

# Presentazione

## Aumentare le conoscenze e promuovere il cambiamento

Nella singolare cornice del Teatro Dal Verme di Milano – sede, dal 21 al 24 maggio del 2008, del XLVIII Congresso Nazionale SNO – nasceva un Gruppo di Studio Intersocietario SIN-SNO\* che si prefiggeva come obiettivo principale quello di accrescere l'interesse degli specialisti e non di Neurologia verso le problematiche di questa disciplina nel contesto delle emergenze/urgenze. Da quel momento, è stato tutto un susseguirsi di eventi che hanno avuto il merito di innescare un processo che gradualmente ha guadagnato posizioni e consensi anche presso i più tradizionali sostenitori della Neurologia "classica".

Storicamente, senza distinzioni territoriali, in Italia e all'estero la Neurologia è stata rivestita da un alone di grande rispetto, in quanto espressione di un notevole background culturale e di grandi conoscenze, spesso definite da notevoli capacità nell'approccio metodologico, sottile abilità di discernimento clinico, straordinarie attitudini alla diagnostica differenziale. Il tutto in quadri clinici talora notevolmente complessi.

---

\*SIN: Società Italiana di Neurologia. SNO: Scienze Neurologiche Ospedaliere.

Sotto questo profilo, il metodo “positivista” di ricerca della verità, quindi della diagnosi, derivato da rigorose verifiche di congetture e ipotesi e ben delineato dal pensiero filosofico di Karl Popper, risultante in ineguagliabili ricadute positive di diagnostica differenziale clinica, spesso si esauriva, però, nel brillante risultato di un'identificazione nosografica di un quadro clinico complesso, che tuttavia raramente era seguito da efficaci prospettive terapeutiche.

Le attuali capacità interpretative della Neurologia, nel merito di diverse e a volte molto complesse malattie neurologiche, e le talora notevoli capacità terapeutiche, intimamente connesse ormai a genetica, genomica ed epigenetica, alle turbe del metabolismo o alle cellule staminali, dalla lesione in fase acuta alla riabilitazione e alla robotica, si immagina potranno spostare nel prossimo futuro frustrazioni antiche a potenzialità terapeutiche fino ad ora inimmaginabili.

Ma c'è un mondo, fatto di acuzie di processi patologici che si esprimono nella velocità di effetti devastanti, che necessita di modelli organizzativi, di percorsi rapidi, di linee processuali mentali rapide, *fast mindline*, che vanno poste in essere per recuperare vita al cervello e il cervello alla vita.

L'ormai datato aforisma “time is brain”, coniato per lo stroke, è sempre più attuale e applicabile a momenti patologici diversi che, pur esprimendo noxae patogene diverse, determinano effetti dannosi, spesso irreversibili senza la pronta risposta di un intervento tempestivo ed efficace. È indubbio che in questi ambiti diventi irrinunciabile, anche a fronte di condizioni patologiche che implicano diverse professionalità, la competenza d'organo; condizione non solo sufficiente e necessaria, ma anche assolutamente indispensabile.

È, quindi, il neurologo che necessita del supporto, meglio dell'approvvigionamento, di una expertise che da multidisciplinare deve diventare momento centrale del proprio bagaglio culturale. Egli deve condensare in sé la ricchezza di una processualità multitask, che si avvalga di conoscenze e della capacità di applicarle ai percorsi che realizzino una professionalità diversa, la quale condensi un

pluralismo culturale e un'adeguata capacità di risposta ai bisogni che l'urgenza e l'emergenza sollecitano.

Questo aspetto rappresenta un ribaltamento di consueti, ancorché radicati e solidi, metodi di approccio specialistico, indipendentemente dal modello organizzativo esistente nelle strutture ospedaliere.

Tale configurazione professionale ha, in sé, gli aspetti di un germe non già di rivoluzione culturale, ma di diversa modulazione di imprescindibili conoscenze disciplinari che si esprimono in diversi setting assistenziali. Un intelligente adeguamento disciplinare alla maggior espressività patologica della disciplina che ribadisce un duplice aspetto di medicina sociale: quello derivante dalla lesione, ma anche quello derivante dall'impatto epidemiologico.

Su questo terreno un gruppo sempre più nutrito di neurologi universitari e ospedalieri, da Castiglioncello a Vibo Valentia, da Cagliari a Torino, a Rimini, e poi a Firenze, ha posto in essere una serie di incontri, di approfondite discussioni, di ricerche comuni, di momenti di sintesi e di confronto espressi in una preziosa App per iPhone, iPad, Smartphone Android, Tablet. Questo volume, per molti aspetti, è da considerarsi parte esplicativa e integrativa della stessa App ([algoritmi.progettoneu.it](http://algoritmi.progettoneu.it)).

