

MARTA MARIA TANGARI

Marta Maria Tangari
prova non estratta

PROVA SCRITTA N. 1

1) Ischemia cerebrale di origine embolica

RAH

PROVA SCRITTA N. 2

2) Stato di male epilettico

prova estratta
Marta Maria Tangari

RAH

MARTA MARIA TANGARI

Marta Maria Tangari
prova non estratta

PROVA SCRITTA N. 3

3) Encefaliti autoimmuni

RAH

PROVA PRATICA N.1

CASO 1: CREUTZFELDT- JAKOB

PROVA PRATICA N.2

CASO 2: ENCEFALITE ERPETICA

PROVA ORALE N. 3

3) TERAPIA DELLA CEFALIA EMICRANICA



CASO CLINICO 1



Maschio, 59 anni

Padre deceduto per neoplasia cerebrale maligna

APR

Ipertensione arteriosa di recente riscontro in terapia con ramipril 2,5 mg e amlodipina 5 mg

APP

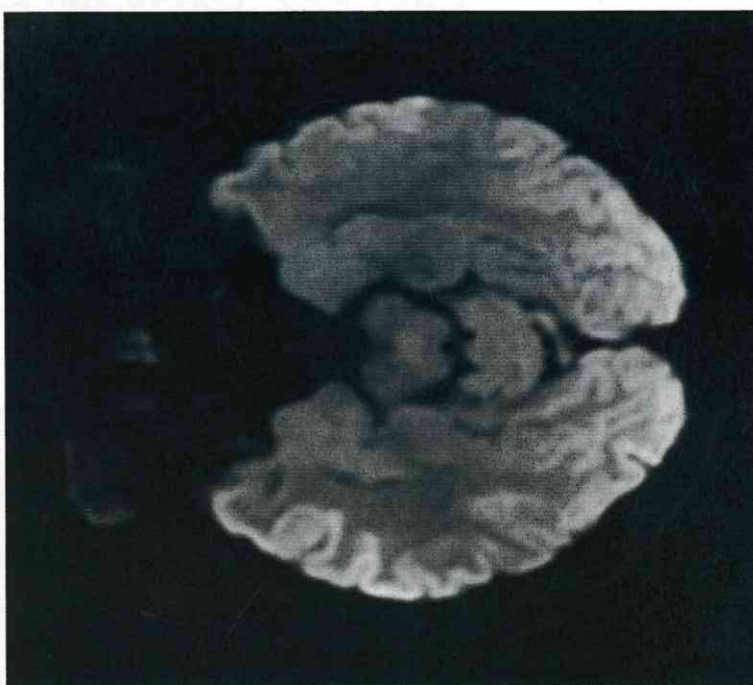
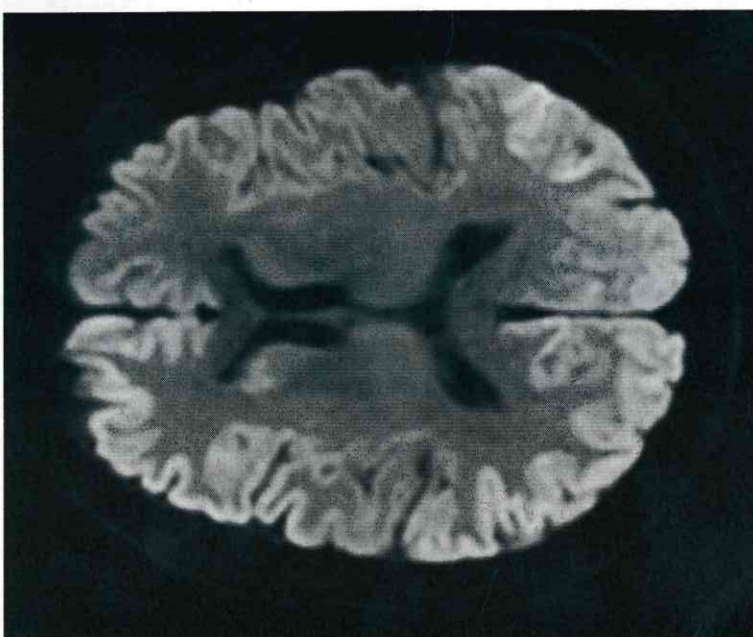
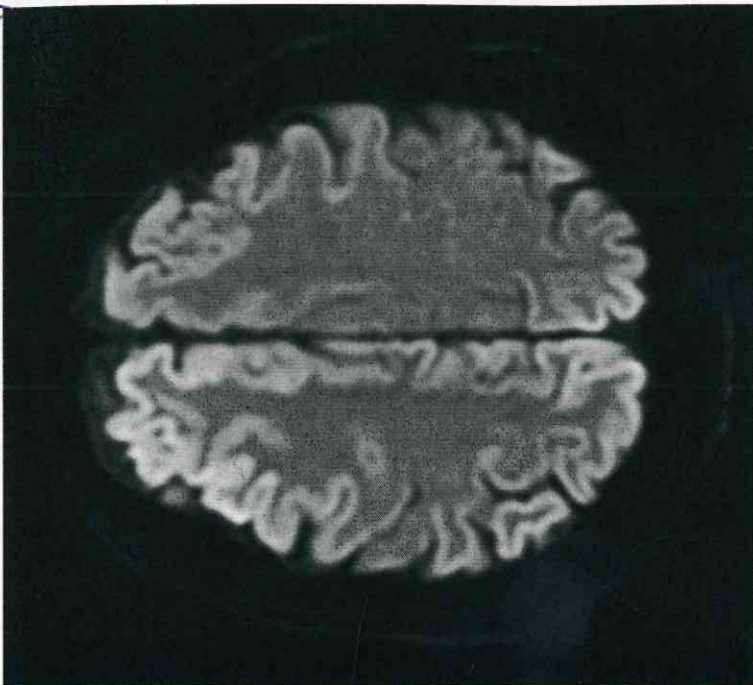
Da un mese circa, in concomitanza a stato ansioso per stress psichico a causa lavorativa, progressivo impaccio nella deambulazione ed astenia. Impostata terapia antidepressiva con vortioxetina 5 mg/die.

