

10. Alberti K.G. și al. *Harmonizing the metabolic syndrome* – a Joint Interim Statement of the International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention, National Heart, Lung, and Blood Institute; American Heart Association; World Heart Federation; International Atherosclerosis Society; and International Association for the Study of Obesity. În: *Circulation*, 2009, nr. 120, p. 1640-1645.

11. Chazova I., Almazov V., Shlyakhto E. *Moxonidine improves glycaemic control in mildly hypertensive, overweight patients: a comparison with metformin*. În: *Diabetes, Obesity & Metabolism*. 2006, vol. 8, nr 4, p. 456-465.

12. Ford E.S., Li C., Sattar N. *Metabolic syndrome and incident diabetes*. În: *Diabetes Care*, 2008, nr. 31, p. 1898-1904.

13. Grundy S. *Metabolic Syndrome Pandemic*. În: *Arteriosclerosis, Thrombosis and Vascular Biology*, 2008, nr. 28, p. 629-636.

14. Guidelines for the management of arterial hypertension: *The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC) 2007*. În: *European Heart Journal*, 2007, vol. 28, nr. 12, p. 1462-14536.

15. Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases: executive summary. *The Task Force on Diabetes and Cardiovascular Diseases of the European Society of Cardiology (ESC) and of the European Association for the Study of Diabetes (EASD)*. În: *European Heart Journal*. 2007, vol. 28, p. 88-136.

NEUROLUES CU DEBUT ATIPIC

Ecaterina Chiriac¹, Irina Bîcos¹, Mihail Gavriiliuc¹, Elena Manole¹, Olesia Odainic²
Catedra Neurologie USMF „Nicolae Testemițanu”¹, Institutul de Neurologie și Neurochirurgie²

Summary

Neurosyphilis with atypical onset

Neurosyphilis results from infection of the brain, meninges or spinal cord by *Treponema pallidum* and develops in about 25%-40% of persons who are not treated for syphilis. Some patients with neurosyphilis present with dementia with a progressive course, psychiatric symptoms and movement disorders. This atypical presentation of neurosyphilis is worthy of attention. Neurosyphilis should be part of the differential diagnosis of each patient showing cognitive deterioration and movement disorders. This article reports 3 rare cases of active neurosyphilis with dementia and movement disorders.

Rezumat

Neurosifilisul apare ca urmare a infectării encefalului, măduvei spinării și meningelor și se dezvoltă la aproximativ 25-40 % dintre bolnavii netratați în stadiile incipiente ale bolii. Unii pacienți cu neurosifilis se adresează la medic prezentând demență cu evoluție progresivă și tulburări motorii. Acest debut atipic al neurosifilisului merită atenția specialiștilor. Neurosifilisul necesită a fi în lista de diagnostic diferențial la fiecare pacient cu tulburări cognitive și motorii. În acest articol sunt prezentate 3 cazuri rare de neurosifilis activ ce s-au manifestat prin demență și tulburări motorii.

Actualitatea

Sifilisul este o maladie multisistemică cronică cauzată de *Treponema Pallidum*. Numărul cazurilor de sifilis a scăzut ca urmare a utilizării pe larg a penicilinelor și altor antibiotice. Totuși, importanța ei ca boala sexual transmisibilă persistă în țările în curs de dezvoltare [6].

Neurosifilisul apare ca urmare a infectării encefalului, măduvei spinării și meningelor și se dezvoltă la aproximativ 25-40 % dintre bolnavii netratați în stadiile incipiente ale bolii. Manifestările clinice ale neuroluesului sînt polimorfe, fiind divizate cu scop practic în precoce și tardive. Neuroluesul precoce include: afectarea meningovasculară, care se manifestă prin meningită și infarcte cerebrale [4], mielopatia acută și subacută, afectarea trunchiului cerebral și nervilor cranieni, patologia vestibulară și oculară. Neuroluesul tardiv include afectarea parenchimului encefalului și măduvei spinării, manifestîndu-se prin demență, paralizie generalizată progresivă, tabes dorsal, ataxie senzorială și tulburări sfincteriene [3].

