

PERICARDITE ACUTA

DEFINIZIONE

Si tratta di una malattia acuta, fortemente infiammatoria, caratterizzata da :

-dolore toracico anteriore, spesso irradiato alle spalle e la dorso, caratteristico, modificato dalla posizione, dal respiro, dalla tosse;

-alterazioni elettrocardiografiche abbastanza tipiche, costituite da alterazioni diffuse del tratto ST e appiattimenti e inversioni delle onde T;

-alterazioni ecocardiografiche (possibili ma non obbligatorie, e anche molto aspecifiche) con comparsa di versamento pericardico di entità variabile,

-possibile presenza di sfregamenti pericardici (molto tipici ma molto rari),

- invariabilmente aumento della VES e della Proteina C Reattiva (PCR),

-spesso con sintomi generali di accompagnamento (es. febbre)

-e spesso con leucocitosi neutrofila , cioè aumento dei globuli bianchi chiamati granulociti neutrofili.

Di tutti questi elementi quelli probabilmente più importanti ai fini della diagnosi sono il dolore, se tipico, l'ECG, il versamento pericardico e l'aumento della VES e della PCR.

Colpisce con frequenza simile uomini e donne, e si può manifestare a qualunque età.

E' importante sottolineare che tale definizione NON comprende QUALUNQUE malattia del pericardio né situazioni di significato molto dubbio quali la presenza di dolori toracici fugaci e atipici per angina, accompagnati dal riscontro ecografico occasionale di un modesto versamento pericardico, con VES e PCR normali.

Tale definizione non comprende neppure versamenti pericardici più o meno asintomatici e spesso riscontrati occasionalmente

QUADRO CLINICO

Esordisce generalmente con febbre, malessere generale e dolore toracico, modificato da posizione e respiro. Il dolore toracico può simulare quello dell'infarto miocardico acuto, oppure quello di una pleurite. Una sua irradiazione caratteristica, sebbene non frequente, è verso le spalle. Altri sintomi sono la tosse secca e la dispnea; tale dispnea è per lo più causata dal

fatto che il dolore toracico è come se “tagliasse” il respiro, bloccandolo.

All'esame obiettivo è caratteristico ma non frequente il rumore di sfregamento pericardico.

Le modificazioni elettrocardiografiche seguono quattro stadi di evoluzione. La descrizione di tale evoluzione elettrocardiografia è piuttosto difficile e specialistica. Per chi fosse interessato, ricordiamo che nel I stadio l'elettrocardiogramma mostra un sopraslivellamento del segmento ST a concavità verso l'alto in sede anteriore ed inferiore, con un sottoslivellamento speculare in aVR e V1; in alcuni casi tipicamente il segmento PR è deviato in senso opposto rispetto alla polarità dell'onda P (sottoslivellamento del tratto PR). In questa fase è frequente anche riscontrare tachicardia sinusale. Nei giorni successivi i segmenti ST e PR ritornano all'isoelettrica (stadio II precoce) e le onde T si appiattiscono e iniziano ad invertirsi (stadio II tardivo), quest'ultimo fenomeno più evidente nel III stadio. Lo stadio IV, se presente, è caratterizzato dal ritorno alla normalità del tracciato elettrocardiografico.

Le pericarditi acute sono raramente accompagnate da un certo grado di miocardite; per tale motivo è possibile riscontrare elevazione dei marcatori di necrosi miocardica (troponina e CK). E' utile ricordare che tali innalzamenti sono indicativi di forma “idiopatica” di pericardite, cioè a causa sconosciuta, e non indicano una evoluzione più sfavorevole, ma certo in presenza di tali aumenti è molto probabile che il medico proporrà un

ricovero ospedaliero, a scopo precauzionale. Spesso è presente leucocitosi neutrofila (cioè aumento dei globuli bianchi di tipo neutrofilo all'emocromo)

La radiografia del torace può evidenziare in presenza di versamento pericardico abbondante un allargamento dell'ombra cardiaca con aspetto “a fiasco”. Può coesistere un modesto versamento pleurico.

L'ecocardiogramma permette una corretta valutazione dell'ispessimento dei foglietti pericardici, associato o meno a versamento pericardico e a strie di fibrina. In presenza di un quadro di miopericardite è possibile evidenziare una disfunzione della motilità delle pareti del ventricolo sinistro. L'ecocardiogramma è, inoltre, particolarmente utile in presenza di complicanze come il tamponamento cardiaco.

Raramente, in presenza di dubbi diagnostici, si possono effettuare ulteriori accertamenti come la tomografia computerizzata (TAC) e la risonanza magnetica. Provvedimenti più invasivi, quali la pericardiocentesi, la pericardioscopia e la biopsia pericardica devono essere riservati a casi particolari.

La diagnosi differenziale più importante è quella con l'infarto miocardico acuto (Tab. I). Altre diagnosi differenziali sono la pleurite, la polmonite, la dissezione aortica e la embolia polmonare.

Tabella I. Diagnosi differenziale tra pericardite acuta e infarto miocardico acuto.

	Pericardite	Infarto Miocardico Acuto
Dolore		
Insorgenza	Improvvisa	Graduale, in crescendo
Caratteristica	Acuminato	Oppressivo, urente
Inspirazione	Peggiora	Invariato
Durata	Persistente	Intermittente
Postura	Peggiora in posizione sdraiata	Invariato
Nitroglicerina	Invariato	Migliora
ECG		
Tratto ST	Diffuso soprasslivellamento, in concavo	Sopraslivellamento in precise derivazioni, con convesso, sottoslivellamento speculare
Depressione PR	Frequente	Mai
Onde Q	Molto rare	Comuni nell'IMA trasmurale

polmonare, è stata presente in 1/3 dei pazienti durante gli attacchi iniziali, per poi scomparire gradualmente con il miglioramento della situazione generale e il controllo delle successive recidive

EPATITE E AUMENTO DELLE TRANSAMINASI IN CORSO DI PERICARDITE

Abbiamo osservato un innalzamento della transaminasi (fino a valori intorno alle 1000 U/L) in circa il 9% dei casi durante gli attacchi iniziali (4). Tale dato pone sempre il problema seguente: è l'effetto dei farmaci utilizzati o della malattia? Analizzando in dettaglio i nostri pazienti emerge il dato chiaro che tale innalzamento delle transaminasi compare proprio all'esordio della malattia, PRIMA dell'inizio della eventuale terapia, per es. con FANS o colchicina. Non è quindi generalmente causato dalla terapia, ma è causato dalla malattia stessa (es. infezione virale), che coinvolge anche il fegato. Non è quindi un ostacolo a trattare la malattia, e non costituisce di per sé una controindicazione all'uso di FANS e colchicina .

EZIOLOGIA

In teoria qualunque malattia (soprattutto infettiva e immunologia), può causare una pericardite, ma in pratica è idiopatica (cioè senza causa riconoscibile) nella maggioranza dei casi (80-85% dei casi circa) .

PLEURITE E INTERESSAMENTO PLEURICO IN CORSO DI PERICARDITE

Nei pazienti da noi osservati una pleurite concomitante, spesso con interessamento

Il fatto che una malattia resti “idiopatica”, cioè senza una causa apparente non deve di per sé né stupire né allarmare; in medicina è quasi la regola affrontare e curare patologie la cui causa precisa non è nota (es. ipertensione arteriosa, diabete, tutte le malattie autoimmuni, etc. etc.). In molti casi il fatto che non sia nota la causa precisa di una malattia non impedisce né di curarla bene né di saperne la prognosi, cioè la evoluzione attesa. Nel caso specifico della pericardite acuta la natura “idiopatica” indica la assenza di una causa evidente ma nella maggioranza dei casi ne indica un decorso favorevole e benigno, seppure caratterizzato da recidive anche frequenti (vd avanti PROGNOSI)

Come regola generale si può dire che su 100 pericarditi circa il 5% è causata dalla tubercolosi, circa il 5% da tumori, circa il 5% da malattie autoimmuni, e circa l'80-85% resta “idiopatica”, vale a dire non si riesce ad individuare una causa. Molti di questi casi “idiopatici” pensiamo che siano causati da virus anche banali e molto diffusi nell'ambiente (es. Adenovirus, Cocksachie virus, virus parainfluenzali, Parvovirus B17, etc.), che in soggetti geneticamente predisposti oltre a dare le consuete infezioni virali, es. respiratorie (tosse, raffreddore, etc) o gastrointestinali (febbre, diarrea, vomito, etc.) danno anche una infiammazione del pericardio.

TESTS DI SCREENING ED ESAMI DIAGNOSTICI

Nei tests di screening iniziali da fare in tutti i pazienti potrebbero essere inseriti i seguenti esami:

VES, PCR, emocromo con formula, urea, creatinina, esame urine, urato o acido urico (raramente la pericardite si associa alla gotta, ed in tale caso la terapia con colchicina diventa quasi “obbligatoria”), AST, ALT, bilirubina, fosfatasi alcalina, elettroforesi sieroproteica, calcemia, AP, PTT, TSH, ANA (anticorpi anti nucleo), fattore reumatoide, ENA (anticorpi anti Antigeni Nucleari Estraiabili);

RX Torace;

Ecocardiogramma;

intradermoreazione alla tubercolina (utilizzando 5 unità di PPD), e valutando a 24, 48 e 72 ore la comparsa di eritema (=arrossamento), ma soprattutto di infiltrato, cioè un indurimento rilevato, una specie di bottone sottopelle: il test è positivo se tale infiltrato ha un diametro maggiore di 1 cm.

In circa 1/3 dei pazienti si può osservare un modesto innalzamento della troponina, marcatore di danno miocardio di solito associato ad infarto del miocardio; l'innalzamento di tale parametro se da una parte renderà quasi automatico il ricovero almeno a scopo precauzionale, non peggiora la prognosi e anzi tende ad escludere eziologie specifiche della pericardite, osservandosi quasi esclusivamente nei casi “idiopatici”.

In casi selezionati, caratterizzati da un decorso subacuto, febbre alta, molte recidive poco chiare, versamento pericardico abbondante, insoddisfacente risposta alla terapia con FANS

(Anti-infiammatori non steroidei) conviene procedere con altri accertamenti.

Fondamentale in tali casi è la TAC del torace, possibilmente con mezzo di contrasto; tale esame infatti è essenziale nel valutare la eventuale presenza di tumori toracici o di tubercolosi, e la sua normalità (a parte l'eventuale versamento pericardico), sarà molto utile per escludere tali temibili cause di pericarditi.

Per valutare una eventuale tubercolosi è anche importante la ricerca del bacillo di Kock sia microscopica sia colturale sia con metodica detta PCR (Polymerase Chain Reaction), per la ricerca del DNA del bacillo della tubercolosi nell'escreato ed eventualmente in altri liquidi biologici: sangue, urine, feci, etc.

Utili anche emocolture ripetute, soprattutto nei soggetti trattati a lungo con cortisone.

In tali casi difficili è consuetudine eseguire molti esami sierologici, spesso peraltro di scarsa utilità, quali:

IgG e IgM anti- Coxsachie, Echovirus, Parvovirus, Virus respiratorio sinciziale, Cytomegalovirus, Virus di Epstein-Barr, Herpes Simplex tipo 1, 2 e 6, Brucella, Borrelia, Mycoplasma, Chlamidia, Legionella, Rickettsie; Anti HIV, VDRL, TPHA, C3, C4, anti-DNA.

PERICARDITE ACUTA IDIOPATICA O VIRALE

Conviene raggrupparle insieme dato che sono clinicamente indistinguibili; inoltre è probabile che molte delle pericarditi idiopatiche siano in realtà causate da virus, essendo molto difficile, e probabilmente anche poco utile, eseguire

sistematicamente tutte le ricerche per identificare possibili virus. La diagnosi è quindi per esclusione, di fronte a una pericardite acuta che si risolve con o senza trattamento anti infiammatorio e nella quale non si riesce a individuare una causa specifica. Il quadro clinico iniziale è generalmente acuto, con dolore, sfregamento e febbre; in un terzo dei casi può essere presente anche una pleurite, e nel 10% dei casi inizialmente possono essere alterati anche i tests di funzionalità epatica (transaminasi) (4).

In circa 1/3 dei pazienti si può osservare un modesto innalzamento della troponina, marcatore di danno miocardio di solito associato ad infarto del miocardio; l'innalzamento di tale parametro se da una parte renderà quasi automatico il ricovero almeno a scopo precauzionale, non peggiora la prognosi e anzi tende ad escludere eziologie specifiche della pericardite, osservandosi quasi esclusivamente nei casi "idiopatici" (11).

In qualche caso il decorso può essere prolungato (settimane).

Nella maggioranza dei casi (ma non obbligatoriamente) è presente un versamento pericardico, che raramente, soprattutto se la diagnosi è misconosciuta o molto ritardata, può evolvere anche in tamponamento cardiaco. Un decorso clinico con brusche riaccensioni, che comunque si risolvono, in assenza di una patologia sistemica evidente, praticamente assicura il carattere "idiopatico" (vale a dire a

causa sconosciuta ma a decorso benigno) della pericardite.

PERICARDITE TUBERCOLARE

Rappresenta circa il 5% delle pericarditi acute ricoverate in ospedale. Si manifesta generalmente con un decorso prolungato, con sintomi "costituzionali" quali febbre e deperimento e scarsa risposta al trattamento anti-infiammatorio. Nella maggioranza dei casi esiste un versamento pericardico, che può evolvere in tamponamento nel 60% dei casi. Se non trattata è caratteristica la evoluzione in costrizione pericardica

La tubercolosi (TBC) è da valutare sempre, soprattutto nei casi più spinosi e soprattutto se il paziente è in terapia steroidea; il suo sospetto è anche un buon motivo per non iniziare una terapia steroidea un po' "a caso".

Gli esami da eseguire sono:

-intradermoreazione alla tubercolina (utilizzando 5 unità di PPD), e valutando a 24, 48 e 72 ore la comparsa di eritema (=arrossamento), ma soprattutto di infiltrato, cioè un indurimento rilevato, una specie di bottone sottopelle: il test è positivo se tale infiltrato ha un diametro maggiore di 1 cm.

- Ricerca del BK (bacillo di Kock, batterio responsabile della tubercolosi) in tutti i liquidi biologici (escreato, sangue, urine, feci), con tutte le metodiche disponibili (esame microscopico, colturale, e con metodica detta PCR; da non

confondere con la Proteina C Reattiva, la metodica PCR significa Protein Chain Reaction, e permette di identificare la presenza del DNA del Bacillo della TBC).

- Anche a questo fine può essere utile la TAC del torace, che se normale tende ad escludere la possibilità di una infezione tubercolare in atto.

Va ricordato però che la diagnosi di tubercolosi in linea teorica non può mai essere del tutto esclusa: anche la ricerca del BK nel liquido pericardico risulta infatti positiva solo nel 50% dei casi di TBC pericardica. E' allora molto importante sia la evoluzione clinica sia il tipo di terapia: *EVOLUZIONE CLINICA*: episodi acuti anche violenti ma che vanno incontro a una completa risoluzione del quadro, salvo poi ripresentarsi mesi più tardi escludono una TBC, mentre un versamento torbido che tende a accumularsi, con fasi cliniche di alti e bassi deve sempre molto insospettire. *TIPO DI TERAPIA*: se il paziente non assume steroidi si può tenere un atteggiamento di sorveglianza e di attenzione "routinario", mentre se il paziente assume steroidi tutta la evoluzione clinica di una eventuale TBC sarà falsata e potenzialmente molto più preoccupante.

PERICARDITE PURULENTA

E' causata da batteri, con essudato pericardico purulento. Molto rara, è molto pericolosa, in quanto si associa a uno stato infettivo e settico

grave generalizzato, con frequente evoluzione in tamponamento e in costrizione.

La *PERICARDITE POST INFARTO* può verificarsi entro pochi giorni dall'infarto miocardico (detta in questo caso "epistenocardica"), o alcune settimane dopo. Quest'ultima evenienza, detta sindrome di Dressler, si ritiene sia sostenuta da una reazione immunopatologica a carico del pericardio causata dalla necrosi miocardica.

Una genesi simile sembra avere la *PERICARDITE POST PERICARDIOTOMICA*, che si verifica alcune settimane dopo forme di interventi cardiocirurgici con apertura del pericardio.

La moderna cardiologia interventistica ha ampliato lo spettro di forme "post pericardiotomiche". Infatti sono stati segnalati vari casi di pericardite acuta insorta dopo vari tipi di cateterismi cardiaci, quali procedure di ablazione per aritmie recidivanti, valvuloplastica mitralica percutanea, angioplastica, oppure dopo impianto di pacemaker con elettrodi atriali a vite, o semplicemente dopo pacing transitorio o permanente

Queste forme che compaiono settimane dopo la lesione pericardica sono forme acute e fortemente infiammatorie, che non vanno confuse con versamenti cronici magari presenti sin dal momento dell'intervento. E' probabile che siano facilitate da sanguinamenti anche modesti che si verificano nella cavità pericardica a seguito della manovra invasiva eseguita.

PERICARDITE NEOPLASTICA

Si diagnostica generalmente con la dimostrazione della presenza di cellule tumorali nel liquido pericardico e/o con la dimostrazione alla TAC del torace di masse neoplastiche che si estendono verso il pericardio. In molti casi si verifica nel contesto di una neoplasia già nota (tumori del polmone, della mammella, linfomi, etc.), ma può costituire anche la manifestazione d' esordio della neoplasia.

PERICARDITE ACUTA IN CORSO DI MALATTIA AUTOIMMUNE

E' noto che pericarditi si possono manifestare in pazienti che sono già notoriamente affetti da varie malattie autoimmuni, e quelle più frequentemente coinvolte sono il lupus eritematoso sistemico, la artrite reumatoide e la sclerodermia. Pericarditi sono possibili anche in corso di malattie infiammatorie croniche intestinali (malattia di Crohn e colite ulcerosa). La pericardite può essere acuta e ben manifesta, generalmente in fase di riattivazione della malattia, ma può anche essere subclinica.

Diverso è la possibilità che una pericardite apparentemente "idiopatica", cioè senza causa apparente, possa essere spia di una malattia autoimmune non ancora nota in quel paziente, e che tende a manifestarsi per la prima volta con tale quadro clinico.

Abbiamo osservato alcuni casi di pericardite acuta apparentemente “idiopatica”, in cui però una valutazione accurata ha dimostrato la presenza di secchezza oculare e orale, accompagnata dalla presenza degli anticorpi anti ENA detti anti Ro/SSA (sottogruppo dei più conosciuti anticorpi anti nucleo), con una biopsia delle ghiandole salivari minori che ha confermato la presenza di una Sindrome di Sjogren. Tale evenienza si è verificata in circa il 4% dei casi di pericardite inizialmente etichettati come “idiopatici” (3-5).

La sindrome di Sjogren è una malattia generalmente benigna, che spesso dà poche segni di sé, caratterizzata essenzialmente da secchezza orale e oculare, artralgie, febbre, eruzioni cutanee, e che sarebbe passata del tutto inosservata senza la esecuzione dei suddetti tests (ANA ed ENA) (3-5).

PERICARDITE IN CORSO DI INSUFFICIENZA RENALE

Descritta in due forme (uremica e associata a dialisi), ha un'incidenza fino al 20% nei pazienti con insufficienza renale. La forma uremica, cioè da insufficienza renale avanzata, risulta dall'infiammazione dei foglietti pericardici e ben correla con i valori di azotemia; nella forma associata a dialisi i foglietti pericardici, ispessiti, sono fortemente adesi tra loro. I pazienti possono avere pochi sintomi e l'ECG solitamente non mostra le alterazioni tipiche, poiché è rara la concomitante infiammazione del miocardio. I

pazienti uremici rispondono bene all'emodialisi o alla dialisi peritoneale.

Pazienti con insufficienza renale possono soffrire di pericardite acuta “normale”, per es. post-pericardiotomica, virale, idiopatica. In tali casi i FANS sono spesso controindicati, soprattutto a dosaggi elevati. La colchicina può essere usata, tenendo bassi i dosaggi (es 0.5, massimo 1 mg al giorno) ed evitando l'uso concomitante di antibiotici della classe dei macrolidi (claritromicina, azitromicina), che in questo caso specifico ne possono aumentare notevolmente la tossicità.

EZIOLOGIA PERICARDITE ACUTA; IN PRATICA..... (vd Tabella II)

In pratica, a fronte della miriade di possibili cause, la pericardite rimane “idiopatica”, cioè senza causa riconosciuta, nell'80-85% dei casi circa (11); le possibili eziologie da valutare inizialmente soprattutto nei casi con febbre alta, decorso subacuto, versamento pericardico abbondante, scarsa risposta ai FANS, molte recidive, sono principalmente:

1. connettiviti (Sindrome di Sjogren, lupus eritematoso sistemico e altre): esecuzione di una batteria di esami immunologici (anticorpi anti-nucleo-ANA, anti antigeni nucleari estraibili-ENA, RA test e Waaler Rose) accompagnata generalmente da una valutazione clinica specialistica.

2. Neoplasia: oltre alla valutazione clinica generale sarà fondamentale eseguire una TAC del torace.

3. Infezioni virali: difficili da accertare e da escludere; alcuni ospedali attualmente eseguono la ricerca di anticorpi anti-coxsachie e anti-ECHO virus IgG e IgM.

4. Tubercolosi: da valutare sempre, soprattutto nei casi più spinosi e soprattutto se il paziente è in terapia steroidea; per gli esami da eseguire vd paragrafo precedente PERICARDITE TUBERCOLARE; anche a questo fine può essere utile la TAC del torace, che se normale è in contrasto con la possibilità di una infezione tubercolare in atto.

5. Forme post pericardiotomiche e sindrome di Dressler. Preme qui sottolineare che tali pericarditi sono malattie acute fortemente infiammatorie, che si verificano dopo 2-3 settimane dall'insulto iniziale. Cosa diversa è un versamento pericardico in evoluzione ma presente sin dal momento dell'intervento chirurgico.

In linea generale nelle fasi iniziali di una pericardite acuta andranno escluse una connettivite, infezioni, soprattutto la TBC, e tumori. Una volta però escluse tali patologie (cosa che avviene nella maggioranza dei casi), non ha più senso poi procedere nella ricerca ossessiva e continua della eziologia.

Tab. II. Pericardite acuta: principali eziologie da escludere soprattutto nei casi con febbre alta, andamento subacuto, versamento pericardico abbondante, normalità della troponina, scarsa risposta ai FANS, molte recidive, con i relativi tests diagnostici (anamnesi ed esame obiettivo sempre fondamentali).

Connettiviti e malattie reumatiche (Sjogren, LES, gotta, etc.)	ANA, anti-ENA, RA test, Waaler Rose, urato
Neoplasie	TAC torace
Virus	anti-coxsachie, anti-ECHO, anti-Parvovirus IgG e IgM
Batteri atipici	Anti-legionella, anti-mycoplasma, anti-chlamidie, anti-rickettsie
Tubercolosi	intradermoreazione alla tubercolina (5 U di PPD), TAC torace, coltura BK nei campioni biologici o ricerca DNA con metodica PCR

PERICARDITE RECIDIVANTE

La gestione della pericardite acuta di per se non sarebbero un particolare problema se non tendessero a recidivare nel 15-40% dei casi.

Qualunque sia stata la causa iniziale (infettiva, post pericardiotomica, infarto miocardico acuto), le successive recidive sono poi di per sè sempre “idiopatiche”, cioè senza causa apparente, in assenza di una evidente malattia sistemica che le possa giustificare (es. sindrome di Sjogren, lupus eritematoso sistemico o altre connettiviti, TBC, etc).

La spiegazione che viene data di tali recidive è che un soggetto geneticamente predisposto tende a riattivare una infiammazione a carico del pericardio; è come se l'individuo, memore della precedente infiammazione che aveva coinvolto il pericardio magari per eliminare un virus, scatenasse ancora delle battaglie “a sproposito” coinvolgenti ancora il pericardio. In altre parole l'organismo “si sbaglia”, e pensa che il virus sia ancora presente e fa una battaglia per eliminarlo; tale battaglia però dura un certo periodo, ma poi si risolve, grazie anche alle terapie anti-infiammatorie impiegate.

TERAPIA DELLA PERICARDITE ACUTA

Vd tabella III

Tab. III: Terapia della pericardite acuta (dosaggi giornalieri).

FANS (a dosaggio pieno e associati a “gastroprotezione”)	Indometacina: 50 mg x 2 ev o 50 mg x 2-3 per os Aspirina 800 mg 2-4 volte al dì
--	--

	Ibuprofene 1200-1800 mg
Steroidi (es prednisone 15-25 mg/die)	Solo in casi REALMENTE non responsivi a dosi adeguate e prolungate di FANS o in cui i FANS sono controindicati. Riduzioni successive di dosaggio MOLTO lente (mesi), SENZA riaumentare il dosaggio in caso di recidiva
Colchicina	Soprattutto nella pericardite recidivante. Da aggiungere a FANS e eventualmente agli steroidi. Per migliorare la tolleranza iniziare con 0.5 mg/die per 7 giorni e poi aumentare a 1 mg/die

Non procedere con alcuna riduzione di terapia se la malattia non è del tutto quiescente, con VES e PCR normali.

Una recidiva non implica un nuovo ricovero.

N.B. Questa terapia è efficace nelle vere pericarditi acute, con VES e PCR alte; non è

efficace in casi di dolori toracici aspecifici con VES e PCR normali, né in versamenti pericardici cronici, sintomatici o asintomatici, con VES e PCR normali.

La Società Europea di Cardiologia ha pubblicato delle linee guida sulla terapia di questa malattia (6). Tali linee guida necessitano attualmente di una revisione, anche in base ai risultati di grossi studi recenti, molti dei quali pubblicati dagli autori del presente testo e a cui ci rifacciamo, con alcuni ulteriori commenti basati sulla esperienza dei nostri centri.

La terapia del primo episodio di pericardite acuta è simile a quella delle eventuali recidive, salvo che l'uso della colchicina è sicuramente consigliato nelle forme recidivanti, mentre è ancora un po' da valutare durante il primo attacco, e salvo che il problema si fa sempre più spinoso a mano a mano che le recidive si susseguono, con sempre maggiore "disperazione" da parte del paziente, e "imbarazzo" da parte del medico.

FANS (FARMACI ANTI INFIAMMATORI NON STEROIDEI)

Tutto concordano che si debba iniziare con i farmaci anti-infiammatori non steroidei (FANS) o acido acetilsalicilico, detto anche aspirina o "ASA". Il problema è quale farmaco e a quale dosaggio. I testi americani suggeriscono l'aspirina a dosaggio però elevato: 4-6 g/die. E' osservazione condivisa che tali dosaggi non vengano in genere tollerati dagli Europei, e da ciò

deriva l'impiego di tale farmaco a dosaggi sostanzialmente più bassi (es 800 mg x 2-4 /die). L'effetto anti-infiammatorio di tali dosaggi è inferiore. Talvolta vengono utilizzati altri farmaci, ma di nuovo spesso a dosaggi del tutto insufficienti per esplicare una valida azione anti infiammatoria.

In pratica conviene utilizzare aspirina al dosaggio di 800 mg 3 o 4 volte al dì almeno inizialmente oppure, soprattutto nei casi in cui la infiammazione è più intensa e il dolore più violento (il dolore della pericardite può essere veramente forte), i FANS meglio tollerati e a dosaggi adeguati: es indometacina 50 mg x 2 o 3 volte al dì (raggiungendo la dose massima per os di 150 mg in 2-3 giorni, per ridurre eventuali effetti collaterali), oppure 50 mg x 2 endovena, oppure ibuprofene 400-600 mg 3-4 volte al dì. Alternativamente si potrebbe utilizzare diclofenac 150-200 mg/die (per os, o in supposta, o I.M.). In casi meno impegnativi anche la nimesulide alla dose di 100 mg x 2 /die, controllando la funzionalità epatica. Possono comunque essere utilizzati anche altri FANS purchè però ai dosaggi adeguati per dominare uno stato infiammatorio che può essere anche molto intenso. La aspirina andrà privilegiata nei pazienti in cui occorre mantenere una terapia antiaggregante, per es. nelle forme post-infartuali.

Generalmente l'uso di FANS a queste dosi e per tali lunghi periodi richiede una gastroprotezione associata (es. Lansoprazolo 15-30 mg/die).

Durante le recidive noi scoraggiamo nuovi ricoveri, ma comunque nel caso il paziente fosse nuovamente ricoverato indometacina 50 mg in 250 cc di fisiologica 2 volte al giorno endovena tende a controllare anche i casi più difficili.

FANS NELLA PERICARDITE ACUTA: durata terapia

Non esistono indicazioni condivise. E' logico pensare che tale terapia debba durare almeno fino alla risoluzione dell'attacco, il che significa scomparsa dei disturbi e normalizzazione di VES e PCR. Noi raccomandiamo di proseguire con tale terapie, a dosaggi elevati, almeno fino a che ogni segno di infiammazione clinico o di laboratorio (VES e PCR) non si siano stabilmente e chiaramente rinormalizzati. Questo può richiedere anche mesi. Eventualmente la dose iniziale "d'attacco" potrà essere ridotta gradualmente nelle settimane successive, se i sintomi sono assenti e VES e PCR sono normali.

Generalmente l'uso di FANS a queste dosi e per tali lunghi periodi richiede una gastroprotezione associata (es. Lansoprazolo 15-30 mg/die).

Alcuni pazienti tendono ad avere recidive dopo infezioni virali delle prime vie aeree. In tali casi raccomandiamo di incrementare la terapia con FANS già durante l'episodio infettivo, anche se blando.

COLCHICINA

Recentemente autori di questo capitolo hanno pubblicato importanti studi, anche randomizzati controllati, cioè di massima qualità scientifica, che hanno finalmente dimostrato la efficacia della colchicina sia nel primo attacco sia nelle eventuali successive recidive. Lo studio COPE ha infatti dimostrato che la colchicina impiegata per 3 mesi *nel primo episodio* di pericardite acuta in 120 pazienti ha comportato una riduzione della durata dei sintomi (persistenza dei sintomi a 72 ore in 12% dei pazienti trattati verso il 37% dei non trattati) e soprattutto una riduzione delle recidive (11% vs 32% a 18 mesi); detto in altre parole è stato sufficiente trattare 5 pazienti ("NNT": Number needed to treat = 5) per 3 mesi per evitare che uno di essi avesse una recidiva. La dose utilizzata è stata di 1 o 2 mg in prima giornata e poi 0.5 o 1 mg/die; la dose più bassa è stata usata in pazienti di peso inferiore a 70 kg o che non tolleravano la dose iniziale di 1 mg/die .

