

# στην Ελλάδα ...και τον κοσμο

## Μυοκαρδίτις.

Γεώργιος Λάζαρος, Καρδιολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, "Ιπποκράτειο" Γ.Ν.Α.

Μυοκαρδίτις ονομάζεται ή φλεγμονή της καρδιάς, που οφείλεται σε λοιμώξεις ή μη λοιμώδεις παράγοντες. Όσο πιο μεταξὺ τῶν διαφόρων πιθανῶν αἰτιῶν μυοκαρδίτιδας οἱ ἰογενεῖς λοιμώξεις, ὅπως ἐκεῖνες ἀπὸ τὸ Coxsackie, ἀδενοϊοῦ, ἐρπητιοῦ κ.ἄ., ἀποτελοῦν μὲ διαφορά τὸ συχνότερο αἷτιο. Ἀπὸ τὰ μὴ λοιμώδη αἷτια, συχνότερες αἷτιες μυοκαρδίτιδος εἶναι μεταξὺ ἄλλων τὰ αὐτοάνοσα νοσήματα, ὅπως ὁ συστηματικὸς ἐρυθρηματώδης λύκος καὶ ἡ ρευματοειδὴς ἀρθρίτις. Ἐπίσης αἷτια μυοκαρδίτιδος μπορεῖ νὰ εἶναι ἀλλεργικὲς ἢ τοξικὲς ἀντιδράσεις σὲ διάφορα φάρμακα, ὅπως ἐκεῖνα ποὺ χορηγοῦνται γιὰ τὴν θεραπεία σὲ κακοήθη ὄγκο, τὰ ναρκωτικὰ π.χ. κοκαΐνη καί, τέλος, μπορεῖ νὰ οφείλεται σὲ δηλητήρια, ὅπως ἐκεῖνα τῶν φιδιῶν, σκορπιοῦ κ.λπ.

Ἡ κλινικὴ εἰκόνα τῆς μυοκαρδίτιδος περιλαμβάνει εὐρύτατο φάσμα ἐκδηλώσεων. Στὸ ἕνα ἄκρο μπορεῖ νὰ εἶναι ἥπια προσβολὴ μὲ ἐλάχιστα ἢ καθόλου συμπτώματα καὶ στὸ ἄλλο ἄκρο κεραυνοβόλες μορφές, ποὺ ἐξελίσσονται ταχύτατα σὲ ὀξεῖα καρδιακὴ ἀνεπάρκεια, ἐνίοτε ἀνθεκτικὴ στὴν θεραπεία μὲ συχνὴ ἐμφάνιση αἰφνίδιου καρδιακοῦ θανάτου. Ἐπίσης, σὲ κάποιες ἀτυχεσ περιπτώσεις ἡ κλινικὴ εἰκόνα μπορεῖ νὰ ἀποτελέσει τὴν ἀρχικὴ καὶ συνάμα τελικὴ ἐκδήλωση τῆς νόσου. Συνήθως ἐπὶ ἡμέρες ἢ καὶ ἐβδομάδες περιγράφονται πρόδρομα συμπτώματα ἀπὸ τὸ ἀναπνευστικὸ, ὅπως πυρετός, βήχας, πονόλαιμος ἢ ἀπὸ τὸ γαστρεντερικὸ μὲ πόνο στὴν κοιλία, διάρροια καὶ ἐμέτους, ποὺ ἀποδίδονται στὴν ἀρχικὴ ἰογενὴ προσβολή, πρὶν ἀπὸ τὴν ἐμφάνιση καρδιακῶν συμπτῶματων. Σὲ προσβολὴ τῆς καρδιάς οφείλονται ὁ θωρακικὸς πόνος, ποὺ συχνὰ εἶναι παρόμοιος μὲ ἐκεῖνον τῆς ἰσχαιμίας-ἐμφράγματος τοῦ μυοκαρδίου. Συγκεκριμένα μπορεῖ νὰ ὑπάρχει πόνος πίσω ἀπὸ τὸ στέρνο ἢ στὸ ἀριστερὸ ἡμικράκιο μὲ ἀντανάκλαση ἐνίοτε παρόμοια μὲ ἐκεῖνὴ τοῦ ὀξέος ἐμφράγματος, πρὸς τὰ ἄνω ἄκρα, ράχη, τράχηλο. Σὲ κάποιες ἄλλες περιπτώσεις κυριαρχοῦν συμπτώματα, παρόμοια μὲ ἐκεῖνα τῆς καρδιακῆς ἀνεπάρκειας, ὅπως δύσπνοια στὴν προσπάθεια, ἀδυναμία, εὐκόλη

κόπωση καὶ ταχυκαρδία. Σὲ σοβαρότερες περιπτώσεις ὁ ἀσθενὴς μπορεῖ νὰ ἔχει δύσπνοια στὴν ἐλάχιστη προσπάθεια ἢ καὶ σὲ ἡρεμία μὲ ἀδυναμία κατάκλισης καὶ οἰδήματα κάτω ἄκρων. Τέλος, ὁ πάσχων ἔχει ἀρρυθμίες - φερουγίσματα στὸ θώρακα, ἀρτηριακὴ ὑπόταση καὶ μπορεῖ νὰ καταλήξει μὲ συγκοπή. Σὲ ὀρισμένες περιπτώσεις, ἐκτὸς ἀπὸ τὴ φλεγμονὴ τοῦ μυοκαρδίου, συνυπάρχει καὶ φλεγμονὴ τοῦ περικαρδίου (μυοπερικαρδίτιδα). Τότε ὁ θωρακικὸς πόνος μπορεῖ νὰ ἐπιδεινώνεται μὲ τὴν εἰσπνοὴ καὶ τὴν κατάκλιση καὶ ὁ πάσχων νὰ αἰσθάνεται καλύτερα σὲ καθιστὴ θέση μὲ κλίση τοῦ σώματος πρὸς τὰ ἐμπρός.

Ἡ διάγνωση τῆς μυοκαρδίτιδος δὲν εἶναι πάντα εὐκόλη, ἐπειδὴ δὲν ὑπάρχουν παθολογικὰ εὐρήματα, ποὺ νὰ εἶναι χαρακτηριστικὰ τῆς συγκεκριμένης νόσου. Ἡ κλινικὴ ὑπόψια εἶναι ἰδιαίτερα σημαντικὴ γιὰ τὴ σωστὴ προσέγγιση καὶ τελικὴ διάγνωση καὶ ἐδῶ βοηθεῖ πολὺ ἡ καλὴ λήψη τοῦ ἱστορικοῦ τοῦ ἀσθενοῦς. Γιὰ

παράδειγμα, ὅταν ἕνας ἔφηθος χωρὶς παράγοντα κινδύνου γιὰ καρδιοπάθεια, π.χ. κάπνισμα, σακχαρώδη διαβήτη, ὑψηλὴ χοληστερόλη, ἀρτηριακὴ ὑπέρταση ἢ κληρονομικὴ προδιάθεση, ἐμφανίσει μετὰ ἀπὸ μίαν πρόσφατη ἴωση θωρακικὸ πόνο μὲ χαρακτηριστὴς ἐμφράγματος, τότε ἡ φλεγμονὴ τοῦ μυοκαρδίου (ἢ/καὶ τοῦ περικαρδίου) ἀποτελεῖ ἕνα ἰσχυρὸ ἐνδεχόμενο.

Ἐκτὸς ἀπὸ τὸ ἱστορικὸ, τὰ συμπτώματα καὶ τὴν κλινικὴ ἐξέταση, στὴν διάγνωση βοηθοῦν πολὺ τὸ ἠλεκτροκαρδιογράφημα, ἡ ἀκτινογραφία θώρακος, τὸ ἠχοκαρδιογράφημα καὶ ὁ αἱματολογικὸς ἔλεγχος τροπονίνης καὶ δεικτῶν φλεγμονῆς, συγκεκριμένα λευκῶν αἰμοσφαιρίων καὶ C-ἀντιδρώσας πρωτεΐνης. Ὅλα αὐτὰ βοηθοῦν στὴν διάγνωση, χωρὶς ὥστόσο κάποιο ἀπὸ τὰ παραπάνω νὰ μπορεῖ νὰ τὴν τεκμηριώσει ἀπόλυτα. Στὸ **ἠλεκτροκαρδιογράφημα**, ποὺ εἶναι ἡ πρώτη ἐξέταση στὴν ὁποία ὑποβάλλεται ὁ ἀσθενὴς, πολλὲς φορὲς ὑπάρχουν εὐρήματα, ποὺ ὑποδηλώνουν (ψευδῶς) ἰσχαιμία τοῦ μυοκαρδίου καὶ σὲ αὐτὲς τὶς περιπτώσεις ἀπαιτεῖται στεφανιογραφία γιὰ νὰ ἀποκλειστεῖ



ύπαρξη στενωμάτων στις αρτηρίες της καρδιάς. Ή διαφορική διάγνωση μεταξύ έμφραγματος και μυοκαρδίτιδος είναι ιδιαίτερα σημαντική, επειδή ή αντιμετώπισή τους είναι έντελως διαφορετική.

Πολύ σπουδαίο είναι τὸ **ήκοκαρδιογράφημα** σὲ κάθε άσθενή με τήν ύποψία μυοκαρδίτιδας, επειδή, παρότι δέν μπορεί άπό μόνο του νά τεκμηριώσει τή διάγνωση, παρέχει πολύτιμες πληροφορίες γιά τὸ βαθμὸ προσβολής τού μυοκαρτίου, καθώς και τήν ένδεχόμενη συνύπαρξη περικαρδίτιδας, κάτι πού είναι ιδιαίτερα σημαντικό γιά μιá έξατομικευμένη και αποτελεσματική έπιλογή τής φαρμακευτικής άγωγής. Έπίσης τὸ ήκοκαρδιογράφημα, πού δέν έχει άκτινοβολία, είναι ιδιαίτερα χρήσιμο, άξίόπιστο και άσφαλές μέσο γιά τήν παρακολούθηση τού άσθενούς στήν όξεία φάση. Μία άλλη άπεικονιστική έξέταση, πού όλο και συχνότερα πραγματοποιείται στις περιπτώσεις πού ύπάρχει κλινική ύποψία μυοκαρδίτιδας, είναι ή **μαγνητική τομογραφία καρδιάς**. Ή μαγνητική καρδιάς, έκτός τού όπι και αύτὴ δέν έπιβαρύνει τὸν άσθενή με άκτινοβολία, διαθέτει πολὺ ύψηλὴ διαγνωστικὴ άκρίβεια με πολύτιμες πληροφορίες σχετικά με τήν πρόγνωση, βραχυπρόθεσμη και μακροπρόθεσμη έκβαση αὐτῶν τῶν άσθενῶν. Ή έξέταση θά πρέπει νά πραγματοποιείται τīs πρώτες ήμέρες άπό τήν εκδήλωση τῶν συμπτωμάτων και, ένδεχομένως, σὲ κάποιες περιπτώσεις θά πρέπει νά επαναλαμβάνεται μετά άπό λίγες εβδομάδες.

Σὲ έπιλεγμένες περιπτώσεις, όπως έκεϊνες στις όποιες ύπάρχουν άμφιβολίες, ως πρὸς τή διάγνωση και σὲ περιπτώσεις άσθενῶν με εκδηλώσεις δυσχερῶς έλεγχόμενης φαρμακευτικῆς καρδιακῆς ανεπάρκειας, συνιστάται ή πραγματοποίηση βιοψίας τού μυοκαρτίου. **Ή βιοψία τού μυοκαρτίου** θέτει με βεβαιότητα τήν όριστικὴ διάγνωση. Με τīs σύγχρονες τεχνικὲς μοριακῆς βιολογίας, ό ίατρός μπορεί νά άποκαλύψει τὸν αίτιολογικὸ παράγοντα, δηλαδή τὸν υπεύθυνο ιὸ και τότε καθοδηγετὶ τήν έπιλογή τής καταλληλότερης φαρμακευτικῆς άγωγής, είδικά όταν ύπάρχει σκέψη γιά χορήγηση άνοσοκατασταλτικοῦ φαρμάκου. Ή βιοψία τού μυοκαρτίου γίνεται διαδερμικά με τοπικὴ άναίσθησία. Είναι άσφαλῆς διαδικασία με πολὺ χαμηλὸ ποσοστὸ σοβαρῶν έπιπλοκῶν, βέβαια στὰ κατάλληλα διαγνωστικὰ κέντρα.

Στīs περισσότερες περιπτώσεις, οί άσθενεῖς με διάγνωση

ση ή ύποψία τής όξείας μυοκαρδίτιδας θά πρέπει νά εισάγονται στὸ νοσοκομεῖο γιά όλιγοήμερη παρακολούθηση, δεδομένης τής άπρόβλεπτης φύσης τής νόσου. Συνήθως ή κλινικὴ έξέλιξη είναι γενικὰ καλοήθης και σὲ ποσοστὸ 50-55% παρατηρεῖται ίαση χωρίς καμία έξειδικευμένη άγωγή. Άπό τīs υπόλοιπες περιπτώσεις ένιότε παρατηρεῖται κάποιος βαθμὸς μόνιμης, ώστόσο μὴ περαιτέρω έξελισσόμενης καρδιακῆς βλάβης. Στους υπόλοιπους άσθενεῖς ή μυοκαρδίτις έξελίσσεται προοδευτικά σὲ διατακτικὴ μυοκαρδιοπάθεια και καρδιακὴ ανεπάρκεια. Όστόσο και σὲ αὐτούς τούς άσθενεῖς σήμερα ή έπιβίωση έχει σημαντικὰ έπιμκυνθετὶ με τή φαρμακευτικὴ άγωγή και έμφύτευση άμφικολιλιακοῦ βηματοδότη, με βελτίωση τού κλάσματος έξωθῆσεως και άπινιδωτὴ γιά ήλεκτρικὸ σοκ ἐπὶ κοιλιακῆς ταχυκαρδίας – μαρμαρυγῆς. Βέβαια σὲ αὐτὲς τīs σοβαρὲς περιπτώσεις ίσχύει και ό θεραπευτικὸς προσανατολισμὸς μεταμόσχευσης τής καρδιάς. Σήμερα ύπάρχουν κλινικοὶ και έργαστηριακοὶ δείκτες, πού μπορούν νά προβλέψουν ποιοὶ άσθενεῖς είναι ύψηλὸ κινδύνου γιά πρώιμες και όψιμες έπιπλοκές. Στīs κεραυνοβόλες μορφές μυοκαρδίτιδας άπαιτεῖται νοσηλεία σὲ έξειδικευμένα κέντρα με δυνατότητα καρδιοαναπνευστικῆς ύποστήριξης και, ιδανικά, καρδιακῆς μεταμόσχευσης.

Συμπερασματικά, ή μυοκαρδίτις είναι πάθηση καλοήθης στις περισσότερες περιπτώσεις. Όμως ύπάρχουν και οί σοβαρὲς περιπτώσεις, πού καταλήγουν με σοβαρὴ καρδιακὴ ανεπάρκεια. Γιά τή διάγνωση πρέπει νά ύπάρχει ύψηλὸς δείκτης ύποψίας και ή διάγνωση έπιβεβαιώνεται με σύγχρονες άπεικονιστικὲς μεθόδους. Μετά άπό ένα επεισόδιο όξείας μυοκαρδίτιδος, ή έπιστροφή στήν πλήρη σωματικὴ δραστηριότητα, περιλαμβανομένης και τής άνταγωνιστικῆς άσκησης, θά πρέπει νά καθυστερεῖ γιά 6 μῆνες τουλάχιστον, βέβαια με τήν προϋπόθεση ότι ό άσθενῆς είναι άσυμπτωματικὸς και ότι όλες οί καρδιολογικὲς έξετάσεις είναι φυσιολογικὲς. Ή παρακολούθηση τῶν άσθενῶν με μυοκαρδίτιδα, χωρίς έπιπλοκές, πρέπει νά είναι μακροχρόνια, τουλάχιστον γιά 3 χρόνια. Ή ύποτροπὴ τής πάθησης, δηλαδή ή εκδήλωση νέου επεισοδίου όξείας μυοκαρδίτιδας, αν και δέν είναι συχνή, φαίνεται ότι έξαρτᾶται άπό τὸ γενετικὸ υπόστρωμα τῶν πασχόντων. Στους άσθενεῖς με έπιπλοκές, όπως ή καρδιακὴ ανεπάρκεια, ή παρακολούθηση πρέπει νά είναι στενὴ και συνεχῆ. ●