

CAP 25

- Che cos'è la sindrome epilettica?
- Epilessie sintomatiche
- Epilessia secondaria
- Differenza crisi epilettica parziale semplice e complessa.
- Crisi jacksoniana, la RM si fa? *Si. Per escludere meningiomi o altre cause come malformazioni. Terapia solo antiepilettica? CBZ, LEV, LTG, OXC, TPM, VPA*
- Marcia jacksoniana
- Cause secondarie di crisi epilettiche di tipo jacksoniano. *Meningioma, nel 60% dei casi è in esordio.*
- Assenze, in quale patologia le trovi? *Piccolo male* Caratteristiche, esordio, decorso clinico, terapia. *VPA, LTG*
- Crisi di tipo assenze - evoluzione e prognosi
- Piccolo male e tracciato eeg
- Tracciato con periodismo a 3 cicli al sec con punta-onda bilaterale, simmetrici e sincroni? È un bambino: assenza, piccolo male, sintomi, decorso (benigno, a 8-12 anni scompare) terapia.
- Tracciato a 2,5 cicli al sec? *Sempre piccolo male ma un po' diversa. In realtà penso che possa essere anche una Lennox-Gastaut.*
- Com'è il tracciato eeg nel piccolo male? E nella sindrome di West? *Nelle assenze tipiche il tracciato è patognomonico, con complessi di punta-onda sincroni simmetrici bilaterali a 3 cicli/sec sia in fase critica che intercritica. Nella sindrome di West c'è un tracciato encefalografico particolare e desincronizzato, che configura il cosiddetto caos ipsiaritmico.*
- Grande male, come sono le clonie? *Flesso-estensione*; quanto durano le due fasi tonica e clonica? *Tonica 10/20 sec Clonica 30 sec*
- Paralisi post critica di Todd. *È un segno clinico che consiste in una debolezza focale ad una parte del corpo in seguito ad un attacco epilettico. Questa debolezza colpisce tipicamente le parti distali degli arti ed è localizzata sia al lato sinistro che destro del corpo. Solitamente la condizione scompare completamente entro 48 ore. La paresi di Todd può colpire anche la capacità di parlare, il movimento degli occhi o la vista.*
- Dreamy state, stato sognante.
- Cause secondarie di crisi epilettiche parziali con focus temporale? *Sclerosi temporale mesiale, tumori.*
- Pz che ha delle allucinazioni uditive per qualche secondo cosa ha? *Crisi epilessia lobo temporale/ epilessia familiare del lobo temporale.*
- Paziente con crisi gelastica, come la inquadrì e cosa sospettò? *Tra le crisi epilettiche focali semplici, l'eziologia è spesso legata ad amartoma ipotalamico.*
- Crisi gelastiche. Da che lobo originano? *Sono crisi che colpiscono con sorriso irrefrenabile e sono associate a una rara patologia malformativa che è l'amartoma tubero infundibolare talamico. In altri casi le crisi gelastiche possono avere un'origine dal lobo temporale o frontale.*
- Amartoma in quale sede può dare un quadro neurologico caratteristico? *Ipotalamo, da crisi gelastiche.*
- Cosa causa un amartoma ipotalamico? *Crisi gelastiche e dacristiche.*
- Sindrome di Lennox-Gaustat
- Sindrome con movimenti che ricordano la preghiera islamica (tic di salaam): spasmo in flessione, com'è l'eeg? *S. di West*
- Sclerosi temporale mesiale/ippocampale.
- Per paziente 30enne e 70enne che presentano per la prima volta una crisi epilettica hai lo stesso approccio? Chi ti preoccupa di più?
- Come mai un paziente che assume idantoina va dal dentista? *Perché uno degli effetti collaterali è l'iperplasia gengivale*
- Un pz epilettico può fare immersioni in acqua? *L'epilessia è considerata una controindicazione assoluta all'immersione, in tutte le sue forme. Solo se, dopo la sospensione di ogni terapia farmacologica, l'individuo resta libero da attacchi epilettici (sia convulsivi che di assenza) per un periodo di 5 anni (ma alcuni suggeriscono 10), l'immersione può essere considerata, dopo un'approfondita visita di idoneità. Nei casi di grande male, con convulsioni, il problema non è limitato alla perdita di coscienza e controllo ed al conseguente rischio di annegamento e/o risalita incontrollata, ma è complicato dal fatto che, durante le convulsioni, si hanno periodi di apnea che possono portare a maggior rischio di episodi di barotrauma polmonare in caso di risalita incontrollata, che dovrebbe essere impedita ed arrestata immediatamente, per essere ripresa solo alla fine della fase tonico-clonica dell'attacco.*
- È più probabile che le crisi epilettiche insorgano nei sommozzatori o in chi fa deltaplano o bungee jumping?
- Differenze aura epilettica e aura emicranica.
- Segno del dobermann *Parè riguardi l'epilessia da craniostenosi.*

CAP 27

- Neurologo brasiliano che ha descritto un fenomeno circa l'emicrania con aura. Di cosa si tratta? *Spreading depression (depressione corticale propagata) ovvero un'ondata di attività neuronale seguita da un periodo di inattività. Secondo i*

ricercatori, l'attivazione e depressione dei neuroni corticali innesca una serie di eventi che terminano col rilascio di proteine ad azione infiammatoria, le cosiddette Hmgb1. Queste proteine portano a una stimolazione prolungata dei nervi del trigemino provocando dolore a livello della testa e del viso.

- Differenza aura emicranica e aura epilettica.
- Aura da crisi parziale occipitale e aura emicranica differenze.
- Quando si parla di emicrania cronica? Che terapia faccio?
- Aura
- Aura emicranica può essere solo visiva?
- Quadro clinico di pz anziano con cefalea e dolore temporale, indici di flogosi aumentati. *Arterite di Horton*
- Cosa vedo alla rm, pz con cefalea acuta nucale? *ESA*
- Dolore severo a livello della regione orbitaria sempre allo stesso lato; fisiopatologia cefalea a grappolo.
- Cefalea a grappolo, con terapia.
- Litio dove lo usi e quale le reazioni avverse? *Può essere usato nella terapia profilattica della cefalea a grappolo ed è il farmaco di scelta nel disturbo bipolare. il litio è praticamente l'unico tra gli psicofarmaci di cui è stato definito il range terapeutico: 0,6 -1,2 mEq/L. L'indice terapeutico, comunque, è piuttosto basso ed i sintomi possono comparire già a livelli di poco superiori di quelli terapeutici. Gli effetti collaterali possono aversi a livello renale (sono quelli più preoccupanti, con poliuria, sindrome nefrosica ed insufficienza renale), a livello neurologico (tremore fine alle mani o grossolano in caso di intossicazione, sintomi extrapiramidali, raramente convulsioni, deficit cognitivi e mnesici), poi aumento di peso, diarrea, ipo1ismo, sapore metallico in bocca. Importante è la possibilità di una leucocitosi neutrofila benigna, che può mascherare una agranulocitosi da clozapina. Sono stati anche condotti studi sulla somministrazione del Litio, in associazione al riluzolo, nei pazienti affetti da SLA.*
- Mal di testa solo e sempre al mattino quando il pz si mette in piedi, è costretto al letto, che pensi?