Tulburările cognitive reprezintă una dintre manifestările neuroluesului tardiv. Totuși, tulburările cognitive moderate pot fi observate și în neuroluesul precoce [3]. Unii pacienți cu neurosifilis se adresează la medic prezentînd demență cu evoluție progresivă și simptome psihiatrice, precum depresia, mania și psihoza [2]. Medicul trebuie să suspecteze neurosifilisul, simptomele inițiale ale căruia sînt psihiatrice și mai puțin somatice sau neurologice, deoarece întîrzierea stabilirii diagnosticului corect și efectuării tratamentului corespunzător poate cauza simptome permanente și ireversibile [2].

În acest articol, prezentăm 3 cazuri de neurosifilis cu debut atipic prin tulburări cognitive, motorii și comportamentale fără a fi precedate de stadiile precoce ale bolii.

Cazul 1

Un bărbat, cu vîrsta de 37 ani, a fost internat în Institutul de Neurologie și Neurochirurgie, Chișinău, cu următoarele acuze: tremorul mîinilor, mai accentuat pe dreapta, mișcări coreice, dereglări de vorbire, diminuarea memoriei recente și atenției, lentoare în gîndire și acțiuni. Simptomele au debutat cu aproximativ jumătate de an anterior. A negat abuzul de alcool, consumul de droguri și expunerea la substanțe toxice. Nu a raportat alte boli în antecedente, iar anamneza eredo-colaterală a fost neagravată. Examenul somato-visceral – fără particularități.

Examenul neurologic a evidențiat următoarele: semnul Argyll-Robertson pe dreapta, dizartrie, semnele automatismului oral pozitive bilateral, hipertonus piramidal la membrele drepte, reflexele osteo-tendinoase exagerate, cu accent pe dreapta, dismetrie și tremor intenționat mai pronunțate pe dreapta, adiadocokinezie bilateral, semnele Kernig, Brudzinski inferior pozitive bilateral. MMS 16 puncte.

Hemoleucograma, urograma și analiza biochimică a sîngelui au fost fără devieri de la normă. Analiza lichidului cefalo-rahidian a evidențiat pleocitoza (165 celule, limfocite 72%) și proteinorahie (0.696 g/l). Testul HIV negativ. Testele pentru bolile Huntigton și Wilson au fost negative. Examenul serologic și LCR la sifilis au evidențiat RW 4+, TPHA IgG 4+.

Pacientul a fost tratat cu Benzilpenicilină sodică 20 mln UA/zi i/v timp de 14 zile cu regresia semnificativă a simptomelor.

Cazul 2

Un bărbat, cu vîrsta de 52 ani, a fost internat în Institutul de Neurologie și Neurochirurgie, Chișinău, cu următoarele acuze: vorbire incoerentă (ecolalie, „salată de cuvinte”), dezorientare în timp și spațiu. Maladia a evoluat progresiv, timp de un an. A negat abuzul de alcool, consumul de droguri și expunerea la substanțe toxice. Nu a raportat alte boli în antecedente, iar anamneza eredo-colaterală a fost neagravată. Examenul somato-visceral – fără particularități.

Examenul neurologic a evidențiat următoarele: dizartrie, ecolalie, semnul palmon-tonier pozitiv pe dreapta, reflexele osteo-tendinoase exagerate, simetrice, probele de coordonare cu dismetrie ușoară bilateral. MMS 9 puncte.

Hemoleucograma, urograma, analiza biochimică a sîngelui și examenul LCR fără devieri de la normă. Examenului serologic și LCR la sifilis au evidențiat RW 4+ , TPHA 4+, IgG 4+. Testul HIV negativ.

Pacientul a fost tratat cu penicilina 20 mln UA/zi i/v timp de 14 zile. Starea după tratament fără dinamică.

