



P.O. CTO – U.O. RIABILITAZIONE SPECIALISTICA MIELOLESI

PROVA N. 1

TR

DATA INGRESSO:

**PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE**

**ANAMNESI FAMILIARE**

Genitori in ABS, 3 sorelle e un fratello in ABS.

**ANMNESI FISIOLÓGICA**

Lavora come operaio chimico, nega farmacoallergie. Vive con i genitori al terzo piano senza ascensore.

**ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA**

Muta

**ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA**

In data 15/06/2022 infortunio sul lavoro, trauma da schiacciamento con sacco di circa 600 kg su torace e arti inferiori. Estricazione difficile e prolungata. Sul posto, all'arrivo dei soccorsi si presentava cosciente, ipoteso e plegico agli arti inferiori, con arto inferiore destro intraruotato e addotto. Trasportato c/o PS dell'Ospedale di Circolo di Varese ove è stato valutato dal trauma team con esecuzione di:

-TC encefalo: negativa per ematomi o fratture.

-TC rachide in toto: frattura a scoppio di D12 estesa all'arco posteriore, con scomposizione pluriframmentaria endocanale del muro posteriore; frattura processo trasverso destro di L1.

-RMN colonna: frattura a scoppio completa del soma D12 associata a retropulsione del muro metamero posteriore e a marcata ematoma con evidente effetto massa sul cono midollare, tumefatto.

TC torace e mediastino: In corrispondenza dell'aorta toracica discendente, a circa 2 cm dalla emergenza della arteria succlavia sinistra presenza di pseudoaneurisma di natura traumatica. Concomita ematoma del mediastino medio e posteriore che disloca l'esofago e la trachea; falda di PNX in sede apicale bilaterale.

Contusioni parenchimali a livello del lobo medio. Falda di versamento in sede declive. Frattura lievemente scomposta dell'arco anteriore della VI e VII costa a destra. Frattura composta dell'arco di torsione della VI costa sinistra.

-TC addome: A livello della milza lesione lacero-contusiva senza evidenza di spandimenti di mdc da sanguinamento attivo.

-RX bacino e articolazioni sacro-iliache: Lussazione posteriore della testa femorale destra associata a frattura del muro posteriore acetabolo destro.

Sottoposto in data 15/06/2022 ad intervento chirurgico di endoprotesi aortica in urgenza + posizionamento di drenaggio pleurico destro (rimosso il 20/06),

Il paziente veniva quindi trasferito in Terapia Intensiva Generale, dove giungeva intubato e sedato, con buoni scambi respiratori, circolo sostenuto da noradrenalina a dosaggio sostenuto e con protocollo di trattamento della lesione midollare con Metilprednisolone in corso. Sospeso il sostegno farmacologico di circolo il 17/06.

In data 16/06/2022 a decompressione osteo-legamentosa D11-L1 e stabilizzazione D10-L2. In data 24/06 attivazione ambulatorio lesioni difficili per lesione paravertebrale.

In data 28/06/2022 il paziente veniva trasferito presso il reparto di ortopedia e traumatologia e sottoposto il 30/06/2022 ad intervento chirurgico di riduzione e sintesi con placca Stryker MATTA 8 fori e 4 viti e 1 vite interframmentaria alla parete posteriore dell'acetabolo destro. Riscontro in data 02/07/2022, di anemizzazione post-operatoria (Hb 6,9 g/dL), per cui si procedeva ad emotrasfusione di n 2 unità di GRC.

Ripetuta ecografia addominale di controllo il 20/06, che ha mostrato risoluzione della lesione splenica.

A stabilità clinica, in data 21/06/2022 il paziente è stato trasferito presso il reparto di Medicina Est ove ha





*PROVA N. 1*



**P.O. CTO – U.O. RIABILITAZIONE SPECIALISTICA MIELOLESI**

mantenuto stretto follow up dei valori ematochimici.

Alla stabilizzazione del quadro clinico veniva posta indicazione a ricovero riabilitativo e trasferito in data 07/07 presso la Casa di cura privata del Policlinico. All'ingresso allettato con inclinazione massima di 45° per 10 giorni, poi mobilizzazione libera. Il 18/07 mobilizzato in bascula.