CAP 29

- Cosa irrorra l'art cerebrale media? Da dove origina e, se lesionata, quali disturbi comporta? *È un ramo dell'arteria carotide interna che decorre nella scissura di Silvio (da cui silviana). Irrora tutta la porzione della convessità emisferica, cioè frontale parietale e temporale, l'unico che viene escluso è l'occipitale.*
- Differenza tra occlusione della cerebrale media e anteriore
- Sintomi motori di infarto cerebrale anteriore e media.
- Un paziente con patologia della basilare è pertinenza del chirurgo o neuro-radiologo? *Neuro-radiologo perché la basilare poggia sul tronco, in particolare sul ponte*
- Perdita visione bilaterale acutamente? *Stroke territorio vertebro-basilare*
- Clinicamente si può capire se un ictus ischemico è emorragico? Se tac è apparentemente negativa che fai? *Si ripete più avanti nel tempo*
- Perché con un'ischemia si può morire? *Per l'edema -> ipertensione endocranica -> ernia, compressione tronco encefalico*
- Principale causa di ischemia nel pz giovane?
- Infarti lacunari
- Cause più frequenti di infarti lacunari nei giovani? *Abuso di sostanze ad azione vasocostrittrice*
- TIA e diagnosi
- In quale TIA è più facile avere perdita di coscienza? *In quelli vertebro-basilari.*
- Cosa è il drop attack? In che patologia ce l'ho? *TIA.*
- Cosa causa l'emorragia subaracnoidea?
- Emorragia subaracnoidea, che sintomi hai, come confermi la diagnosi (tac o ?) -> idrocefalo.
- Emorragia subaracnoidea, segno che fa pensare aneurisma con deficit del 3 n.c.? (Tra carotide int e comunicante post). *Anisocoria*
- Cosa vedo alla rm, pz con cefalea acuta nucale? *ESA*
- Da cosa può essere dovuta una lesione focale in corso di emorragia subaracnoidea? *Vasospasmo*
- Emorragia intraparenchimale, eziologia
- Emorragia intraparenchimale a sede tipica
- Differenza tra quadro clinico a sede tipica e a sede atipica nell'emorragia cerebrale intraparenchimale.
- Emorragia epidurale.
- Come definiamo un'emorragia atipica e perché è importante individuarla
- Ematoma epidurale cause e clinica. *L'ematoma epidurale si forma per rottura dell'arteria meningea media e rilascio di sangue nello spazio tra teca cranica e dura madre. Generalmente per fratture. Subito dopo il trauma si possono presentare alcuni lievi disturbi, come la cefalea, seguiti da una fase asintomatica in cui il problema sembra risolto (questo periodo viene chiamato "lucido intervallo"). In seguito si presentano altri sintomi come ipertensione endocranica, ipertensione arteriosa, ipertermia e vari disturbi neurologici. ERNIE. Se la patologia non viene trattata tempestivamente possono seguire disturbi importanti come il crollo della pressione, affaticamenti*

respiratori e coma.

Il classico aspetto TC è di raccolta uniformemente iperdensa a forma di lente biconvessa, con diametri piuttosto piccoli, ma ciononostante pericolosa per il rapido instaurarsi di un effetto massa. Aderente al tavolato cranico interno.

Acuto → Liquido; Cronico → Coagulazione.

- Ematoma subdurale cronico cosa può dare? *Demenze secondarie.*

L'ematoma subdurale è una raccolta di sangue tra la dura madre e l'aracnoide, di solito conseguente al sanguinamento di vene a ponte o seni cerebrali. Gli ematomi subdurali insorgono in seguito a traumi cranici chiusi, in quanto si verifica uno spostamento cerebrale all'interno del cranio, con lacerazione delle vene a ponte tra la superficie cerebrale e i seni venosi durali adiacenti. La perdita ematica porta a un lento accumulo. Gli ematomi subdurali possono essere acuti (per trauma cranico grave) o cronici (conseguenti in genere a traumi cranici minori) che portano a stilloidismo. Gli ematomi subdurali cronici insorgono tipicamente negli anziani che assumono anticoagulanti o negli etilisti, che presentano un certo grado di atrofia cerebrale. I sintomi più frequenti sono la cefalea, la diminuzione della vigilanza e anomalie della funzione emisferica. Sono di frequente riscontrati una modica ipostenia, l'iperreflessia e il segno di Babinski negli arti controlaterali. In alcuni possono insorgere crisi epilettiche e il danno cerebrale può portare ad una demenza secondaria. La neuroradiologia è ritenuta necessaria per la conferma della diagnosi. Alla TC, l'ematoma subdurale acuto appare come una lesione falciforme (semiluna) iperdensa, al di sopra della corteccia cerebrale e al di sotto della superficie interna del cranio e della dura. L'ematoma subdurale cronico appare ipodenso.

- Differenza tra ematoma subdurale acuto e cronico.

- Ematoma subdurale cronico quali vasi vengono colpiti?

- Differenze ematoma subdurale e epidurale, cause e quale causa demenza, diagnosi con risonanza.

- Giocatore di pallanuoto che avverte un dolore che attribuisce ad un colpo. Cosa sospetti? *Dissecazione carotide*

- Angioma cavernoso.

CAP 31

- Classificazione della memoria.

- Memoria episodica? *È un tipo di memoria a lungo termine, ci si riferisce al sistema che immagazzina informazioni ed eventi specifici nella loro collocazione temporale e in relazione all'identità del soggetto.*

- Proteina tau.

- Quando fai la RM nelle demenze? *Per la DD, gravità e progressione, per evidenziare forme secondarie.*

- Inquadramento neuroradiologico delle demenze tipiche e atipiche

- Alzheimer

- Quale malattia inizia con amnesia a breve termine? *Alzheimer, mentre la memoria a lungo termine è compromessa nella fase intermedia, quando sono evidenti anche disturbi comportamentali, neuropsichiatrici, apatia, slatentizzazione dei riflessi primitivi ed il paziente necessita di costante assistenza.*

- Come si fa diagnosi di Alzh?

- Alzheimer atipica: forma frontale, afasica, visuospatiale

- Demenza a corpi di Lewy

- Sindrome demenziale + alterazione extrapiramidale + allucinazioni visive, cosa hai? *Sindrome parkinsoniana-> demenza a corpi di Lewy.*

- Allucinazioni visive temporanee! *Demenza a corpi di Lewy*

- La LDB ti sveglia durante il sonno? *No.*

- Classificazione delle demenze fronto-temporali

- Demenza semantica

- Cosa si vede alla RM nelle demenze fronto-temporali?

- Come valuti l'atrofia nella demenza frontotemporale? *Voxel Brain Morphometry, fMRI con studio della connettività delle reti neurali, RM spettroscopia ecc e differenze neuroradiologiche nei sottotipi di FTD (in realtà oggi si parla di una classificazione anche sul piano genetico fra FTD-FUS, FTD-TD43 e FTD tau)*

- Cos'è C9-orf?

- Cause di demenze secondarie.

