

## Neuropatie – przypadek #1

### Wywiad

24-letni piłkarz zgłosił się na Izbę Przyjęć z powodu zaburzeń chodu. Tydzień temu po raz pierwszy wystąpiło drętwienie stóp, które w ciągu kolejnych dwóch dni objęło również podudzia. 3 dni temu miał duże trudności w bieganiu i z tego powodu przerwał udział w treningach. Od wczoraj zauważył znacznej osłabienie obu kończyn dolnych – nie jest w stanie wchodzić po schodach, wstać z pozycji kucznej. Pytany szczegółowo potwierdza, że około 2 tygodnie temu miał dolegliwości żołądkowe i biegunkę, które ustąpiły w ciągu 2 dni. Nie zażywa żadnych leków. W rodzinie nikt nie miał podobnych dolegliwości.

### Badanie przedmiotowe:

Chory w stanie ogólnym dobrym, bez zaburzeń w zakresie wyższych czynności nerwowych ani nerwów czaszkowych. W kończynach górnych brak odruchów głębokich. W kończynach dolnych obniżone napięcie mięśni, symetryczny niedowład, nieco większy proksymalnie, z brakiem odruchów głębokich i zaburzeniami czucia dotyku, wibracji i bólu dystalnie do wysokości połowy podudzi.

### Pytania:

1. Jaki zespół objawów stwierdza się w badaniu przedmiotowym?
2. Jaki jest przebieg choroby sądząc po wywiadzie?
3. Jaka może być potencjalna przyczyna tego typu zaburzeń?
4. Jakie jest najbardziej prawdopodobne rozpoznanie?
5. Jak je potwierdzić?
6. Zaproponuj diagnostykę różnicową – omów argumenty za i przeciw proponowanym rozpoznaniom?
7. Czy chory w tej sytuacji wymaga przyjęcia do szpitala? Uzasadnij.
8. Zaproponuj możliwe sposoby leczenia przy założeniu, że potwierdzi się pierwotne podejrzenie.
9. Jakich powikłań należy się spodziewać w przebiegu choroby?
10. Jakie jest rokowanie?

## Neuropatie – przypadek #2

### Wywiad

58-letnia chora zgłosiła się do neurologa z powodu bólu kończyn dolnych. Od około 3 miesięcy występuje uczucie palącego bólu podeszew obu stóp, nasilające się przy chodzeniu. Od około miesiąca dolegliwości są na tyle duże, że porusza się tylko po domu – podczas chodzenia ma wrażenie stąpania po rozżarzonych węglach lub chodzenia po rozbitym szkłe. Od 6 lat choruje na cukrzycę typu 2 – zażywa z tego powodu Diaprel MR (2 tbl rano), ale nie przestrzega ściśle diety. Glikemię bada rzadko (raz na miesiąc) – zwykle są to wartości ok. 8-9 mmol/l. Ponadto leczy się z powodu nadciśnienia tętniczego (Enarenal 2 x 10 mg).

### Badanie przedmiotowe:

Otyłość (BMI – 31). Odruchy głębokie osłabione w czterech kończynach. Dotyk podeszew stóp i grzbietowych powierzchni stóp powoduje palący silny ból. Podobne, choć znacznie mniej nasilone dolegliwości bólowe występują podczas dotykania powierzchni dłoniowych obu rąk. Bez niedowładów, zaników mięśni ani objawów korzeniowych.

### Pytania:

1. Jaki zespół objawów stwierdza się w badaniu przedmiotowym?
2. Która część układu nerwowego uległa uszkodzeniu?
3. Jaka jest najbardziej prawdopodobna przyczyna? Z czym należy ją różnicować?
4. Co to jest alodynia? Dla jakiego rodzaju uszkodzenia układu nerwowego jest ona typowa?
5. Porównaj cechy charakterystyczne bólu receptorowego i neuropatycznego. Podaj przykłady chorób przebiegających z poszczególnymi rodzajami bólu.
6. W jaki sposób należy leczyć ból neuropatyczny?
7. Jakie postępowanie należy podjąć u tej chorej?
8. Jakie badania pomocnicze należy wykonać u tej pacjentki?
9. Jakie jest rokowanie?

