

5. Havanka-Kanniainen H, Tolonen U, Myllyla VV. Autonomic dysfunction in migraine: A survey of 188 patients. In: Headache. 1988, 28: 465–70.
6. Jänig W. The Integrative Action of the Autonomic Nervous System. Neurobiology of Homeostasis. Cambridge University Press, 2006. 610 p.
7. Juang KD et al. Comorbidity of depressive and anxiety disorders in chronic daily headache and its subtypes. In: Headache. 2000, 40:818–23.
8. Lanteri-Minet M. et al. Prevalence and description of chronic daily headache in the general population in France. In: Pain. 2003, 102: 143–149.
9. Moldovanu I, Odobescu S., Vovc V., Rotaru L., Cojocaru I. Profilul vegetativ-motor (metodă de investigație a tulburărilor neuro-vegetative în scop diagnostic și științific), ghid practic. Chișinău, 2010. 35 p.
10. Moldovanu I., Vovc V. Sindromul de hiperventilație cronică din perspectiva neurologiei funcționale: Cine controlează hiperventilația „necontrolată”? În: Materialele conferinței consacrate aniversării de 80 de ani de la nașterea acad. D. Gherman „Actualități în neuroștiințe”, Chișinău, 10 aprilie 2008. p.83-96.
11. Odobescu S. Migrena cronică și sistemul nervos vegetativ. Chișinău, 2012, 264 p.
12. Peroutka SJ. Migraine: a chronic sympathetic nervous system disorder. In: Headache. 2004, 44:53-64.
13. Pogacnic T. et al. Autonomic function testing in patients with migraine. In: Headache. 1993, 33: 545–50.
14. Radat F. et al. Construction of Medication Dependence Questionnaire in Headache Patients (MDQ-H) Validation of the French Version. In: Headache. 2006, 46: 233-239.
15. Schoenen J. Cortical electrophysiology in migraine and possible pathogenetic implications. In: Clin Neurosci. 1998, 5:10-7.
16. Shechter A. et al. Migraine and autonomic nervous system function. A population-based, case-control study. In: Neurology 2002, 58:422-427.
17. Welch KMA. Migraine. A Biobehavioral Disorder. In: Arch Neur. 1987,44(3):323-327.
18. Молдовану И.В., Яхно Н.Н. Нейрогенная тетания, Кишинев, 1985. 184 с.

DEREGLĂRILE PSIHO-VEGETATIVE LA PACIENȚII CU TULBURĂRI FUNCȚIONALE ALE SISTEMULUI NERVOS (ATAXIA PSIHOGENĂ)

Inna Mirza¹, Ion Moldovanu²

Catedra Neurologie USMF „Nicolae Testemițanu”¹
Institutul de Neurologie și Neurochirurgie²

Summary

Psycho-vegetative disorders of the patients with functional disorders of the nervous system (psychogenic ataxia)

Functional symptoms are frequently encountered not only in neurological practice but also in other medical specialities. They can imitate the recognized neurological diseases, presenting a major problem today. The study was consisted in examining of 40 persons (20 - with functional disorders of NS, 10 – with organic cerebellar syndrome and 10 - healthy people). For patients with functional disorders of the NS is characteristic the prevalence of somatization disorder, depression, anxiety and phobia.

Rezumat

Simptomele funcționale sunt des întâlnite nu numai în practica neurologică dar și în alte specialități medicale. Ele pot imita cele mai recunoscute patologii neurologice, prezentând o problemă majoră în ziua de azi. Studiul a constat în examinarea 40 persoane (20 - cu tulburări funcționale ale SN, 10 – cu sindrom cerebelos organic și 10 – persoane sănătoase). La pacienții cu dereglări funcționale ale SN s-a determinat prevalența tulburărilor de somatizare, depresive, anxioase și fobice.

Actualitatea

Tulburările funcționale reprezintă o problemă des întâlnită în practica neurologică [14]. Incidența în lume constituie 0,01% - 0,5%. Simptome funcționale sunt mai frecvent întâlnite la femei, raportul dintre femei și bărbați fiind de la 2:1 până la 10:1 [2]. Carson și coautorii au constatat că în clinica neurologică de ambulatoriu, 10-30% de pacienți au simptome care nu pot fi explicate prin tulburări organice sau fiziopatologice [1]. În Marea Britanie acești pacienți constituie 30-60% din pacienții neurologici ambulatorii (Carson et al., 2000; Nimnuan et al., 2001) [7].

