

GHID DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT ÎN NEUROLOGIA PEDIATRICĂ

Prof. Dr. Ileana Benga, Dr. A. Cristea, Dr. Mihaela Vințan

Editura Medicală Universitară „Iuliu Hațieganu“, Cluj-Napoca (2006) prezintă „*Ghid de diagnostic și tratament în Neurologia Pediatrică*“, lucrare realizată de prof. dr. Ileana Benga și doi colaboratori ai săi – dr. Alexandru Cristea și dr. Mihaela Vințan.

Pe parcursul a 200 de pagini se prezintă în mod unitar un „Ghid de diagnostic și tratament în Neurologia Pediatrică“, într-o sinteză de deosebită valoare teoretică și științifică, de maxim interes pentru procesul de învățământ și de asistență neurologică a copilului.

Lucrarea este structurată în 12 capitole și cuprinde o serie de probleme de mare importanță clinică: epilepsiile copilului și adolescentului, manifestările critice neepileptice, cefaleea, migrena, paralizii cerebrale, sindromul de hipertensiune intracraniană la copil, neuropatiile periferice, miopatiile, miastenia, bolile musculare miotonice, amiotrofiile spinale progresive, accidentele vasculare cerebrale.

CAPITOLUL 1 – EPILEPSIILE COPILULUI ȘI ADOLESCENTULUI

Autor: prof. dr. Ileana Benga

Se dezvoltă întreaga epileptologie actuală cu o finalitate concretă în diagnosticul dificil al epilepsiilor copilului și deciziile terapeutice atât de greu de luat. Se observă concizia și rigoarea în toate subcapitolele ce urmează: definiție și generalități; epidemiologie; diagnosticul; clasificarea crizelor epileptice; etapele în diagnosticul epilepsiei (anamneză, examen clinic general, examen neurologic, examen psihic, evaluare psihologică, electroencefalografie, alte investigații de laborator specifice fiecărui pacient); diagnosticul tipului de criză; investigațiile imagistice; sindroamele epileptice; convulsiile și epilepsiile neonatale; convulsiile și epilepsiile sugarului; epilepsiile copilului și adolescentului; tratamentul epilepsiei la copil; stările de rău epileptic. Citind acest magistral capitol de epileptologie modernă, care te atrage prin conținutul său atât de biologizant și legat de o realitate clinică indubitabilă, într-o

interpretare care acoperă întregul spectru al neuroștiințelor ce atacă domeniul epileptologiei, se observă convingerea autoarei – Dna prof. dr. Ileana Benga – ce rezultă dintr-o experiență proprie.

În finalul acestui capitol sunt expuse: principiile de tratament în epilepsie, medicamentele antiepileptice, inclusiv a celor mai noi, monoterapia (cu prezentarea unor ghiduri – NIH – pentru crizele focale, generalizate precum și a diverselor sindroame epileptice posologia MAE la copil) și politerapia (insistându-se asupra situațiilor când aceasta este indicată). Se fac referiri la principalele mecanisme de acțiune ale MAE, asupra combinațiilor de MAE ce pot agrava anumite sindroame epileptice, a efectelor adverse și a duratei terapiei și a modului de întrerupere a MAE.

Sunt prezentate, de asemenea, metodele terapeutice mai rar utilizate: dieta cetogenă – eficace în anumite forme de epilepsie rezistente la MAE și terapia chirurgicală, indicată la pacienții cu crize parțiale rezistente la MAE, de obicei legate de leziuni structurale, scopul fiind înlăturarea focarului – locul de origine al crizelor.

