

1

ΒΑΣΙΚΗ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Στόχος της κλινικής εξέτασης είναι η αποκάλυψη εστιακής, πολυεστιακής ή διάχυτης νευρολογικής σημειολογίας επιβεβαιώνοντας ή μη τη συμπτωματολογία του ασθενή. Η κλινική εξέταση αρχίζει από τη λήψη του ιστορικού και την παρατήρηση του ασθενή που μπορεί να αποκαλύψει διαταραχή της ομιλίας, της νοητικής ικανότητας, της έκφρασης και συμμετρίας του προσώπου του ή την εμφάνιση ακούσιας κινητικότητας.

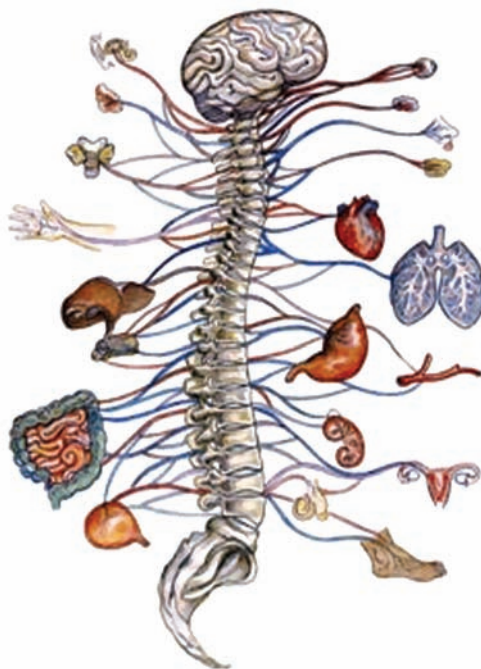
Τα συνηθέστερα νευρολογικά συμπτώματα και νοσήματα που αντιμετωπίζει ο νευρολόγος στην καθημερινή του πράξη είναι: η κεφαλαλγία και η προσωπαλγία, η απώλεια της συνείδησης και η επιληψία, η διαταραχή των περιφερικών νευρών και των ριζών, τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, η σκλήρυνση κατά πλάκας, η νόσος του Πάρκινσον και οι κινητικές διαταραχές, η άνοια, η ζάλη και ο ίλιγγος και διάφορα ψυχολογικά συμπτώματα.

ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

Κατά τη λήψη του ιστορικού τα νευρολογικά συμπτώματα που περιγράφει ο ασθενής μπορεί να αναφέρονται σε οποιοδήποτε όργανο του σώματος, όπως π.χ. στο δέρμα (μυδιάσματα), στα αισθητήρια όργανα (θάμβος όρασης, βαρηκοΐα), ανώτερο γαστρεντερικό (δυσκαταποσία, έμετος), ουροποιητικό (δυσουρία), ή σε λειτουργίες, όπως π.χ. στην επικοινωνία (δυσκολία ομιλίας), στην κίνησή του (αδυναμία, αστάθεια), στη διαταραχή του επιπέδου της συ-

νείδησης (λιποθυμία, επιληψία). Αυτό συμβαίνει γιατί όλα τα όργανα του σώματος συνδέονται με τον εγκέφαλο και οι λειτουργίες τους αναγνωρίζονται ή εκτελούνται από τον εγκέφαλο (εικ. 1.1).

Εάν λοιπόν στον άξονα όργανο-οδός-εγκέφαλος υπάρχει διαταραχή, ο τελικός αποδέκτης που είναι το όργανο θα υπολειμματούργησει ή θα υπερλειμματούργησει, θα έχουμε δηλαδή υπολειμματικά συμπτώματα σε καταστροφική



Εικόνα 1.1. Οι συνδέσεις του εγκεφάλου με όλα τα όργανα σε σχηματική παράσταση.

βλάβη και παραγωγικά συμπτώματα σε ερεθιστική βλάβη. Έτσι, όταν η κινητική περιοχή του μετωπιαίου λοβού ερεθίζεται, στο αντίθετο πλάγιο του σώματος εμφανίζονται τονικοκλονικές κινήσεις (εστιακή επιληπτική κρίση), ενώ αντίθετα, όταν η περιοχή αυτή καταστρέφεται, εμφανίζεται μυϊκή αδυναμία (πυραμιδική συνδρομή).

