

Όξεϊα περικαρδίτιδα:

Απαντήσεις σε δέκα καίρια έρωτήματα

☛ **Γεώργιος Αίμ. Λάζαρος**

Διευθυντής ΕΣΥ, Α΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, “Ιπποκράτειο” Γ.Ν.Α.

Δημήτριος Ζ. Ρίχτερ

Διευθυντής Β΄ Καρδιολογικής Κλινικής Εύρωκλινικής Αθηνών

Νικόλαος Α. Άλεξόπουλος

Καρδιολόγος, Β΄ Καρδιολογική Κλινική Εύρωκλινικής Αθηνών

Αίμιλία Γ. Λαζάρου

Ίατρος, Συνεργάτης Α΄ Πανεπιστημιακής Καρδιολογικής Κλινικής, “Ιπποκράτειο” Γ.Ν.Α.

Δημήτρης Μ. Τούσουλης

Καθηγητής Καρδιολογίας, Διευθυντής Α΄ Πανεπιστημιακής Καρδιολογικής Κλινικής, “Ιπποκράτειο” Γ.Ν.Α.

1. Πώς θα διαγνώσω την όξεϊα περικαρδίτιδα;¹

Η διάγνωση τής όξεϊας περικαρδίτιδας είναι κλινική και τίθεται όταν πληρούνται τουλάχιστον δύο από τα τέσσερα παρακάτω κριτήρια: α) θωρακικό άλγος, πού μοιάζει με τò ισχαιμικό, αλλά σε αντίθεση με αυτό επιδεινώνεται με τήν εισπνοή και τήν κατάκλιση και ύποχωρεί με τήν καθιστική θέση, β) παρουσία περικαρδιακού ήχου τριβής, γ) ένδεικτικό ήλεκτροκαρδιογράφημα, πού περιλαμβάνει, μεταξύ άλλων, διάχυτες ανασπάσεις του ST διαστήματος, με τò κοίλο πρòς τὰ πάνω χωρίς κατανομή άγγείου, κατάσπαση του PR διαστήματος στις ίδιες άπαγωγές, άπουσία εικόνας κατόπτρου, κατάσπαση του ST στην άπαγωγή aVR και άπουσία έπαρμάτων α, και δ) νεοεμφανιζόμενη ή αύξανόμενη σε ποσότητα περικαρδιακή συλλογή ύγρου. Η αύξηση τής CRP, λόγω τής χαμηλής της ειδικότητας, θεωρείται έπιβεβαιωτικό και όχι κύριο διαγνωστικό κριτήριο.

2. Έπιβάλλεται ή είσαγωγή στο νοσοκομείο τών άσθενών με όξεϊα περικαρδίτιδα;^{1,2}

Νοσηλεία άπαιτείται στις παρακάτω περιπτώσεις, οί όποιες συνδυάζοντα, βάσει μελετών και γνώμης ειδικών, με αύξημένα ποσοστά ένδονοσοκομειακών έπιπλοκών (έπιπωματισμός, άρρυθμίες) και ύπαρξη δευτεροπαθούς αίτίου (περικαρδίτιδα μη ιδιοπαθούς

αίτιολογίας, όφειλόμενη σε νεοπλάσματα, αυτοάνοσα νοσήματα, βακτηριακές μορφές περικαρδίτιδας κ.λπ.): ύψηλòς πυρετός, ύποξεϊα (άμβλυχρή) είσβολή συμπτωμάτων, μεγάλη περικαρδιακή συλλογή (>2 cm στη διαστολή σε όποιοδήποτε περικαρδιακό χώρο) με ή χωρίς κλινικές ή άπεικονιστικές ένδείξεις έπιπωματισμοϋ, μυοπερικαρδίτιδα (περικαρδίτιδα με αύξηση τροπονίνης), περικαρδίτιδα τραυματικής αίτιολογίας, άσθενείς με άνοσοκαταστολή (κυρίως HIV λοίμωξη) και, τέλος, περικαρδίτιδα σε άσθενείς πού λαμβάνουν χρονίως άντιπηκτικά. Άπό τò σύνολο τών άσθενών, πού προσέρχονται με όξεϊα περικαρδίτιδα, τò 20% περίπου πληροί τουλάχιστον ένα από τὰ παρακάτω κριτήρια και χρήζει νοσηλείας. Έπισημαίνεται, ότι άσθενείς πού δέν κρίθηκαν ύποψήφιοι για νοσηλεία θα πρέπει να έπανεκτιμώνται σε μία έβδομάδα και αν παραμένουν συμπτωματικοί ή/και δέν έμφανίζουν άξιόλογη μείωση τών δεικτών φλεγμονής, θα πρέπει σε αύτην τήν περίπτωση να είσάγονται για διερεύνηση.

