

**MEETING SCUOLA DI
SPECIALIZZAZIONE IN
RADIODIAGNOSTICA
A.A. 2021**

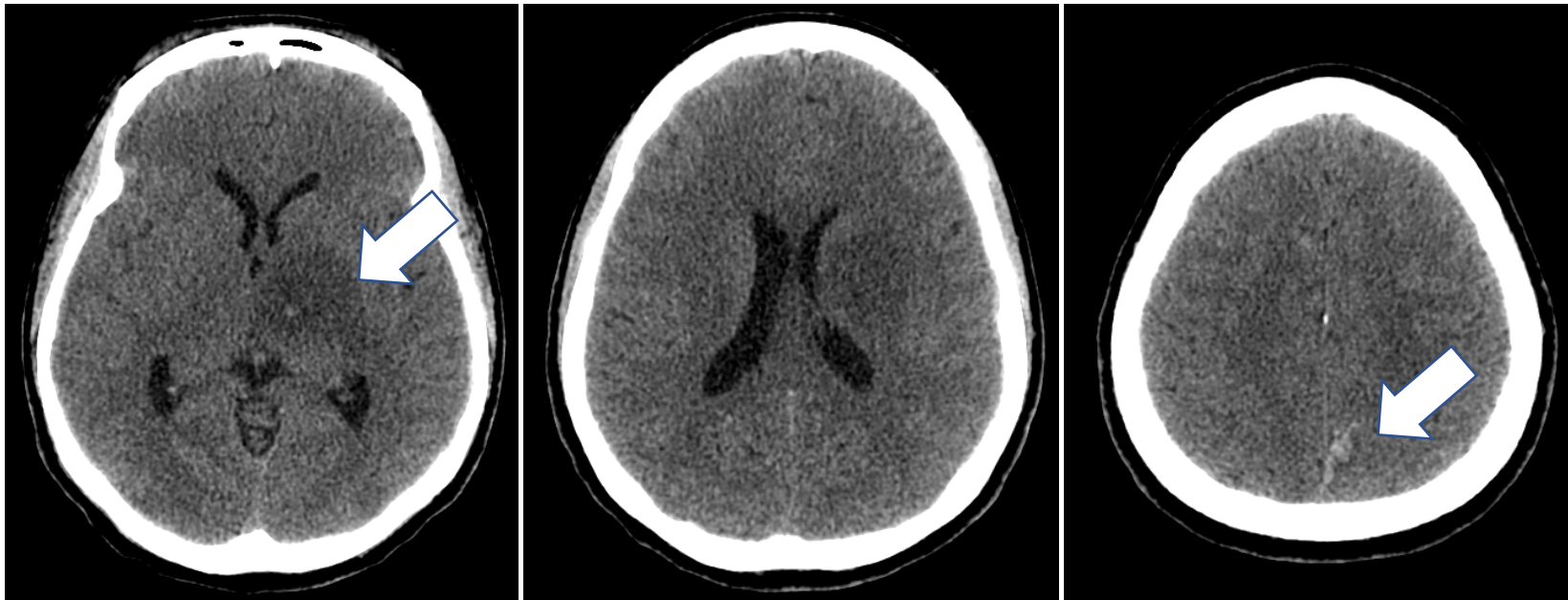
**SAPIENZA UNIVERSITA' DI ROMA
A.O.U. SANT'ANDREA**

VINCENZO PERRONE

Anita, 25 anni, originaria della Guinea Equatoriale (Africa)

Giunge al P.S. con febbre, cefalea intensa e una emiparesi destra.