Durante il ricovero effettuati i seguenti esami:

14/07/22 ECOGRAFIA APPARATO URINARIO: Modesta falda di versamento pleurico bibasilar. Entrambi i reni hanno diametro massimo bipolare di circa 10 cm, la cornice parenchimale è ben rappresentata, ad ecostruttura omogenea. Non immagini riferibili a calcoli, né dilatazione delle cavità calico-pieliche e degli ureteri. Vescica distesa ad un volume di circa 150mL, a pareti non ispessite; nel lume in sede declive una modesta quantità di sedimento, non calcoli. Prostata nella norma per morfologia e dimensioni. Fegato, pancreas e milza nella norma per dimensioni ed ecostruttura. Colecisti ipotonica, a pareti non ispessite, nel lume una modesta quantità di sabbia biliare, non calcoli; vie biliari non dilatate. Regione intercavo-aortica non valutabile per interposto meteorismo. Non falde di versamento libero.

**19/07/22 ESAME URODINAMICO**

Riferisce incontinenza fecale e ritenzione urinaria (cateterismo intermittente: 4-5 /die)

UROFLUSSIMETRIA: non eseguito in quanto il paziente non urina (esegue cateterismo intermittente)

CATETERISMO vescicale agevole con Nelaton 12 Ch con svuotamento di 400 ml di urina leggermente torbida.

CISTOMANOMETRIA ad acqua con pompa di infusione regolata a 50 ml/min, in posizione sdraiata con catetere vescicale 6 Ch. In fase di riempimento si osserva perdita della sensibilità allo stimolo minzionale che viene avvertito come sensazione di replezione, vagamente avvertita oltre i 150 ml e che progressivamente aumenta fino a diventare fastidiosa/dolorosa a 400 ml. Non evidenza di iperattività detrusoriale, ma oltre i 200 ml si osserva progressivo lieve aumento della P det fino a 27 cm H2O ai 420 ml di riempimento, volume al quale si interrompe il riempimento per sensazione dolorosa di replezione. Si invita quindi il paziente ad urinare: non si ottiene la minzione, pur con piccoli tentativi di impegno del torchio addominale, e si osserva graduale riduzione della P det come per acontrattilità detrusoriale. Al termine dell'esame si svuota la vescica con Nelaton 14 Ch.

**FOLLOW-UP:**

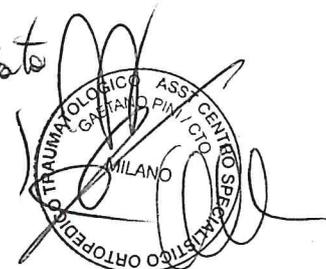
- A tre mesi dall'intervento chirurgico (quindi il 15/09/2022) Angio-TC torace e visita di chirurgia vascolare di controllo.
- A un mese (15/07/2022) TC dorso-lombare con tagli per osso e ricostruzione su tre piani e controllo NCH ambulatoriale.
- Controllo RX bacino (inlet, outlet, ap, iliaca e otturatoria) e RX anca dx e visita ortopedica di controllo il 29/07/2022.

**TERAPIA ALL'INGRESSO**

- Lansoprazolo 30 mg 1 cp ore 8
- Delorazepam 20 gtt ore 8 e 22
- Pregabalin 50 mg 1 cp ore 8
- Macrofol 1 bust ore 8
- Ibuprofene 600 mg 1 cp se dolore
- Clexane 4000 UI 1 fl ore 16

*Scaric non sottoposto*

*UPS*



*UPS*



PROVA MA

P.O. CTO – U.O. RIABILITAZIONE SPECIALISTICA MIELOLESI

### VALUTAZIONE FISIATRICA ALL'INGRESSO

*In breve:* **Paraplegia completa in esiti di lesione midollare ASIA A, livello neurologico D10.**

Paziente vigile, orientato verso la sé e altrui persona, collaborante, deflessione del tono dell'umore. Prove indice-naso e di diadococinesia nella norma.

AASS: forza, tono e trofismo nella norma per età e sesso.