- Se un pz demente tende a cadere facilmente cosa potrebbe avere? *Una demenza secondaria di tipo vascolare o, magari, una demenza primaria come quella a corpi di Lewy, in cui sono frequenti gli episodi sincopali.*

- Ematoma subdurale cronico cosa può dare? *Demenze secondarie.*

- Pz anziano che sbatte la testa contro uno sportello della cucina e dopo alcune settimane mostra deficit cognitivo (demenza vascolare secondaria a ematoma subdurale cronico)

- Demenze secondarie (le secondarie sono le vascolari..)

- Cause di demenza rapida oltre all'ematoma epidurale? *Tumori. MCJ Quali tumori? Meningiomi, gliomi, linfomi, metastasi.*

- Se ho un pz con demenza, disturbi della marcia incontinenza urinaria cosa ha? *Idrocefalo normoteso*

- Un pz con demenza che rapidamente o mette a letto...? *Malattia di Jacob, una malattia lenta e progressiva del SNC, caratterizzata da ingravescente demenza e da attacchi mioclonici, che possono essere sia sporadici che familiari. È una malattia causata da prioni, si tratta di un isomero conformazionale di una glicoproteina normalmente espressa. Il primo sintomo della MCJ è una veloce e progressiva demenza che porta alla perdita di memoria, a cambiamenti di personalità e allucinazioni. Questo è accompagnato da problemi fisici come disturbi del linguaggio, rapidi movimenti involontari (mioclono), disfunzioni dell'equilibrio e della coordinazione (atassia), cambiamenti nella marcia, postura rigida e convulsioni. La maggior parte dei pazienti muore a sei mesi dall'esordio, spesso a causa di infezioni intercorrenti quali polmoniti dovute al deterioramento del riflesso della tosse. L'elettroencefalografia presenta talora caratteristici picchi trifasici, l'analisi del liquido cerebrospinale si esegue per la ricerca della proteina 14-3-3, e per la determinazione dei livelli di tau totale e fosforilata. La RM dell'encefalo, mostra spesso elevata intensità di segnale nel nucleo caudato e putamen bilateralmente, o a livello corticale nelle immagini pesate in diffusione con metodica FLAIR.*
- Demenza di Jacob.
- Pz con demenza rapidissima che altri sintomi cerco x fare diagnosi? *Mioclono x fare diagnosi di mal da prioni*
- Pz che a ottobre fa le pizze, a gennaio invece non ricorda più nulla. Cosa ricerco? *MCJ*
- Caratteristica anamnesticamente demenza di creutzfeldt-jakob, che evoluzione ha? *Decorso più rapido rispetto ad Alzh.*
- Pz che ha risposte emotive inadeguate che ha avuto un accidente cerebrovascolare, cosa sospetti?

CAP 32-33

- Non sente più l'odore. *Sintomo precoce di parkinson.*
- Pz con ipofonia e voce monotona: *Parkinson*
- Disturbi del sonno nel parkinsoniano. *REM Behavior disorder. Grida e agita gli arti.*
- Terapia Parkinson
- Cause di amimia? *Parkinson, miastenia, deficit faciale, paralisi di bell, sindrome di guillain-barrè, atassia teleangectasica.*
- Parkinsonismi
- Parkinsonismi secondari e atipici
- Paziente con incontinenza urinaria e lentezza nei movimenti, a che pensi? *All'atrofia multisistemica.*
- Differenza tra MSA e parkinson a livello clinico e di RM. *Hot cross bun sign*
- Paralisi sopranucleare progressiva
- Sindrome extrapiramidale e alterazione movimento occhi: *Paralisi sopranucleare progressiva, che manovra fai per capire che è sopranucleare e non nucleare? Si elicitava un riflesso, quale? A livello del mesencefalo (ha a che fare con gli occhi, sguardo fisso).*
- Atrofia mesencefalo a cosa penso? *PSP* Diagnosi differenziale con sindrome corticobasale e Atrofia multisistemica.
- Segno del pinguino? *Nella PSP*
- Poi pz con cadute e paralisi sguardo cosa pensi? *Psp* Come mai gli scuoti la testa? *Per vedere se la paralisi è sopranucleare (occhi di bambola)*
- Tremore essenziale.
- Un pz con voce tremante. cosa pensi? *Al tremore essenziale. Colpisce, inoltre, le estremità distali degli arti superiori e il capo (movimenti di affermazione o negazione), ed è un tremore che si manifesta sia con tremore posturale che cinetico. Col tempo tende ad aumentare di intensità rendendo sempre più difficili alcuni movimenti delle mani, creando un notevole imbarazzo sociale e una notevole disabilità funzionale e lavorativa. La diagnosi è soprattutto clinica: la protensione degli arti superiori in estensione consente di evidenziare tremore posturale, mentre la prova indice-naso evidenzia il tremore cinetico.*
- Morbo di Wilson.
- Se ti dico anello a cosa pensi? *Anello di Kayser-Fleisher e Morbo di Wilson*
- Quando un neurologo guarda le unghie? *Neurofibromatosi e malattia di Wilson (Lunule Blu).*
- Patologie da accumulo? *Wilson*
- Sindrome della gambe senza riposo
- Terapia corea? *La tetrabenazina, neurolettici e benzodiazepine.*
- Con cosa cureresti una distonia segmentale?
- Quale patologia trattata con tossina botulinica?
- Flapping tremor (causa, che tipo di tremore e)
- Mano aliena, dove? *S. del corpo calloso/ CBS*

CAP 34

- SLA
- Genetica della Sla, quali sono i 4 geni implicati?

- SOD nella SLA
- Mutazioni genetiche nella SLA, oltre SOD
- Cos'è C9-orf?
- Esistono forme di SLA con sintomi frontali?
- Guizzi nel sottocute, fasci iperelicitabili, che pensi? *SLA*
- Malattia in cui ci sono fascicolazioni e segno di babinsky? *SLA*
- Pz con mano scheletrica e fascicolazioni che ha ? SLA.
- Disfagia + mano atrofica. Cosa pensi? Iter diagnostico?
- Segni da interessamento di I e II motoneurone. Patologia in cui sono presenti entrambi? *SLA*
- Malattia in cui ci sono segni di primo e secondo motoneurone nello stesso distretto? *SLA*.

CAP 35

- Atassia
- Friedrich
- Sindrome cerebellare e relativo nistagmo, atassia
- Segni cerebellari
- Voce da ubriaco in un pz non ubriaco (sindrome cerebellare) *Sindrome cerebellare, che si manifesta soprattutto con atassia, ipotonia, tremore.*

L'atassia (consistente nella progressiva perdita della coordinazione muscolare) di tipo cerebellare non presenta turbe della sensibilità, il segno di Romberg è negativo ed i disturbi si presentano anche ad occhi aperti e sono più evidenti nei movimenti rapidi. L'ipotonia, con diminuzione della resistenza ai movimenti passivi, è evidenziabile con la prova del rimbalzo. Il tremore è sia cinetico (intenzionale) che statico.