Esegue una TC senza mdc

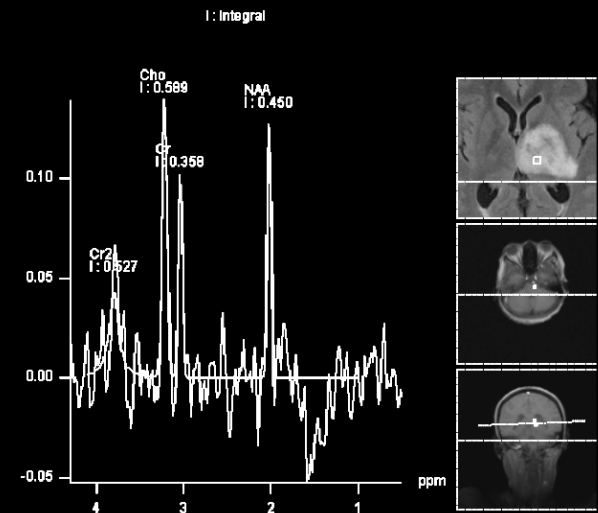
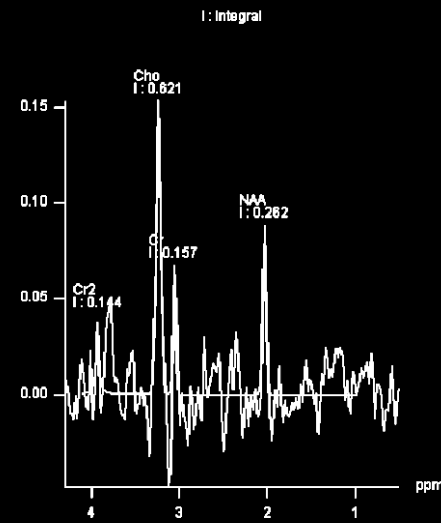
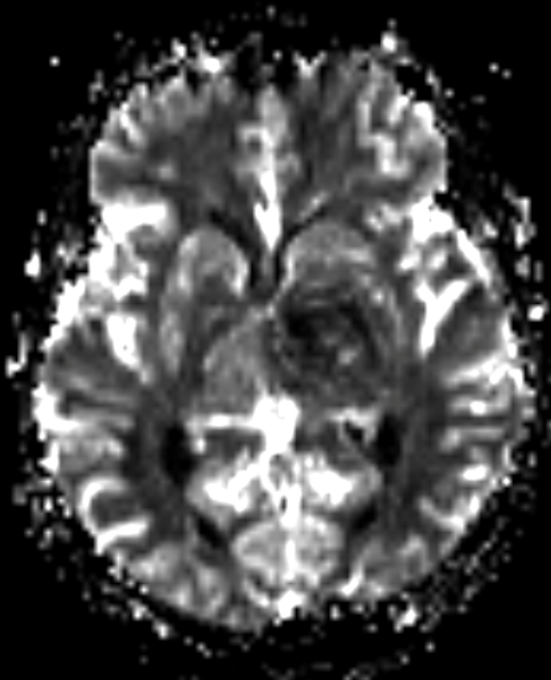
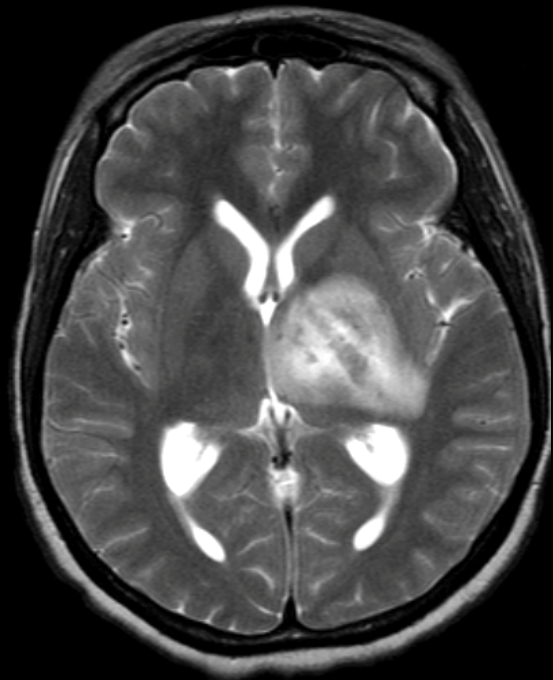
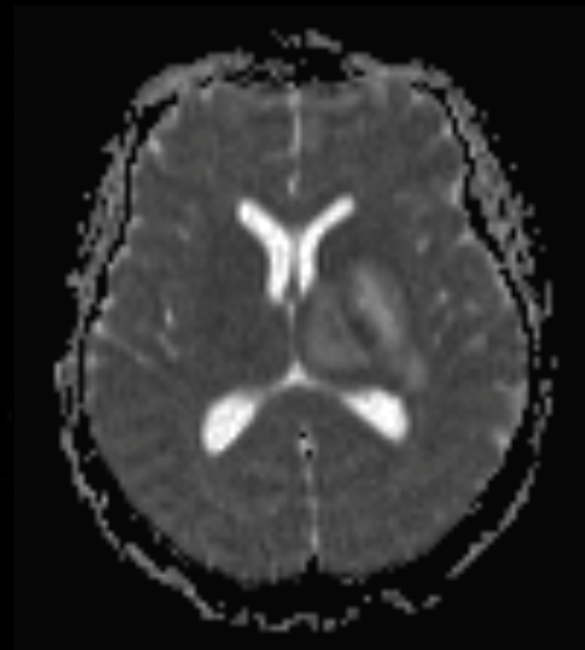
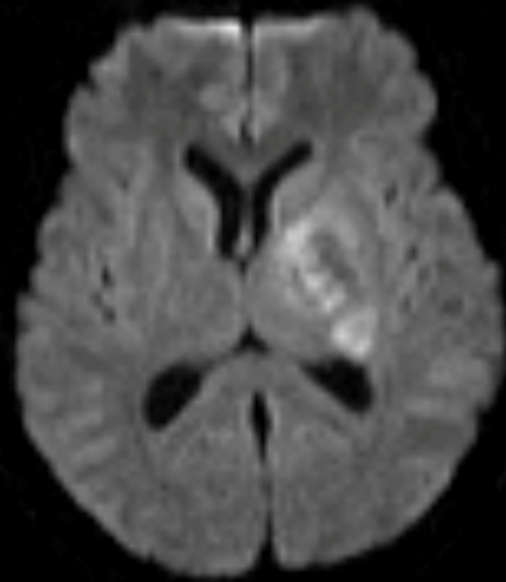
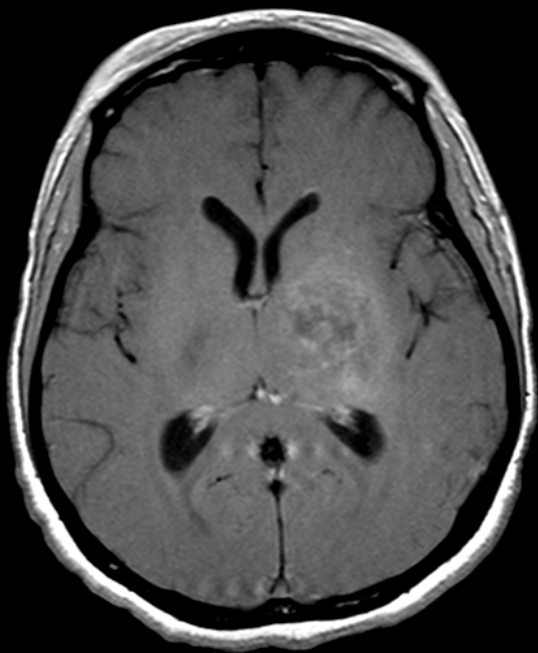
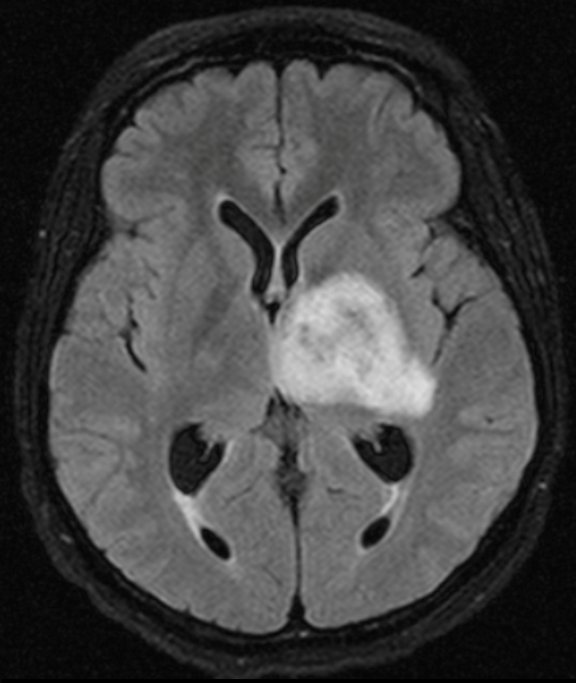




Che pensate?

- A. Lesione ischemica
- B. Lesione neoplastica
- C. Lesione infiammatoria
- D. Lesione infettiva





24 agosto

Reperti:

- Massa occupante spazio con compressione sul III ventricolo e iniziale idrocefalo
- Sfumato disomogeneo potenziamento dopo mdc
- Restrizione della diffusione a distribuzione disomogenea
- Assenza di aumenti patologici del parametro perfusionale rCBV
- Riduzione dell'NAA e aumento dei lattati.





Che pensate?

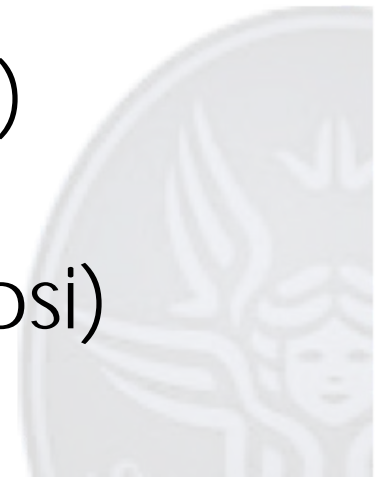
- A. Lesione ischemica
- B. Lesione neoplastica
- C. Lesione infiammatoria
- D. Lesione infettiva