ROT AASS: riflesso bicipitale ipoelicitabile, assenti i restanti.

AAII: plegia flaccida, ipotrofia generale. Alla mobilizzazione passiva ROM completo senza comparsa di algie.

Riferisce parestesie (tipo scosse) agli AAII.

Sensibilità tattile conservata fino a D10, alterata bilateralmente fino a L1, anestesia caudalmente. Sensibilità dolorifica conservata fino a L1 a destra e fino a D12 a sinistra, anestesia caudalmente.

Anestesia in regione perianale e anale, contrazione anale assente.

Tronco non valutabile per comparsa di algie dorso-lombari in posizione seduta, contrazione dei muscoli addominali presente. Passaggi posturali possibile con azioni vicarianti degli arti superiori e ausilio delle spondine. In anamnesi, mobilizzato in bascula il 18/07 con utilizzo di sollevatore.

Verticalizzazione e deambulazione non proponibili.



Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico  
Gaetano Pini-CTO

SISTEMA SOCIO SANITARIO



Regione  
Lombardia

ASST Gaetano Pini

PROVA N.1

P.O. CTO – U.O. RIABILITAZIONE SPECIALISTICA MIELOLESI

**ESITI COMPLESSIVI ATTESI:**

Obiettivi a breve termine:

Obiettivi a medio termine:

Obiettivi a lungo termine:

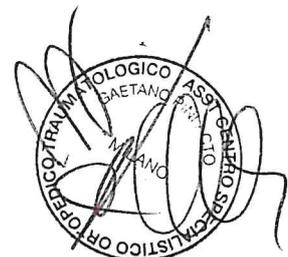
DATA

**PROGRAMMA RIABILITATIVO INDIVIDUALE**

-Terapia occupazionale:

-Colloquio con il paziente e i parenti referenti per la condivisione del PRI e del pri.

DATA



Handwritten signature



PROVA N. 2

P.O. CTO – U.O. RIABILITAZIONE SPECIALISTICA MIELOLESI

ge

DATA INGRESSO:

## PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE



### ANAMNESI FAMILIARE

Vive da circa un anno presso una CRA (struttura residenziale psichiatrica), temporaneamente ubicata presso l'Ospedale di Magenta. La referente della CRA, dott.ssa Valvassori (tel 0297963612), riferisce discreto benessere nel corso dell'ultimo anno, non autolesività fino al gesto dell'11/2/22, inaspettato, familiari collaborativi (i genitori sono separati e hanno ognuno un altro figlio; la mamma ha riferito allo psichiatra di essere disponibile ad accoglierlo a casa con tutti gli ausili necessari). Il suo presidio di competenza è l'SPDC di Legnano, al quale potrà rivolgersi alla conclusione del percorso riabilitativo (dott.ssa Grillo, 0331449372).

### ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA

Psicosi cronica esordita a circa 19 anni (diagnosi di schizofrenia indifferenziata; ipotizzata sindrome di Asperger perché molto intelligente e brillante, ma con problemi relazionali, comportamento bizzarro, pensiero frammentato) in terapia con olanzapina 20 mg. Pregresso uso di THC e amfetamine.

Nel 2020 ustioni alle braccia, avambraccia bilateralmente e dorso della mano sinistra, a seguito di incendio (si era addormentato con candele accese).

### ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA

Il giorno 11/02/22 si è gettato dal 6° piano atterrando su una tettoia sottostante, procurandosi trauma cranico commotivo (alla RM encefalo contusioni parenchimali cerebrali multiple e frattura scomposta del corpo della scapola destra

frattura II III IV X XI (con frammento diretto anteriormente) costa destra

frattura composta III superiore dello sterno

frattura del processo trasverso sinistro di C1

Lesione legamentaria C6-C7

frattura dei peduncoli vertebrali, delle lamine e dei massicci articolari di C7, bilateralmente

frattura del soma di D4, D5, D6, L1, L5

Frattura a scoppio di D11 - D12 con sezione midollare e conseguente paraplegia livello D5.