Alcuni episodi di confusione mentale con difficoltà a svolgere l'abituale attività lavorativa

Il 16.03 accede in DEA per ulteriore peggioramento della deambulazione e disturbi visivi ad insorgenza subacuta (dismorfopsie)

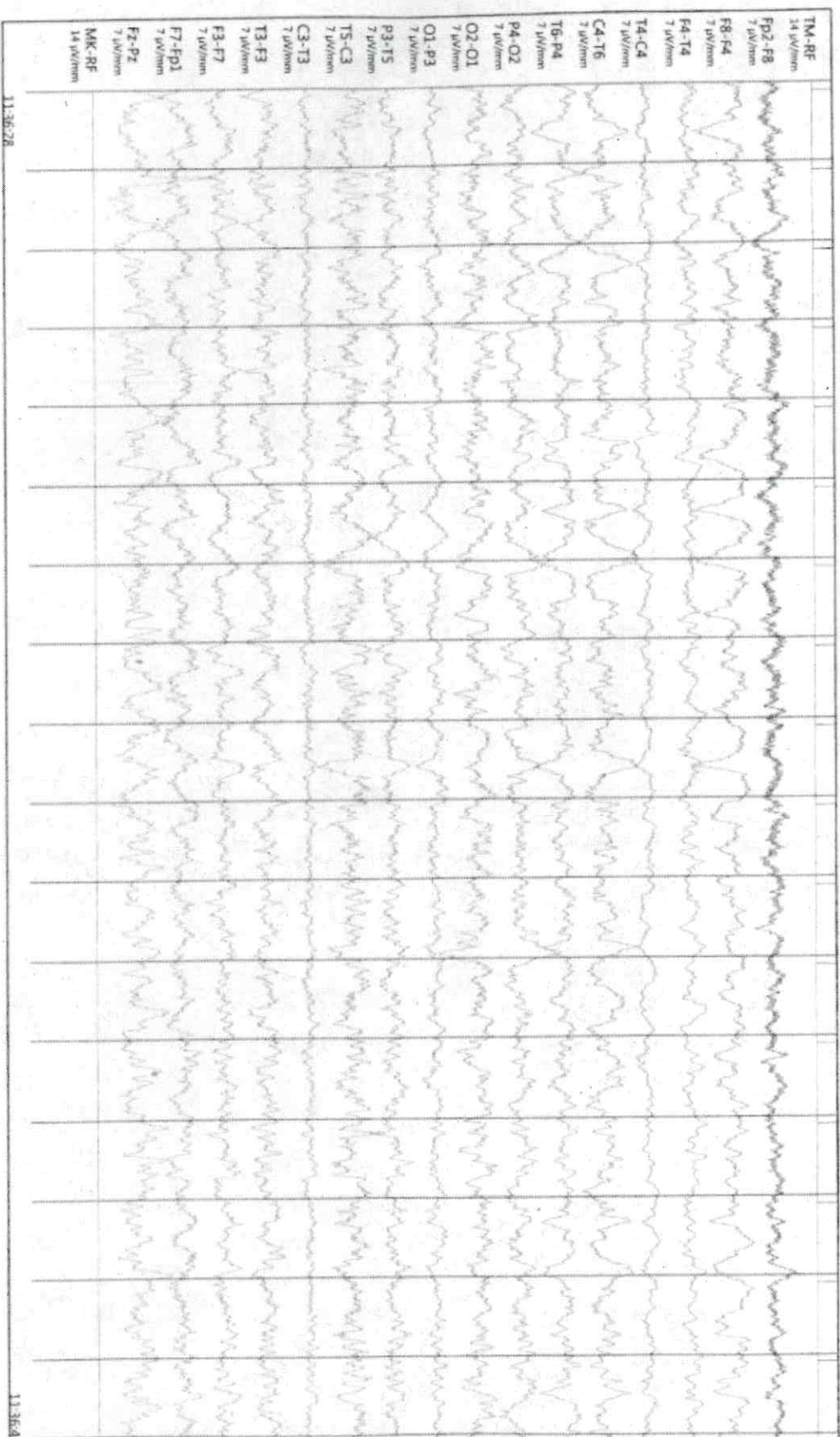
EON: vigile, orientato e discretamente collaborante. Aumentata latenza nelle risposte verbali. Oscillazioni in senso indifferente al Romberg con allargamento base d'appoggio nella deambulazione. Parola scandita. Tremore ad ampie scosse alle prove cerebellari segmentarie. Non deficit motori di lato. ROT vivaci ai 4 arti. PC indifferente bilat. Sensibilità in ordine. Non tremore grafico, non ipertono

TC cranio senza mdc: non significativa



RM encefalo con mdc 18.03

Handwritten signature and a circular stamp with illegible text.