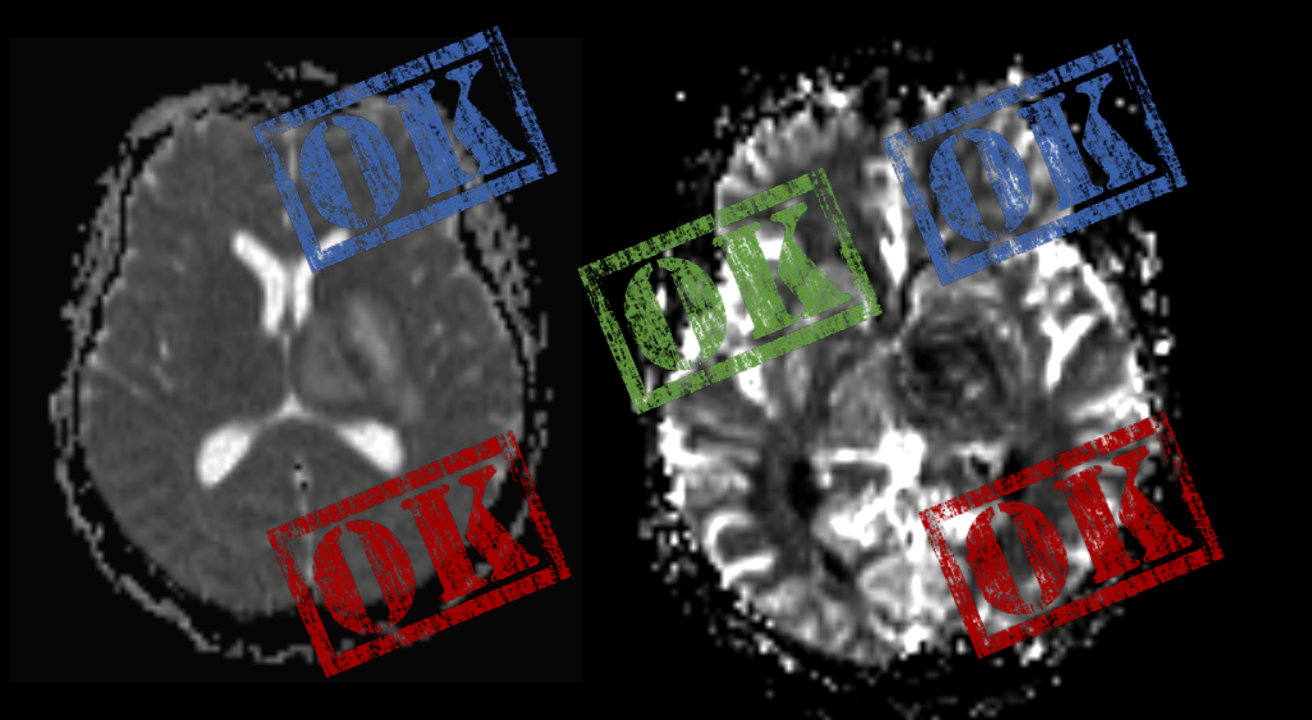
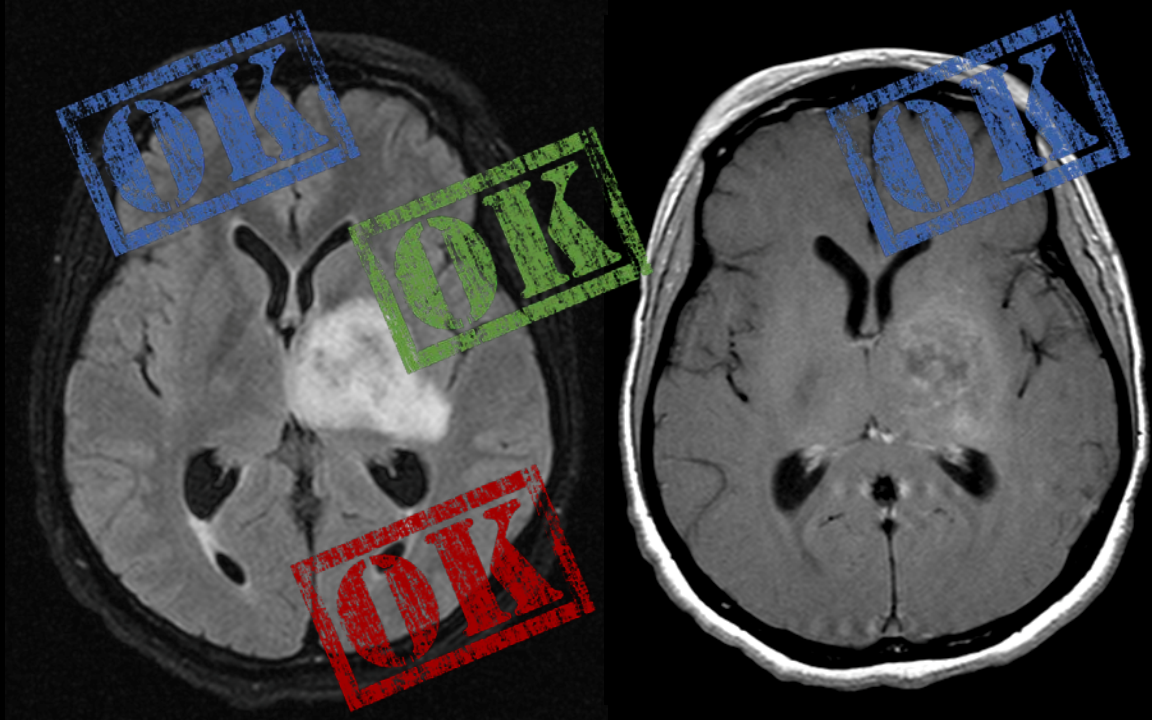




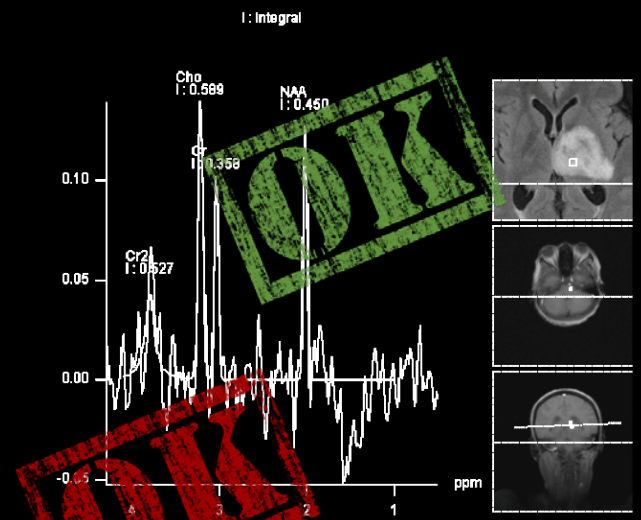
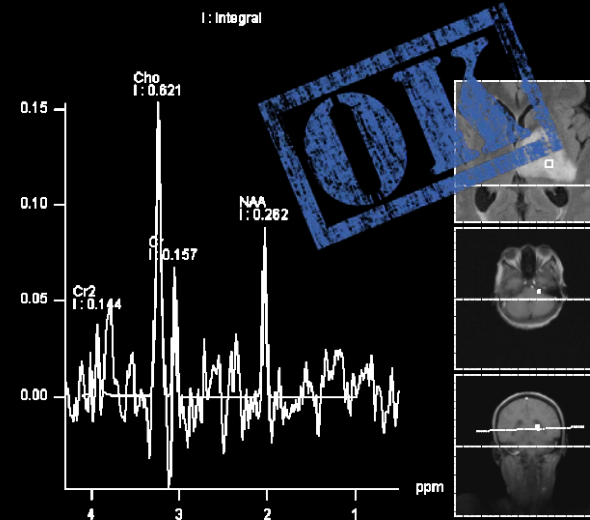
Alla luce del riscontro di una sieropositività (HIV correlata), cosa sospettate?

