

Adams & Victor

PRINCIPIILE ȘI PRACTICA NEUROLOGIEI CLINICE

EDIȚIA A ZECEA

Allan H. Ropper, MD

Professor of Neurology
Harvard Medical School
Raymond D. Adams Master Clinician
Executive Vice Chair of Neurology
Brigham and Women's Hospital
Boston, Massachusetts

Martin A. Samuels, MD

Miriam Sydney Joseph Professor of Neurology
Harvard Medical School
Chair, Department of Neurology
Brigham and Women's Hospital
Boston, Massachusetts

Joshua P. Klein, MD, PhD

Assistant Professor of Neurology and Radiology
Harvard Medical School
Chief, Division of Hospital Neurology
Brigham and Women's Hospital
Boston, Massachusetts



Editura Medicală
CALLISTO
www.callisto.ro

Prefață VII
Mulțumiri IX

PARTEA 1: EVALUAREA CLINICĂ ÎN NEUROLOGIE 1

- 1 Abordarea pacientului cu patologie neurologică 3
- 2 Proceduri imagistice, electrofiziologie și tehnici de laborator în diagnosticul neurologic 13

PARTEA 2: MANIFESTĂRI CARDINALE ALE BOLILOR NEUROLOGICE 41

SECȚIUNEA 1 Tulburări ale motilității 43

- 3 Paralizii 45
- 4 Tulburări ale mișcării și posturii cauzate de bolile ganglionilor bazali 64
- 5 Ataxia și tulburările funcțiilor cerebelului 81
- 6 Tremorul, mioclonusul, distoniile focale și ticurile 92
- 7 Tulburări ale ortostatismului și mersului 115

SECȚIUNEA 2 Durerea și alte tipuri de sensibilitate somatică, cefaleea și durerea de spate 127

- 8 Durerea 128
- 9 Alte tipuri de sensibilitate somatică 150
- 10 Cefaleea și alte dureri craniofaciale 168
- 11 Durerea regiunii spatelui, cervicală și a extremităților 198

SECȚIUNEA 3 Tulburări ale simțurilor speciale 225

- 12 Tulburările mirosului și gustului 226
- 13 Tulburările vederii 235
- 14 Tulburările ale motilității globilor oculari și ale funcției pupilare 260
- 15 Surditatea, vertijul și tulburările de echilibru 290

SECȚIUNEA 4 Epilepsia și tulburările stării de conștiență 317

- 16 Epilepsia și alte crize epileptice 318
- 17 Coma și tulburările asociate ale stării de conștiență 357

- 18 Lipotimia și sincopa 383
- 19 Somnul și tulburările de somn 395

SECȚIUNEA 5 Tulburări ale intelectului, comportamentului și limbajului cauzate de afecțiuni cerebrale difuze și focale 419

- 20 Deliriumul și alte stări confuzionale acute 421
- 21 Demența, sindromul amnezic și neurologia inteligenței și memoriei 434
- 22 Tulburări neurologice cauzate de leziuni în zone specifice ale creierului 455
- 23 Tulburări ale vorbirii și limbajului 486

SECȚIUNEA 6 Tulburări ale energiei, dispoziției și funcțiilor vegetative și endocrine 507

- 24 Fatigabilitatea, astenia, anxietatea și depresia 508
- 25 Lobul limbic și neurologia emoțiilor 518
- 26 Tulburările sistemului nervos vegetativ, respirației și deglutiției 530
- 27 Hipotalamusul și tulburările neuroendocrine 563

PARTEA 3: CREȘTEREA ȘI DEZVOLTAREA SISTEMULUI NERVOS ȘI NEUROLOGIA ÎMBĂTRÂNIRII 577

- 28 Dezvoltarea normală și devierile dezvoltării sistemului nervos 579
- 29 Neurologia îmbătrânirii 606

PARTEA 4: CATEGORII MAJORE DE BOLI NEUROLOGICE 615

- 30 Tulburări de circulație a lichidului cefalorahidian, inclusiv hidrocefalia, pseudotumora cerebrală și sindroamele de presiune joasă 617
- 31 Neoplasmele intracraniene și tulburările paraneoplazice 639
- 32 Infecții ale sistemului nervos (bacteriene, fungice, cauzate de spirochete, parazitare și sarcoidoză 697
- 33 Infecții virale ale sistemului nervos, meningita cronică și boala prionică 743
- 34 Bolile cerebrovasculare 778

- 35 Traumatismul cranio-cerebral 885
- 36 Scleroza multiplă și alte afecțiuni inflamatorii demielinizante 915
- 37 Boli metabolice moștenite ale sistemului nervos 946
- 38 Boli de dezvoltare ale sistemului nervos 1003
- 39 Boli degenerative ale sistemului nervos 1060
- 40 Tulburările metabolice dobândite ale sistemului nervos 1132
- 41 Boli ale sistemului nervos cauzate de deficitul nutrițional 1161
- 42 Alcoolul și alcoolismul 1186
- 43 Afecțiuni ale sistemului nervos cauzate de medicamente, toxine și agenți chimici 1200

PARTEA 5: BOLI ALE MĂDUVEI SPINĂRII, NERVILOR PERIFERICI ȘI MUȘCHILOR 1235

- 44 Patologia măduvei spinării 1237
- 45 Teste electrofiziologice și de laborator în diagnosticul bolilor neuromusculare 1288

- 46 Afecțiuni ale nervilor periferici 1310
- 47 Patologia nervilor cranieni 1391
- 48 Bolile musculare 1407
- 49 Miastenia gravis și afecțiunile înrudite ale joncțiunii neuromusculare 1472
- 50 Miotoniile, paralizii periodice, crampele, spasmele și stările de activitate persistentă a fibrelor musculare 1490

PARTEA 6: TULBURĂRI PSIHIATRICE 1507

- 51 Tulburările anxioase, isteria și tulburările de personalitate 1509
 - 52 Depresia și tulburarea bipolară 1529
 - 53 Schizofrenia, stările delirante și paranoide 1543
- Index 1561

PARTEA

EVALUAREA CLINICĂ ÎN NEUROLOGIE



Abordarea pacientului cu patologie neurologică

Neurologia este considerată de mulți ca fiind una dintre cele mai dificile și exigente specialități medicale. Studenții și rezidenții care vin într-un serviciu de neurologie pentru prima dată pot fi intimidați de complexitatea sistemului nervos prin contactul lor scurt cu neuroanatomia, neurofiziologia și neuropatologia. Ritualul la care asistă, de a supune pacientul la o serie de manevre concepute să evoce anumite semne misterioase, nu este nici pe departe liniștitor. De fapt, examinarea pare să ascundă procesele mentale prin care este construit diagnosticul neurologic. Mai mult, studenții care au avut experiență limitată sau deloc legată de multitudinea de teste speciale utilizate în diagnosticul neurologic – ca puncția lombară, EMG (electromiografia), EEG (electroencefalografia), CT (tomografia computerizată), IRM (imagistica prin rezonanță magnetică) și alte proceduri imagistice - nu știu cum să interpreteze rezultatele acestor teste. Manualele de neurologie doar le confirmă temerile în timp ce citează descrierile detaliate ale multor boli neobișnuite ale sistemului nervos.

