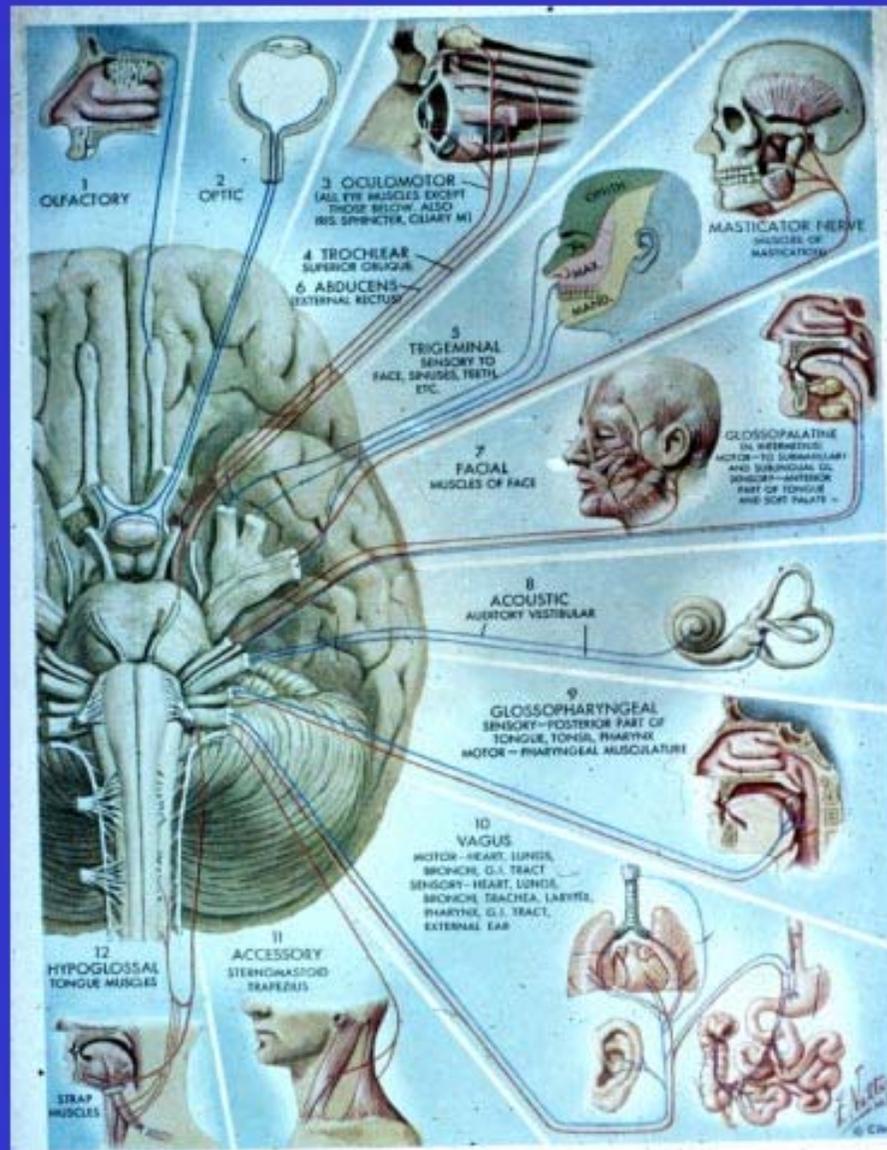


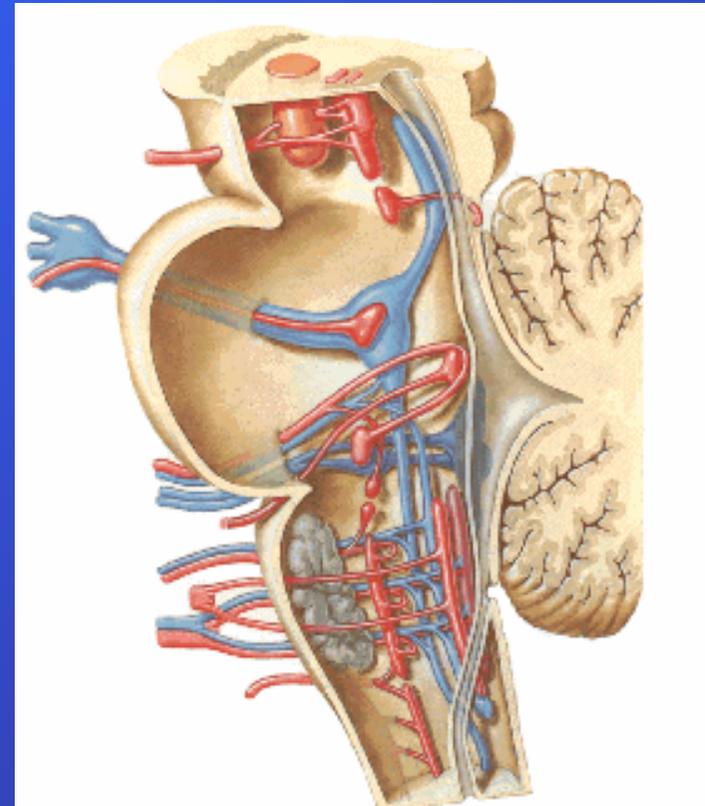
