Workshop Piede Cadente Casi clinici





- Maschio, 42 anni
- Artralgie e tumefazioni migranti delle grandi articolazioni (>mano sin e arto inf dx); parzialmente responsive a FANS
- Restante anamnesi muta
- EE: solo AST 287, ALT 740 → ecoaddome: lieve epatosplenomegalia
- Pregresse EBV e CMV; HBV IgM+, HBsAg e HBeAg + → epatite da HBV acuta
- ANCA, ANA, FR, antigliadina, antiTG, FT3 FT4 TSH nella norma

→Dimesso con diagnosi di artralgie in epatite B acuta

Dopo un mese:

Disestesie-parestesie al dorso del piede bilaterali > dx Piede cadente bilaterale

Obiettivamente:

- Deficit

flessione plantare e dorsale, intra ed extrarotazione piede dx flessione gamba su coscia dx flessione dorsale piede sin

- Steppage

Che fare?

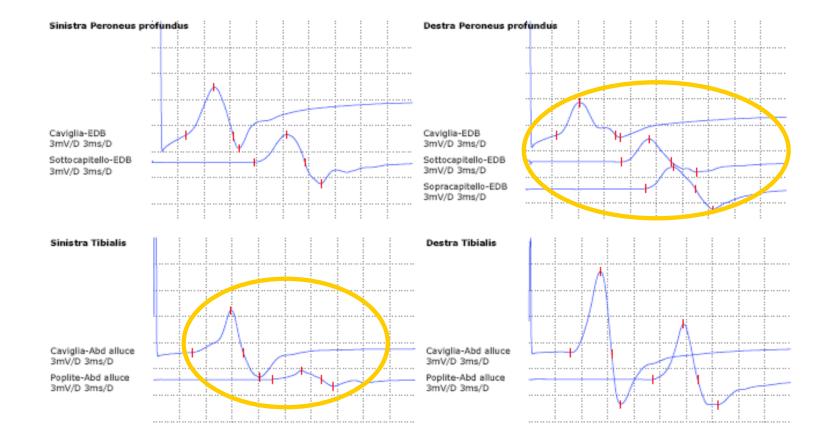
A cosa pensiamo?

EE: GB 12.000, PCR 170 mg/l; il resto nella norma

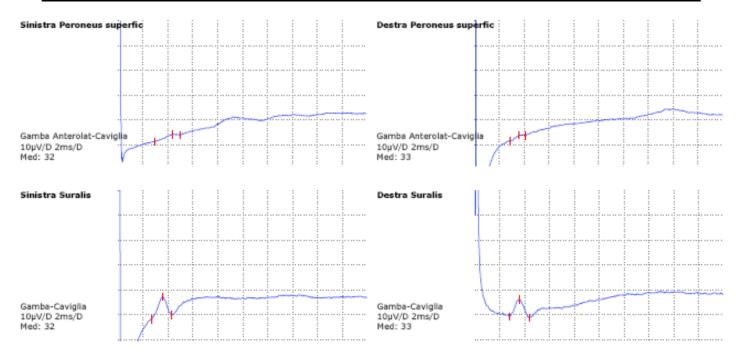
RMN rachide: esclude spondilodiscite/discopatie multiple

EMG...

MNCS								
Nerve	ı	Lat	A	mp		CV	F-1	M Lat
	ms	Ref.Dev	mV	Ref.Dev	m/s	Ref.Dev	ms	Ref.Dev
Peroneus profundus Motoria S	inistra							
Caviglia - EDB	3.84		7.0				44.4	
Sottocapitello-Caviglia	11.8		5.7		45.2			
Peroneus profundus Motoria D	estra							
Caviglia - EDB	3.55		4.0				53.6	
Sottocapitello-Caviglia	11.0		3.8		41.6			
Sopracapitello-Sottocapitello	13.7		4.9		44.4			
Tibialis Motoria Sinistra			\rightarrow					
Caviglia - Abd alluce	4.36		7.6				46.2	
Poplite - Abd alluce	13.6		1.80					
Poplite-Caviglia	13.6		1.80		46.5			
Tibialis Motoria Destra								
Caviglia - Abd alluce	4.77		15.2				45.4	
Poplite - Abd alluce	14.2		9.3					
Poplite-Caviglia	14.2		9.3		45.6			



SNCS							
Nerve	Pea	k Lat	Ar	mp	CV		
	ms	Ref.Dev	uV	Ref.Dev	m/s	Ref.Dev	
Peroneus superfic Sensitiva S	inistra						
Gamba Anterolat - Caviglia	2.97		2.7		50.0		
Peroneus superfic Sensitiva I)estra						
Gamba Anterolat - Caviglia	2.88		2.4		51.7		
Suralis Sensitiva Sinistra							
Gamba - Caviglia	2.65		9.0		55.6		
Suralis Sensitiva Destra							
Gamba - Caviglia	2.77		6.9		53.6		



