



ANAMNEZA NEUROLOGICA

Dr. Raluca Popescu



Particularitatile anamnezei neurologice :

- Focusata si directionata pentru a afla raspunsul la urmatoarele intrebari:
 - *Care parte a sistemului nervos este implicata in procesul patologic si duce la aparitia simptomelor? Este o leziune unica? Este un process difuz ce afecteaza mai multe sisteme neurologice?*
 - *Care este procesul patologic implicat? (vascular, inflamator, degenerativ,...)*
 - *Este strict o problema neurologica sau este o manifestare neurologica a unei boli sistemice?*
- Anamneza rudelor sau insotitorilor este relevanta in special in cazurile in care exista pierderea starii de constienta sau modificari comportamentale sau ale statusului cognitive.

Abordarea pacientului

- Interviu relaxat in care pacientul isi descrie simptomele prin propriile cuvinte
- Pentru fiecare simptom trebuie obtinuta caracterizarea legata de: severitate si mod de instalare
- Modul in care simptomatologia ii afecteaza activitatea , viata sociala sau emotiile
- Cronologia simptomelor este importanta; de evaluat simptomele initiale

Informatiile de baza

- Varsta: cauza cea mai probabila pentru un anumit simptom e diferita in fct de varsta
- Indemanarea (mana dominant): aprox toti dreptacii si $\sim \frac{3}{4}$ stangaci au ca emisfer dominant pentru limbaj - emisferul stg - important in localizarea unei leziuni
- Simptomul principal – cateodata poate fi greu de apeciat, este utila o lista a problemelor si gradarea lor ca importanta.
- La o boala cronica sunt importante simptomele nou aparute

Simptome de prezentare

- Cefalee, durere faciala
- Durere la nivelul gatului sau coloanei vertebrale
- Caderi, sincope
- Ameteala sau vertij
- Tulburari vizuale, de auz sau miros
- Tulburari de mers
- Tulburari senzoriale sau slabiciune la nivelul membrelor
- Tulburari ale controlului sfincterian (vezica urinara, intestin)
- Miscari involuntare sau tremor
- Tulburari de deglutitie sau ale vorbirii
- Alterari ale constientei

Cursul temporal al simptomelor

- **Debut acut (min-ore):** afectare vasculara sau convulsiva
 - *Evenim. precipitant: ex efort fizic*
 - *Aura: localizata (gust neobisnuit, halucinatii auditive etc) sau nelocalizata (senzatie de frica/anxietate)*
- **Debut subacut (ore-zile):** afectiuni inflamatorii (meningite, abcese, Guillan-Barre, miopatii)
- **Debut cronic:** procese tumorale, boli degenerative

Modificarea in timp a simptomelor/ bolii (1)

- Identificarea unui patern (tipar) de progresie a simptomelor este importanta pentru un dg diferential
 - 1. Evolutie episodica: convulsii sau pierderi ale starii de constienta - intrebari legate de cel mai recent episod si structurare istoric pe: “inainte” , “in timpul” si “dupa”

Modificarea in timp a simptomelor/ bolii (2)

- *Descrierea episodului:*

- Timpul de debut al simptomelor trebuie sa fie cat mai exact (expl tromboliza pt AVC are limita de timp)
- Ce s-a intamplat imediat inainte de episod? (circumstantele pot duce la identificarea cauzei)
- Ce activitatea desfasura in timpul episodului? A fost afectata?
- In ce pozitie se afla pacinetul? (culcat, sezand, in picioare..)
- Factori precipitate precum lipsa de somn sau consum excesiv de alcool?
- Evenimentele cu recurenta se intampla tot timpul in acelesi circumstante? (hipoten orto, pt vertij reapartie la miscarea capului sau ridicarea din clino in orto,)

Ce s-a intamplat in timpul episodului?

-existent unui martor este importanta mai ales cand exista pierderea starii de constienta sau convulsii

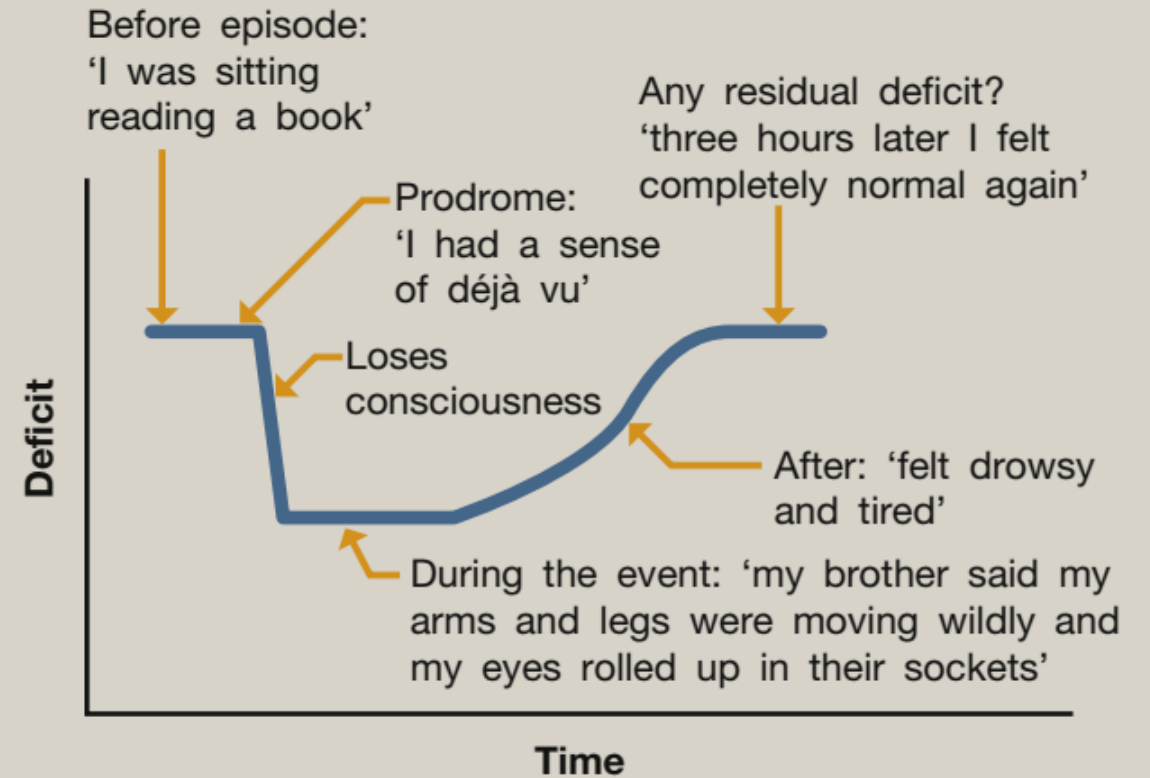
- Prezenta simptomelor insotitoare (prodrom)

- Statusul post episode

- N.B. diagnosticul de sincopa se face anamestic

A line chart showing a patient's description of the events surrounding their most recent loss of consciousness

Visualizing the pattern of an individual episode helps the clinician distinguish this problem as a probable seizure disorder and sets the scene for a more focused, organized history.



Modificarea in timp a simptomelor/ bolii (3)

- Tiparul aparitiei episoadelor:

- *Daca simptomele sunt recurente – intrebari legate de primul episode si de periodicitatea aparitei urmatoarelor si durata lor*
- *Pentru epilepsie este util de intrebat interevalul cel mai mare liber de convulsii; la femei cefalee si convulsiile pot fi legate de ciclul menstrual*

Modificarea in timp a simptomelor/ bolii (4)

■ 2. Fluctuatii ale nivelului severitatii simptomelor:

- *Bolile inflamatorii sau autoimune (scleroza multipla -SM sau miastenia gravis) au simptome episodice dar pe o perioada mai lunga de timp; nivelul de functionalitate difera in timp in special inainte si dupa tratament*
- *Sunt utile interbari legate de timpul de executie al unei sarcini: mers pe jos fara sprijin, imbracat, spalat etc. ; exista scale de scor clinice (Expanded Disability Status Scale pentru SM)*
- *Pentru miastenie pacientul trebuie intrebat de fatigabilitate, pt SM de agravare in timpul verii – fen Uhthoff*
- *evolutia simptomelor este relevanta – tipul de SM (recurrent remisiva..)*

Modificarea in timp a simptomelor/ bolii (5)

3. Evolutie progresiva

Bolile progressive: boala Alzheimer, boala neuronului motor

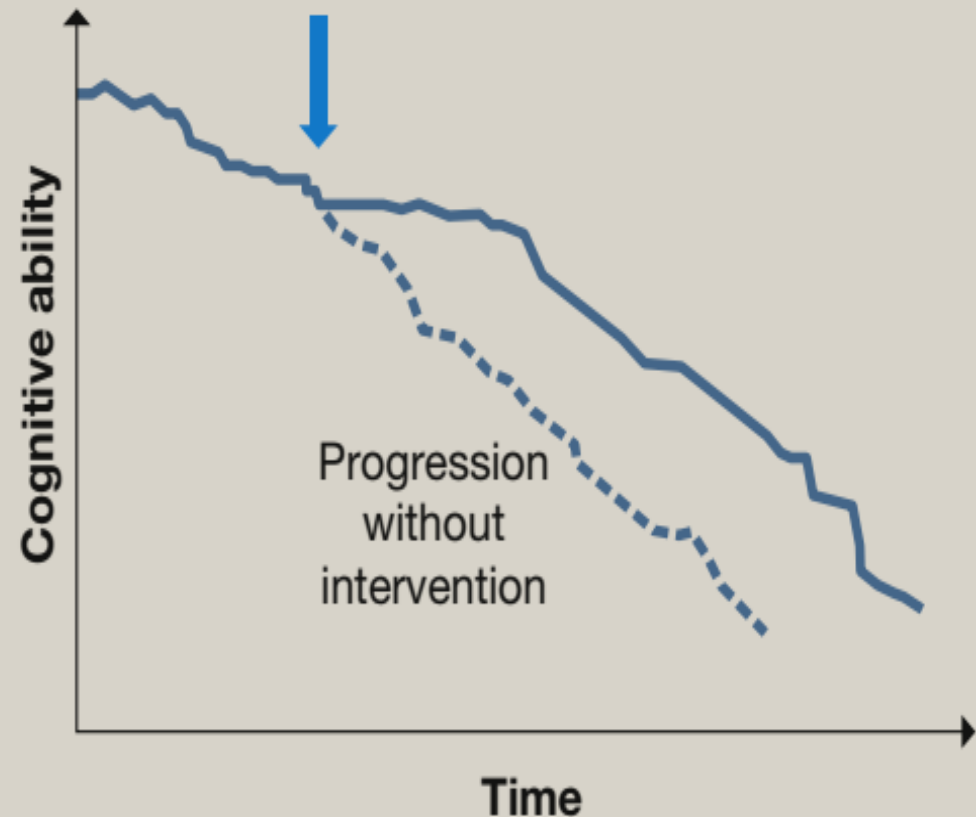
Important de determinat viteza de progresie pentru un management adecvat

Cand au aparut prima data simptomele? Cat de repede au evoluat?

Alzheimer's dementia typifies a progressive neurological disease

There is an unrelenting decrease in cognitive ability over time, measured by mini-mental test scores for example.

Treatments, as shown by the arrow, may alter the disease course but will not reverse it.



Localizarile afectarii neurologice:

Anatomia:

- *Sistemul nervos* consta in: creier, maduva spinarii (sistem nervos central, SNC) si nervi periferici (sistem nervos periferic , SNP). SNP include sistemul nervos autonom
- *Unitatea functionala* : neuronul
- Astrocitele si microgliile asigura suportul structural

Localizarile afectarii neurologice:

- **Afectarea corticala** poate fi sugerata de:
 - *Crize epileptice*
 - *Tulburari de limbaj*
 - *Alterari ale starii de constienta*
 - *Simptome cognitive si psihiatrice (dementa)*
 - *Psihoze organice*
 - *Hemipareze*
 - *Tulburari de camp vizual*
 - *Afectari hemisenzoriale*

Localizarile afectarii neurologice:

- Afectarea corticala poate fi data de:
 - *Boli vasculare*
 - *Tumori*
 - *Abcese*
 - *Traumatisme*
 - *Atrofii sau infectii ale lobului temporal*

Localizarile afectarii neurologice:

- Lobul frontal: (responsabil cu functiile de planificare si executie)
 - *Dezinhibitie, tulburari ale personalitatii si dispozitiei, incontineneta urinara*
- Lobul parietal: (de diferentiat leziunile periferice- temperature, propioceptie)
 - *Agnozie (puteti spune ce tineti in mana daca inchideti ochii?)*
 - *Apraxie (inabilitatea de a face gesture si functii motorii complexe)*
 - *neatentie*
- lobul temoral:
 - *vorbirea si limbajul pot fi afectate daca este lezat lobul temporal dominant*
 - *memoria, in particular memeorie episodica*
 - *senzatie de “deja vu” precede crizele convulsive cu originea aici*
- lobul occipital:
 - *scotoame*

Localizarile afectarii neurologice:

■ afectarea extrapiramidala:

- *sindroamele ce afecteaza miscarea (Parkinson) duc la o incetinire a miscarilor caracterizata prin rigiditate si dificultati in activitati precum rotirea in pat sau intoarcerea pe loc prin lezarea substantei negre*
- *sdr hiperkinetice sunt date de leziuni ale putamenului (coreoatetoza-schimbari rapide in miscare)*
- *balismul (afect rara- miscari involuntare exagerate) – lez nucleu subtalamic*

Localizarile afectarii neurologice:

■ afectarea coloanei vertebrale:

- *sectionarea transversala la niv cervical: tetraplegie; la niv toracal sau lombar: paraplegie*
- *afectarea unilaterala sindromul 'Brown-Sequard'*
- *afectarea unei radacini nevoase: radiculopatie (hernie de disc, herpes zoster)*
- *afectarea nervilor periferici: slabiciune musculara, tulburari senzoriale.*
Debutul e important pt dg – afectarea din DZ e cu debut lent, Guillan –Barre e rapid

Punctele cheie ale anamezei:

- Relatarea simptomelor de catre pacient prin propriile cuvinte
- Explorarea fiecarui simptom in detaliu, evaluand evolutia si modul in care simptomele afecteaza abilitatea de functionare a pacientului
- Intrebati un martor cand exista problem legate de pierderea starii de constienta sau de cognitive
- Daca nu puteti formula un dg clinic neurologic, repetati anamneza pana decideti alte investigatii.

simptome principale

Cefaleea

- Unul din cele mai frecvente simptome
- Anamneza trebuie sa identifice:
 - *Localizare*
 - *Iradiere*
 - *Caracter si severitate*
 - *Durata*
 - *Conditii de aparitie*
 - *Conditii de disparitie*
 - *Fenomene insotitoare*

Tipuri de cefalee

Cefalee primara

- Cefalee de tensiune
- Migrena
- Cefalalgii vegetative trigeminale (inclusive cefaleea “cluster”)
- Cefaleea de tuse/efort/

Cefalee secundara

- Traumatism cervical sau cerebral
- Afectare vasculara cerebrala sau cervicala
- Afectare non-vasculara cerebrala/cervicala
- Utilizare de droguri recreationale
- Infectii

Debut si tipuri de cefalee

Episod acut unic

- hemoragie subarahnoidiana
- hipotensiune intracraniana idiopatica
- tromboza venoasa intracerebrala
- meningita/encefalita acuta

