

# SINDROME DI COLLET-SICARD: PRESENTAZIONE INUSUALE DI DISSECAZIONE CAROTIDEA

A. Davoli<sup>1</sup>, M. Magarelli<sup>1</sup>, G. Antonuccio<sup>2</sup>, P. Rabuffi<sup>2</sup>, A.R. Casini<sup>1</sup>, S. Vagnarelli<sup>2</sup>, A. Salerno<sup>1</sup>

<sup>1</sup> UOC Neurologia e UTN; <sup>2</sup> UOSD Radiologia Interventistica; AO S. Giovanni Addolorata, Roma.

## Introduzione

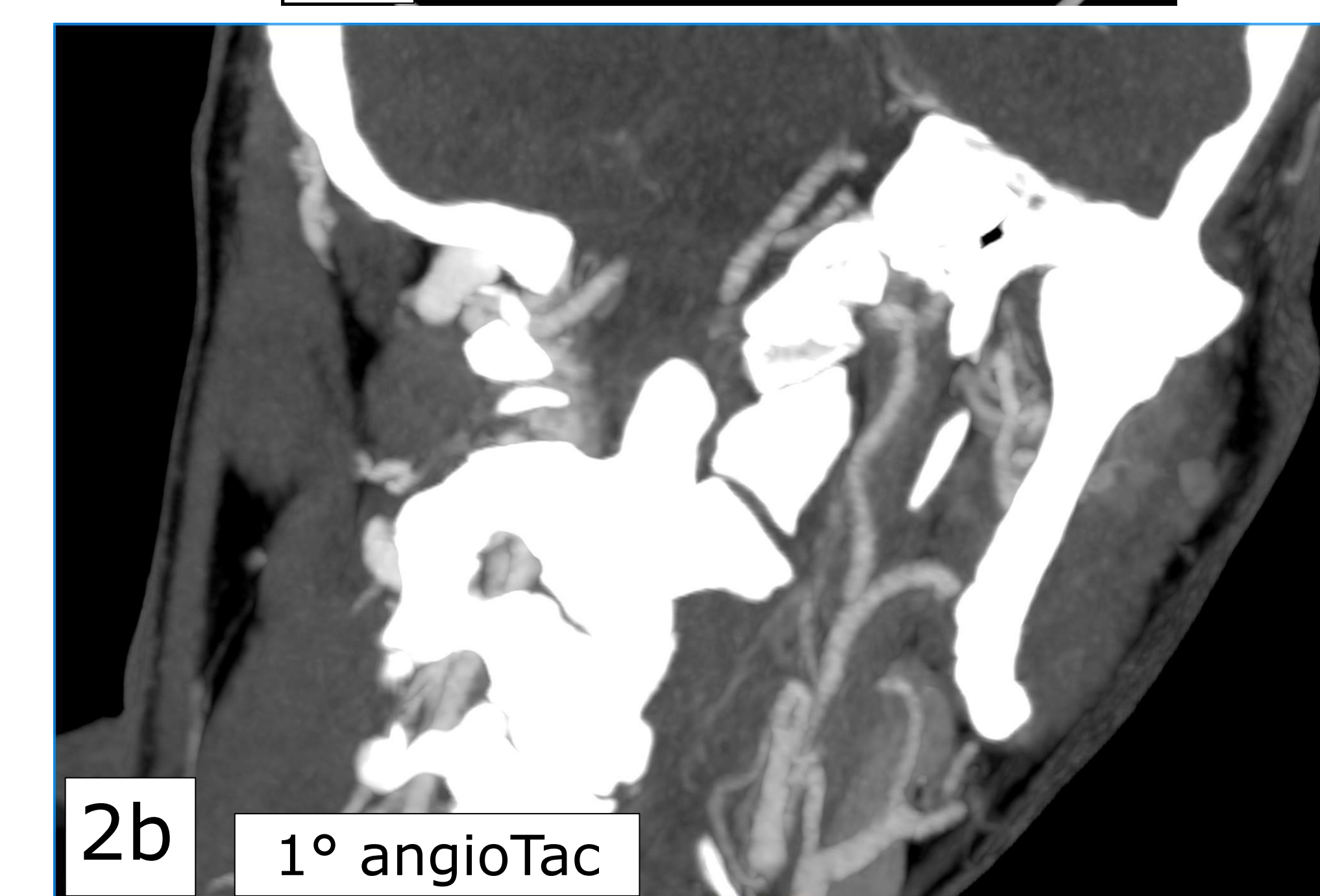
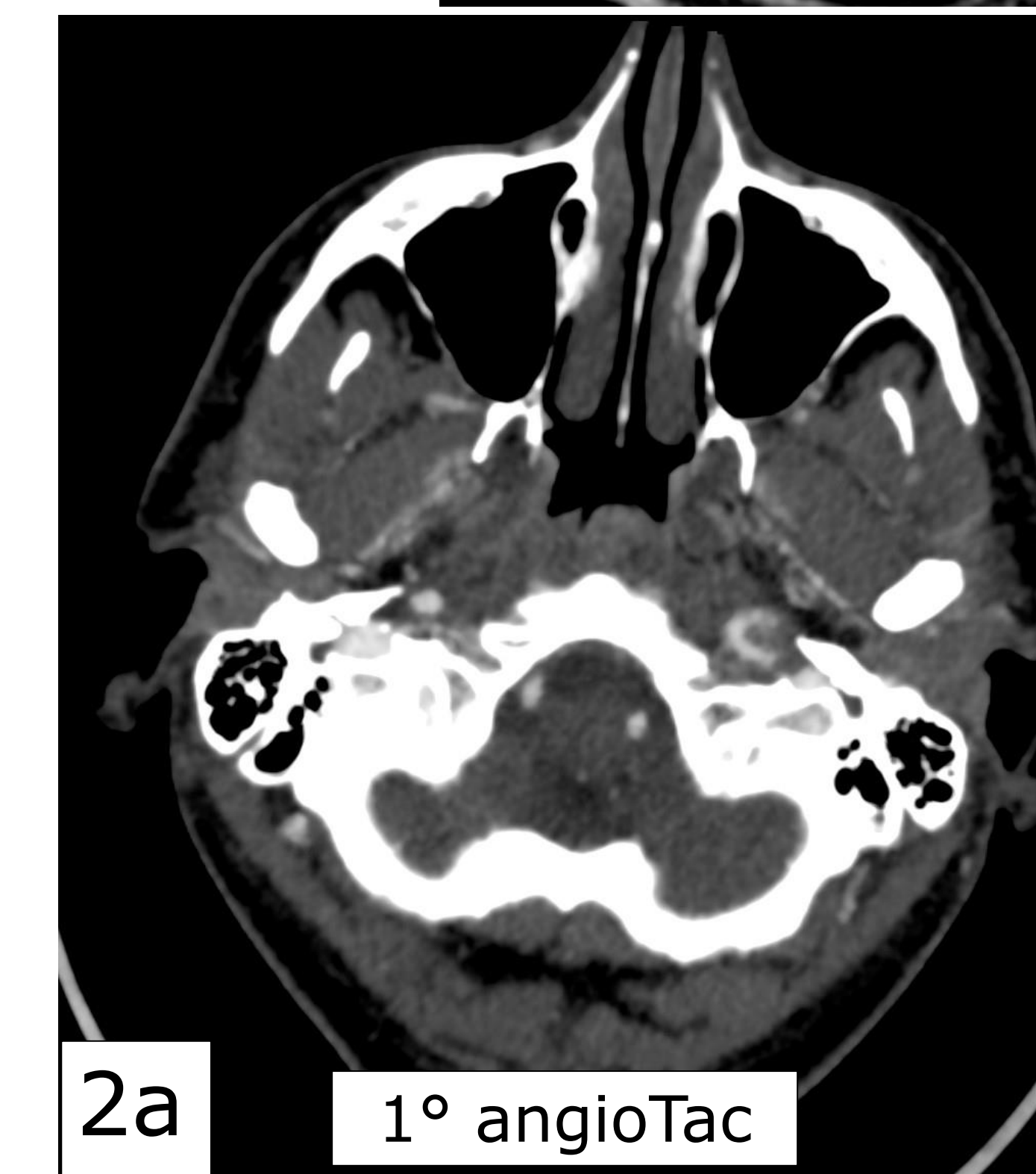
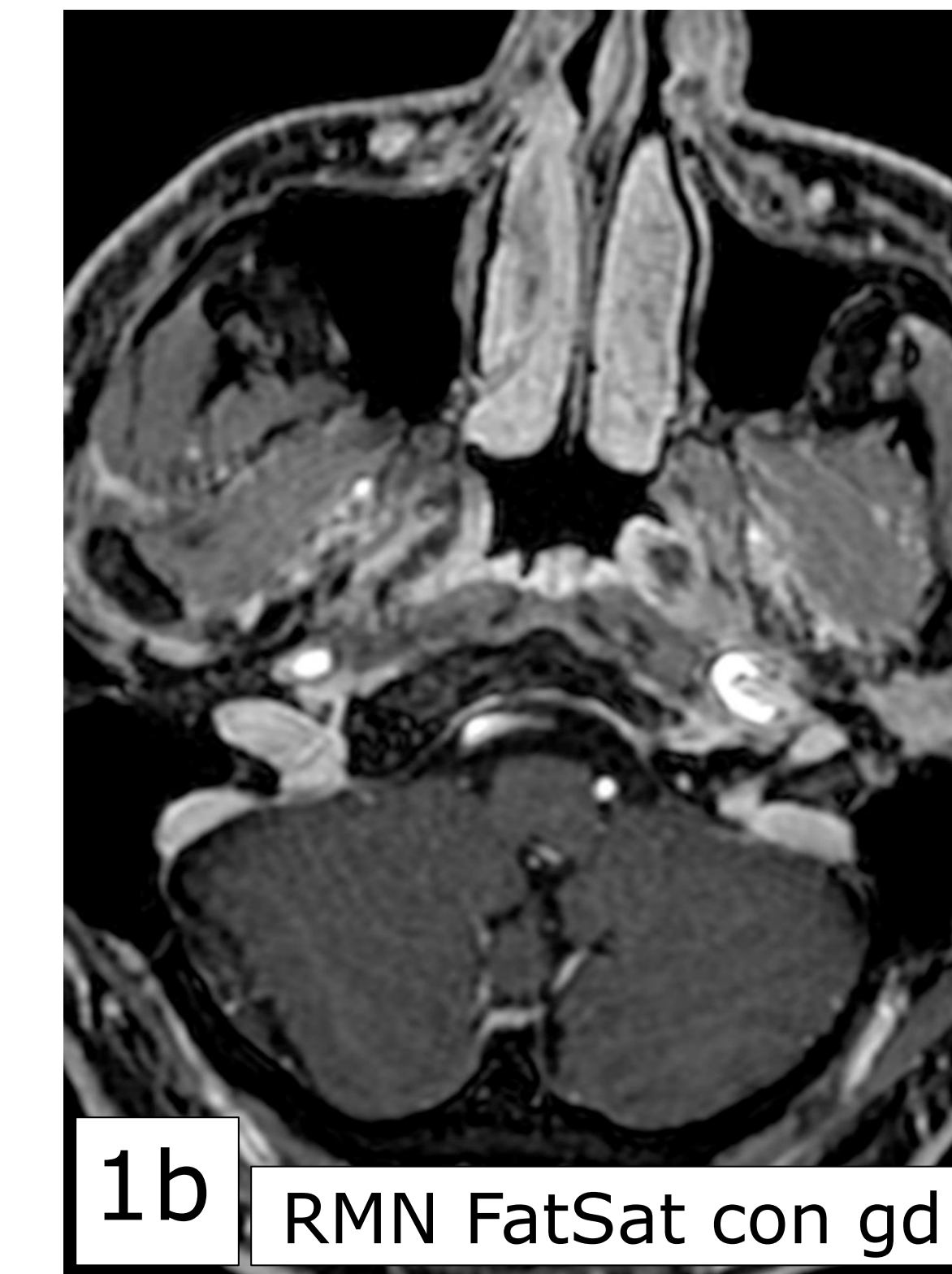
