



QUANDO PENSI CHE SIA ANDATO TUTTO PER IL MEGLIO: SINDROME DA IPER PERFUSIONE CEREBRALE

Alfredo De Liso¹, Maria Cristina Bravi²; Francesca Romana Pezzella²; Sabrina Anticoli²

¹Unit of Neurology, Neurophysiology, Neurobiology, Department of Medicine, University Campus Bio-Medico of Rome, viá Alvaro del Portillo, 21, 00128, Rome

² Department of Neuroscience, Stroke Unit San Camillo Hospital, Circonvallazione Gianicolense, 87, 00152, Rome.



INTRODUZIONE

La Sindrome da Iperperfusione Cerebrale (CHS) è una rara ma grave complicanza, conseguente a rivascolarizzazione delle carotidi e delle arterie intracraniche. Il picco di incidenza della CHS si verifica nei pazienti sottoposti a CEA dalle 12 ore a 6 giorni dopo l'intervento. Il quadro clinico è caratterizzato da: cefalea, crisi epilettiche, deficit neurologici focali ed emorragia cerebrale. La diagnosi può essere effettuata grazie alla diagnostica per immagini: Tomografia computerizzata (TC) e Risonanza magnetica nucleare (RMN). In questo caso clinico vi presentiamo una donna di 82 anni, che a seguito di intervento di CEA ha sviluppato una CHS caratterizzata da riduzione dello stato di coscienza, crisi focali motorie con secondaria generalizzazione.