Possiamo, poi, osservare nistagmo di fissazione, disartria, asinerzia (disturbo nella coordinazione dei movimenti complessi, che sono scomposti in più tempi) e adiadococinesia (ovvero l'incapacità o la difficoltà di effettuare con un ritmo rapido dei movimenti alternati, in direzioni opposte. È evidenziabile con la prova delle marionette (pronazione e supinazione solo con avambracci flessi e verticali). Possiamo, inoltre, avere disturbi della stazione eretta, con il paziente cerebellare che presenta una posizione coatta del capo, inclinato da un lato e non smette di oscillare.

L'andatura è a zig-zag, gambe divaricate, braccia lontane dal tronco, oscillazioni e tendenza a cadere. Non si modifica con la chiusura degli occhi.

- Paziente che se chiude gli occhi peggiora l'andatura, che pensi?
- Manovra di romberg

CAP37

- RMN iperintensità sottocorticale a livello temporale bilaterale (immagini T2 pesate) in un soggetto giovane adulto che riferisce emicrania? *CADASIL, chiamata anche demenza-infarto cerebrale multiplo ereditario, si intende una malattia di carattere autosomico dominante dei piccoli vasi caratterizzata da ripetuti infarti cerebrali profondi. Fra i sintomi e i segni clinici si riscontra emicrania, demenza, si ritrovano episodi di stato confusionale, arrivando all'apatia.*
- Diagnosi differenziale di paziente con iperintensità T2 pesata nella sostanza bianca sottocorticale.
 - *M biswanger → lobi frontali e parietali, i temporali sono risparmiati.*
 - *Angiopatia amiloide → Interessamento sostanza bianca sovranterioriale, microemorragie cortico sotto corticali.*
 - Da lì CADASIL e CARASIL.*
- Malattie neurologiche dove hai alopecia. *CARASIL e Intossicazione da Tallio.*

CAP 38

- SM - nevralgia del trigemino come segno di presentazione *E' il tipo di dolore acuto più comune nei pazienti con SM, e in rari casi può essere il primo sintomo della malattia. E' presente nel 2-4% dei casi di SM, ha distribuzione radicolare ed è parossistico, a insorgenza acuta.*
- La sintomatologia è tipicamente descritta come dolore di brevissima durata, a scossa elettrica, distribuito a carico di una o più branche trigeminali, di solito unilaterale, scatenato da stimoli cutanei portati in aree del volto definite punti trigger (grilletto). Si ipotizza che alla base vi sia una placca demielinizzata a livello del ponte, nella zona di ingresso della radice del V nervo cranico.*
- Come fai diagnosi di sclerosi multipla?
- SM caratteristiche neuroradiologiche
- DIS e DIT sclerosi multipla
- Come faccio a dimostrare la DIT se ho solo una RM? *Faccio mdc e vedo che ci sono lesioni che captano (acute, nuove) e lesioni che non captano (vecchie, buchi neri)*
- Se ti dico disseminazione a cosa pensi? *Disseminazione spaziale e temporale da SM diagnosi clinica.* Come fai diagnosi neuroradiologica. Estendi l'RM al midollo? Perché? *Per definizione della DIS e per la dd*

- SM - come fai a vedere la disseminazione spaziale e temporale? *RM con e senza mdc*
- Cosa sono i buchi neri in neuroradiologia? *Placche croniche nella SM che non vanno incontro ad impregnazione con mdc*
- RMN encefalo mostra iper intensità nelle immagini T2 pesate della sostanza bianca sottocorticale in un soggetto più o meno della tua età, cosa potrebbe essere? *Placche di demielinizzazione-Sclerosi multipla*
- Malattia demielinizzante con dolore oculare quando muovi gli occhi a dx e sx, senza lesione alla RM, senza altri segni, cos'è? *Neurite ottica retrobulbare da sclerosi multipla.*
- Differenze tra sclerosi multipla e Neuromielite ottica
- Rosati, domanda sarda c'era un Neurologo sardo rosati che morì qualche anno fa ! Aveva una malattia che esordì con disturbi visivi bilaterali.
- Indice di link (liquor) *È un indice usato per la diagnosi di SM, quando si effettua una rachicentesi. È calcolato come IgG nel liquor/IgG nel siero x albumina nel siero/albumina nel liquor, ed è normale quando è minore di 6, mentre risulta elevato in circa il 70-90% dei pazienti affetti da SM.*
- Neuromielite ottica di Devic? *È una grave e rara forma di malattia demielinizzante ad esordio acuto e decorso rapidamente ingravescente che colpisce il nervo ottico e il midollo spinale. La malattia di Devic si caratterizza per la presenza nel siero dei pazienti di auto-anticorpi diretti contro l'aquaporina 4. Le lesioni in corso di malattia di Devic si concentrano nel nervo ottico e lungo il midollo spinale, caratterizzando un tipico corredo clinico composto da una grave compromissione del visus, talora da paresi, da disturbi della sensibilità e da perdita del controllo sfinteriale. Per la diagnosi è indispensabile accertare il coinvolgimento del nervo ottico e del midollo spinale. La diagnosi viene inoltre supportata dalla contemporanea presenza di anticorpi anti-aquaporina 4 nel siero dei pazienti, da lesioni midollari indagate con immagini di risonanza magnetica T2 pesate che si estendono per più di 3 segmenti vertebrali e da un coinvolgimento encefalico atipico per la sclerosi multipla. La terapia dell'attacco acuto si avvale di alte dosi di glucocorticoidi di sintesi e talora di plasmaferesi. Inoltre, come la sclerosi multipla, la malattia di Devic è responsiva al glatiramer acetato.*
- Lesioni midollari e neuromielite ottica di Devic.
- Neurite ottica retrobulbare con enorme lesione midollare a 3 metameri? *Neuromielite di Devic, si cerca l'anticorpo anti aquaporina 4 nel liquor.*
- Cause di neurite ottica retrobulbare? *Le malattie demielinizzanti primarie sono in genere la causa principale di neuropatia retrobulbare, come la sclerosi multipla. Altre cause sono date da alterazioni aterosclerotiche delle arterie cerebrali anteriori, patologie infettive (influenza, rosolia, sifilide, tetano, tubercolosi, varicella ecc.), fenomeni traumatici, radioterapia, lesioni compressive (neoplasie introrbitali e intracraniche, meningiomi, emorragie orbitarie, aneurismi ecc.), intossicazioni, stati carenziali, patologie infiltranti (leucemie, linfomi ecc.)*
- Pz con ridotto visus e dolore ai movimenti oculari cosa pensi? *Neurite ottica retrobulbare*
- Le aquaporine dove si trovano? *Malattia di devic*
- Differenze tra sclerosi multipla e neuromielite ottica

CAP 39

- Pz bambino con febbre elevata e cefalea intensa e da qui diagnosi, clinica, terapia e profilassi della meningite batterica e delle forme che caratterizzano un quadro cutaneo.
- Se ti dico "reticolo" a che pensi? *Reticolo di mya nella tubercolosi*
- Meningite tubercolare, quando diventa encefalite dove si hanno problemi? *Base cranica interessamento nervi cranici*
- Pz con demenza rapidissima che altri sintomi cerco x fare diagnosi? *Mioclono x fare diagnosi di mal da prioni*
- Caratteristica anamnestica demenza di creutzfeldt-jakob, che evoluzione ha? *Decorso più rapido rispetto ad alzheimer.*
- Segno RM di malattia di creutzfeldt-jakob; cosa cerchi nel liquor? *Proteina 14-3-3*
- Encefalite limbica
- Malattie da migrazione
- Tabe
- Encefalopatia da graffio di gatto. *L'abbiamo nella bartonellosi e si manifesta con confusione, agitazione, disorientamento, convulsioni e coma. Compagno papule o pustole all'inizio, poi ingrossamento dei linfonodi ascellari, con dolore e cute arrossata.*

