

**ORDINE MEDICI CHIRURGI E
ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA
DI BRESCIA**

***La semeiotica neurologica
nello studio
del MMG***

30 settembre 2017

*Dott. Mauro Doga
Medico di Medicina Generale*

Troppo specialistica ?

Creutzfeldt-Jakob

La malattia di Creutzfeldt-Jakob (MCJ), originariamente descritta negli anni venti del XX secolo da Hans Gerhard Creutzfeldt ed Alfons Maria Jakob, è una malattia neurodegenerativa rara, che conduce ad una forma di demenza progressiva fata

Lou Gehrig

La sclerosi laterale amiotrofica, o SLA, chiamata anche malattia di Lou Gehrig (dal nome di un giocatore di baseball, la cui malattia nel 1939 sollevò l'attenzione pubblica), o malattia di Charcot o malattia dei motoneuroni

Sturge-Weber

La sindrome di Sturge-Weber (SSW) è una malattia neurocutanea congenita rara, caratterizzata da malformazioni capillari sul viso e/o malformazioni vascolari ipsilaterali all'occhio, che esitano in anomalie oculari e neurologiche di grado variabile

Duchenne-Aran

L'atrofia muscolare progressiva, detta anche atrofia muscolare di Duchenne-Aran o malattia di Duchenne-Aran, nota anche con l'acronimo AMP o in inglese PMA (Progressive muscular atrophy), è una malattia neurologica configurabile attualmente quale rara forma di malattia del motoneurone (Motor neurone disease, MND)

Von Hippel-Lindau

La VHL o sindrome di Von Hippel-Lindau è una malattia a carattere ereditario molto rara, caratterizzata dall'associazione di diverse forme di neoplasia, fra cui angiomi e altre forme di neoplasia del rene e feocromocitomi.

Distrofia miotonica

La malattia di Steinert, nota anche come distrofia miotonica tipo 1, è una malattia muscolare caratterizzata da miotonia e da danni multiorgano, associata a debolezza muscolare di gravità variabile, aritmia e/o disturbi della conduzione cardiaca, cataratta, endocrinopatie, disturbi del sonno e calvizie



Leucodistrofia metacromatica

La leucodistrofia metacromatica è una malattia neurodegenerativa, caratterizzata dall'accumulo di solfatidi (glicosfingolipidi solfatati, soprattutto, attosilceramide o sulfogalattocerebrosidi) nel sistema nervoso e nei reni.

Panencefalite sclerosante subacuta

La panencefalite subacuta sclerosante (PESS), chiamata anche leucoencefalite subacuta sclerosante è una rara forma cronica e progressiva di encefalite che si manifesta nei bambini e nei giovani adulti, causata dalla persistenza del virus del morbillo nel tessuto cerebrale

Solo patologie acute?

Emorragia cerebrale

Ictus

Coma

Guillain-Barré

Edema cerebrale



Emorragia sub aracnoidea

Terapia troppo complessa?

Parkinson

Epilessia

Sclerosi multipla



Miastenia gravis

***L' esame neurologico
DEVE
rientrare nelle competenze del
MMG***

Sondaggio d'aula

La presenza di segni neurologici è stata accertata:

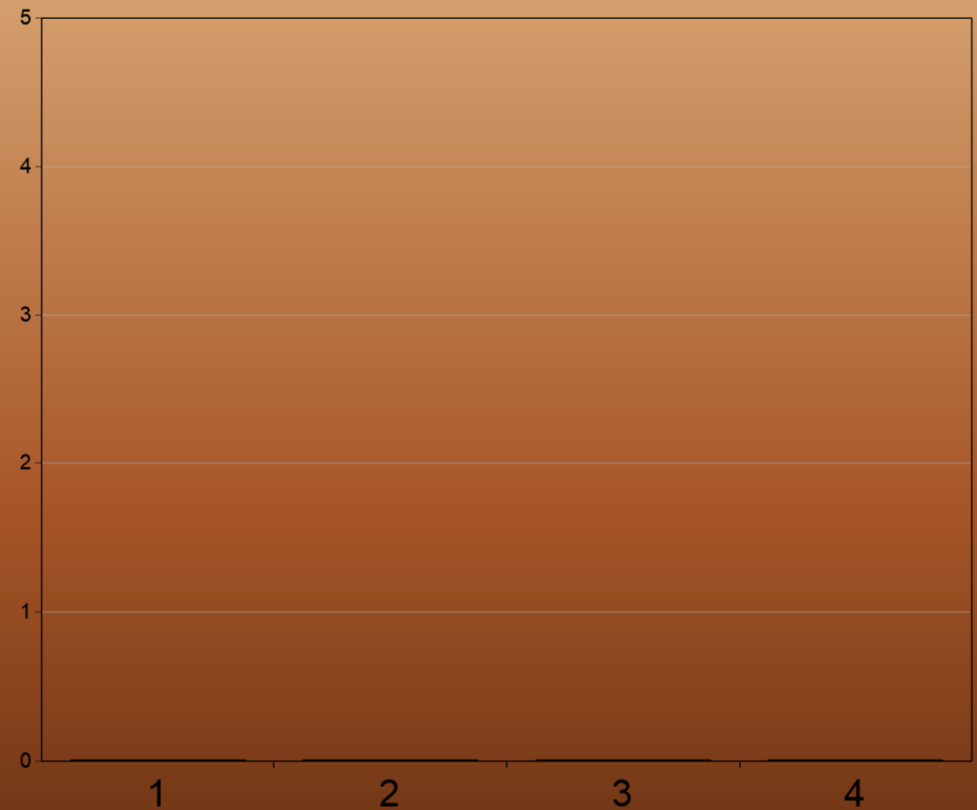
- **Nel 2% della popolazione normale**
- **Nel 5% della popolazione normale**
- **Nel 90% dei soggetti con patologie neurologiche**
- **Nel 75% dei soggetti che svilupperanno patologie neurologiche**

**La presenza di segni neurologici è stata accertata:*

1. Nel 2% della popolazione normale
2. Nel 5% della popolazione normale
3. Nel 90% dei soggetti con patologie neurologiche
4. Nel 75% dei soggetti che svilupperanno patologie neurologiche

La presenza di segni neurologici è stata accertata:

1. Nel 2% della popolazione normale
2. Nel 5% della popolazione normale
3. Nel 90% dei soggetti con patologie neurologiche
4. Nel 75% dei pazienti che svilupperanno patologie neurologiche



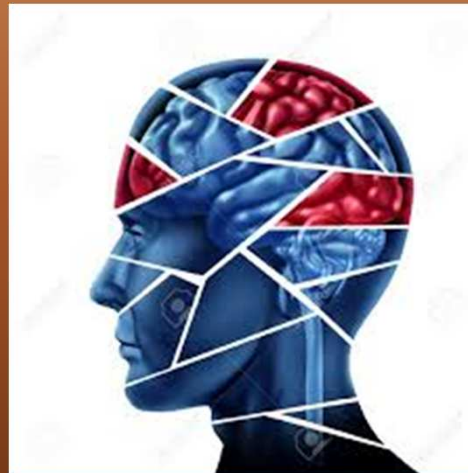


Acta Neurologica Scandinav. 1972

Havard Skre

Neurologica signs in a normal population

La presenza di segni neurologici è stata accertata nel 5% della popolazione normale



PDTA sclerosi multipla ATS Brescia

Il MMG, in caso di valutazione di un paziente, con età inferiore a 50 anni, che presenta sintomi neurologici da oltre 24 ore comparsi in modo subacuto, deve:

a) osservare e cogliere i sintomi iniziali più frequenti:

neurite ottica: offuscamento del visus in un occhio. Generalmente associato a dolore sovraorbitario o retro-orbitario, può esserci alterata percezione dei colori; il paziente potrebbe riferire di vedere "come sott'acqua";

diplopia: non solo in posizione primaria ma anche nello sguardo lateralizzato;

deficit di forza o impaccio motorio ad un arto (superiore o inferiore o emilato). ROT aumentati e asimmetrici, presenza di segno di Babinski (estensione dell'alluce alla stimolazione plantare);

disturbi della deambulazione, con instabilità, marcia "poco fluida" (=atassia-paraparesi);

sintomi riferibili a lesione midollare: deficit di forza o sensibilità che coinvolgono entrambi gli arti inferiori o i superiori); deficit di sensibilità con livello addominale o toracico (generalmente con esordio subacuto a partenza distale e progressivo coinvolgimento prossimale); segno di Lhermitte (sensazione di scossa elettrica lungo il rachide alla flessione del capo); deficit sfinterici (esitazione/ ritenzione minzionale o urgenza/ incontinenza, alterazioni dell'alvo, spesso stipsi).

