

Convegno

**IDONEITA' NON AGONISTICA NEI SOGGETTI CON
PATOLOGIE CARDIOVASCOLARI. L'ESERCIZIO
FISICO FA BENE AL CARDIOPATICO: INDICAZIONI
E LIMITI**

***Sala Conferenze Ordine dei Medici ed Odontoiatri –
Brescia***

21 marzo 2012 – ore 19.30

Miocardite

Relatore: C. Proto

Discussant: F. Pederzoli

CASO CLINICO

B. C. M. anni 28 da 10 giorni è rientrato dal Brasile e Costa Rica

- Mialgie diffuse: MMG – rilassante e antinfiammatorio
- Dopo 3 giorni: Pronto Soccorso per peggioramento sintomatologia dolorosa
- Dimesso dal Pronto Soccorso con diagnosi di lombosciatalgia
- Dopo 48 ore: Pronto Soccorso in codice verde: Mialgie generalizzate (parametri normali: PA 116/72 FC 90/min)
 - Ortopedico: terapia cortisonica, bustino
 - No ricovero: gestione ambulatoriale
- La notte successiva: sudorazione algida, notevole astenia, marezzatura addome e arti inferiori. Arresto cardiocircolatorio da sospetta rottura aneurisma addome
- Per incarico del PM autopsia: morte improvvisa da miocardite cocchi gram positivi

MIOCARDITE

Infiammazione del miocardio che interessa: miociti – tessuto interstiziale – vasi

CLASSIFICAZIONE MIOCARDITI

- Da agenti infettivi (prevalenza virus)
- ImmunomEDIATE (LES – SARCOIDOSI – A cellule giganti, ecc.)
- Flogosi aspecifiche (Endocrine, Stress catecolaminico, ecc.)
- Ipersensibilità a sostanze tossiche (Antracicline)

QUADRO CLINICO

Patologia estremamente eterogenea

- Eziologie diverse
- Modalità di presentazione variabile
- Patogenesi complessa
- Evoluzione clinica polimorfa
- Varie possibili evoluzioni
- Approccio terapeutico complesso

EZIOLOGIA

Miocardite più frequente = virale

Ingresso di virus e replicazione a livello cellule endoteliali e miociti

Sistema immunitario:

- Cellulomediato elimina il virus
- Innesca risposta immunologica che mantiene e replica il processo di distruzione miocellulare

DIAGNOSI

Il modo certo di porre diagnosi con carattere definitivo e la biopsia endomiocardica:
istopatologia ed immunochimica su
tessuto miocardico

ESORDIO CLINICO

- Assenza di sintomi
- Se esordio cardiovascolare:
 - 15% pseudoinfartuale
 - 22% aritmico
 - 63% scompenso cardiaco (4% fulminante = età giovanile)

DATI CLINICI DA CONSIDERARE

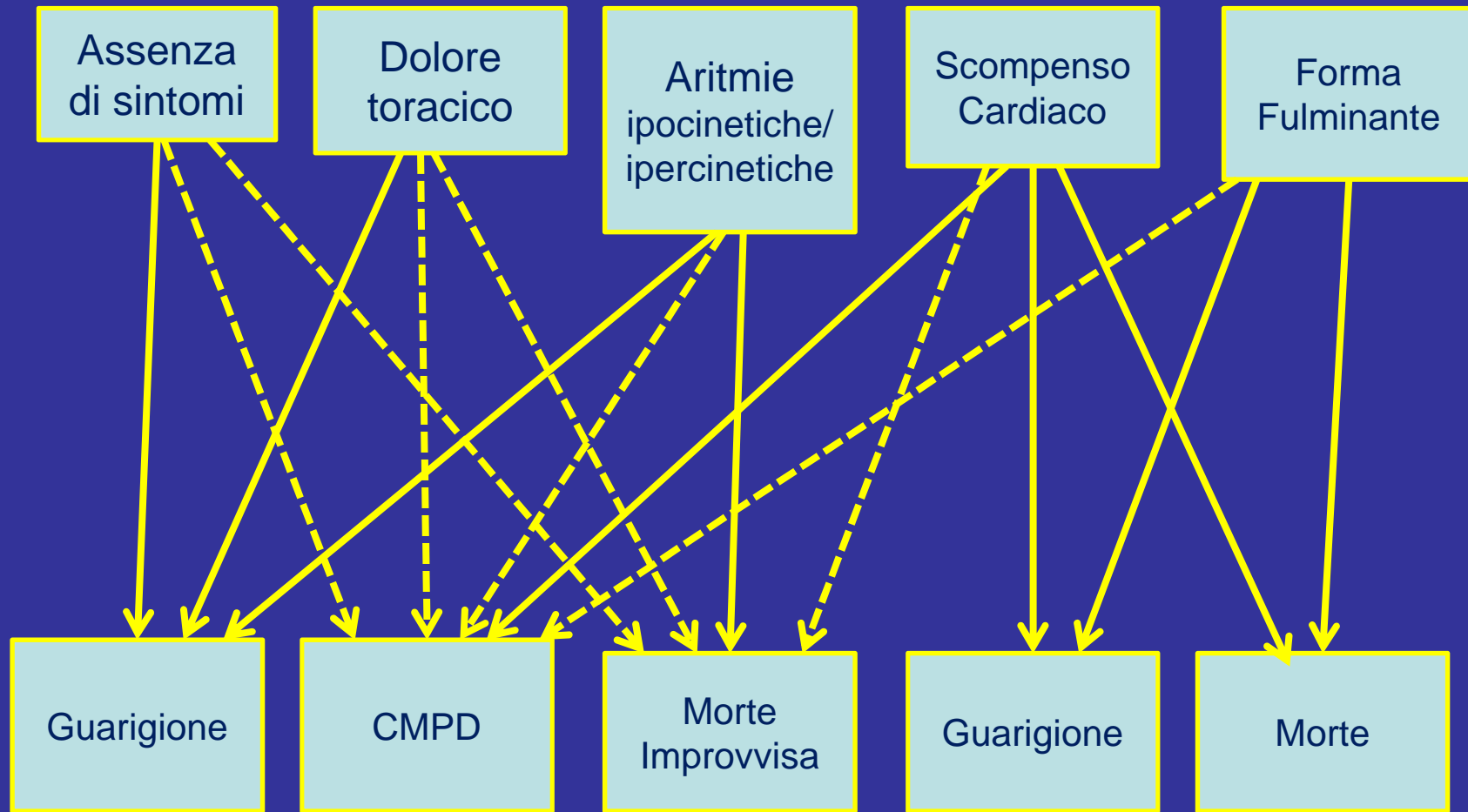
- Stato febbrile recente o concomitante
- Dolore toracico atipico (si accentua in inspiro)
- Alterazioni diffuse dell'ECG (distrettuali se ischemiche)
- Cinetica diffusamente alterata
- Scarso movimento enzimatico
- Parametri flogistici alterati
- Miglioramento spontaneo (70% dei casi)
- Fattori predittivi negativi per la prognosi: sincope, blocco branca e depressione EF

DIAGNOSI

- ECG: anomalie diffuse del tracciato, QRS a basso voltaggio
- Ecocardiogramma: cinetica diffusamente alterata
- TAC: informazioni morfo-funzionali meno accurate rispetto a RMN (senza uso di radiazioni o di mezzi di contrasto nefrotossici)
- Nei pazienti con compromissione funzione ventricolare la R.M. permette di identificare la causa della disfunzione (ischemica – non ischemica) con buona accuratezza
- Nei pazienti con miocardite virale la diversa morfologia della fibrosi potrebbe corrispondere a diversi ceppi virali
(circulation 2006 – 114 – 1581 – 90)

TERAPIA

- Controllo processo etiopatogenetico
- Terapia dello scompenso
- Profilassi tromboembolica
- Eventuale terapia mirata (Clamydie, Borrelia, Ricketisie)
- Farmaci responders, farmaci immunosoppressivi (no in fase acuta)



Le linee tratteggiate indicano le evoluzioni meno probabili

CONCLUSIONI 1

- Frequente, ma non costante, il riscontro di una sindrome simil influenzale nei giorni o settimane precedenti l'insorgenza dei sintomi
- Polimorfismo clinico di presentazione (febbre – artromialgie – cardiopalmo – dispnea da sforzo – dolore toracico simil-anginoso – aritmie – morte fulminante)

CONCLUSIONI 2

- Il ruolo del medico è quello di attivare un adeguato programma di screening preventivo per verificare l'esistenza di cardiopatie clinicamente silenti
- L'esercizio fisico oltre al ruolo fondamentale della prevenzione comporta alcuni rischi in quanto causa scatenante di alcuni eventi acuti e della evoluzione sfavorevole del quadro clinico di alcune patologie

CONCLUSIONI 3

- Nella fase acuta o subacuta di una miocardite deve essere evitata qualsiasi attività fisica o sportiva
- Nei soggetti con guarigione documentata è utile far trascorrere da 3 a 6 mesi prima di programmare l'esercizio fisico