

L'approccio al malato neurologico: avvertenze generali

E. Favale

Secondo alcune statistiche del passato, circa 1 una persona su cinque (19%) che giunge all'osservazione del medico di medicina generale (MMG, di famiglia o di base) è affetta da un problema neurologico (Hopkins, 1989 e 1993; Morrow e Patterson, 1987).

Tale stima probabilmente vale ancor oggi a causa dell'aumento dell'età media della popolazione, sebbene in Italia nel 1992 sia stato istituito per decreto ministeriale il Servizio Nazionale di Urgenza ed Emergenza Medica - SUEM 112 (ex-118), che provvede direttamente al ricovero della patologia neurologica acuta, soprattutto ictale, scavalcando così il medico di base.

È quindi necessario che chi raccoglie l'anamnesi di una persona non ancora inquadrata abbia qualche conoscenza di neurologia, tanto più se si considera che questa disciplina è di per sé assolutamente peculiare, avendo ben poco in comune con le altre materie mediche, specie per quanto si riferisce alle caratteristiche della sintomatologia.

Conseguentemente, non potendo la raccolta dell'anamnesi essere affidata unicamente al buon senso o all'intuito clinico dell'operatore, sembra opportuno soffermarsi brevemente sulle principali manifestazioni cliniche di possibile matrice neurologica affinché il futuro medico sia in grado di riconoscerle o, quanto meno, metterne in conto la possibilità.

In realtà, non è raro che quest'impostazione, la cui fondatezza appare scontata, sia ignorata da libri di testo anche importanti. Può accadere, infatti, che un trattato di neurologia prenda le mosse dalla fisiopatologia delle principali funzioni del sistema nervoso, prosegua con la descrizione delle principali sindromi neurologiche e si concluda con la esposizione delle malattie neurologiche vere e proprie, senza dedicare nemmeno un rigo alle problematiche connesse alla raccolta dell'anamnesi neurologica.

Altri autori, ancora più frettolosi, si limitano a descrivere le malattie e trascurano i vari aspetti della propedeutica neurologica, inclusa la raccolta dell'anamnesi, come se il futuro medico – studiando le malattie neurologiche nel

libro di testo – fosse in grado di ricavarne un elenco di indizi anamnestici a favore dell'esistenza di una problematica neurologica, cioè un repertorio di domande che un giorno dovrebbe rivolgere al malato o a chi l'accompagna per avvalorare questa possibilità. Altri, per la verità, sembrano consapevoli del problema, per cui dedicano alcune pagine all'anamnesi neurologica, anche se spesso i suggerimenti sono generici, vaghi, frammentari e pertanto di scarsa utilità pratica nel caso specifico.

Alla luce di queste considerazioni, si cercherà pertanto di fornire – sia pure per sommi capi – qualche indicazione preliminare sul modo di condurre un'inchiesta clinica che non tralasci, per quanto possibile, eventuali elementi anamnestici neurologicamente plausibili. Ovviamente il significato di queste indicazioni apparirà ancora più chiaro quando lo studente avrà preso visione dei capitoli successivi.

Riassumendo, la raccolta dell'anamnesi costituisce la prima tappa dell'approccio ad un possibile malato neurologico. La tappa successiva è rappresentata dall'esecuzione dell'esame neurologico (EN), il cui contributo diagnostico, peraltro, può variare notevolmente da caso a caso. Per comodità espositiva, la descrizione dell'approccio al malato neurologico sarà suddivisa in tre parti dedicate rispettivamente: 1) alla raccolta dell'anamnesi neurologica, 2) all'esecuzione dell'EN e 3) ai rapporti dell'EN con la diagnostica strumentale.

LA RACCOLTA DELL'ANAMNESI NEUROLOGICA

Non esistono sostanziali differenze metodologiche fra l'anamnesi neurologica e l'anamnesi non neurologica, almeno sul piano formale. Il neurologo, infatti, secondo una consuetudine ormai consolidata raccoglie nell'ordine:

1. *l'anamnesi familiare*, particolarmente importante in quanto la neurologia è la specialità che annovera il maggior numero di malattie geneticamente determinate;
2. *l'anamnesi fisiologica*, comprensiva di una breve inchiesta sulla preferenza *manuale* (il soggetto è

- destrimane o mancino? mancino corretto? ambidestro?) e *visiva* (con quale occhio mira?), entrambe indici di dominanza emisferica;
3. *l'anamnesi patologica remota*, con particolare attenzione circa eventuali precedenti neurologici, anche se apparentemente irrilevanti rispetto al disturbo riferito;
 4. *l'anamnesi patologica prossima*, dedicata soprattutto alla sintomatologia attuale, ai suoi eventuali prodromi e ad ogni altro evento riguardante il disturbo (o il motivo) per cui è stato consultato il neurologo.

Questo schema, normalmente in uso nel nostro Paese, riflette soprattutto l'influenza esercitata fra l'800 e il '900 dalla scuola francese sulla cultura neurologica italiana. Nei paesi anglosassoni, al contrario, si usa cominciare dall'anamnesi neurologica prossima o addirittura dal quesito specifico che è stato posto al neurologo, con l'indubbio vantaggio di focalizzare immediatamente l'attenzione dello specialista sui motivi della richiesta di consulenza.

ASPETTI PRATICI

Può accadere che il neurologo entri in scena fin dall'inizio, soprattutto quando la sintomatologia esordisce in maniera improvvisa con caratteristiche di tipo inequivocabilmente neurologico (perfino agli occhi di un profano), come nel caso di un ictus cerebrale, sempre che quest'ultimo si manifesti in maniera tipica con un'emiplegia facio-brachio-crurale ad insorgenza improvvisa, eventualmente associata a disturbi del linguaggio; oppure a causa di una crisi epilettica generalizzata con perdita di coscienza, caduta a terra, scosse tonico-cloniche ai quattro arti, possibilmente associate ad incontinenza sfinterica e morsicatura della lingua, per citare solo due esempi molto comuni che, in quanto tali, dovrebbero essere ben noti anche ai non addetti ai lavori.

Di fronte ad una sintomatologia acuta di probabile natura neurologica, il medico di base o la guardia medica provvedono all'immediato ricovero con una diagnosi di probabilità allertando il Pronto Soccorso, ove la possibilità che essa venga correttamente inquadrata ed eventualmente trattata in tempo utile aumenta se è disponibile un neurologo o neurochirurgo di guardia.

Qualora il disturbo neurologico sia transitorio o non venga adeguatamente valorizzato o comunicato dal soggetto (ad es. una cefalea improvvisa di breve durata, o una perdita di forza e/o di sensibilità localizzate o un disturbo del linguaggio momentanei), le probabilità che il medico di base o i familiari si allertino e richiedano un parere neurologico si riducono.

L'eventualità più problematica, però, si avvera quando la sintomatologia non è tipicamente neurologica per cui, in un primo tempo, vengono consultati specialisti di altre discipline. In questi casi il compito del medico di base diventa più difficile, soprattutto se si tratta di un professionista alle prime armi.

L'idea di Charcot (metà '800) che in Neurologia, più che in ogni altra disciplina, l'anamnesi sia cruciale ai fini diagnostici (talora – oggi aggiungerei - anche più delle stesse indagini paracliniche), dimostra che fin dalle origini è apparso evidente che la preparazione medica di base deve comprendere anche un bagaglio minimo di conoscenze neurologiche elementari e di strategie pratiche da attuare.

I PROBLEMI DEL MEDICO DI BASE

I medici di emergenza-urgenza e di medicina generale sono quelli più spesso coinvolti nella gestione di un malato neurologico fin dalle prime manifestazioni cliniche.

Non è raro, tuttavia, che la natura neurologica dei disturbi possa inizialmente sfuggire, per cui, a seconda del tipo di sintomatologia, l'iter diagnostico consigliato potrebbe comportare varie tappe presso altrettanti specialisti (oculista, all'ortopedico, cardiologo, otorinolaringoiatra, chirurgo vascolare, diabetologo, etc.) prima di arrivare al neurologo, come risulterà più chiaramente in seguito.

Al limite, può anche succedere che quest'ultimo rappresenti una sorta di ultima ratio nella presunzione - ovviamente infondata - che sia una specie di *deus ex machina* in grado di risolvere situazioni apparentemente inesplicabili. La verità, purtroppo, è un'altra: la percentuale di casi "oscuri" con cui il neurologo deve confrontarsi è sicuramente maggiore rispetto alle altre discipline specialistiche.

Per tutti questi motivi, il medico di base dovrebbe aver sempre a portata di mano un repertorio "minimo" di possibili manifestazioni neurologiche, nella legittima speranza che il paziente o i suoi congiunti (a cui dovrebbero essere elencate) ne riconoscano almeno una. Questo repertorio dovrebbe permettere al medico di cogliere l'eventuale valenza neurologica dei disturbi riferiti dal soggetto, e nel contempo servirgli da questionario-guida per il completamento dell'indagine anamnestica.

In quest'ultimo caso, spetta ovviamente alla sensibilità e alla perspicacia del medico saper distinguere ciò che è "genuino" (ed è stato inconsapevolmente taciuto dal malato o dai suoi congiunti) da ciò che è stato involontariamente "indotto" dall'esaminatore. Ciò dimostra, ancora una volta, che la raccolta dell'anamnesi

è una “partita” difficile da giocare, che consiste nel pilotare abilmente la conversazione con il malato, senza però suggestionarlo.

Un'altra fonte di errore può essere rappresentata dalla sostituzione delle dichiarazioni testuali del malato (o dei suoi congiunti), spesso indispensabili anche a scopo medico-legale, con una descrizione eccessivamente sintetica, o peggio ancora, con interpretazioni improprie da parte del medico. Non va dimenticato, infatti, che inferenze, commenti, deduzioni, potrebbero rivelarsi inutili o addirittura fuorvianti.

La quantità di tempo necessaria per raccogliere un'anamnesi corretta può variare notevolmente, non solo in rapporto con la complessità del caso, ma anche con il tipo di personalità del medico (più o meno sbrigativo) ed il suo grado d'esperienza professionale. A volte il medico crede di poter risparmiare tempo ponendo domande “mirate” fin dalla prima fase del colloquio. Questa strategia può funzionare se si tratta di un medico esperto o di un problema diagnostico abbastanza semplice, ma non è così se il medico è alle prime armi, o se il problema diagnostico è particolarmente complesso.

In ogni caso, l'intervista dovrebbe sempre tener conto dell'età, specie se avanzata, e della scolarità del soggetto, soprattutto se modesta, per cui potrebbe essere utile, talvolta, saper colloquiare nel suo dialetto, anziché in lingua.

A parte questo, va sottolineato che l'anamnesi raccolta direttamente dal malato può costituire una valida occasione per valutarne non solo il tipo di personalità, ma anche, almeno entro certi limiti, le sue capacità attentivo-mnesiche, intellettive ed affettive ed il suo comportamento durante il colloquio, e più in generale, tutti quegli aspetti delle attività cognitive che possono essere compromessi nel corso di una sindrome di deterioramento mentale di qualunque natura. Un colloquio attento può quindi immediatamente orientare verso l'effettuazione di una valutazione neuropsicologica approfondita.

Può anche accadere che una persona si rivolga al neurologo per essere rassicurata e ponga quesiti tipo “mi dica se i miei mal di testa potrebbero essere causati da un tumore cerebrale”, ciò che per la verità può succedere anche in un contesto non neurologico, basti pensare al timore di un infarto in seguito alla comparsa di un violento dolore retrosternale di natura non cardiaca, ma gastrica.

Quando si sospetta l'esistenza di un danno cerebrale, il medico dovrebbe sempre chiedersi se il malato è in grado di fornire un resoconto attendibile dei propri disturbi verificando formalmente il suo orientamento nel tempo, nello spazio e nelle persone, senza mai dare per scontato che sia corretto. La fretolosità nel colloquio con soggetti confusi che non sanno neanche per quale

motivo si trovano in uno studio medico o in un ospedale, o senza chiara coscienza di malattia, limita o inficia il significato dell'anamnesi raccolta direttamente dal malato, a meno che la sua attendibilità non sia confermata da altre fonti (parenti, congiunti o conoscenti).