disturbi del controllo vescicale non legati ad altre patologie: diagnosi differenziale. Sono rari isolati all'esordio;

.....

PDTA sclerosi multipla ATS Brescia

Il MMG, nel sospetto fondato di malattia infiammatoria del sistema nervoso centrale, **può richiedere**, per velocizzare i tempi di diagnosi, la prima **risonanza dell'encefalo e/o midollo** qualora la sintomatologia indirizzi verso tale sede, i.e. ***segno di Lhermitte*, disturbi sfinterici o della sensibilità pavimento pelvico, livello sensitivo***).

*Il segno di Lhermitte è una sensazione di scarica elettrica, provocata dalla flessione del capo, che dalla base del collo si propaga lungo la colonna vertebrale.
Tale sintomo è espressione di una marcata sofferenza del midollo, per il coinvolgimento dei cordoni posteriori dei nervi spinali*

PDTA demenze ATS Brescia

Il MMG deve nei casi dubbi somministrare il questionario per la identificazione della demenza.

In caso di lieve anomalia (1 solo item positivo, che presenta però un impatto con l'attività quotidiana) il questionario può essere nuovamente somministrato dal MMG a breve distanza di tempo (3 mesi) per meglio valutare l'evoluzione delle performance del paziente.

In caso di sospetto deve fare eseguire esami (inclusa Tc encefalo) ed indirizzare al centro specialistico.

“PERCORSO CEFALEA”

DOCUMENTO DI INDIRIZZO REGIONALE (EMILIA-ROMAGNA) PER L'ASSISTENZA INTEGRATA AL PAZIENTE CON CEFALEA

SCENARIO 3

Assenza in anamnesi di cefalea
Cefalea ad esordio recente
Cefalea progressivamente ingravescente

Il Medico di PS richiede una TC encefalo, esami ematochimici di routine e dosaggio PCR

Il MMG richiede VES, PCR, esami ematochimici di routine come urgenza differibile, TC encefalo e valutazione neurologica da eseguire entro 7 giorni

Esame Neurologico del MMG

Si devono ricercare

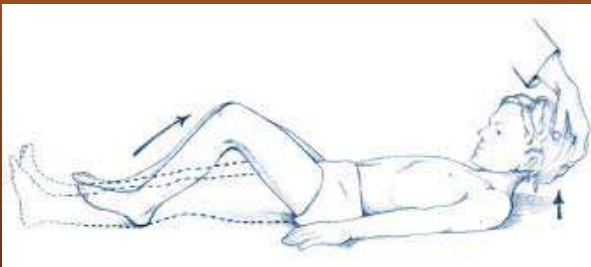
- **Alterazioni dello stato di coscienza**
- **Diplopia, deficit del CV**
- **Deficit VII n.c.** (*La lesione del VII paio (nervo facciale) porta a paralisi del volto e della fronte (paralisi periferica di Bell), frequente, per esempio, nella neuropatia diabetica. La paralisi sopranucleare di Bell risparmia i muscoli della fronte ed il paziente può aggrottare la fronte e chiudere l'occhio dal lato colpito. Lesioni prossimali della giunzione tra la coda del timpano ed il resto del nervo facciale provocano la perdita del gusto dei due terzi anteriori della lingua e delle funzioni delle ghiandole sottomandibolari e sottolinguali, parasimpatiche).*)
- **Nistagmo, disturbi dell'equilibrio**
- **Deficit di forza**
- **Atassia, dismetria**