CAPITOLUL 2 – MANIFESTĂRI CRITICE NEEPILEPTICE

Autor: prof. dr. Ileana Benga

Sunt prezentate:

- Convulsiile febrile (CF): definiție (în prezent unii autori au coborât vârsta inițială de survenire a CF la o lună); caracteristici clinice (CF simple, CF complexe); evaluarea copilului cu o primă criză de CF simple (CFS), riscul de recurență și atitudinea terapeutică, evaluarea copilului cu CF complexe (CFC), atitudinea terapeutică, riscul de apariție ulterioară a epilepsiei, tipurile de epilepsie precedate de CF (sindromul CF plus epilepsii parțiale, sindromul Dravet – epilepsia mioclonică severă a copilului mic), sindromul HHE (hemiconvulsii, hemiplegie, epilepsie), epilepsia temporală farmacorezistentă prin scleroză meiotemporală (SMT).
- *Apneea nou-născutului, mioclonusul neonatal benign, tremurăturile nou-născutului, crizele de*

*tremurături ale sugarului, hiperekplexia, atacuri de „fiori“ – de „înfiorare“, stările disease (maladia tresărilor excesive), distonia paroxistică a sugarului, distonia paroxistică a privirii în sus, mioclonusul benign al sugarului, sindromul Sandifer (torticolis, laterocolis asociat cu refluxul gastroesofagian), distonia cu variații diurne dopa-sensibilă, ataxiile acute tranzitorii (tipul 1 cu transmitere ereditară dominantă sau X-linkată – cu anomalie genică situată pe cromozomul 12q13, cu locusul mutației KCNA₁, corespunzător canalului de potasiu; tipul 2 de ataxie tranzitorie, cu evoluție recurentă, cu ereditate autozomal dominantă, la care MRI poate pune în evidență o atrofie cerebeloasă – este o boală a canalului de calciu, cu anomalie genică localizată pe cromozomul 19q13 și acest tip de boală răspunde favorabil la terapia cu acetazolamidă sau cu flunarizină, un blocant al canalului de calciu). În același cadru al tulburărilor paroxistice ale mișcării sunt trecute în revistă: *masturbația, mișcările rituale stereotipe – spasmus nutans, jactatio capitis nocturna și stereotipiile de veghe* (clătinarea de pagodă).*

- În cadrul paroxismelor cerebrale nonconvulsivante se prezintă, de asemenea, *sincopa (sincopa vaso-vagală, sincopa cardiacă – sindromul QT prelungit – cu cele 2 forme familiale: sindromul Romano-Ward, sindromul Jervell și Lange-Nielsen), sick sinus syndrome – sincopa de etiologie metabolică (sincopa hipoglicemică, hipocalcemică, în evoluția anemiei, hemoragiilor, hemoglobino-patiilor, bolii hemolitice, deficitului de fier, scăderea presiunii parțiale a dioxidului de carbon, secundar hiperventilației); sincopa convulsivantă, sincopa reflexă (sincopa situațională) caracteristică sugarilor sau copiilor cu spasm al hohotului de plâns (forma cianotică), sincopa produsă de medicamente (după utilizarea de neuroleptice, medicamente antiaritmice, droguri – cocaină și marihuana), alcool. Se continuă cu *sincopa psihogenă, sincopile induse prin manevra Valsalva, sincopa din forma severă de hiperekplexie* (maladia tresărilor excesive) precipitată de stimuli instalați brusc.*
- În același cadru al manifestărilor paroxistice cerebrale neepileptice sunt discutate: *tetania (laringospasm, spasm carpo-pedal); manifestările paroxistice cerebrale neepileptice cu tulburări predominant motorii: coreoatetoza paroxistică nonkinesigenică, coreoatetoza paroxistică kinesigenică* (crize declanșate de o mișcare bruscă după o perioadă de repaus sau după somn, traduse prin tresăriri bruște, stări de excitație, crize

diskinetice, posturi distonice, coreoatetoza, mișcări balistice unice sau în combinație cu alte diskinezii); distonia paroxistică; ticurile; *mișcările anormale ale capului asociate cu tulburări vizuale.*

- În continuare, sunt trecute în revistă: *tulburările paroxistice de somn (pavor nocturn; terore nocturne/coșmarurile, ce apar în cursul somnului REM – somnul cu mișcări oculare rapide; miolo-niile nocturne fiziologice; sindroamele de hiper-somnie/narcolepsie, cataplexia, halucinațiile hipnagoge, paralizia de somn – asocieri ce constituie sindromul Gélineau.*
- În cadrul manifestărilor paroxistice neconvulsivante sunt prezentate în continuare: *atacul de panică și hiperventilația, criza de furie, crizele psihogene, pseudocrizele/reacții de conversie pseudoepileptice* sau de simulare deliberată a crizelor.