Il volume che presentiamo vuole essere un memorix-like delle più ricorrenti condizioni di patologia neurologica in emergenza/urgenza. Non ha, né può avere, la pretesa di essere un manuale o un volume che tratti e discuta con completezza lo scibile presentato nei vari capitoli. Ha la sola velleità di consentire, in qualunque postazione, un corretto approccio alle possibili condizioni riferibili a interessamento, nell'ambito di decisioni rapide, del neurologo, dell'urgentista, del medico che impatta pazienti che necessitano di un percorso logico, veloce e competente. Gli algoritmi, caratterizzati da un rigido tragitto e da un coerente ragionamento clinico, agevolano il percorso, spesso tortuoso e difficile.

Ovviamente il volume vuole essere un possibile aiuto, se usato correttamente, e non può certamente sostituirsi alla necessaria do-

tazione culturale di cui ogni operatore medico afferente a questi settori deve essere provvisto.

Sperando di avere fatto cosa gradita a quanti avranno l'occasione di consultare queste pagine, nell'augurare una buona lettura, auspichiamo che questo libro possa essere utile al lettore ma, soprattutto, al paziente.

*Domenico Consoli, Roberto Sterzi, Giuseppe Micieli*

# *Autori*

## *Curatori*

### **Domenico Consoli**

Primario Unità Operativa di Neurologia e Stroke Unit  
Ospedale Giulio Jazzolino  
ASP Vibo Valentia

### **Roberto Sterzi**

Primario emerito AO Niguarda, Milano

### **Giuseppe Micieli**

Direttore Dipartimento di Neurologia d'Urgenza  
IRCCS Istituto Neurologico Nazionale C. Mondino  
Pavia

## *Autori*

**Elio Agostoni**, Milano

**Umberto Aguglia**, Reggio Calabria

**Roberto Bergamaschi**, Pavia

**Paolo Emilio Bianchi**, Pavia

**Giorgio Bono**, Varese

**Edo Bottacchi**, Aosta

**Anna Cavallini**, Pavia

**Alfonso Ciccone**, Mantova

**Domenico Consoli**, Vibo Valentia

**Pietro Cortelli**, Bologna

**Pietro David**, Vibo Valentia

**Fabrizio Antonio de Falco**, Napoli

**Marina Diomedi**, Roma  
**Valentina Favoni**, Bologna  
**Fabio Fierini**, Firenze  
**Franco Galati**, Vibo Valentia  
**Carlo Gandolfo**, Genova  
**Matteo Gastaldi**, Varese  
**Bruno Giometto**, Treviso  
**Donata Guidetti**, Piacenza  
**Enrico Marchioni**, Pavia  
**Vittorio Martinelli**, Milano  
**Maurizio Melis**, Cagliari  
**Giuseppe Micieli**, Pavia  
**Fabio Minicucci**, Milano  
**Rosa Musolino**, Messina  
**Olimpia Musumeci**, Messina  
**Gianandrea Ottonello**, Genova  
**Maurizio Paciaroni**, Perugia  
**Alessandro Padovani**, Brescia  
**Leonardo Pantoni**, Firenze  
**Paolo Postorino**, Vibo Valentia  
**Stefano Ricci**, Città di Castello  
**Alessandra Rufa**, Siena  
**Simona Sacco**, L'Aquila  
**Lucio Santoro**, Napoli  
**Angelo Schenone**, Genova  
**Paolo Stanzione**, Roma  
**Roberto Sterzi**, Milano  
**Martina Suzani**, Pavia  
**Danilo Toni**, Roma  
**Paola Tonin**, Verona  
**Antonio Toscano**, Messina  
**Vito Toso**, Conegliano Veneto  
**Giuseppe Vita**, Messina  
**Davide Zarcone**, Gallarate

**Coordinamento Progetto NEU:** Giuseppe Micieli,  
Danilo Toni, Roberto Sterzi, Fabrizio Antonio de Falco,  
Gioacchino Tedeschi, Domenico Consoli, Domenico Inzitari,  
Anna Cavallini

