



# Insidiosa recidiva di encefalite erpetica: il ruolo dell'EEG



E. Fallica\*, M. Padroni\*\*, E. Cesnik\*, L. Borgatti\*\*\*, S. Rossi\*\*, E. Groppo\*\*, C. Monetti\*, V. Govoni\*\*

Dipartimento di Neuroscienze, Azienda Ospedaliero-Universitaria Sant'Anna, Ferrara  
\*UO di Neurologia, \*\*UO Clinica Neurologica, \*\*\*UO Neuroradiologia



Ambulatorio dedicato alla diagnosi e cura dell'Epilessia U.O. Neurologia Ferrara

## RAZIONALE E OBIETTIVI

L'HSV è una causa nota di encefalite con un'incidenza di 1-3 casi/1.000.000/anno. La conferma diagnostica di encefalite erpetica avviene principalmente con analisi di PCR su liquor, mentre esami neuroradiologici (TC e soprattutto RM encefalo) e l'EEG sono considerate indagini ausiliarie. La recidiva di encefalite erpetica è un'evenienza rara specie in età adulta. Descriviamo il caso di una donna seguita per epilessia post-encefalite erpetica che ha presentato una recidiva a esordio subdolo in cui solo l'EEG ha orientato la diagnosi.

## CASE REPORT

Donna di 69 anni, seguita dal 2010 per epilessia post-encefalite erpetica temporale sinistra (fig.1) e per mieloma multiplo in remissione. In corso di una riaccutizzazione di osteomielite al II dito della mano sinistra, persistente da un mese e refrattaria agli antibiotici, è stata ricoverata per stato confusionale presente dal giorno prima e associato a ipertensione.

## Risultati

All'ingresso TC encefalo in urgenza negativa (fig 2). Gli esami ematochimici all'ingresso evidenziavano solo una iponatremia (129 → 126 mEq/l) mentre l'esame liquorale risultava negativo (non eseguita PCR) (fig 3). L'EEG, eseguito per sospetto stato non convulsivo, mostrava sporadiche anomalie epilettiformi in sede temporale bilaterale (fig 4). Nell'ipotesi d'iniziale stato settico in paziente immunodepressa (fig.3) associato a osteomielite è stata avviata terapia antibiotica ad ampio spettro senza risposta. Due giorni dopo ripete EEG (fig 5) con presenza di PLEDs in sede temporale destra suggestive di recidiva di encefalite erpetica controlaterale rispetto alla precedente. In seguito a tale riscontro eseguiva RM encefalo (fig 6) che confermava la diagnosi; l'avvio della terapia antivirale conduceva a un rapido miglioramento clinico-EEG (fig 7).

Fig 1 24.02.2011

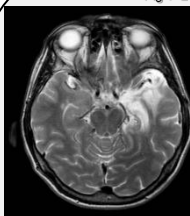


Fig 2 06.02.16

### TC ENCEFALO

Quadro TC encefalico oderno sostanzialmente invariato rispetto al precedente controllo del 27 aprile 2015. Nonconoscenza ampia area di disomogeneità ipodensa, in buona parte a densità simil liquorale, in sede temporale polare e profonda sx, compatibile con esiti. Si apprezza dilatazione del corno corrispondente della cavità ventricolare omlaterale. Non si riconoscono ulteriori lesioni focali nel rimanente ambito (esame eseguito senza somministrazione di mezzo di contrasto).

Fig. 3 07.02.16

ESAME	ESITO	ESITO	ESITO
ES LIAQ CEREBRALI BUCCHONIANO			
ES CLON	negativo		
ES ARGENT	negativo		
ES METABOLICO	negativo		
ES PEDI	negativo		
ES HEMATOLOGICO	negativo		
ES PROTEINURICO	negativo		
ES CHIMICO	negativo		

ESAME	ESITO	ESITO	ESITO
ES BUCCHONIANO	negativo		
ES ARGENT	negativo		
ES METABOLICO	negativo		
ES PEDI	negativo		
ES HEMATOLOGICO	negativo		
ES PROTEINURICO	negativo		
ES CHIMICO	negativo		

Liquor colturale e microscopico negativo per batteri, TBC

IgM siero CMV, HSV: neg

IgG siero per HSV, HSV1, EBV: pos

IgG e IgM siero: Coxsackie, Chlamydia pneumoniae, Legionella pneumophila, Mycoplasma: neg