- A. Lesione ischemica
- B. Lesione neoplastica (linfoma)
- C. Lesione infiammatoria
- D. Lesione infettiva (toxoplasmosi)





- A. Lesione ischemica
- B. Lesione neoplastica (linfoma)
- C. Lesione infiammatoria
- D. Lesione infettiva (toxoplasmosi)





24 agosto

Anita, 25 anni

HIV+

Lesione nuclei della base a sinistra (sospetti diagnostici: lesione linfoproliferativa vs infiammatorio-infettiva)

Lesione parietale sinistra al vertice a carattere emorragico di ndd

TC Total Body: negativa

Puntura lombare: negativa (2 cellule)

Toxo-test: negativo per IgM, positivo per IgG

Persiste la febbre

Terapia: Cortisone, retrovirali e Bactrim&Rocefin

24 agosto

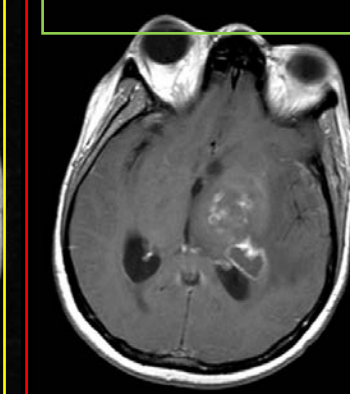
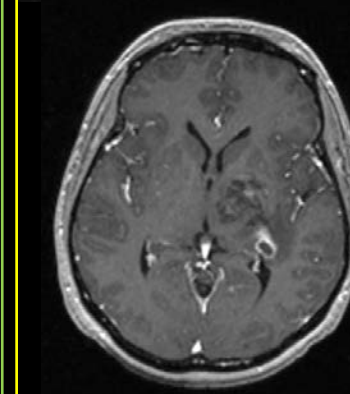
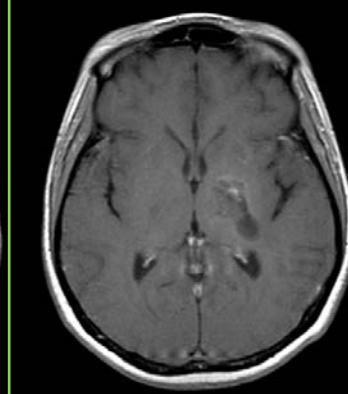
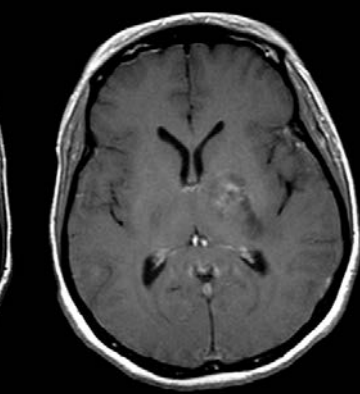
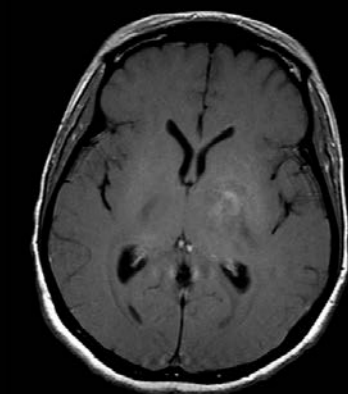
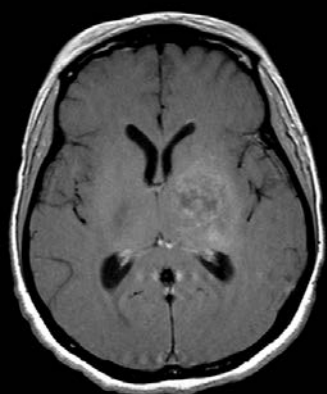
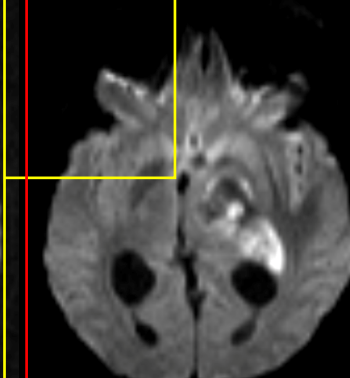
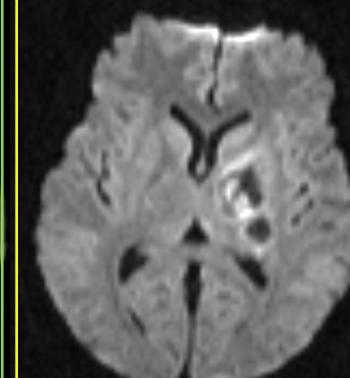
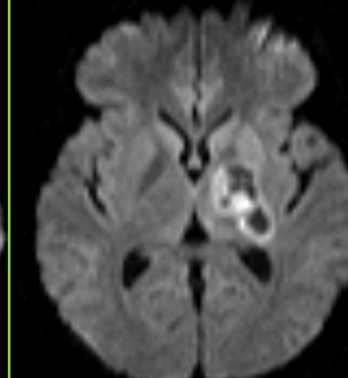
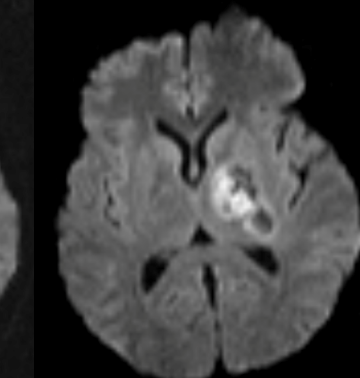
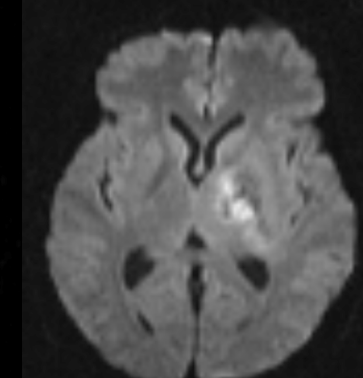
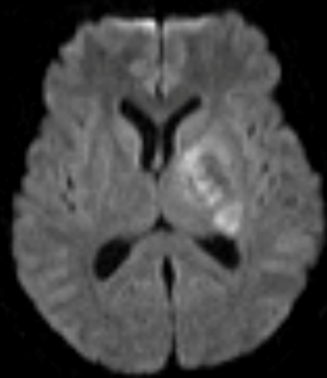
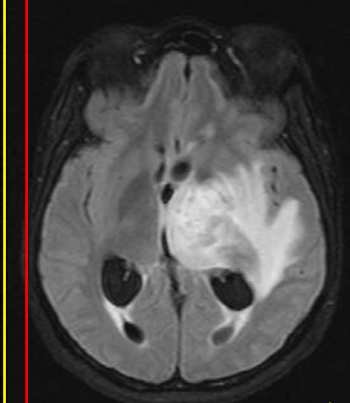
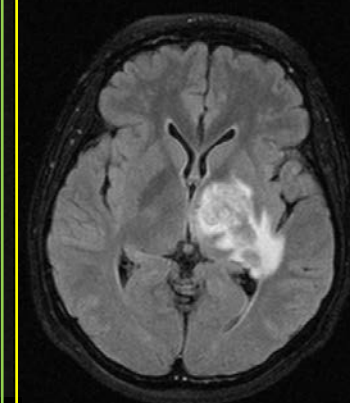
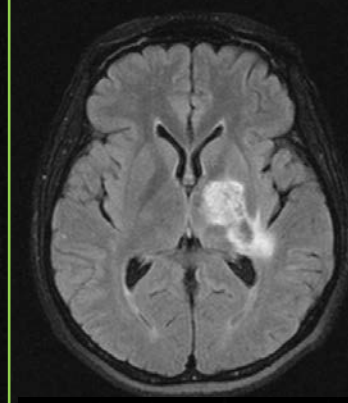
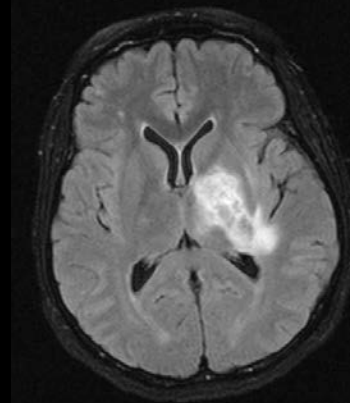
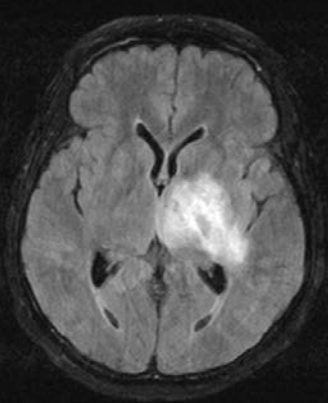
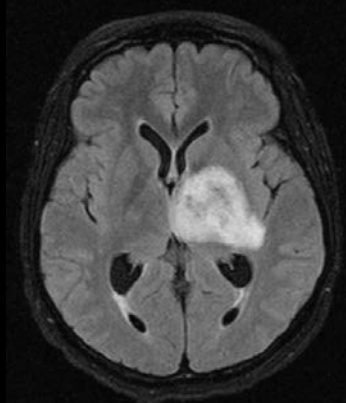
31 agosto

