

MeB – Pagine Elettroniche

Volume XIII

Maggio 2010

numero 5

IL COMMENTO

Aritmia e malattia reumatica: quale relazione?

Alessandra Benettoni

Servizio di Cardiologia, IRRCS Burlo Garofolo, Trieste

Il caso contributivo presentato da Manieri S et al. è apparentemente semplice perché privo di elementi di gravità clinica, ma problematico per la formulazione di una diagnosi e per le conseguenze che la diagnosi di **Malattia Reumatica**(MR), con o senza cardite, avrebbe sulla profilassi a breve e a lungo termine. Nella pratica clinica quotidiana casi come questo presentato non sono rari, e sono sempre fonte di discussione.

Nello sforzo di trovare a tutti i costi un criterio maggiore di Jones (la cardite) per validare la diagnosi di MR, possono essere trascurate delle considerazioni cardiologiche sul problema delle extrasistoli.

Le extrasistoli ventricolari monomorfe possono essere presenti a tutte le età dal feto all'anziano e sono raramente associabili ad una precisa eziologia. Sono un reperto relativamente frequente e quasi sempre casuale in età pediatrica. Quando si escluda una cardiopatia organica (cardiomiopatia ipertrofica o dilatativa, cardiomiopatia aritmogena del ventricolo destro, cardiopatia congenita malformativa, cardiopatia valvolare, cardiopatia ipertensiva, ecc), o una intossicazione farmacologica, si entra inevitabilmente nella definizione di extrasistolia ventricolare in cuore presumibilmente normale.

La normalità dell'ecocardiografia, possibilmente eseguita o ripetuta da un operatore esperto nella valutazione della funzione ventricolare sinistra e nella valutazione del ventricolo destro è l'elemento dirimente, che escluderebbe la origine organica delle extrasistoli.

Nella MR le manifestazioni più frequenti dell'interessamento cardiaco sono la valvulite della valvola mitrale e/o della valvola aortica (con reperto clinico di soffio cardiaco e reperto ecocardiografico di insufficienza mitralica e/o aortica), meno frequentemente la miocardite che si presenta clinicamente con tachicardia sinusale o con veri e propri sintomi di scompenso cardiaco (con reperto ecocardiografico di alterazioni della cinetica e della funzione di pompa ventricolare talora associata a rigurgiti valvolari), la perimicardite (con sintomatologia di dolore toracico e reperto ecocardiografico di versamento pericardico, e alterazioni della ripolarizzazione all'ECG). Le sole alterazioni del ritmo cardiaco sicuramente associabili ad una diagnosi di cardite reumatica sono le turbe di conduzione atrio-ventricolare (dal semplice allungamento del tratto PQ a forme di BAV più avanzato): infatti gli autori di questo articolo hanno citato riferimenti bibliografici nei quali o l'aritmia ventricolare era indotta

da blocco atrio-ventricolare (ref 2 e 3) o l'aritmia era secondaria ad una severa disfunzione ventricolare da miocardite (ref 6) o, come si legge nella lettera di Frank Stuart (*Arch Intern Med*1987;147(2):195) all'editore, presumibilmente in risposta all'articolo di Freed MS (ref 5, citata), si trattava di un ritmo giunzionale accelerato, aritmia ventricolare benigna che riconosce un meccanismo elettrofisiologico completamente diverso e che, per l'appunto, ci riporta al problema della funzione del nodo atrioventricolare .

Anche la febbre di per sé può provocare o accentuare una instabilità elettrica del tessuto di conduzione cardiaco giustificando l'extrasistolia o, in casi più rari, aritmie ventricolari sostenute (Burashnikov et al. *Circ Arrhythmia Electrophysiol*2008;1:202-8).

La diminuzione riportata nel caso specifico delle extrasistoli dopo terapia con cortisone (da 26000 a 14000) rientra nella variabilità spontanea delle extrasistoli, confermando il carattere poco specifico di tale reperto e non può essere descritto come criterio ex iuvantibus che conferma una ipotesi diagnostica di cardite. Inoltre il bambino non avverte le extrasistoli, pertanto non si può escludere che queste fossero presenti anche prima della malattia infiammatoria.

Pertanto credo che il caso interessante presentato come di molto probabile MR, sulla base dei numerosi criteri minori di Jones, potrebbe avere nella presenza delle extrasistoli ventricolari una semplice coincidenza, probabilmente casuale, forse preesistenti alla malattia, ed eventualmente accentuate come numero in presenza di febbre e stato infiammatorio. Non si può pertanto desumere da ciò, come gli Autori sottolineano, che l'extrasistolia ventricolare sia con sicurezza una manifestazione (sia pure insolita, rara, atipica) di cardite reumatica.

Articoli correlati di Medico e Bambino

S. Manieri, M.P. Mirauda, D. Salvatore, R. Abate, A. Scavone. Extrasistolia ventricolare e malattia reumatica: una coincidenza clinica o un'espressione di cardite reumatica incipiente? Medico e Bambino pagine elettroniche 2010; 13(5) [full text]