

ENCEFALOMIELETOSSOMIOTOMIA IN HIV + COMPLICATA DA INTOLLERANZA AI FARMACI E GRAVE TROMBOCITOPENIA

Boffa N., Punzi R., D'Aiuto V., Greco L., D'Aniello F., Mazzeo M.

U.O. S.C. M. Infettive dell'Azienda Ospedaliera R.N. "OO.RR. San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona" Salerno; Direttore: Maurizio Mazzeo

Maschio di 40 anni, ex TD, afferisce alla nostra struttura, trasferito da Unità operativa di Medicina di un Ospedale della Provincia, dove era stato ricoverato circa dieci giorni prima per una crisi convulsiva manifestatasi in apparente pieno benessere. Nel corso del ricovero presso tale struttura, non accusando ulteriori episodi convulsivi, aveva manifestato ipostenia agli arti inferiori, ritenzione acuta di urine, febbre irregolare; aveva praticato una TC del cranio con e senza m.d.c. che aveva mostrato "alcune aree ipodense cerebrali in sede frontale dx e nel centro semiovale sx compatibili con lesioni focali ischemiche recenti" e la ricerca degli anticorpi anti-HIV era risultata positiva.

All'ingresso presso la nostra struttura il paziente presenta una candidosi orofaringea, coscienza integra con normale orientamento temporo-spaziale, deambulazione incerta e atassica con ipostenia agli arti inferiori più marcata a sx e ROT ipovalidi agli arti inferiori, non Babinsky; viene praticata ulteriore TC cranio con M.D.C. che evidenzia: aree di ipodensità a sede frontale dx nel cui contesto si apprezzano aree di impregnazione a cerchietti di forma irregolare presenti anche a sede parasagittale; altra lesione analoga è presente anche a sede parietooccipitale dx".

Il test di conferma per HIV è positivo, i CD4+: 92 cell/μl (13%), l'HIV-RNA: 160.000 copie/ml.

Viene posta diagnosi di Encefalite toxoplasmica e immediatamente iniziata terapia con Sulfadiazina + Pirimetamina alle dosi consuete + Fluconazolo + Fenobarbitale.

In un colloquio più approfondito il paziente ammette di conoscere la propria condizione di HIV+ da circa 12 anni senza, peraltro, aver controllato tale condizione nel tempo né praticato alcuna ARV.

Nei giorni successivi, nonostante un miglioramento delle condizioni generali, si evidenziano ritenzione urinaria che costringe al cateterismo vescicale e stipsi ostinata con sensazione di tensione addominale, l'ipostenia agli arti inferiori migliora lentamente e la deambulazione permane incerta; inoltre dopo circa 20 giorni dall'inizio della terapia si ripresenta la febbre, compare un rash maculopapuloso al tronco e si evidenzia una grave piastrinopenia con lesioni ecchimotiche cutanee. La Sulfadiazina e la Pirimetamina vengono sospese e iniziata terapia con Clindamicina + Claritromicina alle dosi usuali + Metilprednisolone 1 mg/kg/die + trasfusioni piastriniche.

Tale terapia determina regressione della febbre, del rash e della piastrinopenia sintomatica nel mentre le condizioni generali migliorano con riacquisizione del controllo della minzione e regressione dell'atonia intestinale.

Un esame RMN del Cranio + Midollo con e senza MDC, eseguito in 22° giornata, mostra oltre a numerose lesioni encefaliche che presentano impregnazione periferica irregolarmente anulare dopo il MDC, un midollo spinale che nel tratto tra C6 e D5 presenta volume aumentato con elevato segnale in T2, inoltre a livello D1-D2 è presente un'area di irregolare impregnazione anulare.

Nei giorni successivi il quadro clinico migliora ulteriormente con regressione pressoché completa dei segni neurologici.

Tre giorni prima della dimissione avvenuta dopo circa 7 settimane viene aggiunta una ARV comprendente: Tenofovir, Lamivudina, Efavirenz; continua terapia di mantenimento per Toxoplasma con Azitromicina, Clindamicina poi sostituita da Sulfadiazina per intolleranza + Prednisone 25 mg/die + Fenobarbitale 100 mg/die.

Durante i controlli ambulatoriali successivi si evidenzia un progressivo miglioramento delle condizioni del paziente nonostante la tendenza alla recidiva di un rash comunque controllato dallo steroide.

Due esami RMN del Cranio e del midollo, praticati il primo dopo 2 mesi dall'esordio, il secondo dopo 4 mesi, mostrano un netto progressivo miglioramento delle lesioni cerebrali e midollari.

A distanza di 7 mesi il numero dei CD4+ è di 397cell/μl (22%), l'HIV-RNA < 50 copie/ml;

il paziente continua la terapia ARV predetta + la terapia di mantenimento per Toxoplasma con Azitromicina + Sulfadiazina + Fenobarbitale + Prednisone 12,5 mg/die.

Commento:

Il coinvolgimento del midollo nella malattia neurologica da Toxoplasma in HIV+ è piuttosto raro.

Abbiamo voluto mettere in evidenza alcune caratteristiche peculiari del quadro clinico dell'Encefalite toxoplasmica nel nostro paziente come pure la difficoltà di gestire alcuni effetti collaterali anche gravi dei farmaci utilizzati con necessità di più modifiche nella impostazione terapeutica specifica ottenendo, nonostante tutto, un indiscutibile successo clinico.