Lo studio CORE invece ha dimostrato che la colchicina impiegata in 84 pazienti allo stesso dosaggio ma per una durata di 6 mesi in pazienti con *pericardite recidivante* ha significativamente ridotto il tasso di recidive a 18 mesi: le recidive si sono infatti dimezzate (24% vs 51% a 18 mesi); in altre parole è stato sufficiente trattare 4 paziente per 6 mesi per prevenire una recidiva (NNT = 4).

La colchicina non è quindi una "bacchetta magica" che elimina di colpo tutte le recidive, ma è sicuramente utile se usata correttamente. In

particolare va aggiunta a FANS e steroidi, e non sostituita ad essi, e non è efficace se il cortisone viene scalato troppo rapidamente. E' efficace nella vera pericardite acuta ma non in altre malattie pericardiche (es. versamenti pericardici cronici con VES e PCR normali).

Colchicina: dose

In pratica la dose consigliata è bassa: non più di 1 mg al giorno, che può essere ridotta a 0.5 mg al giorno nelle persone che pesano meno di 70 kg o che comunque non tollerano la dose di 1 mg. Spesso partiamo in ogni caso con la dose iniziale di 0.5 mg/die per una settimana, aumentata poi a 1 mg/die se tollerata, ed eventualmente riportata a 0.5 mg/die in caso di comparsa di diarrea alla dose di 1 mg/die.

Colchicina: durata terapia

La durata della terapia non è codificata, ed è sicuramente da adattare al singolo paziente.

Negli studi pubblicati è stata impiegata per 3 mesi dopo il primo episodio di pericardite (studio COPE) (1), e per 6 mesi dopo le eventuali recidive (studio CORE) , oppure per 2 anni dopo la ultima recidiva in casi più complessi .

Sono state segnalati vari casi in cui dopo la sospensione della colchicina si sono avute nuove recidive, ed anche noi abbiamo avuto tale esperienza. In pratica noi ci regoliamo in questo modo. Spieghiamo al paziente che raramente la

terapia è stata condotta per più di 2 anni dopo la ultima recidiva, ma che alla sospensione del farmaco è possibile avere delle recidive, e discutiamo insieme al paziente la opzione più adatta per lui. Ci sono infatti soggetti così "spaventati" dalla loro precedente storia che preferiscono continuare ad assumerla per altri mesi, altri invece che desiderano assumere il minor numero di farmaci possibili e che preferiscono sospenderla al più presto.

La sospensione comunque non sarà mai brusca , ma graduale, ad es. 1 mg a giorni alterni per un mese, poi 0.5 mg a giorni alterni per un altro mese e poi infine stop.

Colchicina: effetti collaterali

Sebbene la colchicina possa avere in teoria vari effetti collaterali, alla dose di 1 mg/die risulta in genere molto ben tollerata, e priva di effetti collaterali di rilievo, come riportato in tutti gli studi sopraccitati e come è esperienza comune nei pazienti con Febbre Familiare Mediterranea, che la assumono per tutta la vita, compresa la infanzia e durante la gravidanza. Preferiamo non utilizzarla in gravidanza. Può essere sicuramente usata negli adolescenti QUOTE "(1)". In pratica dal 7 al 20% dei pazienti interrompe la colchicina per gli effetti collaterali, soprattutto diarrea . Raramente può indurre alopecia, cioè perdita di capelli.

Colchicina : interazioni farmacologiche

Il concomitante uso di antibiotici della classe dei macrolidi, es. claritromicina o azitromicina, ne aumenta le concentrazioni plasmatiche, per interazioni a livello di metabolismo epatico, e ciò è tanto più vero in caso di insufficienza renale. In tale situazione sarà preferibile utilizzare altri antibiotici o ridurre la dose di colchicina, e comunque monitorare più strettamente la situazione del paziente .

Colchicina meccanismo di azione

Il meccanismo di azione non è ben noto, ma sembra agisca legandosi alla tubulina, proteina dei microtubuli intracellulari, rallentando la migrazione dei leucociti, con diminuzione della liberazione di enzimi infiammatori.

Colchicina : "Trucchi" del mestiere

NON utilizzare una dose carico iniziale di 2 mg; tale dose più alta aumenta solo il rischio di precoce intolleranza gastrointestinale (diarrea), e a quel punto è facile che il farmaco verrà sospeso, rinunciando così al successivo utilizzo di una arma preziosa nel successivo controllo della malattia .

La diarrea da colchicina è spesso transitoria, e se lieve può essere trattata per qualche giorno con un antidiarroico, nell'attesa che l'organismo si abitui al farmaco.

Se il paziente con pericardite soffre abitualmente di stitichezza, l'utilizzo di colchicina potrà migliorare tale disturbo.

Colchicina: ulteriori considerazioni

La colchicina è sicuramente efficace nelle pericardite recidivante .

Lo studio che meglio di tutti ne ha misurato la efficacia è lo studio CORE. In tale studio i pazienti randomizzati a colchicina per 6 mesi hanno avuto una riduzione delle recidive da 50% a 25%: le recidive cioè si sono dimezzate, MA NON SONO SCOMPARSE.

La colchicina è quindi un farmaco utile, ma non è una bacchetta magica che di per sè possa risolvere tutte le situazioni, anche quelle più spinose .

Molti medici, soprattutto cardiologi, rimangono tuttavia scettici relativamente alla sua efficacia; ciò è dovuto a vari fattori. Innanzitutto vedono ancora delle recidive dopo la sua introduzione: la colchicina però dimezza le recidive, ma non le elimina, come ben dimostrato dallo studio CORE. In secondo luogo la colchicina è efficace solo nella vera pericardite acuta, come sopra descritta; non è quindi efficace in TUTTE LA MALATTIE DEL PERICARDIO; in particolare non è generalmente efficace nei versamenti pericardici ingrossanti con VES e PCR normali. Infine nei casi più spinosi e steroide-dipendenti è essenziale adottare le modalità di riduzione graduale del cortisone più sotto indicate .

Vari autori ne propongono l'impiego già durante il primo episodio di pericardite acuta, e il citato studio COPE ne ha dimostrato la efficacia anche

in tale caso (1). Nell'attesa di ulteriori studi che ne confermino la efficacia anche nel primo episodio di pericardite acuta, noi per ora proponiamo tale farmaco ai pazienti con primo attacco, soprattutto se violento, discutendo col paziente i possibili vantaggi e svantaggi teorici.

E' interessante ricordare che testi di medicina omeopatica consigliano la colchicina nelle terapia della pericardite.

CORTISONE NELLA TERAPIA DELLA PERICARDITE

La terapia con cortisone ha un destino curioso nella pericardite acuta: non dovrebbe essere usata quasi mai, eppure è usatissima, e si instaura spesso una sorta di "dipendenza" da essa da cui è difficile uscire.

Sebbene i testi di medicina, le reviews sull'argomento e le linee guida della Società Europea di Cardiologia pongono severe limitazioni all'uso del cortisone nelle pericarditi, che dovrebbe essere impiegato solo nei rari casi veramente non responsive ai FANS, nella realtà di tutti i giorni gli steroidi sono impiegati molto frequentemente: per es. il 90 % dei pazienti che sono venuti alla nostra osservazione erano già in terapia con steroidi. La possibile spiegazione di questo è che il cortisone induce una risposta molto rapida e gratificante sui sintomi della pericardite, per cui il paziente si sente finalmente "bene" dopo avere tanto "patito". Sfortunatamente spesso il loro impiego induce però una sorta di dipendenza,

per cui il paziente non riesce più a farne a meno, pena l'innesco di continue recidive, con un continuo ciclo di recidiva, riaumento della dose, riduzione della dose, recidiva, riaumento della dose, e così via: una vera sorta di "dipendenza" dagli steroidi che alla fine si rivela molto frustrante sia per il medico sia per il paziente. Perciò uno degli argomenti più "scottanti" nel trattamento dei pazienti con pericardite recidivante è la gestione di tale terapia steroidea, che non dovrebbe essere usata praticamente mai, ma nella realtà domina il campo.

Schemi terapeutici e "trucchi" comunemente usati in immunoreumatologia possono essere di grande aiuto in tali situazioni.

In realtà c'è solo un piccolo studio osservazionale retrospettivo che suggerirebbe una certa efficacia del cortisone. In tale studio 12 pazienti con pericardite recidivante idiopatica (cioè non associata ad altre malattie note) furono trattati con prednisone alla dose di 1-1,5 mg/kg/die per 1 mese e poi graduale riduzione nel corso di altri 2 mesi. Quando però veniva iniziata la riduzione del dosaggio di cortisone veniva aggiunta anche aspirina, per 5 mesi, alla dose iniziale di 1.6 g/die fino alla sospensione del cortisone, poi alla dose di 0.8 g/die. I risultati erano abbastanza buoni, con remissione stabile dei sintomi in tutti i pazienti tranne uno, anche se 3 pazienti sviluppavano severi effetti collaterali, tali per cui 1 di essi veniva trattato con azatioprina e uno con ciclofosfamide. In realtà tali buoni risultati possono essere chiaramente spiegati almeno in

parte dal concomitante uso di aspirina, per un periodo di tempo prolungato (5 mesi). Tale studio è l'unica base su cui la Società Europea di Cardiologia nelle sue linee guida consiglia che (SOLO NEI RARI CASI IN CUI IL CORTISONE DOVREBBE ESSERE IMPIEGATO) venga utilizzato a tali alte dosi: 1-1,5 mg/kg/die di prednisone (6). Tali dosi sono comunque ovviamente gravate da maggiori effetti collaterali che dosi minori, soprattutto se ad ogni recidiva si riparte dalla dose iniziale di 50 mg di prednisone.

