



MACRO AREA SUD

RAZIONALE CASI CLINICI

CASO CLINICO 1 "Trombosi venosa cerebrale ai tempi del Covid"

Dall'inizio della somministrazione dei vaccini a vettore virale contro Severe Acute Respiratory Syndrome - CoronaVirus 2 (SARS-CoV-2) sono stati descritti eventi trombotici associati a trombocitopenia; tra questi sono riportati casi di trombosi venosa cerebrale insorti tra i 5 e i 30 giorni dopo la somministrazione del vaccino e associati a tromboembolismo sistemico. Descriviamo un caso di trombosi sistemica con interessamento cerebrale, polmonare e piastrinopenia in paziente sottoposta a vaccinazione con ChAdOx1 nCoV-19.

Una donna di 68 anni priva di dati anamnestici significativi è stata ricoverata a maggio 2021 presso il nostro reparto per cefalea ingravescente seguita da stato soporoso, disturbo d'eloquio ed emiparesi sinistra con emianopsia. Alla paziente era stato somministrato il vaccino a vettore virale per SARS-CoV-2 dodici giorni prima del ricovero. Agli esami ematochimici riscontro di piastrinopenia (60.000/mcl) con elevati valori di D-dimero (> 100.000 ng/ml). L'imaging cerebrale mostrava reperti compatibili con infarto venoso ed infarcimento ematico in sede emisferica destra con trombosi di vena corticale. L'esame TC total body ha mostrato un quadro di tromboembolia polmonare e a carico della vena iliaca sinistra, in assenza di reperti suggestivi per eteroplasia. Lo screening trombofilico, la ricerca di anticorpi contro ADAMTS13 e i markers tumorali sono risultati negativi. Data la recente vaccinazione, è stato eseguito screening per anticorpi anti-PF4 con metodica ELISA, risultato negativo. Nonostante questo risultato, considerati i dati clinici, strumentali ed anamnestici altamente sospetti per VITT, è stata intrapresa terapia con Fondaparinux 7.5 mg/die e ciclo di Immunoglobuline endovena (0,4 g/kg/die) con graduale normalizzazione della conta piastrinica e netta riduzione dei valori di D-dimero.

1. Scully M, et al Pathologic antibodies to platelet factor 4 after ChAdOx1 nCoV-19 vaccination. N Engl J Med 2021; 384 (23): 2202-2211.
2. Platton S, et al. Evaluation of laboratory assays for anti-platelet factor 4 antibodies after ChAdOx1 nCoV-19 vaccination. J Thromb Haemost 2021; 19 (8): 2007-2013.

3. Oldenburg J, et al. Diagnosis and management of vaccine-related thrombosis following AstraZeneca COVID-19 vaccination: Guidance Statement from the GTH. *Hamostaseologie* 2021; 41 (3): 184- 189

CASO CLINICO 2: Cortical vein thrombosis and intracranial dissecting aneurysm: facing a therapeutic dilemma.

Antonio De Mase, Vincenzo Andreone

1Neurology and Stroke Unit, AORN Cardarelli, via Cardarelli 9, 80131 Napoli, Italy

Background: Cortical vein thrombosis, also known as superficial cerebral vein thrombosis (SCVT), is a subset of cerebral venous thrombosis (CVT) involving the superficial cerebral veins. It may have different clinical presentations, clearly relying on which cerebral region is involved. As for all the CVT, and moreover since SCVT could often evolve towards deep CVT, when they don't already coexists at the clinical presentation, the therapeutic milestone in these cases is anticoagulation, even in presence of haemorrhagic complications.

Case: A 74 years-old woman presented to our Emergency Department for the abrupt onset of speech arrest and paraesthesia in the right half face, lasted for few minutes. She had already experienced similar symptoms three days earlier, with the same timing of onset and remission. A CT Scan showed a thin strip of subarachnoid hemorrhage in the right rolandic sulcus, and a following MRI demonstrated a venous engorgement, tortuous course and filling defect of the corresponding cortical vein, suggesting a SCVT.

Anticoagulation with full dose LMWH was suddenly started. Epileptiform discharges were found on EEG, and Lacosamide was added to the therapy. In the following days a MR Angiogram was performed, confirming the SCVT and showing an improvement of the associated features, but it showed also a 3.5 mm aneurysm of the right A1 segment, with high suspicion of dissecting origin.

Given the possible high instability of this finding, anticoagulation was suspended and replaced with DAPT. The Neuroradiologic follow-up at 45 days showed a resolution of the CVT, while the A1 aneurysm is still on follow-up, without any change in dimensions.

Conclusions: Anticoagulation is the therapeutic milestone in CVT, even in presence of haemorrhagic complications of the CVT itself. The risk-benefit ratio, however, has to be strictly evaluated in presence of high pro-haemorrhagic risk factors, especially in presence of a SCVT lacking of evidence of a deep CVT, but rigorous and close neurologic and neuroradiologic follow-up is mandatory.

RAZIONALE CASI CLINICI MIELOPATIE:

CASO CLINICO 3

Le ischemie midollari rappresentano meno del 1% di tutti gli strokes (1).

L'eziopatogenesi è spesso secondaria a patologia ateromasica dell'aorta (2).

