



Η οξεία περικαρδίτιδα είναι ένα κλινικό σύνδρομο που οφείλεται σε φλεγμονή του περικαρδίου και περιλαμβάνει το τρίπτυχο: *θωρακικό άλγος, ήχο τριβής στην ακρόαση του θώρακα και ηλεκτροκαρδιογραφικά ευρήματα*. Αν ο ασθενής έχει 2 από τα 3, χαρακτηριστικά της νόσου, ευρήματα τότε τίθεται η διάγνωση. Η απουσία των ΗΚΓκών δ/χών δεν αποκλείει τη διάγνωση, ειδικά στη φυματιώδη/νεοπλασματική περικαρδίτιδα.

Τα ΗΚΓκά ευρήματα, στην τυπική μορφή της νόσου, είναι χαρακτηριστικά και έχουν συγκεκριμένη αλληλουχία. Στο 1^ο στάδιο (πρώτες 7 μέρες) παρατηρείται διάχυτη ανάσπαση του ST, με το κοίλο προς τα πάνω, εκτός από τις απαγωγές aVR, V₁. Στη συνέχεια η ανάσπαση επανέρχεται στην ισοηλεκτρική γραμμή και το T παρουσιάζει επιπέδωση. Στο 3^ο στάδιο το T αρνητικοποιείται (2-3 w) και με το πέρασ της νόσου επαναφυσιολογικοποιείται.

Η ακτινογραφία και ο υπέρηχος δεν βοηθούν ιδιαίτερα στην διάγνωση της νόσου. Θα πρέπει να τονιστεί εδώ πως η ηχοκαρδιογραφική μελέτη δεν γίνεται για την αναζήτηση της περικαρδιακής συλλογής αλλά για την εντόπιση τμηματικών διαταραχών συστολικής πάχυνσης δηλ. για τον αποκλεισμό ισχαιμίας! Σπάνια ανιχνεύουμε περικαρδιακή συλλογή αφού η περικαρδίτιδα είναι εξ'ορισμού "ξηρά" αλλά μπορούμε να δούμε ένα υπερηχογενές περικάρδιο (έντονα λευκό).

Μικρή αύξηση των μυοκαρδιακών ενζύμων (πχ. CK-MB) και της cTn υποδηλώνει συνήθως εκτεταμένη φλεγμονή με συμμετοχή του επικαρδίου ενώ μεγαλύτερες τιμές θα πρέπει να εγείρουν την υπόνοια μυοπερικαρδίτιδας. Περίπου 30-50% των περιστατικών περικαρδίτιδας παρουσιάζουν αυτή την μικρή αύξηση και αφορούν συνήθως νέους άνδρες με μεγάλη ανάσπαση ST και την παρουσία περικαρδιακής συλλογής.

Η περικαρδίτιδα έχει ετήσια επίπτωση περίπου 5%. Η αιτιολογία ποικίλει αλλά συνήθως είναι ιογενής (Coxsackie/Echo) ή ιδιοπαθής (καλύπτουν τουλάχιστον το 50% των διαγνώσεων). Άλλες περικαρδίτιδες είναι: η βακτηριακή/πυώδης, η φυματιώδης, η μετεμφραγματική (μετά από πρόσθιο EM), το σ. Dressler (εβδομάδες μετά από το EM), η μετά από περικαρδιοτομή, η αυτοάνοση, η

ουραιμία (μεγάλες συλλογές), η κακοήθης (πνεύμονα, μαστού, λέμφωμα). Η τελευταία αφορά το 50% των επιπωματισμών.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ (ιδιοπαθής/ ιογενής).