Ai fini di un corretto inquadramento diagnostico iniziale, le caratteristiche sintomatologiche della malattia possono addirittura contare meno delle sue modalità d'esordio e di evoluzione nel tempo, che possono di per sé suggerire la natura del processo morboso in atto.

Oltre alla sintomatologia strettamente neurologica o presunta tale, il medico dovrebbe tener presente che certi precedenti anamnestici (anche se al momento non accompagnati da manifestazioni neurologiche) potrebbero rivelarsi pertinenti in quanto possibile fonte di complicazioni neurologiche in una percentuale più o meno elevata di casi, a seconda della malattia di base. Si vedano, a questo proposito, i capitoli dedicati rispettivamente alle complicanze neurologiche delle neoplasie extra-cerebrali (metastasi al SNC), delle infezioni sistemiche (sifilide, borreliosi ed HIV), delle malattie internistiche e della patologia tossico-carenziale.

PECULIARITÀ DEL MALATO NEUROLOGICO

Fra le numerose peculiarità della neurologia (a questo proposito basti ricordare che l'esame neurologico - assai più d'ogni altro - si basa su una semeiotica di tipo *funzionale*), c'è anche da considerare che in un'importante percentuale di casi è impossibile raccogliere l'anamnesi dal diretto interessato a causa di svariati motivi connessi alle sue condizioni cliniche. In particolare l'impossibilità del malato a fornire ragguagli sul proprio disturbo può dipendere dal fatto che egli è:

1. *completamente privo di coscienza* e quindi incapace di comunicare;
2. *confuso e privo di coscienza di malattia*, per cui le sue risposte sono inattendibili;
3. *cosciente ed in grado di comunicare ma incapace di fornire informazioni utili* in quanto:
 - presenta un importante deterioramento mentale con gravi disturbi della memoria;
 - al momento dell'accaduto era momentaneamente privo di coscienza (a causa di una crisi epilettica o di un trauma cranico o di una crisi sincope, etc.);
 - il disturbo consisteva in un transitorio e selettivo disturbo della memoria (amnesia globale transitoria, crisi amnesica epilettica);
4. *cosciente ma incapace di comunicare* a causa di un disturbo del linguaggio (sia parlato che scritto).

A parte questi casi emblematici, il contributo dei congiunti spesso può essere utile anche per colmare even-

tuali lacune anamnestiche relative a disturbi a cui il malato potrebbe non dare importanza, come perdita della memoria, difficoltà a rintracciare oggetti di uso quotidiano, alterazioni dell'articolazione della parola, modificazioni del tono della voce, riduzione della mimica e della motilità, e molte altre anomalie comportamentali sfuggite alla sua attenzione, che potrebbero invece essere state notate dai familiari o dai colleghi di lavoro.

In ogni caso, di fronte ad una sintomatologia transitoria insorta al di fuori dell'ambiente domestico o del luogo di lavoro, la ricerca di eventuali testimoni occasionali deve considerarsi indispensabile, soprattutto se il soggetto non serba alcun ricordo dell'accaduto.

FENOMENOLOGIA CLINICA PIÙ COMUNE

Affinché un medico possa sospettare l'esistenza di una malattia neurologica in assenza di una sintomatologia in atto, è necessario che al momento della visita il malato riferisca spontaneamente o a seguito di domande precise ogni eventuale sintomo o segno ragionevolmente imputabile ad una sofferenza del sistema nervoso centrale o periferico o della muscolatura volontaria.

Certi disturbi neurologici, infatti, hanno un carattere episodico e transitorio (attacchi ischemici transitori o TIA, crisi epilettiche e sincopali, aure emicraniche ed altre turbe visive, etc.), e non sono quasi mai osservabili direttamente dal medico. Poiché al momento della visita il soggetto è abitualmente asintomatico e neurologicamente normale, solo la descrizione anamnestica accurata del pregresso disturbo permette di avanzare ipotesi diagnostiche ed eventualmente verificarle con accertamenti paraclinici mirati.

Ciò vale anche nel caso di una sintomatologia neurologica in atto poiché, a parità di disturbi obiettivi (come ad es. un'emiparesi), ulteriori informazioni anamnestiche sulle rispettive modalità d'esordio e successivo decorso, nonché su eventuali episodi progressivi, possono influire notevolmente sull'orientamento diagnostico e sugli accertamenti paraclinici che appaiono necessari.

Schematizzando al massimo, si possono distinguere almeno sei *pattern* o modalità d'insorgenza e di successiva evoluzione di un quadro neurologico, nessuno dei quali va considerato patognomonico, ma solo utile come base di partenza. Le rispettive caratteristiche si possono riassumere come segue:

1. sindrome neurologica deficitaria ad esordio acuto. La sintomatologia può instaurarsi improvvisamente, come avviene nelle crisi epilettiche, sincopali e cataplettiche, nell'emorragia subaracnoidea, nella patologia traumatica encefalica e nell'amnesia

globale transitoria; oppure nel giro di vari minuti ed aggravarsi successivamente, come avviene nell'ictus ischemico ed emorragico, nell'ematoma epidurale, nell'ipertensione liquorale acuta, nelle aure emicraniche, nelle meningiti e meningoencefaliti acute, etc. Non meno importante della modalità d'esordio è la successiva evoluzione del quadro clinico, che può regredire nel giro di pochi minuti o decine di minuti se si tratta di un disturbo funzionale, oppure tendere ad aggravarsi qualora coesista un danno nervoso strutturale a carattere evolutivo. Il fattore "tempo", riguardante la rapidità d'insorgenza ed il tipo di evoluzione del disturbo (regressivo o peggiorativo), aiuta senz'altro l'orientamento diagnostico, ma solo come criterio di volta in volta disponibile a posteriori.

