

Sindromi midollari, del SNP, del muscolo scheletrico, meningee

scaricato da www.sunhope.it

Quadri sindromici del SN

- S. comportamentali
- S. da deficit cognitivo
- S. da alterata coscienza
- S. da ipertensione endocranica
- S. piramidale
- S. extrapiramidale
- S. somestetiche
- S. sensoriali
- S. ipotalamiche ed infundibolo tuberiane
- S. chiasmatiche
- S. del tronco encefalico
- S. cerebellari
- S. vestibolare
- S. midollari
- S. della cauda
- S. radicolari, dei plessi e dei nervi periferici
- S. dell' unità motoria
- S. meningea
- S. del SNV

Sindromi del tronco encefalico



Figura 6.7 Sezione trasversale del bulbo. Trattaggia l'area della lesione responsabile della sindrome di Wallenberg.



Figura 6.8 Sezione trasversale del ponte. Sono indicate le aree delle lesioni responsabili della sindrome di Millard-Gubler (sindrome o di Parinaud).

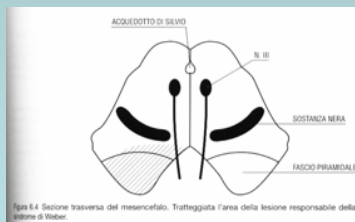
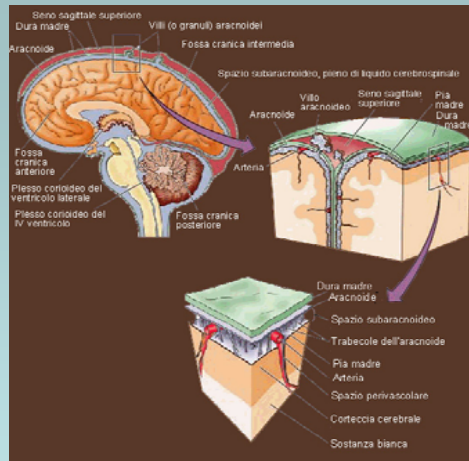


Figura 6.4 Sezione trasversale del mesencefalo. Trattaggia l'area della lesione responsabile della sindrome di Weber.

Sindrome meningea

- ✓ Cefalea
- ✓ Rigidità nucale (manovra di Kernig e segno di Brudzinski)

Sindrome meningea



Ipertensione endocranica

Un progressivo ingrandimento della massa intracranica porterà ad un incremento della pressione intracranica. La curva pressione-volume consente, per piccoli aumenti del volume del contenuto intracranico, attraverso l'assorbimento di liquido cerebrospinale e di sangue, di compensare l'ingrandimento della massa. Superata la soglia di tolleranza del sistema, la pressione sale rapidamente determinando:

- ❖ Cefalea
- ❖ Nausea
- ❖ Deterioramento dello stato di coscienza
- ❖ Disturbi visivi (allargamento dello scotoma paracentrale fisiologico con o senza riduzione dell'acuità visiva)
- ❖ Decesso

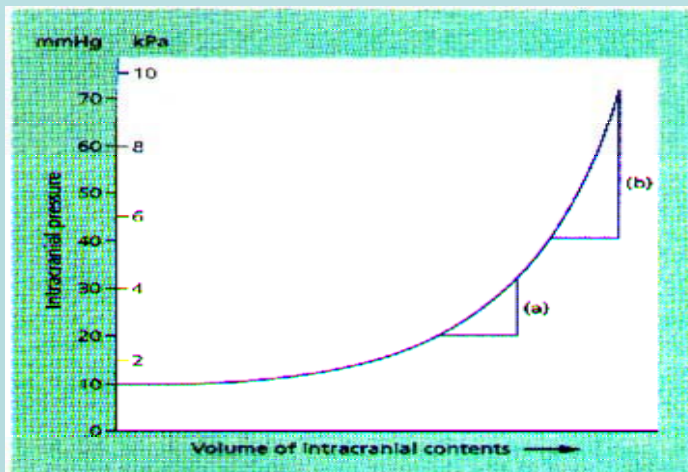


Fig. 1.4 Theoretical intracranial pressure-volume curve. This diagram illustrates how the volume of intracranial contents may increase, initially, with little change in intracranial pressure. Once a certain threshold has been reached following expulsion of blood and CSF from the intracranial compartment, the pressure rises exponentially and, as the curve steepens, a small rise in volume results in a significant increase in intracranial pressure. (a) and (b) illustrate the relationship between rise in intracranial volume and the theoretical rise in intracranial pressure at two parts of the curve (modified from Ref. 33).

