

ORIENTARE DIAGNOSTICĂ ÎN SINDROAMELE CEFALALGICE

Nicoleta Tohănean^{1,2}, Lăcrămioara Perju-Dumbravă^{1,2}

¹UMF „Iuliu Hațieganu” Cluj Napoca, Departamentul de Neuroștiințe

² Spitalul Clinic Județean de Urgență Cluj-Napoca

Rezumat

Cefaleea reprezintă unul dintre cele mai frecvente motive de prezentare în serviciul de urgență, etiologia acesteia variind de la cauze comune până la suferințe severe cu potențial letal.

Orientarea diagnostică în fața unui pacient cu cefalee, cu recunoașterea situației când aceasta reprezintă o urgență, constituie una dintre cele mai importante probleme.

În 2013, a fost elaborată de către “International Headache Society”, a 3-a clasificare cu criterii de diagnostic a cefaleelor, nevralgiilor craniene și durerilor la nivelul feței– ICHD-3, care a devenit un standard de diagnostic și tratament.

Anamneza joacă un rol important și va fi completată de un examen clinic sistematic. Prezența oricărui semn neurologic indică o leziune intracraniană până la proba contrarie. Trebuie acordat timp pentru o anamneză atentă, insistându-se pe istoricul cefaleei. Investigarea cefaleei atipice, a celei cu debut recent sau însoțite de semne de alarmă este obligatorie.

În majoritatea cazurilor, cefaleele sunt primare (migrena, cefaleea de tip tensional, cefaleea tip cluster), astfel nu au o cauză organică structurală, dar afectează calitatea vieții și impun tratament adecvat.

Cuvinte cheie: migrenă, semne de alarmă, primară, aneurism

Diagnose orientation for headache syndroms

Abstract

The headache is one of the most frequent reasons why people come to the emergency room, its etiology varying from common causes to severe pain, potentially lethal. The diagnose orientation and recognizing the headache as an emergency situation are very important issues.

In 2013, the International Headache Society elaborated the third International Classification of Headache Disorders, which became a standard for diagnose and treatment. The anamnesis plays an important role and will be accompanied by a systematic clinical investigation. The presence of any neurologi-

cal sign indicates an intracranial injury until proved otherwise. Enough time should be allocated to an attentive anamnesis, with focus on the history of the headache. The investigation of non-typical headache, recent ones or accompanied by emergency signs is compulsory.

For most cases, headaches are primary (migraine, tension-type headache, cluster-type headache). They do not have a structural organic cause but still influence the quality of life and need adequate treatment.

Keywords: migraine, emergency signs, primary headache, aneurism

* **Autor corespondent:** Tohănean Nicoleta, UMF „Iuliu Hațieganu” Cluj Napoca, Departamentul de Neuroștiințe, Spitalul Clinic Județean de Urgență Cluj-Napoca, nicoleta_alexu@yahoo.com

Articol primit: 24.03.2017, **acceptat:** 14.04.2017, **publicat:** 24.04.2017

Citare: Tohănean N, Perju-Dumbravă L. Diagnose orientation for headache syndroms. Journal of School and University Medicine 2017;4(11):39-44

Introducere

Când discutăm despre cefalee sau algii faciale, trebuie să avem în memorie structurile algogene intracraniene responsabile precum și zonele cerebrale de proiecție sau reprezentare a durerii. Structurile ce stau la originea durerii la acest nivel sunt reprezentate de vasele de la nivelul duramater, fapt ce explică durerea migrenoasă, precum și pe cea din hemoragiile subarahnoidiene, iar parenchimul cerebral este indolor, fiind lipsit de terminații nervoase propriu zise, o formațiune înlocuitoare de spațiu producând durere prin edemul cerebral sau mecanism compresiv [1].

1. Clasificarea cefaleelor

În 2013, Societatea Internațională de Cefalee "International Headache Society" (IHS) încearcă să uniformizeze nomenclatura și a publicat a 3-a clasificare cu criterii de diagnostic a cefaleelor, nevralgiilor craniene și durerilor la nivelul feței – ICHD-3 beta, care reprezintă referința esențială în acest domeniu [2,3].

Acest sistem complex de clasificare standard este utilizat atât în practica clinică cât și în domeniul de cercetare și identifică 14 tipuri de cefalee [2].