CAP 44

- Polineuropatie
- Come si presenta la guillan-barrè?
- Se ti dico ad una malattia ascendente, distale. A cosa pensi? *Guillan Barre, radicolopolinevrite acuta.*
- Quale causa ha la s. di Guillain Barrè? Come fai diagnosi e com'è il volto del pz?
- Tizio con ipostenia degli arti inferiori che compare in maniera improvvisa preceduta da infezione gastrointestinale? *Guillan-barrè*

- Ipostenia art inf, non riesce a camminare, sta attaccando un po' anche gli art sup, che pensi? *Dissociazione albumino-citologica al liquor: paresi/paralisi ascendente, guillain-barre (bilaterale); evoluzione; è una delle cause più frequenti della paralisi periferica del faciale.*
- Pz con ipostenia e qualche settimana prima ha avuto la febbre, cosa devo pensare? *La sindrome di Guillain- Barrè.*
- Cosa vedi alla RM in caso di Guillian Barrè?
- Dissociazione albumino citologica
- Se ti dico CMT che pensi? Che trasmissione ha?
- Patologia neurologica da deficit di B12
- Porfiria

CAP 45-46

- Distrofia muscolari di duchenne e becker e differenze.
- Distrofia facio-scapolo-omerale
- Bocca a tapiro in che patologia? *Nella distrofia muscolare facio-scapolo-omerale, in cui gli individui colpiti non possono chiudere gli occhi e presentano labbra sporgenti*
- Il medico come fa a vedere se il pz ha scapola alata?
- Piede cadente quando?
- Distrofie miotoniche
- Distrofia di Steinert e fenomeno miotonico alla EMG.
- Distrofia miotonica distale (forma giovanile e dell adulto, miotonia (come la vedi?), ipostenia con faccia allungata; come confermi la diagnosi? *esame elettromiografico e di biologia molecolare.* Cosa cerchi? *Alterazione movimento occhi, ipertono plastico simmetrico.*
- Come evochi la miotonia nella distrofia miotonica di tipo I?
- Quali sono i sintomi extraneurologici della distrofia miotonica? *Cardiaci, cataratta, endocrini.*
- Bombardiere in picchiata
- Quando usiamo il termine "bombardiere in picchiata"?
- Paziente con ipostenia agli arti inferiori associato a valori elevati di CK, non presenta atrofia e alla palpazione il polpaccio è dolente, cosa sospetti? *Polimiosite.* Terapia d'attacco? *Cortisonica.*
- Patologia della placca neuromuscolare
- Miastenia
- Miastenia: iter diagnostico, perché non c'è fibrillazione? All'esame neurofisiologico si danno più stimolazioni?, dopo quante stimolazioni scade il segnale?, quali anticorpi cerchi?
- La miastenia grave può essere trasmessa dalla madre?
- Crisi colinergica *È una crisi che, raramente, insorge durante il trattamento della miastenia gravis con anticolinesterasici, ed è caratterizzata da un incremento rapido della debolezza muscolare, associato agli effetti muscarinici del farmaco (ipotensione arteriosa, nausea, vomito, pallore, sudorazione, salivazione, ipersecrezione bronchiale, diarrea, miosi pupillare, bradicardia). Recede con la somministrazione ev lenta di atropina.*
- Esami strumentali della Miastenia Gravis? *Elettromiografia a singola fibra, test di stimolazione ripetuta, rx torace per timoma, test al Tensilon.*
- Recettori musk.
- Anticorpi antiMusk a che pensi? In che percentuali sono positivi? Ci sono alterazioni timiche in questi soggetti? *Possono esserci. L'associazione timoma-miastenia è importante: il 30% dei pz con timomi presentano miastenia, soprattutto i timomi più invasivi ma soltanto l'8-15% dei pz con miastenia hanno timomi*
- Lambert-Eaton e dd con miastenia
- Sindrome di Lambert-Eaton.
- Emg nella miastena e Lambert-Eaton? *Nella miastenia il test chiamato elettromiografia a singola fibra valuta la variazione di intervallo di tempo (jitter) tra due scariche elettriche muscolari consecutive: è il tempo indispensabile per raggiungere nuovamente la soglia necessaria a generare un altro potenziale d'azione. Nelle Unità Motorie integre questo intervallo di tempo è costante; se il jitter è aumentato, allora c'è un problema alla giunzione neuromuscolare. Nella Lambert-Eaton ci sono anomalie tipiche evidenziate dal test di stimolazione nervosa ripetitiva, con un potenziale di azione muscolare composto a bassa ampiezza (che, invece, è normale nella miastenia), una risposta decrementale alla stimolazione a bassa frequenza (mentre nella miastenia la riduzione è già dopo il primo stimolo) e una risposta incrementale alla stimolazione ad alta frequenza o dopo un breve sforzo fisico (facilitazione post-esercizio).*

CAP 49 TEDESCHI/21 BERGAMINI

- Amnesia di Korsakoff

- Tossicità da Manganese. (Per la lode)
- Intossicazione da tossina botulinica
- Un segno neurologico da intossicazione da botulismo?
- Occhi botulismo?
- Cosa pensi in un pz che ha una midriasi paralitica bilaterale e sintomatologia gastrointestinale? *Intossicazione botulinica.*
- Flapping tremor
- Malattie che danno alopecia? *CARASIL, Intossicazione da tallio*

CAP 40 BERGAMINI

- Macchie sul volto rossastre e bilaterali. *Sclerosi tuberosa.*
- Presentazione clinica della sclerosi tuberosa.
- Tuberi in RM
- Sclerosi tuberosa, cosa vedi alla RM?
- Se ti dico "tubero" a che pensi? *Sclerosi tuberosa.* Che tipo di lesioni sono e che indagini fai?
- Cosa sospetti in un pz con macchie cutanee e crisi epilettiche? *Sclerosi tuberosa*
- Noduli di Lisch e altre caratteristiche NF1.
- Macchie caffè latte dove?
- Neurofibromatosi, quale tipo ha più frequentemente il glioma ottico? *NF1*
- Nf1 e Nf2, in nf1 cosa si ha al nervo ottico? In nf1 cosa cerchi con le indagini strumentali? *Le lesioni nervose*
- Quando un neurologo guarda le unghie? *Neurofibromatosi, Sclerosi tuberosa e malattia di Wilson.*
- Neurofibromatosi 2
- In quale malattia puoi avere neurinoma bilaterale? *NF2*
- Siringomielia e quadri di lesione midollare.
- Siringomielia diagnosi e trattamento
- Cos'è l'anestesia sospesa e cosa la causa? *Siringomielia*
- Ti piacciono le cipolle, ok bulbo di cipolla cosa pensi? *Anestesia a bulbo trigemino nella siringobulbia/meningioma meningoteliale (buccia di cipolla)/demyelinizzazione e rimielinizzazione.*
- Paziente che va dal caldarrostaio e non si scotta le mani con le castagne calde cosa pensi? *Siringomielia, SCA3.*
- Fascio spino-talamico e da qui siringomielia e MAC, diagnostica neuroradiologica con rm e cosa vedi in rx.
- In caso di siringomielia, se il pz presenta paralisi bilaterale del facciale ti spaventi? *Il nucleo del facciale è a lv pontino e la siringomielia è midollare, al massimo bulbare, quindi un po' sì.*
- Come si cura la siringomielia
- Dissociazione tabetica e siringomielia, che indagine fai?
- Se pensi ad un processo espansivo a livello midollare tra un meningioma ed un ependimoma quale può determinare un danno da siringomielia e perché. *Ependimoma, perchè è intramidollare a differenza dei meningiomi.*
- Tumori che possono mimare clinicamente la siringomielia. *Astrocitoma e ependimoma.*
- Arnold-Chiari e intervento chirurgico.

