

# Anomalie simil-tumorali in corso di stato di male non convulsivo in pz con esiti di accesso da Nocardia: come evitare una potenziale misdiagnosi.

P. Borelli<sub>1</sub>; V. Mantero <sub>1</sub>; A. Aliprandi <sub>1</sub>; A. Lunghi<sub>2</sub>; A. Salmaggi <sub>1</sub>

<sub>1</sub> Dipartimento di Neuroscienze- Divisione di neurologia; ASST- Lecco

<sub>2</sub> Dipartimento di Neuroscienze- Divisione di Neuroradiologia; ASST- Lecco

## Introduzione:

Le infezioni da Nocardia possono coinvolgere il sistema nervoso centrale specialmente determinando ascessi con manifestazioni cliniche includenti anche l'epilessia. L'attività epilettica inoltre può generare una vasta gamma di anomalie RM in pressochè tutte le sequenze (DWI, T1, T2; Flair) di entità tale da entrare in diagnosi differenziale con altre patologie.

## Metodi:

Riportiamo il caso di un 42enne senza precedenti medici che ha sviluppato uno stato di male non convulsivo con crisi parziali semplici di tipo visivo (fosfeni) a carico dell'emicampo di sin. Tale fatto si è verificato 10 mesi dopo essere stato operato per ascesso cerebrale occipito-parietale dx da Nocardia Farcinica, con regolare decorso post-operatorio.

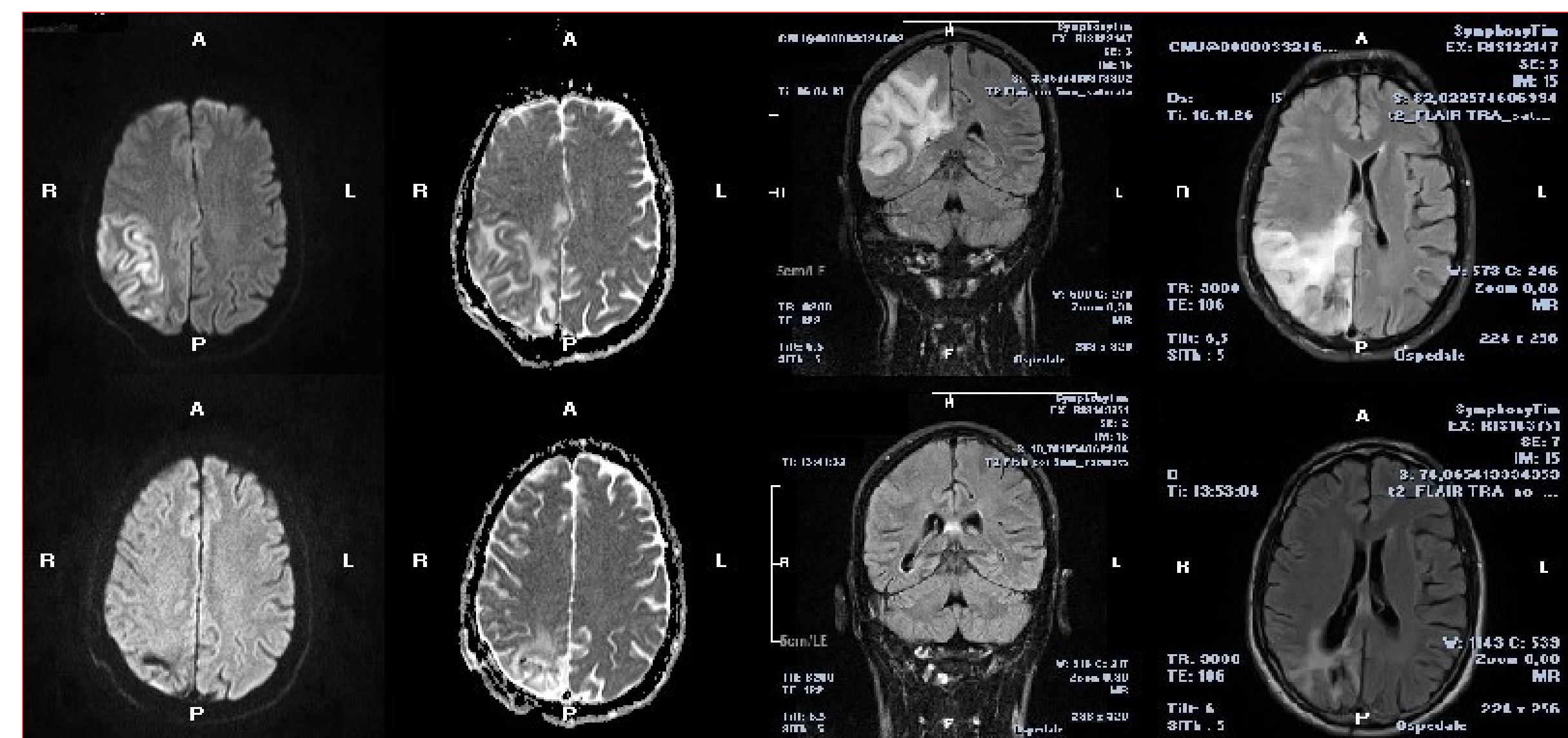
## Risultati:

EEG ha evidenziato scariche di P.O. continue sulle regioni occipitali di dx mentre la RM ha mostrato un'estesa anomalie di segnale in T2, Flair e DWI sulle regioni occipito-parietali di dx (vedi figura) con moderato effetto massa. Tali anomalie sono completamente scomparse ad un controllo eseguito a 2 mesi, dopo adeguata terapia anticomiziale (Levetiracetam prima in infusione poi con mantenimento per os), residuando solo modeste anomalie di segnale in sede di manipolazioni chirurgiche del tutto sovrapponibili ad una RM eseguita precedentemente nel post-operatorio.