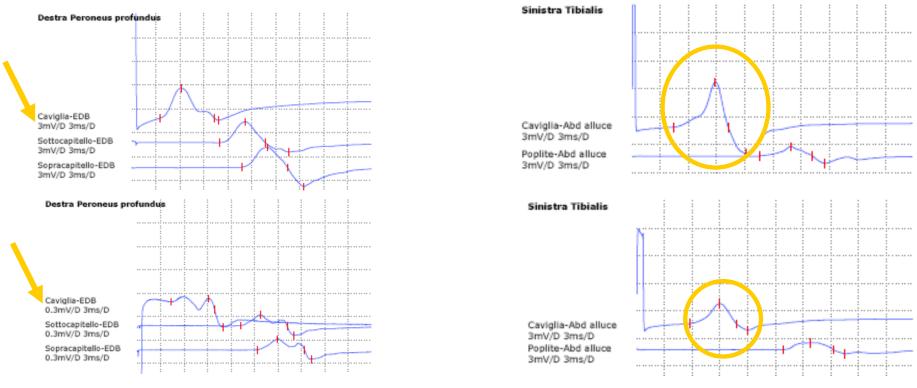
		Spontane	ous Activity		Volu	ntary Ad	tivity		
Muscolo	Interpretazione	Fib	PSW	Amp	Dur	Poly	Stabil	IP	Note
Sinistra Gastroc caput med	Slight inactive Neur	0/10	0/10	+	+	+	Normal	Normal	
Destra Gastroc caput med	Slight inactive Neur	0/10	0/10	+	+	+	Normal	Normal	
Sinistra Peroneus longus	Normal	0/10	0/10	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	
Destra Peroneus longus	Complete denervation	0/10	0/10						Nessuna attività volontaria
Sinistra Tibialis anterior	Normal	0/10	0/10	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	
Destra Tibialis anterior	Complete denervation	0/10	2/10						Nessuna attività volontaria
Sinistra Vastus med	Acute part denervation	2/10	1/10	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	
Destra Vastus med	Normal	0/10	0/10	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	

- Sofferenza neurogena acuta assonale dei nervi peroneo comune destro e femorale sinistro
- Sofferenza neurogena cronica dei restanti distretti
- Possibile blocco di conduzione del nervo tibiale sinistro
- →mononeuropatia multipla assonale sensitivo motoria con possibile blocco di conduzione

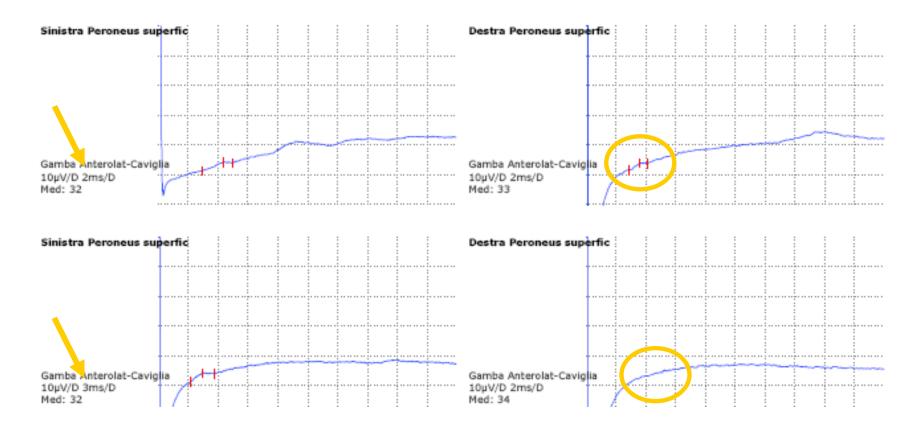
CONTROLLO A DISTANZA!!! IPOTESI DIAGNOSTICHE

Dopo 9 giorni...

MNCS								
Nerve	Lat		A	mp		CV	F-M Lat	
	ms	Ref.Dev	mV	Ref.Dev	m/s	Ref.Dev	ms	Ref.Dev
Peroneus profundus Motoria D	estra 💮							
Caviglia - EDB	4.31		0.37					
Sottocapitello-Caviglia	13.2		0.26		33.7			
Sopracapitello-Sottocapitello	15.4		0.26		45.5			
Tibialis Motoria Sinistra			\rightarrow					
Caviglia - Abd alluce	5.73		2.9					
Poplite - Abd alluce	15.9		1.19					
Poplite-Caviglia	15.9		1.19		42.3			
Tibialis Motoria Destra								
Caviglia - Abd alluce	4.45		10.4					
Poplite - Abd alluce	13.8		7.5					
Poplite-Caviglia	13.8		7.5		47.1			