PRESENTAZIONE DEL CASO

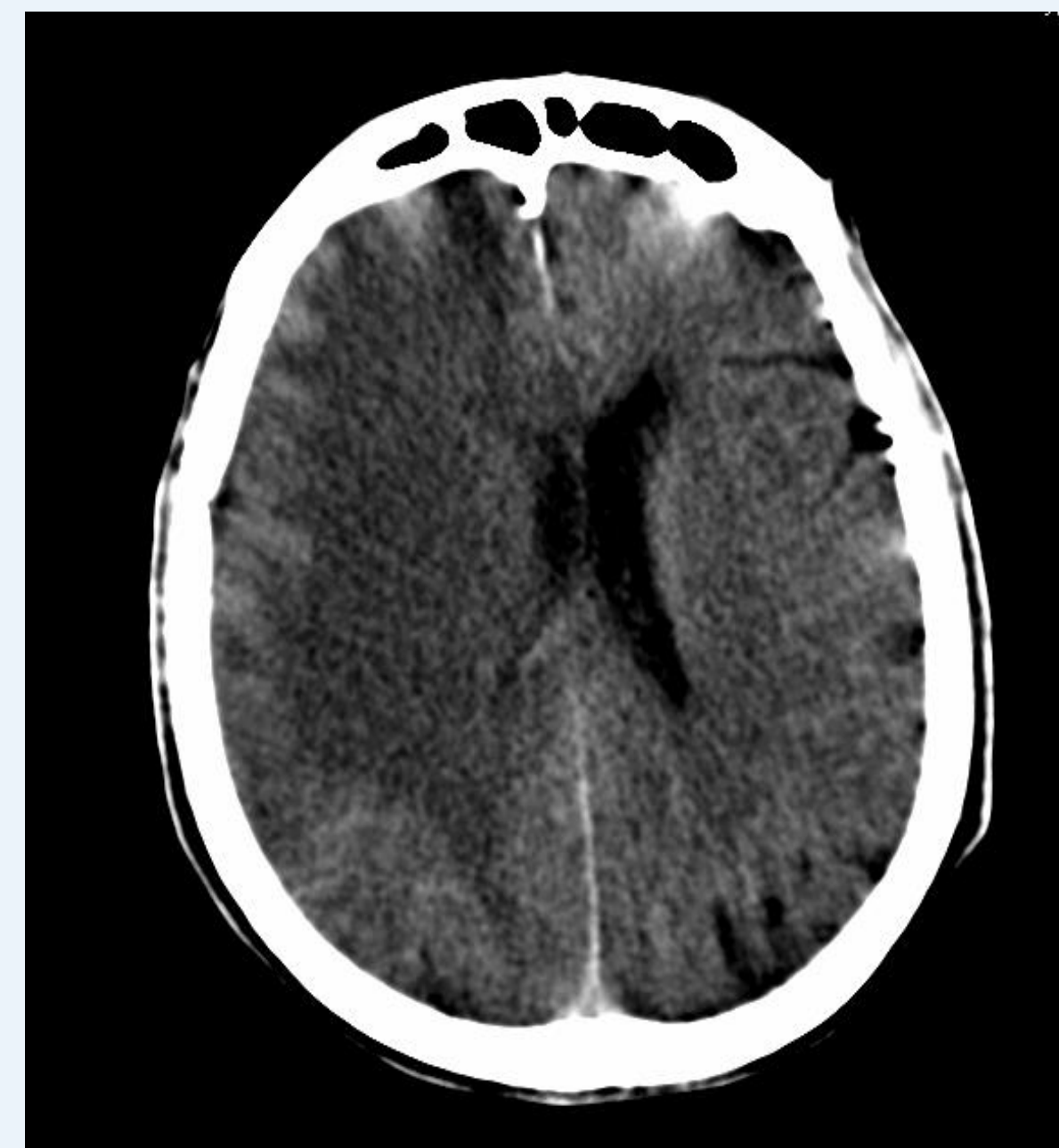
Donna di 82 anni, caucasica, affetta da ipertensione che presenta in anamnesi: ictus ischemico occipitale sinistro dal quale non ha residuo alcun deficit e stenosi subocclusiva della carotide destra. Giungeva alla nostra attenzione a seguito di un acuto deficit di forza in arto inferiore sinistro. La RM dell'encefalo evidenziava la presenza di areole parcellari iperintense in DWI e ipointense in ADC in sede della sostanza bianca periventricolare destra e della corona radiata di destra. Pertanto 15 giorni dopo lo stroke la paziente veniva sottoposta a CEA e non presentava alcuna complicazione di sorta. In 4° giornata dopo il CEA la paziente, in totale benessere, presentava incremento della pressione arteriosa fino a 200/100 mmHg accompagnata da severa cefalea. Presentava inoltre, due crisi focali motorie caratterizzate da clonie in arto superiore sinistro con secondaria generalizzazione. All'esame obiettivo neurologico presentava emiplegia brachio-curale sinistra ed emianopsia laterale omonima sinistra.

