

## PARTICULARITĂȚILE CLINICE ȘI PARACLINICE ALE PARALIZIILOR CEREBRALE FORMELE SPASTICE LA COPII

*Hadjiu Svetlana*, dr. în medicină, conf. univ.,  
*Elena Rusu, Angela Jelihovschi,*  
*Rodica Bubușca*, rezidenți,  
USMF “Nicolae Testemițanu”

### Actualitatea temei

Paralizia cerebrală (PC) reprezintă una dintre cele mai complicate probleme în domeniul neuropediatriei și este o stare sechelară a unor procese de afectare a creierului în perioadele antenatală, intranatală sau postnatală. PC reprezintă o povară pentru societate și nu a putut fi eliminată în ciuda progreselor realizate în medicină [1, 2, 7].

Creșterea numărului supraviețuitorilor proveniți din prematuri cu risc crescut pentru această patologie a avut ca efect majorarea numărului de cazuri de PC, în special a diplegiei spastice. Eforturile de prevenire a apariției leucomaladiei periventriculare sunt pe cale de a duce la scăderea ratei PC la copiii născuți prematur, la începutul celui de al treilea trimestru de gestație. Toate eforturile pentru prevenirea PC vor trebui concentrate asupra factorilor și evenimentelor care au loc în cursul sarcinii și travaliului [4, 7].

Se estimează că peste 100.000 de americani sub vârsta de 18 ani prezintă un grad de „dizabilitate” neurologică atribuită PC [6]. În Franța și în Anglia, 25% din pacienții cu PC au un deficit motor important, fiind incapabili să meargă singuri și 30% prezintă retard mental [1, 5, 6].

Mulți dintre copiii cu PC au avut un istoric de travaliu prelungit, de naștere prematură sau de prezentație pelviană și au manifestat comă și convulsii în primele zile de viață [6].

Prevalența PC (forme medii și severe) este de 1,5-2,5 la 1000 de nou-născuți vii, mai ridicată în țările în curs de dezvoltare. Alte statistici prezintă următoarele date: 7 cazuri la 100.000 de locuitori și 1,3 cazuri la 1000 de nașteri [6].

În Republica Moldova invalidizarea psihoneurologică este în creștere și cauzele sunt multiple: factorul ecologic, socioeconomic, nivelul de cultură medicală a populației scăzut. Este cunoscut (conform datelor MS RM) că în Republica Moldova la 1000 de nou-născuți sunt 2,5-5,9% cu deficiențe neurologice. Pe când în țările dezvoltate această realitate constituie 1,5 - 2,5% la 1000 de nou-născuți.

Scopul studiului a fost aprecierea particularităților

lor clinice și determinarea dimensiunii examinărilor paraclinice în PC formele spastice la copii.

### Materiale și metode de cercetare

Studiul a fost efectuat în anii 2010-2011 pe un lot de 105 copii cu diferite forme de PC, aflați la tratament în staționar în secțiile de neurologie ale IMSP ICȘDOSMC. Au fost selectați 76 de copii (32 - fete, 44 - băieți) cu diferite forme spastice de PC. Vârsta copiilor incluși în studiu a fost cuprinsă între 6 luni și 3 ani. Programul de investigații a inclus examenul clinico-neurologic complex și suplimentar: neurosonografie (NSG), electroencefalografie (EEG), tomografie computerizată (TC) și rezonanță magnetică nucleară cerebrală (RMN).

### Rezultate obținute

Cei 76 de copii incluși în studiu au fost repartizați după formele clinice de PC (*tabelul 1*):

Tabelul 1

#### *Repartiția pacienților cu PC după formele clinice*

Formele clinice de PC	diplegie spastică	tetraplegie spastică	forma hemiple-gică	para-plegie spastică
Nr. pacienți	14	25	20	17

În urma analizei loturilor de pacienți s-a conchis că prevalența formelor spastice ale PC este: 32,9% pentru tetraplegia spastică, 26,3% - forma hemiple-gică, 22,4% - paraplegia spastică, 18,4% - forma diplegică (*tabelul 1*). Astfel, printre formele spastice de PC predomină tetraplegia spastică, după care urmează diplegia spastică.

