

FETOPATIA VARICELO-ZOSTERIANĂ – CAZ CLINIC

Ioana Grigore¹, Georgeta Diaconu¹, N. Nistor², Ioana Cernescu³, Irina Ciomaga²

¹Secția Clinică de Neurologie Pediatrică,

Spitalul Clinic de Urgențe pentru Copii „Sf. Maria“, Iași

²Clinica I Pediatrie, Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr. T. Popa“, Iași

³Laboratorul de Radiologie, Spitalul Clinic de Urgențe pentru Copii „Sf. Maria“, Iași

REZUMAT

Fetopatia varicelo-zosteriană apare la sugar în urma infecției cu virus varicelo-zosterian la mamă în primele două trimestre de sarcină. Autorii descriu cazul unui sugar de sex feminin, în vârstă de 4 luni, care a ajuns în observație pentru întârziere în dezvoltarea neuropsihomotorie pentru vârsta cronologică. Tabloul neurologic, anomaliile evidențiate la examenul oftalmologic, istoricul matern de varicelă gestațională și titrul crescut al IgG pentru virusul varicelo-zosterian au susținut diagnosticul de fetopatie varicelo-zosteriană. Fetopatia varicelo-zosteriană este o afecțiune rară, dar severă, caracterizată prin semne cutanate, oculare și neurologice și la care profilaxia primară este deosebit de importantă. În cazuri rare, ca și cel prezentat, tabloul clinic poate fi incomplet, fiind prezente doar manifestările neurologice și oftalmologice.

Cuvinte cheie: fetopatie varicelo-zosteriană, manifestări neurologice, tulburări oculare, profilaxie primară

Fetopatia varicelo-zosteriană, descrisă pentru prima dată de Laforet și Lynch în 1947, este o afecțiune rară, determinată de infecția fătului cu virusul varicelo-zosterian după varicelă maternă în primele două trimestre de gestație. Datele din literatură raportează un număr de aproximativ 100 de nou-născuți diagnosticați cu fetopatie varicelo-zosteriană, mai mult de $\frac{3}{4}$ dintre cazuri fiind declarate în ultimii 20 de ani (Sauerbrei, 2003). În prezent, incidența afecțiunii este estimată la 2% de nou-născuți (Harish, 2010).

Manifestările clinice sunt reprezentate de leziuni cutanate, tulburări neurologice, afectare oculară și anomalii scheletice. Aproximativ 30% din nou-născuții care prezintă un tablou clinic complet decedează în primele luni de viață (Sauerbrei, 2003). Diagnosticul este susținut de istoricul matern de varicelă în primele două trimestre ale sarcinii și de prezența tabloului clinic sugestiv la nou-născut.

CAZ CLINIC

A.F., sex feminin, în vârstă de 4 luni, născută la termen, din părinți neconsanguini, cu G = 2.500 g

și Apgar = 8, aparent fără date anamnestice particulare privind antecedentele ante/perinatale, ajunge în observația noastră pentru evaluare neurologică.

Examenul fizic general a relevat deficit somatic ușor.

Neurologic, prezenta retard neuromotor (absența capacității de aliniere și disaliniere a capului cu toracele în poziție prono, absența controlului trunchiului în poziție prono și lipsa coordonării ochi-mână-gură), tonus muscular fluctuant, reflexe osteo-tendinoase polikineticice la nivelul membrelor inferioare, reflexe arhaice absente.

Examenul oftalmologic FO a relevat atrofiere parțială a nervului optic.

Pacienta a fost investigată neuroimagic, examenul CT-scan cerebral a obiectivat acumulare lichidiană subarahnoidiană fronto-parietală bilaterală; absența proceselor expansive intracerebrale și a malformațiilor arterio-venoase supra- și subtentorial; sistem ventricular cu morfologie normală și conținut omogen de LCR (Fig. 1).

Adresa de corespondență:

Irina Ciomaga, Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr. T. Popa“, Str. Universității nr. 16, Iași

E-mail: irinaciomaga@yahoo.com

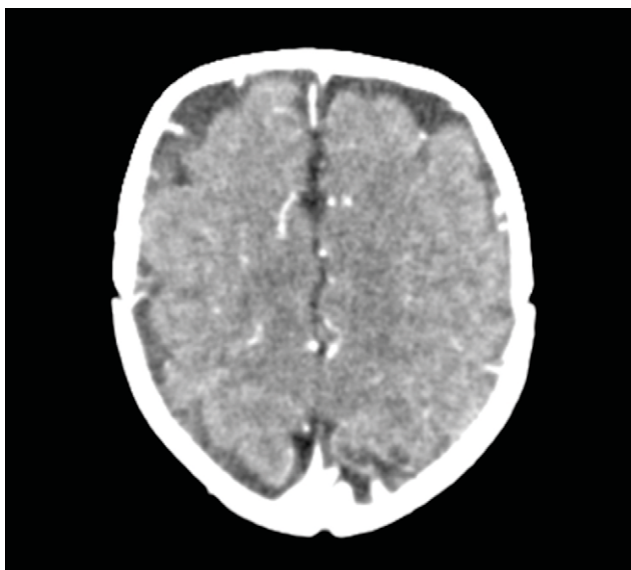


FIGURA 1. CT-scan cranio-cerebral: acumulare lichidiană subarahnoidiană fronto-parietală bilateral

Bilanțul hematologic în parametri normali, bilanțul biochimic sanguin a relevat ușoară citoliză hepatică.

Serologia pentru sindromul TORCH a fost negativă.

Din reluarea anamnezei a reieșit că mama a prezentat în cel de-al doilea trimestru de sarcină o erupție cu macule papuloveziculare, pruriginoase care a apărut după pusee febrile, fiind localizată la nivelul trunchiului și membrilor. Simptomatologia a debutat după contact cu un copil care avea varicelă. Mama a fost diagnosticată cu varicelă gestațională pentru care a primit doar tratament cu anti-termice.

Examenul imunologic la fetiță a relevat valori crescute ale IgG pentru virusul varicelo-zosterian (730 mUI/ml).

Datele anamnestice, modificările înregistrate la examenul neurologic și oftalmologic asociate cu prezența nivelurilor crescute în ser a IgG pentru virusul varicelo-zosterian au condus la diagnosticul de fetopatie varicelo-zosteriană. Indicațiile la externare au fost stimulare globală, profilaxia corectă a rahitismului, alimentație adecvată vârstei și tratament hepatoprotector timp de 1 lună.

La vârsta de 7 luni, când fetița a fost adusă de familie pentru diagnostic de dezvoltare, examenul neurologic a obiectivat retard neuromotor sever, tonus muscular fluctuant, reflexe osteotendinoase polikineticice și agitație psihomotorie.

DISCUȚII

Varicela contactată în timpul sarcinii poate determina serioase complicații materne și fetale a

căror severitate depinde de momentul de debut al afecțiunii la femeia însărcinată. Dacă boala survine în primele 20 de săptămâni de gestație riscul de apariție la făt a fetopatiei varicelo-zosteriene este de 2% cu o mortalitate de 30% (Sauerbrei, 2001). Dacă varicela apare în al treilea trimestru de sarcină, riscul de varicelă neonatală poate crește până la 50%. În prezent, nu există consens în ceea ce privește tratamentul antiviral al varicelei în timpul sarcinii și eficacitatea acestuia în prevenirea sau scăderea severității fetopatiei varicelo-zosteriene. Harish (2010) indică utilizarea medicamentelor antivirale la femeia însărcinată diagnosticată cu varicelă doar în cazurile în care beneficiul matern depășește riscul la care este expus fătul în urma acestui tratament deoarece aciclovirul este încadrat de Agenția „Food and Drug Administration“ din SUA în categoria C privind riscul teratogen. De asemenea, Academia Americană de Pediatrie recomandă tratamentul cu aciclovir la femeile însărcinate care au contactat varicelă doar în cazurile complicate cu pneumonie sau encefalită, când administrarea medicației antivirale se va realiza intravenos. În cazul prezentat mama a fost diagnosticată cu varicelă în al doilea trimestru de sarcină, fără alte complicații, și a primit tratament antitermic.

Deoarece atât fetopatia varicelo-zosteriană, cât și varicela neonatală sunt boli grave, nou-născuții afectați având prognostic sever în ceea ce privește dezvoltarea neuropsihomotorie ulterioară profilaxia varicelei gestaționale este foarte importantă. Numeroși autori indică la femeile aflate la vârsta concepției care nu au istoric de varicelă în copilărie și care doresc să devină mame, vaccinarea antivariicelă cu virus viu atenuat, considerând că în acest mod se asigură o protecție completă împotriva formelor severe de varicelă. Timp de cel puțin 4 luni de la vaccinare sarcina trebuie evitată deoarece vaccinul antivariicelă cu virus viu-atenuat este contraindicat la femeia însărcinată (Sauerbrei, 2001). De asemenea, în cazurile în care femeia însărcinată a intrat în contact cu persoane cu varicelă imunizarea cu virus inactivat trebuie realizată în primele 72-96 de ore conform recomandărilor Institutului Robert Koch din 2000. Cu toate că imunizarea pasivă a gravidei previne apariția bolii sau a complicațiilor acestora la mamă și teoretic reduce riscul de infecție fetală, nu există suficiente dovezi că previne fetopatia varicelo-zosteriană.

Datele din literatură susțin că leziunile cauzate în perioada fetală de virusul varicelo-zosterian sunt staționare postnatal deoarece în acest moment nu mai există replicare virală (Kohli, 2006). Virusul varicelo-zosterian, ca și agent cauzal al fetopatiei

varicelo-zosteriene, poate fi evidențiat rar la copil. Din revederea literaturii, Sauerbrei (2003) a observat că doar la 60% dintre cazuri s-a putut demonstra prezența intrauterină a infecției cu acest virus.

Clinic fetopatia varicelo-zosteriană se caracterizează prin semne și simptome datorate afectării tegumentelor, a sistemului nervos și a sistemului osteo-articular. Sauerbrei (2003) a observat că leziunile cutanate sunt prezente la 76% dintre cazuri, defectele neurologice la 60%, afectarea oculară la 51% și anomaliile scheletice la 49% din pacienți. De asemenea, Andreas (2000) a remarcat că leziunile cutanate sunt cele mai frecvente, fiind evidențiate la 3 din 4 copii, iar afectarea oculară și a sistemului nervos apare la aproximativ 1/2 și respectiv 2/3 din pacienți. Afectarea tegumentară este reprezentată de cicatrici în zig-zag care în general respectă distribuția dermatoamelor (Harish, 2010). Implicarea oculară poate determina apariția cataractei, corioretinitei, opacităților corneene, microftalmiei și atrofiei nervului optic (Myers, 2007). În fetopatia varicelo-zosteriană manifestările neurologice pot fi determinate de atrofia cerebrală sau, în unele cazuri, apar leziuni ale fibrelor simplice la nivel medular cervical și/sau lombosacrat, ceea ce determină apariția clinică a sindromului Horner și a tulburărilor sfincteriene (Harish, 2010). Rar sunt prezente doar manifestări cerebrale și oculare (Sauerbrei, 2003). În cazul descris copilul nu a avut leziuni cutanate, dar a prezentat semne de afectare oculară reprezentate de atrofia parțială a nervului optic și tulburări neurologice manifestate prin retard neuropsihomotor.

Diagnosticul de fetopatie varicelo-zosteriană este susținut de istoricul de varicelă gestațională asociat cu semnele clinice observate la nou-născut (Myers, 2007). În cazul prezentat diagnosticul de fetopatie varicelo-zosteriană s-a pus la vârstă de 4 luni, când copilul prezenta semne clinice de afectare neurologică și oculară, iar reluarea anamnezei a dezvăluit prezența varicelei la mamă în trimestrul al doilea de sarcină. Serologia pozitivă pentru virusul varicelo-zosterian a susținut diagnosticul.

CONCLUZII

Fetopatia varicelo-zosteriană este o afecțiune rară, caracterizată prin semne cutanate, oculare și neurologice. În cazuri rare, ca și cel prezentat, tabloul clinic poate cuprinde doar manifestări oculare și neurologice. Diagnosticul se bazează în principal pe istoricul pozitiv de varicelă gestațională, pe tabloul clinic și serologia pozitivă pentru virusul varicelo-zosterian. Deoarece fetopatia varicelo-zosteriană este o afecțiune severă, profilaxia primară este deosebit de importantă. Astfel, în cadrul controlului de rutină al unei tinere care dorește să devină mamă ar trebui efectuată serologia pentru virusul varicelo-zosterian, iar dacă aceasta este negativă se va realiza vaccinarea. În cazurile în care femeia însărcinată nu are istoric de varicelă și a intrat în contact cu persoane cu această afecțiune, se va efectua vaccinarea, după ce i se va explica viitoarei mame că această formă de prevenție poate să nu reducă riscul de infecție la făt.