Frattura dei processi trasversi di L1-2-3-4-5

Frattura del pilastro acetabolare destro con lussazione dell'anca, microdistacchi parcellari della testa femorale

Frattura pluriframmentaria epifisi distale radio sinistro, trattata conservativamente in gesso

Pneumotorace destro

Contusione polmonare bilaterale e pneumatoceci

Ematoma paravertebrale destro esteso fino all'ileopsoas

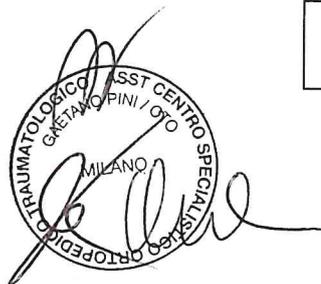
Ipoperfusione renale bilaterale (dissecazione delle arterie renali, a sinistra occlusione del ramo



PROVA N.2

P.O. CTO – U.O. RIABILITAZIONE SPECIALISTICA MIELOLESI

ge



arterioso inferiore con ischemia del parenchima).

Lesione 7 mm terzo segmento epatico sottocapsulare.

E' stato sottoposto a:

(11/02/22) drenaggio toracico destro (500 ml)

(11/02/22) riduzione di lussazione di anca destra

(11/02/22) riduzione di frattura del polso sinistro e posizionamento di apparecchio gessato.

(11/02/22) posizionamento di fibra ottica intraparenchimale frontale per monitoraggio pressione intracranica

(11/02/22) rivalutazione chir gen in merito a dissecazione arterie renali: perfusione degli organi mantenuta, non indicazione a posizionamento di stent nelle arterie renali.

(14/02/22) tracheostomia. E' stato decannulato il 3/3/22.

16/02/22) artrodesi C5-T2 e T9-L2 per via posteriore

(02/03/22) riduzione e sintesi frattura parete posteriore dell'acetabolo destro con viti e placche

(03/03/22) ecocardio; non vegetazioni endocarditiche, conservata funzione sistolica biventricolare

(04/03/22) controllo TAC encefalo: sottile falda ipodensa extra-assiale parieto-occipitale destra con modesto effetto compressivo sui solchi corticali. Focolaio ipodenso lungo il tragitto del catetere di Codman in sede frontale anteriore destra, di significato lesionale.

(09/03/22) somatectomia parziale T11 e T12 (lasciati in sede a protezione dei vasi il muro anteriore e a protezione delle strutture nervose il muro posteriore) e posizionamento di cage per via anteriore (toracotomia sinistra)

(24/03/22) TAC encefalo: regolare evoluzione delle lesioni lacerocontusive, completo riassorbimento di falda ipodensa parieto-occipitale dx.

(07/04/2022) Visita neurochirurgica: non ulteriori indicazioni a ripetizione TAC encefalo.

È stato ripetutamente trasfuso con GRC, plasma e pool piastrinico.

Decorso complicato da sepsi da klebsiella pneumoniae (da broncoaspirato), trattato con cefepime per 6 giorni e poi con piperacillina-tazobactam dal 10/3/22.

Il 22/02/22 alla visita psichiatrica appariva lucido e orientato, riferiva (a gesti, per eloquio impedito dalla presenza di tracheostomia) di ricordare solo parzialmente gli eventi che avevano preceduto la caduta e di essersi gettato volontariamente nel vuoto; non sembravano presenti sintomi psicotici floridi né dispercezioni, umore al polo negativo. Ripristinata terapia con olanzapina 20 mg, se agitazione delorazepam 30 gtt (in alternativa 2 mg e.v.), se insufficiente aggiungere aloperidolo 20 gtt (o 2 mg i.m)

L'8/3/222 a visita psichiatrica di controllo appariva disponibile al colloquio, che appariva povero nei contenuti, non sapeva spiegare i motivi del gesto autolesivo, riferiva benessere. Inserito in terapia Valproato sol os 1.5 ml x 2 volte al giorno (ore 8 e 22) e Duloxetina 30 mg 1 cp alla mattina

- Rivalutazione psichiatrica pre-dimissione: orientato, eutimico, nega disadattamento, depressione o ideazione suicidaria e appare ben disposto al previsto programma riabilitativo. Mantiene terapia psichiatrica in atto. Verificare se valproatemia nei limiti.

Il 7/4/2022, asintomatico, ha eseguito tampone COVID in previsione di trasferimento, ed è stato riscontrato positivo per cui è stato trasferito in reparto COVID; poi negativizzato (allegato tampone negativo del 25/4/2022).

Per IVU da E.Coli è stato (12/4/2022) trattato con meropenem.

ADP



PROVA N. 2

P.O. CTO – U.O. RIABILITAZIONE SPECIALISTICA MIELOLESI

GE

-Ultimi controlli rx eseguiti:

- Rx rachide in toto (21/3/2022): esiti di artrodesi C5-T2 con barre e viti. Esiti di artrodesi D9-L2 con barre fissate a viti metalliche transpeduncolari, in sede, integre. Spaziatori intersomatici nel tratto D11-D12 in esiti di corpectomia e innesto osseo. Allineamento metamerico posteriore conservato. Non riconoscibile il noto cedimento somatico di D6. Note multiple fratture costali a dx.
- Rx polso sinistro (14/3/2022): non variazioni rispetto a precedente di frattura intrarticolare epifisaria distale di radio. Persiste puntiforme distacco della stiloide ulnare. L'Ortopedico consiglia controllo rx rachide in toto, bacino e polso sinistro tra tre mesi.
- Può essere mobilizzato seduto senza corsetto.
- Rx torace pre-dimissione: velatura dell'emitorace sinistro per falda di versamento pleurico, oblitterazione del seno costofrenico dx, non addensamenti parenchimali.
- Ecodoppler (21/4/2022) e Angio-TAC arterie renali (22/4/22) + visita chirurgo vascolare: alla TAC, meglio la perfusione renale rispetto a febbraio, sia in termini di morfologia (non più evidente la dissezione renale dx, polare pervia), sia in termini di riduzione delle aree ischemiche parenchimali. Non sussiste indicazione a manovre invasive vascolari, si consiglia controllo di ecodoppler arterie renali tra 3-4 mesi (da inviare alla Rad.Interventistica).

Peave, sottoposto





PROVA N. 2

P.O. CTO – U.O. RIABILITAZIONE SPECIALISTICA MIELOLESI

GE

### Valutazione funzionale

Paziente vigile, cosciente, collaborante. Orientato nel tempo e nello spazio, nella propria e altrui persona. Capo mobile, collo libero. Lieve disartria, eloquio ridotto e prosodia monotona.

MOE, MOI e motilità linguale nella norma. Alla valutazione della muscolatura mimica, si evidenzia lieve spianamento della piega naso-labiale di sinistra e sfumato abbassamento del labbro inferiore omolaterale. Non apparenti deficit degli altri nervi cranici.

Mingazzini AASS: ben tenuto. Possibili attivamente la flessione-estensione di avambraccio e di polso anche contro parziale resistenza (MRC 4/5).

ROT AASS: normoelicitabili.

Singularizzazione delle dita possibile. Nella norma la forza delle pinze interdigitali. Hand-grip nella norma.

Prove I-N ben eseguite.

Alla prova classica e delle marionette si evidenziano interruzioni e aritmocinesi (segni di adiadococinesia)

AAIL: non si evidenziano movimenti attivi a carico dei principali fulcri articolari. Ipotonia e ipotrofia diffusa. Alla mobilizzazione passiva no blocchi articolari.

Scarso controllo del tronco seduto nel letto.

Verticalizzazione non proponibile. Alla mobilizzazione passiva non si evidenziano deficit di ROM.

Assenza di clono alla dorsi-flessione della T-T bilateralmente. ROT: riflessi rotulei assenti bilateralmente. Riflesso achilleo e medio plantare normoelicitabili a sinistra, non elicetabili a destra.

ROT AAIL: assenti.

Lasegue negativo.

Alluce muto alla scp bilateralmente.

Non apparenti deficit della sensibilità tattile e dolorifica fino a T11. Ipoestesia tattile da T12. A sinistra anestesia dolorifica da T12 a L3, iperalgesia da L4 a S1, anestesia caudalmente. A destra anestesia dolorifica da T12.