Tabelul 2

#### *Cele mai frecvente manifestări clinice întâlnite la copiii cu PC*

Manifestările clinice	Nr. pacienți	%
Afectare motorie (deregări de tonus muscular și reflexe, reținerea susținerii capului, șezutului, sprijinului etc.)	76	100
Retard în dezvoltarea psihică	41	54%
Retard verbal	9	12%
Crize epileptice	44	59%

Urmărind datele din *tablelul 2*, observăm că incidența manifestărilor clinice reflectă datele din literatură și că afectarea motorie este un criteriu obligatoriu și definitoriu al PC. Conform studiului efectuat, în diplegia spastică deregările motorii se întâlneau frecvent și s-au caracterizat prin: creșterea tonusului muscular, spasticitate, contracturi, reflexe osteotendinoase exagerate, posturi vicioase. La vârsta de sugar deregările motorii erau reprezentate prin semne indi-

recte de retard în dezvoltarea motorie: reținere în dezvoltarea abilităților motorii; absența susținerii capului sau prin caracterul său imperfect – 57 copii (75%), nu puteau sta în șezut 66 copii (86,8%), dereglări de mers sau mers spastic – 71 copii (93,4%).

Analizând datele din studiul efectuat, am determinat că 65 copii au manifestat retard în dezvoltarea psihică, 42 erau cu retard verbal (alalie, dizartrie).

Crizele epileptice s-au întâlnit în mai mult de 50% la copiii cu PC (conform datelor studiului nostru) și mai frecvent în formele tetraplegie spastică și forma hemiplegică.

Este important de a investiga copiii cu PC prin examenele NSG, TC, RMN cerebrală, pentru a identifica cauza PC. Printre copiii suspecti pentru PC la examenul efectuat prin NSG (pe parcursul primului an de viață) am depistat la 38 (50%) copii următoarele tablouri neurosonografice: hemoragii intracraniene de diverse localizări (17 copii), malformații intracraniene (11 copii), hidrocefalii (10 copii).

La examenul TC și RMN cerebrală au fost diagnosticate diferite modificări organice la 43,42% (33 copii): chisturi intracraniene cu diverse localizări și de diferite dimensiuni (9 copii), atrofie difuză a scoarței cerebrale (9 bolnavi), calcinate difuze multiple (8 copii), anomalii congenitale (7 pacienți).

### Discuții

Paralizia cerebrală constituie o stare sechelară a unor procese de afectare a creierului ce apar în perioadele ante-, intra- și postnatală, de obicei pe fundalul suferințelor perinatale, și se caracterizează prin tulburări piramidale, extrapiramidale, psihoverbale pe parcursul primului an de viață [1, 2]. Conform datelor din literatură, formele spastice ale PC se întâlnesc în mai mult de 50% cazuri (date confirmate și în studiul prezent).

Clasificarea PC „conform Clasificației Internaționale a Maladiilor” din anul 1983, revizuită în anul 1993, este redată în tabelul 3.

În literatură se descrie că PC sunt datorate factori-

lor ce afectează SNC în perioada anti-, peri-, postnatală. *Factorii ce intervin anterior sarcinii* sunt: insuficiența fetală în anamneză, cicluri menstruale lungi; *factorii ce intervin în timpul sarcinii*: nivelul de viață socioeconomic scăzut, malformații congenitale, retard al creșterii fetale, sarcină gemelară, prezentație fetală anormală [3,6]; *factorii ce intervin în cursul travaliului și expulziei*: dezlipirea prematură a placentei, inflamația cordonului ombilical sau a membranelor amniotice, asfixia la naștere [4,5]; *factorii ce intervin în perioada perinatală*: encefalopatie hipoxico-ischemică, traumatisme obstetricale craniocerebrale, prematuritatea, dismaturitatea; *factorii postnatale*: acidoză, meningoencefalitele, hemoragia intracraniană, septicemia neonatală, traumatismele craniene [5].

Forma cea mai comună de PC este cea spastică. Tabloul clinic al PC cu sindroame spastice se caracterizează prin semne de afectare a neuronului motor central. Caracterele principale sunt:

- Paralizia prin leziunea neuronului motor ocupă un teritoriu întins, dând naștere unei hemiplegii sau paraplegii.

- Mușchii paralizați în urma leziunii neuronului motor central sunt spastici. Spasticitatea se traduce prin rezistență la executarea mișcărilor pasive; contractura predomină la membrul superior pe mușchii flexori, iar la membrul inferior – pe mușchii extensori; atât la membrul superior, cât și la cel inferior contractura predomină asupra musculaturii distale.

