

Riunione di Neuroradiologia Pediatrica del 16 ottobre '17
Presso l'UOC di Neuroradiologia Azienda Ospedaliero –Universitaria di Parma
Ospite: Dott.-ssa Francesca Ormitti

Caso 1

Ragazza di 16 aa esegue RM encefalo per cefalea (H Parma).

Si evidenzia lesione espansiva della fcp a sviluppo nel IV ventricolo, con segnale omogeneo e piccole componenti cistiche nel suo contesto senza enhancement, priva di un piano di clivaggio con il peduncolo cerebellare superiore di destra che risulta di spessore aumentato rispetto al controlaterale. Il DTI evidenzia che non si tratta di fibre di sostanza bianca. L'esame spettroscopico mostra un picco di colina ed una quasi assenza di Naa. RM colonna in toto negativo. Ipotesi diagnostiche: lesione malformativa/ tumorale. Intervento chirurgico programmato a breve. (l'estemporaneo esclude ependimoma e medulloblastoma)

Caso 2

Ragazzo di 17aa esegue I RM encefalo (H Buzzi) per emianopsia omonima destra e cefalea.

Si evidenzia lesione occipito mesiale sinistra prevalentemente corticale con diffusione lievemente aumentata, priva di enhancement, e salienza di strutture vascolari occipitali. Diffuso modesto ampliamento degli spazi sub aracnoidei cerebrali e cerebellari. Quadro di incerta interpretazione si pone il sospetto di piccola malformazione vascolare - fistola durale- piaie.

Esegue II RM (H Policlinico Milano) il giorno dopo, successivamente ad una crisi epilettica. Clinicamente si sottolinea anche la presenza di un piede cavo. L'esame conferma la presenza della lesione e mostra una ridotta diffusione nella sede della lesione (da correlare più probabilmente alla recente crisi) e conferma modesta atrofia cerebellare. L'associazione di tali aspetti fa porre il sospetto di MELAS e come seconda ipotesi meno probabile quella di emicrania emiplegica familiare con atrofia cerebellare (descritti alcuni casi). L'esame spettroscopico con voxel singolo sulla lesione mostra ampio picco di acido lattico (in parte forse anche questo correlabile alla crisi). Sarebbe stato interessante avere esame spettroscopico anche con voxel sul tessuto sano. Successivamente MELAS è confermata geneticamente.

Caso3

Ragazzo di 18 aa con calo della libido esegue RM (H Parma sett 2016) che evidenzia tessuto patologico con enhancement disomogeneo a sede fronto basale ed attorno al III ventricolo. RM rachide nella norma.

Ipotesi diagnostiche: malattia linfoproliferativa, sarcoidosi, NMO. Inizia terapia cortisonica con riduzione delle lesioni ma comparsa di nuova alterazione ippocampale sinistra (nov 2016).

Successivamente peggioramento clinico con importante sonnolenza. Liquor normale. TC torace evidenzia lesione timica sottoposta a biopsia (cisti timica). Ciclo di terapia steroidea ad alte dosi con miglioramento del quadro (feb 2017). Sospensione della terapia steroidea e comparsa di disturbi di memoria, concentrazione e narcolessia. Esegue RM (H San Raffaele giugno 2017) che evidenzia aumento della lesione temporo mesiale sinistra dotata di enhancement e con diffusione ridotta. Ricerca autoanticorpi negativa. Si rivaluta la lesione timica che viene asportata con diagnosi di seminoma cistico mediastinico. Si pone pertanto diagnosi di encefalite paraneoplastica. Dopo l'asportazione della massa timica e la ripresa della terapia steroidea il pz è in miglioramento clinico e radiologico (settembre 2017). Nella giornata di 16 Ottobre 2017 in corso nuovo controllo RM (aggiornamento al prossimo incontro).

Caso 4

Feto femmina di 22 sett esegue RM (H Buzzi) per riduzione biometria cefalica conferma riduzione parametri biometrici cerebrali e cerebellari e si segnala scarsa opercolarizzazione, minimo dimorfismo dei ventricoli laterali e ispessimento plica nucale. Si esegue II RM fetale a 29 sett che evidenzia in modo più netto i reperti precedenti; sembra inoltre evidente una banda più scura nello spessore del parenchima cerebrale che a questa epoca gestazionale dovrebbe essere più omogeneo (per scomparsa della laminazione tipica delle età gestazionali più precoci).

La pz nasce a termine e esegue RM encefalo (H Brescia). Si conferma complessiva riduzione delle dimensioni degli emisferi cerebrali e del cervelletto, aspetto sfuggente della regione frontale, paucità dei giri con incompleta opercolarizzazione e segnale anomalo in particolare della sostanza bianca frontale come da immaturità. E' importante sottolineare che tali aspetti sono apparsi ben evidenti soprattutto dopo un confronto con neonati sani a termine. Viene segnalato che da parte materna sembra esserci un deficit intellettivo. Sarebbe interessante eseguire RM alla mamma. L'ipotesi diagnostica è un quadro malformativo che coinvolge probabilmente anche lo sviluppo corticale eventualmente con una familiarità. La bambina verrà seguita clinicamente e ripeterà esame RM a distanza.

Caso 5

Bambino di 11aa con ischemia acuta lenticolo-capsulare sinistra 6 mesi prima con esame angioTC normale e ad eziologia sconosciuta. Esegue ora RM encefalo (Nostra Famiglia di Bosisio Parini) che conferma l'esito ischemico ed evidenzia all'angioRM sifone di sinistra più piccolo del controlaterale ed irregolarità dei tratti A1- M1 di sinistra. Si discute sull'opportunità di eseguire un esame di angiografia digitale che viene poi proposto e sull'utilità di eseguire in acuto nelle vasculiti sequenze black blood (di uso attualmente molto limitato). Ipotizzata fase iniziale di moyo-moya o ipotesi di vasculite post-infettiva non transitoria.

Caso 6

Bimbo di 6aa sviluppa acutamente ipostenia aa inferiori con riflessi achillei assenti e cefalea e segni di meningismo. In anamnesi IVAS un mese prima. Sospetto clinico di Guillain-Barre'. Esegue esame RM rachide (H Brescia) che mostra quadro tipico di Guillain-Barre' con enhancement delle radici spinali anteriori e RM encefalo che evidenzia alterazioni corticali focali prive di enhancement. Inizia terapia cortisonica e con immunoglobuline con scomparsa delle alterazioni corticali alla RM eseguita dopo due settimane. La ricerca dell'agente eziologico infettivo porta all'isolamento del Parechovirus su feci e sangue. (insolito essendo più tipico dell'età neonatale). Si valuta la possibilità di estendere all'Encefalo gli studi per Colonna per sospetta Gullain-Barrè (già in uso in alcuni Ospedali ad es. Mondino)