Esame neurologico essenziale e breve

Esame *Neurologico* del MMG

Ulteriori manovre semeiologiche

- Valutazione sensibilità
- ROT
- Lasegue
- Brudzinski, Binda, rigor nucale



Segno di ipertonia e contrattura muscolare presente nella meningite, costituito dal sollevamento della spalla dal lato opposto a quello in cui si ruota il capo

In casi particolari

Sintomi di allarme – Red Flags



Importante per il MMG identificarli

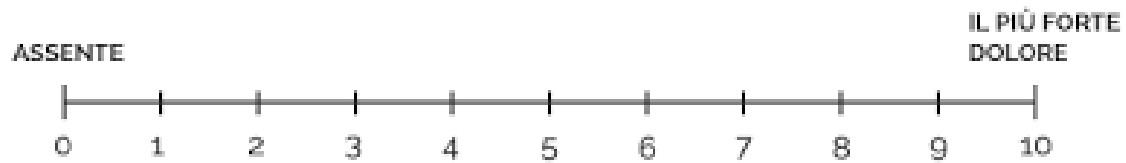
ESEMPIO: Cefalea

- Insorgenza oltre i 50 anni
- Recente insorgenza in pazienti con neoplasie o HIV
- Esordio improvviso
- «Peggior mal di testa mai provato»
- Improvviso e sostanziale aumento della frequenza degli attacchi
- Improvviso cambiamento delle caratteristiche della cefalea
- Associazione con sforzo fisico (colpi di tosse, starnuti)
- Aura sempre monolaterale
- Aura molto breve (meno di 5 min) o molto lunga (oltre 60 min)

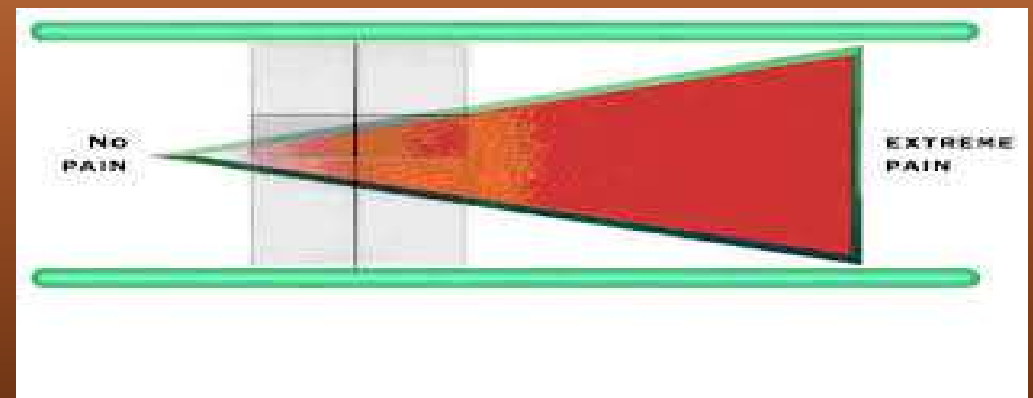
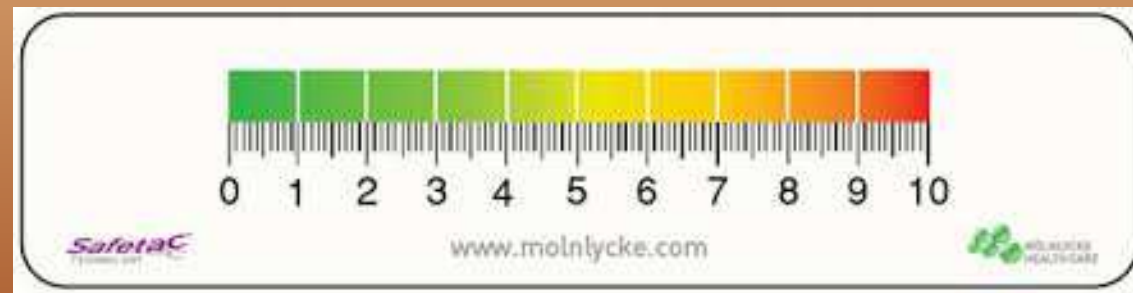
***Scale di valutazione e
diari clinici***

SCALA ANALOGICA VISIVA (VAS) DEL DOLORE

Indicare con una crocetta su questa scala quanto è forte il dolore.