Cefaleea poate să se manifeste izolat sau în contextul unei boli în evoluție; astfel, sunt descrise 2 mari grupe de cefalee:

- Cefaleele primare (categoriile 1-4: migrena, cefaleea de tip tensional, cefalalgiile autonome trigeminale), nu au un substrat lezional, se disting prin recurența și intensitatea crizelor, nu pun în pericol viața, dar impun o terapie rapidă și eficientă.

- Cefaleele considerate secundare (categoriile 5-12) sunt asociate cu o leziune patologică subiacentă: traumatisme craniocerebrale, afecțiuni vasculare ischemice sau hemoragice (anevrismale sau nu), patologii infecțioase, formațiuni tumorale intracerebrale, variații ale presiunii LCR, ingestie de toxice sau medicamente sau sistarea acestora, nevralgii craniene, tulburări ale homeostaziei, boli psihice).

- Categoriile 13 și 14 descriu cefaleele și durerile faciale neclasificate în alt loc, sau nespecifice [2].

Tabel 1. Ponderea cefaleelor după clasificarea -IHS 2013 (ICHD-3 beta) [2, 4-5]

220 de forme de cefalee grupate în 14 categorii			
1-4	5-12	13	14
PRIMARE	SECUNDARE	NEURALGII	NECLASIFICABILE
92%	7,8%		0,2%

Clasificarea sublinază, prin însăși complexitatea acesteia, faptul că cefaleea poate avea etiologie foarte diversă ce poate varia de la cauze banale până la suferințe severe amenințătoare de viață, adesea dificil de recunoscut. Pacienții pot prezenta mai multe tipuri de cefalee, care trebuie identificate conform criteriilor HIS, iar cefaleea de abuz medicamentos reprezintă o entitate important de luat în considerare [2,3]. Frec-

vent, cefaleea nu este adecvat diagnosticată (încadrată ca formă) și tratată.

Prevalența globală a cefaleelor pe parcursul vieții a fost raportată într-un studiu într-un procent de 69,1%, respectiv 75,8% dintre femei prezintă cefalee, iar bărbații descriu cefalee în 60,6% din cazuri [7]. Majoritatea subiecților suferă de un singur subtip de cefalee și în peste 80% din cazuri, cefaleea debutează înainte de 40 ani și foarte rar după 50 ani [5,6,7].

Tabel 2. Clasificarea cefaleelor IHS 2013(ICHD-3 beta) [2]

PRIMARE	SECUNDARE– asociate cu:
1.MIGRENA Fără aură Cu aură Migrena cronică Complicațiile migrenei Migrena probabilă Sindroame episodice ce se pot asocia cu migrena	5. traumatism cranian sau cervical
	6. afecțiuni vasculare cerebrale sau cervicale

2. CEFALEEA DE TIP TENSIONAL Episoade rare Episoade frecvente Cronică	7. afecțiuni intracraniene nonvasculare (tumori)
	8. administrarea sau sistarea unei substanțe/ medicații
3. CEFALALGIILE AUTONOME TRIGEMINALE Cefaleea tip cluster Hemicrania paroxistică cronică SUNCT, SUNA Hemicrania continuă	9. infecții
	10. anomalie a homeostaziei
4. ALTE CEFALEE PRIMARE	11. patologie ORL sau a altor structuri faciale sau craniene
	afecțiune psihiatrică

2. Diagnostic clinic

2.1. Anamneză

Scopul final al diagnosticării este de a ști dacă cefaleea este primară sau secundară.

Elementul esențial al consultației unui pacient cu cefalee este anamneza, care trebuie adaptată nivelului de educație al pacientului și de asemenea ghidată pentru a obține date privind caracteristicile durerii: modalitatea de instalare, tipul și intensitatea cefaleei (pe scala analogă vizuală), evoluția în crize, factorii declanșatori, semnele de acompaniament [1,3].

Anamneza oferă în principal un răspuns la 4 întrebări:

- *Cum a debutat cefaleea?*
- *De când va doare capul?*
- *Ați mai avut dureri de cap?*
- *Cum a evoluat durerea de la momentul instalării ei?* [1]

Cefaleele primare apar de obicei în copilărie sau la adultul tânăr, debutul cefaleei la decada a 5-a de vârstă sugerează o formațiune intracerebrală tumorală sau de altă natură. De asemenea, o hemicranie la vârstnic însoțită de sindrom inflamator și semne oculare poate indica o arterită cu celule gigante Horton. Cefaleea ce debutează în timpul sarcinii sau postpartum se poate datora unei tromboze venoase cerebrale [1,3].

Dintre cefalee, migrena este entitatea asociată cu un panel larg de factori declanșatori, frecvent identificați și recunoscuți de către pacienți.

Între acești factori, stresul este cel mai frecvent întâlnit, dar episodul migrenos poate apărea și după finalizarea situației stresante, în condiții de relaxare (migrena de week-end) [3,6]. Alți factori declanșatori pentru atacul migrenos sunt: oboseala, somnul insuficient sau în exces, factori hormonalți (migrena cata-

menială, consumul de contraceptive orale), consumul de alimente bogate în tiramină, glutamat monosodic, nitriți, ciocolată, brânzeturi, vin roșu, roșii [8,9]. Cefaleea de tip tensional este mai severă vesperal, fiind intensificată de stresul cotidian. Cefaleea din tumorile cerebrale este intensificată de orice creștere a presiunii intracerebrale: manevra Valsalva, tuse, efort fizic sau modificări postural [1,3].

Un procent important dintre migrenosi prezintă antecedente familiale de migrenă la rudele de gradul I [7,8].

Trebuie insistat la interogatoriul pacientului pentru identificarea clară a sindromului cefalalgic, întrucât pacienții pot prezenta mai multe tipuri de cefalee, care trebuie diagnosticate conform criteriilor IHS. Este frecventă asocierea între migrenă și cefaleea de tip tensional [1,3,6].

Frecvent pacienții folosesc medicamente care să amelioreze cefaleea, dar folosirea cronică în doze mari a antiinflamatoarelor nesteroidiene și a combinațiilor antialgice poate duce la apariția cefaleei induse medicamentos, care poate pune în dificultate medicul din punct de vedere terapeutic. Trebuie identificate aceste medicamente la anamneză și este utilă instruirea pacientului pentru a folosi un jurnal al episoadelor cefalalgice și a medicației folosite [1,8].

Anamneza reprezintă cheia diagnosticului, dar trebuie completată cu examenul clinic general și neurologic minuțios [1].

2.2. Examenul obiectiv al pacientului cu cefalee.

Majoritatea pacienților cu sindrom cefalalgic nu prezintă modificări la examenul clinic general, orice modificare în acest sens dirijează spre o posibilă cauză secundară [8].

Examenul general se va orienta spre măsurarea temperaturii și a tensiunii arteriale, iar examenul locoregional va consta în palparea arterelor temporale, a punctelor sinusale sau a zonelor dureroase, examinarea mobilității articulației temporomandibulare [1,3].

Examenul neurologic va consta în evaluarea stării de conștiință, căutarea unui sindrom meningeal, examinarea fundului de ochi (se caută un eventual edem papilar), examinarea nervilor cranieni precum și identificarea oricărui semn de focar sau deficit neurologic. Redoarea cefei indică iritația meningelui în context de meningită, proces expansiv intracranian sau hemoragie subarahnoidiană [1,3,8].

Greața, vărsătura și fotofobia nu sunt semne specifice, căci pot indica un sindrom meningeal, dar pot de asemenea să apară și într-o migrenă [1,3,8].

Prezența oricărui semn neurologic asociat cefaleei indică o leziune intracraniană până la proba contrarie și necesită investigații imagistice suplimentare [8].

Tabel 3. Elemente ce pledează pentru etiologia secundară a cefaleelor [1,3,8]

Semne clinice de alarmă/criterii de gravitate
cefalee recentă brutală și progresivă
cefalee nouă și neobișnuită la un pacient care are o cefalee primară
cefalee ca un tunet
tulburări stării de conștiință
semne neurologice la examinare
edem papilar
redoarea cefei
febra
alterarea stării generale
boală sistemică
hipertensiune arterială severă
vârsta peste 50 ani
arterele temporare dureroase și necompresibile
antecedente de cancer sau infecție HIV

Orientare diagnostică în funcție de evoluție

În practica clinică putem distinge în funcție de circumstanțele de apariție și modalitatea evolutivă a cefaleei, 3 profile principale de evoluție: cefalee recentă, cefalee cronică recurentă, cefalee circumstanțială.