Sensibilità tattile ridotta a livello di S3 e S4-S5. SAE normotonico. Contrazione anale volontaria assente.

CV a dimora, intestino neurogeno regolato con clisteri.

Paraplegia incompleta, ASIA B livello neurologico D11. Parzialmente dipendente nelle ADL.



Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico

Gaetano Pini-CTO

PROVA N 2

SISTEMA SOCIO SANITARIO



Regione  
Lombardia

ASST Gaetano Pini

P.O. CTO – U.O. RIABILITAZIONE SPECIALISTICA MIELOLESI

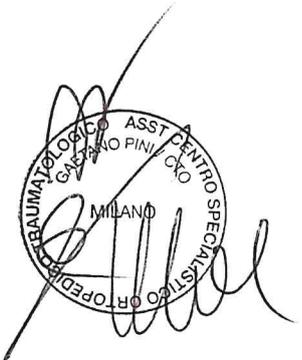
**ESITI COMPLESSIVI ATTESI:**

Obiettivi a breve termine:

Obiettivi a medio termine:

Obiettivi a lungo termine:

DATA



Handwritten signature



Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico  
Gaetano Pini-CTO

SISTEMA SOCIO SANITARIO



Regione  
Lombardia

ASST Gaetano Pini

*PROVA N.2*

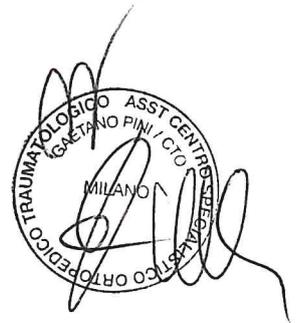
P.O. CTO – U.O. RIABILITAZIONE SPECIALISTICA MIELOLESI

Barcode

## PROGRAMMA RIABILITATIVO INDIVIDUALE

- Trattamento riabilitativo in palestra:
- Terapia occupazionale:
- Valutazione logopedica del linguaggio e della deglutizione.
- Colloquio con il paziente e i parenti referenti per la condivisione del PRI e del pri.

DATA 26/04/2021



*ASST*



Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico  
Gaetano Pini-CTO

PROVA N3

PP

Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ASST Gaetano Pini

PP, 54 anni (03/07/1967)

#### ANAMNESI FAMILIARE

Coniugato, ha 2 figli (di 8 e 12 anni), in ABS. Vive con la famiglia al 1° piano di uno stabile senza ascensore; presenti 2 rampe di scale per l'appartamento. Usa bagno con doccia (non a filo pavimento).

Non ha inoltrato domanda di invalidità civile; paziente fuori regione.

Ora disoccupato, lavorava come programmatore informatico da libero professionista.

Genitori ancora viventi, di 79 anni. Il padre è in follow-up per K colon (ed è portatore di stomia), la madre è diabetica e cardiopatica. Un fratello di 53 anni, in follow-up per K prostata o vescica (il paziente non ricorda) e una sorella di 49 anni, che soffre di emicrania cronica.

#### ANMNESI FISIOLÓGICA

Non fumatore, potus sociale.

Ambito sfinterico pre-evento indice: riferisce elevata frequenza delle minzioni giornaliere (> 10), ricorrenti cistiti sintomatiche per addominalgia, disuria e sensazione di incompleto svuotamento e descrive minzione come da impiego del torchio addominale; alvo riferito regolare.

#### ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA

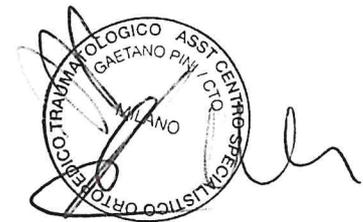
-IPB non in terapia.

-Gastrite cronica non in terapia.

-Anchilosi post-traumatica per pregressa frattura al gomito sinistro.

-Non note allergie ai farmaci; allergico ai kiwi.

-Nessuna terapia domiciliare.



#### ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA

Esordio oltre un anno fa con parestesie ingravescenti alle mani ed ai piedi; successiva comparsa di tetraparesi, peggiore agli arti superiori, con disturbi della deambulazione.

Eseguita RM rachide cervicale: **calcificazione del legamento longitudinale posteriore condizionante stenosi del canale cervicale da C2 a C7 con segni di mielopatia nel medesimo tratto.**

Eseguita EMG/ENG arti superiori: **sofferenza neurogena marcata dei muscoli dipendenti dai metameri C5-C6-C7-C8 bilateralmente, peggiore distalmente.**

In considerazione del quadro clinico e radiologico, in data 14/06/2022 veniva ricoverato c/o UO Neurochirurgia Ospedale San Gerardo di Monza.

Obiettività neurologica all'ingresso in reparto: vigile e collaborante. Modesta tetraparesi peggiore agli arti superiori, con atteggiamento in flessione delle mani bilateralmente e grave deficit stenico alla flessione-estensione dei 5 raggi. Parestesie tipo formicolio alle mani ed ai piedi senza chiara distribuzione radicolare ed alla superficie posteriore delle gambe bilateralmente. Non deficit della sensibilità superficiale ai 4 arti. Hofmann negativo, Babinski bilaterale. ROT ai 4 arti iperelicitabili e simmetrici. Non disturbi sfinterici. Marcia atassica. Romberg +.

In data 15/06/2022, in regime di anestesia generale, il paziente veniva sottoposto a intervento di **decompressione cervicale per via posteriore (laminoplastica). Intraoperatoriamente si riscontrava marcata alterazione del segnale ai potenziali evocati.**

Seguiva decorso postoperatorio in Terapia Intensiva Neurochirurgica. Al risveglio riscontro di peggioramento della tetraparesi, per cui eseguiva **RM rachide cervicale senza mdc (15/06/2022): marcato**

*[Handwritten signature]*



Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico  
Gaetano Pini-CTO

PROVA N 3

Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ASST Gaetano Pini

PP

**incremento dei diametri canalari, con consensuale netta riduzione dell'effetto compressivo sulla corda midollare cervicale; alcune alterazioni iperintense in T2-STIR intramidollari centrali, con prevalente ma non esclusivo interessamento delle corna anteriori a livello del tratto midollare tra C2-4 e C6-7, da riferire ad alterazioni di natura mielopatica (su verosimile base compressivo-ischemica).**

Nelle ore successive, si assisteva ad un iniziale e progressivo miglioramento clinico.

In data 17/06/2022 rientrava nel reparto di Neurochirurgia.

In previsione del trasferimento, in data 21/06/2022 eseguiva tampone di sorveglianza Covid, negativo,

Condizioni cliniche alla dimissione: sveglio e collaborante, apiretico. Ipertono spastico ai 4 arti, peggiore agli arti inferiori. Agli arti superiori: atteggiamento in flessione della mano, bilateralmente; deficit 3/5 stenico all'estensione delle dita, 2/5 alla flessione di avambraccio su braccio e 1/5 all'elevazione della spalla. Agli arti inferiori: deficit 3/5 alla flessione di coscia su bacino, all'estensione della gamba e alla flessione plantare e dorsale dei piedi bilateralmente. Non riferisce disturbi della sensibilità superficiale né disturbi sfinterici. Parestesie alle mani bilateralmente senza chiara distribuzione radicolare. Babinski bilaterale. Hofmann negativo. ROT iperelicitabili e simmetrici ai 4 arti. Non cloni agli arti inferiori. Ferita chirurgica in ordine. Il paziente è stato mobilizzato seduto in comodone, portatore di collare cervicale. Mitto spontaneo. Alvo stitico (necessita di clisteri evacuativi).

In data odierna, 22/06/2022, il paziente accede c/o questa UO per le cure, gli accertamenti e il trattamento riabilitativo del caso.

#### INDICAZIONI DI FOLLOW-UP

- Rimozione dei punti di sutura possibile dal 27/06.
- Indossare collare cervicale rigido in clinostatismo ed in ortostatismo per un mese; tra un mese mantiene collare cervicale rigido in ortostatismo e può indossare collare cervicale morbido in clinostatismo.
- TAC rachide cervicale e RX rachide cervicale in carico tra 3-4 settimane e rivalutazione NCH previo accordi con NCH di guardia da contattare al numero 335-1392860.

