### VISITA NEUROLOGICA

Data appuntamento: 28/04/2014 09:00:00

**REFERTO** 

#### Anamnesi Cefalea:

cefalea fin da ragazzo, sede anterior-laterale, bilat o monolat, pulsante, con fono- e foto-fobnia, se monolaterale con riduzione della rima palpebrale omolat, a volte lacrimazione, aggravato dai movimenti, sempre durata inferiore alle 4 ore.

# Anamnesi Patologica Generale:

in età infantile tonsilliti croniche con TASLO elevato e anemia sideropenica, tutto cessato dopo l'adolescenza.

In seguito comparsa allergia a pollini con asma importante e rinite, trattato con vaccini specifici.

Anosmia dai 22 aa di età circa, completamente regredita subito dopo correzione del deficit di B12.

Intorno ai 33 aa comparsa ipostenia AA inf dx con dolore al gluteo omolaterale, interpretata inizialmente come lombosciatalgia; alcuni mesi dopo episodio di iperpiressia per 3 gg con dispnea, e dopo 3 gg contrattura severa alle cosce e poco dopo anestesia AA II ad esordio improvviso, con regressione parziale nelle ore successive; recatosi in DEA dopo 24 ore circa, obiettivamente riscontro di ROT vivaci, ipertoni diffuso e babinski bilat, viene ricoverato; durante il ricovero riscontro di gravissimo deficit di B12, grave anemia macrocitemica (GR 2.24, Hb 8.9, VGM 114, Ht 25), deficit anche di transferrina; ACA IgM 22.8; TDK elevato (41), poi normalizzatosi; Ab anti cellule parietali POS 1:40; ecografia addome nn; EGDS mostrava gastrote cronica antrale, all'istologico gastrote cronica atrofica HP neg; SEP 4 AA con ridardo della conduzione centrale con potenziale ipovoltato; MEP alterati; EMG polineuropatia sensitiva AA II.

Stabile fino al 2006, con residuato impaccio motorio arto inf dx. Nel 2007 peggiorata l'ipostenia arto inf dx con peggioramento della spasticità. Da allora iniziata terapia con tossina botulinica all'arto inf dx e iniziata FKT. Nel 2009 comparso dolore acuto al bicipite dx con impotensa funzionale, impostata terapia con lyrica 25 mg con beneficio, sintomatologia regredita dopo 1 mese di sospensione e al reinserimento della terapia scarsa risposta. Dal 2012 comparsa diplopia in sguardo di estrema lat dx, attribuita con schema di HESS a deficit III n.c. sin, lieve ptosi palpebrale bilat

# **VISITA NEUROLOGICA**

Nel 2013 comparse distonie focali a varie sedi, inizialmente arto sup dx a volte associate a disfonia, o pettorali bilat, dal 2014 arto sup sin, e da fine 2013 dei trapezi bilat con triplice flessione AA SS. A fine 2013 ricerca Ab anti GAD, negativi. HLA-B51 POSITIVO. Pregressa positività ANA, 1:80 E 1:160. Deficit di vitamina D. CAPILLAROSCOPIA (dic 2013) con sovvertimento capillare, microemorragie e ectasie capillari, in quadro di iniziale connettivopatia. Da anni prima afte orali severe, più di 3 volte allìanno, cessate dopo reintegrazione di B12, e stipsi ostinata tuttora presenta, da disfunzione sfinteriale.

Colelitiasi.

Da anni emorroidi (colonscopia del 2002), regredite dopo reintegrazione della B12.

Dal 2013 comparsa lieve ritenzione urinaria, prevalentemente mattutina. Pregresse infezioni da CMV e EBV.

RMN encefalo del 2003: piccola area iperintensa F corticale a sin e una maggiore corticale F al vertice a sin.

Ripetuta RMN encefalo e midollo in toto nel 2014: grave atrofia temporale prevalente a sin, lieve frontale prev a sin.

Nel 2012 riscontro di iperinsulinemia con ipoglicemia reattiva (curva prelievi basale, 30, 60, 90, 120, 180: glic 76, 99, 87, 81, 58, 80, ins 38, 264, 165, 107, 34, 24); da allora in terapia con metformina. Epatosteatosi diagnosticata nel 2012, con rialzo moderato delle ALT.

Dal 2007 alterazioni ungueali, desquamazione al volto e genitale, in quadro psoriasico.

Iperteso dal 2008.

BMI: alto 170, pesa 80 Kg.

Terapia in corso: Plaunac 10 mg, Lobivon 5 mg, Luvion 50 mg 1/2 cp,

Deltacortene 5 mg, Lyrica 150 mg x 3, Fulcrosupra 145, Metformina 500 + 1000 + 1000, Deurisil 450 RR, Gliptide 200 mg x 2, Betotal 1 cp, DIBASE 1 fl da 25.000 a set, DIBASE 1 fl da 100.000 i.m. al mese, Normix 2 cp x 3 x 3 gg al mese, DOBETIN 5000 1 fl i.m., Prefolic 50 1 fl i.m., DISPORT ogni 3

mesi, a.b. Valium gtt, Onligol bust, Sirdalud.

Esame obiettivo neurologico: Diplopia in elevazione di squardo per

divergenza OSin, lieve deficit mm frontale e palpebrale sup, tetraparesi spastica, con atassia e caduta a OO chiusi, ampiesse scosse di correzione dei movimenti, distonie riflesse

controlaterali alla mobilizzazione AA II.

Esame obiettivo generale: Lieve psoriasi ai gomiti, franche alterazioni unqueali

sia alle mani che ai piedi di tipo psoriasico e lieve al

volto, sechhezza cutanea.

#### Conclusioni:

Tetraparesi spastica con diplopia e distonie multifocali di recente insorgenza, in Atrofia cerebrale prev temporale e in minor misura frontale in esiti di

# **VISITA NEUROLOGICA**

encefalopatia da deficit di B12. Gastrite cronica atrofica autoimune, ANA a bassa positività, iperinsulinismo marcato con ipoglicemia reattiva, psoroasi. Ipertensione, colelitiasi. Connettivopatia da definire.

#### Indicazioni:

Si consiglia studio UROFLUSSODINAMICO per probabile iporeflessia vescicale neurologica.

data la recente comparsa delle diostonie multifocali, si consiglia completare la valutazione neurologica tramite DAT-SCAN per valutazione dei nuclei della base.

Ricontrollare metabolismo glucido- insulinemico: glicemia basale e 1 ora dopo inizio colazione, insulinemia basale e 1 ora dopo inizio colazione, Vitamina D. Ogni 12-18 mesi controlli ematici per:

"LAC, ACA Ab anti beta2glicoproteine, Ab anti perossidasi e Ab anti tireoglobulina, ANA, ENA, Ab anti DNA, glicemia basale e 1 ora dopo inizio colazione, insulinemia basale e 1 ora dopo inizio colazione, Vitamina D, C3, C4, TSH, fT4, ferritina, emocromo.

### Terapia:

Terapia da iniziare dopo aver eseguito DAT-SCAN (se lista d'attesa lunga, iniziare e scalarle in prossimità dell'esame, restando semnza nei giorni prima). Per le distonie multifocali, non responsive alle terapia attuali, si consiglia terapia con XENAZINA 1 cp a colazione, da aumemntare a 1 cp mattina e sera dopo 10 giorni e poi a 1 cp ogni 8 ore.

Si valuterà successivamente eventuale impiego di ropinorolo.

Si segnala possibilità di impiego di ac. alfalipoico (400 mg x 2) per l'iperinsulinismo.

Si valuterà in futuro se iniziare ASA.