3.1. Cefaleea recentă (cu apariție la o persoană care nu a mai prezentat anterior cefalee sau o cefalee cu caractere diferite la un cefalalgic cunoscut) trebuie considerată până la proba contrarie ca simptomatică [1,8].

Cefaleea brutală și severă, fulgurantă, în lovitură de fulger **“en coup de tonnerre“** reprezintă o cefalee cu debut exploziv, maximală în mai puțin de 1 minut, cu durată variabilă, episod unic sau repetat și dezvoltă numeroase cauze severe. În mod obișnuit, pacienții menționează că este **“cea mai rea durere de cap din viața lor“**. Trebuie eliminată posibilitatea unei hemoragii subarahnoidiene [10]. Cauzele vasculare sunt mai frecvent întâlnite față de cele nonvasculare, dar poate surveni și în contextul unor cefalee primare. Există de obicei un factor declanșator: tuse, efort fizic, activitate sexuală. Explorările trebuie să fie rapide și complete [1,8].

O cefalee neobișnuită, fulgerătoare sau cu debut exploziv, reprezintă o urgență medicală.

Ruptura anevrismului cerebral este responsabilă de aproximativ 80% dintre hemoragiile subarahnoidiene netraumatice [8,10].

Hemoragia meningeală reprezintă 1-5% dintre cefaleea din urgență, este o cefalee tipic brutală, izolată într-un procent de 70% din cazuri, de intensitate severă, cu difuzie rapidă și persistentă, debutată în o treime din cazuri în timpul unui efort, însoțită de greață, vărsături, fotofobie, agitație, tulburări de conștiință, redoarea cefei, valori mari ale tensiunii arteriale, aritmie. Uneori cefaleea este atipică cu cefalee moderată, localizată, și e însoțită de dureri cervicale [1,3,8,10].

Ruptura anevrismală este responsabilă de 85 % din hemoragiile menigeale netraumatice, iar factorii de risc sunt reprezentați de fumat, HTA, consumul de alcool, istoricul familial, prezența de patologie asociată de tip rinichi polichistic, boală de tesut conjunctiv, sicklemie [1,3,8,10].

Diagnosticul unei hemoragii subarahnoidiene se face pe baza unui examen CT cerebral, dar e important de reținut faptul că examinarea are o sensibilitate insuficientă, care scade de la 90-95% în primele 24h, până la 60% după 5 zile de la debutul simptomelor [2,11]. Astfel, 25% din hemoragiile subarahnoidiene anevrismale nu sunt diagnosticate corect inițial, iar în fața unui examen CT normal, se impune efectuarea puncției lombare dacă există o suspiciune clinică. Se va completa bilanțul paraclinic cu examen angioCT cerebral sau arteriografie convențională pentru a vizualiza anevrismul [2,11].

Tabel 4. Principalele etiologii ale cefaleelor recente [1,3]

CEFALEE RECENTE BRUTALE	CEFALEE RECENTE PROGRESIVE
Hemoragii subarahnoidiene	Encefalopatie hipertensivă și eclampsie
Alte cauze vasculare	Tumori
Hemoragie sau infarct cerebral	Meningite
Malformație vasculară neruptă	Rinosinuzite acute și cronice
Disecție de arteră cervicală/ cerebrală	Glaucom acut
Angiopatie cerebrală acută reversibilă	Hipotensiunea LCR
Angeită cerebrală	
Tromboza venoasă cerebrală	
Necroza pituitară	

Toate **hemoragiile cerebrale**: intraventriculară, intracerebrală, hematom subdural, se însoțesc de sindrom cefalgic de intensitate variabilă. Cefaleea se asociază unui **infarct cerebral** într-un procent de 17-34%, adesea este moderată și în plan secund, față de deficitul focal. Cefaleea apare mai frecvent în accidentele vasculare cerebrale localizate în teritoriul vertebrobazilar comparativ cu teritoriul carotidian și în caz de afectare a unui vas mare intracerebral [1,2,6].

În **disecțiile de arteră carotidă internă sau vertebrală**, cefaleea are o incidență mare, fiind raportată într-un procent de 55-100%, este inaugurală în 33-86% – precedând accidentul vascular cerebral ischemic și se însoțește ulterior de sindrom Claude-Bernard-Horner, acufene, pareză de hipoglos, durere cervicală [1,2,6].