SNCS							
Nerve	Pea	k Lat	A	mp	cv		
	ms	Ref.Dev	uV	Ref.Dev	m/s	Ref.Dev	
Peroneus superfic Sensitiva S	inistra						
Gamba Anterolat - Caviglia	3.18		3.1		46.9		
Peroneus superfic Sensitiva D	estra						
Gamba Anterolat - Caviglia							
Suralis Sensitiva Sinistra							
Gamba - Caviglia	2.94		6.3		51.7		
Suralis Sensitiva Destra							
Gamba - Caviglia	2.30		4.4		65.2		



Mononeuropatia multipla assonale sensitivo motoria, pseudoblocco di conduzione dal nervo tibiale sinistro

Ma non finisce qui...

- Addominalgia acuta con iperlipasemia
- Ipokaliemia, proteinuria, incremento renina e aldosterone
 - →iperaldosteronismo secondario
 - →ipertensione sistodiastolica non responsiva alle terapie
- Diplopia e offuscamento visivo
- Rialzo VES e PCR

Cosa sta succedendo?

Patologia multisistemica (articolazioni, SNP, rene, pancreas...)

Infiammatoria/disimmune? (vasculiti/connettivopatie/infettive/tumori...)

Cosa ci orienta nella diagnosi?

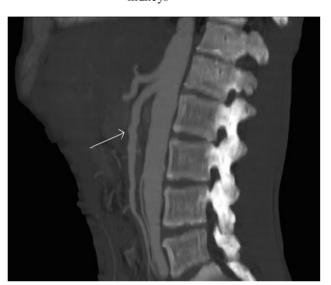
- infezione acuta HBV
- multineuropatia con pseudoblocco di conduzione
- interessamento multiorgano acuto

Quali accertamenti ulteriori?

• Pannello autoAb, C3 e C4: persistentemente negativi

• Angiografia/AngioTC

Fig. 1 Multidetector CT angiography of the abdominal aorta: multiple microaneurysms and irregular constrictions ("string-of-beads" pattern) involving the distal and intraparenchymal portion of the renal arteries bilaterally, including the accessory polar artery on the left side. Bilaterally altered parenchymal contrast enhancement with multiple wedge-shaped hypoperfused areas in both kidneys



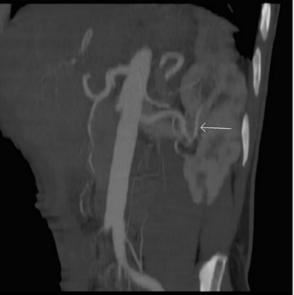




Fig. 2 Multidetector CT angiography of the abdominal aorta: diffuse, discrete calibre irregularity of the entire descending portion of the superior mesenteric artery

• Biopsia di nervo surale: sofferenza assonale cronica con degenerazione assonale in atto

Diagnosi: Panarterite nodosa da infezione HBV, mediata da immunocomplessi (HBsAg-Ab)

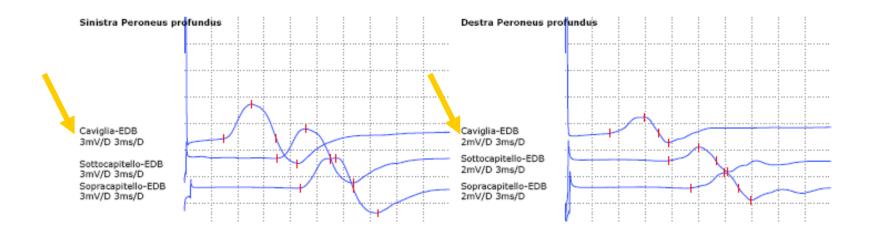
- F, 63 anni
- Esordio acuto di ipostenia-ipoestesia gamba dx
- In PS
 - ipoestesia T/D in territorio peroneale superficiale destro
 - ipopallestesia arti inferiori (malleolo mediale, cresta tibiale e spina iliaca anterosuperiore 5/8 a destra, 6/8 a sinistra)
 - deficit dorsiflessione piede destro, deambulazione sui talloni difficoltosa a destra

Emocromo con Formula leucocitaria

Leucociti	13,49	10^3/µL
Eritrociti	4,39	10^6/μL
Emoglobina	13	g/dL
Ematocrito	40,9	%
MCV	93,2	fl
MCH	29,6	pg
MCHC	31,8	g/dL
Piastrine	284	10^3/μL
MPV	9,6	fl
RDW-CV	14	%
Granulociti Neutrofili	91,6	% Leucociti
Linfociti	6,6	% Leucociti
Monociti	1,7	% Leucociti
Granulociti Eosinofili	0,1	% Leucociti
Granulociti Basofili	0	% Leucociti
Granulociti Neutrofili	12,36	10^3/µL
Linfociti	0,89	10^3/µL
Monociti	0,23	10^3/µL
Granulociti Eosinofili	0,01	10^3/μL
Granulociti Basofili	0	10^3/µL