9 settembre

28 settembre

7 ottobre

21 ottobre



Linfonodi
paraortici +
Biopsia no
per febbre
alta

Si
pianifica
biopsia
Sospeso
cortisone

Terapia
intensiva
GCS:3

24 ottobre TOXOPLASMOSI CEREBRALE

REFERTO AUTOPTICO Relazione di Riscontro Diagnostico (Art. 7 del R.D. Legge 10/02/1924 n.543)

Esame n° **A / 2015 / 21** del 26/10/2015

██████████ **ANITA**

Data Nascita: 28/04/1989 Femmina Età: 26

Medico richiedente:

Interno

Ente:

Reparto: RIANIMAZIONE

Reparto (1):

DATA DEL DECESSO: 24/10/2015

Data del riscontro autoptico: 26/10/2015

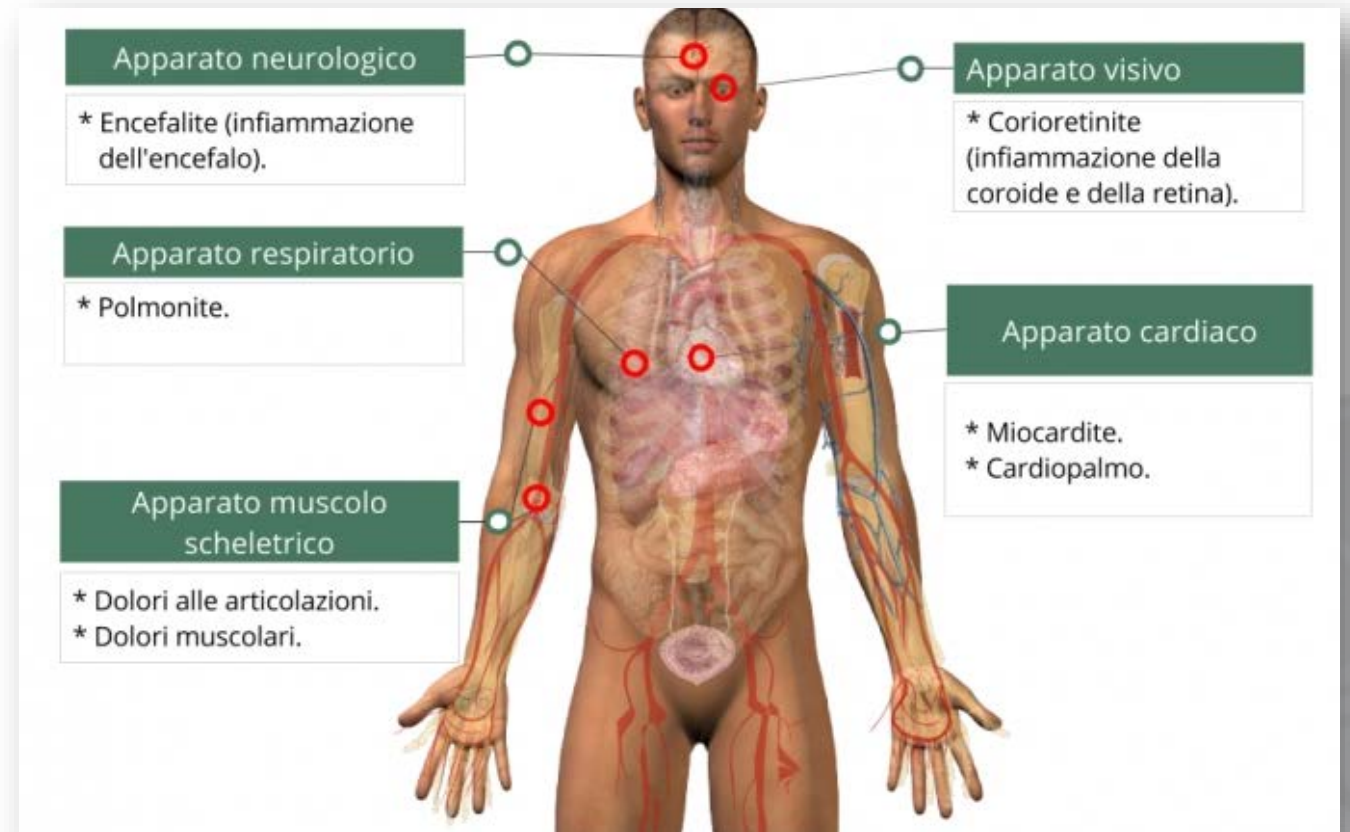
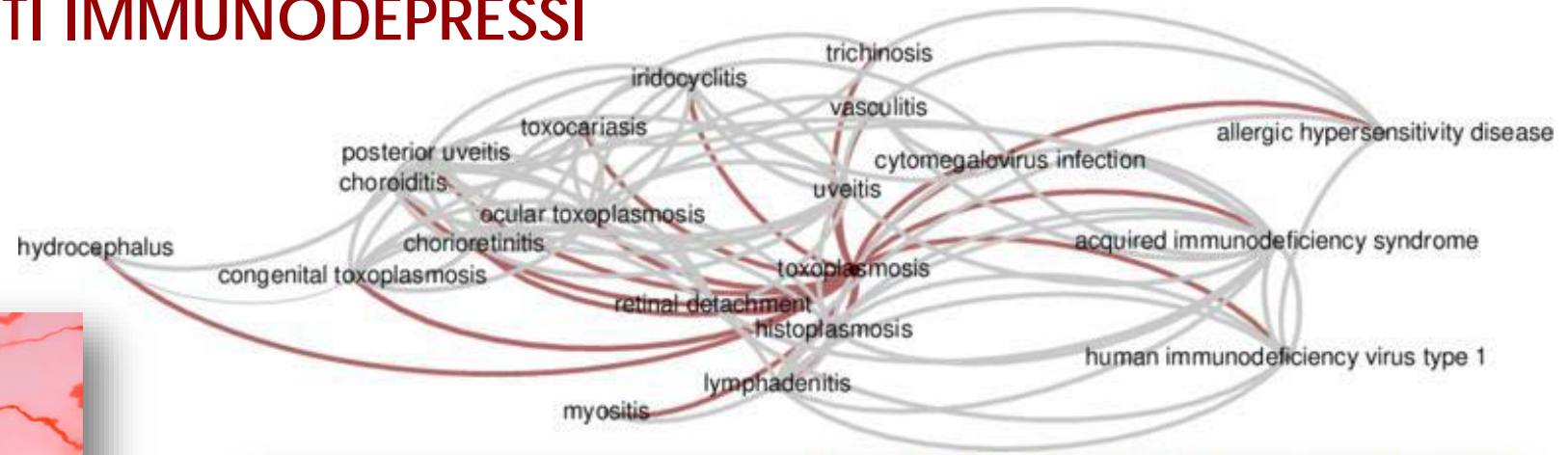
Erniazione bilaterale del mesencefalo ed edema cerebrale massivo per necrosi colliquativa secondaria a neurotoxoplasmosi istologicamente accertata in paziente con AIDS conclamato.

