

PSIHOSOMATICA LA ÎNCEPUT DE MILENIU

Prof. Dr. I.B. Iamandescu

Medicina Psihosomatică, având rădăcini în antichitatea europeană și asiatică, s-a dezvoltat impetuos abia în primele pătrare de secol XX, atingând apogeul după legitimarea ei sub o formă riguroasă de către Engel, fondatorul modelului bio-psiho-social. Un astfel de model este capabil să explice în mod clar și extrem de util pentru practica medicală-caracterul plurifactorial al bolilor somatice, generate de acțiunea patogenă a factorilor de mediu fizici, chimici și microbiologici împreună cu cei psihologici (stressul cel mai adesea) modelați de mediul social.

A fost cristalizată, în acel moment, concepția psihosomatică în medicină pe care am încercat să o sintetizăm (în 1999) după cum urmează:

1. Concepție holistică (integrativă) – unitatea dintre SOMA și PSIHIC, modulată socio-cultural-> modelul bio-psiho-social (Engel)
2. Bazată pe observații clinice (continuate de cercetări epidemiologice) pe rezultate experimentale psihofiziologice, neuro-endocrinologice și imunologice etc.
3. Includerea „influenței mediului social asupra bolii (mediată prin psihicul bolnavului)” (Von Uexkuell, definiția bolilor psihosomatice)
4. Reliefația la bolnavii psihosomatici a unei duble vulnerabilități la stress: psihică și de organ
5. Impunerea stressului psihic ca factor de risc major în patogeneza și, adesea, sumați cu alți factori „organospecifici”
6. Includerea stilului de viață ca factor cu posibilă implicare etiopatogenetică
7. Apelul constant la psihoterapie și destul de frecvent la medicația psihotropă

Participarea factorilor psiho-sociali în etiopatogenia multifuncțională a BPS nu exclude interacțiunea lor cu factorii de risc organospecifici, interesul psihosomaticienilor pentru factorii psihologici fiind asemănat de către Fritzsche cu jocul actorilor aflați episodic în prim plan dar a căror participare la acțiunea piesei este strâns legată de cea a celorlalți participanți „rămași în umbră”.

O serie de exagerări ale promotorilor psihosomaticii de la mijlocul și sfârșitul secolului XX au determinat eliminarea termenului, oficiată de către forurile conducătoare ale lumii științifice psihiatrice

(cele care dictau „regulile jocului”, în ceea ce privește psihosomatica). Până atunci, psihiatrii au revendicat-o ca pe o anexă a specialității, iar după aceea au înlocuit-o cu Medicina Psiho-Socială, Psihologia Sănătății sau Medicina Comportamentală. Această excludere din manuale a termenului de psihosomatică a fost atât de completă, încât nici glosarele anexate acestor discipline „de substituție” (de ex Bennet – 2000, Marks – 2002 etc.) nu mai cuprindeau cuvântul „psihosomatic”.

În prezent, acest termen continuă totuși să fie păstrat în mai toate țările europene și în America, Japonia etc., dar, potrivit unei recente inițiative a forurilor psihiatrice americane, termenul de „psihosomatică” a devenit echivalent cu domeniul de interferență dintre psihiatrie și medicina somatică – consultația psihiatrică „de legătură”, restrângând masiv și în mod arbitrar sfera de preocupări a psihosomaticii.

Cu toate acestea, psihosomatica a supraviețuit, ea continuând să se dezvolte în numeroase țări ale lumii.

Această disciplină de interferență între medicină și psiho-sociologie a căpătat atributele unei veritabile științe. Ea pune la dispoziția medicilor somatici (din familia doctorilor și internștilor și până la cea a chirurgilor) un ansamblu de noțiuni și algoritmi din domeniul psihologiei, ceea ce permite luarea în considerare, într-un mod specific, a implicării etiologice a factorului psihologic în bolile pe care aceștia le tratează, ca și ecoul psihologic și social al acestor boli asupra bolnavilor afectați.

Întrucât bolile psihosomatice reprezintă acele boli somatice în a căror evoluție factorii psiho-sociali au o pondere extrem de importantă, am propus un ansamblu de criterii menite să contureze un cadru de apartenență la această patologie, în care să fie incluse – potrivit expresiei unor celebri psihologi americani (Kaplan și Sadock) „acele boli mai psihosomatice decât altele”.

Foarte succint, aceste criterii pot fi enumerate astfel: implicarea majoră a factorilor psihosociali în etiopatologie, terenul dublu de apariție a bolii („de organ” și psihologic), evoluția cronică și

caracterul ciclic al simptomatologiei („pusee“ separate prin perioade de acalmie clinică), simptome psihiatrice facultative și efectul favorabil al psihoterapiei și/sau medicației psihotrope.