Autorii cred că multe din dificultățile de a înțelege neurologia pot fi depășite prin însușirea principiilor de bază ale metodei clinice. Chiar și neurologul experimentat pus în fața unei probleme clinice complexe depinde de această abordare fundamentală.

Importanța metodei clinice iese în evidență mai clar în studiul patologiei neurologice decât în alte domenii medicale. În majoritatea cazurilor, constă într-o serie ordonată de pași:

1. Simptomele și semnele sunt documentate de istoric și examinarea fizică.
2. Simptomele și semnele fizice considerate relevante pentru problema în cauză sunt interpretate în contextul fiziologiei și anatomiei – adică identificarea tulburării (tulburărilor) funcționale și structura (structurile) anatomică implicată.
3. Aceste analize permit ca medicul să localizeze procesul patologic, adică să numească partea sau părțile sistemului nervos implicate. Acesta este *diagnosticul anatomic* sau *topografic*, care frecvent permite recunoașterea unui grup caracteristic de simptome și semne, constituind un sindrom. Acest pas se numește *diagnosticul de sindrom* și este uneori efectuat în paralel cu diagnosticul anatomic.

4. Un diagnostician cu experiență adesea face succesiv estimări mai corecte ale posibilului diagnostic, utilizând elemente din istoric și descoperiri la examinare ca să rafineze mai departe sau să excludă anumite patologii. Trebuie exersată flexibilitatea gândirii, astfel încât să evităm capcana comună a reținerii unei impresii inițiale incorecte și ignorarea selectivă a datelor care ar putea să o pună la îndoială. Nu este surprinzător că metoda estimărilor succesive funcționează bine, fiind în acord cu neuroștiințele care au dovedit că acesta este mecanismul prin care sistemul nervos procesează informațiile.
5. Din diagnosticul anatomic sau de sindrom și alte date medicale specifice - în mod particular modul de debut și de evoluție a bolii, implicarea semnelor non-neurologice, istoricul medical personal și familial relevant și rezultatele de laborator – se deduce *diagnosticul patologic*, iar atunci când mecanismul și cauza bolii pot fi determinate, *diagnosticul etiologic*. Acesta poate include numărul rapid crescând al etiologiilor moleculare și genetice care au fost determinate pentru o anomalie particulară.
6. În final, medicul trebuie să stabilească gradul de dizabilitate și să determine dacă este temporară sau permanentă (*diagnosticul funcțional*); acesta este important în gestionarea bolii pacientului și judecarea potențialului de restaurare a funcției.

În decadele recente, mulți din acești pași au fost eclipsați de metodele imagistice care permit localizarea precisă a leziunii și adesea caracterizează etiologia bolii. Multe din părțile elaborate ale examinării care au fost destinate să localizeze leziunile nu mai sunt necesare în rutina clinică zilnică. Nu în ultimul rând, insuficiența apreciere a istoricului și examinării clinice și supradependența de imagistică duce la erori diagnostice și are alte consecințe negative. O abordare clinică este de obicei mai eficientă și mult mai economică decât recurgerea la teste paraclinice. Este regretabilă pierderea contactului personal dintre clinician și pacient, creat prin ascultarea unei povești și observarea răspunsurilor la diverse manevre. Imagistica poate fi de asemenea plină de descoperiri false sau nesemnificative, ce necesită testări ulterioare care nu sunt necesare și griji inutile din partea pacientului.

Toți acești pași sunt făcuți cu scopul stabilirii unui tratament eficient, o perspectivă în continuă perfecționare în neurologie. Așa cum este accentuat în mod repetat în capitolele care urmează, descoperirea bolilor tratabile este întotdeauna o recompensă în procesul de diagnostic. Chiar și atunci când tratamentul specific nu este disponibil, diagnosticul corect poate în sine funcționa ca un tratament, căci nesiguranța privind cauza unei boli neurologice poate fi mai deranjantă pentru pacient decât boala în sine.

Desigur, soluția unei probleme clinice nu necesită întotdeauna o schematizare de acest fel. Abordarea clinică oferă un spectru mult mai larg în ordinea și felul în care sunt colectate și interpretate informațiile. De fapt, în unele cazuri, aderarea la o schemă formală nu este deloc necesară. În legătură cu diagnosticul de sindrom, tabloul clinic al bolii Parkinson, de exemplu, este de obicei atât de caracteristic, încât natura bolii este evidentă. În alte cazuri nu este necesar să ducem analiza clinică dincolo de etapa diagnosticului anatomic, care, în sine, poate indica cauza bolii. De exemplu, când apare vertijul, ataxia cerebeloasă, sindromul Horner unilateral, paralizia unei corzi vocale și anestezia feței, cu debut acut, cauza este ocluzia unei artere vertebrale, pentru că toate structurile implicate se găsesc în bulbul lateral, în teritoriul acestei artere. Astfel, diagnosticul anatomic determină și limitează posibilitățile etiologice. Dacă semnele indică afectarea nervilor periferici, nu este de obicei necesar să luăm în considerare bolile care cauzează afectarea măduvei spinării. Unele semne în sine sunt aproape specifice – ca opsoclonusul pentru degenerarea paraneoplazică cerebeloasă și pupilele Argyll Robertson pentru neurosifilis sau pentru neuropatia oculomotorie din diabet. Nu în ultimul rând, trebuie să fim precauți în a considera un semn clinic ca fiind patognomonic, întrucât excepțiile se găsesc în mod regulat.

Căutarea cauzei unui sindrom clinic (diagnostic etiologic) necesită un alt tip de cunoștințe. Trebuie cunoscute detaliile clinice, inclusiv modul de debut, evoluția, caracteristicile de laborator și imagistice și evoluția naturală a unei multitudini de boli. Multe dintre aceste date sunt bine știute și alcătuiesc conținutul capitolelor care urmează. Când suntem confrunțați cu o constelație de caracteristici clinice care ele în sine nu duc la o analiză simplă sau secvențială, se ia în considerare împărțirea clasică a bolilor în toate ramurile medicale, așa cum este redat pe scurt în Tabelul 1-1.