Όταν στον ινιακό λοβό εμφανίζεται ερεθιστική δραστηριότητα (ημικρανία), ο ασθενής περιγράφει φωτεινές παροξυντικές λάμπσεις, ενώ, όταν η βλάβη του ινιακού λοβού δρά καταστροφικά, υπάρχει έκπτωση του αντίστοιχου οπτικού πεδίου. Αντίστοιχα παραγωγικά ή υπολειμματικά συμπτώματα παρατηρούνται και στο περιφερικό νευρικό σύστημα. Ερεθισμός του ωλενίου νεύρου στον αγκώνα θα προκαλέσει παροξυντικό μούδιασμα στο μικρό και παράμεσο δάκτυλο, ενώ, όταν η βλάβη είναι ικανή να προκαλέσει καταστροφή του νεύρου, στην περιοχή της κατανομής του χάνεται η αισθητικότητα και η κινητικότητα.

Ακούγοντας λοιπόν τον ασθενή να περιγράφει τα συμπτώματά του ο εξεταστής προσπαθεί να προσδιορίσει εάν αυτά αναφέρονται στο όργανο, στην οδό ή στο κεντρικό νευρικό σύστημα.

Έτσι, εάν ο ασθενής περιγράφει δυσκαταποσία και δυσφωνία, η βλάβη πιθανολογείται να μην εντοπίζεται στο φάρυγγα και λάρυγγα, αλλά στην κοινή νεύρωση των δύο οργάνων από το γλωσσοφαρυγγικό και πνευμονογαστρικό νεύρο (περιφερικό νευρικό σύστημα), ή στην πυραμιδική οδό και τον κινητικό φλοιό αμφοτερόπλευρα (κεντρικό νευρικό σύστημα).

Εάν ο ασθενής αναφέρει κεφαλαλγία, διαταραχή όρασης και εύκολο ρουκετοειδή έμετο, πιθανολογείται εγκεφαλική βλάβη (αυξημένη ενδοκράνια πίεση) και όχι γαστρεντερική διαταραχή.

Εάν ο ασθενής περιγράφει δυσκολία στο βάδισμα και διαταραχή ούρησης, η αρχική υπόθεση είναι ότι η βλάβη εντοπίζεται στο νωτιαίο

μυελό, στη νευρική οδό της ούρησης και όχι στο όργανο. Μπορεί λοιπόν ο εξεταστής ακούγοντας τον ασθενή να υποθέσει την αρχική ανατομική εντόπιση στο κεντρικό νευρικό σύστημα (Κ.Ν.Σ.) ή στο περιφερικό νευρικό σύστημα (Π.Ν.Σ.). Με την κλινική νευρολογική εξέταση επιβεβαιώνει ή απορρίπτει την αρχική του υπόθεση και κυρίως προσδιορίζει το επίπεδο της βλάβης.

Έτσι, εάν το σύμπτωμα του ασθενή είναι αδυναμία στο δεξιό κάτω άκρο και στη νευρολογική κλινική εξέταση παρατηρούνται ζωηρά τερόνια αντανάκλαστικά και παθολογικά αντανακλαστικά (σημείο Babinski) στο πάσχον άκρο, η βλάβη εντοπίζεται στο Κ.Ν.Σ., είτε στον κινητικό φλοιό στην έσω επιφάνεια του μετωπιαίου λοβού, γιατί δε συμμετέχει το άνω άκρο, ή στο νωτιαίο μυελό. Στο υποθετικό ερώτημα εάν το επίπεδο της βλάβης βρίσκεται στον εγκέφαλο ή στο νωτιαίο μυελό, η κλινική εξέταση θα θέσει την τελική ανατομική εντοπιστική διάγνωση.

Τον προσδιορισμό του επιπέδου της βλάβης, την ανατομική δηλαδή διάγνωση, ακολουθεί ο προσδιορισμός της ποιότητας της βλάβης, η κλινική δηλαδή διάγνωση. Καθοριστικά είναι τα στοιχεία του ιστορικού που δίνει ο ασθενής ή και το περιβάλλον του, για την έναρξη των συμπτωμάτων, για την πορεία τους, για προηγούμενες παθολογικές καταστάσεις ή κληρονομικά νοσήματα.