Simptomele funcționale reprezintă plângeri fizice care nu pot fi explicate prin leziuni organice sau fiziopatologice, sunt asociate cu tulburări psihologice de stres și nu sunt simulate [16]. În clasificarea actuală (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, ediția a IV, International Statistical Classification of Diseases, revizuirea a 10-a) există trei categorii de clasificare a dereglărilor funcționale (psihogene): tulburări somatoforme, falsificate și simulate [5]. Tulburări somatoforme includ: tulburare de somatizare, tulburare somatoformă nediferențiată, tulburare conversivă, algică, hipocondrică, dismorfică și somatoformă nespecificată [6].

Tulburările de somatizare sunt caracterizate prin multiple simptome somatice (de exemplu: durere, simptome gastro-intestinale, sexuale), care nu pot fi explicate printr-o afecțiune medicală cunoscută sau acuzele sunt în exces față de cele așteptate, bazate pe anamneză, examinarea clinică și paraclinică. Aceste tulburări au o anamneză lungă (chiar din copilărie sau adolescență) cu multiple plângeri fizice care afectează mai multe sisteme [4]. Tulburările de conversie se caracterizează prin relația temporară a unui eveniment neplăcut cu dezvoltarea unui sau a mai multor simptome fizice. Pacienții cu tulburări conversive nu prezintă o anamneză îndelungată de plângeri multiple și rezolvarea simptomelor fizice este adesea rapidă [4].

Printre psihanaliztii contemporani conversia este determinată ca un mecanism de transformare a fricii generate de conflicte psihice interne în simptome somatice. Modelul psihodinamic de reacție conversivă implică trei elemente principale: 1) conversia este o modalitate de protecție față de frică, este un mecanism pentru a reduce frica; 2) esența conversiei constă în transformarea „energiei psihice” (libido) în sindrom sau simptom somatic; 3) simptomele somatice exprimă, în forma simbolică, conflictul interior care stă la bază. După Ziegler, Imboden (1962), „alegerea” simptomelor depinde de conceptul existent de boală la un pacient, (de obicei este determinată de boala pe care el a avut-o sau a observat-o la alt cineva), precum și de identificare cu alte persoane, relațiile cu care sunt încălcate [17]. Sunt cunoscuți factori de risc multipli, nespecifici, care contribuie la dezvoltarea tulburărilor funcționale [13]. Printre acestea putem menționa: factori biografici (cum ar fi trauma din copilărie, evenimente din viața), factori biologici relevanți (cum ar fi viața sexuală), factori psihologici (cum ar fi tulburările de adaptare sau expresivitate emoțională), comorbiditățile neurologice (cum ar fi dizabilitatea de a învăța sau epilepsia), aspectele sociale (cum ar fi mediul familial nefavorabil, probleme financiare, lipsa de prieteni sau de persoane apropiate), și în special, factorii culturali (cum ar fi atitudinea față de boală) [8]. De multe ori tulburările

funcționale sunt declanșate de un eveniment relativ mic care poate servi ca o amintire simbolică a traumatismelor grave sau suferințelor din trecut [3].

Analiza minuțioasă a unui pacient-individ ne poate informa despre o deosebire între factorii predispozanți (care conferă o vulnerabilitate crescută față de simptomele funcționale), factorii precipitanți (declanșarea simptomelor) și factorii de perpetuare (care contribuie la o evoluție cronică recurentă) [12]. Acești factori interacționează cu tulburările psihice (cum ar fi anxietatea, tulburările legate de stresul posttraumatic, depresie) și trăsăturile de personalitate (în special cele tipice, borderline, de dependență) [9]. Importanța diverșilor factori diferă în mod substanțial în cadrul diferitor pacienți și pot chiar să se schimbe în timp la același pacient [8].

Scopul

Determinarea particularităților dereglărilor psiho-vegetative la pacienții cu tulburări funcționale ale sistemului nervos comparativ cu pacienții cu sindrom cerebelos organic.

Obiectivele

- 1) Studiul tulburărilor psihopatologice la pacienții cu dereglări funcționale și organice ale sistemului nervos;
- 2) Cercetarea tulburărilor neuro-vegetative în baza chestionarului PVM.

Materialul și metode

Studiul a constat în examinarea a 40 persoane. Loturile au fost repartizate în felul următor: pacienții cu tulburări funcționale ale SN (lotul I - 20 pacienți), pacienții cu sindrom cerebelos organic (lotul II - 10 pacienți) – degenerescența cerebeloasă (2 pacienți), sindrom vestibulo-atactic de origine vasculară în sistemul vertebro-bazilar (2 pacienți), scleroza multiplă cu ataxia cerebeloasă (6 pacienți) și persoane sănătoase (lotul III - 10 persoane). Studiul a fost realizat în cadrul Catedrei de Neurologie a Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, din Chișinău, Republica Moldova. Pacienții au fost examinați în baza Institutului de Neurologie și Neurochirurgie, Secția de cefalee și tulburări vegetative, Secția de neurorecuperare. Vârsta bolnavilor a fost cuprinsă între 20 și 71 ani, vârsta medie fiind $43,85 \pm 4,27$ ani. Pacienții după sex au fost repartizați astfel: pacienții de sex feminin au fost în număr de 21, pacienții de sex masculin au fost în număr de 19. Vârsta pacienților de sex feminin a fost cuprinsă între 20 și 71 ani, vârsta medie fiind $43,76 \pm 6,49$ ani, vârsta pacienților de sex masculin a fost cuprinsă între 26 și 69 ani, vârsta medie fiind $43,94 \pm 6,09$ ani. Pentru cercetarea simptomatologiei psihopatologice, a fost aplicat **chestionarul Symptom check list - SCL-90**, format din 90 de întrebări, care sunt grupate în 10 sindroame psihopatologice: somatizare (SOM), obsesie-compulsivitate (O-C), anxietatea interpersonală (INT), depresia (DEP), anxietatea (ANX), ostilitatea (HOS), fobii (PHOB), paranoia (PAR), psihotism (PSY), suplimentare (SUPL). Cu scopul studierii prezenței simptomelor somatoforme, a fost aplicată **Scala reacțiilor somatoforme**, care conține 4 compartimente: Sindroame algice, Dereglări gastro-intestinale, Tulburări sexuale și menstruale și Tulburări senso-motorii. Pentru analiza detaliată a tuturor senzațiilor pacientului și calității vieții acestuia a fost aplicat chestionarul: **Profil vegetativ-motor (PVM)**, varianta scurtă, care „reprezintă un instrument clinic de estimare cantitativă și calitativ-structurală a dereglărilor vegetative ce se exprimă prin senzații corporale și cele asociate lor (emoționale, motorii, tetanice, algice, comportamentale, etc.)” (I. Moldovanu „Profil vegetativ motor”- ghid practic, Chișinău 2010). A fost efectuat examen neurologic standart.

Rezultate

În urma anchetării pacienților după chestionarul SCL-90 și obținerii datelor, a fost evidențiat că fiecare din grupele de cercetare a prezentat prevalența unor manifestărilor

psihopatologice asupra altor. În baza valorilor indicilor medii a fost realizat un grafic care ne permite să efectuăm o comparație eficientă a grupelor studiate.