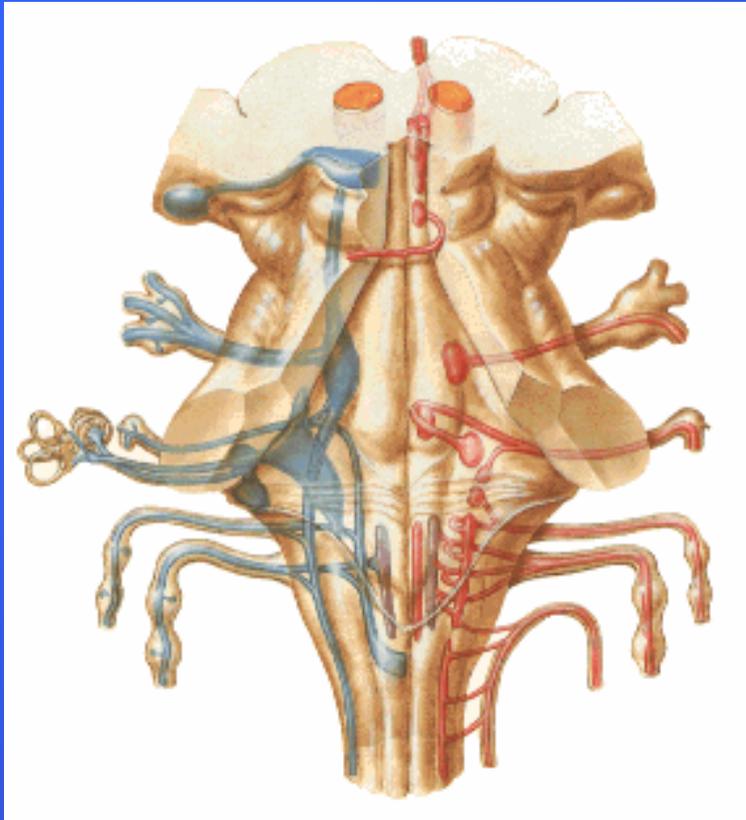
MALATTIE DEI NERVI CRANICI