- În contractura piramidală, rezistența întâmpinată la mobilizarea pasivă este redusă la începutul mișcării, apoi crește pe măsură ce mușchiul este întins; dacă cu toată această rezistență mărită se continuă mobilizarea pasivă, la un moment dat contractura cedează brusc, constituind fenomenul „lamei de briceag”.

- Contractura piramidală se însoțește de pareză, exagerarea reflexelor, clonus, semnul Babinski.

- Atrofiile musculare lipsesc sau sunt discrete [6].

Tabelul 3

### Clasificația PC

Tipul PC	Forma anatomică	Caracteristicile manifestărilor clinice
Spastică	Diplegie spastică	Afectarea celor patru membre, dar mai severă – a membrilor inferioare
	Tetraplegie	Afectarea egală, severă, a celor patru membre
	Hemiplegie	Afectarea unui hemicorp. În majoritatea cazurilor, extremitatea superioară este mai afectată decât cea inferioară
	Paraplegie	Afectarea membrilor inferioare. Forma pură este rară.
Dischinetică	Distonie	Tonusul muscular crescut
	Coreoatetoză	
Ataxică		
Atonic-astatică		
Mixtă		Asocierea a două sau trei tipuri de manifestări motorii

**Hemiplegia cerebrală**, conform datelor din literatură, se întâlnește în aproximativ 30% din PC. Se numește hemiplegie sindromul caracterizat prin pierderea motilității voluntare a unei jumătăți a corpului. Hemiplegia este datorată leziunii unilaterale a căii piramidale, la un nivel oarecare de-a lungul traiectului ei. Hemiplegia cerebrală reprezintă aproximativ 30% din PC (Arthuis, 1977; Menkes, 1995) [1, 6].

**Hemiplegia cerebrală congenitală.** În majoritatea cazurilor (60% din cazuri), este o hemiplegie congenitală datorată unei leziuni circulatorii de origine antenatală (Ponsot, 1998) [5]. La CT-scan, în emisfera afectată se constată o porencefalie de dimensiuni variabile, în teritoriul silvian sau hemiatrofie cortico-subcorticală, cu dilatație ventriculară unilaterală (Cohen și colab., 1981; Menkes, 1995; Lyon G, 1972) [6, 7]. Diagnosticul timpuriu nu este ușor. Există un interval liber de 4-8 luni între naștere și primele semne clinice; acest interval este rareori mai scurt și în mod excepțional – mai lung. De obicei, mama este aceea care remarcă devreme, la copil, la membrul superior, că mâna rămâne strânsă în pumn cu policele înăuntru. Copilul nu poate deschide mâna și n-o poate utiliza pentru apucarea unui obiect, iar brațul poate fi mai puțin mișcat. La examenul clinic se evidențiază hemiplegia, care predomină la membrul superior [6].

**Hemiplegia spastică** se caracterizează prin hipertonie musculară, exagerarea reflexelor osteotendinoase, prezența de sincinezii. Membrul inferior este contractat în extensie, cu piciorul în *ecvinism* sau în *varus ecvin*. Contractura predomină asupra musculaturii distale, musculatură care în stare normală se află în mai mare măsură sub controlul inervației voluntare decât musculatura proximală. Mușchii feței sunt în general neafecțați de contractură. La membrul superior contractura afectează mai ales adductorii brațului, flexorii antebrăului, flexorii degetelor și interosoșii. Tricepsul este adeseori hipoton. La membrul inferior, contractura afectează mai ales cvadricepsul și solearul. Mersul este caracteristic: membrul inferior cu genunchiul în extensie, cu piciorul în *varus ecvin*, descrie o mișcare de circumducție (mers cosit), în cursul mersului membrul inferior se menține rigid, nu se flectează din genunchi și participă în totalitate la mișcarea de circumducție. Paralizia este mai accentuată la membrul superior. La membrul inferior motilitatea este mai bine conservată. Sincineziiile (mișcări involuntare care apar în cursul execuției unor mișcări automate) constituie un simptom frecvent al hemiplegiei [1, 7].

În PC crizele convulsive parțiale cu simptomatologie elementară somatomotorie și crizele parțiale cu simptomatologie complexă-psiomotorie sunt frecvente (40-50% din cazuri). EEG evidențiază prezența

de anomalii iritative (vârfuri și vârfuri-undă) pe derivațiile emisferei lezate (opusă sediului hemiplegiei) [5,6].