Intensità del dolore



Valutazione precisa dei segni neurologici

Test di Tinetti

Paziente _____
Cognome _____
Data nascita _____
Nome _____

Equilibrio

Il paziente è seduto su una sedia senza braccioli		
1	Equilibrio seduto sulla sedia	si piega da un lato oppure scivola il paziente è stabile e sicuro
		0 1
Si richiede al paziente di alzarsi, possibilmente senza aiuti		
2	Alzarsi dalla sedia	impossibile senza aiuto possibile ma con l'aiuto delle braccia possibile senza l'aiuto delle braccia
		0 1 2
3	Tentativi per alzarsi	impossibile senza aiuto possibile ma con più di un tentativo possibile dopo un unico tentativo
		0 1 2
4	Equilibrio immediato in ortostatismo (primi 5 secondi)	incerto (vacilla, muove i piedi, marcate oscillazioni del tronco) stabile ma necessita di ausili (es. bastone) per restare in piedi stabile senza ausili per il cammino
		0 1 2
Test di provocazione di equilibrio in ortostatismo		
6	Equilibrio nella stazione eretta prolungata (piedi uniti)	incerto (vacilla, muove i piedi, marcate oscillazioni del tronco) sicuro, ma i malleoli mediali sono distanti tra loro almeno 10 cm sicuro e piedi vicini senza supporti
		0 1 2
8	Occhi chiusi e piedi vicini (Romberg)	incerto sicuro
		0 1
7	Spinta, con i piedi del paziente quanto più vicini possibile, l'esaminatore spinge con il palmo della mano per 3 volte allo stesso	senza aiuto tende a cadere non cade ma deve reggersi, esegue passi di riequilibrio rimane stabilmente in piedi
		0 1 2
8	Rotazione di 360°	necessari piccoli passi discontinui possibile con passi continui instabile ed incerto, necessita di appoggi stabile
		0 1 1
Il paziente deve sedersi su di una sedia		
9	Sedersi	non è sicuro, non valuta le distanze e si lascia cadere sulla sedia usa le braccia per aiutarsi o esegue movimenti non armonici sicuro di sé, movimenti armonici e regolari
		0 1 2
Andatura		
Il paziente deve deambulare per almeno 3 metri in avanti, girarsi, e ritornare a passi rapidi alla sedia, con l'uso dei suoi ausili abituali (se ne fa uso)		
10	Inizio dell'andatura dopo l'ordine di camminare	salta o compie più tentativi prima di partire parte senza esitazione
		0 1
	Lunghezza del passo della gamba destra	non può essere portata davanti al piede sinistro che funge da perno può essere portata davanti al piede sinistro
		0 1
	Altezza del passo gamba destra	il piede destro non si alza dal pavimento il piede destro si alza visibilmente dal pavimento
		0 1
11	Lunghezza del passo gamba sinistra	non può essere portata davanti al piede destro che funge da perno può essere portata davanti al piede destro
		0 1
	Altezza del passo gamba sinistra	il piede sinistro non si alza dal pavimento il piede sinistro si alza visibilmente dal pavimento
		0 1
12	Simmetria dell'andatura	le lunghezze dei passi destro e sinistro sono diseguali le lunghezze dei passi destro e sinistro sono uguali
		0 1
13	Continuità dell'andatura	arresto o discontinuità dei passi i passi sono visibilmente continui
		0 1
	Deviazione della linea retta	deviazione visibile deviazione leggera
		0 1
14	Immagine di andatura lungo 3 metri di percorso	nessuna deviazioni
		2
15	Stabilità del tronco	oscillazione marcata o con ausili (bastone, girlo ecc.) nessuna oscillazione ma posture in avanti o bilanciate delle braccia nessuna oscillazione né inclinazione del tronco
		0 1 2
16	Larghezza dei passi	andature a gambe allargate, talloni lontani fra loro talloni molto vicini fra loro
		0 1

Grazie!