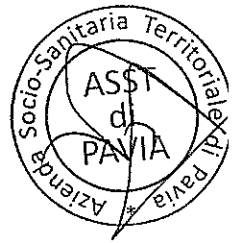


PROVA NON ESTIMATA

Gallo



PROVA PRATICA N.1

Il Candidato individui la diagnosi del caso clinico sotto riportato.

CASO CLINICO 1

Donna 55 anni

Obesità II grado, tabagismo

Accesso in PS per disturbo sensitivo facio - braccio - crurale all'emisoma sinistro insorto da circa 30', risolto all'ingresso in sala.

Ricovero in Stroke Unit.

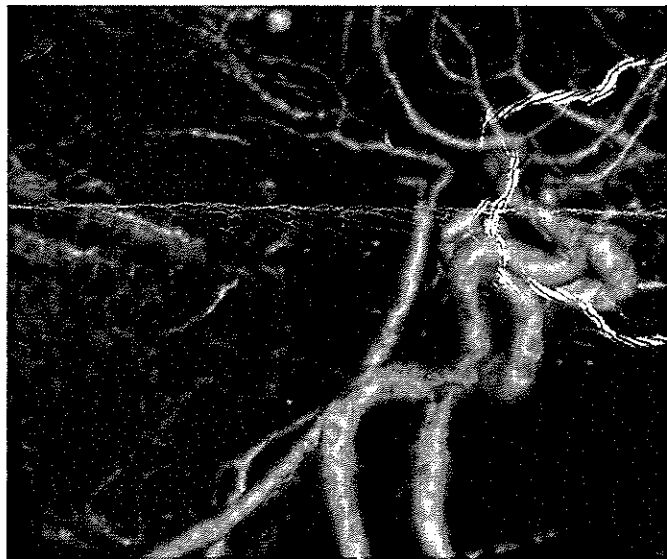
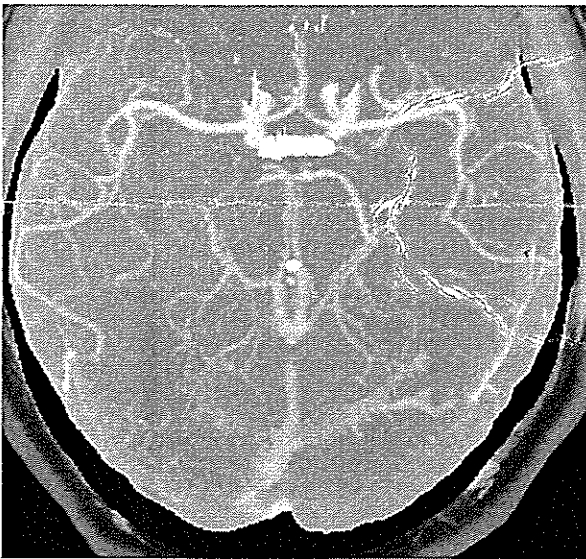
PA 180/100 mmHg, ECG RS, esami bioumorali ndp.

A distanza di 6h ricomparsa del disturbo sensitivo associato a minimo impaccio motorio distale all'arto superiore SN, risolto nel giro di 45'.

Nei giorni successivi recidiva del disturbo con le caratteristiche su esposte, ma sempre con risoluzione spontanea

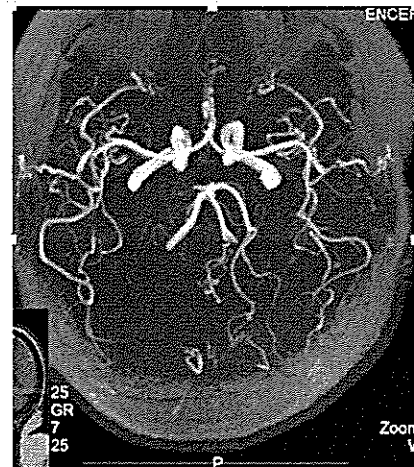
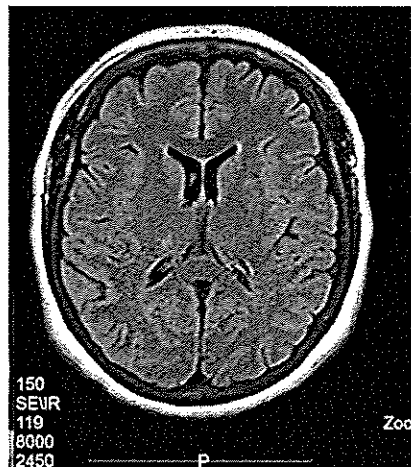
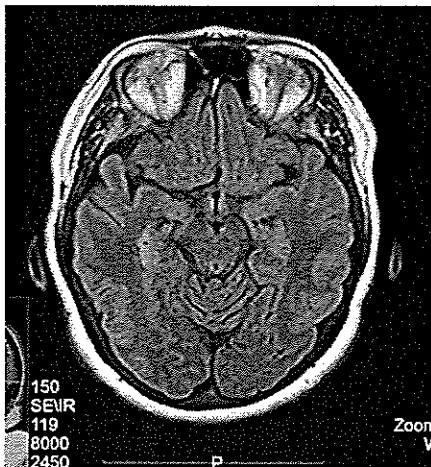
ESAMI ESEGUITI

TC encefalo basale (NEGATIVA) + AngioTC vasi sovraortici e intracranici in urgenza



ESAMI ESEGUITI

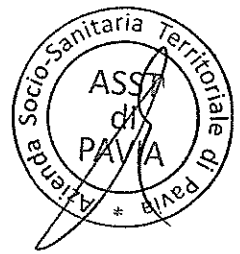
RMN encefalo + AngioRM vasi intracranici (a 48h)



PROVA PRATICA N.2

Il Candidato individui la diagnosi del caso clinico sotto riportato.

Caso clinico 2



Uomo, 72 anni.

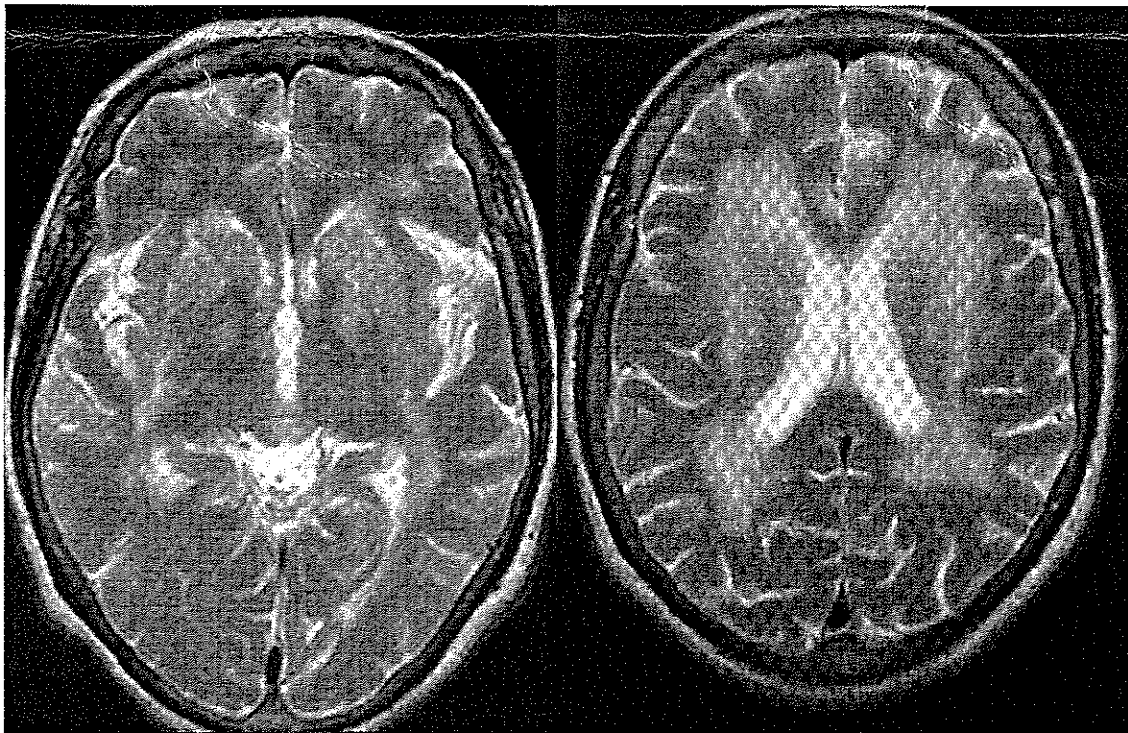
Ernia iatale, ipertrofia prostatica benigna, artrite reumatoide.

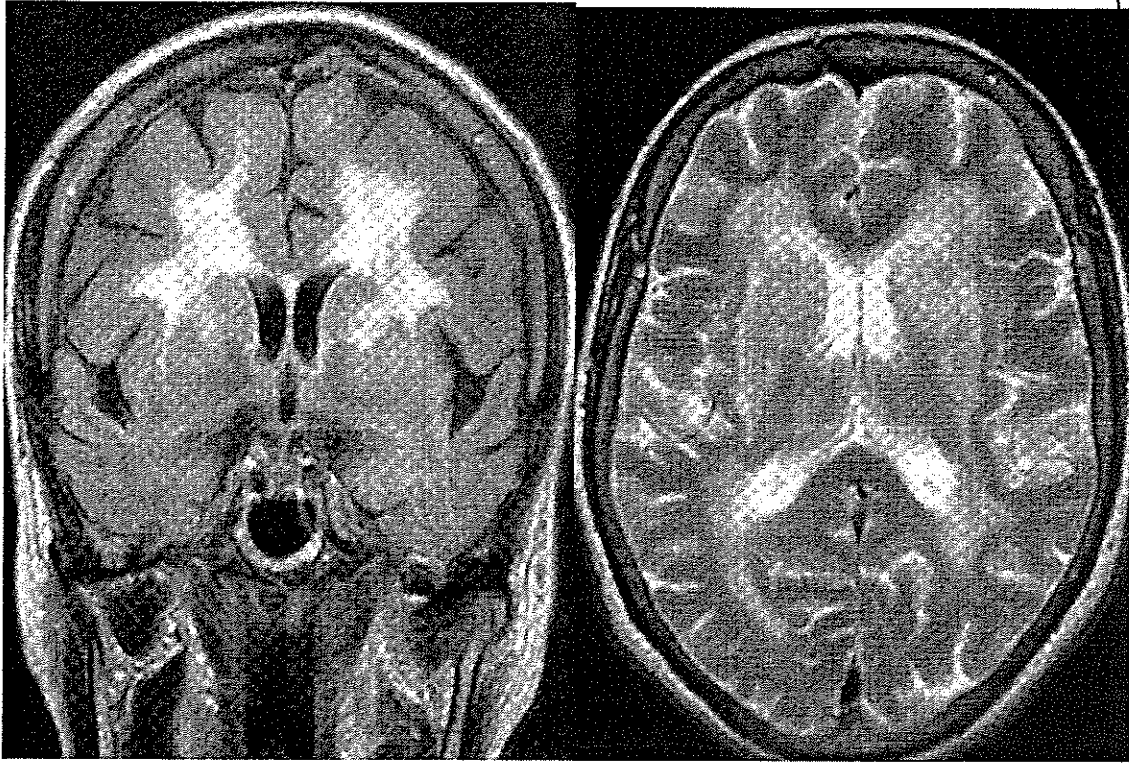
Alcuni anni prima aveva presentato almeno 3 episodi, interpretati come crisi parziali complesse, ed era stato introdotto levetiracetam 500 mg x 2.

Nei 7-8 mesi precedenti inizia a presentare una sensazione di goffaggine ed impaccio nei movimenti alle mani, specialmente quando maneggia bicchieri o utensili. A volte manifesta fics vocali e fasi di confusione mentale e agitazione.

Esame neurologico

- ✓ Mmse: 27,3/30
- ✓ Frontal Assessment Battery: 15/18.
- ✓ Lieve disfonia.
- ✓ Movimenti involontari a livello facciale, cervicale e agli arti superiori di tipo coreico ed in parte tic-like.
- ✓ Nessun deficit stenico.
- ✓ Iporeflessia agli arti inferiori.
- ✓ Deambulazione autonoma lievemente inficiata dai movimenti involontari.
- EEG: qualche anomalia lenta, diffuse.
- RM encefalo vedi:

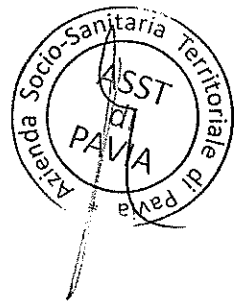




Quale dei seguenti accertamenti dovrebbe essere alterato per confermare la diagnosi?
Esami ematochimici di routine, ferro e ferritina, TSH, T3, T4, anticorpi anti-tiroide, anticorpi antifosfolipidi, ricerca di acantociti, PTH e calcemia, ceruloplasmina, anticorpi antigliadina, markers neoplastici e paraneoplastici.

PROVA NON ESTIMATA

[Handwritten signature]



PROVA PRATICA N.3

Il Candidato individui la diagnosi del caso clinico sotto riportato.

CASO CLINICO 3

Uomo, 45 anni.

Tabagismo, consumo alcolico moderato.

Recente perdita del lavoro con comparsa di anomalie comportamentali. A distanza di 30 gg circa accesso in PS per stato psicotico con episodi di violenza fisica verso i familiari

Ricovero in SPDC, impostata terapia con neurolettici con discreto controllo degli episodi di agitazione psicomotoria.

Dall'anamnesi raccolta dai parenti emergono dubbi brevi periodi di alterazione del contatto.

L'esame neurologico non evidenzia deficit focali: alla visita si evidenziano anomalie comportamentali con aggressività.

Lo screening per le malattie autoimmuni (anticorpi citoplasmatici antineutrofili, anticorpi antinucleari) è risultato negativo.

La puntura lombare ha rivelato liquido cerebrospinale (CSF) trasparente con bande IgG-oligoclonali senza pleiocitosi e valori normali per glucosio e proteine. Le reazioni a catena della polimerasi per herpes zoster, enterovirus e herpes simplex su CSF erano normali. Le colture del sangue e del liquor erano negative.

EEG: modesto rallentamento non specifico.

RM encefalo:

