



Clinical Case Collection

NEUROcase

Introduzione a cura di
Cecilia Camarda e Paola Di Fiore

 **Lingomed**[®]



Prima la cefalea: dissecazione dell'arteria vertebrale e sua evoluzione

Biagio Ciccone - Antonio Liquori*

Ambulatorio Athena c/o Centro Polispecialistico Medicina Futura - Acerra (Napoli)

*Scuola di specializzazione in Anestesia e Rianimazione, Università degli studi di Siena

Introduzione

La cefalea con o senza dolore del collo può essere il solo sintomo di esordio di dissecazione carotidea. È un evento piuttosto raro, che colpisce prevalentemente i maschi (1).

In alcuni casi il sintomo cefalea può essere l'unico dato presente (2).

Anamnesi e diagnosi

Maschio di 33 anni, celibe, in abs, non fumatore, non pratica sport. Familiarità negativa per malattie neurologiche e cerebrovascolari, in APR nega episodi di cefalea o di emicrania.

Una sera (h 23 ca), il paziente, giovane maschio di 33 anni, appena messi a letto, avvertiva un forte dolore all'emicapo e all'emivolto sinistro. Il dolore aveva carattere puntorio, urente, accompagnato da un senso di anestesia alla cute omologa. Perciò, il paziente si recava al PS ospedaliero, ove veniva eseguita TC cranio (risultata negativa) e somministrato FANS e.v., dimesso poi con diagnosi di nevralgia acuta. Il giorno successivo il paziente si sentiva benissimo e partiva per un viaggio.

A distanza di 48 ore dal primo episodio, il paziente lamentava ipostenia al braccio e alla mano di sn, accompagnata da dolore all'emicapo ed emivolto di sinistra, con irradiazione al collo, ed anestesia alla faccia e all'emitorace sinistro.

Si recava al PS ospedaliero ove veniva praticata TC encefalo e Angio-TC, seguite da RM encefalo e angiografia, che mostravano la presenza di un focolaio ischemico acuto nella parte craniale sinistra del midollo cervicale e segni di ematoma intramurale nel tratto V3 dell'arteria vertebrale di sinistra da dissezione spontanea (*Figura 1*).

L'EON mostrava un paziente vigile e collaborante, orientato, con lieve asimmetria della rima orale prevalente a sinistra, ipoestesia *facio* brachiale sinistro e paresi braccio crurale sinistro con ipoestesia.

Figura 1. Angiografia cerebrale che mostra focolaio ischemico.



88

Iter terapeutico

Ricoverato presso il reparto di neurologia, praticava anticoagulanti e.v., proseguiti poi per os. Contemporaneamente iniziava FKT, proseguita alla dimissione. Lo screening per trombofilia era negativo. Attualmente il paziente assume ancora anticoagulanti orali, ha recuperato notevolmente la forza nel braccio e nella gamba sinistra e totalmente la paresi facciale; persiste un modesto impaccio motorio alla gamba sn e l'ipoestesia all'emivolto, emicapo ed emitorace a sinistra.

Conclusioni

Il caso clinico esposto sollecita alcune riflessioni in merito alle seguenti questioni:

- la necessità di riconoscere i segni di allarme che pongono in allerta il medico rispetto alla diagnosi differenziale tra una cefalea primaria ed una secondaria (3);

Bibli

1. Char 10-y
2. Arno *J Neu*
3. Shar whit
4. Head Intern
5. Zach case r
6. Agost *Sci 20*
7. Debet *Lance*

- l'educazione del personale di PS rispetto alla forma di cefalea e ai criteri diagnostici in base alla classificazione internazionale (4);
- la scarsa efficacia e sensibilità della TC nei casi di cefalea secondaria da dissecazione carotidea e l'opportunità, in assenza della RM, di almeno un doppler transcranico e/o l'ecocolorDoppler (5);
- la relativa rapidità di insorgenza delle complicanze, dopo il primo sintomo quale la cefalea (6);
- il buon recupero funzionale del paziente grazie alla tempestività dell'intervento terapeutico e riabilitativo (7).

Bibliografia

1. Chandra A, Suliman A, Angle N, Spontaneous dissection of the carotid and vertebral arteries: the 10-year UCSD experience. *Ann. Vasc Surg* 2007; 21 (2): 178-85.
2. Arnold M, Cumurciuc R, Stapf C, et al. Pain as the only symptom of cervical artery dissection. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2006; 77 (9): 1021-4.
3. Sharif M, Trinick T, Khan KH, Identification of internal carotid artery dissection in patients with migraine-case report and literature review. *J pak Med Assoc* 2010; 60 (2): 131-3.
4. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society, Classificazione Internazionale delle cefalee. *Cephalgia* 2004; 74: 1-160.
5. Zach V, Zhovtis S, Kirchoff-Torres KF, Weinberger JM. Common Carotid artery dissection: a case report and review of the literature. *J Stroke Cerebrovasc Dis* 2010; 18.
6. Agostoni E, Aliprandi A, Longoni M. Dissection of the epiaortic and intracranial arteries *Neurol Sci* 2010; 31: S123-5.
7. Debette S, Leys D. Cervical artery dissections: predisposing factors, diagnosis, and outcome. *Lancet Neurolog* 2009; 8 (7): 668-78.