IPERTENSIONE

- Sintomi ipertensione endocranica.
- Ipertensione endocranica, perché è un'emergenza → *ischemia*
- Segno che ti può far capire evoluzione ipertensione endocranica? Segno mesencefalico (3 nervo cranico → anisocoria a che lato?).
- Cosa può causare l'abbassamento improvviso liquorale?
- Terapia medica contro ipertensione endocranica.
- Ipertensione endocranica benigna

IDROCEFALO

- Segni caratteristici idrocefalo.
- Trattamento idrocefalo
- Idrocefalo normoteso
- Triade dell'idrocefalo normoteso
- Se ho un pz con demenza, disturbi della memoria, incontinenza urinaria, cos'ha? *Idrocefalo normoteso, Triade di*

Hakim

- Come faccio la dd tra Idrocefalo normoteso e iperteso dal punto di vista della rm? E come appare lo spazio subaracnoideo in entrambi? *In quello iperteso è ridotto, in quello normoteso è normale*

TUMORI

- Lesione occupante spazio nella sella turcica che sintomi mi da? Cosa c è accanto la sella turcica? *(Seno cavernoso) vie ottiche*
- Tumori regione sellare
- Tumore in regione sellare se si porta verso l'alto che lesione hai, se si estende lateralmente invece? E come fai diagnosi?
- Glioblastoma e complicitanze. *Emorragie intraparenchimali.*
- Meningioma del tubercolo?
- Meningioma della falce?
- Meningiomi, comportamento e sintomi, sono intra o extraparenchimali? Che sintomo irritativo? *Epilessie*
- Meningioma del forame occipitale, può causare idrocefalo?
- Angiografia meningioma? *Chiude il vaso, embolizzazione preoperatoria.*
- Neurinoma acustico. *È una neoplasia benigna che origina dalle cellule di Schwann dell'8° nervo cranico. Nell'85% dei casi interessa il ramo vestibolare superiore o inferiore, nel 15% il ramo cocleare.*
- Ipoacusia e disturbi trigeminali, che fai? RM per riconoscere eventuale neurinoma, perché è meglio la RM della tac?
- In quale malattia puoi avere neurinoma bilaterale ? *NF*
- Se viene un paziente con uno shwannoma perché gli guardi le unghie? *NF*
- Indagine per l'angolo pontocerebellare
- Donna con secrezione di latte dal capezzolo emianopsia bitemporale. *Prolattinoma*
- Donna in età fertile con secrezione mammaria, cosa fai? *Escludo gravidanza, sospetto un prolattinoma*
- Cosa è il prolattinoma, quali sono gli altri sintomi ecc? Quale indagine neurodiagnostica utilizzi? *Rm con mdc*
- Hai due pazienti, in uno sospetti un prolattinoma e non ha la emianopsia, l'altro ha l'emianopsia, in quale dei due usi la TC e in quale la RM? *In quello con l'emianopsia usi la TC, in quello senza emianopsia la RM perché essendo più piccolo non lo vedresti alla TC*
- Craniofaringioma .
- Sindromi paraneoplastiche
- Amartoma in quale sede può dare un quadro neurologico caratteristico? *Ipotalamo, da crisi gelastiche.*
- Cosa causa un amartoma ipotalamico?

TRAUMI

Trauma cranico con fistola carotido-cavernosa.

Anosmia in seguito a trauma (valutazione clinica e radiologica).

Se una persona cadendo dal letto batte la testa a terra e non presenta nessun sintomo dopo, gliela fai la tac? (No)

perchè per un trauma conviene fare una tc e non rmn?

trauma cranico

- Differenza tra commozione e contusione? *La commozione cerebrale è la improvvisa perdita di coscienza che subentra dopo un trauma cranico, con durata max di 30 minuti, non accompagnato a lesione anatomica cerebrale. Il corredo sintomatologico è dato da alterazione della coscienza, diminuzione della sensibilità, della motilità volontaria e riflessa e da disturbi neurovegetativi. talvolta termina con alterazioni del tono dell'umore, con euforia, crisi ipomaniacali, residua sempre una lacuna mnesica . Nella contusione cerebrale, per effetto del colpo o del contraccolpo traumatico, il tessuto cerebrale subisce una lesione. La sintomatologia dipende dai danni secondari e non si accompagna sempre ad una perdita di coscienza, anche se è frequente una commozione grave accompagnata da midriasi. Alla ripresa della coscienza si possono avere disturbi a focolaio e psichici con sindrome di Korsakoff (con amnesia anterograda, confabulazione, alterazioni dell'emotività e disorientamento, ed è legata alla carenza di tiamina, riscontrabile in casi di malnutrizione come negli alcolisti). La terapia chirurgica è richiesta nei casi in cui si associano le fratture avvallate.*
- Trauma frontale il paziente dici di avete iposmia come fai a dimostrare che dica il vero se ti vuole fare causa o se sta mentendo ? Dice che alla tac e rm non c è segno di contusione o commozione? *Alla radiografia devi cercare un segno di frattura alla lamina cribrosa*

