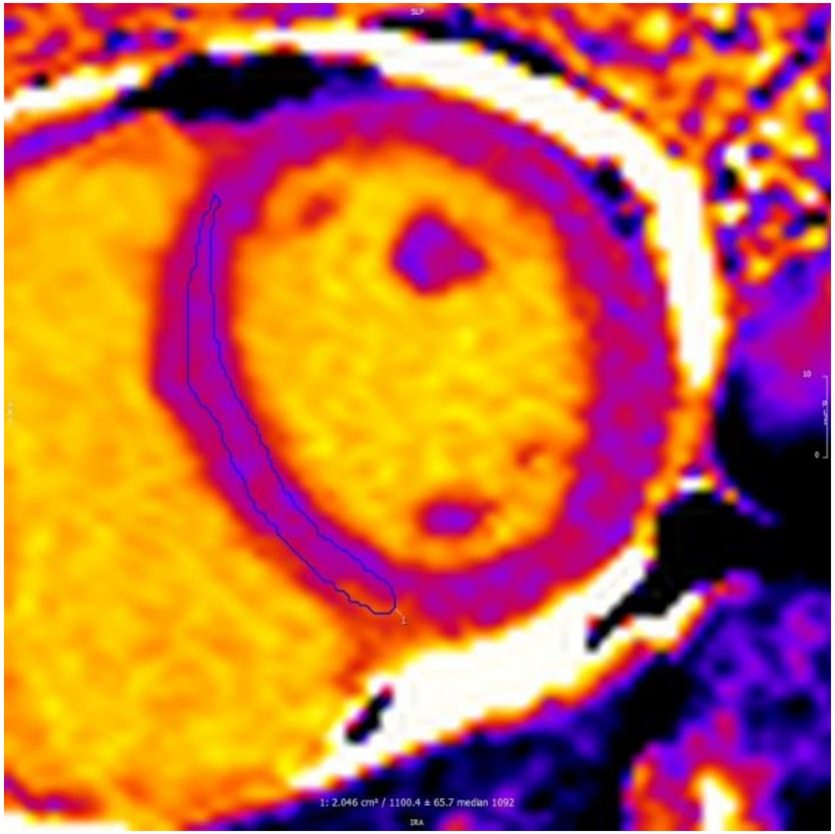
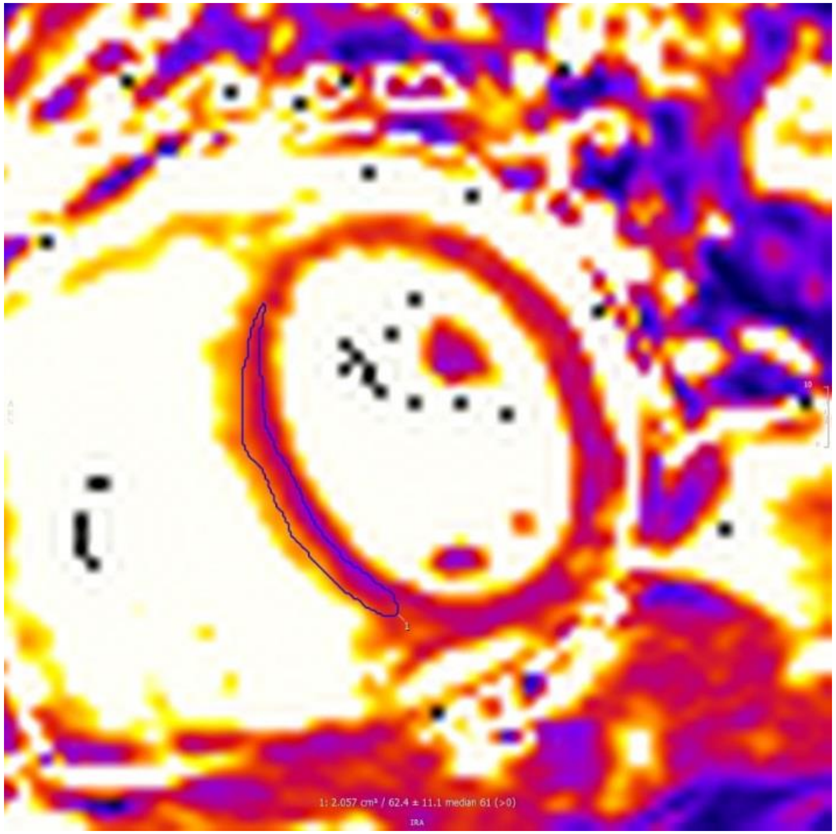
MIOCARDITE DA IPERSENSIBILITA'


SLP
10
0
1
1: 2.046 cm² / 1100.4 ± 65.7 median 1092
IRA


10
1
1: 2.057 cm² / 62.4 ± 11.1 median 61 (>0)
IRA

Uomo 58 anni

Anamnesi patologica remota:
Disturbo schizo-affettivo e disturbo narcisistico di personalità

Anamnesi cardiologica: muta

Non allergie a farmaci e/o alimenti

Terapia domiciliare: acido valproico (300 mgx3), carbolithium (300 mg x3), olanzapina (10 mg x2) e diazepam (20 gtt)