Uneori se asociază deficit intelectual retardul mental, de obicei moderat, se asociază în 50-65% din cazurile de hemiplegie congenitală (Arthuis și colab., 1983; Aicardi și colab., 1972), tulburări de comportament (imaturitate, tulburări de atenție, hiperchinezie, regres psihic), tulburări de vorbire (dizartrie, dislexie), tulburări vizuale (hemianopsie, strabism, tulburări de refracție, atrofie optică, ambliopie) [7].

**Hemiplegiile câștigate.** Hemiplegiile acute câștigate survin în diverse circumstanțe (Arthuis și colab., 1983,1988; Menkes, 1995; Aicardi și colab., 1969; Clement, 1979; Gastaut și colab., 1957, Isler, 1971) [7]. Afectarea motorie este, de obicei, masivă; ea nu regresează decât parțial. Mersul este, de obicei, recuperat, dar persistă într-un grad variabil afectarea membrului superior. Prognosticul intelectual este mediocru, instalarea crizelor epileptice este frecventă după un interval liber, ce variază de la câteva săptămâni la 3 ani [6].

Membrul superior este mai afectat decât membrul inferior. La membrul superior se constată flexia antebrăului în unghi drept pe braț, pronația antebrăului, flexia degetelor 4-5 ani. Mersul este spastic, digitigrad și legănat. Urcatul și coborâtul scărilor sunt dificile sau imposibile. Reflexele osteotendinoase sunt exagerate. Reflexul cutanat plantar este în extensie; reflexele arhaice pot persista până la 3-4 ani. Uneori se asociază tulburări senzoriale (strabism, nistagmus, atrofie optică) și de vorbire (dizartrie, bradilalie). Tulburările trofice sunt mai puțin accentuate decât în hemiplegia cerebrală infantilă. Dezvoltarea psihică este normală [5, 7].

O variantă a **diplegiei spastice** este *diplegia atonă*. Acest tip de PC nu este bine definit și bazele sale fiziopatologice nu sunt clare. Această terminologie este folosită la copiii mici cu „hipotonie” generalizată, cu reflexe osteotendinoase normale sau exagerate, dar cu tonusul muscular diminuat față de normal. Una dintre caracteristicile acestei entități este flexia coapselor, când copilul ținut de umeri este suspendat în poziție verticală (semnul Foerster). Ca manifestări asociate se notează: întârzierea motorie și retardul mental. Uneori se constată tulburări hipotalamice: adipozitate de tip hipofizar, febră centrală etc. Semnul Foerster poate fi prezent și la alți copii cu retard psihomotor, dar care nu au criteriile pentru PC. Diplegia atonă nu se constată la copiii mai mari, datorită maturității tonusului muscular cu vârsta și, de aceea, este necesară o reevaluare a acestei entități. Se recomandă utilizarea cu precauție a acestui termen de diagnostic (Low și Downey, 1984) [7].

**Tetraplegia spastică** se caracterizează prin spasticitatea celor 4 extremități aproape în același grad: membrele superioare și inferioare sunt afectate în egală măsură, dar poate exista o ușoară asimetrie. Cauzele tetraplegiei spastice sunt dominant prenatale (malformații ale SNC). Tetraplegia spastică reprezintă 5-10% din PC (Arthuis și colab., 1983; Ingram 1964; Menkes, 1995) [5].

În rarele cazuri în care membrele superioare sunt mai sever afectate decât membrele inferioare se folosește termenul de *hemiplegie dublă*, întârzierea psihică este marcată. Epilepsia se asociază frecvent. Crizele de opistonus sunt frecvente. Se asociază manifestări pseudobulbare (vorbire dificilă, dizartrică, sacadată), tulburări de deglutiție, mimică inexpressivă, râs, plâns spasmodic [1, 6, 7].

**Sindroamele dischinetice** sunt: atetoză dublă (coreoatetoză) și sindromul distonic. Aceste forme reprezintă 15-20% din PC [5,6]. Cauzele atetozii duble sunt, în principal, icterul nuclear și hipoxia. Profilaxia icterului nuclear prin exsangvinotransfuzie a dus în ultimii 20 de ani la scăderea până la aproape dispariția acestei entități. Cazurile excepționale de atetoză ce se mai întâlnesc se datorează hipoxiei perinatale. Substratul anatomopatologic al atetozii duble îl constituie starea marmoreană a striatului; sunt afectați nucleul caudat și putamenul, celulele nervoase fiind înlocuite cu țesut glial, cicatricial [4].