26/03/2024 11:30:01

MONTAGGIO 4

EEG



Esame liquor 19.03: limpido, incolore
 cell 0.001 x 10³/μL
 proteine 43 mg/dL
 glucosio 66 mg/dL

Film Array: negativo
Anticorpi anti-SNC: negativi
Anticorpi anti-canali neuronali: negativi

Screening immuno-reumatologico su siero: negativo

Funzionalità tiroidea e anticorpi anti-tiroide: negativi

Dosaggio TAU su liquor:	8905 pg/mL (< 410)
Dosaggio Fosfo-TAU su liquor:	48.7 pg/mL (< 59)
Dosaggio beta-amiloide 1-42:	959 pg/mL (>725)
Dosaggio beta-amiloide 1-40:	9954 pg/mL (>7775)
Rapporto amiloide beta/42/beta40:	0.096 (>0.0068)

Ricerca proteina 14.3.3 su liquor: positiva

CASO CLINICO 2

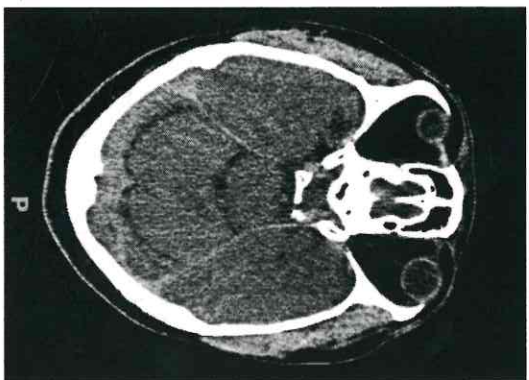
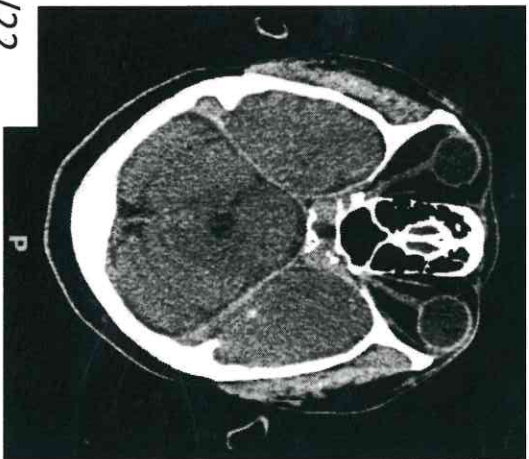
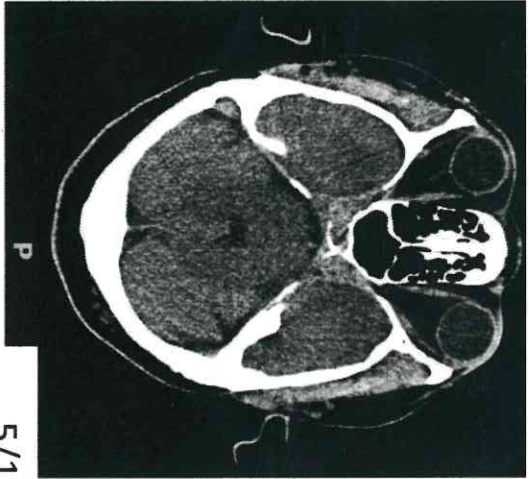
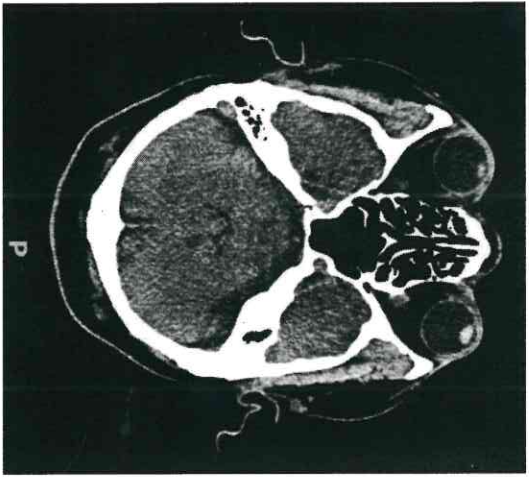


- Maschio, 62 anni, senegalese. Separato, vive solo. Lavora come magazziniere
- Non precedenti anamnestici di rilievo, non assunzione abituale di farmaci
- Condotto in DEA il 5/11/22 per confusione e singhiozzo incostante in iperpiressia. Dal giorno 1/11 nausea, iporessia; il giorno successivo non si recava al lavoro e veniva riferito «confuso» dalla moglie al colloquio telefonico. Il giorno 2/11 valutato dal 118 a domicilio, il paziente firmava rifiutando trasporto in DEA. Da allora peggioramento psichismo e parola