3. Ποιά θα πρέπει να είναι ή διαγνωστική προσέγγιση άσθενών με όξεϊα περικαρδίτιδα;^{1,3}

Άσθενείς με πρώτο έπεισόδιο περικαρδίτιδας, χωρίς κάποιο από τὰ χαρακτηριστικά αύξημένου κινδύνου, πού περιγράφονται στην παραπάνω έρώτηση, έκτòς τής λεπτομεροϋς κλινικής εξέτασης και λήψης άτομικού

καὶ οἰκογενειακοῦ ἱστορικοῦ, θὰ πρέπει νὰ ὑποβάλλονται σὲ ἠλεκτροκαρδιογράφημα, ἀκτινογραφία θώρακος καὶ ἠχοκαρδιογράφημα καὶ βασικὸ αἱματολογικὸ ἔλεγχο, ὁ ὁποῖος περιλαμβάνει καὶ μέτρηση τροπονίνης καὶ CRP. Στους ἀσθενεῖς μὲ χαρακτηριστικὰ ὑψηλοῦ κινδύνου ὁ ἔλεγχος θὰ πρέπει νὰ εἶναι πρὸ ἐκτεταμένος καί, κατὰ περίπτωσιν, περιλαμβάνει ἐξετάσεις δευτέρου ἐπιπέδου, ὅπως ἀξονική τομογραφία θώρακος (καὶ ἐνίοτε κοιλίας), μαγνητική καρδιάς (σπάνια ἀπαιτεῖται), μαστογραφία στὶς γυναῖκες, δερμοαντίδραση Mantoux καὶ ἐπίσης γενικότερο αἱματολογικὸ ἔλεγχο (θυρεοειδικὲς ὁρμόνες, ἀντιπυρηνικὰ ἀντισώματα καί, κατὰ περίπτωσιν, καρκινικοὺς δείκτες). Ἐπισημαίνεται, ὅτι ὁ ἰολογικὸς ἔλεγχος δὲν συνιστᾶται, διότι ἐκτὸς τοῦ ὑψηλοῦ κόστους δὲν προσφέρει πληροφορίες ὡς πρὸς τὶς θεραπευτικὲς ἐπιλογὲς καὶ τὴν πρόγνωση τῶν ἀσθενῶν.

4. Γιὰ πόσο χρονικὸ διάστημα χορηγοῦνται τὰ μὴ στεροειδῆ ἀντιφλεγμονώδη (ΜΣΑΦ) σὲ ὀξεία περικαρδίτιδα; Ἀπαιτεῖται προοδευτικὴ ἀπομείωση (tapering) τῆς δόσης τους καὶ μὲ ποιοὺ πρωτόκολλο;^{1,4}

