



Bari 7-10 Novembre 2013

Sindrome da demyelinizzazione osmotica e gravidanza

C. Vezzadini, G. Corona, A. Sforza

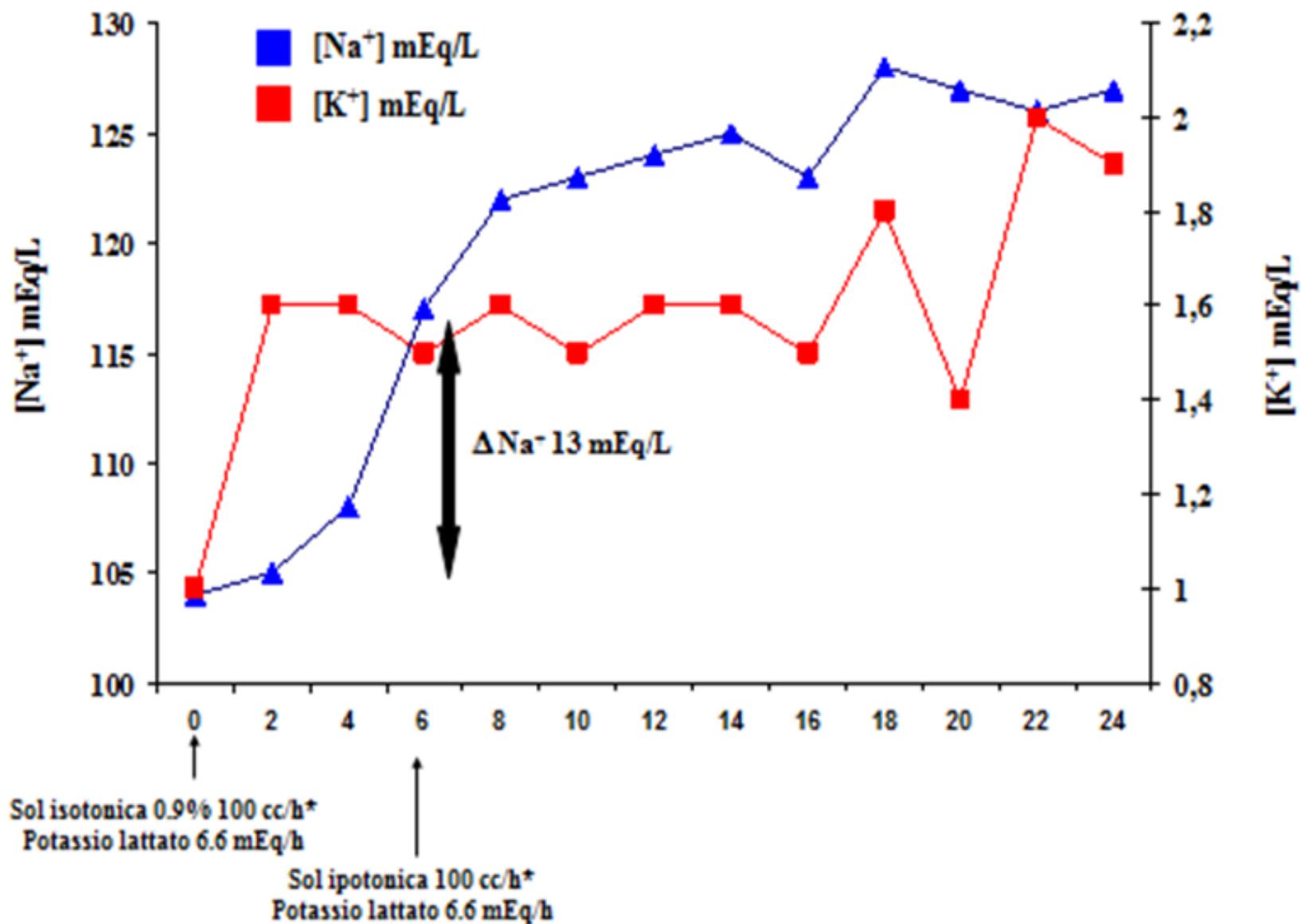
***U.O.S.D. di Endocrinologia , Ospedale Maggiore
AUSL Bologna***

CASO CLINICO
F di 20 anni, originaria del Bangladesh, primigravida, condotta in PS alla 11^o settimana di gestazione, con anamnesi di iperemesi persistente nel mese precedente

Dati clinici

Peso (kg)	46
Altezza (cm)	160
BMI (Kg/m ²)	17.9
PA (mmHg)	120/60
FC	120
FR	10

Glicemia (mg/dl)	74	(60-110)
Sodio (mEq/L)	104	(135-146)
Potassio (mEq/L)	1.1	(3.5-5.3)
Calcio (mg/dl)	10.0	(8.5-10.5)
Magnesio (mg/dl)	2.2	(2.5-4.5)
Creatinina (mg/dl)	0.41	(0.5-1.2)
Proteine totali (g/dl)	5.2	(6-8)
Albumina (g/dL)	3	(3.5-5.3)
Prealbumina (mg/dl)	12.7	(20-40)
Osmolarità plasma (mosm/L)	254	(275-295)
Retinol binding protein (mg/dl)	2.8	(3-6)
TSH (mU/L)	0.01	(0.25-4.5)
FT3 (pg/ml)	4.6	(2-4)
FT4 (pg/ml)	22	(7-17)
ACTH pg/ml	10.2	(7.4-64.3)
Cortisolo ng/ml	220	(70-210)
Na⁺ urine (mEq/L)	3	
K⁺ urine (mEq/L)	2	
Osmolarità urine	418	(500-1500)



Nelle giornate successive comparivano manifestazioni neurologiche da sospetto interessamento dei nuclei della base quali trisma e clonie con tendenza alla lateralità sinistra.

Lo studio RMN encefalo documentava un quadro compatibile con mielinolisi extrapontina osmotica.

Immagine T1-pesata

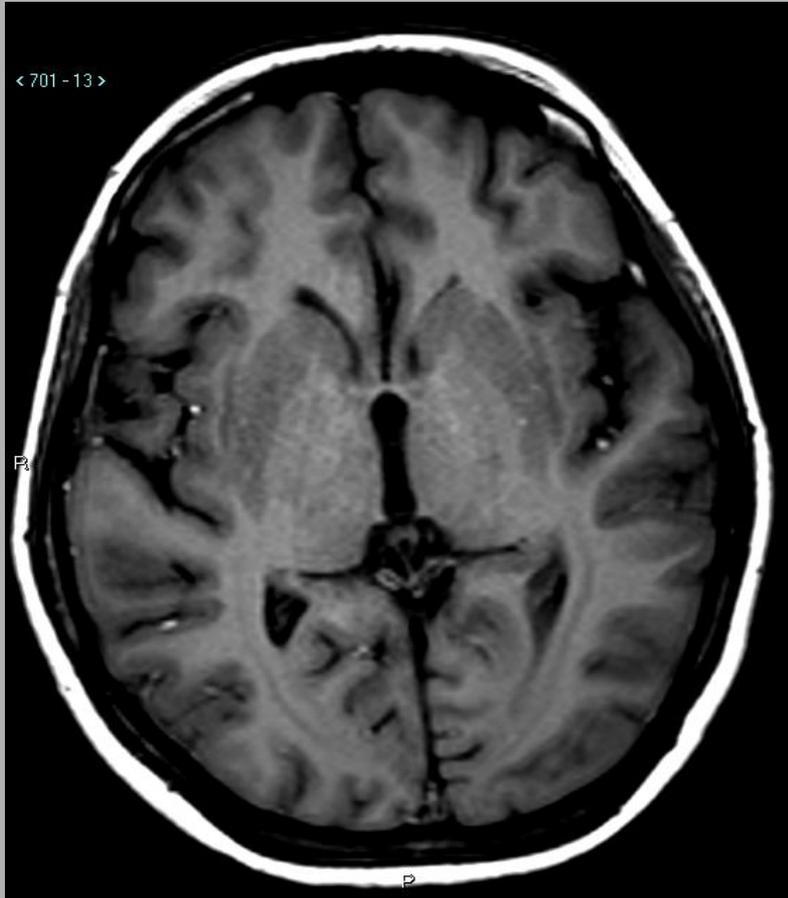
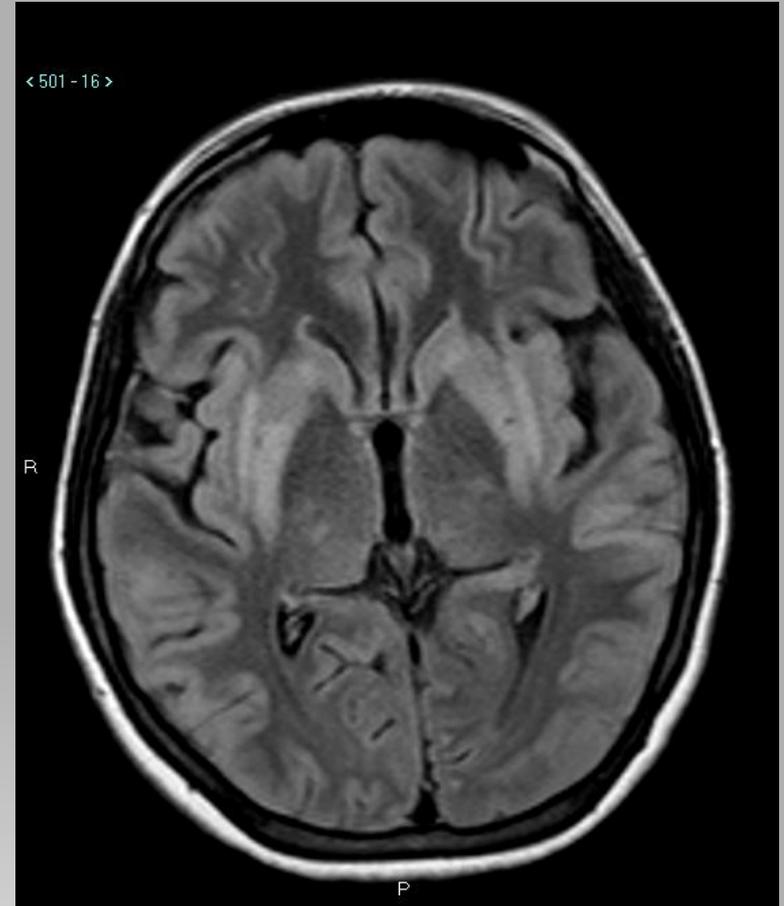