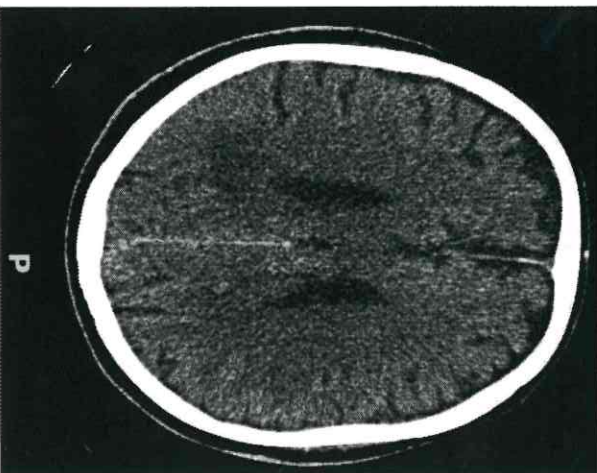
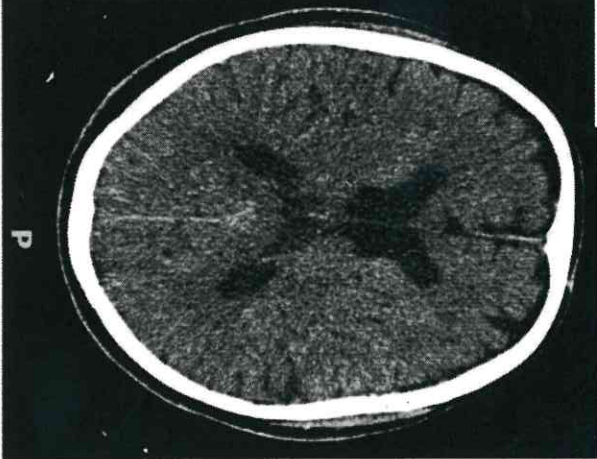
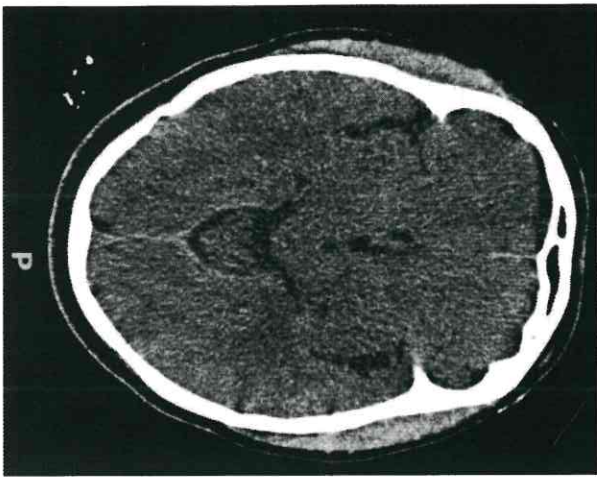
- All' E.O. tranquillo e collaborante, poco orientati neurologici. E.O.A.: addome piano, globoso, rife Murphy e Giordano negativi. E.O.P.: nella norma.
- ore 18:40 rilevata T.C. 39,2°C
- Esami ematici: WBC 11.90 (N 7.90), Na 127, K 2 PCR 5.34 (vn < 5.0)
- ECTgrafia addome:
 - non falde di versamento pleurico, pericardico o regolare per dimensioni contorni ed ecostruttu focali. COLECISTI alitiasica. VIE BILIARI non dilat regolare aspetto ecografico. AORTA addominale dilatate. RENI: normali per dimensioni e spesso Bilateralmente non segni di idronefrosi o di nef VESICIA: con pareti nette e lume libero. PROST. con diametro trasverso massimo di 5,5 cm, ant. posteriore di 2,8 cm, con piccolo adenoma che vescicale.
- Rx torace: non rilevabili lesioni pleuroparenchi Ombra cardiovasale di forma e dimensioni nei l