Τὰ ΜΣΑΦ, πού συχνότερα ἔχουν χρησιμοποιηθεῖ στὴν ὀξεία περικαρδίτιδα, εἶναι ἡ ἰβουπροφαίνη καὶ ἡ ἀσπιρίνη (ἡ ὁποία εἶναι τὸ φάρμακο ἐπιλογῆς σὲ ἀσθενεῖς μὲ στεφανιαία ἢ γενικότερα ἀθηρωματικὴ νόσο) καὶ σπανιότερα ἡ ναπροξένη καὶ ἡ ἰνδομεθακίνη (νὰ ἀποφεύγεται σὲ ἠλικιωμένους ἀσθενεῖς). Πρέπει νὰ ἐπιλέγεται ἡ μέγιστη ἀνεκτὴ δόση (συνήθως 600 mg x 3 γιὰ τὴν ἰβουπροφαίνη καὶ 1 gr x 3 γιὰ τὴν ἀσπιρίνη) πάντα μὲ συγχορήγηση ἀναστολέων ἀντλίας πρωτονίων. Συνήθως ἡ χορήγηση διαρκεῖ 7-10 ἡμέρες γιὰ τὸ ἀρχικὸ ἐπείσοδιο (πιθανῶς περισσότερο στὶς ὑποτροπές). Ἡ ἀπομείωση τῆς δόσης τῶν ΜΣΑΦ (καὶ ὄχι ἡ ἀπότομη διακοπὴ) ἀποτελεῖ κοινὴ πρακτικὴ, παρότι δὲν τεκμηριώνεται ἀπὸ σχετικὲς μελέτες. Πραγματοποιεῖται ἐφόσον ἡ τιμὴ τῆς CRP ἔχει ἐπιστρέψει στὰ φυσιολογικὰ ὅρια καὶ ὁ ἀσθενὴς εἶναι ἀσυμπτωματικὸς, διότι σὲ διαφορετικὴν περίπτωσιν ὁ κίνδυνος ὑποτροπῆς τριπλασιάζεται. Γιὰ τὴν ἰβουπροφαίνη, πού χρησιμοποιεῖται συχνότερα στὴν Ἑλλάδα, ἓνα ἐνδεικτικὸ σχῆμα tapering εἶναι τὸ παρακάτω: 400-600-600 mg γιὰ μίαν ἑβδομάδα/400-400-600 mg γιὰ μίαν ἑβδομάδα/400 x 3mg γιὰ μίαν ἑβδομάδα καὶ κατόπιν διακοπὴ. Περαιτέρω μείωση μὲ χορήγηση 2 ἢ 1 δισκίου ἡμερησίως δὲν συνιστᾶται, διότι δὲν

παρέχει 24ωρη κάλυψη.

5. Σὲ ποία ὑποομάδα ἀσθενῶν μὲ πρῶτο ἐπείσοδιο ὀξείας περικαρδίτιδας χορηγεῖται κολχικίνη;^{2,5}

Ἡ κολχικίνη, μὲ βάση τὰ νεότερα δεδομένα, χορηγεῖται σὲ ὅλους τοὺς ἀσθενεῖς μὲ πρῶτο ἐπείσοδιο ὀξείας περικαρδίτιδας. Εἶναι τὸ μόνον φάρμακο, τὸ ὁποῖο ἐπηρεάζει τὴ φυσικὴ πορεία τῆς νόσου, ὑποδιπλασιάζοντας τὶς ὑποτροπές της. Ἡ συνιστώμενη δόση εἶναι 0,5 mg x 2 γιὰ 3 μῆνες (στὶς ὑποτροπές γιὰ 6 μῆνες) χωρὶς δόση φόρτισης. Ἡ κολχικίνη εἶναι ἀσφαλὲς φάρμακο καὶ οἱ συχνότερες ἀνεπιθύμητες ἐνέργειες εἶναι ἡ διάρροια (8-15%) καὶ πολὺ σπανιότερα ἢ τρανσαμινασαιμία, ἡ ἀλωπεκία, ἡ μυοπάθεια (εἰδικὰ σὲ ἠλικιωμένους θὰ πρέπει νὰ χορηγεῖται μειωμένη δόση ἢ/καὶ νὰ μειώνεται κατὰ τὴν περίοδο συγχορήγησης ἢ δόση τῆς στατίνης) καὶ αἱματολογικὲς διαταραχές. Ἀντένδειξη ἀποτελεῖ ἡ σοβαρὴ ἡπατικὴ καὶ νεφρικὴ δυσλειτουργία καὶ ἡ κύηση-θηλασμός. Γιὰ τὴν ἀποφυγὴ ἀνεπιθύμητων ἐνεργειῶν σὲ ἄτομα ἠλικίας >70 ἐτῶν καὶ σὲ ἐκεῖνα μὲ σωματικὸ βᾶρος <70 κιλά γενικὰ συνιστᾶται ὑποδιπλασιασμός τῆς δόσης (0,5 mg x 1). Ἐπίσης, ἡ δόση θὰ πρέπει νὰ τροποποιεῖται (μειώνεται) σὲ ἀσθενεῖς μὲ χρόνια νεφρικὴ νόσο (σὲ κάθαρση κρεατινίνης 35-49 mL/min: 0,5 mg x 1 καὶ σὲ κάθαρση 10-34 mL/min 0,5mg κάθε 2 ἢ 3 ἡμέρες, ἐνῶ σὲ αἰμοκαθαιρόμενους ἀσθενεῖς χορηγεῖται πλήρης δόση). Ἐπισημαίνεται, ὅτι ἡ κολχικίνη ὡς μονοθεραπεία δὲν ἔχει λάβει ἐνδειξη σὲ κανένα περικαρδιακὸ σύνδρομο καὶ δὲν συνιστᾶται.

