

Pericarditi acute e croniche

F. Roubille, M. Akodad, F. Cransac, H. Zarqane, C. Roubille

Le pericarditi costituiscono un vasto insieme di patologie al tempo stesso frequenti e molto eterogenee. Tra le pericarditi acute, si ricorda la frequentissima pericardite acuta benigna virale, la cui evoluzione è, il più delle volte, favorevole. La ricerca eziologica è, generalmente, inutile; il trattamento associa antinfiammatori e colchicina. La complicanza più frequente è la recidiva. Le forme recidivanti sono, tuttavia, più rare. Il tamponamento è una complicanza più rara ma un'urgenza vitale, che richiede un trattamento in estrema urgenza che associa riempimento ed evacuazione del versamento. Tra le diagnosi differenziali, i dolori toracici devono essere scrupolosamente indagati. Le miopericarditi costituiscono un'entità separata, trattata in altra sede. Le pericarditi croniche si inseriscono in un contesto del tutto differente, complicando raramente una forma inizialmente acuta. L'iter tanto diagnostico che terapeutico è complesso, basato su una serie di argomenti e su una gestione multidisciplinare.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tutti i diritti riservati.

Parole chiave: Pericardite; Miocardite; Costrizione; Tamponamento; Colchicina

Struttura dell'articolo

■ Introduzione	1
■ Pericarditi acute	1
Definizione	1
Epidemiologia	1
Diagnosi di certezza	2
■ Pericarditi croniche	8
Definizione	8
Fisiopatologia	8
Diagnosi	8
Diagnosi differenziale	10
Eziologie	10
Evoluzione	10
Gestione	10
■ Conclusioni	11

■ Introduzione

Le pericarditi acute e croniche rappresentano una grande famiglia di patologie cardiovascolari. Le forme acute e croniche sono molto diverse, non solo per la loro presentazione, le loro eziologie e così via, ma soprattutto per la loro prognosi e la loro gestione. Si tratta di patologie al confine tra la cardiologia e le altre specialità, in particolare quelle relative alle malattie infiammatorie e sistemiche.

A differenza della maggior parte delle altre malattie cardiovascolari, sono disponibili poche raccomandazioni internazionali (in particolare nel 2017 non disponiamo di alcuna raccomandazione americana). Le raccomandazioni europee del 2015 hanno proposto un importante aggiornamento in questo campo ^[1] (le precedenti risalivano a più di 10 anni!).

Schematicamente, le forme acute e, quindi, le forme croniche sono presentate in due capitoli distinti.

■ Pericarditi acute

Definizione

La pericardite acuta è un'inflammatione dei due foglietti del pericardio. La sindrome clinica è spesso, ma non necessariamente, associata alla presenza di un versamento liquido.

Il pericardio (dal greco περι [intorno] e καρδιον [cuore]) è composto da due foglietti:

- il pericardio viscerale, che è un sacco fibroso che contiene il cuore e la radice dei grossi vasi;
- il pericardio viscerale (o epicardio) è una membrana sierosa che ricopre l'intero miocardio delle quattro cavità.

Questi due foglietti sono in continuità come una busta, e costituiscono, quindi, una cavità "virtuale" che può fisiologicamente contenere da 20 a 50 ml di liquido la cui funzione è quella di proteggere il cuore dalle infezioni, di fissarlo al mediastino (sospensione) e di lubrificare e facilitare i movimenti cardiaci.

In una pericardite acuta, un processo infiammatorio coinvolge i due foglietti pericardici. Le cellule dell'inflammatione affluiscono (neutrofili polimorfonucleati e linfociti) e si constatano una deposizione di fibrina e una secrezione liquida da parte della sierosa. Questa reazione locale è, generalmente, associata a una sindrome infiammatoria sistemica almeno laboratoristica, ma che può essere differita.

Epidemiologia

I dati epidemiologici sono antichi e discutibili (zone geografiche, pratiche diverse, ecc.). Le malattie pericardiche rappresentano lo 0,1% dei ricoveri, di cui il 5% per dolore toracico ^[2, 3].