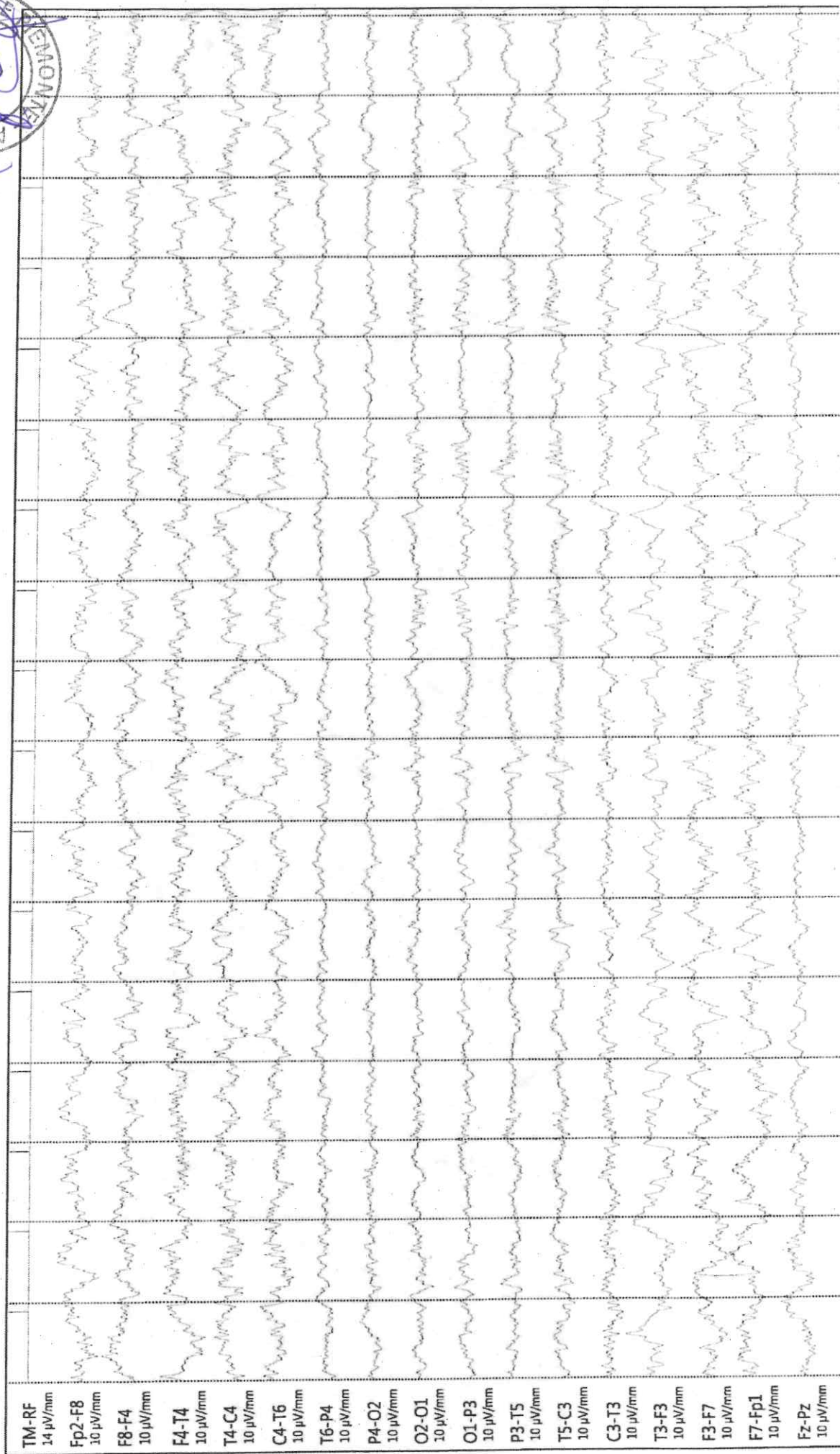


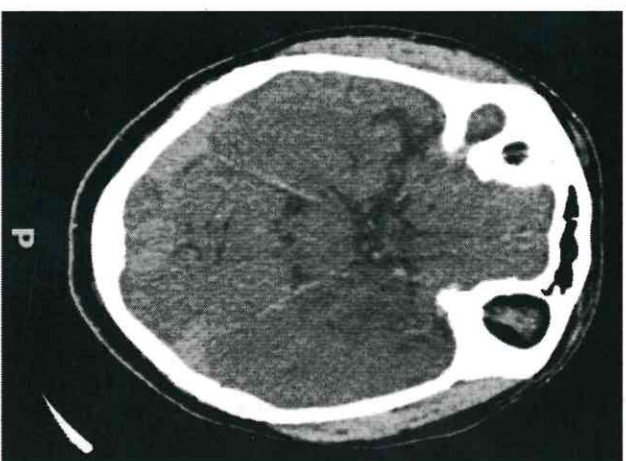
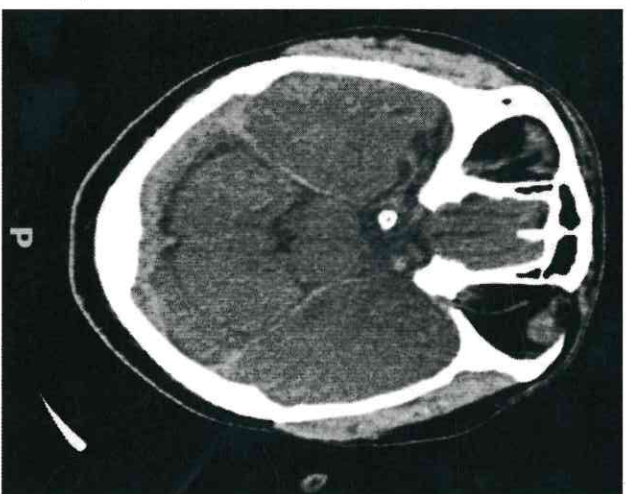
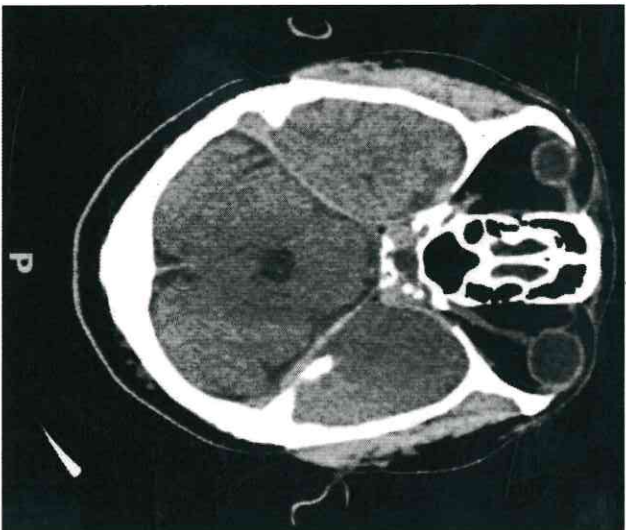
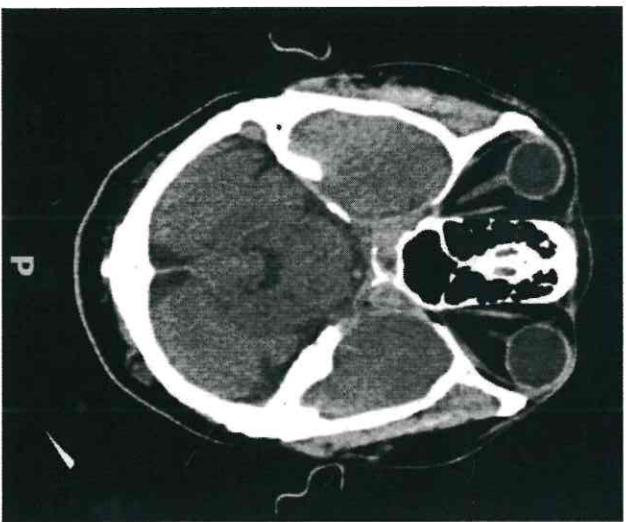
- EON: vigile, disorientato ma collaborante. Nervi cranici in ordine. Non deficit stenici ai 4 arti. Sensibilità in ordine. Prove cerebellari eumetriche. ROT di media intensità simmetrici. Deambulazione nei limiti, Romberg negativo. Segni meningei negativi. Non cefalea.



