

# Sindrome da vasocostrizione cerebrale reversibile: un interessante case report.

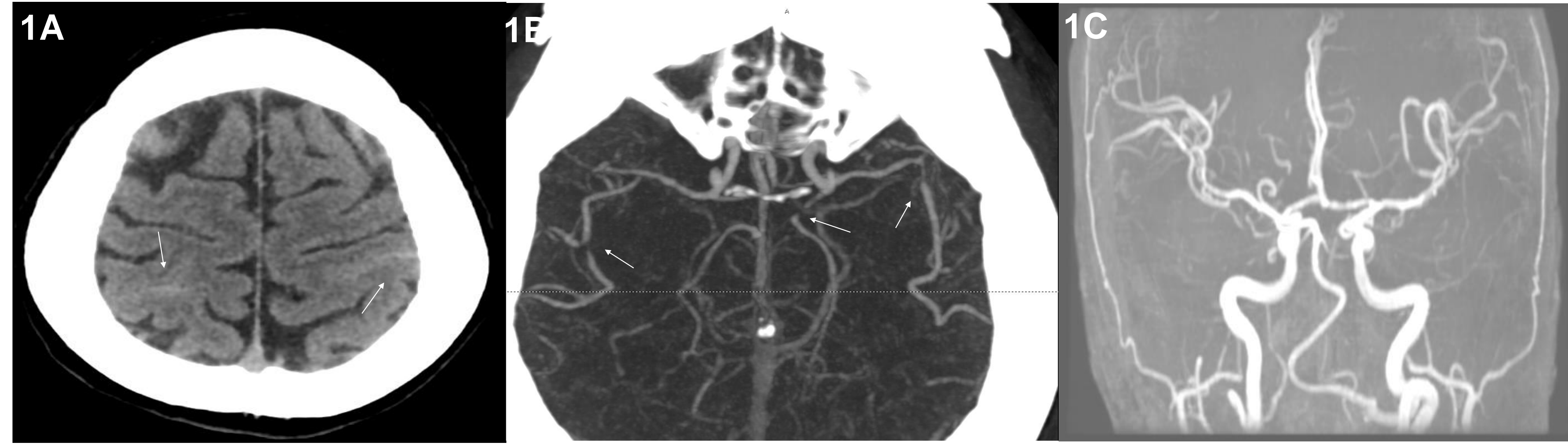
Niccolò Biagioli<sup>1</sup>, Andrea Ghezzi<sup>1</sup>, G. Giovannini<sup>1,2</sup>, Giulia Turchi<sup>2</sup>, Niccolò Orlandi<sup>1,2</sup>, S. Vallone<sup>3</sup>, S. Meletti<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Dipartimento di Scienze Biomediche Metaboliche e Neuroscienze, Università di Modena e Reggio Emilia.

<sup>2</sup> U.O. di Neurologia, Ospedale Civile di Baggiovara, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena

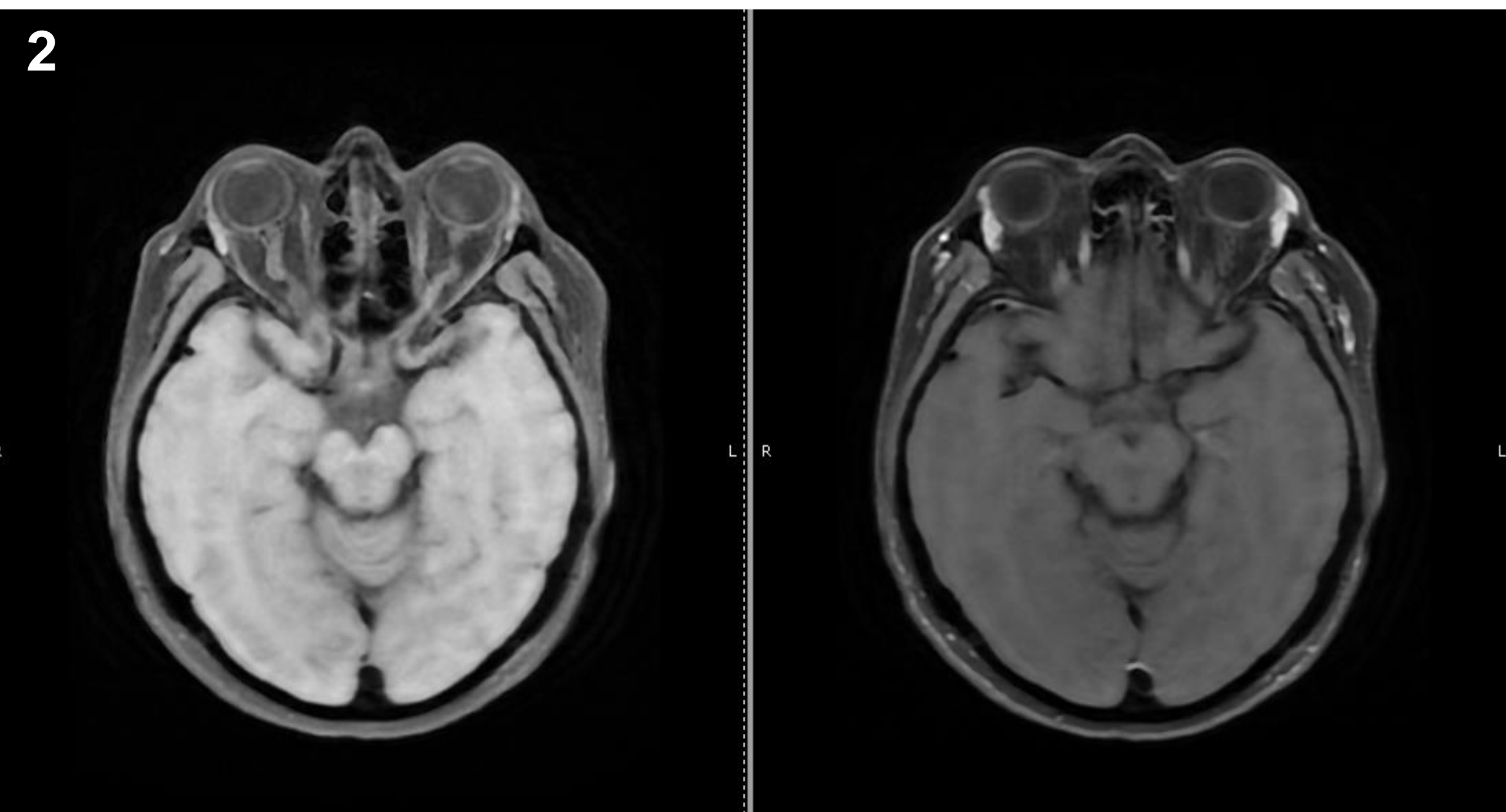
<sup>3</sup> S.C. di Neuroradiologia, Dipartimento di Neuroscienze di Testa e Collo, AOU di Modena

**Introduzione:** la sindrome da vasocostrizione cerebrale reversibile (RCVS) è una condizione clinica peculiare, spesso accompagnata da cefalea, solitamente a rombo di tuono, che può essere facilmente confusa con altre patologie di pertinenza neurovascolare.