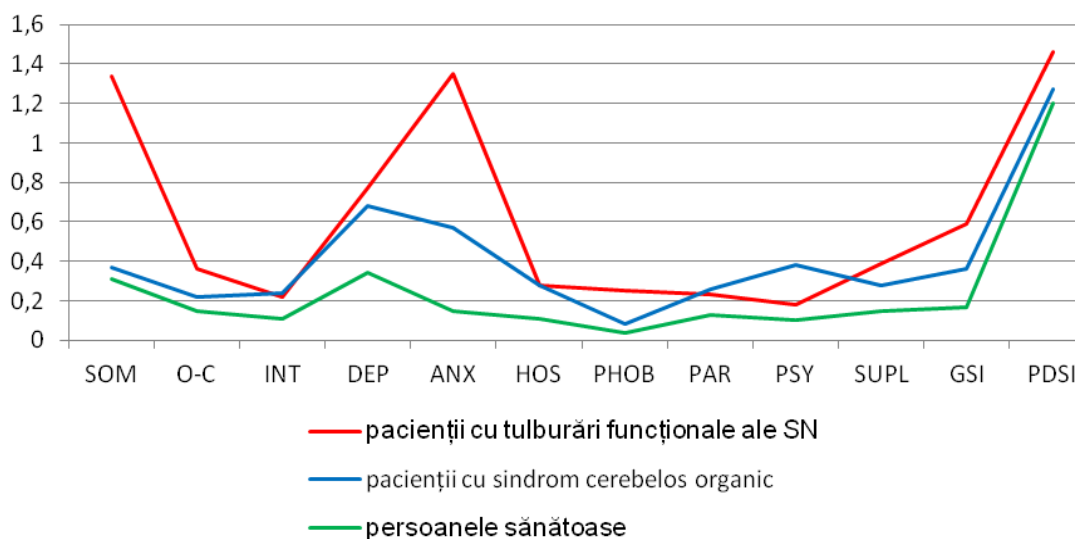


Figura 1. Diagnostic comparativ a loturilor în bază chestionarului SCL-90

Efectuând analiza datelor prezentate în fig.1, s-a determinat că pentru pacienții cu tulburări funcționale ale sistemului nervos (TFSN), modificările predominante s-au constatat la nivelul următoarelor compartimente: somatizare, depresie, anxietate și fobii. După criteriile date, ei s-au distins semnificativ atât de pacienții cu sindrom cerebelos organic (SCO), cât și de persoanele sănătoase incluse în grupul de control (GC). În același timp, s-a înregistrat că pacienții cu SCO au prezentat o creștere peste normă a valorilor indicilor medii după următoarele sindroame: depresie, anxietate și psihotism. În procesul de comparație a grupelor de cercetare s-au elucidat compartimente comune pentru ambele loturi de pacienți, la care valorile indicilor medii au depășit valorile caracteristice persoanelor sănătoase. Printre acestea putem menționa: depresie și anxietate. Diferența principală constă în intensitatea manifestărilor sindroamelor menționate. Astfel, pentru pacienții cu TFSN este caracteristică o intensitate mai pronunțată exprimată a senzațiilor în comparație cu pacienții cu SCO.

Conform datelor prezentate în fig.2 s-a evidențiat că din trei grupe de pacienți studiate, reacțiile somatoforme au fost caracteristice pentru pacienții cu TFSN (suma - $24,75 \pm 5,52$, numărul de simptome - $13,10 \pm 2,27$), $p < 0,001$.

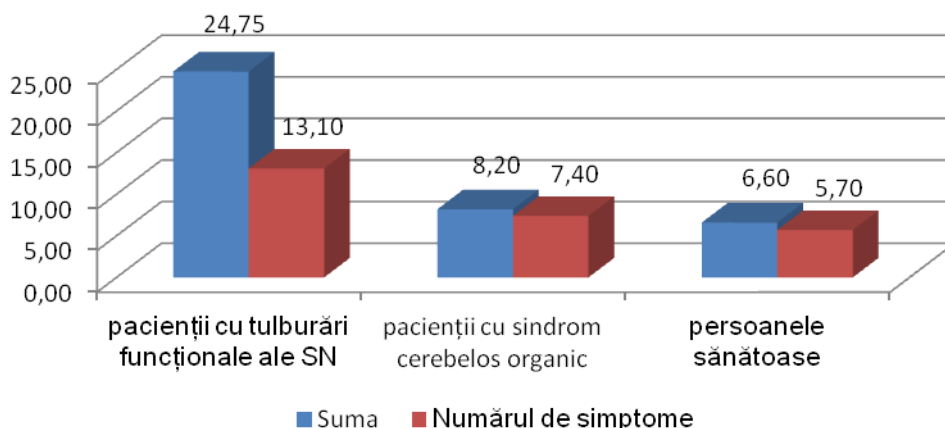


Figura 2. Diagnostic comparativ a loturilor în baza Scalei reacțiilor somatoforme.