Tabelul 1-1**CATEGORIILE MAJORE DE BOLI NEUROLOGICE**

Infecțioase
Genetice-congenitale
Traumatice
Degenerative
Vasculare
Toxice
Metabolice
Moștenite
Dobândite
Neoplazice
Inflamatorii-imune
Psihogene
Iatrogene

Indiferent de procesul intelectual pe care îl folosim în rezolvarea unei probleme clinice particulare, pașii fundamentali în diagnostic implică întotdeauna identificarea clară a semnelor și simptomelor și interpretarea lor corectă din punct de vedere al funcției care este afectată la nivelul sistemului nervos. Cel mai frecvent, când există incertitudine sau neconcordanță în diagnostic, se descoperă mai târziu că simptomele sau semnele au fost incorect interpretate de prima dată. Astfel, dacă o acuză de amețeală este identificată ca vertij în loc de senzație de leșin, sau epilepsia parțială continuă este confundată cu un tremor sau coreoatetoză, atunci examinarea clinică este deviată de la început. Pot fi necesare examinări repetate pentru stabilirea concluziilor clinice fără dubiu. Prin urmare, aforismul "o a doua examinare este cel mai folositor test diagnostic" poate fi adevărat într-un caz neurologic dificil.

PREVALENȚA ȘI INCIDENȚA BOLILOR NEUROLOGICE

Pentru a oferi medicului cea mai largă perspectivă asupra frecvenței relative a bolilor neurologice, în Tabelul 1-2 sunt prezentate estimări ale prevalenței lor aproximative în Statele Unite, preluate din mai multe surse, incluzând Institutul Național de Sănătate (NIH). Donaghy și colegii au furnizat o listă similară, dar mai extinsă, a incidenței diferitelor boli neurologice care pot fi întâlnite de un medic generalist ce practică în Marea Britanie. Ele indică

Tabelul 1-2**PREVALENȚA RELATIVĂ A AFECȚIUNILOR NEUROLOGICE MAJORE ÎN STATELE UNITE**

	INDIVIZI AFECTAȚI
Boli degenerative	
Scleroza laterală amiotrofică	5×10^4
Boala Huntington	5×10^4
Boala Parkinson	5×10^6
Boala Alzheimer	5×10^6
Degenerescența maculară	5×10^7
Boli neurologice autoimune	
Scleroza multiplă	4×10^5
AVC, toate tipurile	5×10^6
Traumatisme ale sistemului nervos central	
Cap	2×10^6
Măduva spinării	2.5×10^5
Metabolic	
Retinopatia diabetică	2×10^6
Cefaleea	3×10^7
Epilepsia	3×10^6
Durerea de spate	5×10^7
Neuropatia periferică	
Total	2.5×10^7
Moștenită	1×10^4
Neuropatia diabetică	2×10^6
Retard mental	
Sever	1×10^6
Moderat	1×10^7
Schizofrenia	3×10^6
Boala maniaco-depresivă	3×10^6

Tabelul 1-3

ORDINEA APROXIMATIVĂ A INCIDENȚEI ȘI PREVALENȚEI AFECȚIUNILOR NEUROLOGICE ÎNTR-UN CABINET DE MEDICINĂ GENERALĂ ÎN MAREA BRITANIE

INCIDENȚA ÎN CABINETUL DE MEDICINĂ GENERALĂ	PREVALENȚA ÎN COMUNITATE
AVC (toate tipurile)	Migrenă
Sindromul de tunel carpian	Cefalee cronică de tensiune
Epilepsie	AVC
Paralizia Bell	Boala Alzheimer
Tremor esențial	Epilepsie
Boala Parkinson	Tremor esențial
Tumora cerebrală	Scleroza multiplă
Scleroza multiplă	Sindromul de oboseală cronică
Arterita cu celule gigante	Boala Parkinson
Migrenă	Simptome motorii de cauză necunoscută
Simptome motorii de cauză necunoscută	Neurofibromatoză
Nevralgia de trigemen	Miastenia gravis

Sursa: adaptat din Donaghy și colegii: *Brain's Diseases of the Nervous System...*

accidentul vascular cerebral (AVC) ca fiind de departe afecțiunea cea mai frecvent întâlnită; cele care urmează ca frecvență sunt enumerate în Tabelul 1-3. Studii mai ținute, cum este cel realizat de Hirtz și colegii, dau rate similare de prevalență: astfel, migrena, epilepsia și scleroza multiplă sunt cele mai frecvente boli neurologice în populația generală (121, 7,1 și respectiv 0,9 la 1000 de persoane pe an); AVC, leziunile traumatiche cerebrale și traumatismele medulare apar în 183, 101 și respectiv 4,5 la 100.000 de persoane pe an; iar boala Alzheimer, boala Parkinson și scleroza laterală amiotrofică (SLA) în rândul indivizilor în vârstă apar la 67, 9,5 și respectiv 1,6 la 100.000 de persoane pe an. Astfel de date ajută în ghidarea resurselor sociale în scop curativ pentru diferitele boli, dar sunt mai puțin folositoare în conducerea medicului spre diagnosticul corect, cu excepția cazului în care subliniază vechiul dicton că "stările comune apar mai frecvent" și în concluzie trebuie considerate diagnostice mai probabile (vezi secțiunea "Limitele metodei clinice").

ANAMNEZA

În neurologie, poate mai mult ca în orice altă specialitate, clinicianul este dependent de cooperarea pacientului pentru a obține o anamneză de încredere, în mod special pentru descrierea acelor simptome care nu sunt însoțite de semne vizibile de boală. Dacă simptomele sunt în sfera senzitivă, doar pacientul poate să ne spună ce vede, aude sau simte. Primul pas în întâlnirea cu pacientul este să câștigăm încrederea și cooperarea acestuia și să-l facem să realizeze importanța istoricului și a examenului clinic.

Este recomandată practica luării notițelor la patul bolnavului sau în birou. Bineînțeles, indiferent cât de clar pare să fie istoricul, este întotdeauna de dorit verificarea datelor furnizate de pacient cu cele ale unei alte persoane informate care cunoaște situația și este obiectiv.