Εάν η έναρξη των συμπτωμάτων είναι αιφνίδια, εάν συνυπάρχουν προδιαθετικοί παράγοντες για αγγειακή νόσο και η ανατομική διάγνωση είναι στο εγκεφαλικό ημισφαίριο, τότε η πιθανή κλινική διάγνωση είναι αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Εάν η έναρξη των συμπτωμάτων είναι βραδεία και προϊούσα, η ανατομική διάγνωση είναι στο εγκεφαλικό ημισφαίριο, εάν προηγήθηκαν των υπολειμματικών νευρολογικών συμπτωμάτων παροξυντικά ερεθιστικά συμπτώματα, δηλαδή εστιακές επιληπτικές

κρίσεις, τότε η πιθανή κλινική διάγνωση είναι χωροκατακτητική εξεργασία.

Εάν ο ασθενής είναι νεαρής ηλικίας και τα αναφερόμενα συμπτώματα εμφανίζονται με εξάρσεις και υφέσεις, εάν παρατηρείται αυτόματα ενίοτε βελτίωση και η ανατομική διάγνωση είναι στα εγκεφαλικά ημισφαίρια, στην παρεγκεφαλίδα, και στο νωτιαίο μυελό, τότε η πιθανή κλινική διάγνωση είναι απομυελινωτική νόσος (σκλήρυνση κατά πλάκας).

Η ανατομική διάγνωση και η πιθανολόγηση της κλινικής διάγνωσης θα καθορίσουν και τον απαραίτητο παρακλινικό έλεγχο που θα απαιτηθεί για την τελική διάγνωση του ασθενή. Έτσι για πιθανολογούμενη παροξυστική διαταραχή του Κ.Ν.Σ. το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα είναι η πρώτη επιλογή. Η κλινικά ύποπτη αισθητική ή κινητική βλάβη του περιφερικού νευρικού συστήματος θα επιβεβαιωθεί ή θα απορριφθεί με το νευροφυσιολογικό έλεγχο (ηλεκτρονευρογράφημα, ηλεκτρομυογράφημα).

Ο απεικονιστικός έλεγχος του εγκεφάλου και του νωτιαίου μυελού με την αξονική και μαγνητική τομογραφία ή και με λειτουργικότερες απεικονιστικές μεθόδους, όπως είναι το σπινθηρογράφημα και η τομογραφία ποζιτρονίων, θα εντοπίσει τη θέση της βλάβης δίδοντας παράλληλα και σημαντικές πληροφορίες για τη δομή της. Όταν η κλινική διάγνωση απαιτήσει έλεγχο των αγγείων, ακριβείς πληροφορίες δίνονται με τον υπερηχογραφικό ή αγγειογραφικό έλεγχο, ενώ για τις λοιμώξεις του Κ.Ν.Σ. ή ενίοτε για απομυελινωτικά ή εκφυλιστικά νοσήματα ο βιοχημικός έλεγχος του εγκεφαλονωτιαίου υγρού αποτελεί τη χρησιμότερη παρακλινική εξέταση. Σπανιότερα, επί αδυναμίας να τεθεί η διάγνωση κλινικά και παρακλινικά, η βιοψία του εγκεφάλου, η μυϊκή βιοψία και ιδιαίτερα σπάνια η βιοψία του νεύρου χρησιμοποιούνται για την τελική διάγνωση. Τίθεται έτσι και η εργαστηριακή διάγνωση, για να ενισχύσει κύρια και επί ιδιαίτερα ισχυρών

ενδείξεων να αναθεωρήσει την κλινική διάγνωση ώστε να τεθεί η τελική διάγνωση.

Προσέγγιση του ασθενή

Λήψη ιστορικού



Συμπτώματα



Υπόθεση

↓ κλινική εξέταση

Εντοπιστική διάγνωση

↓ στοιχεία ιστορικού

Κλινική διάγνωση

↓ παρακλινικές εξετάσεις

Τελική διάγνωση



Η λογική της προσέγγισης αυτής του νευρολογικού ασθενή δε βασίζεται στην ανάγκη να προσδιορισθεί τι μπορεί να έχει ο ασθενής που περιγράφει τα συμπτώματά του, αλλά στην ανάγκη να αποκαλυφθεί συντομότερα, οικονομικότερα και ασφαλέστερα τι πιθανότατα έχει, και συνεπώς στην αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση του προβλήματός του.

ΕΞΕΤΑΣΗ ΤΟΥ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΣΥΝΕΙΔΗΣΕΩΣ

Ο ασθενής είναι σε φυσιολογική συνείδηση, όταν είναι προσανατολισμένος στα στοιχεία του εαυτού του, στο χρόνο και στο περιβάλλον που βρίσκεται.