5/11/22







7/11/22



Liquido cefalorachidiano: chimico fisico e microscopico

Aspetto Limpido

Colore Incolore

Conta leucocitaria $0,025 * 10^3/\mu\text{l}$ [$<0,005$]

Glucosio $76 * \text{mg/dL}$ [40 - 70]

Proteine totali $48,6 * \text{mg/dL}$ [8,0 - 32,0] Albumina 210 mg/L [Fino a 325]

Ricerca patogeni di meningite/encefalite:

Escherichia coli K1 NON RILEVATO

Enterovirus (EV) NON RILEVATO

Haemophilus influenzae NON RILEVATO

* Herpes simplex virus 1 (HSV1) RILEVATO

Listeria monocytogenes NON RILEVATO

Herpes simplex virus 2 (HSV2) NON RILEVATO

Neisseria meningitidis NON RILEVATO

Human herpesvirus 6 (HHV6) NON RILEVATO

Streptococcus agalactiae NON RILEVATO

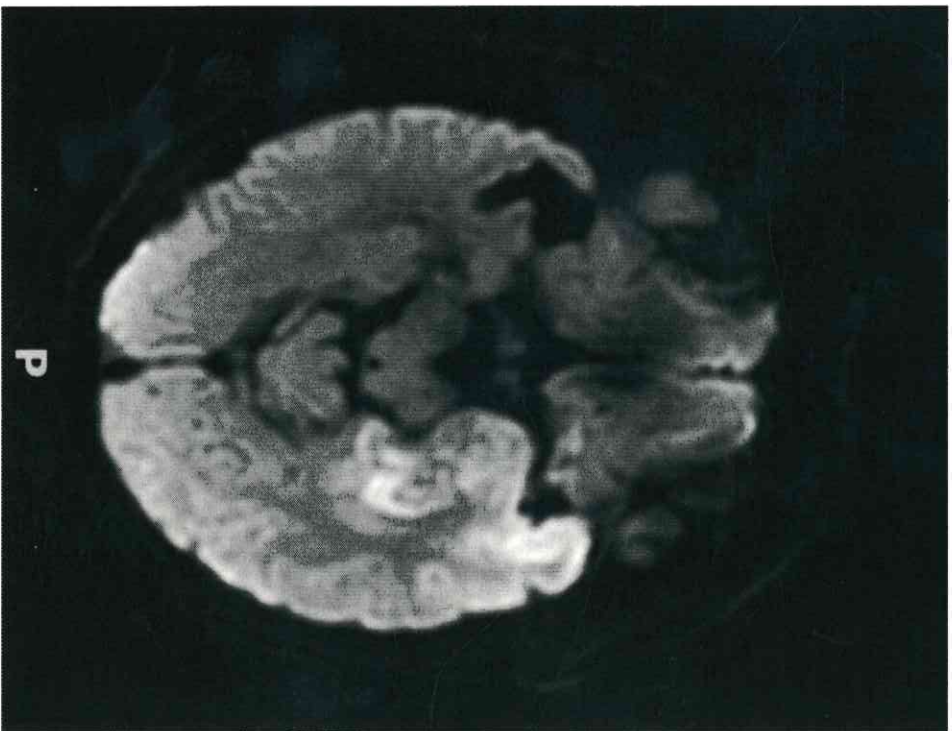
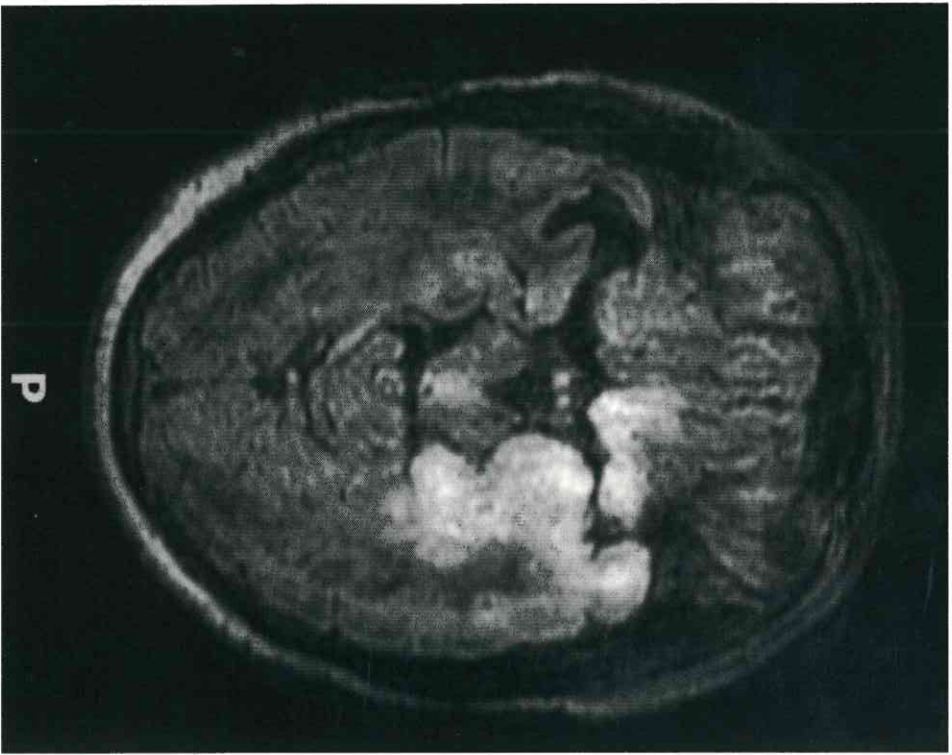
Human parechovirus (HPeV) NON RILEVATO

Streptococcus pneumoniae NON RILEVATO

Varicella zoster virus (VZV) NON RILEVATO

Cytomegalovirus (CMV) NON RILEVATO

Cryptococcus neoformans/gattii NON RILEVATO





CASO CLINICO 3

Donna, 72 aa.