- 2. sindrome neurologica ingravescente ad esordio subacuto.** La sintomatologia s'instaura in un periodo di tempo compreso fra qualche ora e qualche settimana, senza alcuna traccia di remissione almeno parziale del quadro clinico, neanche dopo vari mesi. Ciò depone per innumerevoli patologie infiammatorie, infettive, tumorali, carenziali e tossiche;
- 3. sindrome neurologica ad esordio cronico.** La sintomatologia s'instaura in un periodo di tempo compreso fra qualche mese e qualche anno con evoluzione lentamente ingravescente. Ciò suggerisce l'esistenza di un tumore benigno o di un processo degenerativo a carattere diffuso o sistemico;
- 4. sindrome neurologica a ricadute e remissioni.** Comprende deficit neurologici di vario tipo, che s'instaurano più o meno rapidamente, durano giorni o settimane e sono seguiti da una remissione parziale o completa che può essere seguita da successive ricadute. L'insieme di questi elementi orienta verso una sclerosi multipla, soprattutto se il soggetto è giovane;
- 5. sindrome neurologica deficitaria motoria scatenata o peggiorata dall'affaticamento.** Un deficit di forza localizzato nel territorio dei nervi cranici o dei nervi spinali, che peggiora rapidamente sotto sforzo e migliora o temporaneamente si risolve dopo un periodo di riposo è quasi sempre espressione di una miastenia.

Questo elenco di voci non pretende di esaurire tutte le possibilità, in quanto esistono altri *pattern* del tutto particolari ed altrettanto inconfondibili che si prestano ad identificare il tipo di disturbo in atto o riferito, specie nell'ambito delle manifestazioni neurologiche disfunzionali acute (ad es. nelle cefalee, nelle malattie extrapiramidali, nelle alterazioni dello stato di coscienza, nelle epilessie, nelle sincopi, nei disturbi del sonno, etc.).

In ogni caso, indipendentemente dal tipo d'insorgenza e successivo decorso della sintomatologia, è consigliabile che il medico abbia qualche conoscenza sulle *manifestazioni neurologiche più comuni* (Tabella 1) che, schematizzando al massimo, possono essere suddivise in una decina di *categorie* (C) dotate di sottovoci per le cui implicazioni diagnostiche il lettore è rinviato ai rispettivi capitoli.

L'elenco può essere utilizzato dal medico come un vero e proprio questionario da proporre al soggetto (e ai congiunti) per condurre un'inchiesta neurologica che sia al tempo stesso rapida e sufficientemente esauriente. In tal modo si ottiene un duplice vantaggio: da un lato cogliere immediatamente la possibile *valenza* neurologica di manifestazioni cliniche apparentemente irrilevanti; dall'altro disporre di un prospetto di *domande già pronte da proporre* al malato o a chi per lui in caso di sospetto neurologico.

Concludendo, per poter raccogliere un'anamnesi che si riveli utile ai fini neurologici è necessario che il medico abbia qualche nozione, sia pure approssimativa, sulla fenomenologia clinica con cui può manifestarsi una disfunzione o un danno del sistema nervoso centrale (SNC) o del sistema nervoso periferico (SNP) o della muscolatura volontaria, ovvero i tre ambiti tradizionalmente attribuiti alla neurologia, per quanto concerne il sistema nervoso della vita di relazione. Alquanto diverso è il caso del sistema nervoso autonomo (SNA), che, almeno per certi aspetti, rappresenta un territorio di confine fra la neurologia e le discipline internistiche.

CONSIDERAZIONI SULLA TAB. 1

Il repertorio descritto non può essere analizzato integralmente, almeno in questo momento, per cui saranno deliberatamente proposti soltanto alcuni esempi emblematici per chiarire meglio le possibili implicazioni cliniche di questa elencazione apparentemente "burocratica", ma in realtà tutt'altro che irrilevante sul piano pratico. In ogni caso è opportuno sottolineare che la valenza neurologica di ciascuna voce può essere più o meno elevata e soprattutto che la presenza di manifestazioni neurologiche non implica necessariamente l'esistenza di una patologia documentabile del SNC o del SNP, almeno con i mezzi di indagine attualmente disponibili, come risulterà più chiaro in seguito. In ogni caso, sembra indispensabile soffermarsi brevemente su alcuni punti:

C1. È noto che esistono forme di epilessia prive di alterazioni strutturali o metaboliche obiettivamente dimostrabili. È altrettanto vero, però, che forme del tutto analoghe possono essere causate da una lesione cerebrale altrimenti asintomatica oppure da cause dismeta-

Tabella 1. Manifestazioni neurologiche più comuni.

Geneticamente determinate	
C1	Perdite o alterazioni della coscienza, transitorie o prolungate, con o senza convulsioni; disturbi del sonno
C2	Disturbi motori <ul style="list-style-type: none"> • <i>settore craniale</i> (alterazioni simmetriche o asimmetriche della mimica, della rima palpebrale o orale; disturbi della masticazione, deglutizione e fonazione) • <i>cingoli/tronco</i> • <i>agli arti</i> (deficit di forza con o senza esauribilità muscolare, movimenti involontari con o senza alterazioni del tono muscolare, atrofia muscolare con o senza fascicolazioni)
C3	Disturbi sensitivi (dolori o parestesie al capo, tronco ed arti; ipo-anestesia cutanea o mucosa)
C4	Disturbi dell'eloquio (afasia, disartria)
C5	Disturbi dell'equilibrio e della marcia con instabilità e caduta, eventualmente associati a vertigine
C6	Paracusie, ipoacusia
C7	Riduzione dell'acuità visiva o del campo visivo; annebbiamenti; diplopia; abbagliamenti offuscamenti
C8	Incontinenza sfinterica (vescicale o rettale)
C9	Disturbi cognitivi (della memoria, dell'attenzione, dell'orientamento temporo-spaziale), disturbi del comportamento (innato o acquisito) e delle condotte sfinteriche
C10	Cefalee

boliche, traumatiche o tossiche. Concetti parzialmente analoghi possono essere estesi anche ad alcune neuropatie (C3) e cefalee (C10), in quanto non riferibili ad alterazioni strutturali.