În **trombozele venoase cerebrale**, cefaleea este cel mai frecvent semn întâlnit: 80-90% din cazuri. În general este difuză și nu are valoare topografică iar evoluția progresivă este mai frecvent întâlnită față de debutul brutal. În 95% din cazuri asociază alte semne: deficite focale, crize epileptice, tulburări ale stării de conștiență, tulburări de limbaj [1,2,6]. În practică, diagnosticul este confirmat prin imagistica RMN cerebral cu venogramă sau angioCT cerebral iar identificarea cauzei este obligatorie (bilanț complet al coagulării și evaluare infecțioasă) [1,6].

În **procesele tumorale cerebrale**, simptomele și semnele depind de localizarea tumorii și sunt date de numeroase mecanisme: efectul de masă, sângerarea intratumorală, edemul perilezional, infiltrarea meningială, hidrocefalie. Cefaleea este frecvent însoțită de confuzie, sindrom psihoorganic, vărsături, crize epileptice sau semne focale: deficite motorii, afectare

de nervi cranieni, afazie. Examenul imagistic va confirma natura și localizarea formațiunii tumorale [1,6].

3.2. Cefaleea cronică recurentă

Durerea apare în crize stereotipe ca manifestare clinică, separate de intervale libere. Durata și evoluția temporală a crizelor permite să diferențiem 4 tipuri principale de cefalee periodice: migrena, algia facial-vasculară sau cluster, cefaleea de tip tensional și nevralgia de trigemen [1].

Migrena are o incidență de 12,5% în populația generală, aceasta variind în funcție de vârstă și sex. Migrena debutează în 80% din cazuri sub 30 de ani, înainte de pubertate este mai frecventă la băieți, ulterior prevalența este mai mare la fete [12]. Reprezintă cea mai frecventă formă de cefalee întâlnită în ambulator sau în urgență, deși este încă subdiagnosticată datorită lipsei de prezentare la medic. Este definită ca o afecțiune familială comună, caracterizată prin episoade periodice de cefalee de obicei unilaterală, pulsatilă, care debutează în copilărie sau adolescență și a căror frecvență diminuează cu înaintarea în vârstă [12,13].

Migrena este o entitate benignă în majoritatea cazurilor, între crize pacientul nu prezintă modificări patologice, dar sunt situații când durata, frecvența sau intensitatea mare a crizelor pot fi invalidante pentru pacient în plan social și profesional și se impune un tratament de fond profilactic al crizelor [13]. Formele grave de migrenă sunt rareori întâlnite: migrena bazilară cu semne neurologice bilaterale și tulburări ale stării de conștiență, migrena hemiplegică, migrena oftalmoplegică, starea de rău migrenos cu o durată a simptomelor de peste 72h, migrena complicată cu deficite vizuale, senzitive sau motorii [13].

Tabel 5. Criterii de diagnostic pentru migrena fără aură/comună [2]

Cel puțin 5 atacuri cu durată între 4 și 72h
Cel puțin 2 caracteristici din următoarele: Unilaterală Pulsatilă Moderată– severă Agravată de mișcare
Cel puțin un criteriu din următoarele: Greață +/- vărsături Fotofobie +/-Fonofobie

Cefaleea nu poate fi atribuită unei alte afecțiuni

Algia vasculară a feței predomină la sexul masculin și are localizare tipică unilaterală periocular, durată scurtă între 1-3ore, cu repetiție zilnică, uneori cu orar fix pentru perioade de săptămâni– luni separate de intervale libere (cluster) și sunt însoțite de secreții nazale și lacrimale [1,14].

Cefaleea de tip tensional este caracterizată ca o durere moderată, difuză, în casă, predominant în regiunea occipitală, întotdeauna bilaterală, sub formă de presiune sau constrictivă, fără a fi agravată de activitatea fizică și nu e însoțită de semne de hipertensiune intracraniană. Este însoțită de contractură durosă a musculaturii cervicale și frecvent se asociază cu tulburări de tip anxios sau depresie [1,3,15].

3.3. Cefalee circumstanțiale

Acest tip de cefalee apar în condiții stereotipe precise și pun probleme de diagnostic, mai ales la primele episoade: cefaleea benignă de effort (include cefaleea de altitudine, cefaleea de tuse), cefaleea coitală, cefaleea legată de frig, cefaleea corelată cu utilizarea ocazională a unor medicamente sau substanțe (monoxid de carbon, glutamat monosodic, derivați nitriți) sau de sevraj (medicamente sau alcool) [1,6].