În efectuarea anamnezei neurologice există câteva aspecte care necesită comentarii:

1. Trebuie avută grijă specială pentru a evita sugestionarea pacientului privind simptomele pe care le căutam. Erorile și neconcordanțele în anamneză apar la fel de des din vina clinicianului ca și a pacientului. Pacientul trebuie descurajat în a-și încadra simptomele în diagnostice pe care s-ar putea să le fi auzit; mai degrabă, el trebuie îndemnat să ofere o descriere a acestora – fiind rugat, de exemplu, să aleagă un cuvânt care descrie cel mai bine durerea pe care o simte și să precizeze ce înțelege printr-un termen anume ca amețeală, lipsă de echilibru, sau vertij. Pacientul care oferă o descriere prea circumstanțială și incoerentă poate fi menținut pe subiect prin întrebări îndrumătoare care scot în evidență punctele esențiale.
2. Circumstanțele în care apare boala, modul de debut și de evoluție, și cursul bolii sunt de importanță capitală. Trebuie lămurit cu precizie cum debutează și evoluează fiecare simptom. Frecvent, natura procesului patologic poate fi stabilită doar pe baza acestor date, ca în accidentul vascular cerebral. Dacă aceste informații nu pot fi furnizate de către pacient sau familia lui, poate fi necesar să judecăm evoluția bolii pe baza acțiunilor pe care pacientul era capabil să le facă în diferite momente (de exemplu, ce distanță putea să meargă, momentul în care nu a mai putut urca scări sau nu a mai putut să își desfășoare activitatea uzuală) sau pe baza modificărilor survenite în semnele clinice între consulturi succesive.
3. În general, avem tendința să fim neglijenți în estimarea capacității mentale a pacienților. Uneori se fac încercări de luare a anamnezei de la pacienți care au deficiențe cognitive, sau sunt atât de confuzi, încât nu au nicio idee de ce sunt în cabinetul doctorului sau la spital. Abordarea prin care pacientului i se solicită să ofere propria lui interpretare asupra posibilei semnificații a simptomelor poate uneori induce pacientului griji care nu sunt normale, anxietate, suspiciune, sau chiar gândire delirantă. Tinerii medici și studenții au de asemenea o tendință firească să "normalizeze" pacientul, frecvent în colaborare cu o familie optimistă care crede în mod eronat că nu există o problemă reală. Această încercare de simpatizare nu îi este de folos pacientului și poate întârzia diagnosticul unei boli potențial tratabile.

EXAMENUL NEUROLOGIC

Examenul neurologic începe cu observarea pacientului în timp ce este efectuată anamneza. Modul în care pacientul spune povestea bolii lui poate trăda confuzie sau incoerență în gândire, deteriorarea memoriei sau judecății, sau dificultăți în înțelegerea sau exprimarea ideilor. O eroare comună constă în trecerea cu ușurință peste incoerențele privind datelor și simptomelor, ca să descoperim mai târziu că aceste deficiențe de memorie erau elemente esențiale ale bolii. O examinare mai

amănunțită a atenției, memoriei, abilității cognitive și a limbajului este efectuată dacă anamneza sau maniera în care este relatată indică faptul că problema se află în aceste sfere. Astfel, întrebări referitoare la dată și loc, repetarea de cuvinte, și aritmetica simplă sunt proceduri de screening adecvate.

După aceea se trece la examinarea nervilor cranieni, incluzând fundul de ochi, gâtul și trunchiul, testarea funcțiilor motorii, reflexe și deficitare senzitive la nivelul membrilor superioare și inferioare. În continuare urmează controlul funcției sfincteriene și a sistemului nervos vegetativ dacă se indică, și testarea semnelor de iritație meningeală prin examinarea flexibilității gâtului și coloanei. Mersul și ortostatismul (poziția ortostatică) sunt observate înainte sau după examinare.

Când este descoperită o anomalie, fie cognitivă, fie motorie sau senzitivo-senzorială, devine necesar să analizăm problema într-un mod mai elaborat. Detalii ale acestor examinări se găsesc în capitolele corespunzătoare ale acestui volum (motor: Cap. 3, 4 și 5; senzitiv: Cap. 8 și 9; și tulburări cognitive și de limbaj: Cap. 22 și 23) și rezumate mai jos.

În mod ideal, examenul neurologic este realizat și consemnat într-un mod relativ uniform, pentru evitarea omisiunilor și facilitarea analizei ulterioare a consemnărilor. Este de înțeles că există un anumit grad de variabilitate în ceea ce privește examinarea de la un medic la altul, dar fiecare examinator ar trebui să își însușească un model al examinării consecvent și reproductibil. Chiar atunci când este impracticabilă efectuarea examinării în modul obișnuit, de exemplu la pacienții care nu pot coopera datorită vârstei sau deficienței cognitive, este o practică bună să înregistrăm constatările într-un mod obișnuit și secvențial. Dacă anumite etape nu sunt efectuate, această omisiune trebuie consemnată, astfel încât cine citește descrierea ulterior să nu se întrebe dacă o anomalie nu a fost anterior descoperită. Unele aspecte ale examenului complet care au fost efectuate de rutină de neurologi în trecut acum sunt înconștient incluse, deoarece ele oferă informații limitate sau care se repetă – printre acestea sunt testele olfactive de exemplu, dar fiecare constatare poate avea un loc în circumstanțe speciale sau în coroborarea cu alte semne.

Meticulozitatea examenului neurologic trebuie de asemenea să fie guvernată de tipul problemei clinice pe care o prezintă pacientul. Pierderea unei jumătăți de oră pentru testarea funcțiilor cerebrale, cerebeloase, senzitivo-senzoriale, motorii și a a nervilor cranieni la un pacient care are nevoie de tratament pentru o simplă pareză compresivă de nerv ulnar nu are rost și este neeconomică. Examinarea trebuie de asemenea modificată în funcție de starea pacientului. Evident, multe părți ale examenului nu pot fi efectuate la un pacient comatos; de asemenea, nou-născuții și copiii mici, ca și pacienții cu o afecțiune psihiatrică trebuie examinați într-un mod special.

Trebuie incluse părți din examenul fizic general care pot fi informative în mod particular la pacientul cu boală neurologică. De exemplu, măsurarea frecvenței cardiace și a presiunii arteriale, ca și auscultarea vaselor carotide și a cordului sunt esențiale la un pacient cu accident vascular cerebral. De asemenea, inspectarea tegumentului poate

dezvălui o serie de situații care țin de cauze congenitale, metabolice și infecțioase ale afecțiunilor neurologice.

EXAMINAREA PACIENȚILOR CARE SE PREZINTĂ CU SIMPTOME NEUROLOGICE

Sunt disponibile numeroase ghiduri referitoare la examinarea sistemului nervos (vezi referințele de la sfârșitul acestui capitol). Pentru un raport complet al acestor metode, se recomandă cititorului consultarea monografiilor despre acest subiect, incluzând cele ale lui Bickerstaff și Spillane, Campbell (DeJong's Neurological Examination) și a membrilor echipei Clinicii Mayo, fiecare dintre ele abordând subiectul oarecum dintr-un punct de vedere diferit. Există un număr neobișnuit de mare de teste ale funcției neurologice și nu ne propunem să le revedem în detaliu aici. Unele sunt descrise în capitolele ulterioare care se ocupă cu anomalii ale gândirii, nervilor cranieni, și ale funcțiilor motorii, senzitive și vegetative. Multe teste sunt cu valoare îndoielnică sau constituie repetarea unor teste mai simple și de aceea nu trebuie învățate de studenții de neurologie. Dacă le-am efectua pe toate la un singur pacient, ar necesita mai multe ore, și în majoritatea cazurilor nu l-ar face pe examinator mai înțelept. Pericolul în ceea ce privește această abordare a testelor clinice este să le privim ca indicatori ai unei boli particulare, mai degrabă decât pentru descoperirea funcționării anormale a sistemului nervos. Următoarele abordări sunt relativ simple și furnizează cele mai utile informații.