Tali alti dosi però non corrispondono a quelle impiegate comunemente in clinica da immunologi e reumatologi che curano pericarditi e pleuriti in pazienti con connettiviti (lupus eritematoso sistemico-LES, sindrome di Sjogren, artrite reumatoide, Sclerodermia, connettiviti indifferenziate, etc.). In tali pazienti infatti la pericardite è considerata una manifestazione lieve o al massimo moderata di malattia, e per tali manifestazioni la dose di prednisone impiegata non supera mai i 25 mg/die. Nei RARI CASI In cui veramente indicati, tali schemi terapeutici potrebbero essere impiegati anche nei casi di pericardite "idiopatica" autoreattiva.

Troppo spesso si inizia una terapia steroidea, piena di insidie in merito al rischio di recidive o in merito ad una possibile eziologia tubercolare, solo perchè si è concluso che i FANS erano "inefficaci" quando in realtà erano solo sottodosati. A questo proposito va ricordato che già anni fa Autori francesi avevano ipotizzato che le recidive fossero poi più frequenti in pazienti

che avevano iniziato una terapia steroidea, come se tale terapia in qualche modo le facilitasse. Tale ipotesi è stata recentemente confermata da vari grossi studi che hanno dimostrato in particolare che:

- la terapia steroidea attenua la efficacia della colchicina nel prevenire le recidive .
- La terapia steroidea aumenta il rischio di recidive successive già se utilizzata durante il primo episodio di pericardite (studio COPE) .
- La terapia steroidea aumenta il rischio di recidive anche quando impiegata in un secondo tempo nelle successive recidive (studio CORE).

Una possibile spiegazione di questo fenomeno è che il cortisone può facilitare la persistenza della infezione virale che ha causato inizialmente la, pericardite .

Un'altra possibile spiegazione è in realtà il metodo spesso impiegato per ridurre tale terapia, che prevede spesso una dose iniziale molto alta (es. 50 mg di prednisone), poi rapidamente scalata e sospesa magari in 20-30 giorni. A questo punto l'attacco originale, che in realtà ancora "covava sotto la cenere" si riaccende, anche violentemente. In questo caso più che una vera recidiva si tratta di una riaccensione dell'attacco originale, ancora non definitivamente spento.

Molti hanno sperimentato come possa essere “gratificante” iniziare il cortisone nella pericardite acuta, con rapido beneficio per il paziente. Sulla base delle precedenti considerazioni però molti autori (7-9), noi compresi, e le linee guida della società Europea di Cardiologia (6), raccomandano di limitarla al massimo, utilizzandola per lo più solo quando si sta profilando la concreta possibilità di un tamponamento cardiaco; in questo caso specifico noi utilizziamo per es. metilprednisolone ev a una dose che può variare da 40 mg x 2, fino a 250 mg x 4 ev /die per pochi giorni.

Va ricordato anche come possa essere quasi impossibile escludere con certezza una eziologia tubercolare soprattutto nei casi più spinosi, e come ovviamente la terapia prolungata con cortisone di pericarditi tubercolari esponga a rischi enormi.

POSSIBILI INDICAZIONI ELETTIVE DEL CORTISONE NELLA PERICARDITE ACUTA

Gli steroidi possono avere le seguenti limitate indicazioni:

- pazienti con malattie autoimmuni ,
- pazienti in terapia anticoagulante orale,
- pazienti nei quali FANS e aspirina sono realmente controindicati, ad es. per reazioni allergiche multiple documentate.
- pazienti in gravidanza.

IL PROBLEMA DELLA RIDUZIONE DEL DOSAGGIO DEL CORTISONE

E’ esperienza comune quanto possano essere frequenti e frustranti le riprese della malattia a seguito di successive riduzioni del dosaggio del cortisone. E’ impossibile suggerire con precisione una riduzione di dosaggio (“tapering”) indicata per tutte le situazioni. Si può dire comunque che iniziare con 50 mg di prednisone al giorno e dimettere poi il paziente con indicazione a sospendere tale terapia in 2-3 settimane espone sicuramente a un grossissimo rischio non tanto di recidiva di un secondo episodio, ma semplicemente di ricaduta, vale a dire il ripresentarsi dello stesso episodio clinico, ancora non superato.

In generale nella nostra esperienza noi non iniziamo praticamente mai il cortisone; ci arrivano comunque molti pazienti in terapia con cortisone iniziata da altri, e che recidivano a ogni tentativo di sospensione (5). In generale in tali pazienti raccomandiamo riduzioni di dosaggio molto graduali, utilizzando schemi terapeutici simili a quelli che impieghiamo per trattare pericarditi e pleuriti nelle connettiviti (Lupus eritematoso sistemico-LES, sindrome di Sjogren, artrite reumatoide, sclerodermia, etc.).

In analogia con tali patologie noi consigliamo una dose iniziale di non più di 25 mg/die di prednisone (es 15-25 mg/die). Tale dose iniziale può essere mantenuta per 2-4 settimane (sempre associando FANS ad alte dosi e colchicina), per

poi iniziare una lenta riduzione, che facilmente durerà alcuni mesi. La riduzione può essere meno lenta fino a raggiungere una soglia critica variabile intorno a 7.5-15 mg/die, dopo di che dovrà diventare ancora più lenta, nell'ordine per es. di 2.5 mg a giorni alterni ogni 4 settimane. (tali lentissime riduzioni di dosaggio sono facilitate nei paesi anglosassoni dove esistono cp di solo 1 mg di prednisone).

E' fondamentale che ogni riduzione di cortisone si effettui SOLO in completa assenza di sintomi e con VES E PCR normali.

Cortisone nella pericardite acuta recidivante: "trucchi" del mestiere (vd anche "Come minimizzare gli effetti collaterali da steroidi")

Un "trucco" fondamentale, che condividiamo con colleghi Spagnoli (16), è il seguente: non riaumentare la dose di cortisone anche in caso di recidiva.

Durante la lenta riduzione del cortisone qualche recidiva potrà ugualmente capitare, ed è bene informarne il paziente, che quindi è "pronto" all'evento. Al verificarsi della recidiva la dose di cortisone in corso VA MANTENUTA INVARIATA, SENZA riaumentarla (e senza ridurla ulteriormente). Invece va riaumentata la dose di FANS o aspirina, che va riportata alla dose massima, eventualmente anche endovena o intramuscolo. Contemporaneamente il paziente va tranquillizzato; l'evento era atteso, e in parte "inevitabile", ma non rappresenta niente di grave;

non occorre essere ricoverato. Inoltre in effetti è vero che la recidiva può sempre capitare, ma se la riduzione del cortisone era molto graduale, se i FANS vengono riportati ai dosaggi massimi e se il paziente sta assumendo la colchicina, oggettivamente la recidiva sarà sicuramente meno intensa: il dolore sarà meno violento e anche i sintomi di accompagnamento (febbre, prostrazione, etc.) saranno molto più lievi.

Un altro "trucco" utile per superare la recidiva senza riaumentare la dose può essere quello di frazionare la dose di cortisone, mantenendo la stessa dose ma dividendola in 2 assunzioni, mattina e sera, e questo per ridurre la sintomatologia notturna.

In pratica noi invitiamo il paziente e i suoi eventuali curanti a "RESISTERE, RESISTERE, RESISTERE", affrontando una recidiva che sarà pur sempre più lieve e che si risolverà certamente in 1-2 settimane al massimo. Invitiamo il paziente a considerare l'attacco come una specie di episodio di "influenza" che lo farà stare non bene e che lo limiterà, ma di solito per una settimana, al massimo 2. Passato tale attacco il paziente tornerà a stare bene, MA NON SI RITROVERA' più ad avere riaumentato il cortisone. A questo punto il paziente manterrà la terapia invariata e la dose di cortisone invariata per almeno un mese dopo che ogni sintomo è passato e VES e PCR si sono normalizzati, e solo a quel punto riprenderà la lenta riduzione del cortisone.

Il “trucco” quindi è duplice: non riaumentare la dose di cortisone in occasione dell’attacco, ma neppure poi ridurla troppo rapidamente, mantenendo la dose in corso per almeno un mese dopo che ogni sintomo è passato e che VES e PCR si sono normalizzate.

.In pratica si dovrà arrivare alla sospensione del cortisone non in settimane, ma per lo più in mesi, e talvolta in anni. Riduzioni di questo tipo sono spesso poco note al cardiologo, che potrà utilizzare con vantaggio la competenza di un Immunologo o Reumatologo .

Cortisone nella pericardite acuta recidivante: effetti collaterali

Il fatto che le riduzioni di dosaggio andranno realizzate in tempi molto più lunghi di quanto avviene comunemente avviene NON comporta un aumento degli effetti collaterali, anzi! Va ricordato infatti che tali effetti collaterali sono per lo più legati alla DOSE TOTALE ASSUNTA; considerando che a ogni recidiva è abitudine ripartire da dosaggi più elevati, ne consegue che la dose totale di cortisone assunta dipende non tanto dalla durata della terapia, ma dal numero delle recidive in cui si riaumento della dose.

Cortisone nella pericardite acuta recidivante: come minimizzare il rischio di effetti collaterali da steroidi: altri “trucchi del mestiere”.

Oltre all’ovvia considerazione di evitare dosi iniziali ingiustificatamente eleva e di utilizzare le

dosi minime efficaci, esistono alcuni “trucchi” ben noti a immunologi e reumatologi.

Innanzitutto per dosi sopra il 15-20 mg/die di prednisone è bene utilizzare una dieta povera di sale, zuccheri e in generale ipocalorica; infatti tali dosi di steroidi causano una lieve ritenzione di acqua e sali e soprattutto “mettono appetito”, per cui è facile che il paziente metta su dei kg di grasso che poi fatica a smaltire.

Inoltre nelle donne e in tutti i soggetti anziani è bene utilizzare la terapia di prevenzione della osteoporosi (17); tale terapia prevede di base l’impiego di farmaci a base di calcio e vitamina D. Ne esistono moltissimi in commercio, tutti rimborsati dal servizio sanitario nazionale, e sotto forma di compresse masticabili o di buste da sciogliere nell’acqua; per quanto non sempre ben tollerati a livello gastrico, facendo alcune prove si trova alla fine un preparato ben tollerato. Inoltre pazienti per i quali è prevista una terapia con prednisone alla dose di 5 mg/die per almeno 3 mesi (e quindi praticamente tutti i pazienti con pericardite per i quali si decide di iniziare una terapia steroidea) possono assumere anche bisfosfonati (17) sempre tramite servizio sanitario nazionale. Sui bisfosfonati una nota di cautela: donne in età fertile e che programmino ancora gravidanze è bene che non li assumano, dato che rimangono nell’organismo per anni dopo la fine della loro assunzione, e i loro effetti sul feto non sono noti.

