



Codice 9_2024 MED. FISIATRA

PROVA SCRITTA N. 1

Il candidato risponda ai seguenti quesiti:

1. Mielolesione: Definizione, tipi, e quale l'obiettivo riabilitativo.
2. Spasticità nel paziente con cerebrolesione: Definizione, come si valuta, descrizione delle possibilità terapeutiche.

PROVA SCRITTA N. 2

Il candidato risponda ai seguenti quesiti:

1. La vescica e l'intestino neurologico
2. Il dolore neuropatico

PROVA SCRITTA N. 3

Il candidato risponda ai seguenti quesiti:

1. Management delle lesioni da pressione nel paziente cerebroleso
3. Outcome di un paziente cerebroleso con LCF 4

PROVA PRATICA N.1

Paziente di 30 anni.

In data 04.03.23 politrauma da fuoriuscita autonoma con l'auto. All'arrivo dei soccorsi GCS 4, elitrasmportato presso l'ospedale di Treviso si riscontravano: trauma commotivo cerebrale con focolai emorragici frontale bilaterale, temporale sinistro, nuclei della base bilaterale, emisferico cerebellare sinistro; dissezione aortica di tipo B con posizionamento in urgenza di endoprotesi di tipo Gore; frattura scomposta III medio clavicola sinistra e scapolare sinistro (non sottoposte ad osteosintesi); frattura diafisi tibiale sinistra (sottoposta il 13.03 a posizionamento chiodo endomidollare); frattura dei processi trasversi di D1-D2-D6. Sottoposto a tracheostomia il 23.03. Dal 25.03 trattamento per sepsi da Enterococcus Faecium con vancomicina, successivo Ecocardio negativo per vegetazioni. Dal 29.03 trasferito presso la Medicina dello stesso P.O.

Dal 27.04 veniva accolto presso la nostra U.O.

1. Quale prime valutazioni all'ingresso ritieni prioritarie?

All'ingresso il paziente si presenta vigile, episodi di agitazione psico-motoria. LCF 4: confuso-agitato. Stereotipie motorie all'arto superiore destro con affaccendamento motorio continuo e tentativi di rimozione dei presidi (PEG, CV a dimora, midline). Ritmo sonno-veglia alterato.

2. Quale primo approccio attueresti?

All'ingresso possibile a tratti canale comunicativo non verbale con apertura e chiusura degli occhi, prassie nella norma con esecuzione di ordini semplici. Buone saturazioni in aria ambiente, presente cannula tracheostomica tipo Portex n°8 con cuffiatura, mantenuta cuffiata 24h. Alimentazione e idratazione tramite PEG.

3. Quale approccio logopedico?

La buona evoluzione del quadro cognitivo consentiva a distanza di un paio di mesi una valutazione neuropsicologica più strutturata.

4. Quali deficit ti aspetteresti in base alle lesioni riportate?

PROVA PRATICA N.2

Maschio, anni 25,

Anamnesi:

Apr: talassemia minor (beta talassemia eterozigote congenita), episodi di bronchiolite all'età di 7aa, frattura costale post traumatica nel 2023 (trattata conservativamente), cefalea emicranica. Intolleranza al lattosio.

APP: 13.1.24 Incidente stradale con la moto, verosimilmente autonomo(dinamica incerta) trovato in GCS 8 con minima anisocoria dx>sn, veniva sedato, intubato, ventilato ed elitrasmportato in Ospedale con riscontro di ematoma sottodurale emisferico sn, emorragia subaracnoidea post traumatica, plurimi focolai contusivi cerebrali temporo-polari a sn, temporale profonda bilaterale e mesencefalica sn, infrazione delle ossa nasali; avvallamento della limitante sup. di D5 e D6 con muro post. conservato, frattura somatica D12 con