În toate situațiile de manifestări paroxistice neconvulsivante diferențierea de manifestările epileptice poate fi uneori dificilă; o anamneză completă asociată cu un examen clinic minuțios, iar în caz de dubiu asocierea cu înregistrarea EEG sau cu înregistrări video-EEG a crizelor sunt necesare pentru stabilirea diagnosticului.

CAPITOLUL 3 – CEFALEEA

Autor: dr. Alexandru Cristea

Se prezintă didactic: definiția, importanța medico-socială, criteriile de diagnostic (simptome și semne clinice la sugar, copil mic și copilul mare), explorările diagnostice (în funcție de orientarea clinică preliminară) fără nici o investigație sau în cazurile de suspiciune a unor cauze: sindrom meningean, HIC, disecția de arteră cervicală, sinuzita, afecțiuni oftalmologice – glaucom, algii faciale, nevralgie Arnold, cefalee occipitale, infecții și/sau patologii sistemice, efectuarea unor investigații adecvate – CT-scan, IRM cerebral, angio-IRM, examen ORL, examen oftalmologic, radiografie de coloană cervicală, EEG, o serie de investigații biologice sanguine, investigații renale, cardiovasculare...

În continuare este prezentată atitudinea terapeutică (obiective terapeutice, tratament prespitalicesc, criterii de internare, tratamentul în spital (medicamentos, psihoterapie, consiliere psihologică, tratament oftalmologic, ORL, stomatologic, remedii homeopate, kinetoterapie, în raport cu etiologia cefaleei.

Capitolul 3 se încheie cu dispensarizarea pacientului cu cefalee și sarcinile medicului de familie

în urmărirea și luarea măsurilor adecvate fiecărui caz.

CAPITOLUL 4 – MIGRENA

Autori: prof. dr. Ileana Benga, dr. Alexandru Cristea

Considerată ca cea mai frecventă tulburare paroxistică neepileptică la copil, migrena este o boală neuro-vasculară ereditară, cu mod de transmitere autozomal dominant, cu mecanism etiopatogenic imperfect înțeles.

Autorii trec în revistă: migrena clasică (migrena cu aură), migrena comună (migrena fără aură), migrena complicată (forma hemiplegică, oftalmoplegică, migrena arterei bazilare, migrena cofuzională, migrena fără hemicranie și forme atipice de migrenă (sindroame periodice) în cadrul cărora sunt discutate migrena abdominală (vărsăturile ciclice) și echivalentele migrenoase (dureri abdominale, febră ciclică, dureri ciclice ale membrelor inferioare, dureri paroxistice ale toracelui, vertijul paroxistic benign, sindromul „Alice în țara minunilor“, torticolis-ul paroxistic benign, hemiplagia alternantă a sugarului).

Capitolul privind migrena se încheie cu tratamentul: obiective terapeutice; tratamentul prespitalicesc; criteriile de internare și dirijare; tratamentul în spital (tratamentul crizei migrenoase); tratamentul profilactic (utilizarea la alegere de antihistaminice, beta-blocante, antidepressiv triciclice, anticonvulsivante, blocanți ai canalelor de calciu); tratamente alternative nemedicamentoase (terapie de relaxare asociată cu *biofeedback*, susținere psihologică, acupunctură, remedii homeopate); dispensarizare (monitorizarea efectului sau a reacțiilor adverse, măsuri de încadrare a pacientului în școală, familie și societate).

CAPITOLUL 5 – PARALIZIILE CEREBRALE

Autori: prof. dr. Ileana Benga, dr. Mihaela Vințan

Autorii prezintă o problemă de mare importanță în pediatrie, medicii pediatri fiind frecvent confrunțați cu această entitate ce reprezintă principala cauză de dizabilitate care afectează dezvoltarea somatică și neuro-psihică în copilărie.