6. Πῶς θὰ ἀντιμετωπισθοῦν ἀσθενεῖς πού ἔχουν ἀντένδειξη στὰ ΜΣΑΦ ἢ δὲν ἀνταποκρίνονται ἰκανοποιητικὰ στὴ συγχορήγηση ΜΣΑΦ/κολχικίνης;^{2,4}

Ἀντένδειξη στὰ ΜΣΑΦ ἀποτελοῦν ἡ ἀλλεργία στὸ φάρμακο, τὸ ἐνεργὸ ἔλκος ἢ αἱμορραγία πεπτικοῦ, χρόνια νεφρικὴ νόσος μὲ κάθαρση κρεατινίνης <30 ml/min (30-50 ml/min εἶναι σχετικὴ ἀντένδειξη) καὶ ἡ κύηση μετὰ τὴν 20ῃ ἑβδομάδα. Στους ἀσθενεῖς πού δὲν ἀνταποκρίνονται κλινικὰ καὶ ἐργαστηριακὰ (μὲ ἐπιμένουσα αὔξηση CRP) μετὰ ἀπὸ χορήγηση 7-10 ἡμερῶν τῆς μέγιστης ἀνεκτῆς δόσης ΜΣΑΦ, ὀρισμένοι εἰδικοί συνιστοῦν τὴν ἀντικατάσταση τοῦ ΜΣΑΦ μὲ ἓνα διαφορετικὸ (π.χ. ἀντικατάσταση ἰβουπροφαίνης μὲ ἰνδομεθακίνη). Ἡ πιθανότητα ἐπιτυχίας μὲ αὐτὴ τὴν πρακτικὴ εἶναι χαμηλὴ, ὡστόσο μπορεῖ νὰ ἀποτελέσει μία δυναμικὴ ἐπιλογὴ εἰδικὰ σὲ νεότερους ἀσθενεῖς.

Η δεύτερη (και πιο συχνά επιλεγόμενη) πρακτική είναι η αντικατάσταση των ΜΣΑΦ με κορτικοστεροειδή. Η συνιστώμενη δόση είναι 0,2-0,5 mg ανά κιλό σωματικού βάρους ήμερησίως [π.χ. σε έναν ασθενή βάρους 70 κιλών χορηγούνται 14-35 mg πρεδνιζόνης ή πρεδνιζολόνης (Predzolon)]. Οι αντίστοιχες δόσεις για τη μεθυλπρεδνιζολόνη (medrol) είναι 12-28 mg. Έξ αρχής χορηγούνται κορτικοστεροειδή σε ασθενείς με έντενδείξεις στα ΜΣΑΦ (όπως περιγράφονται παραπάνω), σε αυτοάνοσα νοσήματα, που ούτως ή άλλως έχει ένδειξη ή χορήγησή τους, και πιθανά σε ασθενείς που λαμβάνουν αντιπηκτικά. Εφόσον ή CRP επανέλθει στα φυσιολογικά όρια, συνιστάται απομείωση στις δόσεις κατά 2,5 (predzolon) ή 2 (medrol) κάθε 10-14 ημέρες και πιθανώς ακόμη πιο προσοδευτικά στις χαμηλότερες δόσεις (<7,5-8 mg). Επί ύποτροπής συνιστάται αύξηση της δόσης στην αμέσως υψηλότερη αποτελεσματική ή ή προσθήκη ΜΣΑΦ (τριπλή αγωγή με κορτιζόνη, ΜΣΑΦ και κολχικίνη). Συμπλήρωμα ασβεστίου και βιταμίνης D3 και, κατά περίπτωση, διφωσφονικά φάρμακα σε άτομα υψηλού κινδύνου για οστεοπόρωση θα πρέπει να χορηγούνται όσο διαρκεί ή χορήγηση κορτικοστεροειδών.