ΕΞΕΤΑΣΗ ΤΩΝ ΚΡΑΝΙΑΚΩΝ ΝΕΥΡΩΝ

Οσφρητικό νεύρο (I)

Εξετάζεται η ικανότητα αναγνώρισης οσφρητικού ερεθίσματος σε κάθε ρουθούνι χωριστά με τα μάτια του ασθενή κλειστά.

Οπτικό νεύρο (II)

Εξετάζεται η οπτική οξύτητα, τα οπτικά πεδία, η άμεση και έμμεση αντίδραση των κορών στο φως. Με την οφθαλμοσκόπηση ελέγχεται ο βυ-

θός του οφθαλμού για την ύπαρξη οιδήματος της θηλής, αιμορραγιών στον αμφιβληστροειδή ή οπτικής ατροφίας.

Κοινό κινητικό νεύρο (III)

Εξετάζεται η κινητικότητα των οφθαλμών προς τα άνω, κάτω, έσω, η σύγκλιση των οφθαλμών, η ανύψωση του βλεφάρου και η άμεση αντίδραση της κόρης στο φως.

Τροχιακό νεύρο (IV)

Εξετάζεται η κινητικότητα των οφθαλμών προς τα κάτω και έσω.

Τρίδυμο νεύρο (V)

Εξετάζεται η ικανότητα του ανοίγματος και κλεισίματος της κάτω σιαγόνας και η αισθητικότητα του προσώπου.

Απαγωγό νεύρο (VI)

Εξετάζεται η κινητικότητα των οφθαλμών προς τα έξω.

Προσωπικό νεύρο (VII)

Εξετάζεται η ικανότητα ρυτίδωσης του μετώπου, του σφιγκτήρα των βλεφάρων και του σφιγκτήρα του στόματος.

Ακουστικό νεύρο (VIII)

Εξετάζεται η ικανότητα ακοής και ισορροπίας.

Γλωσσοφαρυγγικό νεύρο (IX)

Εξετάζεται με γλωσσοπίεστρο η αισθητικότητα του επιφάρυγγα και το αντανακλαστικό του εμέτου.

Πνευμονογαστρικό νεύρο (X)

Εξετάζεται η κινητικότητα του επιφάρυγγα, το αντανακλαστικό του εμέτου και έμμεσα από την ομιλία η κινητικότητα των φωνητικών χορδών.

Παραπληρωματικό νεύρο (XI)

Εξετάζεται η κινητικότητα του ώμου, η ανύψωση του αντιβραχίου πάνω από τις 90° και η πλάγια στροφή της κεφαλής.

Υπογλώσσιο νεύρο (XII)

Εξετάζεται η προβολή της γλώσσας προς τα έξω του στόματος.

ΕΞΕΤΑΣΗ ΤΩΝ ΑΚΡΩΝ

Μυϊκή ισχύς

Ελέγχονται τα δύο μέλη στο σύνολό τους με την πρότασή τους έναντι της βαρύτητας (δοκιμασία Barré). Με προβολή αντίστασης ελέγχονται οι κεντρικές και περιφερικές μυϊκές ομάδες του κάθε μέλους χωριστά. Μυϊκή αδυναμία στο σύνολο ενός μέλους πιθανολογεί βλάβη του κεντρικού κινητικού νευρώνα (πυραμιδική οδός), ενώ μυϊκή αδυναμία σε μυϊκές ομάδες του ίδιου μέλους πιθανολογεί βλάβη του περιφερικού κινητικού νευρώνα.

Μυϊκός τόνος

Αυξημένος μυϊκός τόνος υποδηλώνει πυραμιδική ή εξωπυραμιδική βλάβη. Μυϊκός τόνος αυξημένος στους καμπτήρες μύες των άκρων (σημείο του σουγιά) παρατηρείται σε πυραμιδική βλάβη (σπαστικότητα). Αυξημένος μυϊκός τόνος σε καμπτήρες και εκτείνοντες μύες (σημεία του οδοντωτού τροχού) απαντάται σε εξωπυραμιδική βλάβη (υπερτονία). Ελαττωμένος μυϊκός τόνος παρατηρείται σε παρεγκεφαλιδική βλάβη (υποτονία).

Μυϊκή ατροφία

Υποδηλώνει χρόνια πυραμιδική βλάβη. Επιλεκτική ατροφία μυϊκών ομάδων ενός μέλους παρατηρείται πρώιμα σε βλάβη του περιφερικού κινητικού νευρώνα κυρίως στο επίπεδο των ριζών, των νεύρων ή των προσθίων κεράτων.