Deosebindu-se semnificativ statistic de pacienții cu TFSN, majoritatea pacienților cu SCO nu au prezentat tulburări somatoforme (suma - $8,20 \pm 1,34$, numărul de simptome - $7,40 \pm 1,47$), $p < 0,001$. Din 10 pacienți cu SCO examinați a fost evidențiat un caz cu simptome care se încadrau în disfuncția somatoformă.

Valorile tuturor parametrilor vegetativi în grupul pacienților cu TFSN și cu SCO s-au diferențiat semnificativ de cele ale persoanelor sănătoase. Cele mai înalte cifre ale parametrilor studiați au prezentat pacienții cu TFSN, grupa pacienților cu SCO au avut cifre medii, iar persoanele din GC – joase (fig. 3).

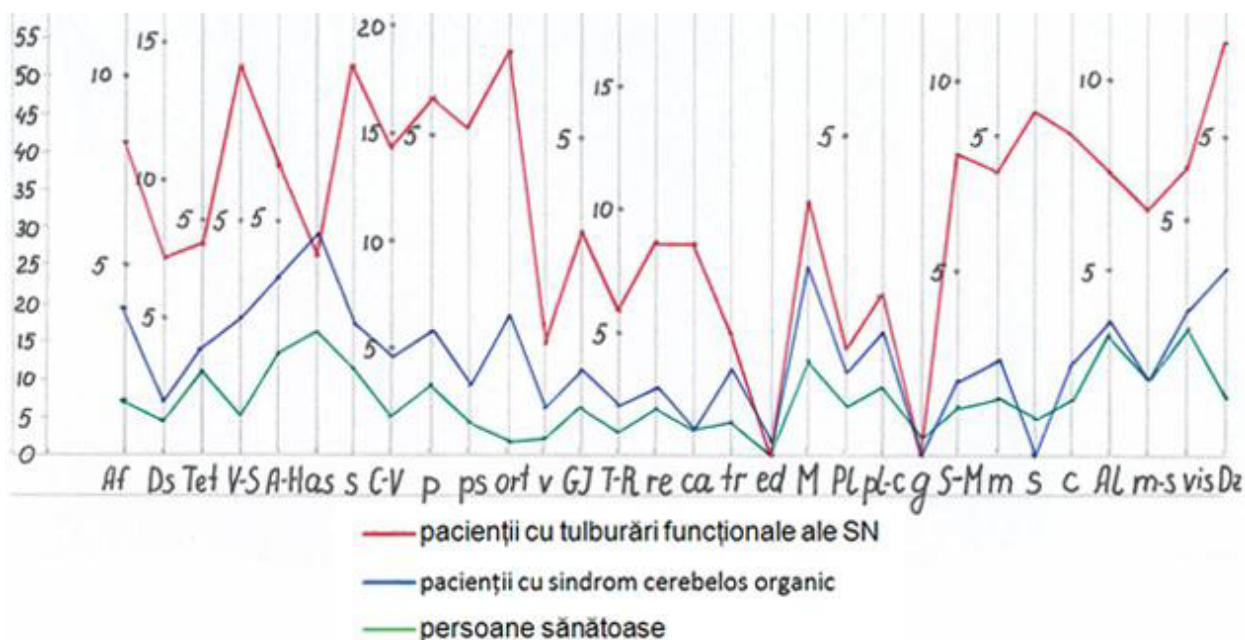


Figura 3. Diagnostic comparativ a pacienților în baza de Profil Vegetativ Motor

Tulburările afective, dispnea, vertij-sincope, astenia-hipersensibilitate, tulburările cardiovasculare, tulburările gastro-intestinale, tulburările senso-motorii, sindroamele algice și de dizabilitate au fost predominante la pacienții cu TFSN. La pacienții cu SCO au predominat simptomele caracteristice tulburărilor afective, asteniei, disfuncției cardio-vasculare, menstruale, motorii, senzitive și dizabilității.

