

Abstract POSTERS**□ Embolizzazione in regime di urgenza di aneurisma rotto a livello della biforcazione dell'arteria cerebrale media destra con complicanza intraprocedurale ed “happy end”**

M. COPPOLA, M. TECAME, G. BUONO, D. PICCOLO, M. MARSEGLIA,
D. CICALA, A. MACERA, G. LEONE, A. BRUNETTI, F. BRIGANTI

UOSD di Neuroradiologia Interventistica, DAI di Diagnostica Morfologica e Funzionale, Radioterapia e Medicina Legale, Azienda Ospedaliera Universitaria “Federico II”, Napoli

INTRODUZIONE. Presentiamo un caso di embolizzazione in regime di urgenza di aneurisma rotto a livello della biforcazione dell'Arteria Cerebrale Media (ACM) destra con complicanza intraprocedurale ed “happy end”.

METODOLOGIA. Giunge alla nostra osservazione una paziente di 68 anni, trasferita da altra struttura per forte cefalea e rigidità nucale per sospetta ESA ed un Glasgow Coma Scale (GCS) di 9. Viene praticata TC cranio senza mdc in regime di urgenza la quale mostra una diffusa emorragia sub-aracnoidea in corrispondenza delle cisterne della base, nella cisterna pre-pontina ed inter-peduncolare, in sede inter-emisferica cerebrale frontale ed in sede silviana bilaterale con emovernicolo. Si procede quindi ad angiografia per approfondimento diagnostico/terapeutico. Si conferma quindi la presenza di grossolana formazione aneurismatica della biforcazione di ACM destra, ad asse maggiore a disposizione trasversale caratterizzata dalla presenza di irregolare bleb apicale. Si procede ad embolizzazione della sacca aneurismatica mediante rilascio di 7 spirali RM-compatibili, previo posizionamento di un pallone a protezione del colletto aneurismatico (“remodelling”). Al con-

trollo angiografico post embolizzazione si osserva la mancata opacizzazione di ACM dovuto verosimilmente alla compressione della sacca embolizzata sul ramo afferente e/o a formazione di un piccolo trombo in arteria. Si decide quindi di cateterizzare selettivamente l'arteria cerebrale media e il ramo temporale superiore destro previa somministrazione di eparina e flectadol in bolo. Al passaggio del microcatetere in corrispondenza del colletto aneurismatico si nota uno spostamento del cast di spirali verso l'interno della sacca.

RISULTATI. Al successivo controllo angiografico si osserva il ripristino del flusso ematico dovuto verosimilmente al suddetto spostamento del cast di spirali e la completa esclusione della sacca aneurismatica dal circolo. Al risveglio non si evidenziano deficit neurologici né recenti lesioni ischemiche al controllo TC post embolizzazione.

CONCLUSIONI. L'intervento di embolizzazione di aneurisma cerebrale rotto in acuto è una procedura neuroradiologica interventistica salvavita; tuttavia è indispensabile la corretta scelta della tecnica endovascolare e la gestione delle eventuali complicanze periprocedurali.

Corrispondenza: Dr.ssa Milena Coppola, UOSD di Neuroradiologia Interventistica, Azienda Ospedaliera Universitaria “Federico II”, via S. Pansini, 5, 80131 Napoli (NA), e-mail: millicop@libero.it

LVII Congresso Nazionale SNO, 24-26 maggio 2017, Napoli.

Atti a cura di Massimo de Bellis e Bruno Zanotti.

Copyright © 2017 by new Magazine edizioni s.r.l., Trento, Italia. www.newmagazine.it

ISBN: 978-88-8041-115-4