7. Πόσο συχνή είναι η περικαρδιακή συλλογή και σε ποιούς ασθενείς έχει ένδειξη ή περικαρδιοκέντηση;^{2,6,7}

Περικαρδιακή συλλογή παρατηρείται στο ~60% των ασθενών με όξινα περικαρδίτιδα. Στο 80% των περιπτώσεων ή συλλογή είναι μικρή (διάμετρος <1 cm στη διαστολή), στο 10% μέτρια (>1 και <2 cm) και στο 10% μεγάλη (>2 cm). Απόλυτες ένδειξεις για περικαρδιοκέντηση αποτελούν ο καρδιακός έπιπωματισμός καθώς και ή υπόνοια νεοπλασματικής ή/και βακτηριακής (πυώδους ή φυματιώδους) περικαρδίτιδας (στις δύο τελευταίες ή ανάλυση του περικαρδιακού υγρού θα δώσει πολύτιμες διαγνωστικές και θεραπευτικές κατευθύνσεις). Η περικαρδιοκέντηση θα πρέπει να πραγματοποιείται πάντα υπό ήχοκαρδιογραφική καθοδήγηση, για την αποφυγή έπιπλοκων (περιγράφονται σε ποσοστό 4-10%), και ο καθετήρας περικαρδιοκέντησης θα πρέπει να παραμένει στην περικαρδιακή κοιλότητα, μέχρις ή ποσότητα του παροχετευόμενου υγρού να περιοριστεί σε λιγότερο από 30-50 ml ήμερησίως. Στις ιδιοπαθείς μορφές ή θεραπεία της περικαρδίτιδας με έπιπωματισμό δεν διαφέρει από εκείνη της περικαρδίτιδας χωρίς έπιπωματισμό

(ή χωρίς περικαρδιακή συλλογή), ενώ εάν από τον έλεγχο αναδειχθεί κάποιο δευτεροπαθές αίτιο, τότε ή θεραπεία θα πρέπει να στοχεύει στο υπεύθυνο αίτιο. Επισημαίνεται, ότι στο 50-60% των περιπτώσεων ή μεγάλη περικαρδιακή συλλογή όφειλεται σε κάποιο δευτεροπαθές αίτιο, το οποίο θα πρέπει να εντοπισθεί και να θεραπευθεί.