A.P.R.: Emicrania senz'aura in remissione dopo la menopausa; da qualche anno aure emicraniche visive tipiche in OD (linee a zig zag di colore grigio, fosforescenti, offuscamento visivo) della durata di 10-15 minuti, non seguite da cefalea

Ipercolesterolemia

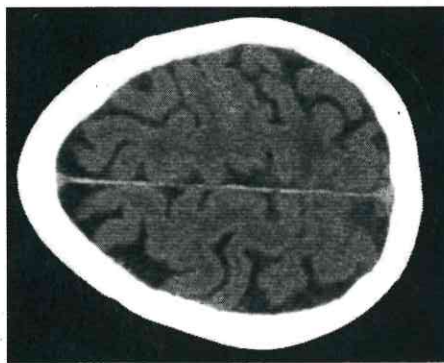
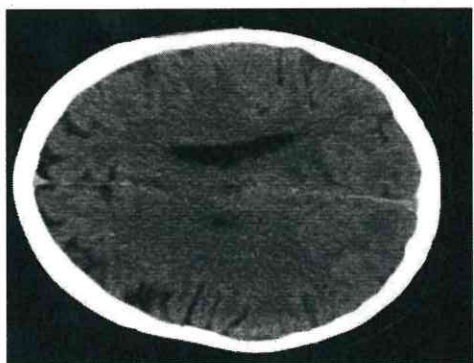
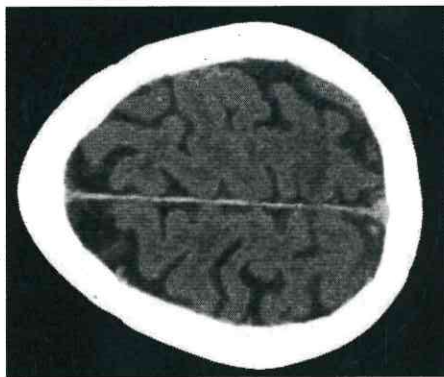
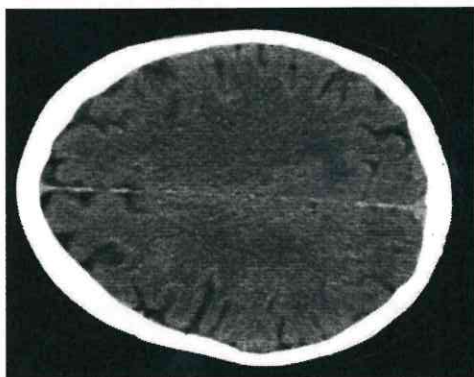
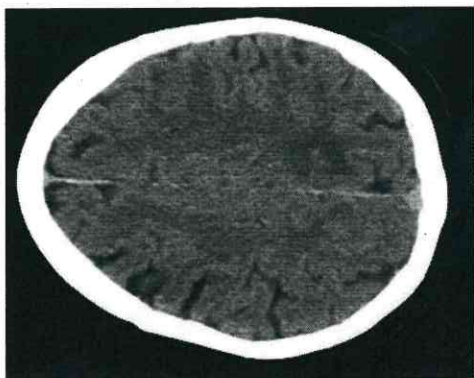
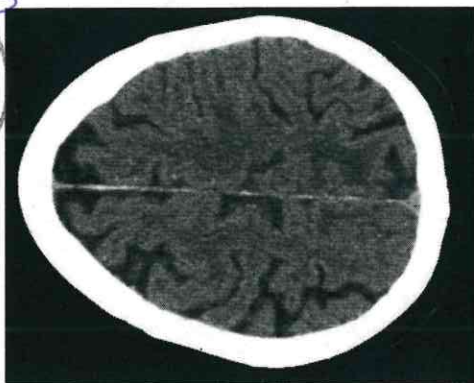
Polmonite Covid nel 2021.

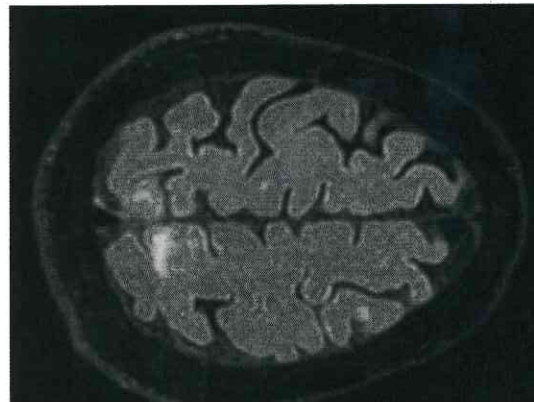
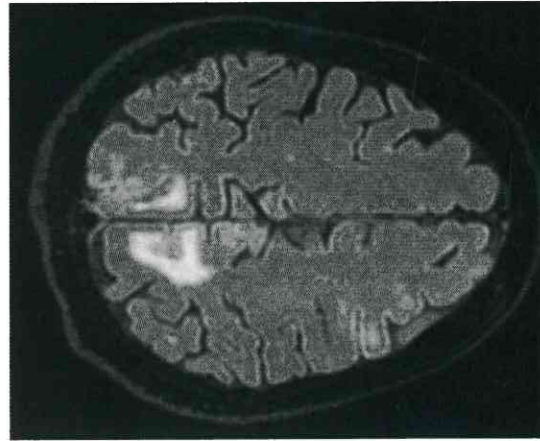
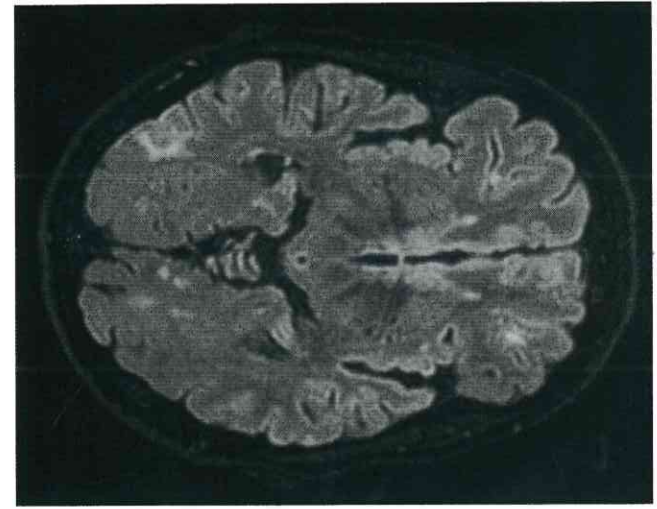
Nel 2018 TIA afasico della durata di qualche ora (disturbo dell'eloquio di tipo espressivo con comprensione preservata), recidivato dopo un paio di settimane in forma più lieve. Introdotta terapia antiaggregante orale, sospesa dal neurologo dopo aver preso visione della RMN encefalo (non disponibile documentazione). Ecodoppler TSA riferito nella norma.