Autorii trec în revistă:

- *etiologia paraliziiilor cerebrale (PC)*, care este multifactorială (*factorii prenatali* – care reprezintă 70-80% din PC, *factorii perinatali* – cauze vasculare – hipoxie-ischemie, metabolice, infecțioase sau traumatice, ce reprezintă 25% dintre sugarii cu encefalopatie neonatală și *factorii*

postnatali – infecții, traumatisme cranio-cerebrale, coagulopatii, hemoragii intracraniene – ce reprezintă sub 10% dintre cazurile de PC;

- *semnele clinice comune ale PC*, indiferent de tipul de PC, obținute prin: anamneză, examenul clinic cu accent pe examenul neurologic, simptome asociate PC, investigații paraclinice (studii metabolice și genetice, o serie de examene biochimice) investigații imagistice (EFF; CT-san, IRM), alte investigații (EEG, EMG, potențiale evocate vizuale, auditive, somestezice), teste psihologice;
- *forme clinice de PC* – forme spastice (hemiplegia congenitală, diplegia spastică, triplegia spastică, tetraplegia spastică) ce reprezintă 70-80% dintre cazuri, forme diskinetice și distonice ce reprezintă 10-15% dintre cazuri și forme ataxice reprezentând 10-15% dintre cazurile de PC.

În continuare se prezintă: *diagnosticul diferențial al PC, tratamentul PC* (obiective, fiziokineto-terapia, terapia de stimulare multisenzorială, terapia ocupațională, terapia logopedică, terapia recreațională, terapia complicațiilor și a problemelor asociate, terapia chirurgicală, terapia medicamentoasă – mio-relaxantă, neuroborante, antidiskinetice, tratamentul cu toxină botulinică în formele spastice); *prevenirea PC* (supravegherea atentă a sarcinilor, îmbunătățirea îngrijirilor pre- și perinatale). Capitolul se încheie cu orientarea școlară și profesională a copiilor cu PC și prognosticul PC.

Descrierea principalelor entități și intervențiile de ordin terapeutic cu un accent special asupra evaluării handicapului motor, a altor manifestări asociate, orientează practicianul în limitarea consecințelor acestor aspecte patologice.

CAPITOLUL 6 – SINDROMUL DE HIPERTENSIUNE INTRACRANIANĂ (HIC) LA COPIL

Autor: dr. Alexandru Cristea

Se trec în revistă didactic: definiția; importanța medico-socială, ca urgență medico-chirurgicală; criteriile de diagnostic (simptome și semne clinice esențiale – semne de HIC compensată, semne de decompensare a HIC, simptome și semne clinice particulare la sugar); explorări diagnostice; forme clinice și complicații; atitudinea terapeutică – principii generale, tratamentul prespitalicesc, criteriile de internare și dirijare, tratamentul în spital (tratament de urgență al edemului cerebral acut sever, tratamentul „angajării“ cerebrale, tratamentul neuro-chirurgical al HIC, tratamentul HIC benigne) dispensarizare (sarcinile medicului de familie).

Acest capitol reprezintă un excelent ghid de orientare terapeutică pentru serviciile de terapie intensivă a copilului.

CAPITOLUL 7 – NEUROPATIILE PERIFERICE

Autor: dr. Alexandru Cristea

Ca și în celelalte capitole sunt prezentate „up-to-date“, în mod didactic: definiția neuropatiilor periferice; criteriile de diagnostic (simptome sensitive, simptome motorii, semne clinice – motorii, sensitive, neurovegetative); explorările diagnostice (examene neurofiziologice, examenul LCR, biopsia nervului afectat); diagnosticul diferențial (în formele predominant motorii și în formele predominant sensitive); diagnosticul etiologic; forme clinice din punct de vedere etiologic (poliradiculonevrite acute inflamatorii – sindromul Guillain-Barré –, boala Lyme, porfirii, botulism, difterie; polineuropatii subacute – polinevritele, multinevritele –, polineuropatii cronice (câștigate și ereditare); atitudinea terapeutică (obiective, tratamentul prespitalicesc și în spital, dispensarizare).

