

PROVA 1

CASO CLINICO

me: A.S.

Età: 62 anni

Sesso femminile.

ANAMNESI FAMILIARE

paterno affetto da malattia di Parkinson da oltre 6 anni.

ANAMNESI FISIOLOGICA

luppo psicofisico normale. Dieta libera. Alvo tendenzialmente diarroico e diuresi golarari. Fumatrice. Non altre condotte di abuso. Allergie: no. Vaccinazione anti-VID-19 con 3 dosi. Scolarità: 6 anni. Pensionata, ex-casalinga, autonoma. Vive n il marito. Tre gravidanze una esitata in aborto. Due figli in apparente buona ute.

ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA

l anno e mezzo fa neoplasia uterina trattata con radio e chemioterapia splatino). Follow-up oncologico negativo per ripresa di malattia. ercolesterolemia in trattamento. artensione arteriosa in trattamento. Sei mesi fa lombosciatalgia destra.

RAPIA DOMICILIARE:

orvastatina 80 mg 1 cp. Valsartan 40 mg: 1 cp. Cardioaspirin 100 mg 1 cp/die.

ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA

l circa tre mesi comparsa insidiosa di rinolalia, disartria, disfagia per liquidi e fficoltà nei movimenti linguali; tale sintomatologia è ingravescente. l eseguito visita ORL con riscontro di piccola leucoplachia alla corda vocale dx in tesa di asportazione. Nelle ultime settimane, peggioramento della forza ai quattro ti soprattutto della mano destra. Riferisce rari crampi muscolari e dimagrimento circa 5 Kg in un anno.

egue EMG allegato

otesi diagnostiche ? :

oposta di altri accertamenti ? :

CASO CLINICO

Uomo di 90 anni.

In anamnesi:

Iperensione Arteriosa,

Diabete Mellito non Insulino Dipendente entrambe in trattamento farmacologico.

Terapia: Valsartan , Metformina, Acido Acetilsalicylico.

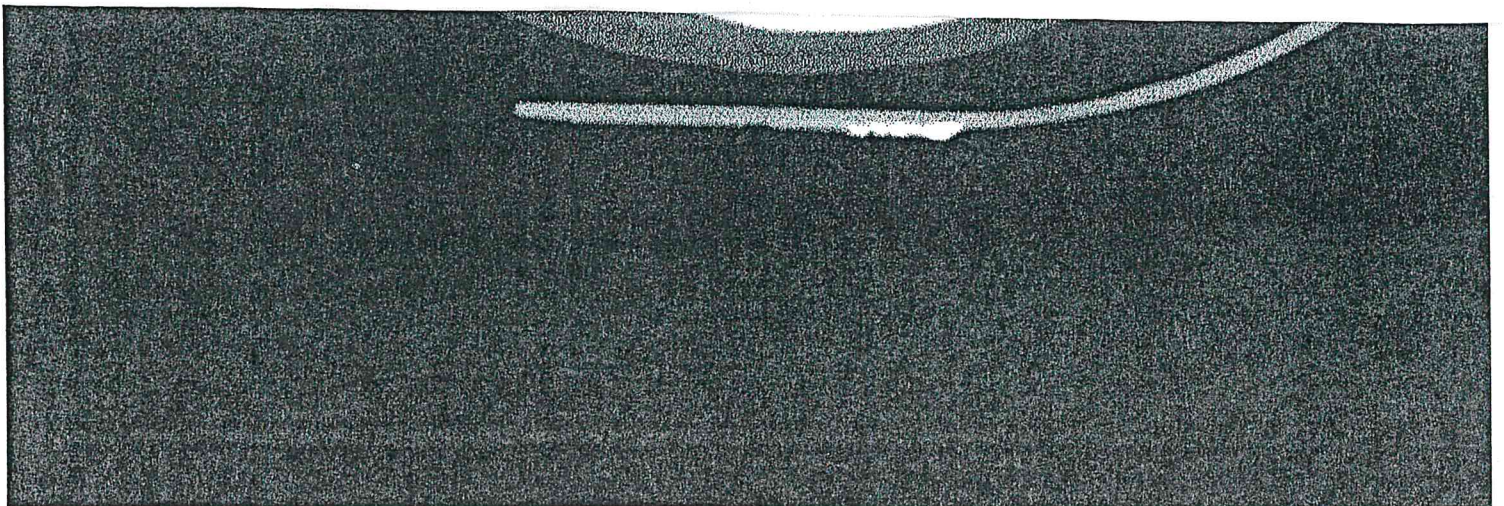
In anamnesi remota: intervento chirurgico 20 aa fa di colecistectomia, frattura femore 10 aa fa con recupero completo della autonomia motoria.

Giunge al PS per comparsa acuta di lieve emiparesi facio-brachio-crusale destra ed afasia motoria (NIHSS : 7) esordita da 4 ore e 40 minuti.

Esegue TC Cranio senza mdc urgente che mostra note di vasculopatia cerebrale cronica ischemica ed una iperdensità della arteria cerebrale media di sinistra tratto M1.

Allo studio Angio Tc : che cosa si rileva ?

Quali trattamenti ed eventuali ulteriori accertamenti da eseguire alla luce del quadro clinico e strumentale in possesso?



Caso Clinico.

Paziente di 75 anni, uomo, con sintomatologia lentamente ingravescente in alcuni giorni di cefalea, nausea (un episodio di vomito un giorno prima dell'accesso) e difficoltà deambulatoria.

Anamnesi familiare: negativa per disturbi cognitivi o per patologie degne di nota.

Anamnesi personale : ipertensione arteriosa in trattamento farmacologico ben compensata (Zestril cp 1/die). No diabete, no fumo, no alcool.

Da circa due anni esordio di sintomatologia caratterizzata da disturbo della memoria episodica e saltuaria difficoltà esecutiva. Ha eseguito bilancio cognitivo (MMSE 26/30) in follow up.

All'esame obiettivo : discrete condizioni generali, modesto incremento pressorio (PA 160/100 mmHg), saturazione regolare, apiressia, esame generale negativo. Lamenta modesta cefalea nucale ed instabilità deambulatoria.

All'esame obiettivo neurologico: vigile collaborante, orientato. Oscillazioni pluridirezionali al Romberg, adiadococinesia, alterata deambulazione tandem, non slivellamenti antigravitari ai quattro arti, nistagmo in posizione intermedia dello sguardo bilaterale. ROT normoevocabili. Alluce muto bilaterale.

Esegue TC e RMN T2-pesata e sequenza SWIP (in allegato).

Ipotesi diagnostiche:

