

MIOCARDITA POST-VARICELĂ. PREZENTARE DE CAZ

Ioana Ghiorghiu, R. Ciudin, I. Bostan, Ioana Răileanu, C. Călin, Mona Dumitru, Carmen Ginghină

REZUMAT

Premiză: Miocardita post-varicelă este o complicație rară a unei boli banale a copilăriei. În ultimele două decenii, odată cu dezvoltarea mijloacelor de investigație cardiologică, au apărut mai multe descrieri ale unor complicații miocardice post-infecție cu virus varicelo-zosterian. Acestea se manifestă prin afectarea funcției contractile și/sau prin tulburări de conducere de diverse grade, secundare afectării țesutului excito-conductor. Gradul de afectare a funcției miocardice este variabil, de la forme ușoare până la forme severe care necesită ulterior transplant cardiac.

Vom prezenta cazul unui fetițe în vârstă de 15 ani care la 21 de zile după varicelă prezintă alterarea stării generale și modificarea comportamentului psihic. EKG depistează ritmuri rare cu tulburări de conducere de diverse grade.

Cuvinte cheie: miocardita, varicela, bloc AV gradul I, bloc AV gradul II, bloc AV gradul III.

ABSTRACT

Miocarditis post-varicella

Premise: the post variceal myocarditis is a rare complication of an ordinary childhood's disease. In the last two decades, with the development of cardiologic investigatory technics, was appeared other many descriptions of some myocardial complications with varicella zoster virus. These manifested through the affection of contractile functions and/or through the various degree of conduction disturbances, secondary affection of excitatory and conduction tissues. The degree of affects of myocardial functions is variable, from the light forms to the severe forms which required afterwards cardiac transplant.

Will present the case of 15 years-old little girl which after 21 days of chicken-pox presents the alteration of general status and the modification of psyche behaviors. EKG tracks down the rare rhythms with various degrees of conduction disturbances.

Key words: myocarditis, varicella, AV block I-st degree, AV block II-nd degree, AV block III-rd degree

Prezentarea cazului

Fetița T.E., 15 ani, a prezentat în februarie 2004 varicelă, formă clinică cu multiple ascensiuni febrile. La 21 de zile după episodul acut fetița începe să prezinte somnolență exagerată (adoarme pe durata orelor de școală), astenie marcată (nu are putere să mănânce singură, este hrănită cu lingurița, nu poate să meargă pe distanțe scurte), sialoree, bradilalie, bradipsihie, dizartrie. Este consultată de medicul de familie care indică internarea în secția pediatrie a spitalului județean.

Examenul clinic obiectiv decelează zgomote cardiace bradicardice, suflu sistolic funcțional de intensitate I/VI-II/VI, pluriorifical, TA 120/70 mmHg, ficat nepalpabil, afebrilă, fără leziuni cutanate active de varicelă în momentul examinării.

Examenul EKG arată perioade de bradicardie sinusală cu bloc AV gradul I alternând cu bloc AV gradul II tip 1 și cu bloc AV gradul II tip 2 (fig. 1).

Se efectuează examen neurologic, examen EEG și examen CT cerebral care au fost în limite normale, prima suspiciune fiind de encefalită post varicelă. Având în vedere persistența simptomatologiei se transferă în clinica de cardiologie.

Examenul EKG la internare: Ritm sinusal, AV 52/min, PR 0,36s (bloc AV gradul I), axa QRS la + 60°, complex QRS microvoltat în derivațiile standard.

Examen Holter EKG: Ritm sinusal cu frecvența 30-139/min, medie 85/min. Bloc AV gradul I (PR 0,36s) alternând cu bloc AV gradul II tip 1 (Wenkebach), bloc AV gradul II

tip 2 la 1 și scurte episoade de bloc AV gradul III. Cea mai mare pauză este de 3,2s, corespunzând unui ritm cardiac de 30/min (fig. 2).

Examen ecocardiografic: Cord cu cavități cardiace de dimensiuni normale, contractilitate VS ușor afectată difuz, funcția contractilă VS 50%.

Investigații biologice în limite normale (inclusiv probele de inflamație acută: VSH, Fg, hemoleucogramă). Enzime de citoliză miocardică în limite normale.

Având în vedere antecedentele recente de varicelă, tulburările de conducere de diverse grade obiectivate la examenul EKG, care au determinat o bradicardie intens simptomatică, precum și afectarea ușoară a funcției miocardice s-a pus diagnosticul de miocardită post-varicelă. Nu am avut probe biologice de inflamație și enzime de liza miocardică pozitive dar trebuie menționat că pacienta a venit în clinica noastră la 5 săptămâni de la debut, când acești markeri biologici se normalizaseră.

Tulburările de conducere descrise la examenul Holter EKG care au determinat o bradicardie intens simptomatică au indicație de cardiostimulare de clasa I (vezi indicațiile ACC/AHA de cardiostimulare la copil și adolescent).

S-a practicat cardiostimulare permanentă tip VVI cu electrod endocardic, cu evoluție ulterioară bună, cu dispariția completă a simptomatologiei descrise anterior. Pacienta a reluat cursurile școlare cu rezultate bune, devenind o persoană vioaie, activă.

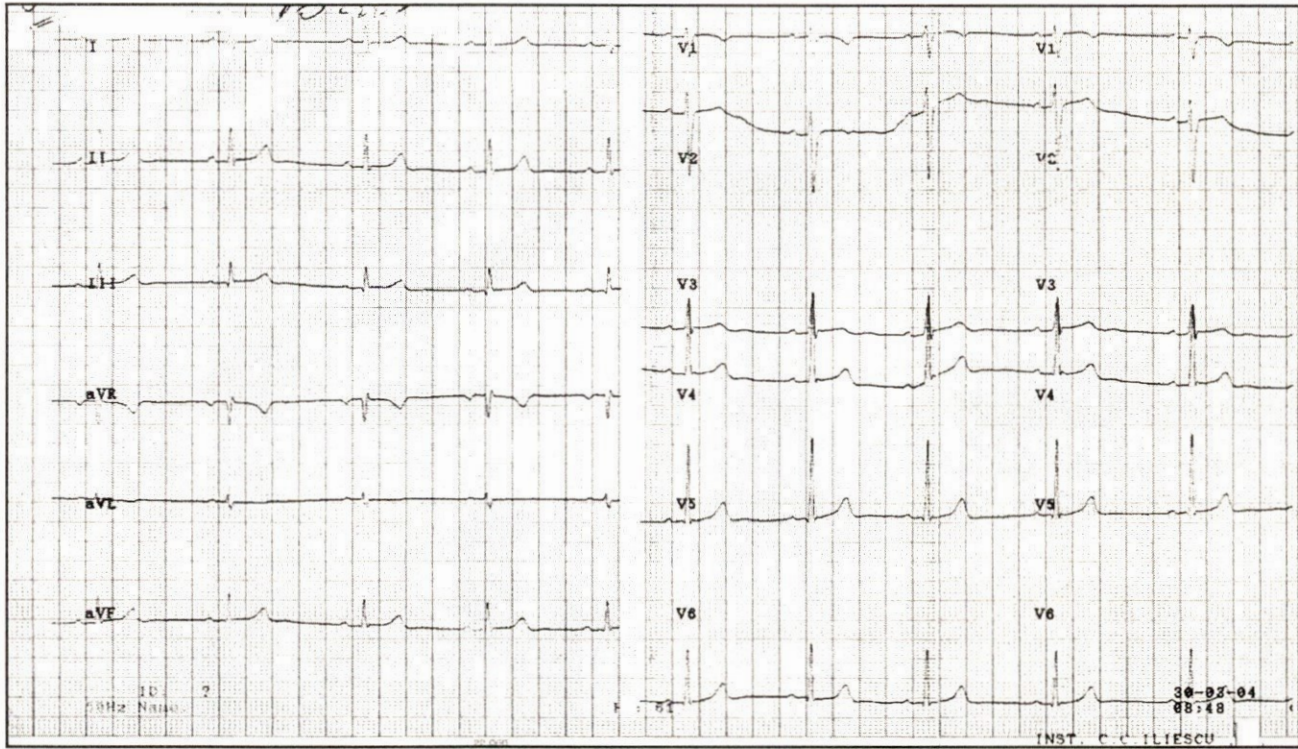


Figura 1. Examen EKG 2004: ritm sinusal, AV 52/min, PR 0,36s (BAV gradul I), axa QRS la + 60°, complex QRS microvoltat în derivațiile standard.

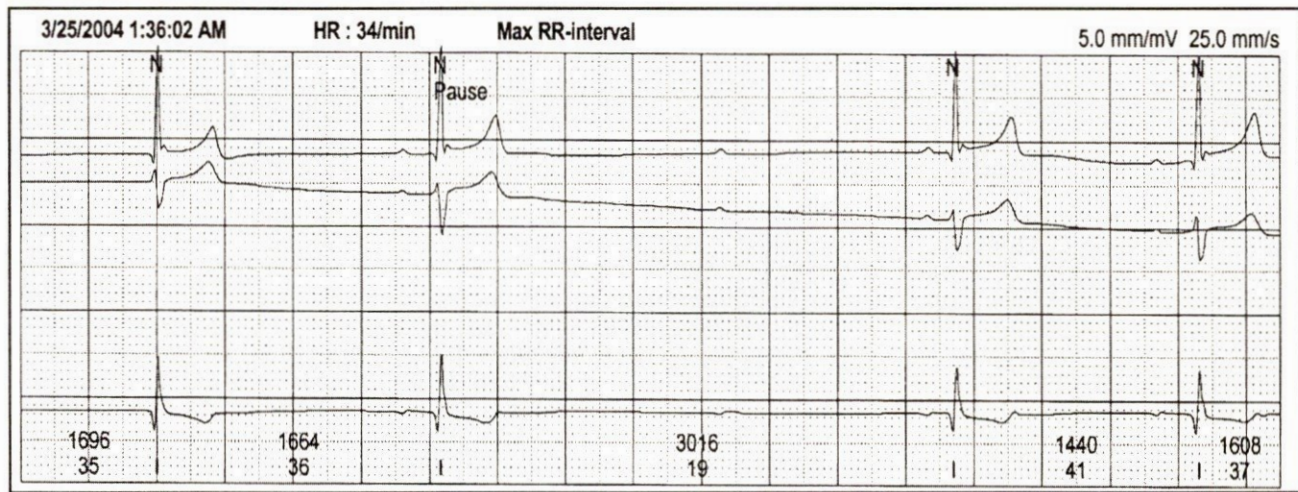


Figura 2. Examen Holter EKG 2004: BAV gradul I (PR 0,36s) alternând cu BAV gradul II tip 1 (Wenkebach), BAV gradul II tip 2 la 1 și scurte episoade de BAV gradul III. Cea mai mare pauză este de 3,2s, corespunzând unui ritm cardiac de 30/min.

Evoluția pe termen lung a pacientei a fost grefată de complicații locale, repetate eroziuni tegumentare la nivelul unei bucle a sondei de cardiostimulare (august 2004, octombrie 2005, ianuarie 2006) (fig. 3). Având în vedere reparația eroziunilor tegumentare în același loc, s-a luat decizia extragerii sursei de stimulare, recoltarea de secreție locală din plagă, din care s-a izolat *Staphylococ alb* metilino-sensibil, tratament antibiotic conform antibiogramei cu Cefazolina+Gentamicina și, ulterior, reimplantarea sursei

de cardiostimulare de partea contralaterală.

Anterior extragerii sursei de cardiostimulare s-a coborât frecvența stimulatorului la 30/min și s-a repetat examenul Holter EKG. Acesta a arătat aceleași tulburări de conducere ca în martie 2004, persistând ritmurile rare de până la 30/min, cu pauze 3 secunde (fig. 4). Deci indicația de cardiostimulare își menține valabilitatea.

S-a practicat reimplantarea sursei de cardiostimulare pe partea dreaptă cu plasarea acesteia subpectoral (fig. 5).



Figura 3. Eroziune tegumentară subclaviculară stângă, la nivelul unei bucle a sondei de cardiostimulare.

Discuții

Varicela este una din bolile eruptive ale copilăriei cu prognostic benign. În patologia infecțioasă clasică, cea mai de temut complicație și cea mai frecventă era considerată cerebelita infecțioasă, având drept principală manifestare clinică tulburările de echilibru. În ultimele două decenii s-au descris și rare miocardite post-varicelă, demonstrând existența unui tropism al acestui virus pentru țesutul miocardic. Manifestările miocarditei sunt extrem de variabile, de la forme cu atingere exclusivă la nivelul țesutului de conducere (blocuri de diverse grade) la forme cu atingere exclusivă a miocardului contractil în diverse grade (formele severe determinând dezvoltarea unei cardiomiopatii dilatative secundare). Diagnosticul de certitudine se stabilește prin identificarea ARN-ului mesager viral în biopsia de țesut miocardic (tehnicile de imunohistochimie). Dacă pacientul este diagnosticat în perioada inflamatorie acută, beneficiază de tratament etiologic cu imunoglobuline specifice anti-virus varicelo-zosterian, acyclovir și antiinflamatorii nesteroidiene, descriindu-se retrocedarea în grade diferite a simptomatologiei. În cazul prezentat nu am putut efectua dozări de imunoglobuline, dar

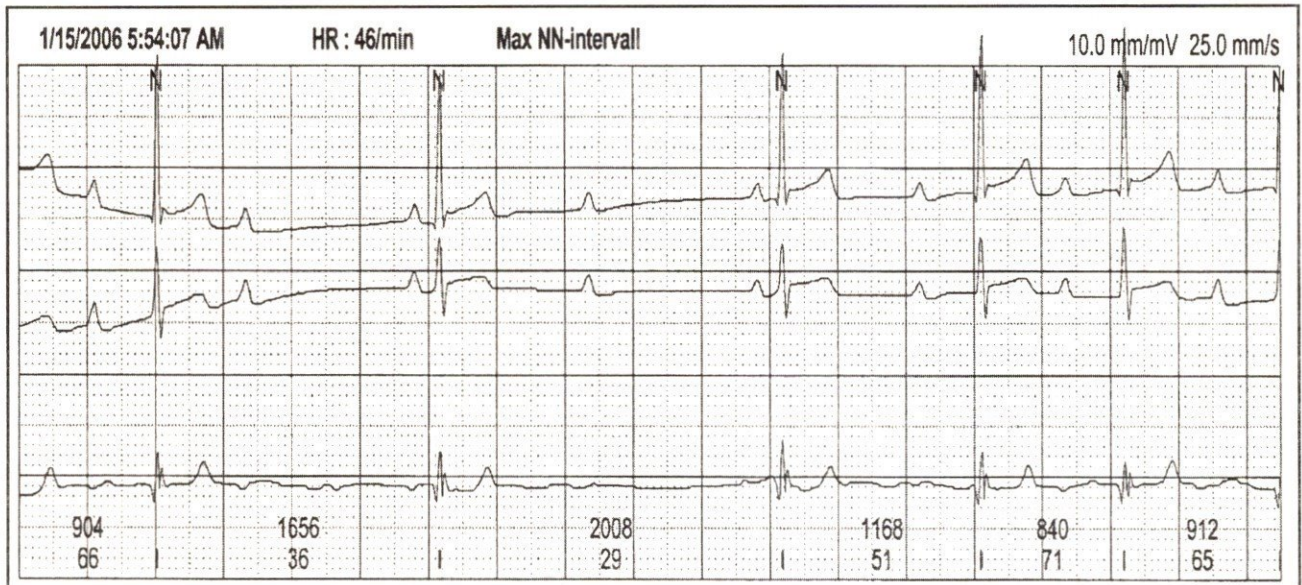


Figura 4. Examen Holter EKG 2006: evidențiază aceleași tulburări de conducere ca în martie 2004, persistând ritmurile rare de până la 30/min, cu pauze 3 secunde.

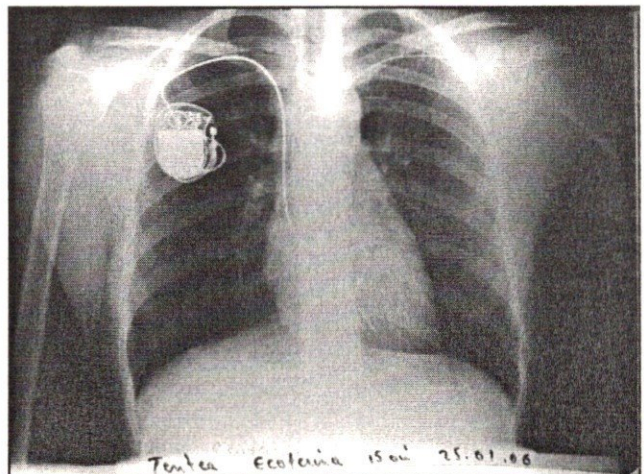


Figura 5. Radiografie cardio-toracica post-interventie de reimplantare a sondei de stimulare pe partea dreapta (incidența postero-anterioara).

considerăm că succesiunea evenimentelor nu ridică dubii asupra etiologiei tulburării de conducere. Rămâne întrebarea dacă blocul AV nu există anterior afecțiunii virale. Deși nu dispunem de o înregistrare EKG anterioară, putem spune din experiența de clinician în dispensarizarea tulburărilor de conducere la copil că în cazul unei tulburări congenitale pacienta nu ar fi devenit brusc simptomatică.

Concluzii

Am prezentat o tulburare de conducere atrioventriculară în grad variabil, cu debut brusc post-infecție cu virus varicelo-zosterian. S-a efectuat cardiostimulare permanentă cu evoluție favorabilă pe termen lung, cu recuperarea completă a pacientei. Am prezentat o patologie rară dar care trebuie să fie în atenția medicilor infecționiști și a cardiologilor pediatri. Se ridică întrebarea dacă nu ar trebui efectuată o înregistrare EKG de rutină după un episod de varicelă.

BIBLIOGRAFIE

1. **Amaral FT, Bestetti RB, Araujo RC, Elias ML, Oliveira JS.** Transient atrioventricular conduction disorder: a potential cause of sudden death in myocarditis due to varicella. A case report. *Arq Bras Cardiol.* 1989 Aug; 53(2):129-31.
2. **Rich R, McErlean M.** Complete heart block in a child with varicella. *Am J Emerg Med.* 1993 Nov; 11(6):602-5.
3. **Ettedgui JA, Ladusans E, Bamford M.** Complete heart block as a complication of varicella. *Int J Cardiol.* 1987 Mar; 14(3):362-5.
4. **Nurnberg JH, Senft G, Sperling P, Lange PE.** A delayed life-threatening complication after uneventful varicella infection: transient complete heart block. *Klin Padiatr.* 2002 May-Jun; 214(3):113-6.
5. **Lorber A, Zonis Z, Maisuls E, Dembo L, Palant A, Iancu TC.** The scale of myocardial involvement in varicella myocarditis. *Int J Cardiol.* 1988 Aug; 20(2):257-62.
6. **Abrams D, Derrick G, Penny DJ, Shinebourne EA, Redington AN.** Cardiac complications in children following infection with varicella zoster virus. *Cardiol Young.* 2001 Nov; 11(6):647-52.
7. **Noren GR, Tobin JD Jr, Staley NA, Asinger RW, Einzig S.** Association of varicella, myocarditis, and congestive cardiomyopathy. *Pediatr Cardiol.* 1982; 3(1):53-7.