Clinic, mișcările atetozice sunt lente, având un caracter tonic, de amplitudine mică, necoordonate, fără scop, cu tendință la repetare stereotipă, vermiculare, ondulante, predomină la segmentele distale (în special la degetele de la mână, rar interesând brațul, antebrațul, umărul). La față, gura se deschide și se închide ritmic, limba este scoasă în afară, ochii plafonează și apoi coboară; se constată diverse grimase ale feței, care nu sunt expresia unei stări psihice deosebite. Mișcările atetozice afectează și mușchii gâtului, și ai toracelui. Dischinezia mușchilor limbii, faringelui, laringelui poate determina disfagie și dizartrie. Mișcările atetozice sunt exagerate de efortul fizic și emoții, diminuate de decubit și dispar de obicei în somn. Cu timpul, apar deformații permanente ale extremităților atetozice (degete în baionetă). Uneori se asociază mișcări coreice, realizând tabloul de coreoatetoză. Întârzierea psihică este frecventă, tonusul muscular este normal sau diminuat. Fenomenul "lamei de briceag" și fenomenul de „elasticitate” sunt absente, reflexele osteotendinoase și reflexul cutanat plantar sunt normale. Se constată: creșterea anormală a tonusului muscular, cu accese de rigiditate de decerebrare, produse de mișcările voluntare sau de situațiile de stres (stimuli optici sau acustici intenși), urmate de

relaxare musculară; reflexele arhaice (Moro, reflexele tonice cervicale) se păstrează; asocierea unor mișcări hiperchinetice atetozice; absența, de obicei, a semnelor piramidale; intelectul este de obicei normal [2,4,6].

**Sindroame ataxice.** Ataxia cerebeloasă congenitală reprezintă 10-15% din PC (Clement și colab., 1984). Etiologia este dominată de cauzele prenatale. Factorii genetici sunt importanți în raport cu alte tipuri de PC [6,7].

Clinic se constată incapacitatea de coordonare a mișcărilor voluntare (semne de disinergie cerebeloasă): mers cu baza largă de susținere, uneori cu brațele îndepărtate de corp, cu aspect „ebrios” și titubant; hipermetrie, adiadocochinezie, tremurătură intențională, asinergie. Vorbirea este lentă, sacadată, uneori explozivă. Tonusul muscular este diminuat (hipotonie evidențiată prin amplitudinea exagerată a mișcărilor pasive). Reflexele rotulienne sunt pendulare; scrisul este tulburat ca urmare a hipermetriei, adiadocochineziei și tremurăturii intenționale. CT cerebrală evidențiază hipoplazia cerebelului. Recurente, problemele de alimentație și tulburările de comportament și afective, în general, cu cât sunt mai multe membre afectate, cu atât sunt mai accentuate gradul de spasticitate și riscul de asociere a altor anomalii și a deficitelor cognitive. Aproximativ 2/3 din copiii cu PC au retard mental. Printre cei cu intelect normal, mulți au anomalii de percepție, care scad capacitatea de învățare. Evoluția este corelată în parte cu topografia leziunilor cerebrale [5, 6].

Principiu de tratament al copiilor cu diferite forme de PC va include: terapie medicamentoasă (medicația decontracturantă, anticonvulsivantă, rebozantă a SNC, trofice musculare, combaterea și prevenirea convulsiilor, malnutriției, combaterea hipersalivației, medicația antireflux gastroesofagian, prevenirea și tratamentul constipației, tratamentul deficitelor senzoriale; 2) tratamentul anomaliilor de tonus și postură, în acest context se înscriu terapia ocupațională și terapia fizică; 3) terapia de ameliorare a comunicării, se inițiază terapia de dezvoltare a limbajului și vorbirii. Tratamentul ține de o abordare multidisciplinară: pacient – familie, coordonator neurolog, kinetoterapeut, ortoped, asistent medico-social, psiholog, logoped [6].

### Concluzii

1. PC formele spastice sunt cele mai frecvente. În cadrul sindroamelor spastice se disting: tetraplegia spastică (32,9%), hemiplegia spastică (26,3%), paraplegia spastică (22,4%), diplegia spastică (18,4%).
2. Manifestările clinice inserate în PC asociază retard motor cu alte tulburări neurologice: deficite neuropsihice, verbale, epilepsie (în peste 50% cazuri).