Sindromi midollari

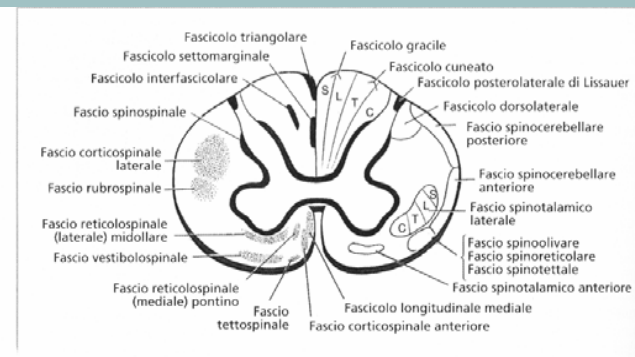


Figura 7.6 Fasci del midollo spinale. I fasci ascendenti sono rappresentati con contorni continui sottili sulla destra, i fasci discendenti con contorni punteggiati sulla sinistra, e i fasci spinali intrinseci (composti da fibre discendenti e/o ascendenti) con contorni continui marcati. La rappresentazione dei fasci è illustrata arbitrariamente. È indicata l'organizzazione somatotopica delle colonne posteriori e dei fasci spinotalamici laterali: C, cervicale; T, toracico; L, lombare; S, sacrale.

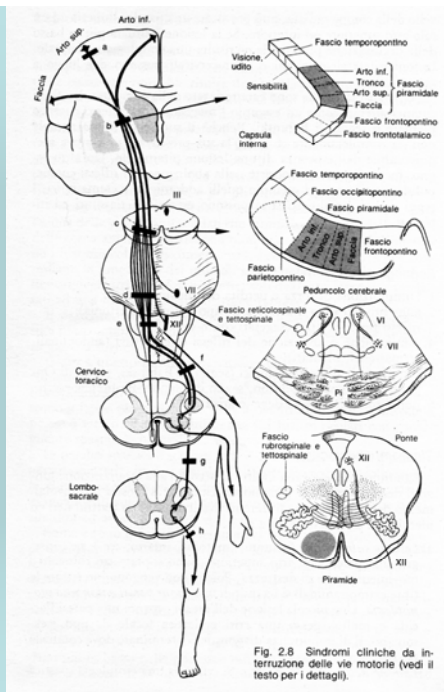


Fig. 2.8. Sindromi cliniche da interruzione delle vie motorie (vedi il testo per i dettagli).

Paralisi spastica

Segni generali:

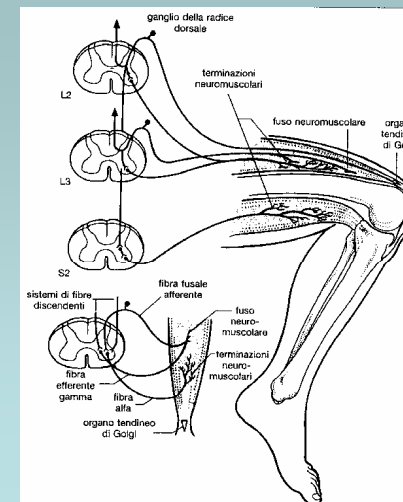
- ❖ Diminuzione di forza e perdita dei movimenti fini
- ❖ Aumento del tono muscolare di tipo spastico (ipertonia)
- ❖ Riflessi propriocettivi esagerati con o senza clono
- ❖ Diminuzione o abolizione dei riflessi esterocettivi (addominali, cremasterici, plantari)
- ❖ Comparsa di riflessi patologici (segno di Babinski, segno di Oppenheim, segno di Gordon, segno di Mendel-Bechterew, ecc)
- ❖ Non atrofia muscolare degenerativa