## Neuropatie – przypadek #3

### Wywiad

30-letni chory zgłosił się do neurologa z powodu zaburzeń chodu. Od 5-6 lat bardzo powoli postępują zaburzenia chodu, polegające na konieczności chodzenia z wyżej unoszonymi kolanami i zahaczaniu stopami o podłogę. Ma trudności z podbiegnięciem do tramwaju, staniem na jednej nodze. Początek dolegliwości był skryty i chory nie wiąże ich z żadnym szczególnym zdarzeniem. Ojciec chorego (56 lat) ma podobne dolegliwości, tyle że bardziej nasilone (trudności z chodzeniem zaczęły się u niego w podobnym wieku co u syna). Dwaj bracia pacjenta (24 i 27 lat) są zdrowi. Pacjent nie stosuje żadnych leków, nie choruje na inne przewlekłe choroby.

### Badanie przedmiotowe:

Chory w stanie ogólnym dobrym, bez nieprawidłowości ze strony wyższych czynności nerwowych lub nerwów czaszkowych. Niewielkie prawowypukłe skrzywienie boczne kręgosłupa w odcinku piersiowym. W kończynach górnych brak odruchów głębokich i niewielki symetryczny zanik drobnych mięśni obu rąk. Bardzo duże wyszczuplenie obu podudzi (wg chorego – „odkąd pamięta”) i stopy wydrążone oraz bagnetowate ustawienie palców stóp. Dystalny symetryczny niedowład obu kończyn dolnych (-4/5), brak odruchów głębokich. Niedoczulica na dotyk, temperaturę i ból do wysokości kolan oraz upośledzone czucie ułożenia i wibracji do wysokości stawów skokowych. Chód brodzący – z wysokim unoszeniem kolan i opadaniem stóp. Nie potrafi chodzić na piętach ani na palcach. Próba Romberga dodatnia.

### Pytania:

1. Jakie objawy stwierdza się w badaniu przedmiotowym?
2. Która część układu nerwowego została uszkodzona?
3. Na jaką przypuszczalną etiologię wskazuje wywiad?
4. Jakie jest najbardziej prawdopodobne rozpoznanie?
5. Które badania pomocnicze mogą pomóc w potwierdzeniu rozpoznania?
6. Jakie jest rozpoznanie różnicowe?
7. Jakie powinno być dalsze postępowanie?
8. Jakie jest rokowanie?

## Neuropatie – przypadek #4

### Wywiad

47-letnia praworęczna sekretarka od około 4 miesięcy odczuwa przemijające drętwienie ręki prawej. Po przebudzeniu ma wrażenie, jakby prawa ręka, zwłaszcza kciuk i palec wskazujący, były opuchnięte, sztywne, pogrubiałe. Towarzyszy temu nieprzyjemne drętwienie i mrowienie tych palców. Od około miesiąca zauważyła, że sprawności prawej ręki jest mniejsza, zwłaszcza przy chwytaniu małych przedmiotów, zapinaniu guzików i pisaniu na maszynie. Od 3 tygodni dodatkowo w godzinach nocnych budzi się z powodu bólu ręki prawej, promieniującego do przedramienia, niekiedy również do bocznej powierzchni ramienia. Musi kilkakrotnie „strzepnąć” ręką, poruszać nią i masować, aż ból ustąpi lub znacznie się zmniejszy. Pytana szczegółowo dodaje, że podobne dolegliwości, ale o mniejszym nasileniu miała w obu rękach podczas ciąży (10 lat temu), ale wówczas ustąpiły one samoistnie wkrótce po urodzeniu dziecka.

### Badanie przedmiotowe:

W kończynie górnej prawej stwierdza się niewielki zanik kłębu kciuka i niewielki niedowład w zakresie przeciwstawiania kciuka. Niedoczulica na ból i dotyk dłoniowej powierzchni ręki w zakresie palców I-III. Próby Tinela i Phalena wypadają dodatnio.