C2. Sia i deficit motori che una riduzione di volume delle masse muscolari denunciano in genere un danno della via motoria e/o della muscolatura striata scheletrica, sempre che non siano riferibili ad una banale impotenza funzionale per risparmio antalgico (ad es. secondaria a patologia osteo-articolare), o ad una prolungata immobilità per altre cause.

C3. Analogamente, i disturbi somestesici (parestesie, ipo-anestesia, dolore) dipendono quasi sempre da lesioni delle vie sensitive periferiche o centrali, ed in questo caso, la delimitazione della rispettive distribuzioni topografiche permette di stabilire se si tratta di una sofferenza del SNP o del SNC, ed in questi ambiti, stabilirne la sede anatomica più probabile.

C4. I disturbi della capacità di comunicare attraverso il linguaggio a coscienza integra e motilità conservata, a meno che non si manifestino in un contesto psichiatrico (mutacismo, schizofasia, mutismo isterico, etc.), sono sempre riferibili ad un danno cerebrale.

C5-C6-C7-C8. La possibile valenza neurologica delle condizioni riportate in queste categorie va considerata senza trascurare la possibilità di cause non neurologiche, avvalendosi eventualmente del parere degli specialisti del ramo.

C9. La presenza di disturbi cognitivi ha una valenza neurologica (o, in subordine, psichiatrica) sicuramente molto elevata, che peraltro dovrebbe essere sempre avvalorata da un esame neuropsicologico. Poiché sia una patologia cerebrale diffusa che una patologia cerebrale focale possono esprimersi con disturbi cognitivi, entrambe le possibilità vanno sempre tenute in debita considerazione. Ancora a proposito di C9, l'incontinenza sfinterica (C8), sia essa o meno d'origine neurologica, non deve essere confusa con le alterazioni delle condotte sfinteriche, che possono caratterizzare un quadro di decadimento mentale, specie nelle sue fasi più avanzate.

C10. Rappresenta la categoria più numerosa ed eterogenea, che peraltro solo raramente implica una minaccia per l'incolumità o la vita del soggetto in quanto la stragrande maggioranza delle cefalee non è causata da patologia strutturale dell'encefalo.

A conclusione di questa rassegna - volutamente rapida e largamente incompleta, intesa soprattutto ad esemplificare alcune fra le eventualità più rappresentative - può essere utile soffermarsi sul *grado di specificità* delle varie manifestazioni elencate nella Tab. 1. Tale parametro, infatti, è molto variabile.

Infatti, mentre alcuni disturbi neurologici dipendono da una disfunzione primitiva del SNC, come ad es. un'emiparesi o una difficoltà nell'espressione o comprensione verbale o una crisi epilettica, altri spesso simili ne esprimono soltanto il coinvolgimento in corso di disfunzioni sistemiche, quali l'ipotensione arteriosa acuta (sincopi), l'ipoglicemia (crisi ipoglicemiche ed epilettiche sintomatiche), certe disonie e varie condizioni dimetaboliche (iperammoniemia, iperazotemia, etc.), disendocrine o tossiche.

Sempre a proposito di situazioni potenzialmente fuorvianti, può accadere che un medico specialista non neurologo debba confrontarsi con problemi che, apparentemente, sembrano di sua competenza come ad es. un annebbiamento della vista (per cui, comprensibilmente, il soggetto si rivolge all'oculista) oppure una difficoltà ad inghiottire o disfagia, per cui, in prima istanza, si consulta quasi sempre l'otorinolaringoiatra, salvo poi scoprire che il problema è di competenza neurologica.

Analogamente un disturbo visivo genericamente riferito come "visione annebbiata" potrebbe dipendere non già da cause tradizionalmente oftalmologiche, come un difetto di refrazione o di trasparenza dei mezzi diottrici o un'esoforia latente, bensì da situazioni che abitualmente competono al neurologo, come ad esempio:

- *un disallineamento degli assi dei globi oculari* (o strabismo) fluttuante e transitorio, non necessariamente in rapporto ad una determinata direzione dello sguardo e spesso culminante in uno sdoppiamento dell'immagine (*diplopia*), causato da una affaticabilità miastenica dei muscoli oculomotori. In questo caso il disturbo si risolve (temporaneamente) con il riposo e tende, peraltro, ad essere più frequente nella seconda metà della giornata rispetto al momento del risveglio (il contrario potrebbe accadere nelle forme più avanzate della malattia miastenica, a causa del "vuoto terapeutico" che può verificarsi durante la notte);
- *un'oftalmoparesi persistente* (a causa del deficit funzionale di uno o più muscoli oculomotori) con imperfetta fusione delle immagini, il cui effetto può essere responsabile di un semplice annebbiamento visivo o addirittura di una diplopia che si accentua in una determinata direzione dello sguardo, ma la cui insorgenza non presuppone un affaticamento dei muscoli oculomotori (come accade nella miastenia) e non trae giovamento dal riposo;
- *una calo della vista non correggibile con lenti*, che, a seconda dei casi può insorgere in maniera improvvisa o lentamente ingravescente, con possibilità o meno di remissione (parziale o totale) della sintomatologia;
- *un'amputazione del campo visivo* causata da una lesione delle vie ottiche o emianopsia, non necessariamente accompagnata da una riduzione dell'acuità visiva.

Questi ed altri esempi spiegano le non poche difficoltà ad orientarsi sul piano diagnostico, poiché uno stesso disturbo visivo può dipendere da patologie neurologiche anche molto dissimili (come la sclerosi multipla o la miastenia).

Analogamente può accadere che un soggetto accusi difficoltà nella deglutizione non attribuibile ad ostacoli meccanici o a deficit della peristalsi esofagea (come effettivamente accade nella maggioranza dei casi), bensì a causa di una patologia degenerativa motoneuronale bulbare (sclerosi laterale amiotrofica), di una paralisi pseudobulbare o di una patologia degenerativa muscolare (distrofia muscolare oculofaringea), solo per fare alcuni esempi.

In queste circostanze, un otorinolaringoiatra potrebbe avere difficoltà ad orientarsi in un ambito che non è di stretta competenza chirurgica, e non tenendo conto della possibilità che si tratti di una malattia neurologica, sottoponga il paziente ad indagini diagnostiche superflue o anche disagevoli.

Può anche succedere che un soggetto accusi formicolii e/o dolori arti inferiori e sia avviato ad un ortope-

dico (nel sospetto di una radicolopatia spondilogenetica) o a un chirurgo vascolare (nel dubbio che si tratti di un'insufficienza del circolo arterioso periferico, anche in assenza di *claudicatio intermittens*), mentre in realtà si tratta di una polineuropatia sensitiva.

Altre volte il problema diagnostico può essere ancora più intricato, in quanto il medico di base o il neurologo meno esperto possono optare per la soluzione più banale, trascurando eventualità sicuramente più improbabili, ma non per questo impossibili.

Ad esempio, di fronte ad un soggetto anziano con persistente riduzione dell'olfatto, l'ipotesi di una ipoanosmia secondaria ad una rinite cronica non ne esclude di per sé altre, come quella di una patologia neurodegenerativa parkinsoniana o demenziale in fase evolutiva, o anche di un più raro meningioma della doccia olfattoria.

Tornando all'elenco delle manifestazioni neurologiche più comuni e, più particolarmente, ai sospetti neurologici che potrebbero via via nascere raccogliendo l'anamnesi, è sempre consigliabile proporre metodicamente al malato e/o ai suoi congiunti l'intero questionario (Tab. 1), per recuperare informazioni che potrebbero essere state dimenticate o giudicate irrilevanti. In effetti una completa negatività delle risposte alle varie domande rende assai improbabile l'eventualità che i disturbi lamentati dal malato (e le relative misure da attuare al momento) alla fine si rivelino di pura competenza neurologica.

L'ESECUZIONE DELL'ESAME NEUROLOGICO (EN)

All'anamnesi fa seguito l'esame neurologico (EN) la cui corretta esecuzione, per la verità, richiederebbe una certa esperienza, possibilmente acquisita in una struttura specialistica (ambulatoriale o degenziale).

Ciò non di meno, alcuni rilievi semeiotici possono considerarsi alla portata del medico di base, come ad es. la valutazione della *forza muscolare*, sempre che l'eventuale deficit non sia di lieve entità; e la *coordinazione dei movimenti*, sempre che l'esaminatore non sia eccessivamente faticato.

Al contrario, una valutazione attendibile di: 1) eventuali disturbi della *sensibilità*; 2) alterazioni quantitative dei *riflessi* (aumento o diminuzione, senza mai dimenticare che esiste una marcata variabilità interindividuale) o una loro eventuale asimmetria; 3) alterazioni del *campo visivo*, tanto più che anche la valutazione dello stesso neurologo è quasi sempre approssimativa, essendo effettuata manualmente e non con un campimetro, deve considerarsi al di sopra della portata del medico di base, specie se si tratta di variazioni di modesta entità.

Questa impostazione necessariamente restrittiva vale anche per l'esplorazione funzionale dei nervi cranici, a

meno che non si tratti di grossolane asimmetrie della rima palpebrale o della rima orale. A questo proposito, fra l'altro, bisognerebbe essere in grado di stabilire se si tratta di un eccesso oppure di un difetto d'innervazione della muscolatura in esame (almeno per quanto concerne la muscolatura del volto), poichè l'occhio potrebbe essere chiuso (o semi-chiuso) per un eccesso di funzione dell'orbicolare o per un difetto di funzione dell'elevatore della palpebra superiore; analogamente, l'elevazione e l'abbassamento di un angolo della rima orale potrebbero dipendere rispettivamente da un eccesso oppure da un difetto di funzione dei muscoli facciali responsabili dell'elevazione dell'angolo della bocca.

Ancora più ardua deve considerarsi la valutazione delle *funzioni simboliche*, fra cui la più importante sul piano pratico è sicuramente il linguaggio parlato, le cui alterazioni non devono essere confuse - anche se in certi casi distinguere è tutt'altro che semplice - con quelle dell'articolazione della parola, che a differenza del linguaggio parlato, ne costituisce soltanto la complessa traduzione motoria finale.

A proposito del linguaggio, va ricordato che nella stragrande maggioranza della popolazione destrimane esiste uno stretto rapporto fra la *preferenza manuale* (di cui bisogna sempre chiedere notizia nel momento in cui si raccoglie l'anamnesi fisiologica) e la *dominanza emisferica* per il linguaggio, la cui lateralizzazione è notoriamente di cruciale importanza per un'eventuale valutazione neurochirurgica preoperatoria.

Classicamente si ritiene che in circa il 99% dei destrimani (che, costituiscono la maggioranza della popolazione) l'emisfero dominante per il linguaggio sia il sinistro, per cui si assume che un disturbo del linguaggio, specie se isolato, rappresenti un indizio affidabile per risalire alla sede o, quanto meno, al lato del danno cerebrale. Questa regola, peraltro, non include i mancini corretti, oggi per la verità sempre più rari.

Anche la valutazione del *trofismo muscolare* merita un commento, poichè in presenza di un eccesso o un difetto del pannicolo adiposo sottocutaneo, come avviene rispettivamente nell'obesità e nella cachessia, la reale entità di un'eventuale ipotrofia potrebbe essere sottostimata nel primo caso e sovrastimata nel secondo. Conseguentemente sarà opportuno tener conto non solo dell'apparente volume della massa muscolare, ma anche della forza che il soggetto è in grado di sviluppare sotto sforzo massimale.

La presenza di *movimenti involontari patologici* non dovrebbe comunque sfuggire all'osservazione del medico di base, anche se la loro corretta classificazione meriterebbe conferma specialistica nei casi meno tipici e paradigmatici. Lo stesso vale per le *fascicolazioni*, di cui peraltro va ricordato che possono anche essere prive di significato patologico.

Infine, la valutazione oftalmoscopica del fondo oculare (retina, vasi, colore e forma della papilla ottica) per identificare emorragie, occlusioni vasali, segni di ipertensione arteriosa, atrofia ottica o papilledema, può avere valore solo a condizione che l'esaminatore abbia acquisito dimestichezza con la tecnica di esplorazione e sufficiente esperienza sulle manifestazioni oculari queste importanti patologie.

VALUTAZIONE DEI DATI ANAMNESTICI ED OBIETTIVI

La valutazione anamnestico-clinica di un disturbo neurologico spesso comporta livelli di complessità tali, sia sul piano esecutivo che interpretativo, da richiedere una preparazione da parte dell'esaminatore che mediamente supera quella del medico di base o dello specializzando in neurologia dei primi anni, data la vastità di conoscenze che l'attuale neurologia richiede, e la necessità di essere aggiornati sulle linee guida e le classificazioni nosografiche più recenti.

Ne consegue che le competenze del medico anche più preparato permettono di eseguire e di interpretare correttamente, in base all'anamnesi raccolta, solo le parti meno complesse dell'EN standard per trarne un primo cauto orientamento, senza azzardare conclusioni premature.

Tipico è il caso piuttosto comune di una crisi di perdita di coscienza occorsa in un soggetto privo di antecedenti e con obiettività neurologica negativa, che potrebbe essere considerata e trattata come di natura epilettica (o sincopale) prima di conferme EEG. LO stesso vale per un episodio di intensa ed inusuale cefalea in un soggetto con lunga storia emicranica ma neurologicamente normale, che potrebbe essere interpretato quale espressione dell'abituale disturbo anziché segno premonitore di una pendente emorragia subaracnoidea, o al contrario, di un'incipiente occlusione arteriosa (ad es. nella trombosi o dissecazione dell'arteria carotide interna al collo, o nella trombosi dell'oftalmica nel caso di un'arterite gigantocellulare).

Le conseguenze derivanti da valutazioni incomplete o superficiali e da relative omissioni possono essere molteplici. Anche nel caso più favorevole di un orientamento neurologico errato privo di impatto negativo sulla salute fisica della persona, ne possono derivare ritardi diagnostici, esami ingiustificati (o sollecitati dallo stesso assistito), inizio di terapie inappropriate, e talora drammi psicologici anche solo per un vago accenno alla possibilità di condizioni o malattie notoriamente temibili. Basti pensare al caso non del tutto infrequente delle fascicolazioni benigne localizzate in certi distretti muscolari, la cui sola osservazione, disgiunta da una valutazione semeiotica approfondita ed indagini elettrofisiologiche mirate, può portare ad interpretazioni premature lasciando spazio alla possibilità di una ma-

lattia motoneuronale neurodegenerativa in fase iniziale (sclerosi laterale amiotrofica), quando invece si tratta di fascicolazioni "benigne".

Un motivo di cautela non meno importante è costituito dal fatto che non pochi quadri neurologici si presentano inizialmente mono- o paucisintomatici, con obiettività neurologica apparentemente normale o non significativa, per aggravarsi o complicarsi successivamente a sorpresa in modo più o meno rapido, come ad es. nel caso di un'amaurosi transitoria da subocclusione dell'arteria carotide interna preludente ad un ictus ischemico, o da ipertensione intracranica idiopatica preludente ad una perdita rapida ed irreversibile del visus, o nel caso di modeste parestesie ai piedi, preludenti al progressivo instaurarsi di un grave deficit sensitivo-motorio dagli arti inferiori a quelli superiori e al tronco, come tipicamente si verifica nella poliradiculoneuropatia acuta di Guillain-Barré. In questi casi, il valore del sintomo quale segnale di allarme supera ampiamente quello dei rilievi neurologici raccolti, spesso modesti o negativi, e se correttamente recepito, permette di decidere il ricovero in ambiente d'emergenza o specialistico.

Sul piano pratico, si pone il questo su quanto tempo il medico di base dovrebbe dedicare all'esecuzione dell'EN, pur nei limiti precedentemente illustrati.

A maggior ragione, la stessa domanda vale da tempo per lo specialista neurologo, poiché l'attuale disponibilità di neuroimmagini strutturali sempre più sofisticate (soprattutto TC ed RM dell'encefalo-midollo spinale e correlate indagini angiografiche) ha di fatto posto in discussione l'importanza della semeiotica neurologica, basata essenzialmente sulle correlazioni fra evidenze cliniche e neuropatologico-autoptiche, queste ultime ormai in gran parte soppiantate dalle neuroimmagini strutturali.

Tuttavia, se è vero che la semeiotica neurologica di un tempo, priva di alternative, vantava una sensibilità e specificità diagnostica in realtà più presunta che reale, è altrettanto vero che l'attuale diagnostica strutturale non può farne a meno, sia per orientare il neuroradiologo in base a precisi quesiti, sia per valutare i risultati ottenuti e trarne una conclusione clinica ragionata.

DURATA DELL'EN

Non considerando il tempo richiesto per la raccolta dell'anamnesi, la durata di un esame neurologico standard in un soggetto collaborante difficilmente è inferiore all'ora, specie nel caso di soggetti con anamnesi completamente negativa in cui è necessario procedere a tappeto per escludere alterazioni della varie funzioni direttamente esplorabili.

Considerando che la visita di un soggetto da parte del proprio medico di famiglia include anamnesi ed EOG, la

quota destinata ad eventuali rilievi neurologici non dovrebbe richiedere, a buon senso, più di un quarto d'ora, sempre che emergano motivazioni neurologiche anamnestiche tali da richiederlo.

In questo caso, anche se l'EN risultasse negativo, ogni fondato sospetto che il disturbo riferito dall'assistito possa essere di natura neurologica giustifica la richiesta di un suo controllo neurologico ambulatoriale o presso appositi Centri qualificati.

Concludendo, il contributo diagnostico del medico di medicina generale di fronte ad un possibile caso neurologico dovrebbe privilegiare maggiormente la valutazione degli elementi anamnestici raccolti rispetto ai dati emersi dall'EN, in cui fra l'altro, è sempre possibile prendere qualche abbaglio.