Data: 02/11/2015

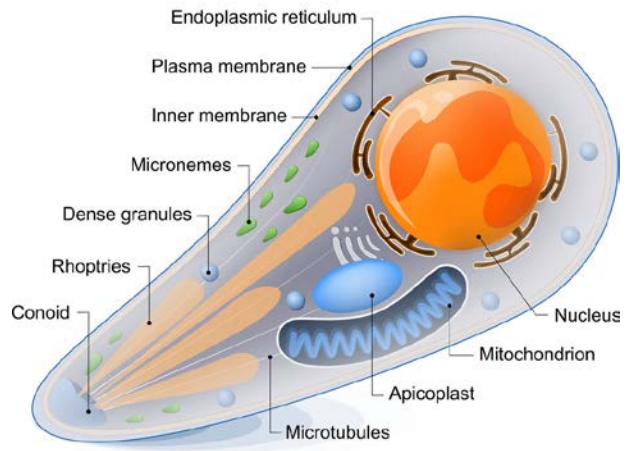
Settore: ██████████

Revisore: ██████████

TOXOPLASMOSI IN PAZIENTI IMMUNODEPRESSI

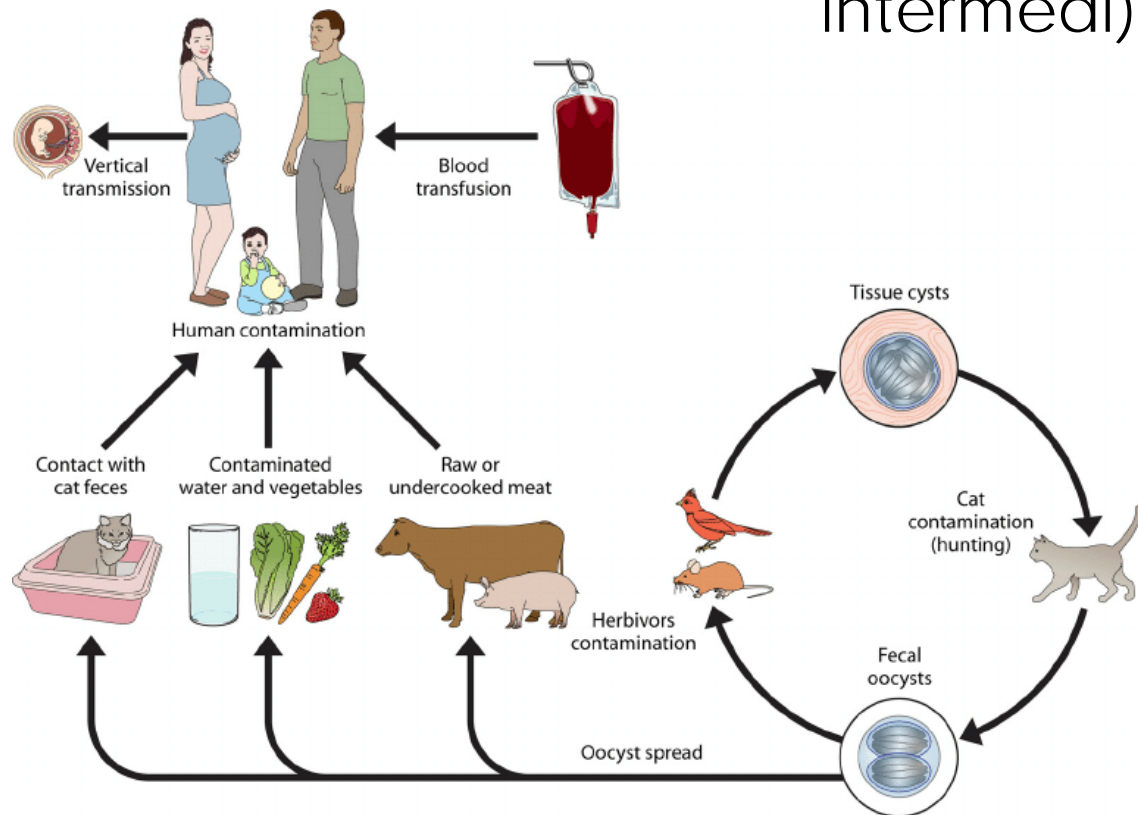


Toxoplasma gondii

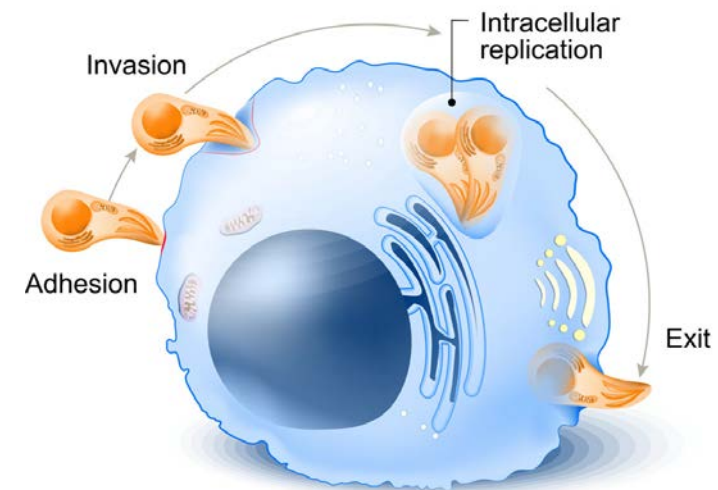


È l'infezione opportunistica più comune e la causa più frequente di lesione espansiva in pazienti con HIV/AIDS
Tra il 20-70% della popolazione è sieropositiva al *Toxoplasma gondii*.
L'infezione in pazienti HIV/AIDS rappresenta una riattivazione di infezione latente.