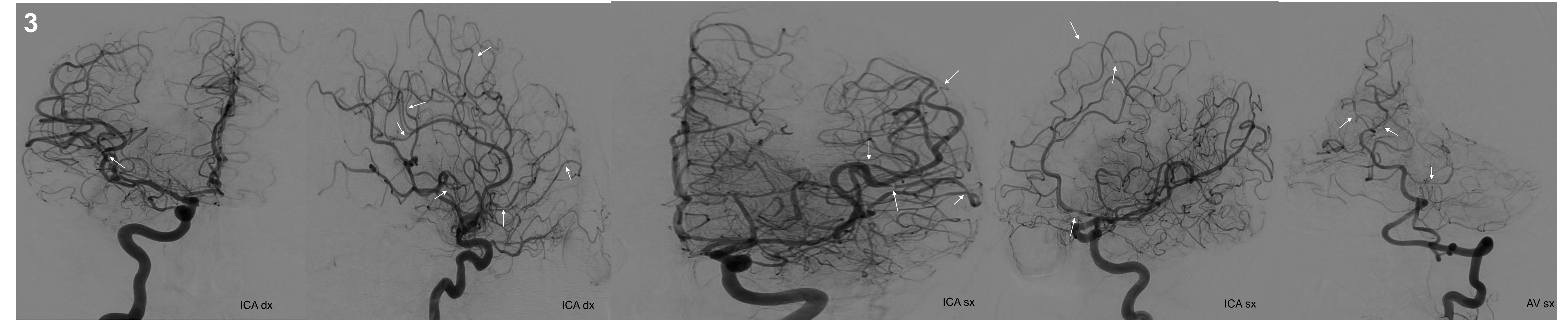
**Materiali e Metodi:** la valutazione neurologica era negativa. Alla TC encefalo piccola quota di emorragia subaracnoidea (ESA) nei solchi temporo-parietali bilateralmente, all'Angio TC stenosi severa M1-M2 sinistra e M2 destra, e altre stenosi bilaterali più distali; confermate poi all'ecocolordoppler transcranico (TCCD). Alla RM tronco-encefalo con mdc non captazione di contrasto delle pareti dei vasi stenotici. Alla successiva angiografia cerebrale molteplici stenosi settoriali associate ad ectasie post-stenotiche coinvolgenti sia vasi prossimali che distali. Agli esami ematici VES aumentata (75 mm), e tracce di cannabinoidi. Negativa la ricerca autoimmunità e sierologie di patogeni associati a vasculite. Rachicentesi con aumento dei linfociti (7 cell/uL) e una banda oligoclonale. Per peggioramento dei flussi TCCD, ripeteva angiografia a 9 giorni dalla precedente, con miglioramento delle stenosi distali e peggioramento delle stenosi sui vasi prossimali.

Impostata Nimodipina a dosaggio massimale con progressivo tapering, sostituito l'SSRI con Mirtazapina, Aripiprazolo e Amitriptilina. Dopo 3 mesi, assenza di cefalea; angiografia e TCCD nei limiti.