Discuții

Anxietatea și depresia sunt sindroamele cel mai des întâlnite la pacienții cu TFSN [9]. Aceasta s-a confirmat și prin cercetarea dată, conform căreia, la pacienții cu TFSN s-au evidențiat tulburări de somatizare ($1,34 \pm 0,31$), depresie ($0,77 \pm 0,17$), anxietate ($1,35 \pm 0,19$) și fobii ($0,25 \pm 0,11$). Astfel, s-a constatat că simptomele de somatizare se manifestă cel mai frecvent prin cefalee, dureri în regiunea pieptului, în mâini și picioare, în timpul urinării, abdominale cu disconfort gastric și greață, balonare abdominală, intoleranța unor alimente, menstruații neregulate cu sîngerare abundentă și simptomele senso-motorii care apăreau în timpul stresului sau emoțiilor negative puternice (dereglări de coordonare a mișcărilor, slăbiciuni tranzitorii într-un membru sau în jumătate de corp, dificultăți tranzitorii de deglutiție, scădere sau pierdere tranzitorie a vederii, vocii, diplopie, retenție tranzitorie de urină la micțiune).

În cele mai multe cazuri simptomele somatoforme exist în relație strînsă cu anxietate, depresie, chiar fobii. Simptomele funcționale reprezintă o modalitate de a scoate la „suprafață” conflictele interioare, pe care pacientul nu le poate exprima prin cuvinte. Studiile neuroimagistice recente au arătat, că la pacienții cu hemiplegie sau hemianestezie conversivă este prezentă scăderea activității gangliului bazal și talamusului, contralateral părții afectate.

Pacienții cu SCO la fel au prezentat tulburări depresive ($0,68 \pm 0,11$) și anxietate ($0,57 \pm 0,11$), dar nu atât de pronunțate ca la pacienții cu TFSN. De asemenea, pacienții cu SCO au manifestat gândire psihotică ($0,38 \pm 0,12$). Aceste manifestări, caracteristice pacienților cu SCO, prezintă o mică parte din tulburările cerebelare afectiv-cognitive, care includ tulburările funcției executive (deficit în planificare, tulburările de memorie anterogradă), dereglările spațiale (dezorganizarea vizuospațială), schimbările de personalitate și comportament (aparitie simptomelor depresive, comportament inadecvat, dezinhibat) și dificultăți lingvistice (disprosodia, agramatism, anomia) [11,15] și care pot să apară și în absența sindromului cerebelos motor [10]. Apariția acestor manifestări la pacienții cu SCO se poate explica prin interacțiunile cortico - cerebelare, care formează „circuite paralele”, organizate în așa fel că regiunile cerebelare care primesc informația de la zona corticală, o transmit înapoi în aceeași zonă cerebrală formând astfel circuite separate paralele. Regiunile corticale, care mediază o astfel de organizație, includ zona premotorie, prefrontală, parietală.

Profilul Vegetativ Motor a scos în evidență predominarea la pacienții cu TFSN a următoarelor manifestări: tulburări afective (anxietate, senzație de neliniște, tremor intern, tristețe), dispnee (senzație de insuficiență sau lipsă de aer cu necesitatea de a deschide fereastra, imposibilitatea de a inspira adânc, senzație de tensiune în cutie toracică), vertij-sincope, astenia-hipersensibilitate (senzația de oboseală permanentă, fatigabilitate, somnolență), tulburări cardiovasculare (palpitații, ritm accelerat, disconfort în regiunea inimii, pulsația în cap și în tâmples, apariția amețelilor la scularea din pat), tulburări gastro-intestinale (disconfort gastric, senzația de supraumplere a stomacului după luarea mesei, și uneori balonarea abdomenului), tulburările senso-motorii (dereglări de coordonare a mișcărilor, tulburări de echilibru, dificultăți tranzitorii de deglutiție, scăderea sau pierderea tranzitorie a vederii, vocii, senzației tactile sau de durere, stare episodică de inhibiție, ce apar la un stres), sindroame algice (dureri musculo-scheletare, dureri în mâini și picioare și viscerale - cefalee, dureri în gât, dureri în piept) și de dizabilitate.

Concluzii

1) La pacienții cu tulburări funcționale ale sistemului nervos cel mai frecvent sunt întâlnite următoarele sindroamele psihopatologice: depresiv, anxios, fobic și de somatizare, ce s-a confirmat prin analiza datelor obținute cu ajutorul chestionarului SCL-90.