VIE MOTORIE, SENSITIVE, CORTECCIA, TRONCO ENCEFALICO

- Dove sta l'area motoria primaria? *L'area M1 corrisponde all'area 4 di Brodmann, giro precentrale nella circonvoluzione frontale ascendente.*
- Differenza fibrillazioni e fascicolazioni, sedi in cui le puoi vedere.
- Andatura steppante
- Se un pz deve tamburellare le dita sul tavolo (il prof Tedeschi fa vedere il gesto) cosa deve funzionare x compiere questo movimento? *Il sistema extrapiramidale, in particolare il fascio piramidale laterale crociato (fascio cortico-spinale che decussa a livello bulbare portandosi lateralmente nel midollo), innerva la muscolatura reclutata ai movimenti fini quali quelli delle dita.*
Anche rubro-spinale.
- Vie sensitive
- Anestesia sospesa e causa? *Siringomielia*
- Afasia
- Afasia + paralisi controlaterale art sup a quale vaso cerebrale pensi? *A. cerebrale media*
- Afasia progressiva non fluente
- Afasia motoria improvvisa, con ipertensione, obesità, che pensi? *Broca*
- Afasia motoria lentamente progressiva, senza altri sintomi, che pensi? *Degenerazione corticale: demenza, afasia primaria progressiva.*
- Differenza tra afasia motoria, sensoriale e di conduzione
- Agnosia visiva.
- Deficit visione figure perché?
- Differenza tra daltonismo e agnosia visiva per i colori *Il daltonismo è un difetto di natura prevalentemente genetica, che consiste nell'incapacità di distinguere i colori a causa di un'alterazione delle strutture fotosensibili a livello della retina.*
- Disegno un oggetto su un foglio e chiedo al pz di ridisegnarlo e lui non lo fa, cosa posso pensare? *Ad agnosia visiva appercettiva. Infatti, l'agnosia consiste nell'incapacità di riconoscimento di oggetti, persone, suoni, forme, odori già noti mediante gli organi di senso, che risultano però indenni.*
È difettosa, cioè, l'elaborazione corticale degli stimoli.
Nell'agnosia visiva appercettiva per le forme è conservata la capacità visiva primaria, mentre sono gravemente compromessi la percezione delle forme e il riconoscimento di oggetti, ed è una tipologia che si può osservare (ad esempio) nell'intossicazione da CO, vasto infarto della corteccia occipito-temporale.
- Prosopagnosia. *Deficit percettivo acquisito o congenito del sistema nervoso centrale che impedisce ai soggetti che ne vengono colpiti di riconoscere i tratti di insieme dei volti delle persone*
- Acalculia e s. di Gerstmann *La sindrome di Gerstmann è una sindrome neuropsicologica caratterizzata da agnosia digitale, agrafia, acalculia e disorientamento destra/sinistra. È causata in genere da lesione del lobo parietale sinistro, in genere inferiore, che da luogo ad una sindrome deficitaria.*
- Amnesia di Korsakoff
- Mano aliena. *S. del corpo calloso/ CBS*
- Segno mano aliena cosa è alterato.
- Corteccia uditiva primaria
- Dreamy state, stato sognante
- Sindrome di Parinaud.
- Cosa controlla la sostanza reticolata? *La formazione reticolare è una porzione del tronco encefalico, che decorre longitudinalmente in esso, estendendosi nel tegmento del tronco dal mesencefalo al bulbo, e spingendosi fino ai primi neuomeri cervicali del midollo spinale. si ritiene che la formazione reticolare sia coinvolta nel controllo di molte funzioni del sistema nervoso vegetativo, tra cui quelle cardiocircolatorie, respiratorie e gastrointestinali, nella modulazione di riflessi muscolari mediati dai nervi cranici, nella modulazione della nocicezione, nella regolazione degli stati di coscienza e dei ritmi sonno-veglia.*

NERVI E SEMEIOTICA

- Sindrome della cauda equina.
- Sindrome Parsonage-Turner (neurite acuta del plesso brachiale)
- Paralisi del nervo mediano.
- Mi ha messo un foglio in mano (tra indice e pollice) e mi ha chiesto se un pz non riesce a reggerlo tra le dita e il foglio gli cade, cosa supponi sia leso? *Segno di Froment, da lesione del nervo ulnare per paralisi dell'adduttore del pollice.*
Nervo mediano, credo di sì, per paralisi dell'opponente del pollice e del flessore delle dita.
- Quali mononeuropatie da intrappolamento conosci?
- Sindrome del tunnel carpale
- Sindrome di Brown Sequard.
- Parlami dei corpi mammillari.

- Cos è il chiasma ottico?

- Quali sono i movimenti oculari e chi li coordina? *I movimenti oculari sono il Nistagmo fisiologico, il Riflesso vestibolo-oculare, il Riflesso optocinetico, i Movimenti di vergenza, i Movimenti di inseguimento lento, i Movimenti saccadici.*

Due regioni di ciascun emisfero cerebrale, i CENTRI FRONTALI ed OCCIPITALI, sono di particolare importanza per i movimenti oculari. I centri frontali rappresentano la regione in cui originano gli impulsi per i movimenti saccadici volontari. La corteccia occipitale è implicata nell'attività oculomotoria volontaria e nei riflessi oculomotori. I nuclei vestibolari trasmettono segnali ai neuroni oculomotori che provengono dai canali semicircolari, in conseguenza al movimento della testa.

- Lesione del fascicolo longitudinale mediale *L'oftalmoplegia internucleare si verifica nella lateralità di sguardo ed è caratterizzata dall'incapacità nell'adduzione di un occhio associata a nistagmo (dissociato) dell'occhio abdotto.*

Tale fenomeno si riscontra frequentemente in patologie neurologiche come la sclerosi multipla e i disordini cerebrovascolari, ed è causato da una lesione al livello del fascicolo longitudinale mediale del lato dell'occhio non addotto in un punto del tratto fra il nucleo del VI nervo cranico ed il nucleo del III nervo cranico. Una lesione più ampia, interessante il fascicolo longitudinale mediale e il centro pontino dello sguardo laterale dello stesso lato, causa la sindrome dell'uno e mezzo.

- Nistagmo fisiologico. *Il termine nistagmo si riferisce a movimenti oscillatori, ritmici e involontari dei globi oculari. Si distingue in fisiologico e patologico.*

Il nistagmo fisiologico comprende diversi tipi di nistagmo che possono essere evocati nel soggetto sano:

- Nistagmo optocinetico, è un riflesso oculare normale evocato in risposta allo spostamento della scena visiva e serve ad agganciare e mantenere un'immagine in movimento stabile sulla retina. È un nistagmo involontario a scosse, in cui la fase lenta segue lo stimolo in movimento e perso quest'ultimo subentra la fase rapida che riporta il bulbo nella posizione iniziale.

- Nistagmo fisiologico vestibolare, è un movimento involontario degli occhi causato da stimoli anomali, interni all'orecchio. Proprio a causa dell'origine del problema, nella maggior parte dei casi il nistagmo è accompagnato da dolori o disturbi uditivi, come ad esempio acufeni o sordità. Nello specifico questo tipo di disturbo si distingue in nistagmo vestibolare centrale e periferico. Il primo dei due provoca un movimento degli occhi che può essere unidirezionale o bidirezionale, mentre il nistagmo di tipo periferico genera un movimento degli occhi verso una stessa direzione.

- Nistagmo dissociato

- Nistagmo da affaticamento, si manifesta dopo prolungato (10-15 s) sforzo di mantenimento in una posizione ad eccentricità elevata dello sguardo.

- Nistagmo dissociato, cosa lo causa? *Può aversi in individui sani (ed è quindi fisiologico, quando gli occhi muovendosi sul piano orizzontale puntano all'estremità del campo visivo e vi permangono per 10/15 secondi. Si manifesta con scosse di ampiezza contenuta che sono più consistenti nell'occhio che adduce rispetto all'altro, perciò dissociato) o in individui con lesione del fascicolo longitudinale mediale (collega nuclei di diversi nervi cranici con quelli degli oculomotori. E' composto sia da fibre ascendenti che discendenti:*

- ascendenti: dai nuclei vestibolari ai nuclei degli oculomotori, e altri ancora

- discendenti: fibre tetto-spinali

La funzione è quella di coordinare i movimenti degli occhi con quelli della testa e del collo, prendendo parte ai riflessi vestibolooculari, ai riflessi optocinetici e unificando le informazioni propriocettive con quelle provenienti dal campo oculare frontale).