Cefaleea “specialiștilor“ se asociază unei afecțiuni din sfera ORL (sinuzite acute, deviere de sept nazal), oftalmologică (glaucom acut, tulburări de refracție necorectate), stomatologică (afecțiuni dentare, artroze temporomandibulare), context în care se impune consulturi interdisciplinare pentru a se găsi cauza sindromului cefalalgic [1,6].

Concluzii

Cefaleea reprezintă o problemă de diagnostic și tratament pentru orice specialitate medicală, datorită

frecvenței de apariție atât în condiții fiziologice cat și patologice.

Sistemul actualizat de clasificare a cefaleelor propus de IHS ajută medicul clinician în definirea tipului de cefalee și ghidarea țintită a investigațiilor paraclinice. Acumularea cunoștințelor în acest domeniu a dus la descrierea a noi entități clinice. Scopul final al gândirii diagnostice trebuie să fie în direcția identificării sau excluderii unei cauze secundare și de a nu omite anumite semne care pot indica o patologie ce pune în pericol viața.

Bibliografie

1. Geraud G, Fabre N. Guide pratique des migraines et céphalées. MMI Editions: Collection Meddiguides 2001
2. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). Cephalalgia. 2013;33(9):629-808
3. Roceanu A, Băjenaru O. Diagnosticul și tratamentul cefaleelor. Editura Medicală Amaltea: București 2005
4. Rasmussen BK, Jensen R, Schroll M, Olesen J. Epidemiology of headache in a general population– a prevalence study. J Clin Epidemiol 1991;44:1147-57
5. Yoon MS, Katsarava Z, Obermann M. Prevalence of primary headaches in Germany: results of the German Headache Consortium Study. J Headache Pain 2012;13:215–223
6. Géraud G, Fabre N, Lantéri-Minet M, Valade D. Les Céphalées en 30 leçons. 2nd ed. Elsevier Masson 2015
7. Taga A, Russo M, Manzoni GC, Torelli P. The PACE study: lifetime and past-year prevalence of headache in Parma's adult general population. Neurol Sci. 2017doi: 10.1007/s10072-017-2845-5
8. Joubert J. Diagnosing headache. Aust Fam Physician. 2005;34(8):621-5
9. Lipton RB, Bigal ME. Migraine: epidemiology, impact, and risk factors for progression. Headache 2005;45 Suppl 1:S3-S13
10. Edlow JA, Caplan LR. Avoiding pitfalls in the diagnosis of subarachnoid hemorrhage. N Engl J Med 2000;342:29-36
11. Sames TA, Stororrow AB, Finkelstein JA, Magoon MR. Sensitivity of new-generation computed tomography in subarachnoid hemorrhage. Acad Emerg 1996;3:16-20
12. Abu-Arafah I, Russell G. Prevalence of headache and migraine in schoolchildren. Br Med J 1994;309:765–9.
13. Terwindt G, Ferrari M, Tijhuis M, et al. The impact of migraine on quality of life in the general population — The GEM Study. Neurology 2000;55(5):624–629
14. Matharu M. Cluster headache. Clin Evid (Online). 2010 Feb 9
15. Fumal A, Schoenen J. Tension-type headache: current research and clinical management. Lancet Neurol 2008;7(1):70-83



PLANIFICĂ NEPREVĂZUTUL.RO

o inițiativă a Societății de Educație Contraceptivă și Sexuală pentru educare și informare pe teme de contracepție și viață sexuală responsabilă și sănătoasă!

De peste 3 ani,
***planificaneprevazutul.ro* reprezintă:**

-  **Un instrument de încredere pentru specialiștii din sănătate,** întrucât sprijină aceleași eforturi de educare, prin informații și recomandări de specialitate, pentru alegeri informate
-  **O sursă importantă de informare pentru femeile și cuplurile din România,** care își doresc să se protejeze eficient de o sarcină nedorită
-  **Un alt mijloc direct de comunicare între medicul ginecolog și oricine are întrebări și dileme** legate de contracepție și viața sexuală și își dorește să le discute cu specialistul sub protecția anonimatului, prin adresa de e-mail doctorul@planificaneprevazutul.ro