CAPITOLUL 8 – MIOPATIILE

Autor: dr. Alexandru Cristea

Se prezintă „la zi“:

- *definiția*; importanța medico-socială a miopatiilor, a căror incidență și prevalență este variabilă pentru fiecare formă în parte; criteriile de diagnostic: *sindromul miogen* asociat cu o serie de manifestări – cardiace – inconstant, respiratorii, re-tracție tendinoasă, hipertrofie a moleților, dureri musculare, crampe la efort, rabdomioliză, miotonie – în maladiile Steinert și maladia Thomsen –, cataractă, diabet, surditate, hipotonie neonatală; *explorări paraclinice* – sanguine – studiul enzimelor musculare; EMG; biopsie musculară; proba de efort; imagistica musculară – CT-scan musculară, IRM musculară; evidențierea anomaliilor genei în afecțiunile musculare de origine genetică; alte explorări pentru diagnosticul prenatal posibil;
- *forme etiologice de miopatii*: distrofii musculare progresive (boala Duchenne, boala Becker, boala Emery-Dreyfuss, miopatia facio-scapulo-humerală Landouzy-Déjerine, distrofia musculară a centurilor – forma Leyden-Moebius, cu afectarea inițială a centurii pelviene și forma Erb – mai rară, cu afectarea inițială scapulară); distrofii musculare congenitale; miopatii congenitale; miopatii metabolice (în glicogenoza musculară, mitocondropatii, miopatii lipidice); miopatii medicamentoase (induse de statine și fibrați, clorochină și colchicină, antiretrovirale, corticoizi cu acțiune prelungită), miopatii endocrine (în hipertiroidie, hipotiroidie, afectare a suprarenalelor, tulburări ale metabolismului vitaminei D și a calciului, în

- hiperparatiroidie, osteomalacie), miopatii inflamatorii primitive (dermatiomiozita, polimiozita).
- atitudinea terapeutică.

CAPITOLUL 9 – MIASTENIA

Autor: dr. Alexandru Cristea

Se prezintă o entitate, din nefericire cu evoluție severă, de unde denumirea de „*miastenia gravis*“. Ca și în celelalte capitole se prezintă această entitate „up-to-date“, didactic: *definiția bolii* (boală imunologică determinată de blocajul receptorilor pentru acetilcolină de la nivelul plăcii motorii prin anticorpi antireceptor de acetilocolină), *importanța medico-socială, criteriile de diagnostic* (simptome și semne clinice esențiale, examenul clinic, *explorările paraclinice* – în scop diagnostic și ca examinări de bilanț); *diagnosticul pozitiv și diferențial; evoluția* (neregulată și imprezvizibilă, în patru stadii: forma benignă, localizată la un grup muscular, ocular în general, forma generalizată, miastenia gravă și forma gravă cu evoluție progresivă); *atitudinea terapeutică* (obiective, tratament prespitalicesc, criterii de internare în spital, tratament simptomatic, tratamentul etiologic – timectomie, imunosupresoare, plasmafereză, imunoglobuline i.v., asistență ventilatorie în criza miastenică); *dispensarizare și sarcinile medicului de familie*.

CAPITOLUL 10 – BOLILE MUSCULARE MIOTONICE

Autor: dr. Alexandru Cristea

Sunt trecute în revistă didactic și „up-to-date“ bolile musculare miotonice. Se prezintă:

- *definiția* (anomalie a decontractiei musculare după o contracție, mușchiul fiind sediul unei contracții active și prelungite care se opune relaxării sale);
- în grupul bolilor musculare miotonice sunt trecute în revistă: distrofia miotonică progresivă Steinert; miotonia congenitală dominantă Thomsen; miotonia congenitală recesivă Becker, paramiotonia congenitală Eulenburg, afecțiuni cu pseudomiotonie (forma centrală – sindromul omului rigid, forma periferică – boala Schwartz-Jampel, paralizii periodice – forma hiperkaliemică – adinamia Gamstrop –, forma hipokaliemică – boala Westphal. După un plan didactic de prezentare, întâlnită în toate entitățile expuse, sunt trecute în revistă, la fiecare dintre afecțiunile din grupul bolilor musculare miotonice: criteriile de diagnostic, explorările diagnostice, atitudinea terapeutică, dispensarizarea.