2) La pacienții cu tulburări funcționale ale sistemului nervos s-a evidențiat o rata mai înaltă pe mai multe scale ale Profilului Vegetativ Motor, comparativ cu pacienții cu sindrom cerebelos organic (scala tulburărilor afective, dispneei, vertijului-sincopei, asteniei-hipersensibilității, tulburărilor cardiovasculare, gastro-intestinale, somato-motorii, algice și scala dizabilității).

Bibliografie

1. Carson A.J., Ringbauer B., Stone J., et al. Do medically unexplained symptoms matter? A prospective cohort study of 300 new referrals to neurology outpatients. //J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry, 2000, 68:207–210.
2. „Conversion Disorder”(DSM-IV-TR #300.11).
3. Craig T.J. Life events: meanings and precursors. In: Halligan P., Bass C., Marshal J.C., eds. Contemporary approaches to the study of hysteria. Oxford: Oxford University Press, 2001:88–101.
4. Edwards M. Psychogenic Movement Disorders. //Birmingham Movement Disorders Course, 2010.
5. Hallett M. „Psychogenic movement disorders: A crisis for neurology”, 2006, 6:269-271.

6. Iezzi T., Duckworth M.P., Adams H.E. „Somatoform and Factitious Disorders”, 2002, Part II, chapter 9, p. 211-258.
7. Kanaan R., Armstrong D., Barnes P., Wessely S. In the psychiatrist’s chair: how neurologists understand conversion disorder. //J. Brain, 2009, 132:2889–2896.
8. Reuber M., Mitchell A.J., Howlett S.J., Crimlisk H.L., Grunewald R.A. Functional symptoms in neurology: questions and answers. //J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry, 2005, 76:307–314.
9. Reuber M., Pukrop R., Derfuss R., et al. Multidimensional assessment of personality in patients with psychogenic nonepileptic seizures. //J. Neurol. Neurosurgery Psychiatry, 2003, 75:743–748.
10. Schmahmann J.D., Caplan D. Cognition, emotion and the cerebellum. //J. Brain, 2006, 129, p. 290–292.
11. Schmahmann J.D., Sherman J.C. The cerebellar cognitive affective syndrome. //J. Brain, 1998, 121, p. 561–579.
12. Sharpe M. Medically unexplained symptoms and syndromes. //Clin. Med., 2002, 2:501–504.
13. Stone J., Warlow C., Sharpe M. Functional weakness: clues to mechanism from the nature of onset. //J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry, 2011.
14. Stone J., Zeman A., Simonotto E., Meyer M., Azuma R., Flett S., Sharpe M. fMRI in Patients With Motor Conversion Symptoms and Controls With Simulated Weakness. //J. Psychosomatic Medicine, 2007, 69:961-969.
15. Tavano A., Grasso R., Gagliardi C., Triulzi F., Bresolin N., Fabbro F., Borgatti R. Disorders of cognitive and affective development in cerebellar malformations. //J. Brain, 2007, 130, p. 2646-2660.
16. Zeman A. Conversion hysteria: towards a cognitive neuropsychological account. //J. Brain, 2001, 124:232-240.
17. Якубик А. „Истерия”, 1982, 5.3:192-209.

ESTE OARE ICTUSUL ISCHEMIC CEREBRAL MAI SEVER LA PACIENȚII CU MIGRENĂ?

Ion Moldovanu, Violeta Maticiuc
MSP Institutul Neurologie și Neurochirurgie

Summary

Is ischemic stroke more severe in patients with migraine?

Migraine headache is a negative impact on quality of life, manifested especially in young people. Contemporary studies confirm more convincing association between migraine and brain lesions. This study demonstrated that the severity of motor is more severe in patients who have suffered stroke migraine sufferers compared with patients suffering from other types of headache or no headache.

Rezumat

Migrena este o cefalee cu impact negativ asupra calității vieții, manifestându-se în special la persoanele tinere. Studiile contemporane confirmă tot mai convingător asocierea dintre migrenă și afectarea cerebrală. Prezentul studiu a demonstrat, că gradul de severitate motor este mai sever la pacienții, care au suportat accident cerebro-vascular suferinzi de migrenă, comparativ cu pacienții, care suferă de alt tip de cefalee sau fără cefalee.