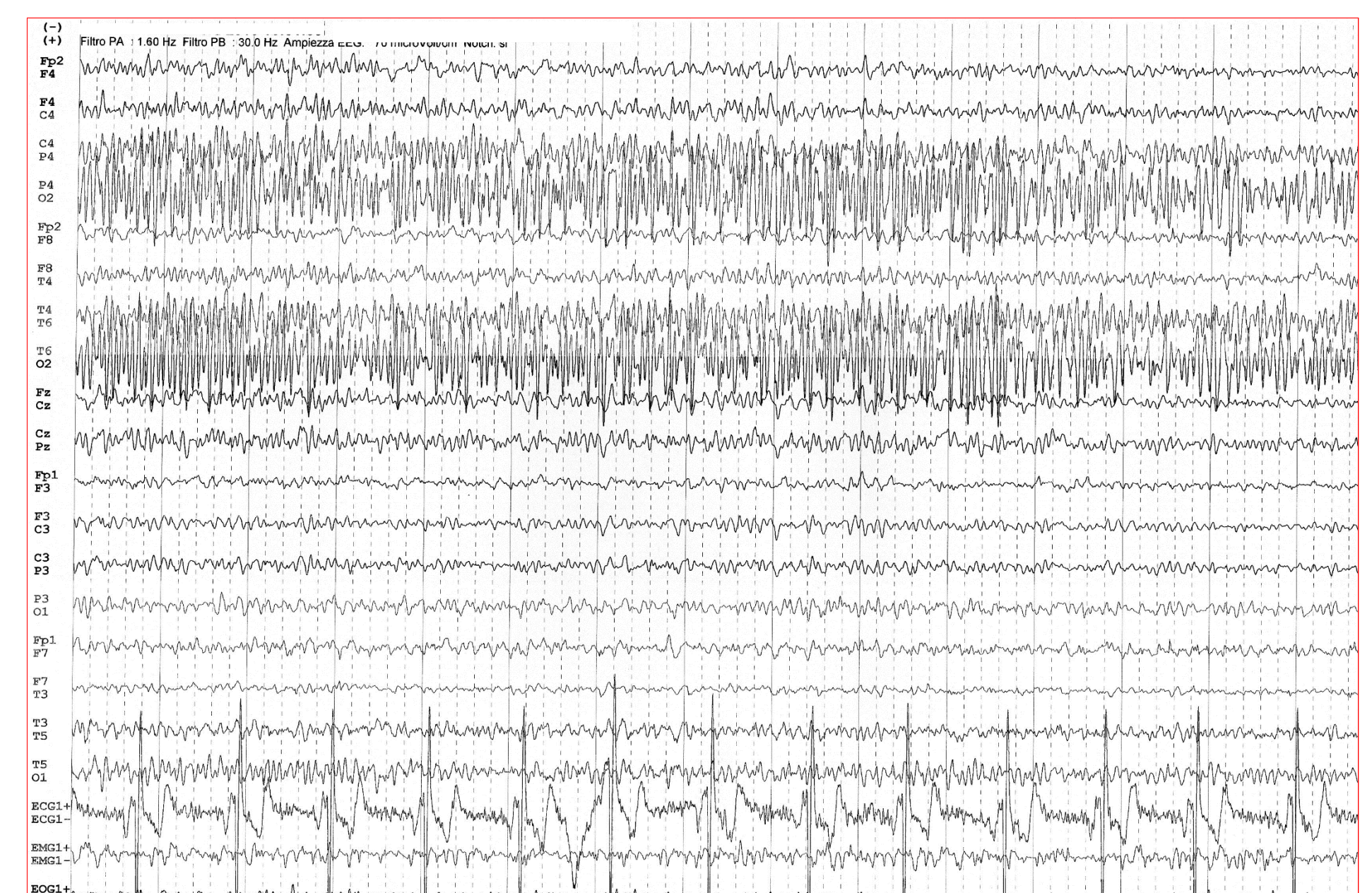
## Conclusioni:

Le anomalie di segnale in RM indotte dalle crisi epilettiche possono essere di entità tale da entrare in diagnosi differenziale con altre patologie includenti le lesioni neoplastiche. E' opportuno tenere sempre in considerazione tale entità clinico-neuroradiologica al fine di evitare potenziali inutili e dannosi approcci diagnostici (es. manovre bioptiche). Nel nostro caso, lo stretto follow up di RM encefalo ha permesso di dirimere il quesito.

- Mamelak AN, Obana WG, Flaherty JF, Rosenblum ML (1994) Nocardial brain abscess: treatment strategies and factors influencing outcome. Neurosurgery 35(4):622-631
- Cianfoni A, Caulo M, Cerase A, Della G, Marca C, Falcone GM, Di Lella S, Gaudino S, Edwards J, Colosimo C (2013) Seizure-induced brain lesions: a wide spectrum of variably reversible MRI abnormalities. Eur J Radiol 82:1964-1972



Da sin verso dx in alto immagini DWI e FLAIR durante lo stato di male; n basso le stesse sequenze in controllo a 2 mesi.



EEG ictale mostrante scariche di polipunta rapida seguito da sequenze di polipunta onda irregolare sulle regioni TO dx.