2,7 mg/L

MNCS									
Nerve		Lat	А	mp		CV	F-	M Lat	Dist (mm)
	ms	Ref.Dev	mV	Ref.Dev	m/s	Ref.Dev	ms	Ref.Dev	
Peroneus profundus Motoria S	Sinistra								
Caviglia - EDB	4.50		6.7						80.0
Sottocapitello-Caviglia	10.5		6.1		42.5				255
Sopracapitello-Sottocapitello	13.1		6.2		42.3				110
Peroneus profundus Motoria I	Destra								
Caviglia - EDB	5.06		1.93						80.0
Sottocapitello-Caviglia	11.7		1.86		38.4				255
Sopracapitello-Sottocapitello	14.2		2.1		40.0				100
Tibialis Motoria Sinistra									
Caviglia - Abd alluce	4.08		14.7						100
Poplite-Caviglia	12.5		8.5		39.2				330
Tibialis Motoria Destra									
Caviglia - Abd alluce	3.88		12.3						100
Poplite-Caviglia	12.3		8.1		41.6				350
Ulnaris Motoria Destra									
Polso - ADM	2.27		8.5						80.0
Gomito-Polso	6.50		9.4		54.4				230
Ascella-Gomito	10.1		9.1		61.1				220
Erb-Ascella	13.0		8.1		75.9				220



SNCS							
Nerve	Peal	k Lat	Ar	np	C	Dist (mm)	
	ms	Ref.Dev	uV	Ref.Dev	m/s	Ref.Dev	
Peroneus superfic Sensitiva S	inistra						
Gamba Anterolat - Caviglia	3.18		4.9		47.2		150
Peroneus superfic Sensitiva [)estra						
Gamba Anterolat - Caviglia	3.50		2.0		42.9		150
Suralis Sensitiva Sinistra							
Gamba - Caviglia	3.44		5.3		43.6		150
Suralis Sensitiva Destra							
Gamba - Caviglia	3.56		6.4		42.1		150
Ulnaris Sensitiva Destra							
Dig V - Polso	2.43		6.5		49.4		120



EMG Findings

		Spontane							
Muscolo	Interpretazione	Fib	PSW	Amp	Dur	Poly	Stabil	ΙP	Note
Destra Gastroc caput med	Normal	0/10	0/10	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	
Destra Gluteus medius	Slight inactive Neur	0/10	0/10	+	+	+	Normal	Normal	
Sinistra Tibialis anterior	Mod inactive Neur	0/10	0/10	++	++	++	Normal	Normal	
Destra Tibialis anterior	Mod subacute Neur	6/10	4/10	+++	++	++	Normal	Normal	

Neuropatia assonale peroneale bilaterale con denervazione in atto nel territorio del nervo peroneo profondo destro

Altri accertamenti? Perché?

- EE: rialzo PCR
- Controlli autoanticorpali (ANA, ENA, ANCA, Anti DNA complementemia), markers neo e paraneoplastici negativi
- RMN encefalo e rachide in toto: lacune ischemiche, una pontina segmentale destra; discoartrosi multipla
- Fattori di rischio vascolare: profilo lipidico, proteine C ed S, folati, B12 omocisteinemia (NEGATIVI)

Posta comunque in corticosteroide (deltacortene 50 mg die) con beneficio, pregabalin come sintomatico, ASA per profilassi antiaggregante

Ma...

• Scalando la terapia sotto i 10 mg di deltacortene peggioramento deficit motorio, ricomparsa di mialgie diffuse e rialzo della PCR

Cosa fare? Altri accertamenti? Gestione terapia?

- Ricontrollo autoimmunità: negativa
- Ricontrollo EMG: stabile
- Biopsia di nervo surale: vasculite
- Reincremento deltacortene

Mononeuropatia multipla
Quadro bioptico da vasculite
Nessun coinvolgimento d'organo extra SNP

→ Vasculite primitiva del SNP?

Introdotta AZA 2 mg/Kg/die

Per 2 anni dipendente da corticosteroide (al decalage ricomparsa sintomi e rialzo PCR)

• M, 68 anni

 dolore arto inferiore dx, crampi ai mm ischiocrurali e proiezione del dolore in regione anterolaterale della gamba, parziale risposta a FANS

• obiettivamente:

- -deficit flessione dorsale e extrarotazione del piede dx
- -ipoestesia T/D in territorio peroneale comune dx

• in anamnesi LLC dal 1991 senza necessità di trattamento, sarcoma ascellare nel 2004 (exeresi + RT)

- RMN lombosacrale: anterolistesi L5 su S1, discopatia L3-L4 con impegno intraforaminale dx
- EMG: danno assonale motorio del n SPE dx (non disponibile referto eseguito in altra sede)

Che fare?