1. NSAID's.
 - Ασπιρίνη(ASA) 650 mg x 4(2-4 g/d) για 2-4 εβδομάδες. Προτιμάται έναντι της ιβουπροφαίνης όταν συνυπάρχει και μυοκαρδίτιδα και όταν υπάρχει πρόσφατο ΕΜ.
 - Ιβουπροφαίνη 600-800mg x 3 (1,2-3,2 g/d) για τουλάχιστον 2 εβδομάδες.
2. Κολχικίνη 1-2 mg την πρώτη μέρα και στη συνέχεια 0,5-1 mg ημερησίως για 6 μήνες. Χορηγείται όταν δεν ανταποκρίνεται ο ασθενής στα αντιφλεγμονώδη ή στην περίπτωση της υποτροπής. Όταν προστίθεται κολχικίνη τότε η διάρκεια αγωγής με NSAID's είναι περίπου 10 μέρες.
3. Πρεδνιζόνη 0,2-0,5mg/kg βάρους σώματος (χαμηλή δόση) για ένα μήνα και μετά tapering τους υπόλοιπους 3 μήνες. Χορηγείται όταν συνυπάρχει χρόνια φλεγμονώδης νόσος ή οι υποτροπές είναι επαναλαμβανόμενες. Αν χρειαστεί μπορούμε να χορηγήσουμε έως 1-1,5mg/kg σε ανθεκτικές περιπτώσεις. Η κορτιζόνη συγχορηγείται πάντα με κολχικίνη η οποία δίνεται για 12-24 μήνες!
4. Η αζαθειοπρίνη 75-100 mg για μια εβδομάδα αποτελεί μια εναλλακτική λύση ενώ στην έσχατη περίπτωση της συμπίεστικής περικαρδίτιδας προχωρούμε σε αποφλοιώση.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ. Υποτροπές (20-30%), επιπωματισμός (15%, ειδικά μετά από χειρουργείο ή σε νεοπλάσματα), συμπίεστική περικαρδίτιδα.

ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΑΚΗ ΣΥΛΛΟΓΗ

Η κλινική έκφανση της νόσου ποικίλλει. Οι χρόνιες συλλογές, πέραν του εξαμήνου, συνήθως είναι καλά ανεκτές (ασυμπτωματικές!) ενώ οι συλλογές που αναπτύσσονται ραγδαία συνήθως καταλήγουν στον επιπωματισμό. Τα συμπτώματα εξαρτώνται από τον όγκο και τα χαρακτηριστικά του υγρού αλλά και από το ρυθμό ανάπτυξης του. Πιεστικά φαινόμενα αποτελούν η δυσφαγία (πίεση οισοφάγου), η δύσπνοια (πίεση βρόγχων-ατελεκτασία), ο μετεωρισμός κοιλιάς (πίεση σπλάγγνων), ο λόξυγγας (πίεση φρενικού νεύρου), το βράγχος φωνής (πίεση παλίνδρομου λαρυγγικού νεύρου).

Μεγάλες συλλογές προκαλούν η ουραιμία, το μυξοίδημα, η κακοήθεια, τα φάρμακα (προκαϊναμίδη, υδραλαζίνη) και οι επεμβάσεις στην καρδιά.

ΚΛΙΝΙΚΑ: Εξασθενημένοι τόνοι, σημείο Ewart (η πίεση της βάσης του αριστερού πνεύμονα από το περικάρδιο δημιουργεί υπαμβλύτητα και μείωση του ΑΨ κάτω από την γωνία της αριστερής ωμοπλάτης).

ΗΚΓ: Χαμηλά δυναμικά, ηλεκτρική εναλλαγή.

CXR: Μεγαλοκαρδία (σακούλα γιαουρτιού σε συλλογές > 250 ml), απουσία πνευμονικής συμφόρησης.

TTE: <1cm αντιστοιχεί σε μικρή συλλογή (<100ml) που μάλιστα εντοπίζεται μόνο στον οπίσθιο χώρο ενώ >2 cm σε μεγάλη συλλογή (>500ml). Για να εμφανιστεί υγρό στον πρόσθιο χώρο θα πρέπει η συλλογή να ξεπερνά τα 300ml.

Διαγνωστική περικαρδιοκέντηση μπορεί να γίνει σε υποψία κακοήθειας, φυματίωσης ή σε πυώδεις συλλογές. Η παροχέτευση του υγρού έχει ένδειξη μόνο στην περίπτωση του κλινικού επιπωματισμού αλλά και όταν ανιχνεύουμε ηχοκαρδιογραφικούς δείκτες επιπωματισμού (near tamponade physiology). Η παρακέντηση θεωρείται ασφαλής όταν η διάμετρος είναι πάνω από 2 cm. Τέλος δεν θα πρέπει να ξεχνάμε την "σχετική αντένδειξη" της χορήγησης των αντιπηκτικών σε μεγάλες συλλογές.

Κλωνάρης Ιωάννης, καρδιολόγος