avvallamento della limitante sup. e muro post. conservato, frattura arco posteriore VII costa sn. Alla TC torace e addome con mdc segnalata modica atelettasia dei settori basali dorsali dei lobi inferiori, bilateralmente. Veniva posizionata DVE in urgenza e monitoraggio PIC, e veniva ricoverato in TINCH. Il 14/01 per aumento PIC veniva sottoposto ad intervento di craniotomia decompressiva bifrontale. In data 16/01 eseguiva RMN cerebrale che documentava: tatuaggi emosiderinici in sede cerebellare bilaterale ma più evidenti in sede sovratentoriale temporo-occipitale, silviana, nucleo-capsulare sn e frontale e fronto-basale bilaterale; altri con le caratteristiche compatibili con danno assonale diffuso anche in corrispondenza dei centri semiovali al vertice...focale sofferenza del ginocchio e del III medio del corpo calloso. Non indicazioni NCH per le fratture vertebrali. A livello infettivologico riscontrate positività per Pseudomonas aeruginosa e Staphilococco aureus al BA del 19/01 trattata con cefepime e oxacillina (22/01-08/02), successivamente potenziati con fosfomicina (30/01-07/02). 24/01 confezionata tracheostomia percutanea, rimossa il 11/02 e ripresa alimentazione per os con dieta frullata. 28/01 posizionata DVE, rimossa il 09/02. Dal 30/01 sospesa la sedazione e il 31/01 rimossa DVE. Il 19/02 veniva sottoposto a riposizionamento degli opercoli ossei e trasferito presso il reparto di NCH. Dal 27/02 trasferito presso la nostra U.O.

1. Quali prime valutazioni all'ingresso ritieni prioritarie ?

All'ingresso il paziente si presentava vigile, disorientato nei 3 domini, esegue qualche ordine semplice,

presente aprassia e afasia fluente, caratterizzata da neologismi, parafasie verbali, fonologiche e semantiche, parole passe-partout, anomie e latenze anomiche, deficit di comprensione e produzione, solo parziale consapevolezza della propria condizione clinica e delle proprie limitazioni conseguenti al trauma. Presenta esauribilità attentiva. Buon compenso emodinamico. Ferita chirurgica del capo con graphes, cicatrice tracheostomica in via di consolidazione. Nutrizione per os con dieta libera e liquidi lisci. Non deficit della deglutizione. Minzione: continente, minzione volontaria in comoda/wc con supervisione. Alvo canalizzato spontaneamente. Ritmo sonno-veglia indotto farmacologicamente. NNCC II-XII apparentemente indenni. Pupille isocoriche eucicliche, normoreagenti, MOE conservata. Tonotrofismo muscolare sostanzialmente conservato ai 4 arti. Muove i 4 arti spontaneamente con buoni reclutamenti e buona forza muscolare contro resistenza ubiquitariamente. Lieve impaccio motorio alla mano dx. Sensibilità tattile superficiale apparentemente conservata. ROT iperelicitabili e simmetrici patellari e achillei bilateralmente, normoelicitabili agli arti superiori; Babinski negativo bilateralmente. Si segnala lieve ipertono (1 MAS) a soleo e gastrocnemio bilateralmente con clono esauribile bilateralmente. In grado di mantenere la stazione assisa con buon controllo del tronco. Effettua i passaggi posturali e raggiunge la stazione eretta con minimo aiuto. Deambulazione autonoma con base leggermente allargata e tendenza a saltuari sbandamenti per medi tratti, necessita di supervisione e assistenza di un operatore. Dipendente nelle principali attività di vita quotidiana personali (PADL) della cura di sé (igiene, vestizione, trasferimenti, rassetto parte superiore) tranne mangiare cibo già predisposto. In accordo con il team veniva assegnato un livello 5 (confuso inappropriato) alla scala LCF (Levels of Cognitive Functioning)

1. Quale primo approccio attueresti ?

La valutazione di team all'ingresso evidenziava come le difficoltà a carico dell'area cognitiva fossero maggiori rispetto a quelle motorie: al fronte di una forza e tonotrofismo muscolare distrettuale sostanzialmente conservate era presente tendenza all'impulsività e all'esecuzione dei movimenti in modo affrettato e poco controllato con rischio di caduta.