- Terapia sintomatica
- Molla di Codevilla e cicli di FKT
- Ecografia del cavo popliteo e ecodoppler venoso arti inferiori
- Rivalutazione EMG a breve...

Nei successivi 6 mesi...

• Clinica in peggioramento soggettivo ed obiettivo

• EMG: denervazione attuale dagli arti inferiori, anche a sinistra. Coesistenza di danno assonale e demielinizzante

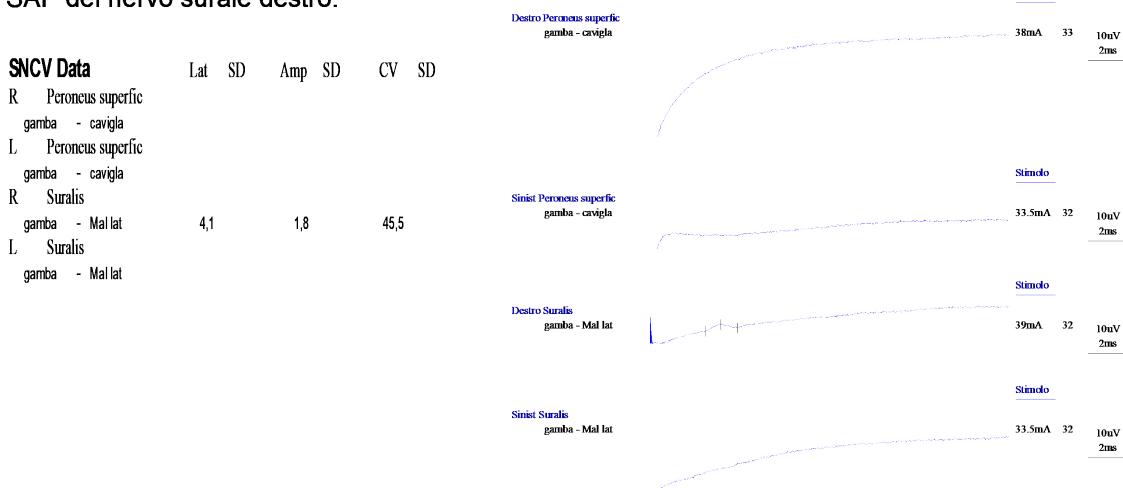
• EE: infocitosi

Conduzioni motorie: ridotta l'ampiezza del nervo peroneo bilaterale, più a sinistra; ridotta la VdC di tutti i nervi esaminati agli arti inferiori.

MNCV Curves Stimolo **MNCV Data** SD Amp SD Lat CV SD Amp% SD **Destro Peroneus** cavigl - EDB Peroneus 100mA 5mV sottocp - EDB 100mA 5ms - EDB 4,2 2,9 sopracp - EDB 100mA 11,8 - cavigl 38,8 -2 3,7 50,0 14,2 28 sopracp - sottocp Stimolo Peroneus Sinist Peroneus - EDB 0,1 cavigl cavigl - EDB 98mA 1mV sottocp 15,2 0,2 39,5 154 cavigl sottocp - EDB 100mA 5ms sopracp - EDB 100mA 0,2 27,3 18 sottocp 18,5 sopracp **Tibialis** Stimolo - FHB 10,7 5,0 Destro Tibialis mall m - FHB 100mA 5mV - mall m 16,0 6,9 39,1 -36 poplite - FHB 100mA 5ms - FHB 3,8 10,2 Stimolo - mall m 15,0 7,1 39,3 -31 Sinist Tibialis mall m - FHB 97mA 5mV 99mA poplite - FHB 5ms

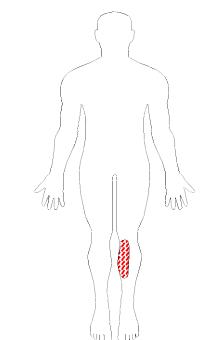
Stimolo

Conduzioni sensitive: non evocabile il SAP del nervo peroneo superficiale bilaterale e surale sinistro, di bassa ampiezza il SAP del nervo surale destro.