*Cortisone nella pericardite acuta recidivante:
vari tipi di cortisonici*

In questa trattazione abbiamo di solito parlato di prednisone, che è il cortisonico di riferimento. Le dosi di tale farmaco sono confrontabili con quelle di altri cortisonici di differente potenza secondo il seguente schema (tabella IV), che va interpretato in questo modo: 5 mg di prednisone corrispondono per es. a 4 mg di metilprednisolone o a 6-7.5 mg di deflazacort.

Tabella IV. Dose prednisone-equivalente dei principali preparati steroidei.

Composto equivalente, in mg	Dose prednisone- equivalente
Idrocortisone	20
Prednisone	5
Metilprednisolone	4
Deflazacort	6-7.5
Flucortolone	4
Betametasone	0.6
Desametasone	0.75

TERAPIA CASI "REFRATTARI".

Non esistono probabilmente casi di vera pericardite acuta (vd paragrafo DEFINIZIONE) refrattari agli steroidi, ma esistono sicuramente casi in cui gli attacchi si riaccendono per dosaggi di cortisone medio-alti (es 15-20 mg/die di prednisone) e che non possono essere condotti per periodi troppo prolungati, pena inaccettabili effetti collaterali (ipertensione, diabete, osteoporosi,

infezioni, turbe del comportamento, etc). In tali casi gli schemi e la esperienza di immunologi e reumatologi può di nuovo tornare molto utile. E' infatti spesso opportuno aggiungere un altro farmaco con lo scopo di potere poi ridurre lo steroide senza incorrere in recidive troppo frequenti (farmaci "immunosoppressori" o "risparmiatori di steroidi"). L'analisi della scarsa letteratura disponibile (18) segnala 5 pazienti trattati con azatioprina, solo 1 paziente trattato con ciclofosfamide, 5 pazienti trattati con methotrexate, un paziente trattato con ciclosporina e 4 pazienti trattati con immunoglobuline ad alte dosi. Immunologi e reumatologi comunemente usano questi farmaci, e noi concordiamo che la azatioprina sia il farmaco preferito se tollerato, come suggerito anche dalle linee guida Europee (alla dose comunemente impiegata di 2-3 mg/kg/die), ma consideriamo che tali farmaci vanno in realtà impiegati raramente, riconoscendo che non ci sono molte evidenze in merito, privilegiando l'impiego dei farmaci meno tossici (es azatioprina e methotrexate) e nel cui impiego il medico ha sufficiente esperienza, e previa aperta discussione col paziente sui pro e contro sia dei singoli farmaci sia di dosaggi troppo elevati di steroidi.

In alcuni casi in cui la colchicina non è stata tollerata, la abbiamo sostituita con farmaci antimalarici (idrossiclochina), di frequente impiego nelle connettiviti e ben tollerato.

**IN PRATICA. RIASSUNTO SULL'IMPIEGO DEL
CORTISONE NELLA PERICARDITE ACUTA.**

1. *L'impiego dei corticosteroidi va molto limitato*, restringendolo ai casi più severi e veramente non responsivi a dosi piene e adeguate di FANS e aspirina, o a pazienti con vera allergia a tali farmaci, o in terapia con anticoagulanti orali o con malattie autoimmuni.

Il loro uso va limitato anche perché è un riconosciuto fattore di rischio per avere successive recidive (il loro impiego cioè aumenta il rischio di successive recidive).

2. Se realmente indicati, allora è bene utilizzare schemi simili a quelli impiegati da immunologi e reumatologi. Per es. utilizzare una *dose iniziale di non più di 25 mg/die di prednisone* (per es. 15-25 mg/die), mantenendo tale dose per 2-4 settimane, fino alla scomparsa di tutti i sintomi e alla normalizzazione di VES e PCR.

3. Nella terapia devono essere *sempre compresi FANS o aspirina ad alte dosi*, a meno che non siano realmente controindicati, e *colchicina a basse dosi (0.5-1 mg/die)*.

4. *La riduzione della dose di cortisone deve essere molto lenta e graduale*, nell'arco di mesi. Il prednisone può essere ridotto meno lentamente nelle fasi iniziali, quando le dosi sono più alte, es. 2.5-5 mg/die di prednisone ogni 2-4 settimane. Quando viene raggiunta una soglia critica generalmente intorno a 7.5-15 mg/die le riduzioni

è bene che diventino più lente, es. 1.25-2.5 mg/die ogni 4 settimane circa.

5. Ogni riduzione di dose può essere eseguita *solo in completa assenza di sintomi e con normalità di VES e PCR.*

6. In caso di recidiva durante la riduzione della dose di cortisone, si deve fare **OGNI SFORZO** per evitare di *riaumentare la dose di cortisone durante la recidiva*, cercando di controllare i sintomi riportando la dose di FANS ai dosaggi massimi, eventualmente frazionando la dose attuale di cortisone in due assunzioni, una al mattino e una alla sera, cercando di **RESISTERE** alla tentazione di riaumentare la dose di cortisone, tranquillizzando il paziente, e spiegandogli che l'attacco avrà comunque una intensità minore rispetto alle precedenti crisi, e che sarà un po' come se avesse una "influenza", che si risolleverà comunque entro 1 o 2 settimane al massimo. Il "premio" di questo sacrificio sarà che alla fine si ritroverà alla dose attuale di cortisone e non sarà ritornato alla dose iniziale: non ci sarà quindi da "ricominciare tutto da capo". Naturalmente **NON SARA' NECESSARIO** un ennesimo ricovero.

7. LA dose in corso di cortisone non dovrà comunque essere poi ridotta troppo in fretta; in altre parole dopo una recidiva la dose in corso di cortisone va mantenuta senza essere ridotta per almeno un mese dopo che ogni sintomo è scomparso e che VES e PCR si sono rinormalizzate.

8. In quella piccola minoranza di pazienti in cui è realmente difficile ridurre la dose di prednisone sotto i 15-20 mg/die, considera l'aggiunta di un farmaco "immunosoppressore" che permetta la riduzione successiva della dose di cortisone, es. azatioprina 2-3 mg/kg/die o methotrexate 10-15 mg/settimana. Tale terapia va gestita da un medico con esperienza con tali farmaci e con gli adeguati controlli ematochimici (transaminasi, emocromo e creatinina ogni mese almeno inizialmente).

9. Aggiungi *calcio e vitamina D*, e soprattutto nelle donne in menopausa considera anche i *bisfosfonati* (tutti farmaci regolarmente passati dal Servizio sanitario Nazionale).

COSA FARE IN CASO DI RECIDIVA: RIASSUNTO

In caso di recidiva conviene riaumentare la dose di antinfiammatori, riportandola alla massima dose tollerata (vd sopra FANS - farmaci anti infiammatori non steroidei).

Raccomandiamo invece di non riaumentare la dose di cortisone, o di non iniziare ad assumerlo (vd sopra cortisone nella terapia della pericardite).

E' consigliabile mantenere la dose in corso di colchicina, o iniziare ad assumerla se non era stata ancora assunta; in questo caso consigliamo di partire da dosi iniziali basse (es mezza cp da 1 mg al giorno), per ridurre il rischio degli effetti collaterali (vd sopra colchicina).

E' consigliabile anche controllare VES, PCR ed emocromo con formula, e qualche volta anche ECG ed ecocardiogramma, a seconda della situazione clinica.

In ogni caso conviene sempre contattare il vostro medico o il centro presso il quale si è seguiti.

In pratica quindi in caso di recidive conviene:

- aumentare i FANS;
- mantenere alla dose in corso il cortisone ma non iniziarlo se non lo si stava già assumendo;
- mantenere la dose in corso di colchicina, o iniziare ad assumerla a basse dosi se non la si era ancora assunta;
- contattare il vostro medico.

Vd più avanti per il problema delle recidive dubbie

TERAPIA DI CASI PARTICOLARI DI PERICARDITE

PERICARDITE ACUTA IN ETA' PEDIATRICA

Cause, prognosi e terapia della pericardite acuta in età pediatrica sono molto simili a quanto detto per la pericardite acuta in generale. In particolare, per quanto riguarda la terapia, si può osservare che i FANS indicati possono essere sicuramente usati nei bambini (aspirina, indometacina, ibuprofene).

Anche la colchicina è sicuramente utilizzabile in età pediatrica (5), come dimostra la esperienza dei bambini affetti da febbre familiare mediterranea, che la assumono sin da piccoli e per tutta la vita

(13). Anche il cortisone è utilizzabile, con una attenzione particolare agli effetti collaterali; infatti in età pediatrica può interferire con la crescita del ragazzo; inoltre particolarmente sgradite ai ragazzi sono le strie rubre cutanee che possono comparire sulla cute dell'addome in corso di terapie con alte dosi di cortisone; si tratta come di grosse smagliature cutanee che compaiono sulla pancia.

Nei rari casi in cui fossero indicati altri farmaci per ridurre la dose di cortisone, il methotrexate è considerato uno dei farmaci più sicuri in età pediatrica.

TERAPIA DELLA PERICARDITE IN GRAVIDANZA

E' un argomento delicato su cui non ci sono dati specifici; comunque mutuando anche in questo caso la esperienza dalla gestione delle gravidanze in donne con malattie autoimmuni, noi ci comportiamo nel modo seguente.

Il cortisone a dosi medie-basse è un farmaco sicuro in gravidanza. Anche i FANS tradizionali (es. indometacina e ibuprofene) e la aspirina a alte dosi sono sicuri durante il primo e il secondo trimestre della gravidanza, mentre dopo la 26 settimana circa di gestazione sono da evitare per il rischio di chiusura precoce del dotto di Botallo.

La colchicina è oggi considerata un farmaco utilizzabile in gravidanza, sulla base della esperienza maturata dalle donne con Febbre

Mediterranea Familiare, che la assumono per tutta la vita e anche durante la gravidanza; tuttavia in pratica noi per ora non abbiamo avuto la necessità di usarla in gravidanza, e preferiamo evitarla.

