

Συμφυτική περικαρδίτιδα: Μία πρόκληση για τον καρδιολόγο αλλά και για τον καρδιοχειρουργό

↔ **Χρήστος Ε. Καΐρης**

Καρδιολόγος, Δράμα

Εμμανουήλ Ν. Κακουδάκης

Καρδιολόγος, Διευθυντής Καρδιολογικού Τμήματος ΕΣΥ, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

Δημήτριος Αθ. Μικρούλης

Καθηγητής Καρδιοχειρουργικής, Διευθυντής Χειρουργικής Κλινικής Καρδιάς-Θώρακα, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

Λάμπρος Κ. Μόσιαλος

Επεμβατικός Καρδιολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Β' Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Θ. "Παπαγεωργίου"

Χρήστος Δ. Πετρίδης

Ακτινολόγος, Δράμα

Βασίλειος Μ. Σαχπεκίδης

Καρδιολόγος, Επιμελητής Α', Β' Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Θ. "Παπαγεωργίου"

Βασίλειος Σπ. Τσαλκάνης

Καρδιολόγος, Επιμελητής Β', Καρδιολογικό Τμήμα ΕΣΥ, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

Ασθενής, 50 ετών, προσήλθε λόγω δύσπνοιας και οιδημάτων κάτω άκρων. Το ιστορικό της ασθενούς είναι πλούσιο και περιλαμβάνει ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία, σε ηλικία 23 ετών, λόγω Hodgkin λεμφώματος. Το 2017 υποβλήθηκε σε εγχείρηση αντικατάστασης αορτικής και μιτροειδούς βαλβίδας με μεταλλικές προσθετικές βαλβίδες. Στα πλαίσια προεγχειρητικού ελέγχου υποβλήθηκε σε στεφανιογραφία, που ανέδειξε φυσιολογικά αγγεία. Την ίδια χρονιά εμφυτεύτηκε μόνιμος βηματοδότης, λόγω συγκοπτικών επεισοδίων, επί εδάφους διδεσμιδικού αποκλεισμού με συνοδό φλεβοκομβική βραδυκαρδία στο Holter ρυθμού.

Κατά την κλινική εξέταση η ασθενής ήταν απύρετη, με αρτηριακή πίεση 120/80mmHg, ενώ ήταν ιδιαίτερα εμφανή τα οιδήματα κάτω άκρων, παρά την τακτική λήψη 80 mgf φουροσεμίδης. Επίσης, παρουσίαζε ασκίτη, και στην ακτινογραφία θώρακος είχε πλευριτική συλλογή. Η φαρμακευτική αγωγή περιελάμβανε φουροσεμίδα, ασενοκουμαρόλη και διλτιαζέμη (INR=3,2).

Το ΗΚΓ ανέδειξε κοιλιακή μαρμαρυγή με καλή κοιλιακή ανταπόκριση και εικόνα αποκλεισμού δεξιού σκέλους.

Ο ηχοκαρδιογραφικός έλεγχος ανέδειξε αριστερή κοιλία φυσιολογικών διαστάσεων, με καλή

συνολική συσταλτικότητα (LV= 45mm - EF=65%, βλ. Εικόνα 1). Οι προσθετικές βαλβίδες είχαν καλή λειτουργικότητα, χωρίς παραβαλβιδική διαφυγή (βλ. Εικόνες 2,3). Από το ιστικό Doppler του μιτροειδικού δακτυλίου τα κύματα τα Ε΄ και Α΄ ήταν εντός φυσιολογικών ορίων. (Ε΄=10 cm/sec).

Η δεξιά κοιλία ήταν φυσιολογικών διαστάσεων, με καλή συστολική απόδοση (RV= 34mm -FAC=38%, βλ. Εικόνα 4). Αξίζει να σημειωθεί, ότι οι δείκτες TAPSE και κύμα S, στο ιστικό Doppler του τριγωνικού δακτυλίου, είχαν παθολογικές τιμές λόγω του χειρουργείου καρδιάς το 2017.

Δεν μετρήθηκε πνευμονική υπέρταση (TR Vmax= 2,8m/sec- RVSP=43mmHg (βλ. Εικόνα 5), ωστόσο υπήρχε διάταση των ηπατικών φλεβών και αναστροφή ροής (βλ. Εικόνα 6).

Επίσης υπήρχε διάταση της κάτω κοίλης φλέβας, χωρίς αναπνευστική διακύμανση (βλ. Εικόνα 7) και το περικάρδιο είχε ιδιαίτερα αυξημένη ηχογένεια (λαμπυρίζον περικάρδιο).

Εν συνεχεία η ασθενής υποβλήθηκε σε διοισοφάγειο ηχοκαρδιογραφία, που επιβεβαίωσε τα ευρήματα της διαθωρακικής μελέτης.

Η αναστροφή ροής στις ηπατικές φλέβες παρατηρείται συνηθέστερα σε δυο καταστάσεις:

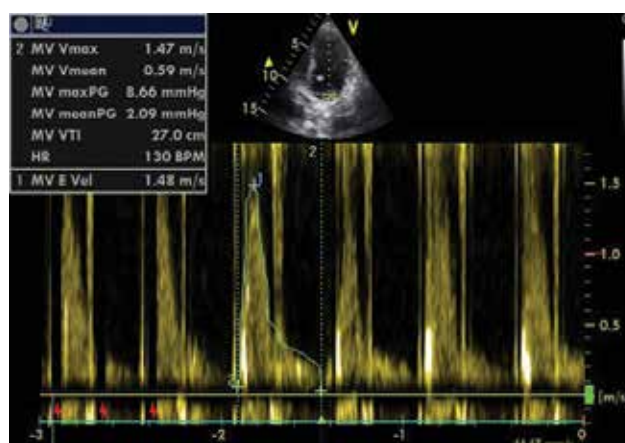
- σε σοβαρή ανεπάρκεια τριγλώχινας βαλβίδας (TV),
- σε συμφυτική περικαρδίτιδα.

Δεδομένου ότι η ασθενής δεν εμφάνιζε σοβαρή ανεπάρκεια TV και δεν καταγράφεται πνευμονική υπέρταση, τέθηκε η υπόνοια της συμφυτικής περικαρδίτιδας. Η σκέψη του Καρδιολόγου κατευθύνεται προς τη συμφυτική περικαρδίτιδα, λαμβάνοντας υπόψιν και το ιστορικό της ασθενούς (προηγούμενη ακτινοθεραπεία και χειρουργείο καρδιάς).

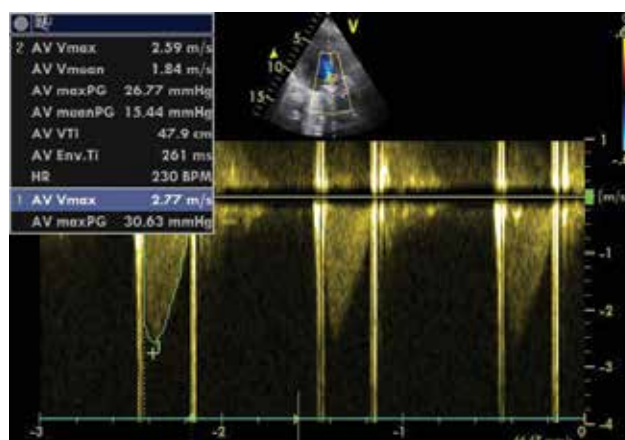
Επισημαίνεται ότι απουσίαζε το χαρακτηριστικό υπερηχογραφικό εύρημα bounce, δηλαδή η διαστολική αναπήδηση του μεσοκοιλιακού διαφράγματος (IVS), αλλά ας μη λησμονούμε ότι πρόκειται για μία ασθενή που ήδη έχει παράδοξη κίνηση IVS, λόγω του προηγούμενου χειρουργείου και του αποκλεισμού δεξιού σκέλους. Ωστόσο καταγράφηκε αναπνευστική διακύμανση > 25 %, ιδίως στη διατριγωνική ροή (βλ. Εικόνα 8). Λόγω της ύπαρξης μόνιμου βηματοδότη δεν κατέστη εφικτή



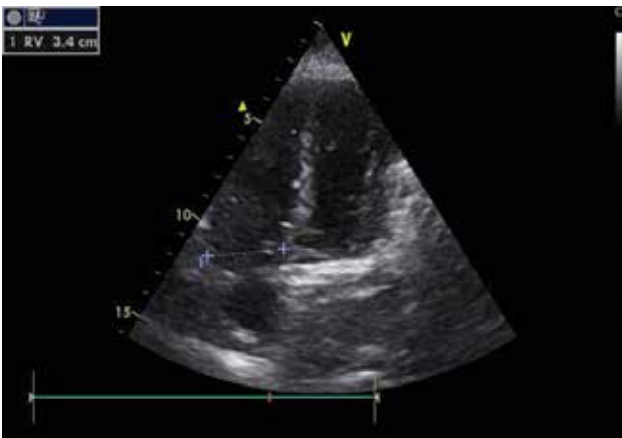
Εικόνα 1



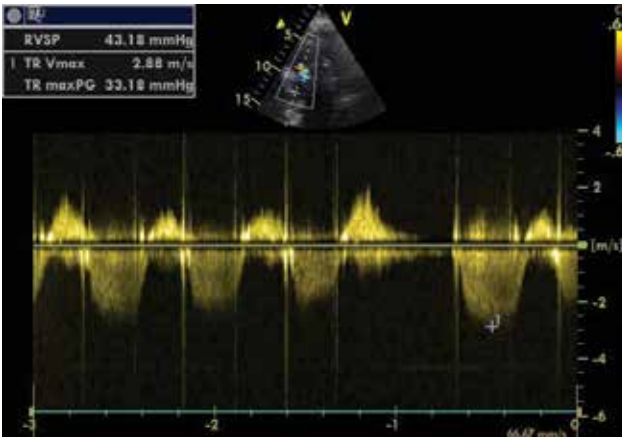
Εικόνα 2



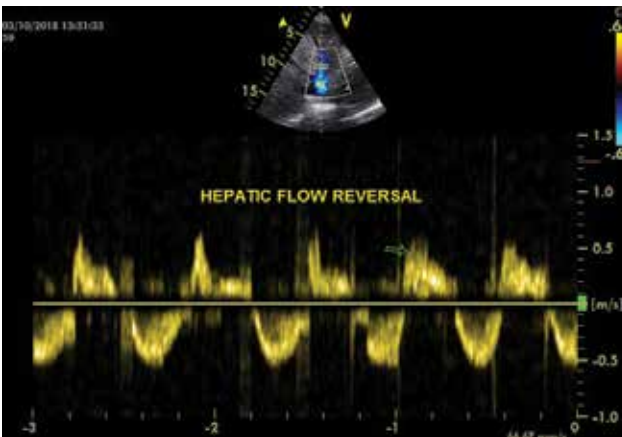
Εικόνα 3



Εικόνα 4



Εικόνα 5



Εικόνα 6

η μαγνητική τομογραφία καρδιάς.