EMG Findings

Muscolo	Interpretaz.				7	Volunt	ary act.		
(Innervaz.)		Fib	PSW	Amp	Dur	Poli	Stabil.	IP	
Destro Gastroc caput med (Tibialis, S1 s2) Note: denervazione in atto	Lieve inat.n.	2/10	2/10	+	+	+	Normal	-	EMG Muscle Man
Destro Peroneus longus	Mod inat.neur.	7/10	6/10	++	++	++	Normal	_	
(Peroneus superfic, S1 15) Note: denervazione in atto)) (
Sinist Tibialis anterior (Peroneus profundus, 14 L5) Note: denervazione in atto	Mod inat.neur.	5/10	2/10	++	++	++	Normal	_	
Destro Tibialis anterior (Peroneus profundus, 14 L5) Note: denervazione in atto	Pron inat.neur.	7/10	8/10	+++	+++	++	Normal		- Gul Just G
Sinist Vastus medialis (Femoralis, 12 13 I.4)	Lieve inat.n.	0/10	0/10	+	+	+	Normal	Normal	
Destro Vastus medialis (Femoralis, 12 13 LA)	Lieve inat.n.	0/10	0/10	+	+	+	Normal	Normal	$\left(\frac{an}{n} \right) \left(\frac{n}{n} \right)$













Pron inat.neur.

Sl subac Neur

Mod subac Neur

Pron subac Neur

Parz.den.acuta

Completa denerv

Ⅲ Loss of MU

Cond.miastenica

Central weakness

Altro

Chi abbiamo di fronte?

• Esordio subacuto, evoluzione ingravescente

• Quadro clinico moderato severo

• Danno in primis assonale

• Asimmetrico

• Anamnesi neoplastica

Interessamento asimmetrico multifocale sensitivo motorio assonale

Table 1–1. Anatomic Distribution of Neuropathies and Differential Diagnosis

MONONEUROPATHY

Entrapment neuropathies

Trauma

Every cause listed under multiple mononeuropathies (below) may start with single nerve involvement

MULTIPLE MONONEUROPATHIES

Hereditary liability to pressure palsies

Vasculitic neuropathy

Diabetic mononeuropathies and lumbosacral radiculoplexus neuropathy

Sarcoid

Leprosy

Multifocal motor neuropathy

AIDS

Tangier disease

Focal variant of chronic inflammatory demyelinating polyradiculoneuropathy (may affect one or more nerves of a limb)

SYMMETRIC POLYNEUROPATHIES

Inflammatory/Immune-Mediated Neuropathies

Guillain-Barré syndrome

Chronic inflammatory demyelinating polyradiculoneuropathy

Vasculitic neuropathy

Sarcoid neuropathy

Neuropathies associated with connective tissue disease

Toxic Neuropathies

Drugs, metals, alcohol

Table 1–1. Anatomic Distribution of Neuropathies and Differential Diagnosis

Inherited Neuropathies

Hereditary motor sensory neuropathies

Giant axonal neuropathy

Hereditary sensory and autonomic neuropathies

Peroxisomal disorders (adrenomyeloneuropathy, Refsum disease)

Porphyric neuropathies

Lipoprotein disorders (Tangier disease, abetaliproteinemia)

Lysosomal enzyme deficiency (Fabry disease)

Vitamin Deficiencies

Cobalamin, vitamin E, thiamine

Neuropathies Associated with Cancer

Remote effects of cancer

Direct tumor infiltration

Paraproteinemia-Related Neuropathies

Diabetic Polyneuropathy

Neuropathies Associated with Organ System Failure

Kidney, lung, liver

Critical illness polyneuropathy

Neuropathies associated with organ transplantation

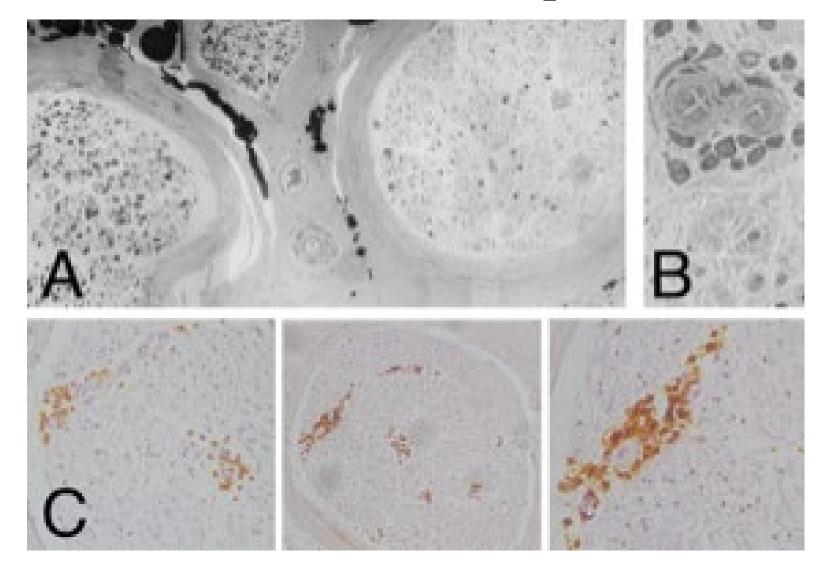
Neuropathies Associated with Infection

HIV

Leprosy

Lyme disease

Biopsia nervo



In A è evidente un coinvolgimento focale del nervo: sono rappresentati due fascicoli con diversa perdita di fibre (tipico di un danno ischemico) (sezioni semifini).

