

Πυώδης περικαρδίτιδα

Η. Μπασαγιάννης, Δ. Κρανίτσα, Β. Άθυρος, Μ.Α. Αβραμίδης, Α. Κοντόπουλος

Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Καρδιολογικό Τμήμα Ιπποκρατείου Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης

Περίληψη: Παρουσιάζεται περίπτωση πυώδους περικαρδίτιδας που διαγνώσθηκε έγκαιρα και αντιμετώπισθηκε με επιτυχία. Πρόκειται για ασθενή με προηγούμενο ιστορικό υποθυρεοειδισμού που το τελευταίο πενήνήμερο παρουσίασε ρίγος, πυρετό και οπισθοστερνικό άλγος. Η διάγνωση οξέος καρδιακού επιπωματισμού έγινε με την κλινική εικόνα

της ασθενούς και επιβεβαιώθηκε ηχοκαρδιογραφικά. Ακολούθησε επείγουσα παρακέντηση περικαρδίου και μετέπειτα περικαρδιακό παράθυρο. Η ασθενής ένα έτος αργότερα είναι τελείως ασυμπτωματική και με φυσιολογικά ευρήματα στον καρδιολογικό έλεγχο.

Ιπποκράτεια 1997, 1: 210-212.

Η μικροβιακή περικαρδίτιδα αποτελεί μία επικίνδυνη κατάσταση ακόμη και σήμερα παρά την ευρεία χρήση των αντιβιοτικών¹. Παρότι η συχνότητά της έχει μειωθεί τα τελευταία χρόνια², εντούτοις παραμένει υψηλή η θνητότητά της. Η πρωτοπαθής βλάβη του περικαρδίου χωρίς άλλη εμφανή εστία μόλυνσης κάνει δυσχερέστερη τη διάγνωση και πιο σπάνια τη νόσο³.

Παρουσιάζουμε περίπτωση πυώδους πνευμονοκοκκικής περικαρδίτιδας, θέλοντας να τονίσουμε ότι παρά τη σπανιότητα της νόσου στην κλινική πράξη η νόσος υπάρχει και η έγκαιρη διάγνωσή της συμβάλλει δραστικά στην ελάττωση της θνητότητας.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Ασθενής 64 χρονών, γυναίκα με πρηγούμενο ιστορικό υποθυρεοειδισμού υπό αγωγή με T4 και φυσιολογικές τιμές T3, T4 και TSH μπηκε στο νοσοκομείο, γιατί παρουσίαζε ρίγος, πυρετό μέχρι 39°C, και δύσπνοια από 5ημέρου. Το τελευταίο τρίμηνο η ασθενής παρουσίαζε οπισθοστερνικό άλγος, που επιτείνονταν με τις αναπνευστικές κινήσεις και άλγος στον αριστερό ώμο.

Κατά την εισαγωγή της η ασθενής ήταν συγχιτική με καρδιακή συχνότητα 120 min, θερμοκρασία 38,5°C, αρτηριακή πίεση 60 mmHg, με σχεδόν εξαφάνιση του σφυγμού κατά την εισπνοή. Υπήρχε έκδηλη διάταση των φλεβών του τραχήλου έχοντας την ασθενή σε θέση με κλίση 45°.

Από την ακρόαση της καρδιάς υπήρχε βυθιότητα των καρδιακών τόνων, χωρίς να υπάρχει άλλος επιπρόσθετος ήχος.

Από την ακρόαση των πνευμόνων δεν υπήρχαν παθολογικά ευρήματα.

Το ήπαρ ήταν διογκωμένο και υπήρχαν ελαφρά οιδήματα στα κάτω άκρα.

Η ακτινογραφία θώρακος (επί κλίνης) παρουσίαζε αύξηση του μεγέθους της καρδιακής σκιάς.