Paralisi flaccida

Segni generali:

- ❑ Diminuzione globale della forza
- ❑ Ipotonia o atonia del muscolo
- ❑ Iporeflessia o areflessia
- ❑ Degenerazione neurogena del muscolo

Sindrome dell'unità motoria



Miopatie

- ❖ Deficit motorio prevalente nei muscoli prossimali
- ❖ Amiotrofia
- ❖ Abolizione precoce della risposta idiomuscolare
- ❖ Assenza di fascicolazioni

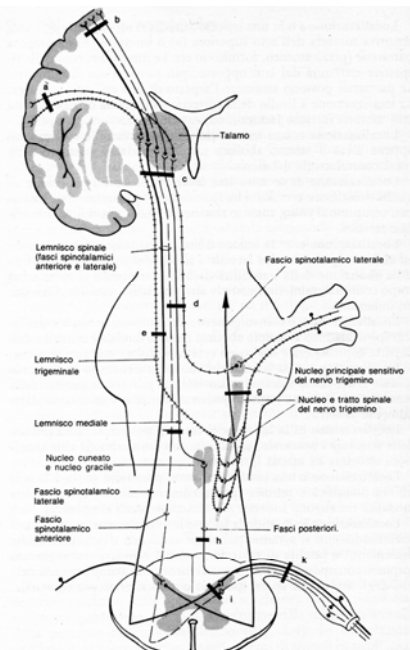


Fig. 1.30 Sindromi cliniche da lesioni interrompenti le vie sensitive a livello delle barrette rosse indicate dalle lettere (vedi il testo per dettagli).

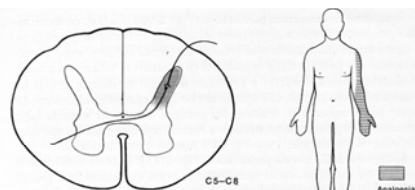


Fig. 2.21 Sindrome del corno posteriore.

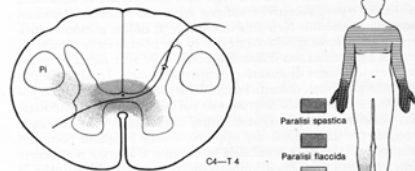


Fig. 2.22 Sindrome della sostanza grigia commissurale.

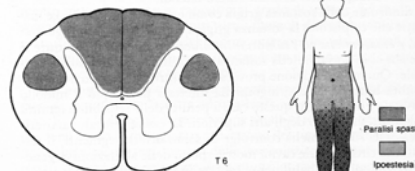


Fig. 2.23 Sindrome combinata dei cordoni posteriori e delle vie corticospinali (mielosi funicolare).

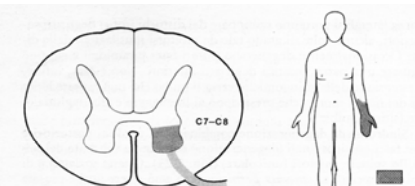


Fig. 2.24 Sindrome delle corna anteriori.

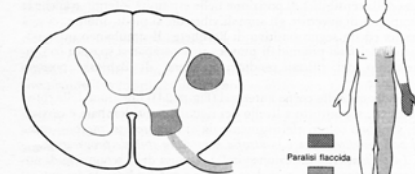


Fig. 2.25 Sindrome combinata delle corna anteriori e del fascio piramidale laterale (sclerosi laterale amiotrofica).



Fig. 2.26 Sindrome delle radici posteriori ed anteriori e dei nervi periferici (atrofia muscolare neuronale).

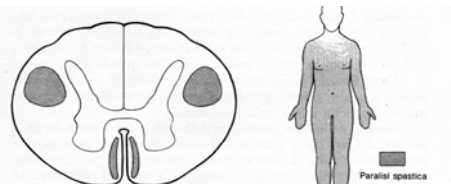


Fig. 2.27 Sindrome dei fasci corticospinali (paralisi spinale spastica progressiva).