Δεσμιδώσεις

Εμφάνιση συσπάσεων μυϊκών δεσμιδίων, αυτόματα ή με πλήξη, παρατηρείται σε βλάβη του περιφερικού κινητικού νευρώνα, συνηθέστερα στο επίπεδο των προσθίων κεράτων.

Τενόντια αντανακλαστικά

Τα τενόντια αντανακλαστικά εκλύονται με έμμεση ή άμεση πλήξη του τένοντα.

Άμεση πλήξη

- Τρικεφαλικό (A_7 - A_8 ρίζες, κερκιδικό νεύρο)
- Βραχιονοκερκιδικό (A_6 ρίζα, κερκιδικό νεύρο)
- Επιγονάτιο (O_2 - O_4 ρίζες, μηριαίο νεύρο)
- Αχίλλειο (I_1 - I_2 ρίζες, οπίσθιο κνημιαίο νεύρο)

Έμμεση πλήξη

- Δικεφαλικό αντανακλαστικό (A_5 - A_6 ρίζες, μυοδερματικό νεύρο)



Ζωηρά τενόντια αντανακλαστικά παρατηρούνται σε πυραμιδική βλάβη και σε αγχώδεις ασθενείς.

Μειωμένα ή κατηρηγμένα αντανακλαστικά παρατηρούνται σε προσβολή των αντίστοιχων ριζών ή νευρών ή της αισθητικής οδού.

Κοιλιακά αντανακλαστικά

Παράγονται με ερεθισμό της κοιλιακής χώρας από την περιφέρεια προς τον ομφαλό στα μυελοτόμια Θ_9 , Θ_{10} , Θ_{11} . Καταργούνται σε βλάβη της πυραμιδικής οδού και σε παχύσαρκα άτομα.

Παθολογικά αντανακλαστικά

- **Σημείο Babinski:** είναι η ραχιαία έκταση του μεγάλου δακτύλου του άκρου ποδός και η πελματιαία κάμψη των λοιπών δακτύλων με τον ερεθισμό του πέλματος ή του έξω χείλους του άκρου ποδός. Η εμφάνισή του υποδηλώνει πυραμιδική βλάβη
- **Σημείο Hoffman:** είναι η παλαμιαία κάμψη των δακτύλων της άκρας χειρός με την πίεση του όνυχα του μέσου δακτύλου, και υποδηλώνει πυραμιδική βλάβη. Επειδή όμως παράγεται και σε αγχώδεις καταστάσεις, σημασία έχει η ετερόπλευρη εμφάνισή του
- **Φλοιοπρομηκικά αντανακλαστικά:** είναι η

σύσπαση του σφιγκτήρα του στόματος με την πλήξη της άνω γνάθου και η σύσπαση του μαστήρα με την πλήξη της κάτω γνάθου. Η εμφάνισή τους υποδηλώνει αμφοτερόπλευρη πυραμιδική βλάβη ή έντονη αγχώδη κατάσταση

- **Πρωτόγωνα αντανακλαστικά:** είναι της απομύζησης, που προκαλείται με τον ερεθισμό της στοματικής περιοχής και της συλλήψεως, που προκαλείται με τον ερεθισμό της παλάμης. Η εμφάνισή τους υποδηλώνει αμφοτερόπλευρη μετωπιαία βλάβη η οποία προκαλεί και νοητική έκπτωση.

Συνέργεια

Με τη δοκιμασία “δείκτης-μύτη” και “πτέρνη-γόνατο” ελέγχονται τα ημισφαιρία της παρεγκεφαλίδας που συντονίζουν τους μύες των άκρων, έτσι ώστε να επιτυγχάνεται με τον δείκτη και την πτέρνα ο στόχος της μύτης και του γόνατος αντίστοιχα. Με τον έλεγχο της ισοροπίας σε όρθια θέση ελέγχεται ο σκώληκας της παρεγκεφαλίδας που συντονίζει τους μύες του κορμού.

Σε αντίθεση με την πυραμιδική σημειολογία που εμφανίζεται στο αντίθετο της ημισφαιρικής βλάβης πλάγιο, η παρεγκεφαλιδική σημειολογία παρατηρείται ομόπλευρα της παρεγκεφαλιδικής βλάβης.