Στο ΗΚΓ υπήρχε φλεβοκομβική ταχυκαρδία με διάχυτες ανασπάσεις του ST διαστήματος χωρίς κατοπτρικές εικόνες και σαφή τοπογραφική κατανομή. Το υπερηχοκαρδιογράφημα 2 διαστάσεων, παρά τη δυσχέρεια λήψης ικανοποιητικών εικόνων δείχνει περικαρδιακή συλλογή και σχεδόν εξάλειψη (σύμπτωση) των δεξιών καρδιακών κοιλοτήτων. Παρά την προσεκτική χορήγηση υγρών και ινοτροπών, τα οποία βελτίωσαν αρχικά τον ασθενή, εντούτοις ακολούθως παρουσίασε ραγδαία επιδείνωση και αποφασίστηκε επείγουσα παρακέντηση του περικαρδίου στη μονάδα εντατικής θεραπείας. Από την περικαρδιοκέντηση αφαιρέθηκαν 600cc δύσσομου πυώδους υγρού. Η κατάσταση της ασθενούς βελτιώθηκε, η ΑΠ ανήλθε στα 75 mmHg και αποφασίστηκε επείγουσα υποξιφοειδική περικαρδιοτομή, από όπου αφαιρέθηκαν άλλα 1000 cc πυώδους δύσσομου υγρού.

Ο αρχικός αιματολογικός έλεγχος της ασθενούς έδειξε λευκοκυττάρωση 22.900 mm³ με 91% πολυμορφοπύρρηνα και μικρή έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας (κρεατινίνη 2,0 mg%). Από τη μικροβιολογική εξέταση του περικαρδιακού υγρού βρέθηκαν 160.000/mm³ λευκά αιμοσφαίρια σχεδόν όλα πολυμορφοπύρρηνα. Η βιοχημική εξέταση έδειξε σάκχαρο 28 mg/dl, λευκώματα 4 gr/dl. Η ιστολογική εξέταση του περικαρδίου έδειξε πυώδη στοιχεία και αποστημάτια χωρίς να υπάρχουν στοιχεία ειδικής φλεγμονής ή νεοπλασίας. Εν αναμονή των καλλιιεργειών του περικαρδιακού υγρού, του αίματος, και των ούρων, η ασθενής τέθηκε σε αγωγή με βανκομυσίνη 500 g × 4 i.v. κεφοταξίμη (Klafogan) 1 × 3 gr i.v. και Flayl 1 × 3 ενδοφλεβίως (κετρονιδαζόλη 500 mg × 3 i.v.).

Με την παραπάνω αγωγή η ασθενής την τρίτη ημέρα

απυρέτση. βελτιώθηκε η γενική της κατάσταση και ο αριθμός των λευκών υποχώρησε $8.500/\text{mm}^3$. Παράλληλα τόσο η κλινική εξέταση όσο και ο εργαστηριακός έλεγχος και η αξονική τομογραφία κοιλίας, θώρακα, εγκεφάλου δεν έδειξε άλλη εστία λοίμωξης. Οι καλλιέργειες του περικαρδιακού υγρού έδειξαν ανάπτυξη πνευμονιοκόκκου, ενώ οι καλλιέργειες αίματος και ούρων ήταν αρνητικές. Το μικρόβιο ήταν ευαίσθητο στα φάρμακα, που ήδη έπαιρνε η ασθενής, γι αυτό και συνεχίστηκαν μέχρι τη 15η ημέρα και ακολούθως η ασθενής τέθηκε σε αγωγή με Ciproxilin για 15 ημέρες (Σιπροφλοξασίνη $200 \text{ mg} \times 2$).

Για το ενδεχόμενο περιοριστικής περικαρδίτιδας η ασθενής υποβλήθηκε σε δεξιό καθετηριασμό και μέτρηση των πιέσεων. Με τη χορήγηση 1000 cc υγρών δεν παρατηρήθηκε αύξηση των πιέσεων και το σημείο της τετραγωνικής ρίζας. Στα διαδοχικά Echo και στις ακτινογραφίες θώρακος το περικαρδιακό υγρό σχεδόν εξαλείφθηκε και το μέγεθος της καρδιακής σκιάς έγινε φυσιολογικό.

Μετά από 15 ημέρες από τη διακοπή των αντιβιοτικών η ασθενής παρουσίασε ήπια πυρετική κίνηση 37.5°C . Εισάχθηκε και πάλι στο Νοσοκομείο, όπου δε διαπιστώθηκε ύπαρξη περικαρδιακού υγρού ή άλλη εστία λοίμωξης.

Η ασθενής με τη χορήγηση Kloforan απυρέτησε τη δεύτερη ημέρα. Την πέμπτη ημέρα βγήκε με αγωγή Zinadol για 15 ημέρες.

Έκτοτε η ασθενής παρακολουθείται ανά μήνα και επί 8 μήνες χωρίς να παρουσιάσει υποτροπή ή σημεία συμφοητικής περικαρδίτιδας.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η μικροβιακή περικαρδίτιδα αποτελεί μία επικίνδυνη για τη ζωή του ασθενούς κατάσταση και οφείλεται σε μια ποικιλία μικροοργανισμών¹. Η πρωτοπαθής προσβολή του μυοκαρδίου καθιστά τη νόσο πιο σπάνια και την έγκαιρη διάγνωση για αποτελεσματική θεραπεία δυσκολότερη³.

Η ασθενής παρουσιάστηκε με συμπτωματολογία οξείας φλεγμονής με οπισθοστερνικό άλγος, που επιδειωνόταν με τις αναπνευστικές κινήσεις και με αντανάκλαση στον αριστερό ώμο. Δεν υπήρχε περικαρδιακός ήχος τριβής αλλά έκδηλη μείωση των καρδιακών τόνων. Η χαμηλή Α.Π. $< 60 \text{ mmHg}$, η αυξημένη φλεβική πίεση $> 20 \text{ cmH}_2\text{O}$, η εξαφάνιση του σφυγμού στις μηριαίες αρτηρίες στην εισπνοή, παρά τη χαμηλή Α.Π., έδειχναν σημεία επιπωματισμού. Το ΗΚΓ ήταν ενδεικτικό περικαρδιακής συλλογής, η Α/φία θώρακα με το αυξημένο μέγεθος της καρδιακής σκιάς και το ηχοκαρδιογράφημα με σχεδόν σύμπτωση των δεξιών κοιλοτήτων καθιστούσαν αναγκαία την επείγουσα παρακέντηση στη μονάδα εντατικής θεραπείας^{4,5}.

Η υποξιοφειδική παροχέτευση κρίθηκε απαραίτητη, επειδή στην πυώδη περικαρδίτιδα απαιτείται ολοκληρωτική παροχέτευση για καλύτερο

έλεγχο της λοίμωξης και αποφυγή δημιουργίας συμφύσεων⁶⁻⁷. Επίσης, η ιστολογική εξέταση του περικαρδίου, που μπορεί να συμβάλλει στην αιτιολογική διάγνωση, έδειξε στοιχεία φλεγμονής και αποστήματα και απέκλεισε ειδική φλεγμονή ή κακοήθεια.

Η εξέλιξη της ασθενούς, που παρουσιάζουμε, ήταν ταχεία και ο καρδιακός επιπωματισμός αποτελούσε την πρώτη ένδειξη προσβολής του περικαρδίου. Η οξεία από ιό περικαρδίτιδα δεν έχει τόσο ραγδαία εισβολή και δε συνοδεύεται από τόσο σημαντική αύξηση των λευκών αιμοσφαιρίων. Οι ηλεκτροκαρδιογραφικές μεταβολές ήταν ενδεικτικές περικαρδίτιδας. Οι ανασπάσεις του ST δεν είχαν τοπογραφική κατανομή και δε συνοδεύονταν από κατοπτρικές πτώσεις του ST.

Αν και η συνήθης προσβολή του περικαρδίου γίνεται από επέκταση της λοίμωξης από τον υπεζοκότα ή τους πνεύμονες, στη δική μας περίπτωση δεν διαπιστώθηκε πρωτοπαθής εστία. Αυτό δεν αποκλείει την προσβολή του μυοκαρδίου από σηπτικά έμβολα περιορισμένων λοιμώξεων του θώρακα (ή και άλλων οργάνων υποδιαφραγματικά)³.

