



NEUROBREAK



J.Iaccarino e G.Fonzo

1. Semeiotica neurologica:

- Fisiopatologia e semeiotica della sensibilità pag. 6-14
- Fisiopatologia e semeiotica della motilità pag. 15-42
- Fisiologia del SNA pag. 43-46
- Deficit delle funzioni cognitive
 - Afasie pag. 48-53
 - Aprassie pag. 54-56
 - Agnosie pag. 57-59
 - Disturbi dell'esplorazione spaziale pag. 60-61
 - Memoria e disturbi della memoria pag. 62-66
- Nervi cranici e patologie correlate
 - Olfattivo (I) pag. 68-69
 - Ottico (II) pag. 70-79
 - Oculomotori (III-IV-VI) pag. 80-91
 - Trigemino (V) pag. 92-99
 - Faciale (VII) pag. 100-104
 - Statoacustico (VIII) pag. 105-114
 - Glossofaringeo (IX) pag. 115-117
 - Vago (X) pag. 118-120
 - Accessorio spinale (XI) pag. 121
 - Ipoglosso (XII) pag. 122-123
 - Paralisi multiple dei nervi cranici pag. 123-124
 - Sindromi del tronco encefalico pag. 124-125

Ragazzi, la frase che sentite di farvi bene le basi di semeiotica vi giuro che non è una stronzata. Qualunque persona che abbia passato l'esame vi risponderà così, rappresenta il 60% dell'esame. Riporto la frase di un amico "quando ho imparato l'EO ed i nervi cranici, ho avuto la sensazione di poterlo passare". Spendete più tempo possibile, capitelatela e ripetetela più volte (possibilmente con un compagno di studi perché altrimenti è difficile ragionarci da soli).

2. Patologie del SNC:

- Patologie midollari
 - Anatomia del midollo pag. 127-130
 - Sindromi midollari pag. 131-141
 - Mielite acuta trasversa pag. 142
 - Tumori spinali pag. 143-147
 - Patologia degenerativa midollare pag. 148-155
 - Traumi midollari pag. 156-158
- Atassie pag.159-165
- Epilessie pag.166-193
- Cefalee pag. 194-209
- Traumi cranici pag.210-223
- Disturbi della coscienza e coma pag.224-233
- Patologia cerebrovascolare
 - Circolo cerebrale pag. 235-240
 - Ictus pag. 241-258
 - TIA pag. 259-260
 - Emorragie intracraniche non traumatiche pag. 261-267
 - Malformazioni vascolari cerebrali pag. 268-270
 - Aneurismi cerebrali pag. 271-272
 - Sindromi da danno focale corticale pag. 273-275 (non mi sono focalizzato)
- Tumori intracranici pag. 276-301
- Patologia liquorale
 - Diagnostica liquorale pag. 303-306
 - Iperensione endocranica pag.307-311
 - Idrocefalo pag. 312-313
- Infezioni del SNC
 - Meningiti pag. 315-322
 - Encefaliti pag. 323-327
- Demenze pag. 328-341
- Malattie extrapiramidali
 - Malattia di Parkinson pag. 342-354
 - Parkinsonismi atipici pag. 355-358
 - Corea di Huntington pag. 359-360
- Malattie del motoneurone pag. 361-370
- Malattie demielinizzanti pag. 371-383
- Malformazioni cranio-spinali pag. 384-389

3. Malattie del SNP e dei muscoli

- Neuropatie periferiche pag. 390-417 (qui unico appunto su cosa fare, fare da 390 a 394 e da 411 a 417, la parte restante fare i nervi: radiale, mediano, ulnare e sciatico)
- Miopatie pag. 418-430
- Patologie della giunzione neuromuscolare pag. 431-437

A differenza di altri blocchi che ho fatto non riporterò quali argomenti saltare (a parte le poche cose riportate) perché secondo me ho lasciato veramente le cose essenziali, il resto è stato già eliminato.

CONSIGLI: è sempre difficile scrivere qualcosa riguardo a quest'esame che è così tanto temuto. Sicuramente è un esame impegnativo da un punto di vista di mole di studio però, dopo averlo affrontato, posso dire che più difficile ancora della quantità di cose da studiare è stata la ricerca delle fonti da cui attingere le nozioni. Questo lavoro si pone come una semplificazione soprattutto in questo senso. È stato redatto da me con l'aiuto essenziale di Gerardo Fonzo, Luigi Guida e Martina Tagliatela. Come al solito abbiamo integrato la fonte precedente (give me neuro) con il corso tenuto quest'anno e alcune nozioni svariate dai libri (a proposito, inutile secondo me sceglierne uno in particolare ma meglio poterne consultare di più). Inoltre, abbiamo sviscerato una quantità di esperienze orali inimmaginabile e ringrazio, per questo, tutti coloro che la scrivono e che continueranno a farlo perché ogni volta si aggiunge sempre un tassello in più. Lo scritto rimane sicuramente la parte più difficile da affrontare, personalmente ho utilizzato il file raccolta scritti di Vincenzo Sposito (che approfitto per ringraziare) che veramente contiene tutto il possibile. È sempre bene vederli perché seppur in numero esiguo qualche domanda ripetuta c'è e punti in più sono fondamentali. Considerando anche che all'ultimo appello, la soglia è stata abbassata fino a 15 punti, vi assicuro che alla maggior parte delle domande si poteva rispondere con le nozioni qui contenute. Quindi, risposta alla fatidica domanda se può essere ritenuta una fonte unica di studio, la risposta è sì PERO' ovviamente non potrà mai contenere tutte le nozioni possibili e, di conseguenza, avere un atlante di neuro e altre fonti di consultazioni è fondamentale (insomma il consiglio, come vale sempre in medicina, è quello di non accontentarsi perché io in una sola giornata di orali avrò aggiunto non so quante cose sentite nel mentre).