Il protocollo che utilizziamo si basa su dosi medio-basse di prednisone (7.5-15 mg/die) più aspirina 800 mg 2 o 3 volte al dì inizialmente.

Durante la gravidanza generalmente NON riduciamo la dose di cortisone, a meno che la malattia sia quiescente da mesi, mentre a partire dalla 18 settimana di gravidanza riduciamo la aspirina e la sospendiamo entro 2-3 settimane. A tali alte dosi va in ogni caso sicuramente sospesa entro la 32 settimana al massimo. In caso di ripresa della malattia nella ultima fase della gravidanza utilizziamo solo paracetamolo nei casi lievi o aumentiamo lievemente la dose di cortisone nei casi più impegnativi.

TERAPIA PERICARDITE ACUTA DURANTE L'ALLATTAMENTO

Durante l'allattamento il cortisone e i FANS tradizionali (es. indometacina e ibuprofene) sono considerati sicuri, mentre la aspirina ad alte dosi è da evitare, per alcuni problemi specifici del neonato (anti-aggregazione e rare reazioni pediatriche alla aspirina).

TERAPIA PERICARDITE ACUTA IN PAZIENTI IN TERAPIA ANTICOAGULANTE ORALE.

Non esistono dati codificati. A Niguarda e a Bergamo abbiamo utilizzato per lo più ibuprofene a basse dosi o nimesulide, a Torino più spesso prednisone a dosi medio-basse (10-25 mg/die).

In linea teorica i FANS detti COXIB, anti COX 2, non interferiscono con l'effetto dei dicumarolici, ma d'altra parte possono essere di per sé trombofilici, e per tale motivo il loro uso è stato molto limitato dopo la rimozione dal mercato del capostipite Rofecoxib (VIOXX).

TERAPIA DELLA PERICARDITE POST-PERICARDIOTOMICA E DELLA SINDROME DI DRESSLER (POST-INFARTO)

E' sostanzialmente simile a quanto detto per la pericardite acuta. Varianti possibili sono le eseguenti.

Nella pericardite post-infarto miocardio preferiamo la aspirina ad alte dosi ai FANS, per il suo effetto antiaggregante.

Nelle forme post-pericardiotomiche in cui il paziente assume anticoagulanti orali si pongono i problemi già affrontati nell'apposito paragrafo: a Niguarda e a Bergamo abbiamo utilizzato per lo più ibuprofene a basse dosi o nimesulide, a Torino più spesso prednisone a dosi medio-basse (10-25 mg/die).

TERAPIA DELLA PERICARDITE IN CORSO DI INSUFFICIENZA RENALE

La pericardite uremica, cioè da insufficienza renale avanzata, risulta dall'infiammazione dei foglietti pericardici e ben correla con i valori di azotemia; nella forma associata a dialisi i foglietti pericardici, ispessiti, sono fortemente adesi tra loro. I pazienti uremici rispondono bene all'emodialisi o alla dialisi peritoneale.

Pazienti con insufficienza renale possono soffrire di pericardite acuta "normale", per es. post-pericardiotomica, virale, idiopatica. In tali casi i FANS sono spesso controindicati, soprattutto a dosaggi elevati. La colchicina può essere usata, tenendo bassi i dosaggi (es 0.5, massimo 1 mg al giorno) ed evitando l'uso concomitante di antibiotici della classe dei macrolidi (claritromicina, azitromicina), che in questo caso specifico ne possono aumentare notevolmente la tossicità.

PERICARDITE ACUTA IN CORSO DI GOTTA

Raramente la pericardite si associa a gotta; in tali casi la terapia con colchicina è fortemente raccomandata (5).

PERICARDITE ACUTA: TERAPIA OMEOPATICA

E' interessante ricordare che testi di medicina omeopatica consigliano la colchicina nelle terapia della pericardite (Materia Medica of homeopathic medicines. Phatak SR, B. Jain Publishers). Tale farmaco si assocerà spesso ad altri preparati anti infiammatori.

PERICARDIECTOMIA

Non utilizziamo la pericardiectomia come terapia della pericardite acuta recidivante, dato che nella nostra esperienza la terapia medica è in grado di controllare le recidive (5), che viceversa possono verificarsi anche dopo pericardiectomia parziale (.).

PROGNOSI DELLA PERICARDITE RECIDIVANTE

In estrema sintesi si può dire che nonostante tutto quello che viene spesso detto, la prognosi dei pazienti con pericardite recidivante è ottima; LA PERICARDITE DOPO UN PERIODO di tempo più o meno lungo (da pochi mesi a qualche anno) piano piano si spegne progressivamente, e non si verifica la temuta evoluzione in pericardite costrittiva (4, 20) (questo è vero per i casi di pericardite acuta così come definiti sopra, mentre non è necessariamente vero per tutte le altre possibili patologie pericardiche).

Di fatto molti medici hanno spesso prospettato ai loro pazienti che se non si fosse riusciti a bloccare la catena della recidive, si sarebbe prospettato lo spettro della evoluzione in pericardite costrittiva, condizione in cui il cuore rimane come “imbrigliato” dal pericardio duro e rigido che gli impedisce di contrarsi regolarmente. La frustrazione del paziente e del medico di fronte alle continue recidive insieme alla preoccupazione per la assenza di una eziologia precisa butta ulteriore benzina sul fuoco della preoccupazione.

Partendo da tali premesse negli ultimi anni abbiamo voluto rivalutare in dettaglio i pazienti da noi seguiti in tanti anni, richiamando anche quelli che non vedevamo più da anni , compresi quelli che avevamo sentore che fossero “andati male”, vale a dire avessero avuto ulteriori recidive o che comunque erano sembrati insoddisfatti delle nostre cure. Questo studio è stato realizzato grazie alla preziosa collaborazione del dr. Giovanni Brambilla, all’epoca specializzando in Medicina Interna

Il risultato di questo sforzo sono stati due lavori pubblicato sull’ American Journal of Cardiology (4) e su Clinical Experimental Rheumatology (5) nel 2006, di cui riportiamo qui i dati principali.

61 pazienti, di cui 36 maschi, sono stati seguiti per un follow-up medio di 8.3 anni. I sintomi della pericardite hanno avuto una durata media di 5.4 anni (da 1 a 43 anni!). 52 di questi pazienti erano venuti alla nostra osservazione dopo il fallimento delle precedenti terapie, compreso il cortisone. Questi “malcapitati” hanno avuto in totale 378 attacchi di pericardite, con una media di 1.6 attacco per paziente all’anno, e 156 ricoveri ospedalieri (quasi tutti prima della nostra valutazione).

13 pazienti avevano avuto la pericardite a seguito di interventi cardiocirurgici, o dopo un infarto miocardico o dopo cateterismi cardiaci invasivi (sindrome “post cardiac injury”), mentre negli altri pazienti la pericardite si presentava come “idiopatica”, cioè non causata da altre malattie. In questi pazienti “idiopatici” abbiamo poi fatto diagnosi di sindrome di Sjogren in 4 pazienti e di artrite reumatoide in 1 nel corso del nostro successivo follow up, ma anche in questi casi di fatto la pericardite ha sempre rappresentato la manifestazione principale di malattia.

Un tamponamento cardiaco si è verificato in 4 pazienti (6.5%), ma sempre in corso degli attacchi iniziali, a seguito di diagnosi non tempestive e quindi di terapie ritardate, mentre non si sono più verificati una volta impostata una terapia accettabile. Un versamento pleurico è stato presente nei primi attacchi in un terzo dei pazienti, e un danno epatico manifestato da aumento delle transaminasi in 5 pazienti (8%), sempre negli attacchi iniziali, quando la malattia era più violenta e attiva.

Nessun paziente ha sviluppato pericardite costrittiva, e nessuno ha manifestato segni di costrizione pericardica anche se cercati con metodiche ecocardiografiche sofisticate,

compreso il Doppler tissutale, coordinate dalla dr.ssa Antonella Moreo.

La conclusione di questo grosso lavoro è stata quindi che anche pazienti che hanno avuto una pericardite recidivante con un decorso molto lungo e complicato hanno una ottima prognosi, senza alcuna evoluzione in pericardite costrittiva.

A conferma di tale osservazione, fondamentale per i nostri pazienti, abbiamo poi rivisto tutta la letteratura disponibile (20), cercando di isolare i casi di pericardite recidivante idiopatica e analizzandone l'esito.

Dopo una dettagliata analisi di tutta la letteratura disponibile, dal 1966 al 2006, abbiamo identificato 8 studi, con un totale di 233 pazienti (età media 46 anni, rapporto maschi/femmine 1.1). Dopo un follow up medio di 61 mesi (circa 5 anni), le complicazioni osservate sono state le seguenti: tamponamento cardiaco 3.4% dei casi, pericardite costrittiva 0%, disfunzione ventricolare sinistra 0% (20).

Le conclusioni di questa larga meta analisi è la conferma che la prognosi a lungo termine della pericardite idiopatica recidivante è ottima, e le complicazioni molto rare. Casi di evoluzione in pericardite costrittiva non sono mai stati

effettivamente riportati, nonostante le anche numerose recidive. Perciò è importante assicurare i pazienti relativamente alla loro prognosi, spiegando la natura della malattia e il corso previsto. Anche le scelte terapeutiche dovrebbero tenere in considerazione questa evoluzione benigna, evitando farmaci troppo tossici (4,20).

I rarissimi casi segnalati in letteratura a evoluzione costrittiva non erano in realtà forme idiopatiche recidivanti vere, ma piuttosto forme tubercolari misconosciute o neoplastiche.

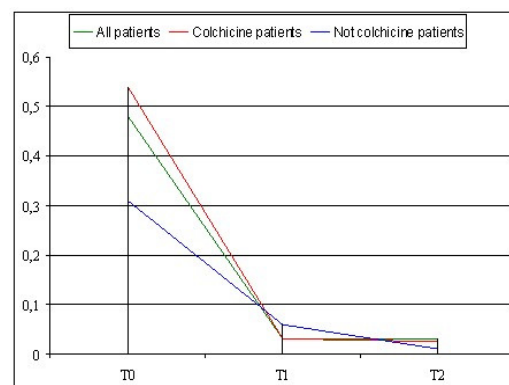
La terapia instaurata ha causato una netta riduzione degli attacchi, che sono passati da una media di un attacco ogni 2 mesi all'inizio della nostra osservazione a un attacco in media ogni 3 anni subito dopo l'inizio della terapia da noi impostata. Negli anni comunque tutti i pazienti hanno avuto una defervescenza della attività della malattia, che sembra come "spegnersi" progressivamente con l'andare degli anni.