ΕΞΕΤΑΣΗ ΤΗΣ ΑΙΣΘΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

Επιπολής αισθητικότητα

Η επιπολής αισθητικότητα ελέγχεται με την ικανότητα αντίληψης ερεθισμάτων αδράς αφής και πόνου στα άκρα και τον κορμό. Η έκπτωσή της προσδιορίζει και το επίπεδο της βλάβης στο κεντρικό ή περιφερικό νευρικό σύστημα. Τα τενόντια αντανακλαστικά στην περιοχή της αισθητικής κάλυψης είναι μειωμένα ή καταργημένα.

Εν τω βάθει αισθητικότητα

Η εν τω βάθει αισθητικότητα ελέγχεται με την

ικανότητα προσδιορισμού της θέσης των μελών στο χώρο με τα μάτια κλειστά, καθώς και με την αντίληψη των δονήσεων του διαπασών. Η διαταραχή της εν τω βάθει αισθητικότητας στα άνω άκρα δυσκολεύει τη λειτουργικότητά τους, παρά την αντιρρόπισή της από τους οφθαλμούς. Η βάδιση επίσης δυσκολεύεται ιδιαίτερα κατά τις νυκτερινές ώρες.

Συνδυασμένη αισθητικότητα

Η συνδυασμένη αισθητικότητα ελέγχεται με την ικανότητα αναγνώρισης αντικειμένων χωρίς οπτική επαφή. Η λειτουργία αυτή αντιπροσωπεύεται στον αντίθετο του άνω άκρου βρεγματικό λοβό και η αναγνώριση των αντικειμένων επιτυγχάνεται με το συνδυασμό της επιπολής αισθητικότητας (αφή αντικειμένου) και της εν τω βάθει αισθητικότητας (σχήμα αντικειμένου). Απαραίτητη προϋπόθεση είναι η διατήρηση ικανού βαθμού ακεραιότητας των οδών των δύο αυτών μορφών αισθητικότητας στο άνω άκρο. Η διαταραγμένη συνδυασμένη αισθητικότητα προσδιορίζει τη βλάβη στον αντίθετο βρεγματικό λοβό (στερεο-αγνώσια).

ΕΞΕΤΑΣΗ ΤΟΥ ΛΟΓΟΥ

Ελέγχεται η ικανότητα άρθρωσης του λόγου με την επανάληψη λέξεων προοδευτικού βαθμού δυσκολίας (μαμά, καλά, καλύτερα, σιδηρόδρομος, κ.ο.κ.), η ικανότητα αντίληψης του λόγου με την εκτέλεση εντολών (σήκωσε το χέρι, με το αριστερό χέρι πιάσε το αυτί, κ.ο.κ.), και η ικανότητα κατονομασίας με την επίδειξη αντικειμένων (ρολόι, λεπτοδείκτες, κ.ο.κ.).

Αδυναμία άρθρωσης του λόγου προσδιορίζει τη βλάβη στο μετωπιαίο λοβό του επικρατητικού ημισφαιρίου στην περιοχή Broca (**κινητική αφασία**), στο 95% των ανθρώπων.

Αδυναμία κατανόησης του λόγου ή κατονομασίας προσδιορίζει τη βλάβη στη βρεγματο-κροταφο-νιακή περιοχή του επικρατητικού ημισφαιρίου, περιοχή Wernicke (**αισθητηριακή**

αφασία). Στις ίδιες περιοχές αντιπροσωπεύεται και ο γραπτός λόγος.

Διακεκομμένη και εκρηκτική ομιλία παρατηρείται σε παρεγκεφαλιδική βλάβη και συρόμενη αχρωμάτιστη ομιλία σε εξωπυραμидική διαταραχή.

ΕΞΕΤΑΣΗ ΤΗΣ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ

Ελέγχεται η πρόσφατη μνήμη με τη δυνατότητα μνημονικής εγγραφής τριών αντικειμένων και η ικανότητα ανάκλησής τους ύστερα από 1-2 λεπτά, η κριτική ικανότητα με την ερμηνεία εννοιών προοδευτικού βαθμού δυσκολίας, η συναισθηματική κατάσταση και η συμπεριφορά στην καθημερινότητα από τις πληροφορίες του περιβάλλοντος.

Έκπτωση των λειτουργιών αυτών προσδιορίζει τη βλάβη στους μετωπιαίους και κροταφικούς λοβούς αμφοτερόπλευρα.

