

ATAXIA CEREBELOASĂ ACUTĂ POSTINFECȚIOASĂ LA COPIL: PREZENTARE DE CAZ

ACUTE POST-INFECTIOUS CEREBELLAR ATAXIA IN CHILDREN: CASE REPORT

Laura Larisa Dracea^{1,2}, Claudia Buta²

¹ Universitatea Transilvania din Brașov

² Spitalul Clinic de copii Brașov

Autor corespondent: *Laura Larisa Dracea*, email: *dracea.laura@yahoo.com*

Abstract:

Difficulty of walking and fine movements disturbance with acute onset in a previous healthy child (usually between the ages of 2 and 5 years), that appears within a short period of time (48-72 hours), is identified as acute ataxia. Acute post-infectious cerebellar ataxia (APICA) is the most common form of acute ataxia found in children. There is no specific diagnostic test for APICA. Usually, APICA is diagnosed by a process of elimination, and exclusion of more serious types of ataxia (head injury, drugs, toxins, carbon monoxide inhalation) that sometimes, may need complex investigations. The description of the child's history and of the recent events leading up to the ataxia, will help in making the diagnosis, where acute onset of symptoms in a recent infection context will play an important role. We present a case of a two years old boy with acute onset of ataxia appeared after a history of a recent acute upper respiratory infection, in whom there was a progressive regression of symptoms that needed no specific treatment or aggressive investigations.

Key-words: *ataxia, acute ataxia, post-infectious cerebellitis*

Introducere

Dificultățile de mers și tulburările în mișcările fine cu debut acut la un copil anterior sănătos, de obicei cu vârsta între 2 și 5 ani, apărute într-un interval scurt de timp (48-72ore) sunt asociate cu ataxia acută.

Cuvântul ataxie provine de la cuvântul grecesc „a taxis” care înseamnă „fără comandă” sau „fără coordonare”. Ataxia este caracterizată prin tulburări în coordonarea voluntară a posturii și a mișcărilor. Ataxia poate fi cinetică (dacă împiedică mișcarea), statică (dacă împiedică menținerea poziției); de asemenea acută sau cronică.

Dintre cauzele de ataxie acută, amintim ataxia de origine infecțioasă, una dintre cele mai frecvente cauze la copii, cuprinzând 30-50% din totalul cazurilor, care apare cel mai frecvent la categoria de vârstă 2-5 ani.

Ataxia postinfecțioasă, debutează la 5-10 zile de la apariția semnelor de infecție, evoluția este spre regresie în mai puțin de o lună și nu este urmată de sechele [6].

Cauze mai rare de ataxie la copil sunt: ataxia de origine toxică, mai frecventă la copiii de vârstă preșcolară, după ingestie accidentală de benzo-diazepine, uneori după ingestia unei cantități mici de alcool sau în condiții de hipoglicemie.

Ataxia de origine traumatică este destul de rară și apare datorită unui edem cerebelos acut survenit în timpul unui traumatism cerebral, iar cea de origine tumorală apare secundar unui proces intracerebral ce afectează nervii cranieni și/sau trunchiul cerebral.

Ataxiile ereditare paroxistice determinate de mutații genetice sunt cronice [1].

La copii, ataxia este mai evidentă în timpul mersului, apărând un mers nesigur, dar poate fi de asemenea prezentă și când copilul este așezat sau stă în picioare, sau sub formă de dificultăți în coordonarea mâinilor și picioarelor [4].

Prezentare de caz

Prezentăm cazul unui copil în vârstă de 2 ani 1 lună, de sex masculin care s-a prezentat în serviciul nostru pentru tulburări de mers, instabilitate locomotorie, tendință la cădere chiar și în repaus, cu debut brusc.

De menționat este că, din cauza instabilității locomotorii, a prezentat un traumatism cranio-facial închis minor din poziția șezând cu excoriații nazale și hematome frontale minore. Părinții au menționat că în urmă cu 5 zile a prezentat semne de infecție acută de

căi respiratorii superioare manifestate prin febră, obstrucție nazală, disfonie, tuse, pentru care a primit tratament simptomatic (antitermice și Olynth spray).

Simptomatologia respiratorie a persistat, dar a fost în regresie. Din antecedentele personale fiziologice a reieșit că pacientul s-a născut la vârsta gestațională de 37 săptămâni, fără a avea antecedente patologice semnificative, cu părinți cu dietă vegetariană (copilul a primit inconstant proteine de origine animală).

La primirea în serviciul de UPU părinții au refuzat efectuarea CT-ului cranian și s-a propus internarea în secția de boli respiratorii a Spitalului Clinic de Copii Brașov, datorită simptomatologiei respiratorii asociate. Examinarea clinică a relevat stare generală influențată de tulburările de mers, cu stare de conștiență păstrată, paloare, cu excoriații superficiale nazale, hematom supraorbital stâng discret, afebril, obstruat, disfonic și cu secreții seromucoase în căile respiratorii superioare, cu faringe și amigdale congestive, tuse mixtă, fără dispnee, ronhusuri și raluri de transmisie în ambele câmpuri pulmonare, saturații O₂ 98%, echilibrat cardio-circulator și digestiv.

Examenul neurologic nu a evidențiat semne de focar, sau semne de iritație meningeală, și a confirmat traumatismul cranio-cerebral acut minor, cu reflexe osteotendinoase prezente, semn Babinski negativ, mers ataxic și nistagmus discret, intermitent. Din aceste considerente, nu au fost recomandate CT-ul cranian și nici puncția lombară.

Mersul ataxic cu baza largă de susținere, cu tendință la cădere și dezechilibru postural în repaus, atât în ortostatism cât și în șezut, s-au menținut, dar au fost în regresie progresivă.

Investigațiile paraclinice au evidențiat limfomonocitoză în context normal de leucocite, un sindrom inflamator biologic crescut discret (proteina C reactivă sub 5mg/dl), fără alte modificări biochimice.

În urma coroborării anamnezei, examenului clinic cu rezultatele investigațiilor paraclinice, s-a stabilit diagnosticul de ataxie cerebeloasă acută de cauză infecțioasă pentru care nu a fost necesară instituirea unui tratament specific. Simptomatologia respiratorie a fost tratată prin dezobstrucție nazofaringiană, sirop expectorant, hidratare orală și repaus la pat cu urmărirea atentă a simptomelor neurologice.

Evoluția clinică a fost favorabilă, cu diminuarea progresivă a simptomelor respiratorii și a ataxiei spre remisiune completă la o săptămână de la debut.

A fost de asemenea eliminată ca posibilă cauză a tulburărilor de echilibru, administrarea intranazală de Olynth spray.

Discuții

Ataxia cerebeloasă acută postinfecțioasă este de obicei rezultatul unui proces de cerebelită infecțioasă secundar unui mecanism imun-mediat. Ea este denumită și cerebelită acută și reprezintă forma cea mai frecventă de ataxie la copil. O infecție sau o imunizare recentă poate determina un proces autoimun cu producere de autoanticorpi care reacționează încrucișat cu epitopi cerebeloși.

Cel mai frecvent, în apariția acestui proces sunt incriminate infecțiile virale. În 26% din cazuri este incriminat virusul varicelo-zosterian, dar sunt menționate și citomegalovirus, Epstein Barr virus, herpes simplex, adenovirusuri, coxsackie, rotavirus, parvovirus. Cu toate acestea, în 25% din cazuri etiologia nu poate fi precizată și ataxia este clasificată ca idiopatică [2].

Prezentarea clinică cea mai frecventă este sub formă de ataxie la nivelul trunchiului și tulburări de mers. Ea poate varia ca intensitate de la ușoară până la incapacitatea completă de a sta în picioare. La examenul neurologic de obicei se constată reflexe osteotendinoase prezente și posibil nistagmus de intensitate ușoară. Poate fi însoțită uneori și de alte simptome ca dificultate în vorbire, vorbire neclară, mișcări anormale ale ochilor, cefalee, vărsături.

Diagnosticul diferențial al ataxiei cerebeloase acute se face cu o paletă largă de afecțiuni. Un istoric medical complet și o examinare fizică atentă pot sugera cu ușurință diagnosticul corect, totuși anumite simptome pot necesita investigații suplimentare [2]. Diagnosticul diferențial trebuie făcut cu alte manifestări ce pot simula o ataxie, cum ar fi instabilitatea copiilor care învață să facă primii pași, mai ales când mersul se instalează ceva mai târziu și când această instabilitate se însoțește de mișcări ale membrelor superioare (tremurături), frecvente la copilul obosit sau febril [5].

Diagnosticul pozitiv de cerebelită acută postinfecțioasă este un diagnostic de excludere. Examinarea computer-tomografică cerebrală în această situație este normală. Examenul LCR este necesar uneori, într-un context clinic sugestiv, pentru a exclude encefalita.

Prognosticul ataxiei cerebeloase acute postinfecțioase la copil este bun, cu o rezoluție spontană a simptomelor în cel mult 2 luni, fără sechele. Afecțiunea nu necesită tratament specific. Unele studii medicale au demonstrat că administrarea de imunoglobuline iv ar putea avea un beneficiu [3].

Concluzii

Am considerat necesară prezentarea acestui caz datorita simptomatologiei fruste cu caracter neurologic, apărute la un copil anterior sănătos, care de obicei pune clinicianului probleme de diagnostic diferențial, iar părinților probleme de stres crescut în fața debutului acut cu manifestări mai puțin obișnuite.

Cazul s-a încadrat în datele din literatura de specialitate, cu ataxie cerebeloasă apărută în context postinfecțios, cu prezentare pentru tulburări de statică și de mers în a 4-a zi după o infecție acută de căi respiratorii superioare. Diagnosticul clinic pozitiv a fost unul de excludere, bazat în principal pe eliminarea celorlalte afecțiuni mai grave care ar fi putut asocia simptomatologia cerebeloasă.

Nu au fost necesare investigații invazive în condițiile în care examenul clinic repetat alături de consulturile neurologice pediatrice, au fost atent efectuate.

Tratamentul simptomatic a vizat numai simptomele respiratorii în condițiile în care pacientul a avut o stare generală bună, fără agravare.

În cursul spitalizării de 4 zile, evoluția clinică a fost favorabilă, iar remiterea progresivă a ataxiei a durat o săptămână de la debut.

Bibliografie

- [1] Benga I, Fanea G, Moraru G, et al. Ataxia cerebeloasă acută „pură” la copil. Revista de Neurologie și Psihiatrie a copilului și Adolescentului din România .2007; nr 3, vol X
- [2] Nussinovitch M, Prais D, Volovitz B et al. Post-infectious acute cerebellar ataxia in children. 2003; Clinical pediatrics 42 (7): 581-4
- [3] Gupta N, Talathi S, Feliz M et al. Acute cerebellar ataxia: successful treatment with iv immunoglobulin. 2014; Consultant for pediatricians 13(11): 518-9
- [4] Naselli A, Pala G, Cresta F et al. Acute post-infectious cerebellar ataxia due to co-infection of human herpesvirus-6 and adenovirus mimicking myositis. 2014; Ital J Pediatr 40:98
- [5] Salas AA, Nava A. Acute cerebellar ataxia in childhood: initial approach in the emergency department. 2010; Emerg Med J 27(12): 956-7
- [6] Sivaswamy L. Approach to acute ataxia in childhood: diagnosis and evaluation. 2014; Pediatr Ann 43(4): 153-9