3. Copiii suspectați pentru PC vor fi investigați prin examene clinico-neurologice complexe și examene imagistice, pentru confirmarea unui diagnostic corect și efectuarea diagnosticului diferențiat.

#### Bibliografie

1. Aicardi J. et al., *Disease of the nervous system in childhood*, Oxford, Mackeithh Press, 1992; 1–69.
2. John H. Menkes, *Textbook of child neurology*, 1990; 797-815.
3. Popescu V. et al., *Paraliziile cerebrale (II)*, Viața Medicală, 1994; 12:224-229.
4. Popescu V. et al., *Paraliziile cerebrale*, *Pediatria*, 1996; 1(3):49-67.
5. Popescu V., *Neurologie Pediatrică*, 2001; 1: 528-613.
6. Nelson K., *Antacadents of cerebral palsy*, 1986; 1:354-356.
7. Volpe J., *Neurology of newborn*, 1995; 1:262-267.

#### Rezumat

Acest articol evidențiază frecvența și varietatea clinică a paraliziilor cerebrale, formele spastice. Conform datelor obținute, s-a confirmat faptul că cele mai frecvente printre paraliziile cerebrale (PC) întâlnite la copii sunt formele spastice, iar printre formele spastice – tetraplegia spastică (32,9%) și hemiplegia spastică (26,3%). Este important să se cunoască că pentru diagnosticul corect al PC vor fi evaluate achizițiile psihomotorii ale copilului și vor fi efectuate investigațiile neuroimagistice: neurosonografia, electroencefalografia, tomografia computerizată și rezonanță magnetică nucleară cerebrală.

#### Summary

This article shows the frequency and variety of clinical spastic forms in cerebral palsy. According to the study it was confirmed that the most commonly found among the spastic forms in cerebral palsy are spastic tetraplegia (32,9%) and spastic hemiplegia (26,3%). It is important to know that the correct diagnosis of cerebral palsy, will be assessed the psychomotor ability deficits of the child and will be carried out such neuroimaging investigations as : neurosonography, electroencephalography, computed tomography and magnetic resonance imaging.

#### Резюме

В этой статье подчеркивается частота и разнообразие клинических форм церебрального паралича. По данным исследования подтвердилось, что одним из наиболее распространенных форм ДЦП являются спастические формы, среди них: спастическая тетраплегия (32,9%) и спастическая гемиплегия (26,3%). Для подтверждения правильного диагноза ДЦП необходимо провести оценку нейropsychического и моторного развития ребенка, так же и параклиническое обследование: нейросонография, электроэнцефалография, церебральная томография и ядерный магнитный церебральный резонанс.

## OPORTUNITĂȚI ÎN DIAGNOSTICUL CEFALEELOR LA COPIL ȘI ADOLESCENT

*Svetlana Hadjiu*, dr. în med., conf. univ.,  
*Angela Jelihovschi, Elena Rusu,*  
*Rodica Bubușca*, medici-rezidenți,  
USMF „Nicolae Testemițanu”

#### Actualitatea temei

Cefaleea survine la copii și adolescenți din ce în ce mai frecvent și poate avea un impact semnificativ în viață 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 și 15 ani [2, 3]. Datele contemporane arată că înainte de pubertate sunt mai frecvent afectați băieții, iar după pubertate sunt mai des afectate fetele [3].

Scopul studiului a fost aprecierea manifestărilor clinice pentru identificarea tipurilor de cefalee la copii și adolescenți.

Pentru aprecierea obiectivelor s-au trasat următoarele sarcini:

1. Stabilirea principalelor manifestări clinice ale cefaleelor.
2. Identificarea formelor de cefalee cel mai des întâlnite la copii.
3. Evidențierea metodelor paraclinice utile în stabilirea diagnosticului.

#### 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 ICȘDOSMC. Studiul a fost realizat pe parcursul anului 2011. Examenul neurologic complex a fost efectuat în clinica neuropediatrică. Au fost făcute teste de laborator, oftalmoscopia, Echo-EG, EEG, Dopplerografia vaselor cerebrale, TC și RMN cerebrală. Studiul s-a bazat în principal pe semnele clinice, precum și rezultatele examenelor paraclinice efectuate.

Pentru stabilirea diagnosticului de cefalee și a