Procalcitonina nella norma

Emocolture + agglutinaz Listeria neg

Componente monoclonale IgGK

Frammenti ossei enterococcus faecalis

Fig 4 7.02.16

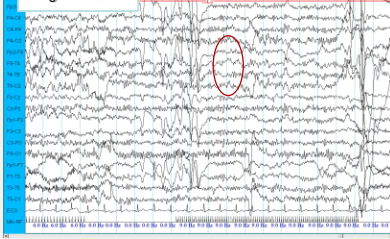


Fig 5 10.02.16

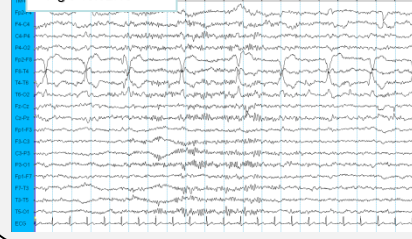
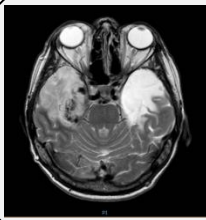
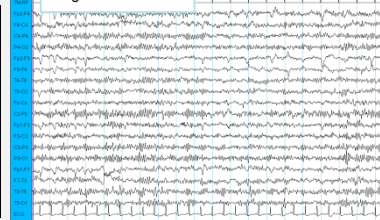
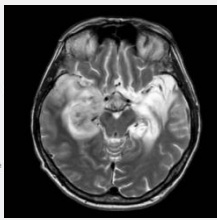


Fig 6 14.02.16



RM ENCEFALO SENZA E CON CONTRASTO In sede temporale sinistra si confermano gli esiti evolutivi delictici e malari, sostanzialmente invariati rispetto al controllo RM di febbraio 2015. In sede controlaterale si evidenzia una diffusa disomogeneità del segnale T2 centro-sottocorticale con interessamento temporale e spiccatamente, con presenza appagamento dei solchi laterali ed effetto compressivo sulla cavità ventricolare, ipercaptazione a livello temporale. In tale contesto si osservano foci di disomogenea ipercaptazione in diffusione di gradiente, uniformemente a decorso di genere ematico sul versante temporale mesale - spiccatamente, come in quadro di interessamento meningio-encefalitico (eventualmente epiletico) con componente necrotico sottocorticale. Nella sequenza T1, si evidenzia ipercaptazione nel fondo di alcuni solchi cerebali sul versante temporale mesale, sostanzialmente in relazione all'impiego scavalato, di aspetto prevalentemente focale. Comparso di tracce di ipercaptazione nella porzione distale del corno occipitale di sinistra, anche questo aspetto non presente nel controllo TC del 6 febbraio 2016. La somministrazione di mezzo di contrasto evidenzia un'interessamento prevalentemente coinvolgente la lesione temporale destra, specie sul versante polare, con un interessamento a via sottile enhancementale pale.



## CONCLUSIONI

La patogenesi della recidiva di encefalite erpetica non è chiara. Alcuni autori suggeriscono una riattivazione del virus mentre altri sottolineano la possibilità di una risposta immuno-mediata. Talora anche l'esame liquorale può essere negativo. Pur non avendo effettuato una ricerca del virus nel liquor la nostra paziente ha presentato il caratteristico pattern EEG e le tipiche lesioni alla RM rispondendo rapidamente alla terapia antivirale. Questo caso clinico ha presentato alcune difficoltà diagnostiche per la presenza di elementi clinico-anamnestici confondenti. Il ruolo dell'EEG è stato determinante per il corretto inquadramento clinico confermandosi ancora oggi un fondamentale strumento diagnostico.

## Bibliografia:

- Rigamonti A et al. A case of late herpes simplex encephalitis relapse. J Clin Virol. 2013 Sep;58(1):269-70.
- Adlera AC et al. Herpes Simplex Encephalitis with Two False-Negative Cerebrospinal Fluid PCR Tests and Review of Negative PCR Results in the Clinical Setting. Case Rep Neurol 2011;3:172-178
- Sutter R et al. Electroencephalography for diagnosis and prognosis of acute encephalitis Clin Neurophysiol. 2015 Aug;126(8):1524-31.