Cazul 3

Un bărbat, cu vârsta de 34 ani, a fost internat în Institutul de Neurologie și Neurochirurgie, Chișinău, cu următoarele acuze: diplopie, instabilitate la mers și dereglări de vorbire. Simptomele au debutat acut cu 3 zile anterior internării. Cu 2 zile anterior debutului bolii a utilizat alcool (bere 2 litri). Nu a raportat alte boli în antecedente, iar anamneza eredo-colaterală a fost neagravată. Examenul somato-visceral – fără particularități.

Examenul neurologic a evidențiat următoarele: strabism divergent la ochiul stâng, nistagmoid orizontal, nistagmus vertical, limitarea mișcărilor active ale ochiului stâng, convergența abolită. Dizartrie cerebeloasă. Semnul palmo-mentonier pozitiv bilateral. Reflexele osteo-tendinoase vii, simetrice. Probele de coordonare le execută cu dismetrie, disdiadocokinezie bilateral, instabil în poziția Romberg.

Hemoleucograma, urograma și analiza biochimică a sîngelui au fost fără devieri de la normă. Analiza lichidului cefalo-rahidian nu a evidențiat modificări patologice. Testul HIV negativ. Examenul serologic a evidențiat RW 4+, MRS 4+, TiE: Ig M 2+, Ig G 4+, TPHA IgG 4+. Examenul LCR a evidențiat: TPHA 2+, TIE Ig M 3+, Ig G 4+. Testul HIV negativ.

S-a indicat consultația dermato-venerologului pentru indicarea tratamentului specializat.

Discuții

Neurosifilisul este o maladie rar întâlnită în prezent. El poate mima numeroase maladii neurologice și psihiatrice, ceea ce demonstrează necesitatea unui examen clinic minuțios și efectuarea testelor serologice în astfel de cazuri. Toți pacienții prezentați nu au relatat despre niciun simptom caracteristic primelor două stadii ale sifilisului. Același fapt a fost raportat și de către Acarel et al [1]. Acest fenomen poate fi explicat prin schimbarea cursului natural al maladiei ca urmare a utilizării răspîndite a antibioticelor sau uitarea istoricului bolii de către pacient sau familia acestuia. Totuși, simptomele sifilisului sînt mai evidente în primul stadiu al bolii, doar 1-2 % dintre pacienții cu sifilis secundar fiind simptomatici [6].

Prezența tulburărilor de vorbire și de comportament, hipomnezia, dezorientarea temporo-spațială și rezultatele testului MMS argumentează diagnosticul de demență la pacienții descriși. Demența primară, cauzată de patologia degenerativă a sistemului nervos central a fost exclusă, aceasta avînd o evoluție mai lentă, iar la pacienții prezentați tulburările cognitive evoluînd pe parcursul unei perioade relativ scurte de timp (1 an). De asemenea, a fost exclusă demența relaționată cu infecția HIV, toți pacienții fiind HIV-negativi.

Primul pacient a prezentat și simptome extrapiramidale – tremor și mișcări coreice. La primii doi pacienți reflexele osteo-tendinoase au fost exagerate, iar la primul pacient a fost determinat și hipertonus muscular mai accentuat pe dreapta – semne ale atingerii piramidale. La toți pacienții s-a observat dismetria la efectuarea probelor de coordonare, iar la al III-lea pacient – dizartria, acestea fiind semne ale afectării cerebelului. De asemenea, al III-lea pacient a prezentat și tulburări oculomotorii. Au fost publicate mai multe articole care descriu tulburările motorii în cadrul neuroleuesului. Neil, încă în anul 1953 a prezentat un caz de neurosifilis ce s-a manifestat prin tremor, hipertonus muscular, dizartrie și ataxie, care au regresat considerabil ca urmare a tratamentului cu penicilină [5]. În alte două studii mai recente au fost raportate cazuri de neuroleues ce se manifestau prin tulburări motorii și simptome psihiatrice [7,8]. Infecția cu *Treponema Pallidum* poate cauza tulburări motorii prin afectarea vasculară și ischemia, invazia directă a spirochetelor și inflamația ganlionilor bazali, a cerebelului și mezencefalului [4,8].

