ASL
Azienda Sanitaria Locale
Tel:
e-mail:

Azienda Sanitaria Locale
Regione Piemonte Osp. S
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. S.

Orario della segreteria: 14 - 15,30 E

NE (NE002) Codice referto: Il, 26/09/2016 09:00:00

Sig./ra	**FERNANDO**	Sesso	M
Nato/a a	ROMA	Il	07/10/1969
Residente a	ROMA	Via	
Codice fiscale			
Medico rich.	MEDICO FUORI REGIONE GPI		

RESPONSABILE:
D.ss
C
m
c l.com

COLLABORATORI:
Amb.
Dr.s
Oc
D
C
L
Nej
Dr.
Psic
D.ss
Em
Dr.
Ost *gia*
Dr.
Fis
Dr
Od
D
T *a*

G
D

Regime dell'accesso:	Ambulatoriale Esterni
Posizione ticket paziente:	C
Contratto:	Servizio Sanitario Nazionale
Data appuntamento:	**26/09/2016 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
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 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.
In agosto 2015 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 comparse venule a livello malleolare, compatibile con stasi venosa da ipomobilità; si consiglia indozzare calze compressive a tutto arto (autoreggente) e comunque valutazione vascolare, non confermata dall'angiologo.

BMI: alto 170, pesa 81 Kg.

Terapia in corso: Xenazina 25 mg x 3, Lyrica 150 mg x 3, ac alfalipoico 400 mg x 2, Triatec 2,5, Luvion 50 mg 1/2 cp, Metformina 1000 mg x 3, Deurisil 450 RR, Hepilor 1 cp X 2, Dima Slim Complex Solgar 1 cp x 2, Enterolactis plus 1 cp, mensilmente Isocolan x 2 gg e a seguire x 2 gg VSL+Codex+Bioenterum, Fulcrosupra 145, Betotal 1 cp, DIBASE 1 fl da 25.000 x 1 volta a sett x os + DIBASE 1 fl da 100.000 i.m. al mese +

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:

Vitamin D cp x os, DOBETIN 5000 1 fl i.m. al mese, Prefolic 50 1 fl i.m. al mese, BOTOX/DISPORT ogni 3 mesi. Riopan gel a.b., Tavor oro 1 cp a.b.

Esami eseguiti: es ematici (11-11-16 Roma): curva glic 77, 105, 97, 85, ins 15,59,201,122; ferr 30, compl, lieve eosinofilia, TSH 2.2, fT4 1.6, B12 285, folati 22.8, antitireoglob, antipeross, ANCA, ANA, Vit D 39, nn..
es ematioci (30-5-16 Roma): PTL 464, B12 441, folati 23, ferr 34, piastrinosi, omocist 13, es generai, Lieve riduz di Zinco (51)B1 44, funz tiroidea e anticoropi antitir, Gastrina 1288 (senza pantoprazolo)ANA NG, Ab anti cell parie debole pos, cromogranina A 132.

Esame obiettivo neurologico: Obiettività del 2014:
Diplopia in elevazione di sguardo 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.
Obiettività sett 2016:
Oggi obiettivamente si rileva abduzione OSin in sguardo elevato (def parziale 3° n.c.), deficit nello sporgere la lingua, a OO chiusi oscillazioni pluridirezionali (compatibile con deficit statochinestesico secondario a lesione delle vie da def di B12 pregresso), importante spasticità arto sup dx con atteggiamento in triplice flessione, ipertono spastico anche a sin. Agli AA II grave ipertono spastico, SCP non evocabile per l'ipertono, a sin possibile mobilizzazione volontaria, a dx scarsa solo in flessione di coscia (Ileopsoas), con atteggiamento dell'arto extrarotato e flesso.

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

Diario clinico: Visto un anno fa.
Con la xenazina non nuove recidive distoniche. Ripetuto il DAT-SCAN a ott 2015, che risulta invariato rispetto all'anno precedente; nei 10 gg di sospensione della xenazina ricomparsa di modeste distonie, regredite dal reinserimento del farmaco.
Da primavera riacutizzazione dell'atteggiamento in triplice flessione dell'arto sup dx e e comparsi a tratti anche a sin.
Da fine 2015 peggiorata l'inclinazione sin del capo con contrattura trapezio a sin.