Riportiamo un caso di ischemia midollare in paziente con riscontro di trombo flottante in aorta ascendente. Uomo di 75 anni si ricoverava per comparsa di debolezza degli arti superiore e inferiore di sinistra e ipoestesia tattile omolaterale: NIHSS 3. Nulla di rilevante in anamnesi patologica remota. Eseguiva risonanza magnetica dell'encefalo risultata negativa per eventi acuti e risonanza magnetica del midollo cervicale che evidenziava una lesione ischemica a livello C4-C6, a carico della regione midollare antero-laterale sinistra. Screening cardiologico: negativo per patologie cardiovascolari.

Routine ematochimica: ipertrigliceridemia.

Angio TC TORACE: presenza di trombo flottante di 6 millimetri nell'aorta ascendente prossimale. Dopo valutazioni in team con i cardiocirurghi veniva avviata terapia con doppia anti aggregazione e con statina ad alto dosaggio.

Al follow-up a 3 mesi si evidenziava stabilità clinica e radiologica.

Bibliografia

1. Weidauer, S., et al. (2015). Spinal cord ischemia: aetiology, clinical syndromes and imaging features. *Neuroradiology*
2. Yadav, N., Pendharkar, H., & Kulkarni, G. B. (2018). Spinal Cord Infarction: Clinical and Radiological Features. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*

CASO CLINICO 4: CASO CLINICO INFARTO MIDOLLARE

Paziente donna, di anni 68, affetta da ipertensione arteriosa, dislipidemia, arteriopatia obliterante degli arti inferiori trattata nel 2007 con PTA e impianto di stent a carico dell'arteria superficiale bilateralmente e complicata nel 2008 con restenosi intrastent a destra, per cui, su consiglio di chirurgo vascolare, assumeva doppia antiaggregazione (Cardioaspirin 100 mg + Clopidogrel 75 mg).

Giungeva presso il pronto soccorso del nostro Presidio Ospedaliero in data 08/02/2020 per insorgenza acuta di impaccio motorio a carico degli arti di destra; la paziente appariva vigile, orientata, con nervi cranici indenni, paresi brachio-crutale destra di grado moderato, ipoestesia dolorifica brachio-crutale destra. Portatrice di catetere vescicale (posizionato in PS) NIHSS: 5

Veniva sottoposta a TC cranio (negativa per eventi acuti) e angioTC intracranica e TSA: assenza di stenosi significative. L'ECG evidenziava una bradicardia sinusale a 54 bpm, gli esami ematici nulla di rilevante.

Nel sospetto di ictus ischemico veniva ricoverata presso la nostra Stroke Unit; non è stata sottoposta a trattamento trombolitico perché arrivata fuori della finestra temporale terapeutica.

Durante la degenza è stata sottoposta a monitoraggio dell'attività cardiaca in telemetria senza evidenza di aritmie; l'ecodoppler TSA mostrava ateromasia lieve dell'asse carotideo bilateralmente, pervietà delle arterie vertebrali. I valori pressori si sono mantenuti nella norma.

In data 12/02 ha eseguito RM encefalo che non evidenziava lesioni cerebrali acute in DWI ma solo piccole aree di gliosi aspecifica; veniva dunque posto il sospetto di lesione ischemica lacunare non visibile in DWI.

Interrogando nuovamente la paziente, la stessa ha riferito un episodio transitorio caratterizzato da dolore toracico e parestesia formicolanti a carico della mano sinistra occorso tre giorni prima del ricovero. Inoltre durante la degenza ha lamentato disestesie a carico dell'arto inferiore sinistro.

E' stata dunque eseguita una RM midollo che evidenziava una lesione midollare estesa da C5 a D2 a carico del canale centromidollare, delle corna grigia anteriori, dei cordoni bianchi

anteriori e in piccola parte del corno grigio posteriore a destra, priva di enhancement dopo mdc, compatibile in prima ipotesi con lesione vascolare ischemica.

Veniva pertanto sottoposta a angio-TC dell'aorta toracica che escludeva dissezione ed evidenziava alcune apposizioni parietali trombotiche e calcifiche non emodinamicamente significative e a rachicentesi diagnostica, con esame chimico-fisico liquorale nella norma (negative anche PCR per virus neurotropi, ricerca di anticorpi anti-borrelia, VDRL-TPHA su siero e liquor, HTLV1 su siero). Veniva pertanto esclusa una eziologia infiammatoria o infettiva. L'obiettività neurologica durante la degenza è rimasta stazionaria, pertanto in data 25/02 veniva trasferita presso centro di Riabilitazione.

Ha eseguito follow-up con RM midollo a 1 mese, 6 mesi e un anno che hanno mostrato stabilità del quadro radiologico, a conferma dell'ipotesi ischemica.

La paziente ha presentato graduale miglioramento del deficit motorio e si è sottoposta a follow-up clinico inizialmente semestrale e poi annuale; attualmente presenta ipostenia distale a carico dell'arto superiore destro e paresi lieve-moderata a carico dell'arto inferiore destro, disestesie a carico dell'arto inferiore sinistro, urge incontinenza, deambula autonomamente con deambulatore. Prosegue la terapia con doppia antiaggregazione.

Il nostro caso clinico dimostra come i sintomi di una mielopatia acuta possano mimare quelli di un ictus cerebrale e sono pertanto fondamentali un'attenta anamnesi e un esame obiettivo neurologico accurato per non incorrere in errori diagnostici.

dott.ssa Alessandra Bavaro

dott. Giuseppe Rinaldi

S.C. Neurologia - Stroke Unit

Ospedale "Di Venere" Carbonara - Bari