ESAME NEUROLOGICO E DIAGNOSTICA STRUMENTALE

Come si è detto precedentemente, esiste una cospicua percentuale di casi sicuramente neurologici in cui l'obiettività clinica può risultare assolutamente negativa.

Ciò vale anzitutto nel caso di una sintomatologia abitualmente transitoria e di natura puramente funzionale (crisi epilettiche, sincopali, aura emicranica, TIA, etc.), fermo restando che la normalità dell'EN di per sé non esclude l'esistenza di una lesione cerebrale.

Infatti, il riscontro autoptico di lesioni del SNC asintomatiche focali o disseminate in soggetti deceduti per motivi accidentali ha trovato successivamente molte conferme dal riscontro di analoghe lesioni clinicamente silenti, note sotto l'acronimo RIS (*Radiologically Isolates Syndrome*), scoperte casualmente nel corso di esami strutturali TC-RM effettuati per tutt'altro scopo (ad es. in seguito a banali traumi cranici, o per fini medico-legali).

Ciò solleva il problema ancor oggi dibattuto se esistono aree cerebrali realmente "mute", o se si tratti piuttosto di una limitata capacità della semeiotica neurologica tradizionale a suggerirne la presenza.

Al contrario, un EN alterato depone sempre per la presenza di una sofferenza focale o diffusa del sistema nervoso centrale, periferico o autonomo, quale esito di lesioni pregresse o in atto.

Esecuzione dell'EN – Prevede anzitutto la valutazione dello stato di coscienza e, successivamente, dell'equilibrio e della marcia, sempre che il soggetto non sia obbligato a letto. Si procederà quindi all'esame del settore cranico, degli arti superiori, del tronco e degli arti inferiori, con particolare riferimento alla motilità, alla sensibilità ed alle funzioni nervose superiori secondo le indicazioni previste nei rispettivi Capitoli.

Scopo principale dell'anamnesi e dell'EN è accertare semeioticamente il livello e la sede della lesione responsabile di una sintomatologia clinica (diagnosi anatomo-topografica), e possibilmente orientare sulla sua natura (diagnosi anatomo-patologica presuntiva).

Nonostante tali obiettivi siano molto più efficacemente raggiunti dalle moderne indagini strumentali, l'esplorazione neurologica rimane in ogni caso fondamentale non soltanto per impostare l'iter diagnostico-terapeutico successivo, ma anche per controllare in qualunque momento la stabilità o evolutività del quadro neurologico iniziale.

La strategia potrà notevolmente variare a seconda che gli elementi clinici depongano per un interessamento del SNC, SNP o dei muscoli. Nel primo caso, infatti, ci si orienterà su indagini atte ad esplorare l'encefalo ed i suoi grossi vasi (TC, RM, EEG, ecoDoppler) ed eventualmente la pressione e la composizione del liquido cerebrospinale (liquor) e lo stato di efficienza mentale (esame neuropsicologico), mentre negli altri due è prevalentemente indicata l'esplorazione elettrofisiologica funzionale (elettromiografia, elettroencefalografia, in particolare), riservando a casi selezionati la diagnostica neuromuscolare per immagini (ultrasonografica, TC ed RM) e la biopsia di nervo o muscolo.

Va infine considerato un ultimo problema riguardante il significato dei dati anamnestici, che si pone quando la sintomatologia riferita dal soggetto appare chiaramente collegabile ad un "guadagno consapevole" (fenomeni di *simulazione*) o "inconsapevole" (fenomeni di *conversione*) da parte del soggetto. In tal caso converrà consultare, oltre al neurologo, anche lo psichiatra, ed eventualmente il medico legale.

Prima di concludere questa rassegna preliminare, occorre ricordare che in mancanza di un'obiettività neurologica bisogna sempre valorizzare al massimo i sintomi del malato (cefalea, dolori, parestesie, paracusie, vertigini, diplopia, etc.), la loro topografia (unilaterale o bilaterale, prossimale o distale, periferica o radicolare, spontanea o provocata, e così via) ed infine la loro evoluzione temporale, per tutti i suggerimenti diagnostici e le indicazioni decisionali che a volte solo questi parametri possono offrire.

Alcuni esempi possono essere utili per la scelta della strategia diagnostica strumentale da adottare in rapporto ai dati clinici, ed in particolare:

- se le caratteristiche della sintomatologia depongono per un *danno del SNC* (ad es. parestesie distribuite su un intero emicorpo, emiparesi, etc.), le indagini paracliniche più pertinenti sono le neuroimmagini, mentre nelle epilessie e nei disturbi del sonno la diagnosi rimane basata sui criteri clinico-EEG o poligrafici;

- se invece esiste il sospetto di un *danno del SNP* (ad es. ipoestesia con parestesie ai quattro arti a distribuzione distale e margini prossimali sfumati, gli esami paraclinici consigliabili sono di tipo prevalentemente funzionale (EMG, ENG). Altri esempi, non meno suggestivi, saranno riportati successivamente nei rispettivi capitoli.

CONCLUSIONE

La raccolta di un'anamnesi neurologica (così come l'esecuzione di un esame neurologico) spesso pone il medico di fronte a dilemmi non facili, anche in considerazione del fatto che può trattarsi di problematiche che non fanno parte del suo normale patrimonio di conoscenze. Ancora una volta, quindi, egli deve farsi soccorrere, oltre che dalla propria cultura, anche dal proprio buon senso, soprattutto evitando di sottovalutare situa-

zioni inconsuete, ma non per questo banali, e comunque sicuramente meritevoli di approfondimento.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Hopkins, A. (1989). "Lessons for neurologists from the United Kingdom Third National Morbidity Survey." *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 52(4): 430-3.
- Morrow, J. I. and V. H. Patterson (1987). "The neurological practice of a district general hospital." *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 50(11): 1397-401.

TESTI DI RIFERIMENTO

- Campbell, W. W. (2005). *DeJong's The neurologic examination*. Philadelphia, PA, Lippincott Williams & Wilkins.
- Hopkins, A. (1993). *Clinical neurology: a modern approach*. Oxford; New York, Oxford University Press.