A primavera comparso dolore violento in regione mediana bicipite sin, non responsivo ai comuni antiinfiammatori. Aveva ridotto dose di Lyrica fino alla dose di 75 + 75 + 150 mg die verso gennaio 2016. Dato il nuovo dolore e la scarsa risposta ai farmaci, ha riaumentato il lyrica alla dose attuale con beneficio.
Visto da fisiatra che ha impostato nuovo programma riabilitativo, e ortopedico in attesa di rivalutazione. Nel frattempo eseguita RMN spalla sin che documenta alterazione tipo "slap lesion" e falda fluida peritendinea capo lungo bicipite, iniziale artrosi acromionclaveare.
Quando assumeva 75 + 75 + 150 mg di lyrica era migliorato dal punto di vista cognitivo, meno rallentato; con l'aumento del farmaco, di nuovo rallentamento ideativo; si propone utilizzo di tapentadolo mattutino e nuovo tentativo di riduzione del lyrica del mattino.
Dopo la visita del 2015 sostituito deltacortene con idrocotisone scalato e poi sospeso a marzo 2016.
Assumeva metformina 1000 mg x 3, ridotta a 500 mg la dose del mattino dalla nutrizionista, riaumentata alla dose precedente dal gastroenterologo a luglio; in occasione di tale visita, sostituiti pantorc, gliptide e riopan con Hepilor; sostituito inoltre olevia con combinazione di lassativi e fermenti lattici da fare 1 volte al mese, Aumentata ancora la vit D aggiungendo 25.000 x os alla settimana. Lo scorso ottobre manifestava desquamazione diffusa, compatibile con dermatite sebborroica e psoriasi. Da allora aggiunte alla dose di base di vit D con selenio le cp di Vitamina naturali da assumere quotidianamente, con beneficio.
Ricontrollata curva da carico a nov 2015 che mostrava importante iperinsulinemia. Al controllo del 2016 lieve piastrinosi, omocist 13, es generai, Lieve riduz di Zinco (51)B1 44, funz tiroidea e anticoropi antitir, Gastrina 1288 (senza pantoprazolo)ANA NG, Ab anti cell parie debole pos, cromogranina A 132.
A marzo 2016 controllata EGDS peggiorata rispetto alla precedente, con indicazione a controllo annuale: ispettivamente incontinenza cardiale, reflusso biliare, gastrite atrofica; all'istologico, atrofia con metaplasia enteroide moderata-severa al fondo.
Data la persistenta episodica di tosse stizzosa, a lug 2016 eseguita spirometria, nella norma. Su indicazione del pneumologo ripetute TC torace, l'ultima a giugno 2016, invariato il minuto addensamento subpleurico in esiti del segm mediale lobo inf dx.

Conclusioni:

Struttura Organizzata Semplice

Centro Cefalee

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

Segreteria:
I.P.

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. Ipertensione, colelitiasi. Connettivopatia da definire.

Indicazioni:

Programmare ricontrollo del DAT-SCAN (4 ANNI INDICATIVAMENTE) o prima in caso di ri-aggravamento del quadro distonico.
Salvo problemi controllo tra un anno.

Terapia:

Data la storia di coinvolgimento autoiimmune (segni di connettivopatia e positività ANA), l'evento di diplopia, il dismetabolismo glicidico/insulinemico, il sovrappeso con l'immobilità, inizierei profilassi con ASA 100 mg die (ad es CARDIOASPIRIN 1 cp), previo "nulla osta" del gastroenterologo.
Dato il peggioramento della spasticità e dell'atteggiamento in triplice flessione, si suggerisce instaurare terapia antispatsica generale (es sirdalud), si demanda la gestione di questo argomento ai colleghi che seguono il paziente e che praticano la terapia con tossina botulinica. Nel frattempo può iniziare almeno per la notte FLEXIBAN*30CPR RIV 10MG, CICLOBENZAPRINA CLORIDRATO, fascia C, 1/2 cp alla sera.
Si raccomanda fare almeno 30' di attività fisica moderata alla sera dopo cena (da iniziare circa 30' dopo la fine dello pasto).

Medico: *C*