Questione professori: capisco la frustrazione di chi prova all'ennesima volta questo esame e di chi, ancora di più, vede rinviata la sua laurea a causa di questo ostacolo. Tuttavia, anche sentendo le esperienze passate degli scorsi anni, qualcosa sta cambiando. Personalmente ho trovato e visto tutte persone disposte a ragionare, l'unica cosa che non perdonano è la mancanza delle conoscenze base ma come d'altronde avviene nella maggior parte degli esami (ecco perché, come detto in precedenza, fatevi prima una buona base della semeiotica). La differenza in questo esame sta nel fatto che non sono nozioni che troviamo ricorrenti in altri esami e quindi la difficoltà è maggiore nell'imparare anche le basi. Prendetevi il vostro tempo, leggete le esperienze orali (sì, lo ripeto ancora una volta) perché così riuscite a fare un focus non solo sugli argomenti più importanti ma anche su quali parti di quegli argomenti siano quelle da sapere meglio.

In bocca al lupo a tutti

ESAME OBIETTIVO NEUROLOGICO

Fisiopatologia e semeiotica della sensibilità

La sensibilità è la capacità di avvertire sensazioni, spontanee o conseguenti a stimoli somatici. Si configura come un processo attivo e continuo che serve per 3 scopi principali: percezione somatosensoriale, stato di vigilanza, controllo del movimento. Le sensibilità si distinguono in:

- Soggettive: in assenza di stimoli esterni
- Oggettive: conseguenti a stimoli esterni, divise a loro volta in:
 - Viscerali/enterocettive: trasmissione lenta e mal definita, originatesi dalle sierose e dagli organi parenchimali. Talvolta possono manifestarsi in sede diversa (dolore riferito)
 - Complesse/epicritiche: derivano dall'attivazione simultanea e integrazione di più modalità sensoriali elementari (discriminazione di due punti, doppio stimolo simultaneo, forma consistenza, superficie); sono epicritiche perché hanno un fine conoscitivo e forniscono informazioni precise
 - Elementari/protopatiche: hanno funzione di allarme e forniscono informazioni immediate. divise a loro volta in:
 1. Superficiali (o estero-cettive-indiscriminate) provengono dalla superficie cutanea (tattile, termica, dolorifica superficiale)
 2. Profonde (o propriocettive): possono essere coscienti o incoscienti, e comprendono la percezione del corpo nello spazio, sensazioni da stimoli vibratorii e la nocicezione profonda

Le informazioni o afferenze sensitive provenienti dai recettori periferici di cute, sottocute, visceri, articolazioni, tendini, muscoli e ossa costituiscono il sistema della sensibilità somatica generale (somestesico). Gli stimoli vengono raccolti da recettori specifici periferici che, convertendo lo stimolo in modificazione del potenziale di membrana, (se supera una certa soglia), sono in grado di determinare la trasmissione dell'impulso nervoso. I recettori sono di vario tipo:

- Termocettori: terminazioni libere nel derma
- Nocicettori: terminazioni libere nel derma e nei tessuti profondi
- Recettori tattili:
 - Dischi di Merkel e Corpuscoli di Meissner: posti nel derma, trasmettono la sensibilità epicritica, cioè la sensibilità tattile fine e discriminativa
 - Recettori follicolari e terminazioni libere: i primi intorno al foll. pilifero, le seconde nel derma, trasmettono sensibilità protopatica, cioè la sensibilità tattile grossolana non discriminativa
 - Corpuscoli di Ruffini e Pacini: nel sottocute, trasmettono la sensibilità pressoria
 - Corpuscoli di Meissner, Pacini e recettori follicolari = trasmettono la sensibilità vibratoria
- Propriocettori = sono responsabili del senso di movimento e di posizione, rappresentati dai fusi neuromuscolari, dai recettori nelle capsule articolari e nella cute periarticolare

Lo stimolo sensoriale determina una depolarizzazione della membrana del recettore che lo trasmette fino al corpo cellulare (del I neurone-pseudounipolare). L'intensità della percezione è dipendente sia dalla quantità dei recettori stimolati (sommazione spaziale) sia dal tempo in cui vengono stimolati (sommazione temporale). Caratteristica fondamentale dei recettori è la loro capacità di modulazione della risposta, ossia il fenomeno dell'adattamento, che può essere rapido o lento a seconda del tipo di recettore. (N.B. questo vale per i recettori corpuscolati ma non per quelli liberi deputati alla trasmissione del dolore)