8. Ποιά είναι ή πρόγνωση της όξινης περικαρδίτιδας;^{1,8,9}

Στις ιδιοπαθείς μορφές, που αντιπροσωπεύουν το ~85% των περιπτώσεων όξινης περικαρδίτιδας στο Δυτικό κόσμο (στις αναπτυσσόμενες χώρες αντίθετα το συχνότερο αίτιο είναι ή φυματιώδης περικαρδίτιδα), ή πρόγνωση είναι άριστη. Να σημειωθεί, ότι ο όρος ιδιοπαθής περικαρδίτιδα πρακτικά ταυτίζεται με την ίογενή περικαρδίτιδα. Κλινικά έκδηλη ίογενής συνδρομή, κατά τον προηγούμενο μήνα από την εμφάνιση όξινης περικαρδίτιδας, περιγράφεται στο ~40% των περιπτώσεων. Πιστεύεται ότι ή ίογενής συνδρομή πυροδοτεί τον ανοσολογικό μηχανισμό που εθύνεται για την εκδήλωση περικαρδίτιδας, ώστόσο στή φάση της κλινικής εκδήλωσης της περικαρδίτιδας ή ίογενής συνδρομή δεν είναι πλέον ανιχνεύσιμη με τις κοινές όρολογικές εξετάσεις και άπλά πιθανολογείται. Σχετικά με τις έπιπλοκές, ή ύποτροπιάζουσα περικαρδίτιδα είναι ή συχνότερη έπιπλοκή της όξινης περικαρδίτιδας και παρατηρείται στο 15-30% των περιπτώσεων, με τα χαμηλότερα ποσοστά να περιγράφονται στους ασθενείς που λαμβάνουν κολχικίνη. Έπιπωματισμός παρατηρείται στο 1,2% των περιπτώσεων και χρόνια συμπίεστική περικαρδίτιδα σε ποσοστό 0,5%. Στις δευτεροπαθείς μορφές περικαρδίτιδας ή πρόγνωση εξαρτάται από το υποκείμενο αίτιο (κακοήθεια, αυτόάνοσο νόσημα, σύνδρομο μετά περικαρδιοτομή κ.λπ.). Δυσμενέστερη πρόγνωση εμφανίζει ή νεοπλασματική περικαρδίτιδα, με έπινέμεση του όγκου στο περικάρδιο (συχνότερα σε όγκους πνεύμονα και μαστού), όπως αυτή τεκμηριώνεται από το συνδυασμό άπεικονιστικών τεχνικών (CT/MRI/PET-CT) και κυτταρολογικής εξέτασης του περικαρδιακού υγρού. Σε αυτές τις περιπτώσεις, ή έπιβίωση συνήθως δεν υπερβαίνει το ένα έτος. Όστόσο, περικαρδιακή συλλογή (με ή χωρίς φλεγμονή, δηλαδή περικαρδίτιδα) σε ασθενή με καρκίνο δεν ίσοδυναμεί εκ των προτέρων με έπινέμεση του όγκου στο περικάρδιο. Έναλλακτικά αίτια στους ασθενείς αυτούς είναι ή ίογενής περικαρδίτιδα (συχνή

στά πλαίσια της υποκείμενης ανοσοκαταστολής), ή ακτινοθεραπεία, ή χημειοθεραπεία και σπανιότερα το παρανεοπλασματικό σύνδρομο.

9. Ποιά είναι η διαχείριση ασθενών με όξεια μυοπερικαρδίτιδα;¹

Μυοπερικαρδίτιδα ορίζεται η φλεγμονώδης προσβολή του περικαρδίου, που συνοδεύεται από αύξηση των τιμών τροπονίνης, χωρίς ωστόσο ανιχνεύσιμη έκπτωση του κλάσματος έξωθήσεως ή εμφάνιση περιτοχικών υποκινησιών στην ήχοκαρδιογραφική μελέτη. Όπως προαναφέρθηκε, οι ασθενείς αυτοί θα πρέπει να εισάγονται στο νοσοκομείο για παρακολούθηση κυρίως για τη διάγνωση και αντιμετώπιση άρρυθμιών, οι οποίες είναι αρκετά συχνές σε αυτή την οντότητα. Θεραπευτικά η μυοπερικαρδίτιδα αντιμετωπίζεται όπως η ιδιοπαθής περικαρδίτιδα. Ωστόσο, επειδή από πειραματικά μοντέλα έχει περιγραφεί αύξηση μυοκαρδιακής νέκρωσης με τη χορήγηση ΜΣΑΦ, τα τελευταία θα πρέπει να χορηγούνται στις χαμηλότερες αποτελεσματικές δόσεις και για το συντομότερο δυνατό χρονικό διάστημα, στοχεύοντας στον έλεγχο του θωρακικού άλγους. Επίσης, η χορήγηση κολχικίνης δεν έχει μελετηθεί σε αυτή την οντότητα και έπομένως η χορήγησή της είναι εμπειρική. Η μυοπερικαρδίτιδα είναι μία από τις περιπτώσεις στην οποία συνιστάται μαγνητική τομογραφία καρδιάς, για να τεκμηριωθεί και να ποσοτικοποιηθεί ο βαθμός μυοκαρδιακής προσβολής. Η μακροχρόνια πρόγνωση των ασθενών με μυοπερικαρδίτιδα δεν φαίνεται να διαφέρει από εκείνη της όξειας ιδιοπαθοῦς περικαρδίτιδας. Τέλος,

ή συμμετοχή του περικαρδίου (με ή χωρίς συλλογή υγρού) σε ασθενείς με μυοκαρδίτιδα χαρακτηρίζεται ως μυοκαρδίτιδα και θα πρέπει να αντιμετωπίζεται σύμφωνα με τα ισχύοντα για την όξεια μυοκαρδίτιδα.