Parassita obbligatoriamente intracellulare.
Gatti: ospite definitivo. Altri mammiferi (ospiti intermedi).



Toxoplasma

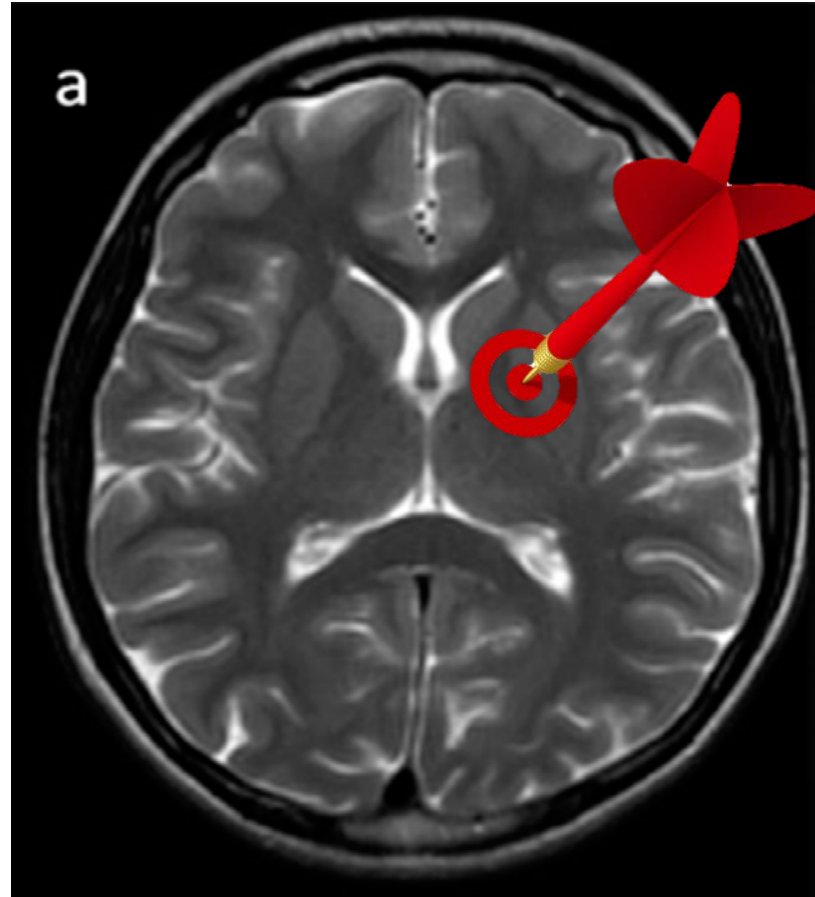


VADEMECUM DIAGNOSTICO

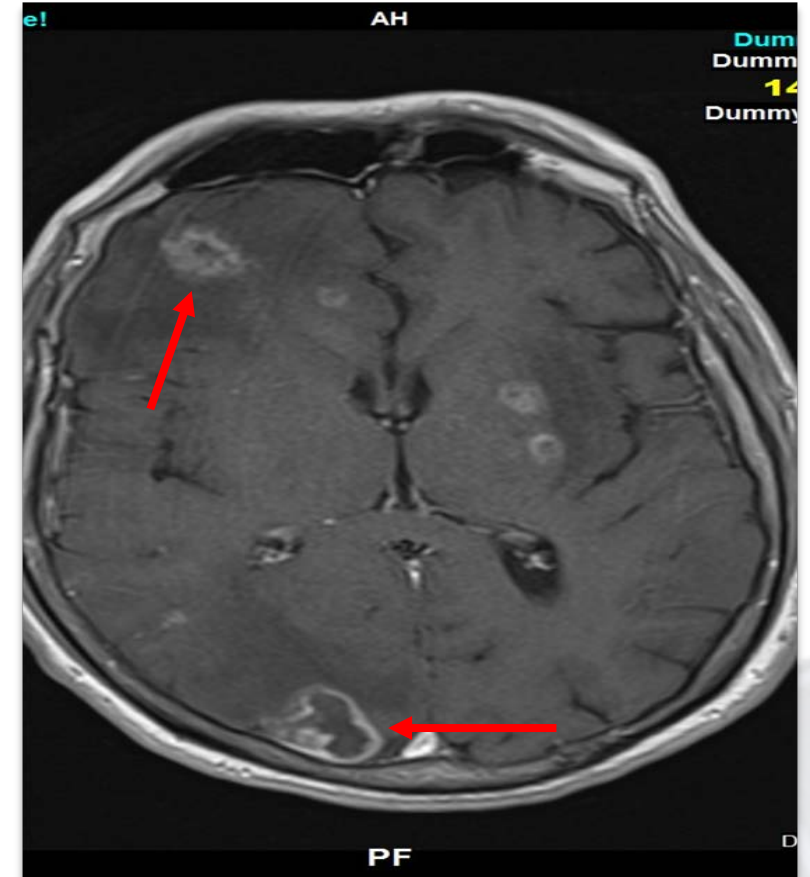
SEDE

- Gangli della base
- Talami
- Cervelletto

Lesioni multiple più frequenti (lesioni singole 15-20% dei casi)