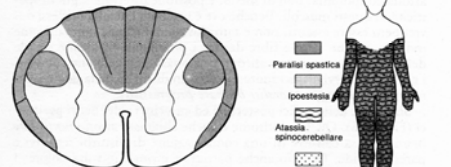


Fig. 2.28 Sindrome combinata dei cordoni posteriori, dei fasci spinocerebellari ed eventualmente dei fasci piramidali.

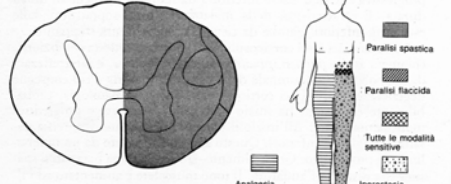


Fig. 2.29 Sindrome da emisezioni del midollo spinale (sindrome di Brown-Séquard).

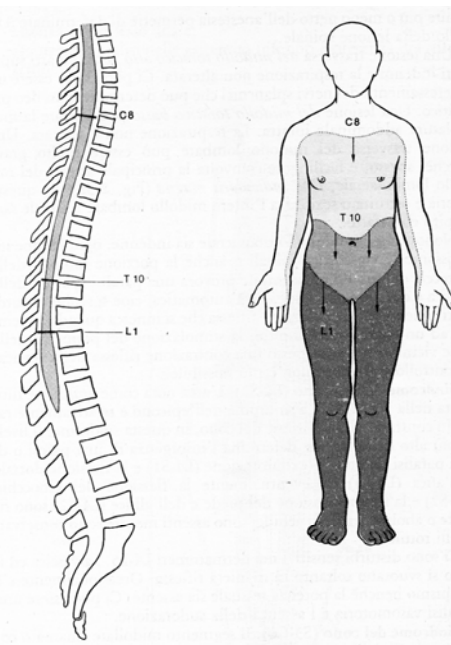
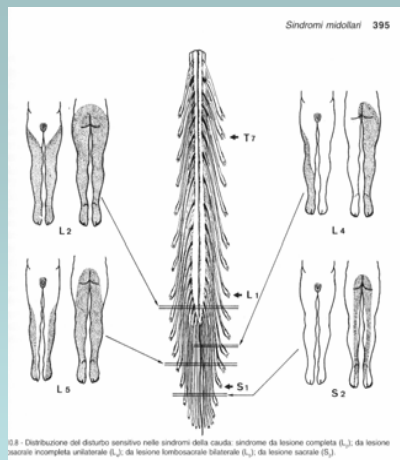


Fig. 2.30 Paraplegia da sezione trasversale del midollo a tre differenti livelli.

Sindromi della cauda



0.8 - Distribuzione del disturbo sensitivo nelle sindromi della cauda: sindrome da lesione completa (L₁); da lesione sacrale incompleta unilaterale (L₂); da lesione lombosacrale bilaterale (L₃); da lesione sacrale (S₁).

Sindromi radicolari, dei plessi e dei nervi periferici

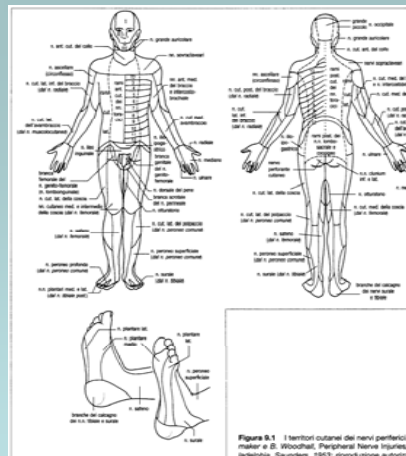


Figura 9.1 I territori cutanei dei nervi periferici. (D. Miller e B. Woodhall, Peripheral Nerve Injuries, 2ª edizione, Saunders, 1983, riproduzione autorizzata)

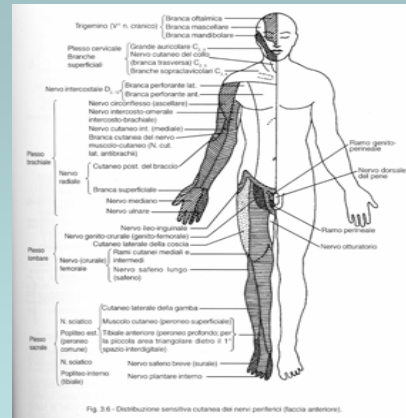


Fig. 3.6 Distribuzione sensitiva cutanea dei nervi periferici (faccia anteriore).