Testarea funcțiilor corticale superioare

Aceste funcții sunt testate în detaliu dacă istoricul sau comportamentul pacientului au furnizat un motiv să suspectăm afectarea lor. În mare, examinarea statusului mental are două componente majore, deși separarea este într-un fel artificială: aspectele psihiatrice care încorporează afectul, dispoziția, normalitatea proceselor de gândire și conținutul, și aspectele cognitive care includ starea de conștiință, atenția, limbajul, memoria, abilități vizuospatiale și alte abilități executive.

Întrebările sunt în primul rând direcționate pentru a determina orientarea pacientului în timp și spațiu, și cu privire la problema lui medicală curentă. Atenția, viteza cu care răspunde, abilitatea de a oferi răspunsuri relevante la întrebări simple și capacitatea unui efort mental susținut și coerent, toate se pot aprecia prin observare directă. Există multe teste utile la patul pacientului pentru a evalua atenția, concentrarea, memoria și claritatea gândirii, care includ repetarea unor serii de cifre în ordine crescătoare și descrescătoare, scăderea din 3 în 3 sau din 7 în 7 din o sută, sau memorarea și repetarea a trei cuvinte sau a unei povești scurte după un interval de 3 minute. Proceduri de examinare mai detaliate se găsesc în Cap. 20, 21, 22, 23. Datele relatate de pacient despre boala lui curentă, date referitoare la spitalizare și amintirile zilnice ale incidentelor recente sunt teste excelente pentru evaluarea memoriei; modul în care pacientul își descrie

Respectarea dreptului pacientului

boala, alegerea cuvintelor (vocabularul) și sintaxa oferă informații despre limbaj și coerența gândirii.

Dacă există anumite semne sugestive pentru o anomalie de vorbire sau de limbaj, trebuie evaluată vorbirea spontană a pacientului. În plus, trebuie testate acuratețea cititului, scrisului și silabisirii, executarea comenzilor verbale, repetarea cuvintelor și a frazelor spuse de examiner, numirea obiectelor și a părților din obiecte, și rezolvarea problemelor de logică simplă.

Capacitatea de a executa sarcinile solicitate (praxia) are o mare pondere în evaluarea mai multor aspecte ale funcției corticale. Împărțirea în două a unei linii, desenarea unui ceas, a planului casei, sau a hărții țării și copierea de figuri sunt teste utile pentru evaluarea percepției vizuospatiale și sunt indicate în cazurile de suspiciune de boală cerebrală. Testarea limbajului, a cogniției și a altor aspecte ale funcțiilor cerebrale superioare sunt abordate în Cap. 21, 22, 23.

Examinarea nervilor cranieni

Funcția nervilor cranieni trebuie investigată mai complet la pacienții care au simptome neurologice decât la cei care nu au. Dacă se suspectează o leziune în fosa craniană anterioară, mirosul trebuie testat la fiecare nară; apoi trebuie determinat dacă mirosurile pot fi deosebite. Câmpurile vizuale pot fi evaluate folosind testarea prin confruntare, în mod ideal testând fiecare ochi separat. Dacă se suspectează o anomalie, trebuie verificat perimetrul și căutatele scotoamele pe câmpul tangent, sau cu o acuratețe mai mare, prin campimetrie computerizată. În continuare trebuie observate diametrul pupilar și reactivitatea la lumină, direct, consensual și în timpul convergenței, poziția pleoapelor și tipul mișcărilor oculare. Detalii despre aceste teste și interpretarea lor se găsesc în Cap. 12, 13 și 14.

Sensibilitatea feței este testată cu un ac și câteva tampoane de bumbac. De asemenea, poate fi determinată prezența sau absența reflexelor corneene, direct și consensual.

Mișcările faciale trebuie observate în timp ce pacientul vorbește și zâmbește, deoarece o asimetrie discretă poate fi mai evidentă în aceste circumstanțe decât la mișcările la comandă.

Meatul auditiv și membrana timpanică trebuie inspectate cu ajutorul unui otoscop. Un diapazon cu frecvență înaltă (512 Hz) plasat lângă ureche și pe mastoidă poate evidenția diminuarea auzului și diferențiază surditatea de cauză periferică legată de urechea medie (de conducere) de cea neurală (centrală). Audiograma și alte teste specifice ale funcției auditive și vestibulare sunt necesare dacă există suspiciunea de afectare a nervului vestibulocohlear sau a cohleei și sistemului labirintic (vezi Cap. 15). Corzile vocale trebuie inspectate cu instrumente speciale dacă se suspicionează afectare bulbară sau a nervului vag, în special când există răgușeală. Ascensionarea faringiană voluntară și reflexele provocate își au rostul dacă există un răspuns asimetric; absența bilaterală a reflexului faringian este rareori semnificativă. Inspecția limbii, atât în protruzie cât și in situ, este folositoare; pot fi obiectivate atrofii și fasciculații

și poate fi detectat deficitul motor. Ușoara deviere a limbii în protruzie ca descoperire unică poate fi de obicei ignorată, dar o deviere majoră indică o disfuncție a nervului hipoglos și a mușchiului ipsilateral. Pronunția cuvintelor trebuie notată. Trebuie testate mișcarea maxilarului și reflexul de ținere a buzelor, reflexul bucal și reflexul de suțiere, în mod particular dacă există o suspiciune de disfagie, dizartrie sau disfonie.

Testarea funcției motorii

În evaluarea funcției motorii, cele mai informative aspecte sunt observarea vitezei și forței mișcărilor și a masei (volumului) musculare, a tonusului și coordonării, iar acestea sunt evaluate în contextul stării reflexelor osteotendinoase. Menținerea brațelor în supinație împotriva gravitației este un test util: brațul cu deficit motor va obosi primul și în scurt timp va începe să coboare, sau în cazul unei leziuni corticospinale va adopta o poziție mai naturală de pronație (tendința la pronație). Forța membrilor inferioare poate fi testată cu pacientul în decubit ventral și genunchii flectați, observând devierea în jos a membrului paretic. În poziție de supinație în repaus, deficitul cauzat de leziuni de neuron motor central determină rotația externă a șoldului.

