



BÖLÜM | 27

Miyokardit

Kerim ABATAY¹

Mukaddes PEKGENÇ ABATAY²

Giriş

Miyokardit, enfeksiyöz, granüloamatöz, toksik ve idiopatik nedenlerle miyokardın inflamasyonu ve nekrozudur. Primer miyokardit, viral bir enfeksiyondan sonra ya da post viral otoimmün yanıtta kaynaklandığı varsayılmaktadır. Sekonder miyokardit, bakteriler, mantarlar, ilaçlar vb. gibi patojenlerin sebep olduğu miyokardiyal inflamasyondur.

Özellikle 15-45 yaş grubunda kalp yetmezliği, kardiyak aritmi ve ani kardiyak ölüme neden olabilir. Otopsi raporlarına göre miyokardit insidansı %0,2-12 olarak gösterilmiştir. 2015 yılında 2,2 milyon miyokardit saptanmıştır. Mortlite 100 binde 5 olarak gösterilmiştir(1,2). Erken tanı ve tedavi mortalite ve morbiditeyi azaltmaktadır.

Patofizyoloji ve Etiyoloji

Patojenler genellikle üst solunum yolu ve gastrointestinal sistem (GİS) aracılığı ile hastalık oluşturur. Kötü beslenme ve hijyen, stres ve yaşlılık enfeksiyonlara yakınlığı artırmaktadır.

Viral enfeksiyon varlığında 0-3. günde sistemik bir viremi ve buna bağlı vasküler tepki meydana getirir. Bu süre zarfında miyositolize neden olabilir. 5-10. günlerde genellenmiş bir makrofaj ve histolojik inflamasyona bağlı IgM antikor tepkisi meydana gelir. Özgül IgG antikor yanıtı 14. günde pik yapar, interstisyel fibrosise ve hatta miyofiber kopmaya bile sebep olabilir(3). Miyokarditte etyoloji de yer alan faktörler tablo 1’de gösterilmiştir.

¹ Uzm. Dr., Muş İl Sağlık Müdürlüğü, kerimabatay@hotmail.com

² Uzm. Dr., Korkut İlçe Devlet Hastanesi, mukaddesabatay@gmail.com

Marburg Kriterleri; her mm² başına en az 14 infiltratif lökosit tercihen T lenfositler ve 4'e kadar makrofaj bulunabilir.

Prognoz ve Tedavi

Miyokarditte 1 yıllık mortalite %20, 4 yıllık mortalite ise %56 olarak gösterilmiştir. Hastane içi vaka serilerinde fulminan miyokarditli hastalar için 11 yıllık sağ kalım oranı %93, fulminan olmayan vakalar için ise %45 olarak bulunmuştur(11).

Temel tedavi prensibi destek ve kalp yetmezliği tedavisidir. Tedavi basamakları;

- Egzersiz kısıtlaması,
- KKY tedavisi (Diüretikler, anjiotensin dönüştürücü enzim (ACE) inhibitörleri, B-Bloker vb.),
- Tromboembolik olayları önlemek için antikoagülan,
- Fulminan miyokarditte inotropik ajanlar,
- Aritmi geliştiğinde; B-Bloker, amiodaron, ICD vb.,
- İV immünglobulin ve interferon tedavileri
- Difteri antitoksin, penisilin, doksisisiklin, seftriakson
- İntraaortik balon pompa, ekstrakorporeal membran oksijenasyonu (ECMO) gibi cerrahi girişimler,
- Kalp transplantasyonu.

Sonuç

Sepsis, KKY gibi sistemik bir hastalık ile karşılaştığımızda mutlaka miyokarditi akla getirmeliyiz. Erken tanı morbidite ve mortaliteyi azaltacaktır. Vakaların yakın klinik ve EKO takibi sağ kalım ve prognoza iyi yönde katkı sağlayacaktır.

Kaynaklar

1. Disease GBD, Injurevalence C. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases y I, Prand injuries, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet. 2016;388(10053):1545-1602.
2. Maron BJ, Udelson JE, Bonow RO, et al. Eligibility and disqualification recommendations for competitive athletes with cardiovascular abnormalities: a scientific statement from the American Heart Association and American College of Cardiology. J Am Coll Cardiol 2015;66:2362-71
3. Lange LG, Schreiner GF: Immune mechanisms of cardiac disease. N Engl J Med 330:112,1994.
4. Tintinalli, E. (2013). Tintinalli Acil Tıp, Kapsamlı Bir Çalışma Kılavuzu. (Çete, Y., Denizbaşı, A., Çevik, A.A., Oktay, C., Atilla, A., Çev. Ed.). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi

5. McCarthy RE 3rd, Boehmer JP, Hruban RH. et al: Long-term outcome of fulminant myocarditis as compared with acute (nonfulminant) myocarditis. *N Engl J Med* 342:690.2000.
6. Matsouka H, Hamada M, Honda T ve ark. Evaluation of acute myocarditis and pericarditis by GdOTPA enhanced magnetic resonance imaging. *Eur Heart J* 15:283 1994)
7. Manolio TA, Baughman KL, Rodeheffer R. et al: Prevalence and etiology of idiopathic dilated cardiomyopathy summary of a National Heart, Lung, and Blood Institute work shop. *Am J Cardiol* 69:1458,1992. 23.
8. Dec GW Jr, Palacios IF, Fallon JT, et al: Active myocarditis in the spectrum of acute dilated cardiomyopathies: Clinical features, histologic correlates, and clinical outcome. *N Engl J Med* 312:885.1985. 24.
9. Felker GM, Hu W, Hare JM, et al: The spectrum of dilated cardiomyopathy. The Johns Hopkins experience with 1,278 patients. *Medicine (Baltimore)* 78:270.1999. 25.
10. Felker CM, Thompson RE, Hare JM. et al: Underlying causes and long-term survival in patients with initially unexplained cardiomyopathy. *N Engl J Med* 342:1077. 2000.
11. İnanır, M, Güler, M, Kargın, R, Comparison of ECG, laboratory and echocardiographic parameters in patients with acute myocarditis at acute attack and clinical remission. *Ortadoğu Medical Journal*, 2020. 12,175-180.