Ακολούθως διενεργήθηκε αξονική τομογραφία θώρακος, στην οποία φάνηκε η κατά τόπους πάχυνση του περικαρδίου αλλά και του υπεζωκότα (βλ. Εικόνα 9 - τα βέλη αντιστοιχούν στις περιοχές πάχυνσης του περικαρδίου). Η αξονική τομογραφία κοιλίας επιβεβαίωσε την ύπαρξη ασκίτικης συλλογής, ενώ απέκλεισε την παρουσία όγκου που πιέζει την κάτω κοίλη φλέβα. Επίσης περιγράφεται απουσία διογκωμένων λεμφαδένων στο μεσοθωράκιο και στην κοιλιακή χώρα. Η γενική αίματος και ο βιοχημικός έλεγχος (ουρία, κρεατινίνη, λευκώματα ορού, γενική ούρων) ήταν εντός φυσιολογικών ορίων, κατά συνέπεια αποκλείστηκε τόσο το νεφρωσικό σύνδρομο όσο και η πρωτοπαθής κίρρωση ήπατος. Η κυτταρολογική ανάλυση του ασκίτικου υγρού ήταν αρνητική για κακοήθεια, ενώ από τη βιοχημική ανάλυση προέκυψε διϊδρωμα.

Εν συνεχεία η ασθενής υποβλήθηκε σε δεξιό καθετηριασμό:

- Η πίεση στην πνευμονική αρτηρία μετρήθηκε στα 35 mmHg (βλ. Εικόνα 10).

- Στη δεξιά κοιλία καταγράφεται το σημείο της τετραγωνικής ρίζας, ενδεικτικό της εξίσωσης της τελεοδιαστολικής πίεσης της δεξιάς κοιλίας και της αριστερής κοιλίας (βλ. Εικόνα 11).

- Στο δεξιό κόλπο καταγράφεται βαθύ γ. Τονίζεται ότι επί φλεβοκομβικού ρυθμού σε συμφυτική περικαρδίτιδα καταγράφεται βαθύ κύμα x και βαθύ κύμα γ (Εικόνα M ή W), ωστόσο επί κολπικής μαρμαρυγής καταργείται το κύμα x και παραμένει μόνο το κύμα γ (βλ. Εικόνα 12).

Λόγω της ύπαρξης μεταλλικής προσθετικής βαλβίδας στην αορτική βαλβίδα, δεν κατέστη εφικτός ο αριστερός καθετηριασμός. Επομένως και τα ευρήματα του καθετηριασμού συνηγορούν υπέρ της συμφυτικής περικαρδίτιδας. Στα ήδη υπάρχοντα δεδομένα έρχεται να προστεθεί η παρατήρηση των Καρδιοχειρουργών για το πεπαχυμένο περικάρδιο, κατά τη διένεργεια του χειρουργείου το 2017.

Τελικά η ασθενής παραπέμφθηκε για περικαρδιοεκτομή και διεγχειρητικά επιβεβαιώθηκε η διάγνωση.

Από τα παραπάνω γίνεται αντιληπτό, ότι η διάγνωση της συμφυτικής περικαρδίτιδας δεν βασίζεται σε ένα μόνο παθολογιομονικό εύρημα, αλλά σε

ένα συνδυασμό κλινικών σημείων και διαγνωστικών ευρημάτων. Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρείας (ESC-2015) η διάγνωση βασίζεται:

- Στην κλινική εικόνα της δεξιάς καρδιακής ανεπάρκειας, δηλ. οιδήματα κάτω άκρων, πλευριτική συλλογή, ασκίτης, πατομεγαλία, αύξηση πίεσης στις σφαγίτιδες σε βαθειά εισπνοή (σημείο Kussmaul), καθώς και ο παράδοξος σφυγμός (πτώση της αρτηριακής πίεσης άνω 10 mmHg στη βαθειά εισπνοή).

- Στην επηρεασμένη διαστολική πίεση πλήρωσης, που καταδεικνύεται είτε με απεικονιστικές τεχνικές, όπως η ηχοκαρδιογραφία, η αξονική τομογραφία καρδιάς, η μαγνητική τομογραφία καρδιάς είτε με καρδιακό καθετηριασμό, όταν οι μη -επεμβατικές τεχνικές δεν είναι διαγνωστικές (ένδειξη I).