#### TERAPIA ALL'INGRESSO

- Clexane 4000 UI 1 fl sc ore 18
- Omeprazolo 40 mg 1 cp ore 6
- Lioresal 25 mg 1/2 cp ore 8
- Lyrica 50 mg 1 cp x 2/die ore 8-20.

#### ESAME OBIETTIVO ALL'INGRESSO

All'ingresso in reparto, paziente in condizioni generali stabili, lucido e collaborante. Obiettività cardiaca, polmonare (auscultazione anteriore) e addominale nella norma.

Prob. ra satepiato

*[Handwritten signature]*



*[Handwritten signature]*



Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico  
Gaetano Pini-CTO

PROVA N 3

Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ASST Gaetano Pini

PP

## VALUTAZIONE FUNZIONALE ALL'INGRESSO

### Ambito neuromotorio

Tetraplegia incompleta ASIA D livello neurologico C4 con severo deficit funzionale degli arti superiori.

Paziente vigile, cosciente, collaborante, orientato nel T/S, nella propria e altrui persona. A livello del cingolo S-O presente l'abduzione di spalla a destra limitata ai primi-medi gradi del ROM (M2) (assenti la flessione di spalla destra e tutti i movimenti attivi controlateralmente). Esame della forza nei muscoli chiave degli arti superiori (secondo scala MRC): a destra flessori di gomito M3, estensori di polso M2, estensori di gomito M3, flessori delle dita M4, abduttori delle dita M2; a sinistra flessori di gomito M2, estensori di polso M1, estensori di gomito M2, flessori delle dita M3, abduttori delle dita M1.

Esame della forza nei muscoli chiave degli arti inferiori: flessori di anca M4 bilateralmente, estensori di ginocchio, flessori dorsali e plantari di caviglia, estensori delle dita del piede M5 bilateralmente.

Alterazione della sensibilità multimodale (tattile e puntoria) con livello neurologico C4.

Limitazione articolare (non riducibile) del gomito sinistro: flessione possibile fino a 90°, assenti gli ultimi 45° di estensione. A livello degli altri fulcri articolari, non limitazioni di rilevanza funzionale. Iniziale retrazione della muscolatura antigravitaria (ischiocrurali e tricipiti surali); bilateralmente, al pROM lento, tibio-tarsica riducibile fino ai 90° anche a ginocchio esteso.

ROT AAI: bilateralmente iperreflessici. Alla scp Babinski positivo.

Alla dorsiflessione forzata della T-T comparsa di clono inesauribile a ginocchio sia flesso che esteso.

Tronco non valutabile, reclutabile attivamente la muscolatura addominale.

Cambi posturali nel letto effettuati con assistenza; non valutati né il raggiungimento della stazione assisa né di quella eretta.

Funzionalmente richiede massima assistenza in tutte le AVQ.

### Ambito sfinterico

Vescica: nell'ospedale di provenienza effettuato tentativo di rimozione del catetere vescicale a permanenza; successiva ripresa della minzione spontanea, ma associata a bruciore del meato uretrale e a sensazione di incompleto svuotamento. All'ingresso in reparto posizionato urocontrol.

Alvo: tendenzialmente stitico.

EO perineale: sensibilità S3-S5 sia tattile che puntoria alterata, contrazione anale presente.



Handwritten signature



Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico  
Gaetano Pini-CTO

PROVA N 3

Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ASST Gaetano Pini

**ESITI COMPLESSIVI ATTESI:**

Obiettivi a breve termine

Obiettivi a medio termine:

Obiettivi a lungo termine:

**PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE**

**Programma riabilitativo individuale**

- Indossare collare cervicale rigido in clinostatismo ed in ortostatismo per un mese; poi mantenere collare cervicale rigido in ortostatismo e indossare collare cervicale morbido in clinostatismo.

Colloquio con il paziente e i parenti referenti per la condivisione del PRI e del pri.