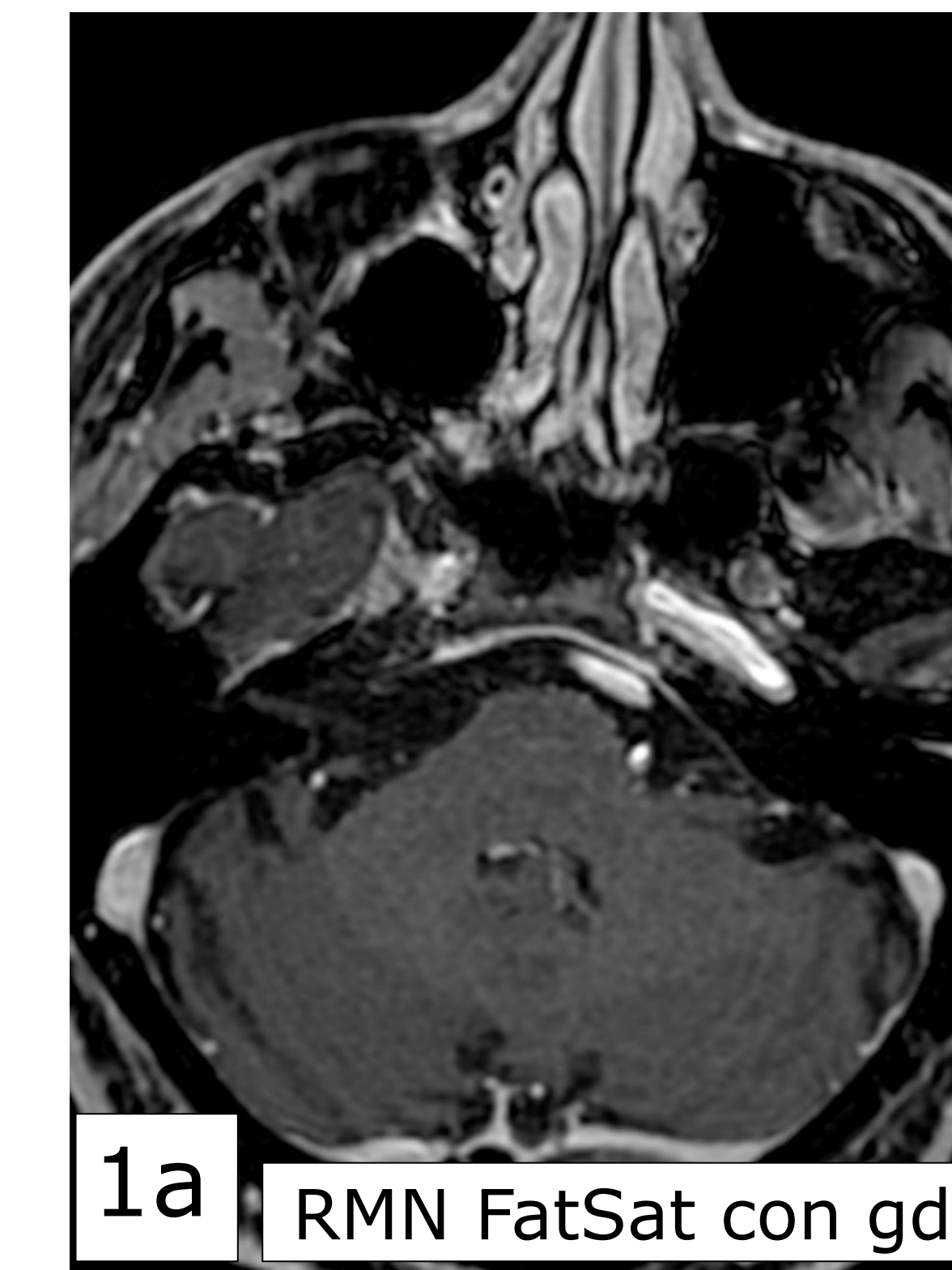
La Sindrome di Collet – Sicard è una infrequente entità clinica caratterizzata dal deficit degli ultimi quattro nervi cranici (IX – XII), causata dalla compressione di tali nervi a livello della base cranica, da parte di processi usualmente neofornativi o traumatici. Raramente, tale sindrome può essere correlata ad anomalie coinvolgenti l'arteria carotide interna, a causa degli stretti rapporti che intercorrono tra il vaso e il decorso dei nervi, vicino al canale carotideo.