RISULTATI

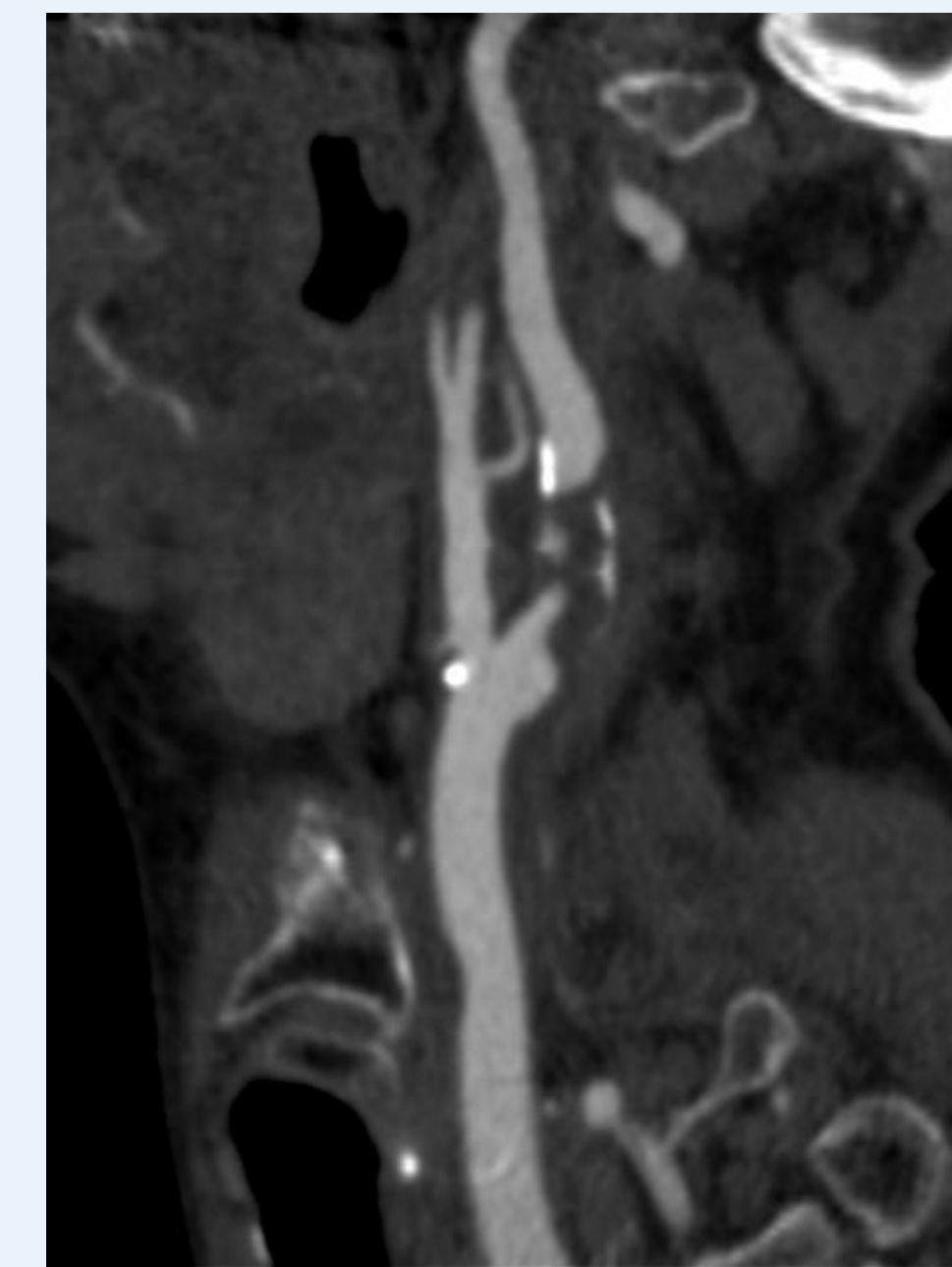
La paziente eseguiva TC cranio in urgenza mostrante esteso edema emisferico destro con shift dx-sx di 5 mm della linea mediana. Veniva sottoposta a monitoraggio elettroencefalografico giornaliero che dimostrava anomalie epilettiformi subcontinue a carico dell'emisfero destro compatibili con uno stato di male non convulsivo. Veniva impostata terapia anti edemigena (Mannitolo+Metilprednisolone) e terapia anti-epilettica inizialmente con Fenitoina 100mg per tre/die e Lacosamide 200mg per 2/die. Dato il gravissimo stato clinico della paziente veniva inserito in terapia Brivaracetam 100mg per due volte al giorno con sostanziale beneficio clinico.

DISCUSSIONE E RISULTATI

In questo case report abbiamo dimostrato l'efficacia del brivaracetam nello stato di male non convulsivo secondario a CHS, che presenta una mortalità del 51%. Nonostante sia ben noto che il trattamento da noi usato per stato di necessità sia off label, sono necessari più studi per ampliare l'indicazione clinica di questo farmaco.



TC cranio mostrante edema dell'emisfero destro.



Angio Tc dei vasi epiaortici mostrante subocclusione arteria carotide interna destra.

Riferimenti

RIFERIMENTI

1. George Galyfos, Argiri Sianou, Konstantinos Filis Cerebral hyperperfusion syndrome and intracranial hemorrhage after carotid endarterectomy or carotid stenting. *Neurol Sci*, 381, 74-82 2017 Oct 15.
2. Mohankumar Kurukumbi, Ahn Truong, Nagheme Pirsaharkhiz Uncommon Etiology for Seizure: Cerebral Hyperperfusion Syndrome Case Rep *Neurol Med* 2017, 7965758. 2017.