Este esențială expunerea membrilor și inspectarea lor pentru atrofii și fasciculații. Tulburări ale mișcării și posturii, dar și tremorul, pot fi descoperite prin observarea membrilor în repaus și în mișcare (vezi Cap. 4, 5 și 6). Astfel, pacientul trebuie observat în timp ce ține brațele întinse în pronație și în supinație; când execută sarcini simple, ca atingerea alternativă a propriului nas și a degetului examinerului; când efectuează mișcări rapide alternative care necesită accelerare și decelerare bruscă și schimbări de direcție, ca atingerea unei mâini de cealaltă în timpul pronației și supinației alternative a antebrăului; atingerea rapidă a policelui de vârful fiecărui deget; și când execută sarcini simple ca încheierea nasturilor, deschiderea unui ac de siguranță, sau mânguirea obiectelor obișnuite. Evaluarea forței musculare a membrilor inferioare cu pacientul în pat este adesea neconcludentă; poate părea să fie o pareză ușoară sau deloc, deși pacientul nu se poate ridica de pe un scaun sau dintr-o poziție în genunchi fără ajutor. Glisarea călcâiului în jos pe creasta tibială, atingerea alternativă a degetului examinerului cu degetul de la picior și a genunchiului opus cu călcâiul, și atingerea ritmică a călcâiului de creasta tibială sunt singurele teste de coordonare care trebuie efectuate în pat.

Testarea reflexelor

Testarea reflexelor bicipital, tricipital, supinator-brahioradial, rotulian, achilean, cutanate abdominale și plantar permite o evaluare adecvată a activității reflexe a măduvei spinării. Provocarea reflexelor de întindere musculară (tendinoasă) necesită ca mușchii implicați să fie relaxați; reflexele diminuate sau greu de obținut pot fi favorizate de contracția voluntară a celorlalți mușchi (manevra Jendrassik).

Reflexul plantar poate fi grevat de unele dificultăți, deoarece o serie de reacții diferite în afară de reflexul Babinski pot fi evocate prin stimularea plantei piciorului

de-a lungul marginii externe de la călcâi la degete. Acestea sunt: (1) răspunsul normal, rapid, de evitare, de nivel înalt, care determină retragerea piciorului și a membrului; (2) reflexul patologic spinal, mai lent, flexor nociceptiv (de apărare) (flexia genunchiului și a șoldului și dorsiflexia degetelor și piciorului, "tripla flexie"). Dorsiflexia degetului mare și evazarea celorlalte degete ca parte din reflexul precedent este bine-cunoscutul semn Babinski (vezi Cap. 3); (3) reflexele de grasping plantar; și (4) reacțiile de sprijin la sugari. Răspunsurile de evitare și de retragere interferează cu interpretarea semnului Babinski și pot fi uneori depășite prin utilizarea unuia sau mai multor stimuli alternativi (de exemplu, comprimarea gambei sau a tendonului lui Achile, atingerea bruscă a degetului patru de la picior, comprimarea descendentă a crestei tibiale, ridicarea piciorului sănătos și altele) sau lăsând pacientul să-și zgârie propria plantă. Absența reflexului cutanat superficial la nivel abdominal, cremasterian sau al altor mușchi reprezintă teste auxiliare folositoare pentru detectarea leziunilor corticospinale, în special când sunt unilaterale.

Testarea funcției senzitive

Deoarece această parte a examinării se poate realiza numai pe baza răspunsurilor subiective ale pacientului, necesită cooperarea considerabilă a acestuia. Din același motiv, este o etapă supusă supraestimării și sugestibilității. De obicei, testarea sensibilității este rezervată pentru sfârșitul examinării, iar dacă rezultatele sunt de încredere, nu ar trebui să se prelungească mai mult de câteva minute. Fiecare test trebuie explicat pe scurt; prea multe discuții cu un pacient meticolos și introspectiv încurajează raportarea variațiilor minore ale intensității stimulului, care nu au niciun sens.

Nu este necesară examinarea tuturor ariilor suprafeței pielii. O examinare rapidă a feței, gâtului, brațelor, trunchiului și picioarelor cu un ac necesită doar câteva secunde. De obicei se caută diferențele între cele 2 părți ale corpului (este mai bine să întrebăm dacă stimulii de la nivelul părților opuse ale corpului se simt la fel, decât să întrebăm dacă se simt diferit), un nivel sub care sensibilitatea este pierdută, sau o zonă cu analgezie relativă sau absolută (pierderea sensibilității dureroase) sau anestezie (pierderea sensibilității tactile). Regiunile cu deficit senzitiv pot fi ulterior testate mai atent și cartografiate. Este recomandată mișcarea stimulului dintr-o zonă cu sensibilitate diminuată într-o zonă normală, deoarece se îmbunătățește percepția unei diferențe. Descoperirea unei zone cu sensibilitate crescută ("hiperestezie") atrage atenția asupra unei perturbări a sensibilității superficiale.

Sensibilitatea vibratorie poate fi testată prin compararea pragului la care pacientul și examinatorul pierd percepția la nivelul proeminențelor osoase similare. Sugerăm înregistrarea secundelor cât timp examinatorul percepe vibrația la nivelul maleolei, degetului de la picior sau mână după ce pacientul afirmă că diapazonul nu mai vibrează.

Variațiile sensibilității de la o examinare la alta reflectă diferențele în tehnica examinării și de asemenea

inconsistențele în răspunsurile pacientului. Testarea sensibilității este descrisă în detaliu în Cap. 8 și 9.

Testarea mersului și a poziției corpului

Examinarea este încheiată prin observarea pacientului în timp ce se ridică de pe un scaun, stă în ortostatism și merge. O anomalie a poziției corporale sau a mersului poate fi cea mai evidentă sau singura anomalie neurologică, ca în unele cazuri de anomalii cerebeloase sau de lob frontal; o deteriorare a posturii și a mișcării înalt automate de adaptare în mers pot oferi cele mai precise indicii diagnostice în boli ca maladia Parkinson. Solicitând pacientului să meargă în linie dreaptă (punând un picior în fața celuilalt, cu călcâiul piciorului din față atingând degetele celui din spate), sau pe marginea plantelor, se poate pune în evidență un deficit de echilibru sau posturi distonice la nivelul mâinilor sau trunchiului. Săritul sau statul într-un picior pot de asemenea trăda un deficit de echilibru sau deficit motor. Ortostatismul cu picioarele lipite și ochii închiși va scoate în evidență dezechilibrul datorat pierderii sensibilității (testul Romberg) care este de obicei atribuită unei anomalii a fibrelor senzitive cu diametru mare de la nivelul nervilor și a cordoanelor posterioare ale măduvei spinării. Anomaliile mersului sunt discutate în Cap. 7.

TESTAREA PACIENTULUI FĂRĂ SIMPTOME NEUROLOGICE (EXAMENUL NEUROLOGIC DE RUTINĂ)

În această situație este de dorit să fim concisi, dar orice test trebuie efectuat atent și însoțit de notarea rezultatelor acestuia. Notarea exactă a informațiilor negative poate fi folositoare în raport cu unele posibile viitoare boli ce necesită examinare. Așa cum se arată în Tabelul 1-4, orientarea pacientului, capacitatea de înțelegere, judecata și integritatea limbajului sunt evaluate cu ușurință în timpul anamnezei. Referitor la nervii cranieni, ar trebui

Tabelul 1-4

EXAMENUL NEUROLOGIC SUMAR AL PACIENTULUI CU PATOLOGIE MEDICALĂ SAU CHIRURGICALĂ (EFECTUAT ÎN 5 MINUTE SAU MAI PUȚIN)

1. Orientare, perspectiva asupra bolii, limbaj - evaluate în timpul anamnezei
2. Mărimea pupilelor, reactivitatea la lumină, acuitate vizuală și auditivă
3. Mișcările ochilor, feței, limbii
4. Examinarea brațelor întinse pentru atrofii, pronația sau devierea în jos, tremor, forța de apucare și dorsiflexia încheieturii mâinii
5. Reflexele bicipital, supinator și tricipital
6. Inspectia membrelor inferioare în timpul flexiei și extensiei active a șoldurilor, genunchilor și picioarelor
7. Reflexele patelar, achilean și plantar
8. Sensibilitatea vibratorie la nivelul degetelor membrelor superioare și inferioare
9. Testarea coordonării prin testele indice-nas și călcâi-creasta tibială
10. Mersul

Respect pentru oameni și cărți

testate mărimea pupilelor și reactivitatea lor la lumină, mișcările oculare, acuitatea vizuală și auditivă și mișcările feței, palatului și ale limbii. Pentru membrele superioare de obicei sunt suficiente următoarele: observarea brațelor goale întinse pentru atrofii, deficit motor (pronație), tremor, sau mișcări anormale; verificarea forței de apucare a mâinilor și dorsiflexia încheieturii mâinii; întrebările despre anomalii senzitive; și testarea reflexelor bicipital, brahioradial și tricipital. Inspecția membrelor inferioare în timp ce piciorul, degetele, genunchii și șoldurile sunt flectate și extinse în mod activ, testarea reflexelor patelar, achilian și plantar, testarea sensibilității vibratorii și a sensibilității proprioceptive la nivelul degetelor, evaluarea coordonării prin solicitarea pacientului să își atingă alternativ propriul nas și degetul examinadorului și prin glisarea călcâiului în sus și în jos pe fața piciorului opus, precum și observarea mersului completează părțile esențiale ale examinării neurologice.

Această întregă procedură adaugă doar câteva minute examenului fizic, dar efectuarea de rutină a acestor câteva teste simple oferă indicii asupra prezenței unei boli de care pacientul nu știe. De exemplu, descoperirea absenței reflexului lui Achile asociată cu sensibilitate vibratorie diminuată la nivelul picioarelor și membrelor inferioare atrage atenția medicului asupra unei posibile neuropatii diabetice sau nutriționale, chiar dacă pacientul nu raportează simptome.

PACIENTUL COMATOS

Deși are limitări evidente, examinarea atentă a pacientului stuporos sau comatos dezvăluie informații considerabile referitoare la funcția sistemului nervos. Este de remarcat faptul că, exceptând funcția cognitivă, aproape toate părțile sistemului nervos, inclusiv nervii cranieni, pot fi evaluați la pacientul comatos. Demonstrarea semnelor de boală focală cerebrală sau la nivelul măduvei spinării sau a iritației meningeale este folositoare în diagnosticul diferențial al cauzelor ce produc stupor și comă. Adaptarea examenului neurologic la pacientul comatos este descrisă în Cap. 17.

PACIENTUL PSIHIATRIC

Suntem obligați ca la examinarea pacienților cu probleme psihiatrice să ne bazăm mai puțin pe cooperarea pacienților și să fim de obicei critici în legătură cu afirmațiile și opiniile lor. De exemplu, pacientul deprimat poate percepe tulburări de memorie sau deficite motorii când de fapt nu există nici amnezie, nici reducerea forței, iar sociopatul și istericul pot simula pareza. Opusul este la fel de frecvent adevărat: pacienții psihotici pot face observații exacte referitoare la simptomele lor, doar că le ignoră datorită stării lor mentale. Este bine să ținem minte că și pacienții cu cele mai severe boli psihiatrice sunt subiecții tuturor bolilor neurologice tipice pentru vârsta lor.

Dacă pacientul va vorbi și va coopera chiar și într-o

mică măsură, pot fi testate multe aspecte legate de integritatea funcțională a diferitelor părți ale sistemului nervos. Din maniera în care pacientul exprimă ideile și răspunde la comenzile verbale sau scrise este posibil să determinăm dacă există halucinații sau idei delirante, tulburări de memorie sau alte simptome ale bolii cerebrale numai prin urmărirea și ascultarea pacientului. Mișcările oculare și câmpul vizual pot fi testate cu acuratețe convenabilă prin observarea răspunsului pacientului la un stimul în mișcare sau la o amenințare în câmpul vizual. Funcțiile nervilor cranieni, motorii și reflexe sunt testate în maniera obișnuită, dar trebuie reținut că examenul neurologic niciodată nu este complet dacă pacientul nu vorbește sau nu cooperează la testare. Uneori, pacienții muți sau care se opun și care au fost considerați psihotici s-au dovedit a avea o afectare cerebrală extinsă, ca encefalopatia hipoxică sau hipoglicemică, o tumoră cerebrală, o leziune vasculară, sau leziuni demielinizante extinse.

NOU-NĂSCUȚII ȘI COPIII MICI

Cititorul este îndrumat să consulte metodele speciale de examinare descrise de Andre-Thomas și colegii, Volpe și membrii echipei de la Clinica Mayo, care sunt listate în referințe și descrise în Cap. 28. Multe dintre aceste volume se referă la aspectele legate de dezvoltarea sistemului nervos al copilului, și deși unele semne sunt dificil de obținut datorită vârstei pacientului, ele încă reprezintă cele mai bune repere ale examenului neurologic la copil.

EXAMENUL MEDICAL GENERAL

Examenul medical general pune frecvent în evidență dovezile unei boli sistemice subiacente care afectează secundar sistemul nervos. De fapt, multe dintre problemele neurologice cele mai serioase sunt de acest fel. Două exemple comune vor fi suficiente: adenopatia sau un infiltrat pulmonar implică neoplazia sau sarcoidoza drept cauza parezei multiple de nervi cranieni; iar prezența febrei de intensitate mică, a anemiei, suflului sistolic și splenomegaliei la un pacient cu accident vascular de cauză necunoscută indică diagnosticul de endocardită bacteriană cu ocluzie embolică a arterelor cerebrale. Examinarea unui pacient cu patologie vasculară este incompletă fără căutarea hipertensiunii, suflului carotidian, suflului cardiac și a ritmului cardiac neregulat.

IMPORTANȚA CUNOȘTINȚELOR PRACTICE DE NEUROANATOMIE, NEUROFIZIOLOGIE, GENETICĂ MOLECULARĂ, NEUROIMAGISTICĂ ȘI NEUROPATOLOGIE

Odată stăpânită tehnica obținerii datelor clinice de încredere, studenții și rezidenții se pot simți deficitari

în interpretarea datelor datorită unei lipse de cunoștințe în științele neurologice de bază. Din acest motiv, fiecare dintre capitolele ulterioare care se ocupă cu sistemul motor, sensibilitate, simțuri speciale, conștiență, memorie și limbaj va conține în introducere o revizuire a datelor anatomice și fiziologice necesare pentru înțelegerea anomaliilor clinice asociate.

Ca un minim de cunoștințe de bază, medicii ar trebui să știe anatomia tractului corticospinal, unitatea motorie (celula din cornul anterior, nervul și mușchiul), conexiunile motorii ale ganglionilor bazali și ale cerebelului, căile senzitive principale, nervii cranieni, hipotalamusul și glanda pituitară, formațiunea reticulată a măduvei spinării și talamusul, sistemul limbic, ariile cortexului cerebral și conexiunile lor majore, sistemele vizuale, auditive și vegetative, precum și căile de circulație a lichidului cefalorahidian. Cunoștințele practice de neurofiziologie ar trebui să includă înțelegerea excitabilității neuronale și a propagării impulsului nervos, transmiterea neuromusculară și contractilitatea musculară, activitatea reflexă spinală, neurotransmiterea centrală, procesele de excitabilitate, inhibiție și eliberare neuronală, și activarea corticală și generarea de crize. Genetica și biologia moleculară a bolilor neurologice au căpătat o importanță crescândă în ultimele decade. Practicianul ar trebui să fie familiarizat cu terminologia geneticii mendeliene și mitocondriale și cu principalele aberații ale codului genetic care duc la boli neurologice.

Disponibilitatea largă a imagisticii oferă posibilitatea localizării și diagnosticului etiologic cu contribuție limitată a metodelor clinice tradiționale. Neurologul cu cunoștințe teoretice solide trebuie să fie familiarizat cu tehnica imagistică optimă pentru a descoperi cauza structurală a multitudinii de cazuri clinice întâlnite în practică, aspectul imagistic specific fiecărui caz, și riscurile și capcanele imagisticii.

Din punct de vedere practic, diagnostic și terapeutic, credem că neurologul este ajutat de cunoașterea anatomiei patologice – de exemplu, modificările neuropatologice produse de procese patologice ca infarctul, hemoragia, demielinizarea, traumatismul fizic, compresivitatea, inflamația, neoplasmul și infecția, ca să le numim pe cele mai comune. Experiența privind aspectul macroscopic și microscopic ale acestor procese patologice sporește considerabil abilitatea de a explica efectele lor clinice. Capacitatea de a vizualiza anomaliile legate de boală la nivelul nervului și mușchiului, creierului și măduvei spinării, meningelui și vaselor sanguine oferă o înțelegere profundă cu privire la ce elemente clinice ar trebui să ne așteptăm la o anumită boală și ce elemente sunt de nesusținut sau inconsistente cu un anumit diagnostic. Un avantaj adițional al contactului cu neuropatologia este, desigur, faptul că medicul poate evalua modificările patologice și rapoartele materialelor obținute prin biopsie. Pentru multe afecțiuni există o reprezentare paralelă a neuropatologiei prin intermediul unor tehnici imagistice variate. Aceasta permite medicului să deducă patologia din aspectul imagistic.

Din descrierea anterioară a abordării clinice este evident că folosirea ajutorului din partea testelor de laborator, incluzând imagistica în diagnosticul bolilor

sistemului nervos, este în mod ideal precedată de examinare clinică riguroasă. Ca în toată medicina, testele de laborator pot fi planificate inteligent doar pe baza datelor clinice. A inversa acest proces este păgubos din punct de vedere al resurselor medicale și predispune la descoperirea de informații irelevante, iar în unele cazuri poate expune pacientul la un risc inutil.

În prevenția bolii neurologice, totuși, abordarea clinică în sine este insuficientă; de aceea, din necesitate, se recurge la două alte abordări, anume, folosirea informației genetice și a testelor screening de laborator. Testele screening biochimice sunt aplicabile la nivelul unei populații întregi și permit identificarea bolilor neurologice la indivizi, în principal nou-născuți și copii, la care apar primele simptome; în unele boli, tratamentul poate fi instituit înainte ca sistemul nervos să fi suferit o afectare. Similar, la adulți, screening-ul pentru ateroscleroză și cauzele metabolice ale acesteia este folositor la anumite populații ca metodă de prevenție a accidentului vascular cerebral. Informația genetică permite neurologului să stabilească diagnosticul anumitor boli și să identifice pacienții și rudele cu risc de a dezvolta unele boli.

Examenle de laborator care sunt disponibile pentru diagnosticul neurologic sunt discutate în capitolul următor și în Cap. 45, la neurofiziologia clinică. Principiile relevante ale metodelor de screening genetic și de laborator pentru predicția bolii sunt prezentate în discuția depre boala la care sunt aplicabile.

LIMITELE METODEI CLINICE

Dacă cineva aderă la metoda de abordare clinică, diagnosticul neurologic este mult simplificat. În majoritatea cazurilor se poate ajunge la un diagnostic anatomic. Totuși, chiar după cea mai asiduă aplicare a examenului clinic și a metodelor de laborator, sunt numeroși pacienți ale căror boli scapă diagnosticului. În aceste circumstanțe am fost frecvent ajutați de următoarele perspective:

Așa cum s-a menționat mai devreme, când semnul principal a fost interpretat greșit – dacă un tremor a fost luat drept ataxie sau slăbiciune – abordarea clinică este deviată din start. Concentrează analiza clinică pe simptomul și semnele principale și evită să fii distras de semne minore și date clinice nesigure.

Cum lecțiile de psihologie cognitivă au fost aplicate pentru analiza de erori în diagnosticul medical, au fost identificate mai multe metode euristice (regula empirică) ca fiind atât necesare pentru procesul de diagnostic cât și capcane majore pentru medicul neatent. Avantajul conștientizării existenței acestor euristici constă în oportunitatea de a încorpora strategii corectoare când sunt folosite scurtături. Investigatorii ca Redelmeier au formulat următoarele categorii de greșeli cognitive care sunt comune în atingerea diagnosticului:

- Efectul de încadrare reflectă cântărirea excesivă a datelor specifice inițiale în prezentarea problemei.
- Euristica de ancorare în care o impresie inițială nu poate fi ajustată ulterior pentru a încorpora date noi.