Prin urmare, am considerat că preocupările trebuie să se exercite cu precădere asupra asistenței medicale conjugate cu cea a psihologilor și psihiatrilor.

Referindu-ne la mecanismele prin care factorii psihologiei inițiază modificările patologice la nivel somatic, cercetările din ultimele două decade au fost concentrate pe aria psihoneuroendocrinologiei și a psihoneuroimunologiei, reușind să descifreze

insertia acestor factori psihologici la un nivel medical – biologic, ca urmare a unor reacții biochimice implicând numeroase citokine, enzime și alți bio-markeri.

Din această perspectivă, a unei psihosomatici eliberate de excesele fanteziste psihanalitice și afiliate la medicina bazată pe evidență, vom încerca să prezentăm câteva dintre preocupările unor colegi de la disciplina de Psihologie Medicală și Psihosomatică a U.M.F. „Carol Davila“ București și/sau doctoranzi, într-un grupaj de articole găzduite cu generozitate de prestigioasa Revistă Medicală Română.

Medical News

What's the most effective treatment for giardiasis?

Jeffrey D. Kiser, MD; Christopher P. Paulson, MD, FAAFP; William Nichols, MLS

Eglin AFB Family Medicine Residency, Eglin AFB, Fla

Evidence-based answer

A single 2-g dose of tinidazole is the best treatment (strength of recommendation [SOR]: A, based on meta-analysis). Other drugs, such as nitazoxanide, metronidazole, mebendazole, and albendazole, can also be used (SOR: A, based on randomized controlled trial [RCT] of patient-oriented outcomes), but tinidazole has a higher clinical cure rate than these drugs. It also has a comparable side-effect profile and requires only 1 dose.

Clinical commentary

The real challenge is diagnosis

Cynthia Brown, MD

University of Nevada, Reno

As this review points out, all the available treatments for giardiasis are effective. Additional prescribing considerations include cost (500 mg metronidazole costs about 30 cents, for example, while 2 mg tinidazole costs \$18) and insurance coverage. Tinidazole and metronidazole, unlike the other medications, require that the patient abstain from alcohol for 72 hours after dosing.

In my experience, the biggest challenge in treating giardiasis is deciding when to consider it in the differential and when to test for it. Presentations vary from vague symptoms such as bloating to severe diarrhea. Often the patient has not been exposed to well or stream water. You can test stool samples for ova and parasites, or serum for fluorescent antibody or enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA).

FAST TRACK Prescribing considerations include cost: •500 mg metronidazole costs 30 cents; •2 mg tinidazole costs \$18

• EVIDENCE SUMMARY

Giardia lamblia is a protozoan parasite found worldwide. Infection typically results from ingesting cysts in contaminated food or water. Patients with giardiasis may be asymptomatic or have mild to severe gastrointestinal symptoms, including explosive diarrhea, abdominal pain, steatorrhea, flatulence, bloating, nausea, and vomiting. Treatment varies widely based on geographic location, physician preference, and availability and cost of medication (TABLE).1

Drugs commonly used to treat giardiasis DRUG	ADULT DOSE	SCHEDULE	COMMENT
TINIDAZOLE	2 G	1 TIME	CAN BE GIVEN TO CHILDREN 3 YEARS OF AGE AND OLDER PREGNANCY DRUG CLASS C
METRONIDAZOLE	250, 500, OR 750 MG	1 TIME OR 3 TIMES DAILY FOR 5 DAYS. (USUALLY 250 MG, 3 TIMES A DAY, FOR 5 DAYS)	CONTRAINDICATED IN FIRST TRIMESTER OF PREGNANCY
MEBENDAZOLE	100 MG	TWICE DAILY FOR 5 DAYS	CONTRAINDICATED IN FIRST TRIMESTER OF PREGNANCY PREGNANCY DRUG CLASS B
NITAZOXANIDE	500 MG	TWICE DAILY FOR 3 DAYS	CAN BE GIVEN TO CHILDREN 1 YEAR OF AGE AND OLDER AVAILABLE IN LIQUID FORM PREGNANCY DRUG CLASS B
ALBENDAZOLE	200-400 MG	TWICE DAILY FOR 5 DAYS	PREGNANCY DRUG CLASS C

SOURCES: BEACH M,¹ AND GILBERT DM ET AL.⁸



Giardia lamblia

TINIDAZOLE IS THE TREATMENT OF CHOICE

A 2006 Cochrane Review compared 34 trials of many drug therapies for giardiasis.² The review, which is being updated to include additional publications, evaluated both head-to-head and placebo-controlled studies, looking at dosage as well as length of drug therapy.