Sindrome neuropatica

La sindrome neuropatica periferica è caratterizzata da disturbi sensitivi e/o motori e/o disautonomici nel territorio di uno, molti o tutti i nervi periferici (mono, multi e polineuropatie). I disturbi sensitivi sono rappresentati da ipoestesi, disestesie, parestesie, dolori. I disturbi motori sono rappresentati da deficit di forza associati ad amiotrofia ed areflessia tendinea. I disturbi autonomici da: vasoparalisi, disidrosi, disturbi sfinterici e sessuali. In genere, nelle neuropatie i disturbi prevalgono nei segmenti distali degli arti, mentre nelle miopatie nei segmenti prossimali

Sindrome del SNV

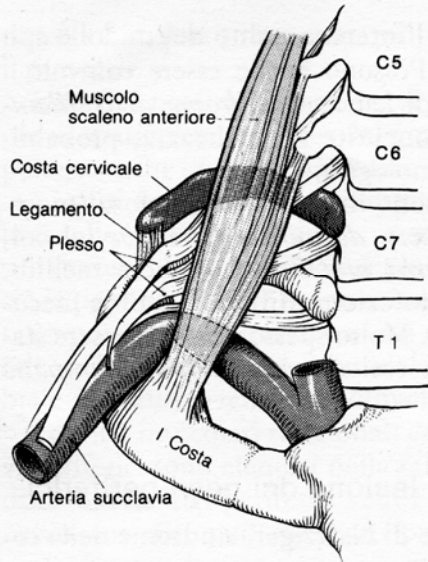
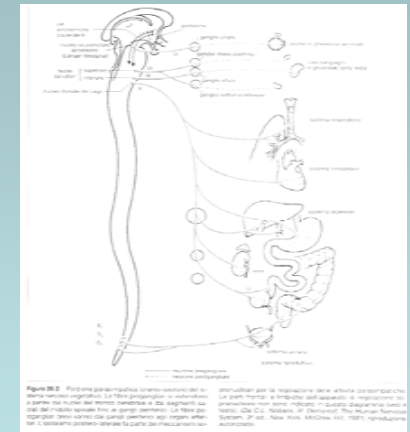
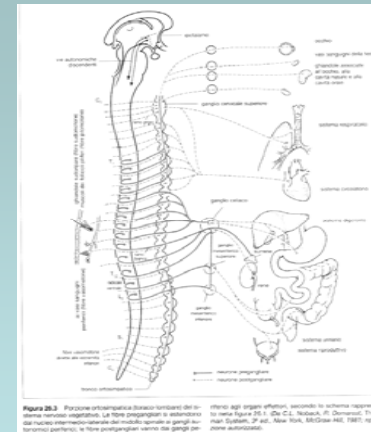


Fig. 2.15 Sindrome dello scaleno causata dal restringimento dello hiatus degli scaleni da una costa cervicale.

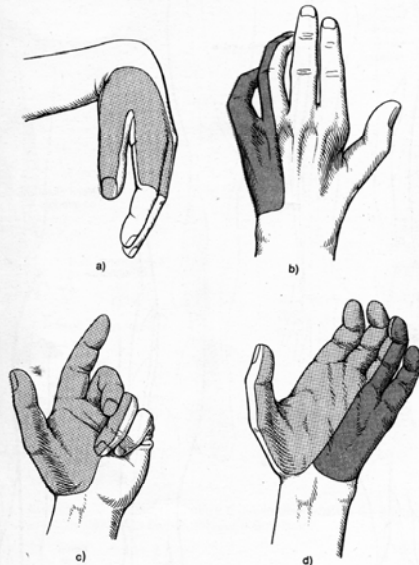


Fig. 2.14 Sindromi da paralisi flaccide: (a) mano cadente (nervo radiale); (b) mano ad artiglio (nervo ulnare); (c) mano da benedizione (nervo mediano); (d) mano da scimmia (nervi mediano ed ulnare).