### Pytania:

1. Jakie objawy stwierdza się w badaniu przedmiotowym?
2. Na czym polega objaw Tinela? O czym świadczy jego obecność?
3. Na czym polega próba Phalena? O czym świadczy jej obecność?
4. Która część układu nerwowego została uszkodzona?
5. Jaki jest przypuszczalny mechanizm uszkodzenia?
6. Jakie jest najbardziej prawdopodobne rozpoznanie?
7. W jaki sposób można je potwierdzić?
8. Które schorzenia zwiększają ryzyko występowania tego zaburzenia?
9. Jakie są możliwości leczenia?

## Neuropatie – przypadek #5

### Wywiad

38-letni rolnik zgłosił się do lekarza rodzinnego z powodu osłabienia prawej ręki. Trzy dni wcześniej na weselu wypił sporo alkoholu – zasnął w ubraniu w niewygodnej pozycji na fotelu. Po przebudzeniu następnego dnia rano zauważył, że ma trudności w poruszaniu prawą ręką. Po bezskutecznym oczekiwaniu na poprawę funkcjonowania ręki zgłosił się do lekarza. Nie przypomina sobie żadnego wcześniejszego urazu ręki lub ramienia prawego.

### Badanie przedmiotowe:

Dużego stopnia niedowład ręki prawej w zakresie prostowania w nadgarstku i w stawach śródrečno-palczkowych oraz niewielki niedowład w zakresie zgięcia przedramienia i odwracania ramienia przy ręce wyprostowanej w łokciu. Brak odruchu promieniowego. Niedoczulica na niewielkim obszarze grzbietowej powierzchni ręki prawej między kciukiem a palcem wskazującym. Nie ma niedowładu mięśnia trójgłowego, odruch z tego mięśnia jest prawidłowy.

### Pytania:

1. Jaki zespół objawów stwierdza się w badaniu przedmiotowym?
2. Który z głównych nerwów kończyny górnej został uszkodzony?
3. Przypomnij charakterystyczny obraz kliniczny uszkodzeń nerwów: promieniowego, łokciowego i pośrodkowego.
4. Jaki jest prawdopodobny mechanizm uszkodzenia?
5. Czy można potwierdzić rozpoznanie badaniem pomocniczym? Jakie to badanie i kiedy należałoby je wykonać.
6. Jakie powinno być dalsze postępowanie?
7. Jakie jest rokowanie?

## **Neuropatie – przypadek #6**

### **Wywiad**

U 51-letniej kobiety bezpośrednio po wybudzeniu z operacji ginekologicznej, do której była ułożona w pozycji Trendelenburga, zauważono opadanie lewej stopy. Nie zdarzyło się to u niej nigdy wcześniej. Opadanie stopy nie jest związane z bólem. Poza mięśniakami macicy nie podaje chorób przewlekłych. Mimo upływu 5 dni dolegliwości utrzymują się w tym samym nasileniu.

### **Badanie przedmiotowe:**

W badaniu neurologicznym stwierdza się dużego stopnia niedowład w zakresie zgięcia grzbietowego stopy lewej i prostowania palucha lewego. Ponadto niedoczulica na dotyk i ból na niewielkim obszarze na grzbiecie stopy lewej. Odruchy głębokie w kończynach dolnych symetryczne. Nie ma objawów korzeniowych rozciągowych. Chód z opadaniem stopy lewej.

### **Pytania:**

1. Jaki zespół objawów stwierdza się w badaniu przedmiotowym?
2. Która struktura układu nerwowego została uszkodzona?
3. Uszkodzenie którego korzenia nerwowego może spowodować opadanie stopy? Jakich innych objawów należałoby się wówczas spodziewać w badaniu przedmiotowym?
4. Jakie są podstawowe mechanizmy uszkodzenia nerwu obwodowego?
5. Jakie badanie pomocnicze może pomóc w potwierdzeniu rozpoznania?
6. Jakie powinno być dalsze postępowanie?
7. Jakie jest rokowanie?