www.fisiokinesiterapia.biz

Anatomia dei nervi cranici

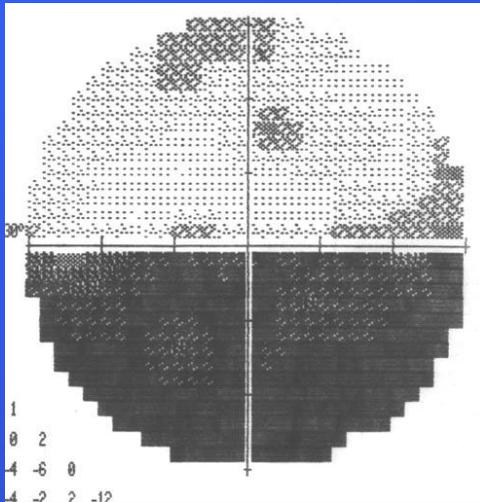


Anatomia dei nervi cranici

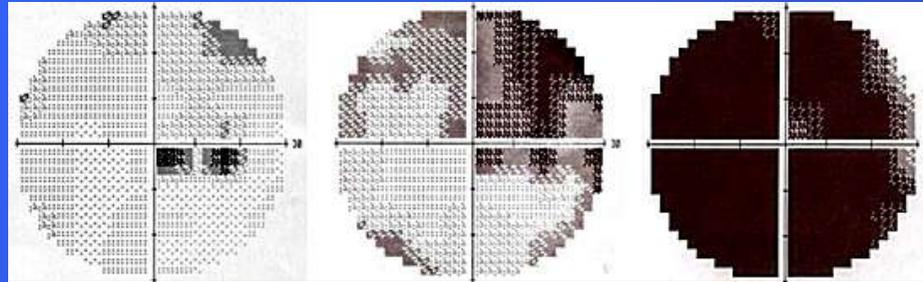


PAPILLITE

- Infiammazione o infarto della porzione del nervo ottico visibile all'oftalmoscopio
- Clinicamente: perdita del visus, che varia da un piccolo scotoma centrale o paracentrale alla cecità completa

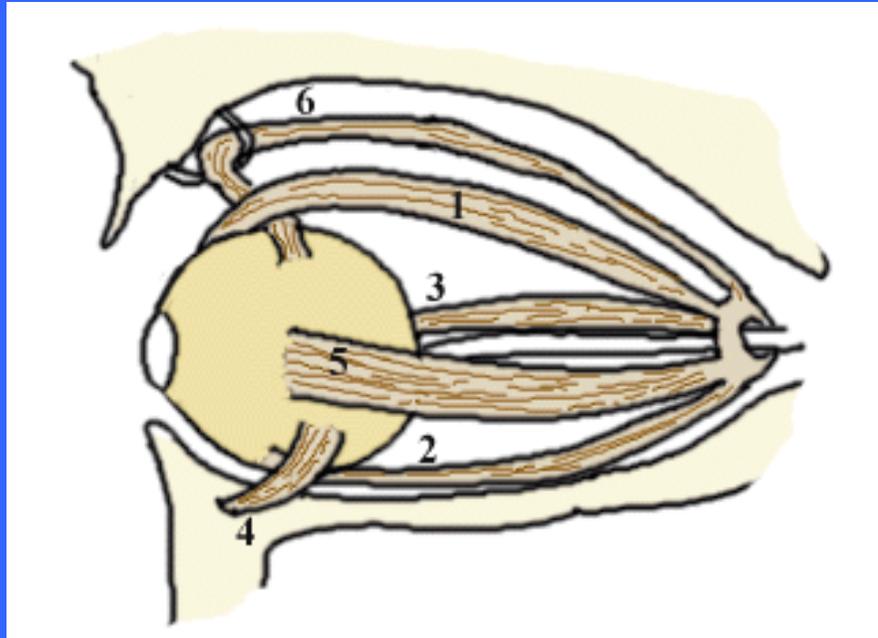


Neurite ottica retrobulbare



- **Infiemmazione della porzione orbitaria del nervo ottico, generalmente unilaterale.**
- **L'esame obiettivo oculare è sostanzialmente normale. Il dato più significativo è la riduzione più o meno marcata del visus. L'esame del campo visivo evidenzia spesso un'area scotomatoso generalmente centrale.**
- **PEV appaiono di ampiezza ridotta e con latenza aumentata a causa del ritardo della conduzione nervosa dovuto alle alterazioni delle guaine mieliniche.**
- **La RMN dell'encefalo può scoprire o confermare la presenza di aree di demielinizzazione a carico della sostanza bianca.**

Anatomia e struttura dei muscoli extraoculari cranici



1 Muscolo Retto Superiore e Elevatore della Palpebra; 2 Muscolo Retto Inferiore; 3 Muscolo Retto Laterale; 4 Muscolo Obliquo inferiore; 5 Muscolo Retto Mediale; 6 Muscolo Trocleare o Obliquo Superiore.

