



Azienda Sanitaria Locale
Regione Piemonte

S.O.C. di Neurologia

Direttore: C

Struttura Organizzata Semplice Centro Cefalee

Struttura ad elevata specializzazione per le cefalee e di I Livello per le malattie Rare

Segreteria:

0171/251111

NE (NE002)

Codice referto:

09/10/2015 09:00:00

Sig./r.	FERNANDO	Sesso	M
Nato/a a	ROMA	Il	07/10/1969
Residente a	ROMA	Via	
Codice fiscale			
Medico rich.	NEUROLOGIA		

RESPONSABILE:	
Cognome	
mail:	
COLLABORATORI:	
Am.	
E	
C	
L	
C	
L	
A	
E	
P	
D	
E	
D	
O	
D	
F	
D	
O	
Dr.	
Ter.	
Dr.	
Oto	
Dr.	
Gas	
Dr.	

Regime dell'accesso: Ambulatoriale Esterni
Posizione ticket paziente: C0
Contratto: Servizio Sanitario Nazionale
Data appuntamento: 09/10/2015 09:00:00

REFERTO

Anamnesi Cefalea:

cefalea fin da ragazzo, sede anterior-laterale, bilat o monolat, pulsante, con fonofobia e fotofobia, 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 ritardo della conduzione centrale con potenziale ipovoltato; MEP alterati; EMG polineuropatia sensitiva AA II.
Stabile fino al 2006, con residuo 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 impotenza funzionale, impostata terapia con lycrica 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



Azienda Sanitaria Locale
Regione Piemonte

S.O.C. di Neurologia

Direttore:

Struttura Organizzata Semplice Centro Cefalee

Struttura ad elevata specializzazione per le cefalee e di I Livello per le malattie Rare

Segreteria:

I.P.

di HESS a deficit III n.c. sin, lieve ptosi palpebrale bilat

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. Progressa positività ANA, 1:80 E 1:160. Deficit di vitamina D. CAPILLAROSCOPIA (dic 2013) con sovertimento capillare, microemorragie e ectasie capillari, in quadro di iniziale connettivopatia. Da anni prima afte orali severe, più di 3 volte all'anno, 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 83 Kg.

Terapia in corso: Pantorc 40 mg, Riopan gel x 3, Xenazina 25 mg x 3, Lyrica 150 mg x 3, ac alfalipoico 400 mg x 2, Deltacortene 5 mg, Triatec 2,5, Luvion 50 mg 1/2 cp, Metformina 1000 mg x 3, Deurisol 450 RR, Gliptide 200 mg x 2, Betotal 1 cp, Enterolactis plus 1 cp, Olevia 1000 mg x 2, Fulcrosupra 145, Benefibra 1 bust, DIBASE 1 fl da 25.000 x 2 volte al mese x os, DIBASE 1 fl da 100.000 i.m. al mese, DOBETIN 5000 1 fl i.m. al mese, Prefolic 50 1 fl i.m. al mese, DISPORT ogni 3 mesi.In

Esame obiettivo neurologico: Diplopia in elevazione di sguardo per divergenza OSin, lieve deficit mm frontale e palpebrale sup, tetraparesi spastica, con atassia e caduta a OO chiusi, ampie scosse di correzione dei movimenti, distonie riflesse controlaterali alla mobilitazione AA II.

Esame obiettivo generale: Lieve psoriasi ai gomiti, franche alterazioni ungueali sia alle mani che ai piedi di tipo psoriasico e lieve al volto, sechezza cutanea.

Struttura Organizzativa Centrale Centro Cefalee

Struttura ad elevata specializzazione per le cefalee e di I Livello per le malattie Rare

Segreteria:

I.P.

Orario della segreteria

Diario clinico: Da maggio comparso singhiozzo insistente e ingravescente, cessato verso metà settembre.
Aveva utilizzato talofen e levobren senza beneficio, il talofen con ricomparsa delle distonie.
Iniziato pantorc e riopan a inizio agosto. In programma controllo EGDS; per tale esame sospendere pantoprazolo 4 settimane prima e aumentare riopan a 1 al risveglio, 1 dopo i 3 pasti principali, 1 prima di coricarsi; eventualmente al bisogno se fastidio gastrico nella giornata.
In programma per il 28 ottobre ricontrollo del DAT-SCAN per cui ha iniziato la riduzione della xenazina a 1 cp x 2 due settimane fa, con ricomparsa di 1 evento distonico; sceso a 1 cp da qualche giorno. In caso di recidiva di distonia, riportare la terapia a 1 cp x 2 o x 3 e sospendere tutto il 17-18 del mese.
Nell'arco di 1,5 anni incremento ponderale di 3 Kg; ipomobilità che giustifica il problema, recentemente rivalutato dalla nutrizionista che ha aumentato la metformina da 2500 a 3000 mg die, riducendo i carboidrati.
In considerazione dell'ipomobilità e della possibilità di ulteriore riduzione di B12 data la malattia di base, pare più cauto ridurre la dose di carboidrati nel pomeriggio e sera, riducendo la dose di metformina e incrementando l'apporto di fibre con l'alimentazione e inserire attività fisica medio-moderata per 60 minuti x 3 volte alla settimana da iniziare dopo 30' da fine pasto.
In agosto eseguita TC torace per via del singhiozzo, che ha mostrato nel segmento mediale lobo polmonare inferiore dx un minuto addensamento di forma allungata di 6 mm, strettamente aderente alla pleura; in programma vis pneumologica.
A ottobre-novembre 2014 comparsa miosi + ptosi + esoftalmo OSin con secrezioni mucopurulente. Eseguita RMN a inizio gennaio, che documentava vasto impegno di materiale amorfo seni paranasali a sin con poliposi e ipertrofia dei turbinati a sin. Visto dall'ORL con la RMN ipotesi dubitativa di nevralgia del V n.c. da rinosinusite subclinica.
Dal 2015 deficit per la memoria a breve termine, ingravescente nell'anno. B12 e folati nei limiti a maggio.
Dal 2015 comparse venule a livello malleolare, compatibile con stasi venosa da ipomobilità; si consiglia indovzare calze compressive a tutto arto (autoreggente) e comunque valutazione vascolare.
Desquamazione diffusa, compatibile con dermatite seborroica e psoriasi. Dopo valutazione dei livelli di vitamina D, valutare integrazione maggiore; può assumere selenio.
CAPILLAROSCOPIA di dic 2013 mostrava segni iniziali di microangiopatia; utile ricontrollo.
Si concorda tentativo di riduzione della dose del lyrica; ridurrà



Azienda Sanitaria Locale
Regione Piemonte

Struttura Organizzata Semplice Centro Cefalee

Struttura ad elevata specializzazione per le cefalee e di I Livello per le malattie Rare

Segreteria:

I.P.

Orario della segreteria:

di 25 mg ogni 2 settimane da una delle somministrazioni di colazione o pranzo, fino alla dose di 75 mg colazione + 75 mg pranzo + 150 mg sera, da riaumentare se ricomparsa del dolore.

Conclusioni:

Tetraparesi spastica con diplopia e distonie multifocali di recente insorgenza, in Atrofia cerebrale prev temporale e in minor misura frontale in esiti di encefalopatia da deficit di B12. Gastrite cronica atrofica autoimmune, ANA a bassa positività, iperinsulinismo marcato con ipoglicemia reattiva, psoroasi. Iperensione, colelitiasi. Connettivopatia da definire.

Indicazioni:

Date le recenti problematiche gastroenteriche e di singhiozzo, si suggerisce di dimezzare la dose di deltacortene e tra 2 settimane assumerlo a giorni alterni. Nel caso fosse ancora necessario proseguire con la terapia steroidea, potrebbe sostituire il cortisonico in uso con il LODOTRA 5 mg. Nel caso invece si possa sospendere, necessita prima di rivalutazione endocrinologica per eventuale indicazione e inserimento do cortone acetato.

Ne4 caso si ripresenti la sintomatologia oculare con le secrezioni purulente, si consiglia, previa valutazione del medico di base, vis ORL in acuto e impostare terapia antibiotica (es cefixoral 400 1 cp die o levofloxacin 500 mg per 15-20 gg) ed eventuale terapia antiinfiammatoria associata.

Ricontrollare B12, folati, Vitamina D, TSH, FT4, Ab anti tireoglobulina, Ab anti perossidasi, ANA, C3, C4, ANCA, ferritina, emocromo.

Per le curva si consigliano prelievi contemporanei di glucosio e insulina basali e dopo 30', 60', 120' da carico 75 gr glucosio

Terapia:

Se distonie, utilizzare o TAVOR ORO 1 cp oppure XANAX 5-10 gtt.

Assumere Vitamina D vitarmony 1-2 cp al di.

Si valuterà in futuro se iniziare ASA.

Medico: (