B: cellule maligne perivascolari nell'endoneurio (sezione semifine)

C: l'immunoistochimica evidenzia la presenza di cellule CD20 positive (markers per linfoma B) in sede subperineuriale e perivascolare endoneuriale, suggerendo un danno di tipo ischemico. Pervenuta TC total body: linfonodi di 3 cm addominali. Pervenuta tipizzazione di puntato midollare: confermata diagnosi di LLC a cellule B CD 19+

Sentito il parere dell'ematologo si concorda con l'introduzione di terapia con Clorambucil (soprassedendo per ora nell'introdurre altra terapia tipo sudarabina per possibile neurotossicità).

Consiglio inoltre terapia con:

Pregabalin 75

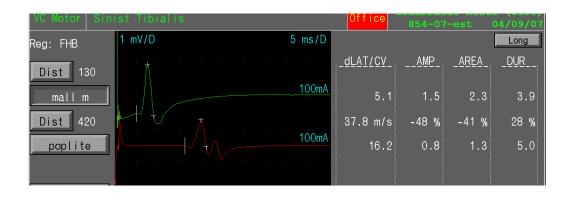
2 cp X 2

Amitriptilina 10 gtt alla sera da incrementare a 20 gtt dopo 5 gg.

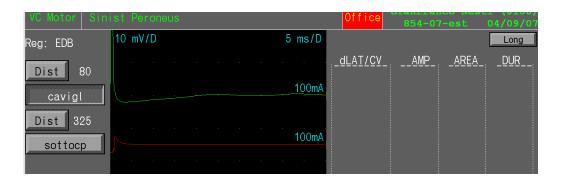
Multineuropatia da infiltrazione leucemica diretta del tronco nervoso

Conduzioni motorie: non registrabile il CMAP dal nervo peroneo sinistro. Di bassa ampiezza il CMAP dei nervi esaminati. VdC ridotta da tutti i nervi esaminati

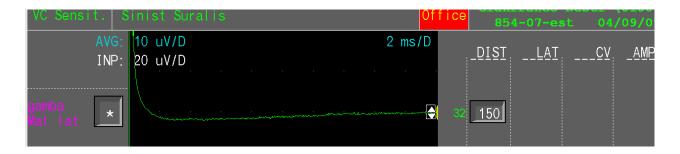


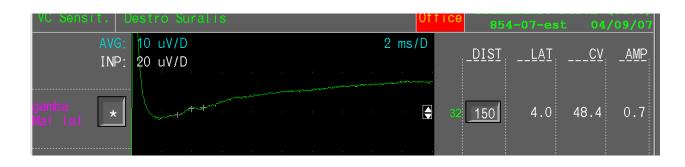






Conduzioni sensitive: non registrabile il SAP dal nervo surale sinistro. Di bassa ampiezza il SAP del nervo surale destro.







Motivo Accesso e Anamnesi patologica prossima

controllo in sofferenza dello SPE bilaterale su base infiltrativi in LLC a cellule B

Anamnesi patologica remota

completa remissione dal 2008 della patologia ematologica.

Ultimo controllo EMG: polineuropatia sensitivo motoria cronica prevalentemente assonale dei 4 arti più evidente agli arti inferiori.

Al raccordo anamnestico non eventi di rilievo.

Esame Objettivo

Vigile orientato e collaborante, non segni meningei, sfumato deficit VII inferiore sinistro statico. Barré e MIngazzini II ben tenute, prove di forza contro resistenza deficit lieve estensione gamba sinistra e dorsiflessione piede sinstro (MRC 4+/5). nella norma il resto. RT deboli gli stiloradiali assente (anche con Jendrassik) rotuleo sinistro. achillei assenti. RCP in flessione, prove di coordinazione normali, disestesia del dorso e della pianta del piede sinistro. Romberg negativo deambulazione normale possibile sulle punte e sui talloni.

Conclusioni diagnostiche e indirizzo terapeutico

quadro neurologico che evidenzia stabilità del quadro neurologico con lieve prevalente interessamento dell'arto inferiore sinistro. Controllo fra un anno.