10. Ποιές είναι οι συστάσεις σχετικά με την άσκηση των ασθενών με όξεια περικαρδίτιδα;^{1,10}

Στην όξεια φάση της περικαρδίτιδας απαιτείται ανάπαυση και άποχή από αθλητικές δραστηριότητες. Με την ανάπαυση αποφεύγεται η αύξηση της καρδιακής συχνότητας και, κατά συνέπεια, η τριβή των περικαρδιακών πετάλων που φλεγμαίνουν. Η ανάπαυση θα πρέπει να παρατείνεται μέχρις ότου τα συμπτώματα υποχωρήσουν (πυρετός, θωρακικός πόνος, κακουχία) και οι δείκτες φλεγμονής υποχωρήσουν στα φυσιολογικά όρια, όποτε και ο ασθενής μπορεί να επιστρέψει στις καθημερινές του δραστηριότητες. Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Έταιρίας, επιστροφή στις αθλητικές δραστηριότητες (ανταγωνιστικές ή μη) επιτρέπεται 3 μήνες μετά την αποθεραπεία από το όξύ επεισόδιο. Στην μυοπερικαρδίτιδα το αντίστοιχο χρονικό διάστημα επεκτείνεται στους 6 μήνες. Οι θεράποντες θα πρέπει ωστόσο να έχουν υπ' όψιν, ότι ύπαρκτος κίνδυνος υποτροπής ύφίσταται στους επόμενους 18-24 μήνες του επεισοδίου και για το συγκεκριμένο χρονικό διάστημα απαιτείται κλινική έγρηγορη και παρακολούθηση. Η παρουσία χρόνιας ιδιοπαθοῦς μικρής περικαρδιακής συλλογής (χωρίς κλινικές και εργαστηριακές ενδείξεις περικαρδίτιδας) δεν αποτελεί αίτιο άποχης από αθλητικές δραστηριότητες. ■

► ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Adler Y, Charron P, Imazio M, et al. Guidelines for the diagnosis and management of pericardial diseases. *Eur Heart J* 2015;36:2921-2964.
2. Lazaros G, Imazio M, Brucato A, Tousoulis D. Untying the Gordian knot of pericardial diseases: A pragmatic approach Hellenic J *Cardiol* 2016;57:315-322.
3. Imazio M, Spodick DH, Brucato A, Trinchero R, Adler Y. Controversial issues in the management of pericardial diseases. *Circulation* 2010;21:916-928.
4. LeWinter MM. Clinical practice. Acute pericarditis. *N Engl J Med* 2014;371:2410-2416.
5. Imazio M, Brucato A, Trinchero R, Spodick D, Adler Y. Colchicine for pericarditis: hype or hope? *Eur Heart J* 2009;30:532-539.
6. Imazio M, Gaita F, LeWinter M. Evaluation and Treatment of Pericarditis: A Systematic Review. *JAMA* 2015;314:1498-1506.
7. Imazio M, Gaita F. Diagnosis and treatment of pericarditis. *Heart* 2015 101:1159-1168.
8. Imazio M, Brucato A, Maestroni S, et al. Risk of constrictive pericarditis after acute pericarditis. *Circulation* 2011;124:1270-1275.
9. Rey F, Delhumeau-Cartier C, Meyer P, Genne D. Is acute idiopathic pericarditis associated with recent upper respiratory tract infection or gastroenteritis? A case-control study. *BMJ Open* 2015;5:e009141.
10. Pelliccia A, Solberg EE, Papadakis M, et al. Recommendations for participation in competitive and leisure time sport in athletes with cardiomyopathies, myocarditis, and pericarditis: position statement of the Sport Cardiology Section of the European Association of Preventive Cardiology (EAPC). *Eur Heart J*. 2018 Dec 14. doi: 10.1093/eurheartj/ehy730.