Υπογραμμίζεται ότι:

- Στην ηχοκαρδιογραφία ένα λαμπυρίζον περικάρδιο δεν σημαίνει απαραίτητα συμφυτική περικαρδίτιδα.

- Τα τελευταία χρόνια αναγνωρίζονται ολοένα και περισσότερες περιπτώσεις ασθενών με περικάρδιο όχι ιδιαίτερα πεπαχυσμένο, που πάσχουν από συμφυτική περικαρδίτιδα.

Τα συνηθέστερα αίτια στις ανεπτυγμένες χώρες είναι:

- Ιδιοπαθής ή ιογενής (42-49%).

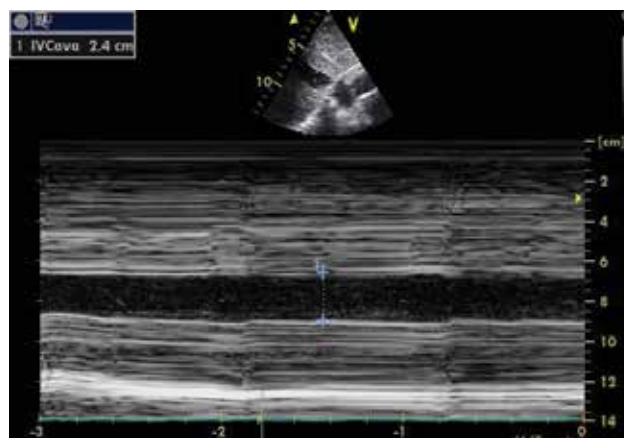
- Μετά από ακτινοβολία για κακοήθειες, συνηθέστερα για καρκίνο του μαστού και νόσο Hodgkin (9-31%).

Στις αναπτυσσόμενες χώρες σημαντικός αριθμός των ασθενών πάσχει λόγω φυματίωσης.

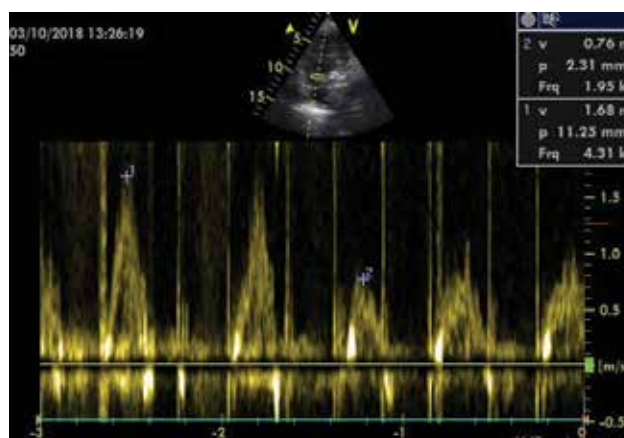
Η θεραπεία συνίσταται στη χειρουργική αποφλοίωση του περικαρδίου (περικαρδιοεκτομή -ένδειξη I ESC 2015), ενώ ένας μικρός αριθμός ασθενών με αιφνίδια συμφυτική περικαρδίτιδα προσφάτου ενάρξεως θα ανταποκριθεί στη χορήγηση κορτικοστεροειδών για τρεις μήνες (ένδειξη IIb -ESC 2015).

Το χειρουργείο έχει σημαντική περιεγχειρητική θνητότητα περί 6-12% και αυξάνεται γεωμετρικά στους ασθενείς τελικού σταδίου, που παρουσιάζουν καρδιακή καχεξία, χαμηλό όγκο παλμού (καρδιακός δείκτης <1,2 l/m²/min), υποπρωτεϊναιμία ή διαταραγμένη ηπατική λειτουργία λόγω ηπατικής συμφόρησης.