Immagine flair



NMR encefalo

Il successivo trattamento è stato di supporto e la paziente ha presentato un progressivo miglioramento fino alla ripresa della deambulazione.

Controlli ecografici regolari mostravano la persistenza di battito cardiaco fetale e movimenti attivi.

La decisione dei coniugi è stata la prosecuzione della gravidanza, tuttora in atto.

DISCUSSIONE

La sindrome osmotica demielinizzante, descritta inizialmente nel 1959 da Adams e coll. con lesioni a carico del ponte in soggetti malnutriti e alcolisti, successivamente riconosciuta potersi verificare anche in sede extrapontina, è stata posta in relazione ad una correzione eccessivamente rapida di una iposodiemia severa, per lo più cronica.

Vi sono tuttavia alcune descrizioni della sindrome in situazioni di normosodiemia, con ipokaliemia o ulteriori alterazioni elettrolitiche come potenziale trigger.

L'esito può essere fatale, così come possono persistere deficit neurologici o avere un completo recupero. Né i segni clinici né quelli neuroradiologici sono prognostici.

Autori	Pubblicazione	Età delle pazienti	Sett. di gestazione	Iponatremia	Ipokaliemia	Lesioni
H. Wakui et al.	Jpn J Med, 1991, 30, 3: 281-4	28	12	Si (Na 96 mEq/l)	Si (K1,4 mEq/l)	CPM
B. Valius et al.	J Neuroimaging 2001; 11:441-3	24	Non descritta	No (Na 146 mEq/l)	Si (K 2,6 mEq/l)	CPM
S.Olindo et al.	Rev Neurol (Paris)1997: 153: 6-7, 427-9	24	17	No (Na 144 mEq/l)	Si (K 2,5 mEq/l)	Encefalopatia di Wernicke CPM
S.V. Patel et al.	Am J Medical Sciences 2007, 334, 6: 490-2	20	15	No (Na 135 mEq/l)	Si (K 2,8 mEq/l)	CPM
PS Bergin, P Harvey	BMJ, 1992, 305: 517-8	25	9	Si (Na 126 mEq/l)	Non definita	CPM Encefalopatia di Wernicke
P. Sutamnartpong et al.	J Neurosci Rural Pract 2013, 4(1):39-41	21	16	No (Na 135 mEq/l)	Si (K 1,9 mEq/l)	CPM Encefalopatia di Wernicke
PD Thompson et al.	BMJ 1986, 292, 684-5	18	20	Si (Na 126 mEq/l)	Si (K 2,3 mEq/l)	CPM Encefalopatia di Wernicke

Report in letteratura mielinolisi osmotica/iperemesi gravidica

CONCLUSIONI

La nostra paziente ha sviluppato una mielinolisi osmotica favorita dalla rapida correzione della sodiemia, nonostante applicazione di protocollo definito di correzione elettrolitica.

Dalla descrizione dei casi della letteratura lo stato gravidico, associato a importante iperemesi, non necessariamente legata ad iposodiemia, sembra essere fattore di rischio per la sindrome mielinolitica.