

- Uvod • Vrste konstriktivnog perikarditisa • Simptomi i dijagnoza • Prognoza • Radna sposobnost

Uvod

Pericarditis constrictiva nastaje obliteracijom perikardne kese (concretio) fibroznim tkivom i kalcifikacijama (pericarditis calcarea), i posljedica je akutnog zapaljenja perikarda i epikarda; uslijed toga nastaje konstrikcija perikarda i teškoće u punjenju i pražnjenju srca, te nastaje karakteristična klinička slika sa znacima retrogradnog zastoja.

Vrste konstriktivnog perikarditisa

- Prema etiologiji, konstruktivni perikarditis je u većini slučajeva posljedica akutnog tuberkuloznog perikarditisa. Nerijetko se uz karakteristična zadebljanja perikarda nalaze aktivne tuberkulozne promjene. U većini slučajeva pored konstriktivnog perikarditisa postoje znatne adhezije pleure.
- Kod manjeg broja slučajeva konstriktivnog perikarditisa može biti posljedica nekih bakterijskih (gnojnih) infekcija.
- Ponekad konstriktivni perikarditis može nastati kao posljedica traume grudnog koša.
- Izvanredno je rijedak poslije reumatskog pankarditisa, dok u nekim slučajevima etiologija može ostati nepoznata.
- Tumori srca i perikarda (dermoidna cista, mezoteliom, rabdomiosarkom) mogu dati sliku konstriktivnog perikarditisa.

Prema patoanatomskom izgledu, perikard može biti zadebljan i kalcifikovan u vidu »pancirskog srca« (jedna trećina slučajeva), ili u vidu čvrstog, kaloznog zadebljanja 3-5 mm, hrskavičastog i kožastog; rijede se nailazi na kazeozne kolekcije i hladni apsces. Uslijed širenja procesa na epikard i subepikardne slojeve, može nastati fibroza miokarda. Zbog duže trajnog zastoja u jetri razvija se »muskatna jetra« i Pick-ova ciroza.

Simptomi i dijagnoza

Anamneza

Najčešće je u pitanju akutno zapaljeneje perikarda u prošlosti. Prvi simptomi su umor i dispnea pri naporu, a uskoro se javljaju edemi, koji progriješiraju do razvoja anasarke. Nastaje mršavljenje, pa ako bolest traje duže, javlja se slika kaheksije sa ogromnim edemima. Ponekad postoji subfebrilno stanje kao izraz aktivnosti osnovnog procesa.

Fizički znaci

Pored kaheksije i edema, upadljive su nabrekle vene vrata, koje obično ne pulsiraju. Postoji takođe periferna cijanoza. Rad srca je obično pravilan, rijede aritmičan, tonovi oslabljeni sa često čujnim trofaznim ritmom i perikardnim sistolnim zvekom (claquement pericardique).

Rijede još persistira perikardno trenje, inače tipično za akutni perikarditis. Nema šumova takvog intenziteta da bi se obolenje moglo zamijeniti sa valvularnom manom.

Zbog smanjenja pritiska u arterijama i udarnog volumena srca za vrijeme udaha postoji pulsus paradoxus; ova pojava se objašnjava time što je za vrijeme udaha pritanje krva u desnu komoru i pretkomoru stegnute adhezijama slabije, dok se istovremeno zbog inspirijuma pluća šire i zadržavaju znatnu količinu krvi, a lijevo srce ostaje spoluprazno. Arterijski pritisak je smanjen a takođe i puls.

Perkutorna tmulost nad plućima je redovan nalaz zbog prisustva pleuralnih adhezija i izliva u pleuru. Najčešće je u pitanju transudacija pleure, ali u slučaju aktivnosti osnovne bolesti, izliv može imati karakter eksudata. Hepar je znatno uvećan i često bolan zbog zatezanja Glisonove čaure.

EKG

Najčešće se nalazi smusni ritam sa tahikardijom preko 100 u minutu. Rijede se vide aritmije tipa ekstrasistolije, flatera, ili fibrilacije pretkomora. Izvesni slučajevi nejasnih, neobjašnjenih, tzv. čistih aritmija, možda se mogu objasniti parcijalnim adhezijama perikarda i epikarda na nivou pretkomore.

Za konstriktivni perikarditis tipična je niža voltaža svih talasa. PQ je normalne dužine kao i QRS. ST može biti postoji neznatna elijevacija ST (subepikarna lezija), na koju se nadovezuje negativno simetrično T. EKG osovina obično nije izmenjena.

Rtg

Srčana sjenka je normalne veličine ili je smanjena. Rijedi su slučajevi sa uvećanjem srca; ovakvi slučajevi su izraz znatnije fibroze miokarda, kao posledice akutnog epikardioperikarditisa, i njihova klinička slika je teža, a prognoza slabija.

Pri rendgenskopiji upadljivo je smanjenje pulsacije srca u pojedinim partijama, ili duž cijele ivice srca.

Za otkrivanje stepena i lokalizacije konstriktivnih promjena rendgenokimografija je od velike pomoći.

Na običnim ili dubinskim snimcima srca mogu se naći kalcifikacije perikarda, a ponekad i pravo pancirsko srce. Zbog zadebljanja perikarda i kalcifikacija, srčane ivice su nepravilne, reckaste ili dijelimično u vidu pruge. Nerijetko se nalaze pleuralne adhezije, fibrotoraks i pleuroperikardni »blokovi« i švarte.

Flebografija i punjenje vena cavae superior i inferior može otkriti smetnje pri uticanju krvi u srce sa znatnom dilatacijom u njihovom toku pre konstrikcije.

Da bi se učinio dobar rendgenski pregled potrebno je u nekih slučajeva prethodno odstraniti transudat.

Laboratorija

SE je normalna ako je osnovno obolenje izliječeno. Broj leukocita je normalan, transaminaze takođe. Hepatogram je normalan i pored znatnog uvećanja jetre. Rijede se nalazi na hipoproteinemija i albuminurija zbog dugotrajnosti bolesti. Punkcijom pleuralnog ili abdominalnog izliva najčešće se dobija transudat. Ispitivanje punktata po Löwenstein-u je negativno, izuzetno je pozitivan ako je proces još aktivan, ili ako se punkcijom dobije kazeozni sadržaj. Mantoux-ova proba na koži je najčešće jako pozitivna kao izraz hiperergije organizma na bacil tuberkuloze.

Funkcionalne karakteristike

Zbog konstriktivnog perikarditisa nastaje otežano punjenje srca, retrogradni venski zastoj i anterogradno smanjenje udarnog i minutnog volumena srca.

Venski pritisak je znatno uvećan i iznosi 20-40 cm vodenog stuba. Flebogram ne pokazuje neke veće izmjene.

Fonokardiogram je koristan u cilju objektiviziranja auskultatornog nalaza - ritma u tri vremena i

zvuka perikarda, koji najverovatnije nastaju zbog zatezanja adhezija u vidu praćke.

Na kateterogramu desne pretkomore, desne komore i arterije pulmonalis, tipičan je nalaz ranog dijastolnog usjeka, koji može iznositi i do minus 15 mmHg, a u kateterogramu desne komore znatno uvećanje endijastolnog pritiska, koji iznosi 1/3 ili više sistolnog pritiska u desnoj komori, koji je inače samo nešto veći nego normalno - do 40 mmHg.

Minutni volumen srca je smanjen i pored postojanja kompen-zatorne tahikardije. Vrijeme cirkulacije je produženo a dilucione krivulje pokazuju znatno zadržavanje boje u centralnoj cirkulaciji.

Spirometrijski nalaz otkriva znake restriktivne insuficijencije plućne ventilacije.

Minimalni dijagnostički program

Za minimalni dijagnostički program treba obaviti:

- klinički pregled,
- EKG,
- rendgenoskopiju i grafiju,
- mjerenje venskog pritiska,

- postaviti dijagnozu osnovnog obolenja

Prognoza

Prognoza bolesti u mlađih osoba je povoljna, s obzirom na savremene mogućnosti medikamentne i hirurške terapije.

Pošto je najčešći uzrok tuberkuloza, neophodna je duža terapija tuberkulostaticima u evolutivnoj fazi; zbog toksičnog dejstva ovih lijekova moguća su oštećenja sluha.

Terapija digitalisom i diureticima nema znatnijeg uticaja na bolest, sem privremenog smanjivanja edema.

Pacijenti koji odbiju ili zakasne za operaciju završavaju u anasarki i kaheksiji.

Operativno liječenje daje izvanredno povoljne rezultate. Operativna smrtnost je manja od 10%.

85% bolesnika se oslobađa kliničkih simptoma bolesti, zamora, edema, dispneje i postaje sposobna za fizičku aktivnost. Recidiv osnovne bolesti uslijed operacije je izvanredno rijedak, ali je u izvesnim slučajevima potrebna perioperativna primjena tuberkulostatika.

Samo u 40% nastaje potpuna normalizacija EKG-a. Normalan venski pritisak poslije operacije najbolji je znak da je perikardioliza izvedena uspješno. U slučajeva sa perikardnim kalcifikacijama uraslim u tkivo miokarda, nije moguća potpuna perikardioliza zbog opasnosti rupture miokarda pri ljuštenju takvih promjena.

U slučajeva kod kojih je proces izazvao miokardnu fibrozu, prognoza je slabija zbog trajnog oštećenja miokarda i njegove funkcije.