CAPITOLUL 11 – AMIOTROFIILE SPINALE PROGRESIVE

Autor: dr. Alexandru Cristea

Și în acest capitol, „Amiotrofiile spinale progresive“, se remarcă, pe lângă prezentarea didactică și larga cuprindere a patologiei neuropediatrice, o informare „la zi“ și în același timp o pregătire deosebită în domeniul practicii neuropediatrice, rezultat al unei experiențe personale realizate într-o clinică de neuropediatrie „de vârf“.

Capitolul 11 este prezentat ca și precedentele după un plan didactic, care oferă posibilitatea receptării datelor expuse de către cititori – studenți, rezidenți, medici pediatri și neuropediatri.

Se trec în revistă:

- definiția – boli genetice cu transmitere autozomal recesivă, caracterizate prin afectarea degenerativă a motoneuronilor din coarnele medulare anterioare, ce evoluează cu paralizii și „slăbiciune“ musculară la copil și adolescent.
- Criteriile de diagnostic: simptome și semne clinice esențiale – separat în tipul I – amiotrofia spinală infantilă progresivă Werding-Hoffmann, tipul II – amiotrofia spinală intermediară, tipul III – amiotrofia spinală juvenilă Kugelberg-Welander, tipul IV – amiotrofia spinală la adult;
- Explorările paraclinice: EMG, biopsie musculară, enzime musculare – CPK, studiul ADN care înlocuiește explorările invazive (biopsia musculară și EMG), evidențierea deleției genei SMN (*survival motor neuron*), a genei NAIP (*neuronal apoptosis inhibitory protein*) precum și a genei P₄₄ localizată pe cromozomul 5 (5q11-q13).
- Diagnosticul antenatal prin puncția trofoblastului, efectuată la 10 săptămâni de amenoree, analiza lichidului amniotic efectuată între a 3-a și a 4-a lună de sarcină;
- Atitudinea terapeutică (expusă pe larg);
- Terapii de viitor: terapia chimică – administrarea de factori neutrofici, terapia celulară – introducerea pe țesut muscular de celule sănătoase (celulele satelit) pentru a suplini funcția celulelor afectate, terapia genică – cu modificarea genei responsabile de boală și înlocuirea ei cu o genă sănătoasă în toate celulele afectate.

Capitolele 8, 9, 10 și 11 prezentate de **dl. Dr. Alexandru Cristea** oferă cititorilor elemente clinice și paraclinice de orientare a diagnosticului către o maladie neuromusculară, respectiv către principalele afecțiuni neuromusculare cronice (miopatii, miastenii, afecțiuni miotonice, amiotrofii spinale).

CAPITOLUL 12 – ACCIDENTELE VASCULARE CEREBRALE

Autor: dr. Alexandru Cristea

Problemă de mare importanță prin caracterul de urgență majoră pediatrică, accidentele vasculare cerebrale (AVC) reprezintă o dezvoltare rapidă de semne clinice localizate sau globale de disfuncție cerebrală cu simptome ce depășesc 24 de ore, putând conduce la deces, fără altă cauză aparentă, cu excepția originii sale vasculare. Sinonime: „atac cerebral“, „apoplexie“, „stroke“.

Autorul atrage atenția de la început că AVC trebuie distins de accidentul ischemic tranzitor (AIT), definit ca „pierderea brutală a funcțiilor cerebrale sau oculare, durând sub 24 de ore, cauza pusă în disfuncție fiind o embolie sau o tromboză vasculară. AIT anunță deseori un AVC.

AVC cuprinde anomalii clinice secundare unei leziuni anatomice a unuia sau mai multor vase cerebrale.