PARALISI DEL TERZO NERVO CRANICO



- Ipostenia parziale o completa dei muscoli innervati dal III nc. Ptosi palpebrale, midriasi e deviazione laterale di un globo oculare nella posizione primaria dello sguardo.
- Quando il paziente tenta di ruotare l'occhio all'interno, questo si sposta lentamente solo fino alla linea mediana. Nell'occhio coinvolto, sono compromessi lo sguardo verso l'alto e quello verso il basso. Nel tentativo di guardare verso il basso, il muscolo obliquo superiore provoca l'intrarotazione dell'occhio.
- Cause: Le lesioni organiche intraorbitarie, causa di oftalmoplegia estrinseca e miopatie oculari, dovranno essere distinte dalle malattie del nervo cranico.
- Gli esoftalmi o gli enoftalmi, la storia di un trauma dell'orbita o un'orbita infiammata, indicano una patologia dell'orbita che potrà compromettere la motilità oculare.
- Nelle miopatie, la pupilla è sempre indenne.
- **Il deficit completo delle fibre parasimpatiche è fortemente indicativo di compressione del nervo oculomotore.** Le cause più comuni sono rappresentate da aneurismi, da traumi e da lesioni espansive intracraniche.



PARALISI DEL SESTO NERVO CRANICO

- Deficit ms abducente
- L'occhio è intraruotato; si sposta all'esterno lentamente, raggiungendo al più la linea mediana.
- Le cause idiopatiche sono comuni, sebbene molte si manifestino nell'anziano o in pazienti diabetici, nei quali può essere sospettata una patologia dei piccoli vasi. Nei casi idiopatici, nessun altro nervo cranico è interessato e il miglioramento dovrà manifestarsi entro 2 mesi.
- Una causa identificabile è la compressione del IV nc nel seno cavernoso da parte di un tumore di origine nasofaringea. Le paralisi del VI nc possono essere dovute a tumori, a ipertensione endocranica.
- L'infarto diabetico rappresenta una delle cause più frequenti.
- Altre cause traumi senza fratture della base cranica, tumori meningei, l'encefalopatia di Wernicke, aneurismi e sclerosi multipla

SINDROME DI HORNER

- TRIADE: Ptosì di grado variabile, miosi enoftalmo ed anidrosi
- Lesione delle fibre simpatiche omolaterali dell'ipotalamo, del tronco encefalico, del midollo spinale, delle radici ventrali spinali da C-8 a T-2, del ganglio cervicale superiore, guaina della diramazione della carotide interna all'iride e alla palpebra superiore
- Lesioni a livello centrale (p. es., ischemia del tronco encefalico, siringomielia) interrompono le connessioni nervose simpatiche tra ipotalamo e midollo toracico superiore (da C-8 a T-3), laddove emergono le fibre simpatiche.
- Provocano tale sindrome le lesioni periferiche (p. es., tumori di Pancoast, adenopatia cervicale, traumi cranici e del collo), che danneggiano la catena cervicale simpatica, il ganglio cervicale superiore o il plesso simpatico aderente alle arterie carotide comune, carotide interna ed esterna



OFTALMOPLEGIA INTERNUCLEARE

Sguardo orizzontale (sinergia tra il muscolo mediale di un lato e il retto laterale dell'altro).

Oftalmoplegia sopranucleare

Area frontale ed occipitale e tronco

- Paralisi dello sguardo verticale

Lesioni tetto mesencefalo (Sindrome di Parinaud)

- Paralisi dello sguardo orizzontale:

Lesioni emisferica e pontina

NEVRALGIA DEL TRIGEMINO

Patologia a carico del nervo trigemino caratterizzata da crisi di dolore acuto, lancinante, della durata che varia da secondi a circa due minuti, localizzate lungo le zone di innervazione di una o più delle diramazioni sensitive del nervo, più frequentemente nel territorio della branca mascellare.