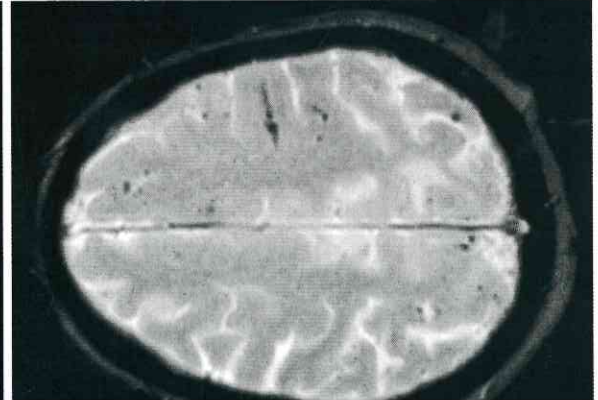
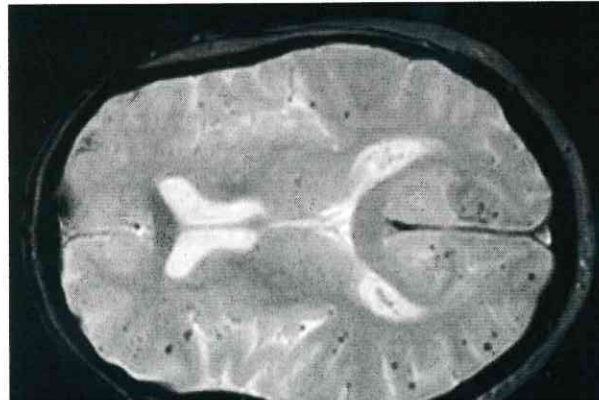
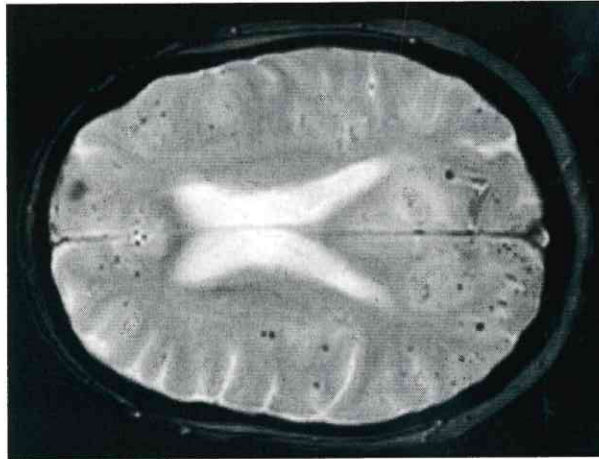
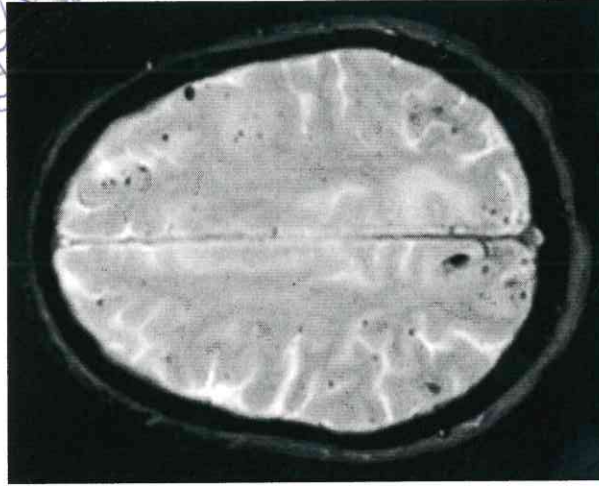
Terapia domiciliare: nessuna.

APP: accede in DEA per presenza, da una settimana circa, di episodi quotidiani, della durata da 5 a 10 minuti, caratterizzati da intorpidimento che dalla mano dx si diffonde prossimalmente fino a coinvolgere l'emivolto dx, associato ad impaccio motorio alla mano dx stessa.

EON: stazione eretta mantenuta con base lievemente allargata; Romberg negativo; deambulazione autonoma, con base lievemente allargata ma senza note atassiche; nn cranici indenni; Mingazzini I e II mantenute; ROT simmetrici, normoevocabili AASS ma fiacchi AAll; sensibilità Ta-Do preservata.







PROVA ORALE N. 1

1) MIASTESIA GRAVIS

Prove non estratte

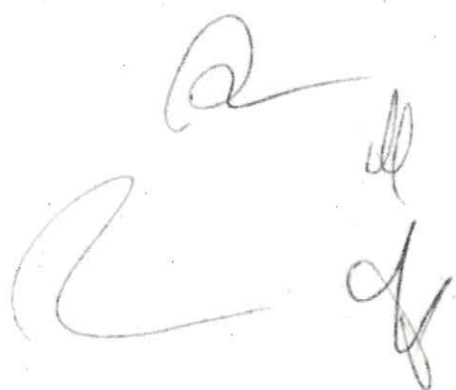


Lucrezia Linares T...
23/05/2024



PROVA ORALE N. 2

2) PARKINSONISMI ATIPICI



Lucrezia Linares T...
23/05/2024
Prove estratte

PROVA ORALE N. 3

3) TERAPIA DELLA CEFALEA EMICRANICA



Lucrezia Linares T...
23/05/2024
Prove non estratte