Acuta recurenta

- *migrena
- *cefalee de tensiune
- *cefaleea cluster

Progresiva subacuta

- hipertensiune intracraniana (tumora, abces)
- infectii
- arterita temporală

Cronica

- *sindromul cefaleei zilnice
- *migrena cronica
- *cefalee cervicala
- *medicamente (nitratii, dipiridamol)

Tipuri frecvente de cefalee

- De presiune
- Migrena
 - *Comuna (fara aura)*
 - *Cu aura*
- Cluster

Diferentiere migrena-cefalee de presiune

- Pulsatile
- 4-72 hOurs duration
- Unilateral
- Nausea/vomiting
- Disabling

POUND

Prezenta a ≥ 4 factori: migrena

Cefalee: intrebari orientative

- Cu ce seamana (ascutita, surda etc)
- Unde este localizata?
- Cat este de severa si cat dureaza?
- A inceput brusc si sever? (hemoragie subarahnoidiana)
- Ati avut elemente premonitorii (ex. puncte luminoase sau linii in zig-zag)?(migrena)
- Aveti sensibilitate la lumina (fotofobia)? (migrena)
- Aveti greata sau somnolenta? (cresterea presiunii intracerebrale)
- Aveti durere la nivelul unei temple si vedere dubla sau dureri mandibulare sau vedere incetosata? (arterita temporală)
- Durerea este mai mare la nivelul obrazilor? (sinuzita)
- Episoadele vin grupate si asociate cu lacrimare? (cefalee *cluster*)
- Aveti o senzatie prelungita de strangere sau presiune dar fara alte simptome? (cefalee de tensiune)
- Ati consumat cantitati mari de alcool in ultima seara?

Caracteristicile arteritei temporale:

- Diplopie
- Claudicatia mandibulei
- Senzatie de sensibilitate la niv scalpului
- Cefalee
- Tulburare de vedere



Accidentul vascular – caracteristici-

- Simptome cu debut in minute sau sunt prezente la trezirea din somn
- Problema focala in functionarea creierului
- Imposibilitatea miscarii unui hemicorp (hemiplegie) sau tulburare de vorbire sau inghitire
- Rezolutia rapida a simptomelor -> AIT

AVC si teritoriul vascular

- Teritoriul anterior (ACI)/contralateral leziunii:
 - *A cerebrala medie: hemipareza, hemianestezie, disfazie, dispraxie, tulb de camp visual*
 - *A. cerebrala anterioara: slabiciunea mb inf*
- Teritoriul post (vertebra-basilar)/ipsilateral leziunii: *defect de camp vizual, ataxie, diplopie, nistagmus, disartrie, disfagie, tulb de constienta*

Intrebari pentru pacientul (non-afazic) cu posibil AVC

- Cum ati sesizat ca exista o modificare in starea dvs?
- Cand a aparut modificarea? In cat timp s-a instalat?
- S-a imbunatatit intre timp?
- Ati mai avut vreodata vreun ep de AVC?
- Stiti daca aveti HTA sau colesterol crescut?(fact de risc)
- Sunteti diabetic? (fact de risc)
- Sunteti fumator? (fact de risc)
- Exista istoric de AVC familial?
- Stiti sa purtati dg de FiA sau aveti palpitatii?
- Luati tratament anticoagulant sau aspirina/clopidogrel?

Pierderi tranzitorii de constienta

- Cauze:

- *Sincopa:*

- vasovagala, situationala, sensibilitate sinus carotidian
 - cardiaca: aritmii, boala cardiaca structurala
 - Hipotensiunea ortostatica

- *Criza epileptica*

- *Functionala sau psihiatrica: hiperventilatia sau atacul de panica, crize psihogenice non-convulsive*

- *Hipoglicemia*

“Drop-attack”- cadere fara pierderea starii de constienta

Sincopa: intrebari orientative(1)

- V-ati pierdut constienta?
- Cat timp nu ati stiut de dvs?
- Ati lesinat/ametit cand v-ati ridicat in picioare? (hipotensiune ortostatica)
- Cat de des apar astfel de episoade?
- Ati avut senzatie de rotire? (vertij)
- A aparut in timpul efortului (afectare cardiaca) sau mictiunii/defecatiei (sincopa vagala)?
- V-ati lovit?