NEVRALGIA DEL TRIGEMINO

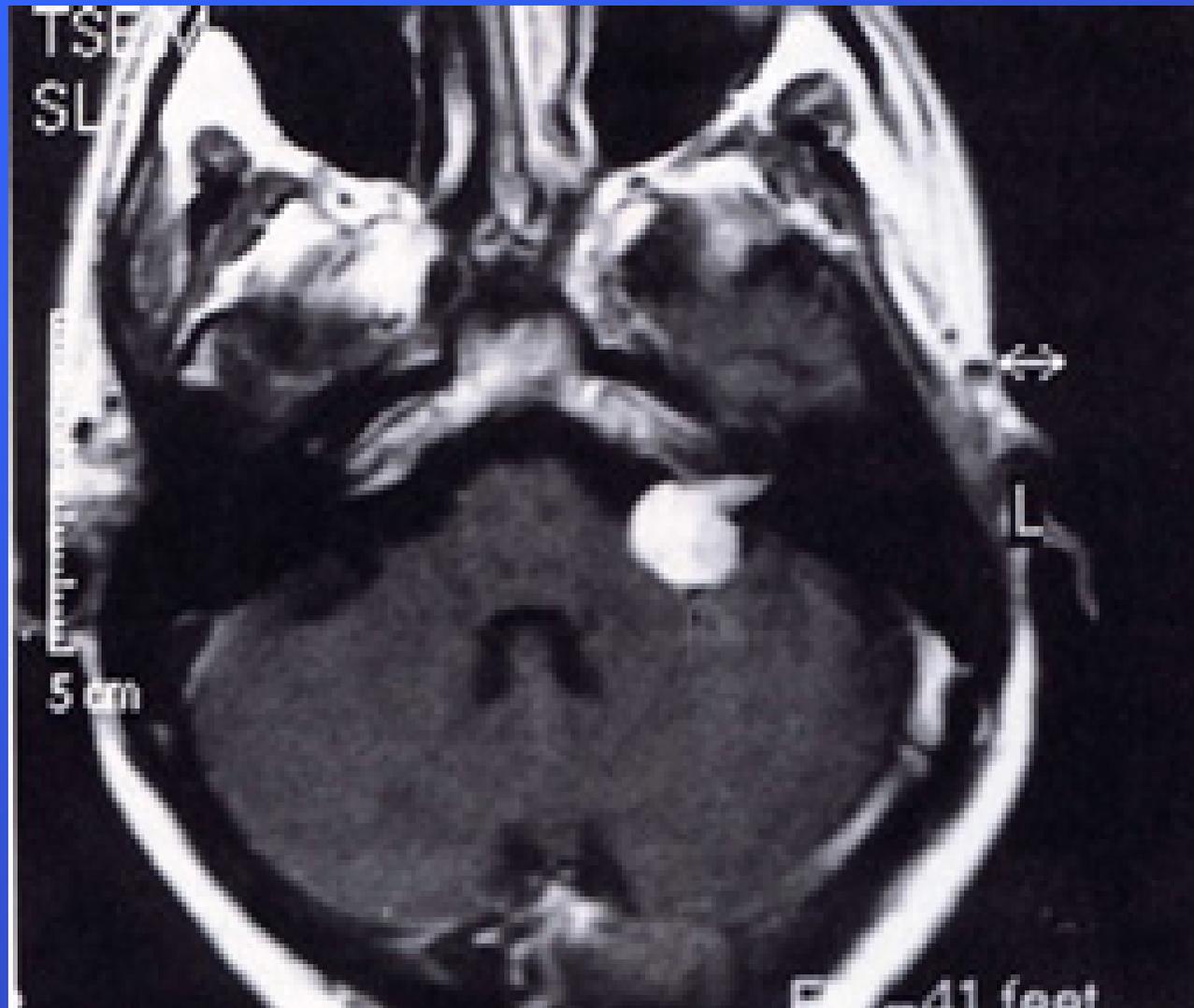
- Il disturbo colpisce in genere gli adulti, specialmente gli anziani. Spesso il dolore può essere scatenato da uno stimolo tattile portato su un "trigger point" (zona grilletto) o da alcune attività (p. es., masticare o spazzolarsi i denti). Sebbene gli episodi di dolore siano di breve durata, crisi subentranti possono invalidare notevolmente il paziente.
- Etiologia: idiopatica, neoplasia, una placca di sclerosi multipla o un'altra lesione che comprime il nervo o le sue vie nel tronco encefalico. Le lesioni pontine si evidenziano, in genere, con alterazioni sia sensitive che motorie; una lesione midollare provoca una perdita solo della sensibilità dolorifica e termica, con perdita del riflesso corneale. La diagnosi differenziale comprende tumori, malformazioni vascolari del tronco, insulti vascolari e la sclerosi multipla (specialmente nei pazienti più giovani).
- Terapia: Carbamazepina fenitoina, gabapentin. Terapia Chirurgica.