## Metodi e Risultati

Riportiamo il caso di un paziente di 52 anni, con anamnesi silente, giunto presso il nostro Pronto Soccorso per insorgenza acuta di disfagia e scialorrea, seguite, nelle ore successive, da disfonia. Non riferito alcun trauma recente o dolore al collo. L'esame neurologico iniziale non mostrava alcun deficit focale, per cui, dopo esecuzione di Tac cranio risultata nella norma, veniva visitato da specialista otorinolaringoiatra con fibrolaringoscopia; si osservavano episodi di rilevante ipertensione arteriosa e tachicardia; solo nei giorni successivi di degenza, l'esame neurologico progressivamente mostrava deviazione della lingua e dell'ugola, riduzione del riflesso faringeo, asimmetria del palato molle e deficit dei muscoli trapezio e sternocleidomastoideo. Eseguiva: RMN encefalo con mdc non mostrante alcuna alterazione specifica; angio RMN (fig.1a,1b) ed angio Tac (fig.2a,3a) che documentavano coiling del tratto distale della carotide interna sinistra extracranica con flap intinale esteso al tratto intracranico sino al tratto clinoidico, associato a ematoma intramurale e stenosi di grado moderato del lume vasale; una elettromiografia rilevava segni di denervazione acuta dei muscoli glossofaringeo, sternocleidomastoideo e trapezio. Si decise, in accordo coi colleghi di radiologia interventistica, di procedere unicamente a trattamento conservativo con terapia antiaggregante. Seguiva ciclo di logopedia. Veniva infine effettuato follow-up clinico e strumentale a un anno di distanza: l'esame neurologico evidenziava pressoché completa regressione dei deficit iniziali, permanendo lieve alterazione del tono della voce ed ipotrofia del trapezio, senza rilevanti deficit segmentari. L'angio Tac di controllo (fig.3a,3b) mostrava, a livello carotideo, risoluzione del flap e riassorbimento dell'ematoma intramurale, permanendo solo minime irregolarità intimali.

## Conclusioni

Il caso clinico descritto mostra una rara causa di deficit acuto dei nervi cranici di possibile riscontro in Pronto Soccorso, con iniziale scarsa evidenza di deficit neurologici all'esame obiettivo, che tuttavia richiede quanto prima il completamento con imaging del sistema arterioso; la progressiva evidenza di deficit neurologici potenzialmente gravi, pur in assenza di riduzione significativa del flusso carotideo e di lesioni parenchimali cerebrali, rende impegnativa la scelta terapeutica, che rimane dettata dalle caratteristiche del singolo caso.



## Bibliografia

1. Barbiero FJ, Baehring JM, Fulbright RK, Becker KP. MRI findings in Collet-Sicard syndrome. *Neurology*. 2017;88(8):811.
2. Smith R, Tassone P and Saada J. Collet-Sicard syndrome as a result of unilateral carotid artery dissection. *BMJ Case Rep* 2013; 2013: bcr2013200358.
3. Zeleňák K, Zeleňáková J, DeRiggo J, Kurča E, Kantorová E, Poláček H. Treatment of cervical internal carotid artery spontaneous dissection with pseudoaneurysm and unilateral lower cranial nerves palsy by two silk flow diverters. *Cardiovasc Intervent Radiol*. 2013 Aug;36(4):1147-50.