La figura sottostante cerca di sintetizzare questa situazione. La linea verde rappresenta tutti i pazienti, quella rossa i pazienti che hanno assunto colchicina, e quella blu i pazienti che non la hanno assunta. T0 rappresenta il momento della nostra prima osservazione, T1 un anno dopo e T2 la fine del follow up (8.3 anni in media dopo T0). I numeri a sinistra (ascissa)

indicano "l'attack rate", cioè il numero di attacchi per paziente per mese. Come si può vedere l'attack rate è crollato rapidamente in tutti i pazienti, in modo più drammatico e marcato in quelli che hanno assunto colchicina, ma comunque in modo significativo anche in quelli che non la hanno tollerata, e questo rapido crollo delle recidive è l'effetto della terapia impostata.

Per contro la lieve attività di malattia che persiste anche alla fine del follow up riteniamo rappresenti una sorta di "spegnimento spontaneo" della malattia, che tende in ogni caso a scomparire dopo vari anni di attività

FIGURA 1



GESTIONE GLOBALE DELL'INDIVIDUO CON PERICARDITI RECIDIVANTI.

Raccomandiamo che tali pazienti vengano da una parte rassicurati, dall'altra monitorati.

RASSICURAZIONE

La prognosi delle pericarditi recidivanti idiopatiche e post-pericardiotomiche (definite come sopra) è sicuramente buona (4,20). In particolare le recidive, anche frequenti, non intaccano la funzione miocardica nè evolvono in costrizione. Il paziente va quindi rassicurato, senza ingenerare angosce irrazionali sulla prognosi a distanza.

Anche ricorrere a continui ricoveri a fronte di ogni recidiva trova una scarsa giustificazione, come pure la ricerca "ossessiva" della eziologia, non individuata dopo il primo o il secondo episodio.

Inoltre non è razionale raccomandare al paziente, che normalmente è un adulto attivo, di sospendere ogni sua attività, obbligandolo a un riposo assoluto e impedendogli per es. di svolgere attività lavorativa o sportiva leggera. Non c'è nessuna evidenza che proibizioni di questo tipo abbiano alcun effetto nel limitare le recidive, ma incrementano invece lo sconforto e la angoscia del paziente.

Alcuni pazienti tendono invece ad avere delle recidive dopo infezioni virali delle prime vie aeree. In tali casi raccomandiamo di incrementare la terapia con FANS già durante l'episodio infettivo, anche se blando.

Nessuna delle terapie attuali può garantire di non avere più alcuna recidiva. Tale dato va detto con franchezza al paziente, segnalandogli peraltro che eventuali recidive in corso di terapia con FANS a alti dosaggi, colchicina e riduzione lentissima del dosaggio del cortisone non sono quasi mai violente, e in molti casi si risolvono in uno stato di malessere e febbre della durata di pochi giorni e ben controllabile con l'aumento della terapia senza ricorrere alla ospedalizzazione.

MONITORAGGIO CLINICO

Il paziente con continue recidive necessita di controlli frequenti, almeno mensili, ma anche più frequenti in alcuni casi; a ogni controllo noi raccomandiamo di eseguire ECG, VES, PCR, emocromo con formula. Ogni eventuale riduzione di terapia andrà eseguita solo in presenza di normalizzazione dei valori di VES e PCR, e con quadro clinico del tutto quiescente. Non raccomandiamo invece controlli ecocardiografici troppo frequenti, in quanto recidive anche violente possono accompagnarsi a versamenti scarsi o assenti.

**ATTIVITA' FISICA; LAVORATIVA,
SPORTIVA**

Non c'è nessuna seria evidenza che la pericardite acuta "idiopatica", cioè senza causa riconosciuta, sia di per sé un motivo di importante limitazione della attività fisica, lavorativa e anche sportiva, intendendo per sportiva una attività leggera non agonistica.

Le recidive spesso si verificano o perché si sta scalando il cortisone o perché si contrae una infezione virale, non certo perché il paziente per es. va a lavorare o va a giocare a calcio.

Noi quindi consigliamo di non eccedere con le attività fisiche, limitandosi a fare ciò che il soggetto si sente di fare, limitando molto la attività solo in presenza di febbre per es., ma non semplicemente per il fatto che si sta assumendo una terapia. E' chiaro che se un individuo ha una recidiva in corso, con o senza febbre, si sentirà certo non bene, un po' come se avesse la influenza, e come tale è bene limitare la attività fisica.

Tale limitazione non deve divenire però una ossessione, e quando il soggetto non ha febbre e si sente bene può fare una attività fisica moderata, senza che ciò pregiudichi in nulla la efficacia delle terapia né tanto meno la sua prognosi.

LE RECIDIVE "DUBBIE"

I dolori toracici sono molto frequenti nella popolazione generale, e possono avere moltissime cause, alcune banali altre gravi (es. infarto miocardico). E' naturale che il paziente che ha

sofferto di pericardite sviluppi una sensibilità speciale per tali dolori.

Nelle fasi iniziali generalmente non ci sono dubbi in merito al verificarsi delle recidive, ma con l'andare del tempo e l'attenuarsi della sintomatologia si possono verificare situazioni in cui il paziente, che oramai è diventato molto sensibile a qualunque dolore toracico anche lieve, avverta dolori toracici lievi che "potrebbero" essere una recidiva, almeno iniziale.

In tali casi noi consigliamo di assumere rapidamente FANS a dosaggi adeguati a controllare il dolore, e controllare rapidamente VES e PCR.

Se poi il dolore passa rapidamente e VES e PCR sono normali, NON consideriamo tale episodio come una recidiva. Se invece il dolore diventa tipico e la VES e la PCR sono elevate, allora si tratta probabilmente di una recidiva, e la terapia instaurata precocemente la controllerà più rapidamente e agevolmente.

PERICARDITE ACUTA RECIDIVANTE: ESENZIONE DAI TICKET

Nella maggioranza dei casi cerchiamo di evitare continui ricoveri, per lo più poco utili, ma seguiamo strettamente i pazienti ambulatorialmente. Ciò pone il problema dei tickets.

Non è prevista una esenzione specifica per la pericardite recidivante. Noi adottiamo la scelta di

utilizzare la esenzione per cardiopatie scompensate 021.428, che esenta almeno dai ticket per visita, ECG, ecocardiogramma, Rx torace.

Abbiamo anche inoltrato al Ministero della Salute la richiesta di inserire la pericardite recidivante nell'elenco della patologie rare, il che farebbe loro godere di esenzioni particolari.

VERSAMENTO PERICARDICO

Per versamento pericardico si intende un accumulo di trasudato, cioè liquido non infiammatorio, essudato, cioè liquido causato da infiammazione, o sangue nel sacco pericardico. Il trasudato, cioè liquido che non si accumula per infiammazione, detto anche "idropericardio", viene riscontrato nello scompenso cardiaco o in altre condizioni associate a ritenzione cronica di sali e acqua. L'essudato invece, causato dalla infiammazione, si osserva in numerose pericarditi di tipo infettivo e infiammatorio. Un versamento emorragico suggerisce una causa neoplastica o tubercolare, ma può anche essere presente nei casi "idiopatici", cioè senza causa riconosciuta. Versamenti abbondanti sono comuni nelle pericarditi neoplastiche, tubercolari, o associate a insufficienza renale o a ipotiroidismo. Versamenti localizzati e "saccati" sono tipici dopo interventi di cardiocirurgia o a seguito di un trauma.

La metodica di scelta per la diagnosi di versamento pericardico è l'ecocardiografia. Il pericardio posto anteriormente non produce echi

distinguibili da quelli della parete toracica e del ventricolo destro, mentre il pericardio posteriore e la pleura generalmente producono un unico eco lineare. In presenza di versamento pericardico l'ecocardiografia evidenzia la separazione dei due foglietti pericardici. L'ecocardiogramma è utile anche per valutarne la distribuzione e per stimarne l'entità. Generalmente un versamento pericardico aumenta lentamente e progressivamente circondando completamente il cuore. L'ecocardiografia è utile anche nella valutazione quantitativa del versamento.

IL PROBLEMA DEI VERSAMENTI PERICARDICI RISCONTRATI OCCASIONALMENTE IN PAZIENTI ASINTOMATICI.

Le frequenti indagini ecografiche eseguite attualmente individuano occasionalmente versamenti pericardici moderati o anche abbondanti, che pongono sempre problemi di approccio diagnostico e eventualmente terapeutico.

Per la diagnosi in tali casi vanno eseguiti sostanzialmente gli stessi esami indicati sopra per le pericarditi acute; di particolare importanza è la esclusione, per es. con TAC del torace, della TBC, di neoplasie, e dell'ipotiroidismo. Una volta escluse tali diagnosi (se possibile), il versamento rimane "idiopatico", cioè a causa sconosciuta, e come tale viene seguito nel tempo. Esiste un solo studio pubblicato da autori spagnoli (21), che consigliano il seguente approccio:

- pericardiocentesi evacuativa appena il versamento diventa sintomatico anche modestamente e in modo aspecifico: es. dolori toracici o affanno;

- pericardiectomia parziale in caso di recidiva.

In tale iter non è stata mai individuata una possibile eziologia sfuggita alla prima evoluzione, e la prognosi dei pazienti è rimasta ottima.

Noi seguiamo un approccio più conservativo. Data la scarsissima utilità della pericardiocentesi a scopo diagnostico (21) noi consigliamo di riserarla ai casi con tamponamento o a quei casi in cui gli accertamenti eseguiti facciano sospettare una genesi neoplastica.

Nessuna terapia medica sembra efficace nel trattare tali versamenti, anche se è stato segnalato qualche raro caso che ha risposto alla colchicina. In casi selezionati si utilizzano tecniche chirurgiche relativamente poco invasive quali fenestrature pericardiche, che permettono anche l'esame istologico del pericardio