The review found that a single dose of tinidazole had a higher clinical cure rate than other therapies such as metronidazole (odds ratio [OR]=5.33; 95% confidence interval [CI], 2.66-10.67)² along with a comparable side-effect profile. These findings favor tinidazole as the treatment of choice for symptomatic giardiasis.

HOW EFFECTIVE ARE OTHER DRUGS?

The 2006 Cochrane Review found no difference in clinical cure rate between short-term treatment (3 days) with metronidazole and longer therapy with metronidazole or other drugs. Subsequently, a single dose of metronidazole was found to be as effective as treatment for 5 days or longer (OR=0.33, 95% CI 0.08-1.34).

Since publication of the Cochrane review, several studies have further evaluated mebendazole.

FAST TRACK *The biggest challenge in treating giardiasis is deciding when to consider it in the differential and when to test for it*

- An RCT in Cuban children 5 to 15 years of age found no difference in clinical cure rate between a 5-day course of mebendazole and more traditional therapy with quinacrine.³
- Another RCT comparing 5 days of mebendazole with 7 days of metronidazole in 7- to 12-year-old Iranian children showed no statistical difference in microbiologic cure between the 2 regimens.⁴
- Single-dose tinidazole was superior to 3 doses of mebendazole in a single day in an RCT of 122 Cuban children that measured microbiologic cure (NNT=5.5 patients with tinidazole vs mebendazole).⁵

Two RCTs found nitazoxanide to be effective (number needed to treat [NNT]=1.82) compared to placebo in adolescents and adults.⁶ A 3-day course of nitazoxanide was as effective as 5 days of metronidazole (80% vs 85%, P=0.61) in resolving clinical giardiasis.⁷

An RCT of albendazole, 400 mg for 5 days, in 28 adults found it to be as effective as 500 mg metronidazole given 3 times a day for 5 days (80% vs 83%) but less likely than metronidazole (2% vs 18%) to cause anorexia (number needed to harm [NNH]=6.25).

RECOMMENDATIONS

The Centers for Disease Control and Prevention recommends tinidazole, metronidazole, quinacrine, albendazole, or nitazoxanide to treat giardiasis; however, it doesn't indicate a preference for 1 medicine over another.¹ The Infectious Diseases Society of America has no guideline. The Sanford Guide to Antimicrobial Therapy recommends either a single 2-g dose of tinidazole or 500 mg of nitazoxanide PO bid for 3 days as primary treatment.⁸

ACKNOWLEDGMENTS

The views expressed in this article are those of the authors and do not necessarily reflect the official policy or position of the Air Force Medical Service, nor the US Air Force.

REFERENCES

1. Beach M. – Prevention of specific infectious diseases-giardiasis. In: Arguin PM, Kozarsky PE, Navin AW eds. Centers for Disease Control and Prevention. Health Information for International Travel 2005-2006. Atlanta: US Department of Health and Human Services, Public Health Service; 2005. Available at: www2.ncid.cdc.gov/travel/yb/utills/ybGet.asp?section=dis&obj=giardiasis.htm. Accessed March 7, 2008.
2. Zaat JO, Mank T, Assendelft WJ. – Drugs for treating giardiasis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;CD000217.
3. Canete R, Escobedo A, Gonzalez M, et al. – Randomized clinical study of five days' therapy with mebendazole compared to quinacrine in the treatment of symptomatic giardiasis in children. *World J Gastroenterol*. 2006;12:6366-6370.
4. Sadjjadi SM, Alborzi AW, Mostovfi H. – Comparative clinical trial of mebendazole and metronidazole in giardiasis of children. *J Trop Pediatr*. 2001;47:176-178.
5. Canete R, Escobedo A, Gonzalez M, et al. – A randomized, controlled, open-label trial of a single day of mebendazole versus a single dose of tinidazole in the treatment of giardiasis in children. *Curr Med Res Opin*. 2006;22:2131-2136.
6. Rossignol JF, Ayoub A, Ayers MS, et al. – Treatment of diarrhea caused by *Giardia intestinalis* and *Entamoeba histolytica* or *E dispar*: A Randomized, double-blind, placebo-controlled study of nitazoxanide. *J Infect Dis*. 2001;184:381-384.
7. Ortiz JJ, Ayoub A, Gargala G, et al. – Randomized clinical study of nitazoxanide compared to metronidazole in the treatment of symptomatic giardiasis in children from northern Peru. *Aliment Pharmacol Ther*. 2001;15:1409-1415.
8. Gilbert DM, Eliopoulos GM, Moellering RC, et al. – The Sanford Guide to Antimicrobial Therapy 2006. 36th ed. Sperryville, Va: *Antimicrobial Therapy*; 2006:95.