Η ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΤΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ

Με την ολοκλήρωση της κλινικής εξέτασης, στο βαθμό και έκταση που κατά περίπτωση απαιτείται, τίθεται η ανατομική διάγνωση με τον προσδιορισμό του ανατομικού επιπέδου της βλάβης. Η αξιοποίηση στη συνέχεια των στοιχείων του ιστορικού που έδωσε ο ασθενής ή το περιβάλλον του για την έναρξη των συμπτωμάτων (οξεία ή βραδεία), την πορεία τους (βελτίωση, στασιμότητα, επιδείνωση), προδιαθετικά αίτια, προηγούμενες παθολογικές καταστάσεις, και την κληρονομική επιβάρυνση, θα προσδιορίσει τον απαραίτητο παρακλινικό έλεγχο, ώστε να τεθεί η διάγνωση της νόσου και να προγραμματισθούν οι αναγκαίοι ιατρικοί χειρισμοί.

ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ

1ο παράδειγμα

Ασθενής αναφέρει αδυναμία στους μιμικούς μύες στο δεξιό ήμισυ του προσώπου.

Υπόθεση: προσβολή του προσωπικού νεύρου.
Νευρολογική εξέταση: προσβολή του προσωπικού νεύρου περιφερικού τύπου δεξιά και βαρηκοΐα δεξιά.

Ανατομική διάγνωση: βλάβη στον έσω ακουστικό πόρο λόγω της κοινής πορείας των δύο νεύρων.

2ο παράδειγμα

Ασθενής αναφέρει δυσκολία κατάποσης και βράγχος φωνής.

Υπόθεση: προσβολή του γλωσσοφαρυγγικού και πνευμονογαστρικού νεύρου ή υπερπυρηνική αμφοτερόπλευρη πυραμιδική βλάβη.

Νευρολογική εξέταση: έντονα φλοιοπρομηκικά αντανακλαστικά, σημείο Babinski αμφοτερόπλευρα.

Ανατομική διάγνωση: ημισφαιρική αμφοτερόπλευρη βλάβη.

3ο παράδειγμα

Ασθενής αναφέρει δυσκολία στο βάδισμα κυρίως στο ανέβασμα κλίμακος.

Υπόθεση: αδυναμία κεντρομελικών μυϊκών ομάδων.

Νευρολογική εξέταση: μυϊκή έκπτωση λαγονοψοΐτη και τετρακέφαλου μυός αμφοτερόπλευρα, χωρίς αισθητικές διαταραχές.

Ανατομική διάγνωση: βλάβη στο επίπεδο των μυών ή των κινητικών ριζών λόγω έλλειψης αισθητικών διαταραχών.

4ο παράδειγμα

Ασθενής ηλικίας 50 χρόνων, με ελεύθερο ιστορικό εμφανίζει από εβδομάδων προοδευτική δυσκολία στην άρθρωση του λόγου και από ημερών δυσκολία στη χρησιμοποίηση της δεξιάς άκρας χειρός.

Υπόθεση: κινητική αφασία και πυραμιδική βλάβη δεξιού άνω άκρου.

Νευρολογική εξέταση: ήπια μυϊκή αδυναμία δεξιάς άκρας χειρός, κάθιση της δεξιάς γωνίας του στόματος, ζωνρά τενόντια αντανακλαστι-

κά δεξιάς πλευράς του σώματος, σημείο Babinski δεξιά, αδυναμία επανάληψης πολυσύλλαβων λέξεων.

Ανατομική διάγνωση: φλοιός αριστερού μετωπιαίου λοβού στην έξω επιφάνεια, λόγω προσβολής της περιοχής του κινητικού κέντρου του λόγου και του άνω άκρου.

Υπόθεση για τη φύση της βλάβης: όγκος, λόγω της βραδείας έναρξης και προϊούσης πορείας, πρωτοπαθής ή δευτεροπαθής.

Προτεινόμενος έλεγχος: αξονική και μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου για αποκάλυψη μονήρους ή μη εστίας.

Εργαστηριακή διάγνωση: μεταστατικές εστίες στα εγκεφαλικά ημισφαίρια αμφοτερόπλευρα στο φλοιό.

Διάγνωση: εγκεφαλικές μεταστάσεις.

Προτεινόμενος έλεγχος: απεικόνιση θώρακα και έλεγχος του προστάτη για την ανεύρεση της πρωτοπαθούς εστίας.