3. Qual' è il progetto Riabilitativo ?

Si è osservato un miglioramento globale del quadro cognitivo. Permane quadro di afasia con sporadiche difficoltà di comprensione nelle consegne e frasi più articolate, ma è in grado di intrattenere uno scambio conversazionale tendenzialmente efficace, persistono tratti di impulsività. LCF 7 (automatico appropriato)

4. Quale terapia farmacologica per controllo impulsività ?

PROVA PRATICA N.3

Il sig C.R. é un maschio, anni 70,

Anamnesi:

Apr: enfisema polmonare; K colon sottoposto a resezione colon e fegato nel 2016 (follow up negativo); K prostata chemiotrattato + RT (2017), follow up negativo; cardiopatia ipertensiva; ipertrofia prostatica benigna.

APP: Il paziente presentava improvviso malessere e cefalea, associati ad alterazioni del linguaggio. Veniva condotto dai familiari in PS, dove eseguiva TAC cerebrale, negativa per emorragie intracraniche. Veniva posta indicazione a trombolisi sistemica, in sospetto di ictus ischemico.

Al termine della procedura il paziente presentava comparsa di emisindrome sinistra sensitivo-motoria associata a compromissione della coscienza con GCS 8.

1. Quale esame viene richiesto ?

Per **ematoma intraparenchimale e sottodurale parieto temporale destro**, veniva sottoposto a intervento neurochirurgico urgente di craniotomia ed evacuazione. In seguito il pz ricoverato veniva ricoverato in terapia intensiva neurochirurgica, il decorso clinico viene caratterizzato da stato confusionale pz non orientato x 3, pero in grado di eseguire ordini semplici ma facilmente affaticabile, alterato ritmo sonno e veglia, cerca di rimuoversi catetere vescicale, catetere endovenoso, uscire dal letto. Nuova TAC cerebrale negativa.

1. Come viene definito questo pz ? quale la terapia ?

In seguito pz manifestava, rialzo febbrile, incremento delle secrezioni, insufficienza respiratoria in pz con hx clinica d'enfisema polmonare.

1. Cosa suggerisce ?

Presenza d'infiltrati polmonari interstiziali e aree di consolidamento localizzato alle basi polmonari. Inoltre diffusa ipertrasparenza parenchimale.

1. Quale la diagnosi ? Quale la terapia ?

Il paziente viene trasferito in Riabilitazione Intensiva (unità Gravi Cerebrolesi). E' portatore di cannula tracheostomica mantenuta cuffiata, è in respiro spontaneo con ossigenoterapia 2 lt/min; è apiretico, i GB sono $5,39 \times 10^3$ /mmc; è portatore di catetere vescicale e presenta anemia (Hb 8,9 g/dl) e macroematuria; viene alimentato tramite SNG. Non evacua da 5 giorni.

1. Come si procede all'arrivo ? Quale Raccomandazioni e terapia ?

E' ancora presente agitazione notturna (paziente in terapia con antipsicotici in Rianimazione, recentemente sospesi). Dal punto di vista del recupero neurologico il paziente presenta un quadro di disorientamento e tendenza alla confabulazione, non sono più presenti deficit motori di lato. Il paziente tuttavia è facilmente affaticabile (non era mai stato posizionato seduto durante il ricovero in Terapia Intensiva).

1. Qual' è il progetto Riabilitativo ?

PROVA ORALE

DOMANDA 1

Il candidato risponda alla seguente domanda

Il ruolo del Case Manager

DOMANDA 2

Il candidato risponda alla seguente domanda

Gestione della cannula tracheostomica nel paziente con Grave Cerebrolesione acquisita