# Indice

Presentazione	XI
1. Cefalea	1
<i>Introduzione</i>	1
<i>Descrizione del processo</i>	3
<i>Scenario 1: “La peggiore cefalea”</i>	5
<i>Scenario 2: “Cefalea con febbre o rigor nucale”</i>	10
<i>Scenario 3: “La cefalea nuova in adulto non cefalalgico”</i>	14
<i>Scenario 4: “La crisi cefalalgica in cefalalgico noto”</i>	16
<i>Bibliografia</i>	20
2. Febbre e segni neurologici	25
<i>Introduzione</i>	25
<i>Febbre e cefalea</i>	25
<i>Febbre, delirio e agitazione</i>	26
<i>Inquadramento diagnostico</i>	31
<i>Due iter diagnostico-terapeutici</i>	33
<i>Le priorità diagnostiche e terapeutiche</i>	39
<i>Bibliografia</i>	40
3. Vertigini	43
<i>Introduzione e definizioni</i>	43
<i>Anamnesi e prima valutazione della vertigine</i>	45
<i>Esame neurologico nella vertigine</i>	45

<i>Valutazione HINTS</i>	47
<i>Esame clinico e ORL</i>	52
<i>Vertigine emicranica ed emicrania di tipo basilare</i>	53
<i>Criteri clinici per la diagnosi differenziale tra vertigine di origine periferica o centrale</i>	56
<i>Bibliografia</i>	59
<b>4. Stato confusionale o delirium</b>	61
<i>Definizione</i>	61
<i>Classificazione</i>	63
<i>Epidemiologia e fisiopatogenesi</i>	64
<i>Scale di valutazione</i>	65
<i>Identificazione delle cause</i>	67
<i>Diagnosi</i>	70
<i>Diagnosi differenziale</i>	72
<i>Criteri di trattamento</i>	73
<i>Prognosi</i>	75
<i>Bibliografia</i>	76
<i>Appendice - Progetto i-NEU. Stato confusionale/delirium</i>	79
<b>5. Disturbi transitori di coscienza</b>	83
<i>Introduzione</i>	83
<i>Definizione</i>	83
<i>Diagnosi</i>	84
<i>Diagnosi differenziale</i>	88
<i>Bibliografia</i>	90
<i>Appendice - Algoritmo diagnostico</i>	91
<b>6. Manifestazioni epilettiche motorie e non motorie</b>	93
<i>Introduzione</i>	93
<i>Definizioni</i>	93
<i>Diagnosi clinica di manifestazione epilettica</i>	95
<i>1. Eziologia delle crisi</i>	98
<i>2. Fattori favorenti la comparsa delle crisi</i>	99
<i>3. Diagnostica di laboratorio e strumentale</i>	99
<i>4. Elettroencefalografia</i>	101
<i>5. Terapia in emergenza. Assistenza in emergenza</i>	102
<i>Impostazione di terapia farmacologica cronica</i>	107

<i>Successiva gestione</i>	108
<i>Ulteriori informazioni</i>	110
<i>Situazioni particolari</i>	111
<i>Bibliografia</i>	113
<b>7. Disturbi acuti della visione</b>	117
<i>Introduzione</i>	117
<i>Calo visivo acuto</i>	118
<i>Deficit visivi da causa prechiasmatica</i>	118
<i>Deficit visivi da causa chiasmatica/postchiasmatica</i>	128
<i>Diagnosi differenziale del calo visivo acuto</i>	132
<i>Disturbi acuti dell'oculomozione estrinseca</i>	135
<i>Diagnostica differenziale</i>	138
<i>Alterazioni neuro-oftalmologiche nel paziente con disturbo dello stato di vigilanza</i>	148
<i>Bibliografia</i>	152
<b>8. Deficit neurologici focali</b>	155
<i>Introduzione</i>	155
<i>Strutture a maggior complessità organizzativa o centri Hub: scenari possibili</i>	158
<i>Possibili scenari sulla base del tempo trascorso dall'esordio, del punteggio NIHSS e degli esami neuroradiologici</i>	162
<i>Strutture ospedaliere a minor complessità: complessità strutturale intermedia</i>	178
<i>Strutture ospedaliere a minor complessità: complessità strutturale minima</i>	180
<i>Le diagnosi differenziali: gli stroke mimics</i>	182
<i>Bibliografia</i>	183
<b>9. Dolori muscolari, deficit di forza e/o disturbi sensitivi</b>	185
<i>Introduzione</i>	185
<i>Paziente con esordio acuto di dolori muscolari diffusi</i>	186
<i>Paziente con debolezza muscolare acuta generalizzata (miogena)</i>	189
<i>Paziente con debolezza muscolare acuta (neurogena e non traumatica)</i>	195

<i>Paziente con disturbo acuto della sensibilità (di tipo periferico)</i>	200
<i>Bibliografia</i>	203
<b>10. Traumi cranici lievi</b>	207
<i>Definizione ed epidemiologia</i>	207
<i>Nosografia e diagnosi</i>	208
<i>Trauma cranico moderato</i>	220
<i>Bibliografia</i>	226