5ο παράδειγμα

Ασθενής 60 χρόνων, με ιστορικό υπέρτασης, εμφανίζει από ημερών επεισόδια παροδικής αμαύρωσης διάρκειας λίγων λεπτών από το δεξιό οφθαλμό και παροδικής μυϊκής αδυναμίας του αριστερού άνω άκρου.

Υπόθεση: παροδικό ισχαιμικό επεισόδιο δεξιού ημισφαιρίου.

Νευρολογική εξέταση: χωρίς παθολογική νευρολογική σημειολογία, φύσημα καρωτίδας.

Ανατομική διάγνωση: βλάβη δεξιάς κοινής ή έσω καρωτίδας λόγω του ιστορικού της προσβολής του δεξιού οφθαλμού και του αριστερού άνω άκρου και του ιστορικού της υπέρτασης.

Υπόθεση για τη φύση της βλάβης: ελκωτική πλάκα και παροδικά έμβολα στην έσω καρωτίδα (αδυναμία αριστερού άνω άκρου) και οφθαλμική αρτηρία (αμαύρωση δεξιού οφθαλμού).

Προτεινόμενος έλεγχος: άμεσος έλεγχος των εξωκράνιων αγγείων (υπερηχογραφικά, αγγειογραφικά) για προληπτική αντιμετώπιση της

αγγειακής εγκεφαλικής προσβολής.

Εργαστηριακή διάγνωση: ελκωτική πλάκα στη δεξιά κοινή καρωτίδα.

Διάγνωση: παροδικά ισχαιμικά εγκεφαλικά επεισόδια εμβολικής αιτιολογίας.

Αντιμετώπιση: αγγειο-χειρουργική.

60 παράδειγμα

Ασθενής 30 χρόνων αναφέρει από διημέρου δυσκολία στο βάδισμα, στην ούρηση και διαφορετική αίσθηση στο δεξιό κάτω άκρο.

Υπόθεση: εγκάρσια βλάβη στο επίπεδο του θωρακικού ή ανωτέρου οσφυϊκού νωτιαίου μυελού.

Νευρολογική εξέταση: μυϊκή αδυναμία στο αριστερό κάτω άκρο, σπαστικότητα στα κάτω άκρα αμφοτερόπλευρα, σημείο Babinski άμφω, έκπτωση της εν τω βάθει αισθητικότητας στο αριστερό κάτω άκρο και της επιπολής αισθητικότητας στο δεξιό κάτω άκρο και στον κορμό από το ύψος του Θ₆ σπονδύλου και κάτω.

Ανατομική διάγνωση: νωτιαίος μυελός στη μεσότητα της θωρακικής μοίρας.

Υπόθεση για τη φύση της βλάβης: εγκάρσια μυελίτις λοιμώδους αιτιολογίας (μονοφασική νόσος) ή απομυελινωτικής αιτιολογίας (σκλήρυνση κατά πλάκας) λόγω της αιφνίδιας εγκα-

τάστασης της νευρολογικής εικόνας και του νεαρού της ηλικίας.

Προτεινόμενος έλεγχος: μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου και νωτιαίου μυελού.

Εργαστηριακή διάγνωση: παρουσία πολλαπλών μικρών απομυελινωτικών εστιών περικοιλιακά στα εγκεφαλικά ημισφαίρια που δεν προσλαμβάνουν σκιαστικό υλικό (παλιές) και πρόσφατη εστία στο νωτιαίο μυελό στο ύψος των Θ₇-Θ₈ σπονδύλων που προσλαμβάνει σκιαστικό.

Διάγνωση: σκλήρυνση κατά πλάκας.

Αντιμετώπιση: χορήγηση κορτικοειδών και ανοσο-τροποποιητικής προληπτικής αγωγής λόγω επιθετικής μορφής της νόσου.

Στα αναφερόμενα παραδείγματα η προσπάθεια ήταν να καταδειχθεί η αναγκαιότητα της κλινικής νευρολογικής εξέτασης, του ιστορικού και η βασική γνώση ανατομικών στοιχείων, για να τεθεί η ανατομική διάγνωση.

Από την κλινική νευρολογική εξέταση επιβεβαιώθηκαν τα αναφερόμενα από τον ασθενή συμπτώματα και αξιολογήθηκε η παρουσία ή η απουσία της νευρολογικής σημειολογίας. Για την τελική όμως διάγνωση και αντιμετώπιση εκτιμήθηκε και ο παρακλινικός έλεγχος.