Tabella 1.

Criteri diagnostici della pericardite acuta.

La diagnosi richiede 2 elementi tra i seguenti 4	
Clinica	Dolore tipico
Clinica	Sfregamento pericardico
ECG	ECG tipico (sopraslivellamento del segmento ST o sottoslivellamento del segmento PR)
ETT (altra diagnostica per immagini)	Versamento pericardico (nuovo o in aggravamento)
Elementi di conferma non necessari per la diagnosi	
Laboratorio	Infiemmazione (principalmente PCR)
Diagnostica per immagini	Argomenti a favore all'infiammazione del pericardio

ECG: elettrocardiogramma; ETT: ecografia transtoracica; PCR: proteina C-reattiva.

Diagnosi di certezza

La diagnosi di pericardite acuta si basa su due criteri tra i seguenti quattro (di cui due clinici): dolore tipico, sfregamento pericardico, ECG (tipico e nuovo), versamento. La sindrome infiammatoria laboratoristica (proteina C-reattiva [PCR]) e l'infiammazione alla diagnostica per immagini vengono a confortare la diagnosi (Tabella 1).

Clinica

Segni generali

Questi segni sono incostanti.

Esistono segni che precedono il quadro clinico acuto, in particolare una sindrome influenzale o pseudoinfluenzale nei giorni precedenti, e che suggeriscono, allora, un'infezione in particolare virale "sistemica", che coinvolge secondariamente il (mio)pericardio.

Peraltro, segni generali "di accompagnamento" sono frequenti, ma non necessari per la diagnosi. A volte, sono differiti nel tempo e, spesso, segnano un criterio di gravità: febbre tra i 38°C e i 38,5°C, peggioramento dello stato generale, sudorazione, artralgie, mialgie e così via.

Infine, anche delle lesioni più mirate possono arricchire il quadro, in particolare una presentazione oto-rino-laringoiatrica (ORL), respiratoria, digerente e così via.

Segni funzionali

Si tratta principalmente del dolore toracico "pericarditico". Le caratteristiche devono essere tipiche per ritenere che uno dei criteri diagnostici principali sia soddisfatto. L'esordio è spesso improvviso, con un dolore intenso, retrosternale e mediotoracico, senza una reale irradiazione. Raramente è costrittivo. Il dolore è spesso prolungato o intermittente, senza rapporto con gli sforzi o il riposo, della durata di diverse ore o, addirittura, di diversi giorni, spesso angosciante. Tipicamente, due elementi sono molto a favore di un carattere pericardico:

- l'aumento del dolore durante l'inspirazione (cosa che ostacola la respirazione, questo punto è spesso riferito spontaneamente dai pazienti);
- il dolore aumenta in decubito e viene ricercata spontaneamente una posizione antalgica, in posizione seduta o in antiflessione. Per questo motivo, la presentazione è, a volte, caricaturale, in un giovane paziente seduto la cui respirazione è superficiale.

Esame clinico

L'esame specificamente cardiovascolare ricerca, prima di tutto, lo sfregamento pericardico. Questo è spesso difficile da ascoltare perché incostante e fugace e variabile in intensità o a seconda delle condizioni dell'esame (posizione) e richiede, quindi, un esame ripetuto. Costituisce uno degli elementi principali della diagnosi. Lo sfregamento pericardico è classicamente descritto senza irradiazione, secondo i due tempi del ciclo cardiaco (sistodiastolico), costituendo un rumore di va e vieni, storicamente descritto come il rumore di passi sulla neve o lo stridio del cuoio nuovo. Il principale segno differenziale è lo sfregamento pleurico, che, dal canto suo, si arresta in apnea.

È indispensabile ricercare i segni di complicanze che, quando presenti, spesso dominano il quadro. Sono i segni aspecifici di

shock cardiogeno o, ancora, un quadro di insufficienza cardiaca destra acuta.

Tipicamente, in caso di tamponamento, si deve ricercare il polso paradossale (detto di Kussmaul), corrispondente alla riduzione (o scomparsa del polso) durante l'inspirazione, classicamente oggettivata da una diminuzione della pressione (arbitrariamente fissata a 10 mmHg). Vi è, quindi, una dissociazione tra la percezione del polso e il ritmo cardiaco oggettivo, il che costituisce il lato "paradossale".

L'esame clinico è utilmente completato dagli esami complementari a supporto della diagnosi (Tabella 1).

Elettrocardiogramma

L'elettrocardiogramma (ECG) è naturalmente indispensabile, costituisce nella sua forma tipica uno degli elementi diagnostici maggiori e consente di riorientare la diagnosi, se necessario. Classicamente, l'evoluzione avviene in quattro fasi:

- la fase 1 comporta un sopraslivellamento diffuso del segmento ST, in diverse derivazioni e senza "immagine speculare" (Fig. 1). Non vi è, quindi, un territorio definito come avverrebbe per la principale diagnosi differenziale, che è l'infarto miocardico acuto con sopraslivellamento del segmento ST. Queste sono modificazioni recenti (da cui l'importanza di disporre dell'ECG di riferimento) e non bisogna fare confusione con la sindrome di ripolarizzazione precoce spesso incontrata in pazienti giovani;
- la fase 2 corrisponde al ritorno del segmento ST alla linea isoelettrica, spesso accompagnato da un appiattimento delle onde T;
- la fase 3 vede apparire una negativizzazione delle onde T, anch'essa diffusa;
- la fase 4 vede il ritorno alla normalità in alcune settimane o alcuni mesi.

Le anomalie ECG possono riguardare anche lo spazio PQ (o PR), con un sottoslivellamento dello spazio PQ (di almeno 2 mm per essere significativo), principalmente in D1, D2 o VL.

Possono essere riscontrate altre anomalie non specifiche, come dei disturbi del ritmo atriale (extrasistoli atriali, fibrillazione atriale, ecc.).

Infine, occorre ricercare e individuare in urgenza segni a favore del tamponamento: microvoltaggio che suggerisce un versamento significativo e, soprattutto, alternanza elettrica (cambiamenti dell'asse elettrico da QRS a QRS, cosa che corrisponde allo *swinging heart* della diagnostica per immagini).

Diagnostica per immagini

L'esame chiave è l'ecocardiografia transtoracica (ETT).

L'ETT permette:

- la diagnosi;
- la valutazione della gravità;
- di guidare la terapia (puntura ecoguidata dei versamenti minacciosi);
- il monitoraggio e la rivalutazione dei pazienti.

Diagnosi all'ETT. L'ecografia bidimensionale permette di visualizzare il versamento liquido, che appare come vuoto ultrasonoro (nero), che separa i due foglietti del pericardio. Le sezioni classiche sono utili e la via sottocostale offre spesso una finestra ottimale. Si distinguono, così, i versamenti circolari o localizzati. L'assenza di versamento pericardico in nessun caso esclude la diagnosi di pericardite acuta: il versamento può comparire secondariamente o può trattarsi di una "pericardite secca".

Valutazione dell'entità.

- Minima quando il versamento pericardico è inferiore a 1 cm circonferenziale (inferiore a 300 cm³).
- Di media abbondanza quando lo scollamento è compreso tra 1 e 2 cm di spessore (vicino a 500 cm³).
- Voluminoso quando lo scollamento è maggiore di 2 cm di spessore (oltre 1 litro). Più dell'abbondanza del versamento, è la rapidità di costituzione che determina la tolleranza. Un versamento iperacuto (trauma, complicanza di una biopsia miocardica, ecc.), anche se minimo, diviene molto rapidamente mal tollerato, mentre un versamento cronico medio è spesso asintomatico.

Ripercussioni. Sono le variazioni emodinamiche dei flussi di riempimento, transmitrali, e di eiezione aortica o, ancora, i segni di ripercussione sulle cavità destre (collasso dell'atrio destro,



Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8757743>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8757743>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)