Μετά την οριστική διάγνωση της πυώδους περικαρδίτιδας, η εγχειρητική παροχέτευση είναι απαραίτητη σε όλους τους ασθενείς, με ταυτόχρονη χορήγηση ενδοφλέβια αντιβιοτικών, που μπορούν να πετύχουν αυξημένα επίπεδα στο περικαρδιακό υγρό, χωρίς να χρειάζεται έγχυση αντιβιοτικών απ' ευθείας στην περικαρδιακή κοιλότητα⁸⁻⁹.

Η επανεμφάνιση ήπιου πυρετού μετά 15 ημέρες από τη διακοπή των αντιβιοτικών χωρίς άλλα συνοδά ευρήματα υποτροπής μας έκανε επιφυλακτικούς ως προς τη διάγνωση. Η χορήγηση αντιβιοτικών κρίθηκε απαραίτητη για 15 ημέρες. Έκτοτε η ασθενής επί 10 μήνες παρακολουθείται χωρίς καμία επιπλοκή.

Συμπερασματικά ο καρδιακός επιπωματισμός είναι μία επικίνδυνη κατάσταση, ανεξάρτητα από την αιτιολογία που την προκαλεί. Η αντιμετώπιση γίνεται ανάλογα με την αιτιολογία, που τον προκαλεί και την κλινική κατάσταση του ασθενούς. Στην άρρωστή μας η υπόνοια της πυώδους περικαρδίτιδας τέθηκε από την κλινική εικόνα κυρίως και τα εργαστηριακά ευρήματα και αποδείχτηκε με την παρακέντηση του περικαρδίου. Η υποξιοφειδική παροχέτευση αποτελεί απόλυτη ένδειξη στην πυώδη περικαρδίτιδα. Ο καθετηριασμός, που έγινε, απέκλεισε τον ενδεχόμενο συμπιεστικής περικαρδίτιδας, πολύ συχνή

επιπλοκή, στην πυώδη περικαρδίτιδα. Η άριστη γενική κατάσταση της ασθενούς στο 10μηνο της παρακολούθησης αποκλείει τη συμπιεστική περικαρδίτιδα. Η πυώδης περικαρδίτιδα, παρά τη σπανιότητα, εξακολουθεί να υπάρχει. Η συνολική εκτίμηση της ασθενούς και η υπόνοια της νόσου οδηγεί στην έγκαιρη διάγνωση.

ABSTRACT

Basagiannis E, Kranitsas D, Athyros B, Abramidis B, Kontopoulos A. Purulent pericarditis. Hippokratia 1997, 1: 210-212.

We present a case of purulent pneumococcal pericarditis that was promptly diagnosed and successfully treated in our Hospital. Pericardiocentesis yielded purulent material and cultures grew streptococcus pneumoniae. The treatment was a combination of surgical removal of pericardial segment and antibiotics failed with culture results. The follow up to the patient one year after showed that the patient is doing well.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Boyle JD, Pearce MI, Guze LB. Purulent pericarditis: review of literature.
2. Allaria A, Meheli D, Capelli H, Berri G, Gutierrez D. Transient cardiac constriction following purulent pericarditis. Eur J Pediatr 1992, 151: 250-251.
3. Rubin RH, Moellering RV. Clinical microbiologic and therapeutic aspects of purulent pericarditis. Am J Med 1976, 59: 68-77.
4. Park S, Bayer A. Purulent pericarditis. Curr Opin Infect Dis 1992, 12: 56.
5. Rivera JM, Garcia-Bragado F, Gomez FA, et al. Brucellar Pericarditis. Infection 1988, 16: 254.
6. Reddy PS, et al. Cardiac tamponade: hemodynamic observations in man. Circulation 1978, 58: 265.
7. Thavendrarajak V, Ghia PS, Korinn V, Little I. Catheter lavage and drainage of pneumococcal pericarditis. Cathet Cardiovasc Diagn 1993, 29: 322.
8. Gould K, Barnett JA, Sanford JP. Purulent pericarditis in the antibiotic era Arch Intern Med 1974, 134: 923.
9. Marsa RJ, Blomquist IK, Bansal RG, et al. Acute pericarditis due to group C Streptococcus; Report of a medically treated case. Am J Med 1989, 86: 474.