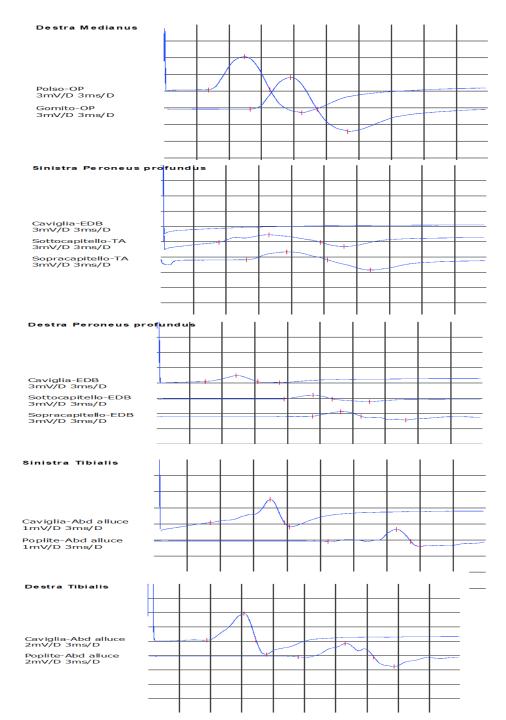
Medico OSIO MAURIZIO

Data Erogazione 18/09/13

D 23/04/2012

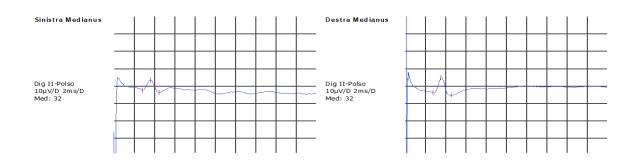
Motor Nerve Conduction Studies

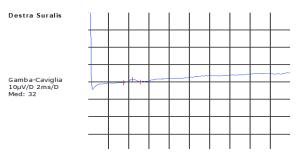
MNCS									
Nerve	L	_at	A	mp		CV	F-I	M Lat	dist
	ms	Ref.Dev	mV	Ref.Dev	m/s	Ref.Dev	ms	Ref.Dev	mm
Medianus Motoria Destra									
Polso - OP	4.08		10.1						80.0
Gomito-Polso	7.96		9.7		54.1				210
Peroneus profundus Motoria	Sinistra								
Caviglia - EDB									80.0
Sopracapitello-Sottocapitello	7.85		3.6		39.7				100
Peroneus profundus Motoria	Destra								
Caviglia - EDB	4.42		1.39						80.0
Sottocapitello-Caviglia	11.7		1.31		38.5				280
Sopracapitello-Sottocapitello	14.3		1.65		46.2				120
Tibialis Motoria Sinistra									
Caviglia - Abd alluce	5.09		1.71						130
Poplite-Caviglia	15.7		1.07		40.1				425
Tibialis Motoria Destra									
Caviglia - Abd alluce	5.66		5.7				51.3		130
Poplite-Caviglia	14.4		3.2		44.6				390



Sensory Nerve Conduction Studies

SNCS							
Nerve	Pea	k Lat	Ar	mp	C	CV	dist
	ms	Ref.Dev	uV	Ref.Dev	m/s	Ref.Dev	mm
Medianus Sensitiva Sinistra							
Dig II - Polso	2.79		6.5		50.2		140
Medianus Sensitiva Destra							
Dig II - Polso	2.75		9.3		50.9		140
Suralis Sensitiva Destra							
Gamba - Caviglia	3.52		1.76		42.6		150





EMG Findings

		Spontaneous Activity			Voluntary Activity				
Muscolo	Interpretazione	Fib	PSW	Amp	Dur	Poly	Stabil	ΙP	Note
Destra Inteross dors I	Slight inactive Neur	0/10	0/10	+	+	Normal	Normal	-	
Sinistra Tibialis anterior	Slight inactive Neur	0/10	0/10	+	+	Normal	Normal	-	
Destra Tibialis anterior	Mod inactive Neur	0/10	0/10	++	++	Normal	Normal		
Sinistra Vastus med	Slight inactive Neur	0/10	0/10	+	+	Normal	Normal	-	
Destra Vastus med	Normal	0/10	0/10	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	

Commento

Conduzioni motorie: non evocabile il CMAP del n peroneo profondo di sinistra per registrazione dall'EDB. Di bassa ampiezza i CMAP dei restanti nervi degli arti inferiori esaminati. Ridotta la VdC del n peroneo profondo bilaterale (per regisrtazione dall'EDB a destra e dal TA a sinistra) e del n tibiale sinistro. Normali i parametri di conduzione del n mediano a destra

Onda F: allungata la latenza a carico del n tibiale destro.

Conduzioni sensitive: di bassa ampiezza i SAP del n mediano a sinistra e surale a destra. Normali i parametri di conduzione del n mediano a destra.

Elettromiografia con ago elettrodo concentrico: modesti segni di sofferenza neurogena cronica a carico dei muscoli tibiale anteriore a destra ed in minor misura tibiale anteriore sinistro, vasto mediale sinistro e I interosseo dorsale mano destra.

Conclusione

Quadro che conferma la sofferenza polineuropatica sensitivo motoria cronica, prevalentemente assonale dei quattro arti più evidente agli arti inferiori. Rispetto al controllo del 20 aprile 2008 lieve miglioramento dei parametri di ampiezza dei SAP dei nervi esaminati.