- Paralisi dello sguardo verso l'alto. *Parinaud - vedi oculomotori*

- Nevralgia del trigemino e trattamento

- Differenza paralisi centrale e periferica del facciale.

- Rima buccale deviata, e problemi all'occhio, cos'è? Paralisi facciale periferica: segni di negro, bell, epifora, ptosi. Sono interessati i muscoli della fronte? ha senso fare una RM? Per evidenziare una massa dove? Se ha anche una ipoacusia?

- Anosmia? *È la perdita totale della capacità di percepire gli odori. Può essere transitoria o permanente, congenita o acquisita e consegue, di solito, a malattie di tipo respiratorio, in particolare a carico del tratto nasale.*

La perdita totale dell'olfatto può anche essere causata da un trauma cranico, dalla Malattia di Parkinson, dalla Malattia di Alzheimer e da alcune neoplasie cerebrali.

Nel caso di anosmia congenita le cause si possono rintracciare nella sindrome di Kallmann attribuita alla mancata formazione dei lobi olfattori dell'encefalo.

TECNICHE

- RM

- Angiografia

- Indice di link

- Nell'angio-rm uso sempre il m.d.c.?

- Che indagine si fa per il danno assonale diffuso? Che tipo di rmn? (Dti), invece in spettroscopia cosa cerchi?

- Liquor xantocromico, quando? *Il colorito rosso vivo è indice di emorragia in atto o recente, quello giallastro o xantocromico, dovuto alla presenza di bilirubina proveniente dal metabolismo dell'emoglobina, è invece indicativo di emorragia pregressa di data meno recente.*

Indica la presenza di una emorragia subaracnoidea solitamente (non compare prima di sei ore e permane per un mese). Raramente è dovuta alla presenza di un melanoma metastatico, o ad aumento delle proteine del liquor > 150 mg/decilitro.

- Rmn quale sezione x ippocampo? *Posizionando il piano assiale lungo l'asse maggiore del lobo temporale, mentre il coronale dovrà essere perpendicolare alla stessa.*
- Mdc captato da una massa tumorale perché? Quale è la differenza se capta o non capta ? Perché? *Dovuto alla vascolarizzazione maggiore indicazione di invasivo*
- La mancata fuoriuscita di liquor nella rachicentesi a cosa è dovuta? *All'obliterazione dello spazio subaracnoideo da parte di una lesione compressiva del midollo o di una meningite.*

DOMANDE RANDOM

- Se si presenta da te una pz con le labbra a canotto, cosa potrebbe essere? *Non ne ho idea, ho googlato ed è uscito angioedema ereditario. Sindrome di Melkersson-Rosenthal Fra i sintomi e i segni clinici ritroviamo paralisi facciale, edema orofacciale e comparsa di pieghe sulla lingua. A questi tre sintomi principali si può aggiungere gonfiore alle labbra.*
- Quale malattia porta a svegliare il pz durante il sonno REM.
- Pz con ptosi palpebrale, che pensi? *Tutte quelle patologie con disfunzione degli oculomotori. Schwannoma del VIII in fase finale; Cefalea a grappolo per ipoattività simpatica pericarotidea; Distrofia oculo-faringea; Kearns-Sayre; Miastenia Gravis.*
- Paziente giovane con tante piccole iperintensità in t2 a cosa penso? *Sclerosi multipla*
- Che cosa è il torcicollo? *Il torcicollo comune è una condizione pseudo-patologica contraddistinta da una limitata mobilità (o da un blocco) del collo, sempre accompagnata da dolore cervicale acuto ed intenso. Il torcicollo comune è un disturbo estremamente frequente e doloroso, dovuto ad una contrattura dei muscoli laterali del collo. Fortunatamente, la condizione dolorosa è transitoria, ovvero tende a risolversi nell'arco di alcuni giorni o entro un paio di settimane dall'esordio dei sintomi.*
- I maggiori imputati del torcicollo comune sono:*
 - Assunzione di posture scorrette per lunghi periodi
 - Assunzione di una posizione errata durante il sonno
 - Movimenti bruschi ed improvvisi del collo*anche le infezioni virali, le infiammazioni e le lesioni al rachide cervicale (es. ernia discale) possono indurre torcicollo. Esiste poi una variante congenita di torcicollo causata da una retrazione del muscolo sternocleidomastoideo o da malformazioni ossee delle vertebre cervicali.*
- Paziente ricoverato con iponatremia: di cosa devi preoccuparti e perché? *Non correggerla troppo rapidamente per il rischio di mielinolisi pontina.*
- Nella donna gravida che ha subito aborti spontanei ripetuti a che pensi? *Sindrome da anticorpi anti-cardiolipina; Wilson; Distrofia miotonica 1.*
- Malattie da triplette? *Le malattie da espansione di triplette (TRED) sono una serie di malattie, circa una ventina, accomunate dalla stessa causa: un aumento eccessivo di ripetizioni di triplette nucleotidiche. Tutte queste malattie sono associate a quadri degenerativi. Tra le più note ci sono:*
 - Corea di Huntington
 - Distrofia miotonica
 - Atassie spino-cerebellari
 - Atassia di Freiderich
 - X Fragile Atassia/tremore*Per lo screening di questo tipo di malattie è necessaria una PCR.*
- Malattia di farah? (Per la lode). *Calcificazione idiopatica dei gangli della base.*
- Lingua atrofica bilateralmente; quando l'hai con fascicolazioni?
- miosi, enoftalmo... cosa manc per dare la Bernard horner?
- Sindome di tolosa hunt *La sindrome di Tolosa-Hunt è una sindrome oftalmoplegica, che colpisce tutte le età; è caratterizzata da attacchi acuti (che durano da pochi giorni a poche settimane) di dolore periorbitale, paralisi ipsilaterali dei nervi motori oculari, ptosi, movimenti oculari disordinati e vista appannata, di solito a causa di un processo infiammatorio non specifico nel seno cavernoso e nella fessura orbitale superiore. Ha un decorso imprevedibile: in alcuni casi, si verifica la remissione spontanea, mentre in altri gli attacchi possono ripetersi.*
- Ora dimmi cosa pensi se ti dico farfalla? *Glioblastoma a farfalla, sclerosi tuberosa, flapping tremor.*
- Afasia ed emidisattenzione e un forte dolore all'addome secondo te di cosa si tratta va?
- in che patologia hai uno spasmo periferico delle arterie. *Si riferisce al Reynoud, mani*
- Quali anticorpi conosci? *Achr ,anti musk poi, le aquaporine nella Malattia di devic*
- Bechet
- Frequenti crisi di addormentamento? picnolessia e Narcolessia in adulto
- Pavor nocturnus, cos'è, se lo posso associare alle epilessie, differenza con lo stridor della msa