Astfel, luînd în considerație tabloul clinic la cei 3 pacienți prezentați a fost posibilă stabilirea diagnosticului de *Neuroleues*. S-a observat dinamica pozitivă a stării primului pacient după tratamentul cu penicilină, ceea ce reprezintă un argument în plus în favoarea etiologiei sifilitice a tulburărilor sus-enumerate.

Concluzii

Neurosifilisul necesită a fi în lista de diagnostic diferențial la pacienții cu tulburări cognitive și motorii, fiind una dintre puținele demențe tratabile. Examenul serologic, analiza LCR și testele de evaluare a funcțiilor cognitive sînt instrumentele inerente stabilirii unui diagnostic corect și managementului adecvat ulterior.

Bibliografia

1. Acarel EE, Aslan IK, Karagoy N. HIV negativ norosifiliz olgu sunumu. Demans Dergisi 2002; 2:27-31
2. Keskin G, Sunter G, Midi I, Tuncer N. Neurosyphilis as a cause of cognitive decline and psychiatric symptoms at younger age. J Neuropsychiatry Clin Neurosci 2011; 23: E41-E42
3. Mehrabian S, Radoslavova M, Petrova E. Neurosyphilis presenting with dementia, chronic neuroretinitis and adverse reactions to treatment: a case report. Cases J, 2009; 2:8334.
4. Miklossy J. Biology and neuropathology of dementia in syphilis and Lyme disease. Handbook of Clinical Neurology, 2008; 89: 825-844.
5. Neil KG. An unusual case of syphilitic parkinsonism. Br Med J 1953; 2 (4831): 320-322.
6. Ozselek S, Erdem M, Uzun O. A Neurosyphilis Case Presenting with dementia. Dusunem Adam Psikiyatri ve Norolojik Bilimler Dergisi, 2011; 24: 145-148.
7. Sandyk R. Parkinsonism secondary to neurosyphilis. A case report. S Afr Med J 1983; 63:665-666
8. Shah B, Lang AE. Acquired Neurosyphilis presentind as movement disorders. Movement Disorders, 2012; 27: 690-695.
9. Spitz M, Maia FM, Gomes HR, Scaff M, Barbosa ER. Parkinsonism secondary to nerosyphilis. Mov Disord 2008; 23:1948-1949.
10. Tong ML, Lin RL, Huang SJ. Spectrum and characterization of movement disorders secondary to neurosyphilis. Parkinsonism and Related Disorders, 2013; 19: 441-445.

ICTUSUL ISCHEMIC LA ADULTUL TÎNĂR: RATA, FACTORI DE RISC, EVOLUȚIE ȘI DIFICULTĂȚI DE DIAGNOSTIC ETIOLOGIC Elena Costru-Tașnic¹, Ecaterina Chiriac¹, Mihail Gavriliuc¹, Olesia Odainic², Elena Manole¹, Ana Cucereavî¹

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

Summary

Ischemic stroke in young adults: rate, risk factors, evolution and etiological diagnosis difficulties

Ischemic stroke is not common in population of the young adults (<50 years) but when it occurs, clinical features and evaluation strategies are rather different from adult patients in the usual stroke age group. Our study included a retrospective analysis of 225 patients with ischemic stroke, including 33 patients aged ≤ 50 years (14.6%) and 192 (85.3%) aged >50 years. Heart diseases, carotid pathology and hypertension were the main risk factors for stroke in old patients. Smoking and rheumatic heart disease were the most frequent risk factors for ischemic stroke in young patients.

Rezumat

Ictusul ischemic cerebral (IIC) nu este un fenomen frecvent întîlnit în cadrul populației adulților tineri (<50 ani), însă cînd are loc, particularitățile clinice și strategiile de diagnostic ale