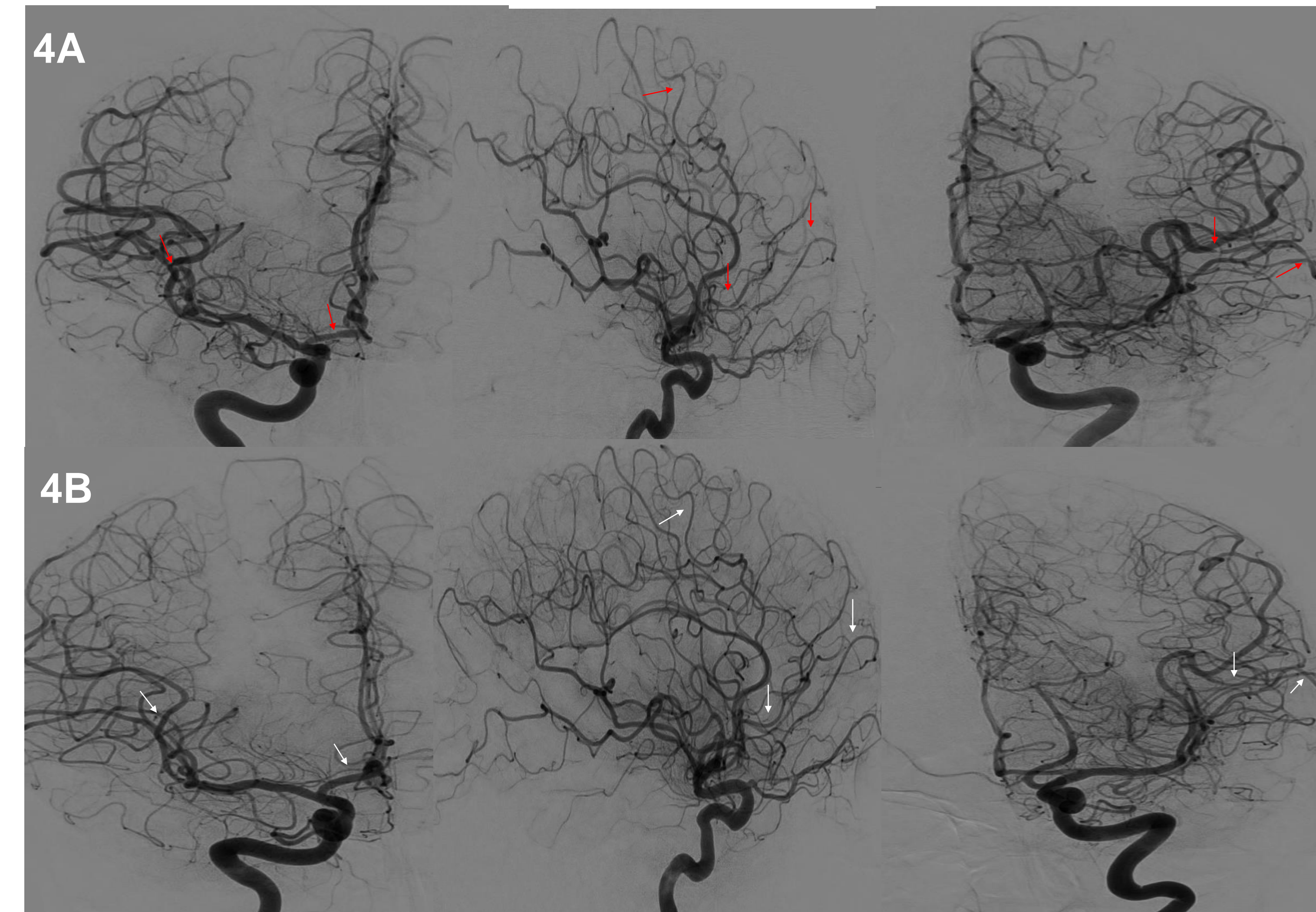


1A: TC encefalo con di ESA dei solchi temporo-parietali bilateralmente  
1B: AngioTC vasi intracranici con stenosi multiple  
1C:ricostruzione vasi con metodica AngioRM  
2: RM encefalo, sequenza black blood prima e dopo somministrazione mdc  
3:Angiografia, 1° esame eseguito che mostra multiple stenosi intracraniche nelle diverse proiezioni (ICA destra e sinistra rispettivamente in proiezione anteriore e laterale e a.vertebrale sinistra.  
4A: Angiografia, 2° esame eseguito che mostra andamento centripeto delle stenosi intracraniche  
4B: Angiografia di controllo a 3 mesi, negativa per stenosi vasali

**Case report:** una signora di 50 anni presentava cefalea acuta tipo gravativo (NRS 9/10) non responsiva a FANS. In anamnesi perdita di coscienza con annesso trauma cranico 10 giorni prima, diabete mellito, ipertensione, dislipidemia, sindrome depressiva in terapia con SSRI, abitudine tabagica e sporadica assunzione di marijuana, pregressa insufficienza renale acuta. Riferito recente lutto familiare. Accedeva in pronto soccorso (PS), dove veniva riscontrata pressione elevata, e veniva successivamente dimessa con incremento della terapia antipertensiva. Il giorno seguente accedeva nuovamente per recrudescenza dei sintomi.



**Discussione:** la paziente, con molteplici fattori di rischio cardiovascolari e storia di consumo di SSRI e marijuana, presentava cefalea di elevata intensità, in assenza di deficit neurologici focali. Alla Tc encefalo di screening eseguita in PS si riscontrava ESA, la quale ha motivato il ricovero e i successivi accertamenti. Le ulteriori indagini neuroradiologiche e neurosonologiche mostravano stenosi vasali migranti con dilatazione post-stenotica, senza coinvolgimento della carotide interna, con andamento centripeto, tali reperti, uniti alla storia clinica della paziente erano in linea con i criteri "RCVS2 score". La terapia con Nimodipina ha portato completo beneficio, con successiva negativizzazione clinico-radiologica.



**Conclusioni:** la RCVS è un'entità clinica difficile da diagnosticare e da differenziare da altre cause di cefalea e da altre urgenze neurovascolari.

Il caso mostra la necessità di un work-up completo, anamnestico, clinico e strumentale al fine di diagnosticare questa sindrome.

## Bibliografia

- Rocha, Eva A.; Topcuoglu, M. Akif; Silva, Gisele S.; Singhal, Aneesh B. (2019). RCVS score and diagnostic approach for reversible cerebral vasoconstriction syndrome. Neurology.
- Cappelen-Smith, Cecilia; Calic, Zeljka; Cordato, Dennis (2017). Reversible Cerebral Vasoconstriction Syndrome: Recognition and Treatment. Current Treatment Options in Neurology, 19(6), 21.