:146-53.
11. Wober-Bingol C, Wober C, Wagner-Ennsgraber C, et al. I.H.S. for migraine and tension-type headache in children and adolescents. *Headache* 1996; 36:231-8.
12. Aromaa M, Sillanpaa M, Rautava P, Helenius H. Childhood headache at school entry. *Neurology* 1998; 50:1729-36.
13. Anttila P, Sourander A, Metsahonkala L, et al. Psychiatric symptoms in children with primary headache. *J Am Acad Child Adol Psychiatry* 2004; 43:412-9.
14. Bille B. Migraine in childhood and its prognosis. *Cephalgia* 1981; 1:71-5.
15. Donald W. Lewis, MD, Yeisid F. Gozzo, MD, and Marc T. Avner, MD. The „other,” Primary H. in C. and Adolescents *Ped. Neurol.*, vol 33, iss 5, November 2005, pag. 303-313
16. Lampl C. Childhood-onset cluster headache. *Pediatr Neurol* 2002; 27:138-40.
17. Ekblom K., Ahlborn B, Schele R. Prevalence of migraine and cluster headache in Swedish men of 18. *Headache* 1978; 18:9-19.
18. Freitag F. Cluster headache. *Prim Care* 2004; 31:313-29.
19. Freitag F. Cluster headache. *Prim Care* 2004; 31:313-29.
20. Pareja J., Sjaastad O. SUNCT syndrome: A clinical review. *Headache* 1997; 37:195-202.

ASPECTE EPIDEMIOLOGICE ALE MALADIILOR INFLAMATORII INTESTINALE LA COPIII DIN REPUBLICA MOLDOVA

Ion Mihu, Olga Tighineanu, Svetlana Bădărău

Departamentul de gastroenterologie, IMSP Institutul Mamei și Copilului

Summary

Epidemiological aspects of inflammatory bowel diseases in children in the Republic of Moldova

The role of this editorial is to conduct a prospective study in order to evaluate the share of inflammatory bowel diseases in the pediatric population that seeks specialized medical services, as well as demographic peculiarities of the two clinical entities. Improvement of the diagnostic criteria of inflammatory bowel diseases during the last 3 decades has led to the increase of incidence of this pathology worldwide. In the Republic of Moldova there are not yet national data on epidemiological features of both diseases - ulcerative colitis and Crohn's disease.

Rezumat

Rolul acestui editorial a fost realizarea un studiu prospectiv care sa evalueze ponderea maladiilor inflamatorii intestinale, în rândul populației pediatrice ce apelează la serviciile medicale de specialitate, precum și particularitățile demografice ale celor două entități clinice. Ameliorarea criteriilor de diagnostic ale afecțiunilor inflamatorii intestinale, pe parcursul ultimelor 3 decenii, a dus la creșterea incidenței pe plan mondial pentru aceasta patologie. Pentru Republica Moldova nu există, încă, date la nivel Național despre particularitățile epidemiologice ale celor două afecțiuni – colita ulceroasă și boala Crohn.

Actualitate

Bolile inflamatorii intestinale, colita ulceroasă și boala Crohn, sunt entități patologice considerate comune, în special, țărilor industrializate, cu o ascensiune considerabilă a incidenței