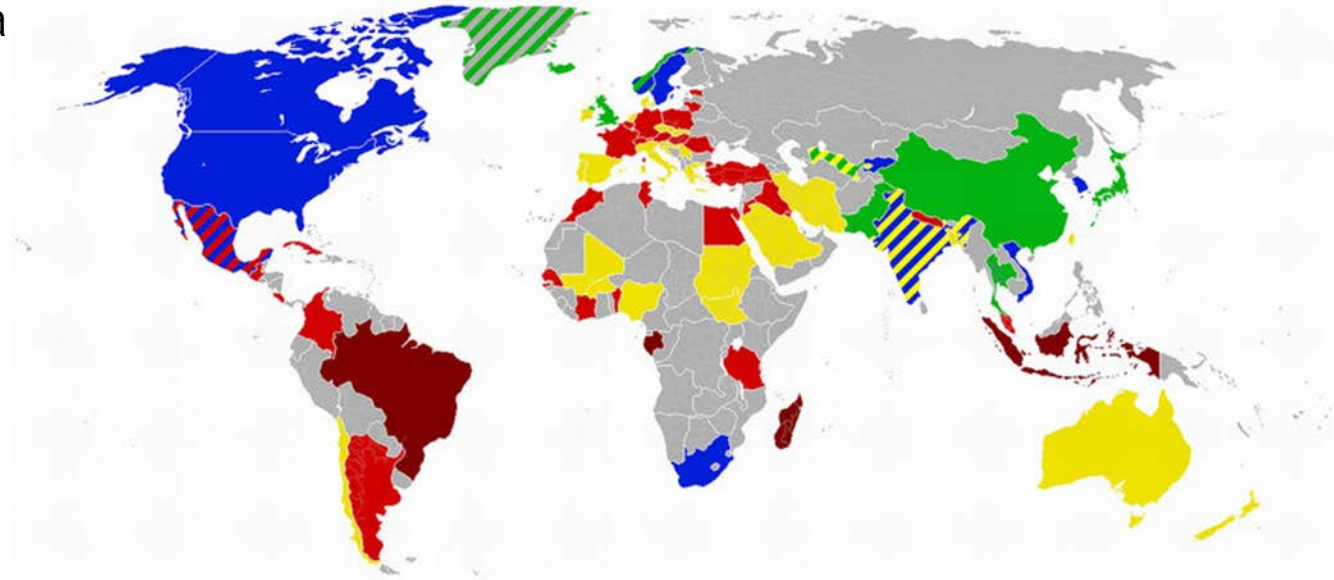


Localizzazioni atipiche

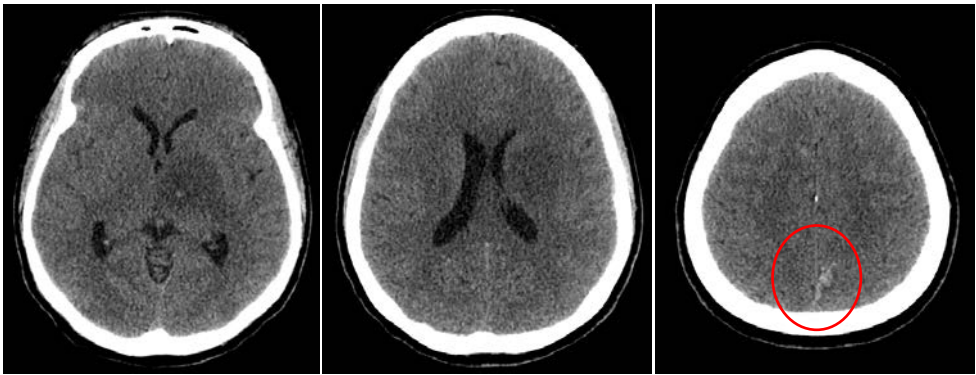


STORIA CLINICA

- Sintomatologia neurologica deficitaria lenta e progressiva nei tumori
- Storia clinica a più lenta insorgenza nei tumori rispetto a lesioni non neoplastiche (faster growth pattern)
- **Infezioni endemiche**
- **Valutazione dell'immunocompetenza e HIV status**
- **Febbre, dati di laboratorio, crisi epilettiche**

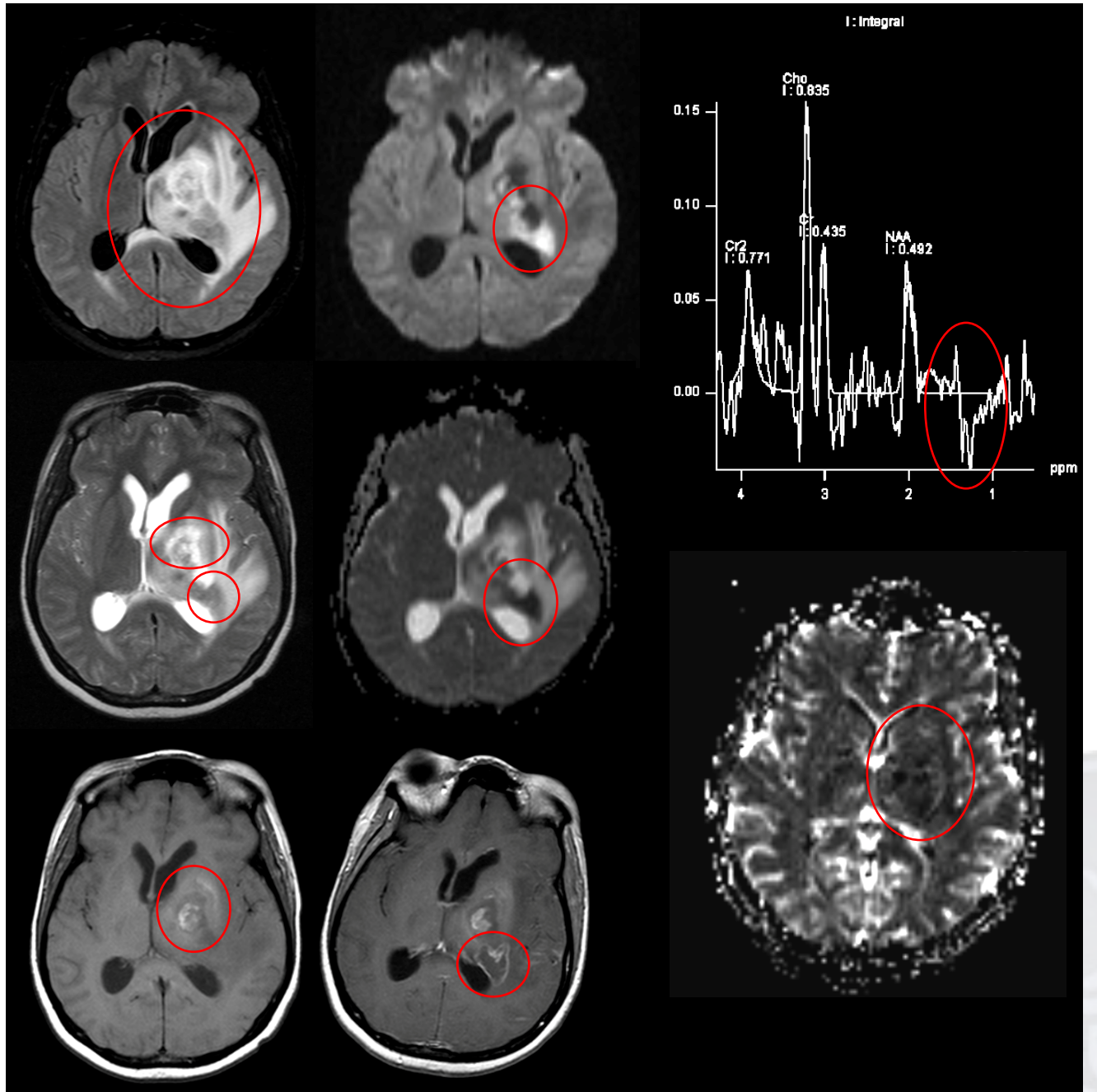


In Africa il 35-50% di tutti i pazienti HIV/AIDS sviluppa toxoplasmosi cerebrale. Pazienti immunocompromessi hanno maggiore probabilità di sviluppare la malattia quando la conta dei loro CD4 crolla sotto i 200.



TC: reperti di ipodensità con edema digitato.

Il potenziamento dopo mdc dipende dalla conta dei CD4 (se bassi, no enhancement)



Grazie!