Paralisi di Bell

- **Paralisi facciale unilaterale a esordio improvviso**
- Eziologia sconosciuta
- Dolore retroauricolare può precedere il deficit di forza. Nel giro di alcune ore, il disturbo di forza evolve talvolta fino alla paralisi totale
- Non sono dimostrabili perdite di sensibilità. Se la lesione è prossimale, si potrà avere alterazione della salivazione, del gusto, della lacrimazione e, talvolta, iperacusia.
- La paralisi di tutti i muscoli di un'emivolto differenzia la paralisi di Bell dalle lesioni sopranucleari (es. ictus, tumori cerebrali).
- La paralisi di Bell deve essere differenziata dalle ipostenie facciali causate da altre patologie del nervo facciale o del suo nucleo: l'herpes del corpo genicolato (sindrome di Ramsay Hunt), le infezioni dell'orecchio medio e della mastoide, la malattia di Lyme, le fratture ossee, i tumori dell'angolo ponto-cerebellare.
- La RMN può dimostrare un contrast enhancement del nervo facciale
- % guarigione variabile
- Una rigenerazione delle fibre nervose lungo una direzione sbagliata può portare all'innervazione contemporanea dei muscoli facciali inferiori con le fibre perioculari e viceversa, causando contrazione imprevista dei muscoli durante movimenti facciali volontari (sincinesie) o il fenomeno delle "lacrime di cocodrillo" durante la salivazione.

Neurinoma VIII nc



Paralisi del IX-XI n.c.

- Disfagia (X)
- Disfonia (X)
- Emianestesia terzo posteriore lingua (IX),faringe e palato e laringe (IX-X)
- Aguesia terzo posteriore della lingua (IX)

XI n.c

- Paresi del mm. trapezio, sternocleidomastoideo: abbassamento della spalla e aumento della profondità della fossetta sovraclaveare.
- Lesioni bilaterali determinano caduta della testa per insufficienza degli sternocleidomastoidei.

NEURALGIA DEL GLOSSOFARINGEO

- *Rara. Attacchi ricorrenti di dolore grave localizzato nella parte posteriore della faringe, nelle tonsille, nella parte dorsale della lingua e nell'orecchio medio*
- *Come per la nevralgia del V nc, il dolore compare con crisi di breve durata; è intenso, lancinante e insorge spontaneamente, potendo scatenarsi con il movimento (p. es., masticare, deglutire, parlare o starnutire). Tale dolore, che dura da alcuni secondi a pochi minuti, inizia di solito della regione tonsillare o nella base della lingua e può irradiarsi all'orecchio omolaterale. Il dolore è strettamente unilaterale*
- *Terapia farmacologica → nevralgia V nc*

Lesione XII nc



FIG. 17-2. Hoarse paralytic strabismus caused by the hypoglossal nerve, lingual and laryngeal atrophy of the tongue in a patient with amyotrophic lateral sclerosis.



Cause: lesioni intramidollari (p.es., malattia del motoneurone, tumori, poliomielite), lesioni delle meningi della base o delle ossa occipitali (p.es., platibasia, malattia di Paget del basicranio), trauma chirurgico (p.es., endoarteriectomia)