Ειδικά στους ασθενείς με φυματιώδους αι-



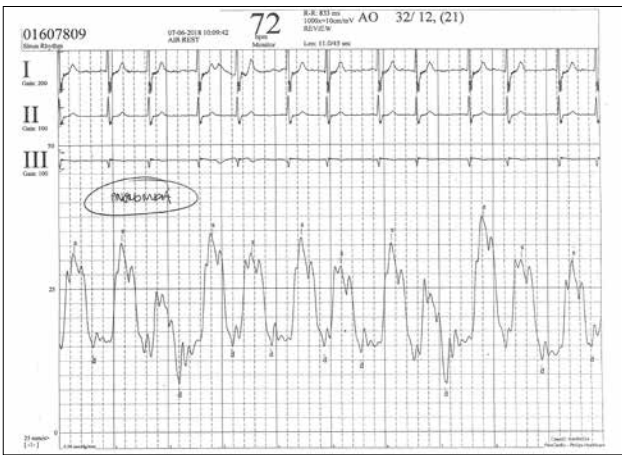
Εικόνα 7



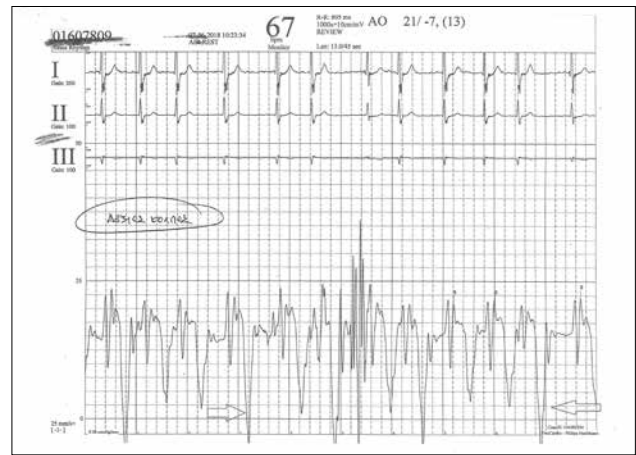
Εικόνα 8



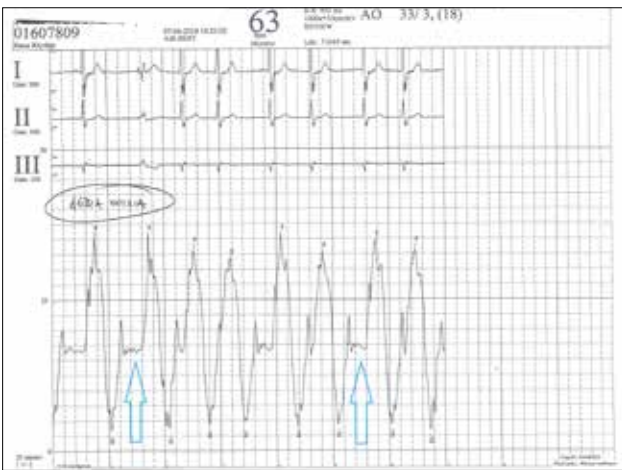
Εικόνα 9



Εικόνα 10



Εικόνα 12



Εικόνα 11

τιολογίας συμφυτική περικαρδίτιδα συνιστάται η χορήγηση αντιφυματικής αγωγής για 6 μήνες, ενώ η περικαρδιεκτομή επιφυλλάσσεται για τους ασθενείς που δεν βελτιώνονται μετά από 8 εβδομάδες θεραπείας. Στην εικόνα 13 παρατίθεται ο προτεινόμενος διαγνωστικός αλγόριθμος της συμφυτικής περικαρδίτιδας.

Ολοκληρώνοντας, η συμφυτική περικαρδίτιδα αποτελεί μία πρόκληση τόσο για τον Καρδιολόγο, που θα πρέπει να θέσει εγκαίρως τη διάγνωση, αλλά και για τον Καρδιοχειρουργό που θα κληθεί να φέρει εις πέρας ένα χειρουργείο με μεγάλη περιεγχειρητική θνητότητα. ■

Εικόνα 13