Autorul trece în revistă:

- importanța medico-socială a problemei
- criteriile de diagnostic: simptome și semne clinice (tabloul clinic în AVC hemoragic); semne clinice generale și la examenul obiectiv pe aparate; explorările diagnostice (ecografice, CT-scan, IRM, angiografie, la care se adaugă radiografia toracică, scintigrafia cerebrală, puncția lombară (discutată – aduce informații reduse fiind potențial periculoasă), EEG, ECG classic și ECG Holter, studii toxicologice, diverse examene sanguine (bilanț hematologic, biochimic, bacteriologic).
- În cazuri speciale se pot adăuga și alte teste sanguine: determinarea homocisteniei, anticorpilor antinucleari, lipemia, colesterolul, trigliceride, lipoproteine, electroforeza proteinelor serice, electroforeza hemoglobinei, testul de sicklizare;
- formele clinice etiologice: infarctul cerebral arterial, infarctul cerebral venos, accidentele vasculare hemoragice prin transformarea hemoragică a unui infarct ischemic, ruperea unor malformații arterio-venoase, anevrismul venei Galen, anevrisme arteriale, angioame cavernoase;
- atitudinea terapeutică/măsuri generale; tratamentul medical al complicațiilor neurologice (al HIC, crizelor epileptice); măsuri pentru protejarea neuronilor din zona de ischemie potențial re-

versibilă; antagoniști ai receptorilor N-metil-D-aspartat, antagoniști ai glicinei, blocați ai calciului, „măsurători ai radicalilor acizi“, agenți antiinflamatori, roborante cerebrale; susținerea psihologică pentru pacienți și familie; tratament specific anticoagulant în infarctele arteriale (heparină cu greutate moleculară mică, în doză de 0,5 mg-Kg subcutanat la 12 ore, sub controlul parametrilor coagulării; antiagregante plachetare (aspirina), urokinaza și streptokinaza (nerecomandate la copil), tromboliza cu activator tisular recombinant al plasminogenului (rtPA) (discutabilă după unii autori la copii)

- tratamentul anticoagulant în infarctele venoase (heparină cu greutate moleculară mică, warfarină (antivitamina K) *per os* (0,2 u/kg/zi, doză ce se va adapta ulterior pentru a obține INR (*International normalized ratio*) între 2-3 timp de 3 luni
- tratamentul chirurgical în hemoragiile cerebrale prin ruperea malformațiilor arterio-venoase, anevrismelor arteriale și angioamelor cavernoase, urmat de măsuri de terapie intensivă, tratamentul complicațiilor și tratamentul recuperator.

Capitolul 12 se încheie cu tratamentul recuperator al accidentelor vasculare cerebrale: kineto-fizio-terapie, hidroterapie, aparate ortopedice, la nevoie cărucior rulant; combaterea spasticității, recuperarea integrării senzoriale (văz, auz); reabilitarea vorbirii și limbajului (logopedie); reabilitarea tulburărilor comportamentale și a disfuncțiilor cognitive prin măsuri psiho-pedagogice adecvate; medicație roborantă (lecitină, vitamine).

CONCLUZII

Analizând această valoroasă lucrare – *Ghid de diagnostic și tratament în Neurologia Pediatrică* – se poate conchide:

- lucrarea abordează teme de mare importanță în neurologia pediatrică, în primul rând epilepsiile copilului și adolescentului, manifestările critice neepileptice, paraliziiile cerebrale, accidentele vasculare cerebrale, ca și alte teme, de asemenea importante, ca: sindromul de hipertensiune intracraniană, cefaleea, migrena, neuropatiile periferice, miopatiile, miastenia, miotoniile, amiotrofiile spinale progresive;
- lucrarea este rezultatul unei documentări *up-to-date* a literaturii neurologice asociată cu o experiență de excepție în domeniul didactic și științific, ca și în rezultatele practice în domeniu;
- abordarea temelor prezentate are caracter exhaustiv;
- se observă rigoarea și concizia în toate temele prezentate;
- satisface nevoile de documentare și cunoaștere ale specialiștilor de vârf din asistența medicală, din învățământ și cercetare, dar e de mare folos și celor ce lucrează în asistența primară;
- este un „ghid“ de bază pentru formarea medicilor specialiști neuropediatri;
- impresionează nu numai prin bogăția informațiilor, dar și prin claritatea expunerii și prin aceea că „afirmațiile“ sunt „trăite“ de autori la patul copilului bolnav.

Prof. dr. Valeriu Popescu