Sincopa: intrebari orientative(2)

- Ati avut elemente care au precedat episodul? (aura-epilepsie, greata/discomfort abdominal-sincopa vagala)
- Ati avut relaxare sfincteriana?
- Ati avut convulsii/miscari involuntare (in cazul in care a fost asistata)?
(epilepsie, dar pot aparea si in sincopa)
- V-ati revenit complet?
- Ce medicamente luati?

Diferentele intre sincopa vagala si criza epileptica

	Sincopa vaso-vagala	Criza epileptica
Factori precipitate (trigger)	Prezenti (durere, emotie,..)	In general absentii (abuz alcool, lipsa somnului, droguri)
Prodrom	Senzatie de slabiciune, tinitus, greata, tulb de vedere	Debut focal
Durata ep de pierdere a starii de constienta	< 60 secunde	1-2 minute
Convulsii	Pot aparea dar scurte misc mioclonice	De obicei tonico-clonice 1-2minute
Culoarea tegumentara	palid	Rosu-albastrui, posibil palid
Muscarea laterala a limbii	F rar (mai frecv vf)	Frecvent
Recuperare	Rapida, completa	Graduala, de ob in 30 min, confuz, amnezic

Ameteala si vertijul

- Important de aflat ce intelege pacientul prin ameteala:
 - *Vertijul adevarat: senzatie reala de miscare, de obicei ale mediului inconjurator dar si al capului*
- Fenomene insotitoare:
 - *Imposibilitatea ortostatismului/mersului*
 - *Greata/varsaturi*
 - *Paloare*
 - *Transpiratii*
 - *Cefalee*
 - *Tulburari auditive*

Exemple de vertij

- **Fara pierderea auzului**

- *Persistent: neuronita vestibulara*
- *Intermitent: vertijul pozitional benign*

- **Cu pierderea auzului**

- *Persistent: labirintita*
- *Intermitent (plus tinitus): boala Meniere*

Tulburari de vedere

- Diplopia = vedere dubla
- Ambliopia = vedere in ceata
- Fotofobia = sensibilitate la lumina
- Pierderea vederii tranzitorie/persistenta

Tulburari de limbaj

- Afazie

- *Tulburare la nivelul centrului dominant ce se ocupa cu simbolurile pt comunicare-limbaj*

- Dizartrie

- *Dificultate in articularea cuvintelor*

- Disfonie

- *Alterarea vocii cu reducerea volumului ca urmare a afectarii de corzi vocale*

Tulburari de sensibilitate

- **Hipoestezia** = reducerea sensibilitatii
- **Hiperestezia** = sensibilitate exagerata
- **Parestezia** = sensibilitate anormala (ex. intepaturi, arsura, ace etc)
- Cauze comune: compresie nervoasa sau neuropatie periferica

Slabiciune musculara

- Pot aparea in afectare la orice nivel: nerv periferic, maduva spinarii, cerebral
- *Sindrom de neuron motor superior (sdr. piramidal; tonusul muscular crescut, ROT vii exagerate, reflexele superficiale cutanate sunt abolite)*
- *Sindrom de neuron motor inferior (sdr. periferic, hipotrofie musculara, diminuarea sau chiar abolirea ROT)*
- *Afectare musculara*
- *Afectarea jonctiunii neuromusculare (miastenia gravis)*
- *Afectiuni non-organice (ex isteria)*

Tremorul si miscarile involuntare

- Tremor = miscari ritmice ale extremitatilor
- Frecventa:
 - *Lent: 3-5 hz*
 - *Rapid: >10 hz*
- Cand?
 - *De repaus: in timpul relaxarii musculare*
 - *Intentional: in timpul miscarii deliberate si cu accentuare catre finalul actiunii*

Definitii:

Akatisie	Neliniste motorie, evoie constanta de a efectua miscari fara un scop precis
Asterixis	Pirderea brusca a tonusului muscular in timpul unei contractii sustinute a unui membru intins
Miscari atetozice	Miscari sinuoase de obicei mana
Coreea	Mișcări involuntare aritmice, rapide și repetitive ale extremităților, complexe și nu se manifestă limitat la un mușchi sau un grup de fibre musculare
Diskinezia	Miscarile anormale care predomina si afecteaza fata, gatul si trunchiul. Cauza cea mai frecventa este luarea de medicamente neuroleptice.
Distonia	Contractii sustinute ale grupelor de muschi agoniste si antagoniste , de ob in felxie sau extensie extrema
Hemibalism	Forma exagerata de coree ce afecteaza un hemicorp
Mioclonii	Contractie musculara rapida
Miokimie	Contractie rapida a unui grup de mm mic
Tic	Miscare repetitiva cu scop sau nu
Tremor	Miscare ritmica alternativa

Istoricul medical

- nivelul de educatie – pentru importanta simptomelor cognitive
- istoricul nasterii pentru cei cu crize convulsive, defecte neurologice cronice
- Antecedentele personale patologice:
 - *boli cu transmitere sexuala (HIV, sifilis),*
 - *boli infectioase acute (rujeola, scarlatina); antecedente TBC,*
 - *traumatisme cranio-cerebrale sau vertebro-medulare*
 - *toxice (alcool, tabagism, antecedente profesionale-plumbul, oxidul de carbon, sulfura de carbon, manganul, etc.*

Istoricul medical

- prezenta FR pt boli cerebro-vasculare:
 - *HTA*
 - *Fumat*
 - *Diabet zaharat*
 - *Dislipidemie*
 - *Fibrilatie atriala, endocardita bacteriana, infarctul miocardic (surse de embolii)*
 - *Boli hematologice*
 - *Istoric familial de AVC*

Istoricul medical

- Medicatia actuala:
 - *Antihipertensive*
 - *Antitrombotice*
 - *Statine*
 - *Tranchilizante*
- Simptome neurologice asociate cu medicatia:
 - *Cefalee: nitrati, sildenafil;*
 - *Surditate: aminoglicozide, furosemid, aspirina*
 - *Neuropatie periferica: amiodarona, metronidazol*

Medicamente si simptome neurologice

- Antihipertensive: ameteala posturala/sincopa, depresie
- Antiagregante/anticoagulante: hemoragie cerebrale
- Statine: miopatie
- Tranchilizante: sedare, ataxie, tremor, confuzie, pierderi de memorie
- Nitrati, sildenafil: cefalee
- Aminoglicozide, aspirina, furosemid: surditate
- Neuropatie periferica: amiodarona, metronidazol, izoniazida
- Tremor non-parkinsonian: amfetamine, bronhodilatatoare
- Bifosfonati: disfagie

Istoricul familial

- **X-linked:** daltonism, distrofia musculara Duchenne, atrofia optica Leber (boala mitocondrială, transmitere maternă, amauroza)
- **Autozomal dominant:** corea Huntington (transmitere AD cu miscari involuntare, distonie, declin cognitiv), distrofia miotonica, scleroza tuberoasa (transmitere AD, tumori cerebrale, retard, leziuni oculare)
- **Autozomal recesiv:** boala Wilson, ataxia Friedreich, boala Tay-Sachs (gangliozidoza- deficit de hexoaminidaza A; transmitere AR cu deteriorare progresivă a celulei nervoase, deces la 4 ani)
- **Incidenta familială crescută:** Alzheimer

Mesaje

- Anamneza neurologica este extrem de importanta pentru orientarea diagnostica si a examinarii clinice neurologice
- Evolutia temporala a simptomelor poate fi sugestiva pt tipul de patologie
- Simptomele neurologice preced aparitia semnelor clinice
- Este foarte utila si anamneza apartinatorilor (cand este posibil)

“A blind neurologist is better than a deaf neurologist!”