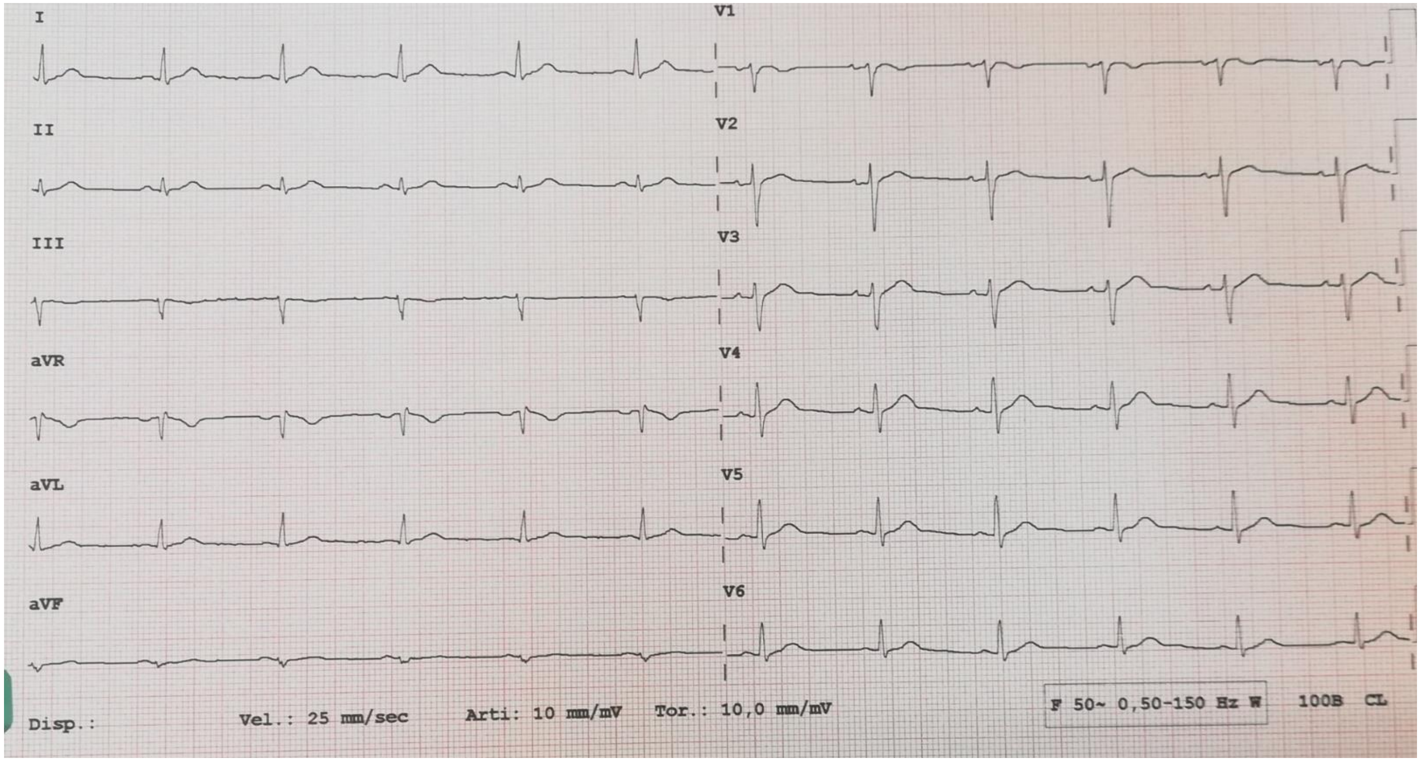
Luglio 2018:
Ricoverato per riacutizzazione dei pensieri ossessivi con elevati livelli di angoscia

In psichiatria…

1 agosto 2018: Introdotta in terapia clozapina (25 → 50mg)

13 agosto 2018: Insorgenza di astenia, dispnea e febbre (38°C). Non rash cutaneo. PA 110/60 mmHg; SpO2 91% in aa

- **ECG:**


I
II
III
aVR
aVL
aVF
V1
V2
V3
V4
V5
V6
Disp.:
Vel.: 25 mm/sec
Arti: 10 mm/mV
Tor.: 10,0 mm/mV
F 50~ 0,50-150 Hz W
100B
CL

- **Ecocardiogramma transtoracico (ETT):**

- Sfumata ipocinesia diffusa, FE lievemente depressa (>50%)
- Lieve aumento di spessore del SIV
- Minimo versamento pericardico

- **Laboratorio:**

TnT 38 → 57 → 76ng/L
CK-MB neg
proBNP 1953ng/L
PCR 6,8mg/dL
Hb 15
GB 11000 (Neutrofili 70%)
Eosinofilia (0,5% → 4,3% → 10%)
Creatinina 1
Urea 38

Alla luce della storia clinica e dei risultati dei primi esami strumentali, come proseguiresti l'iter diagnostico?

a) Coronarografia

b) Angio TC coronarica

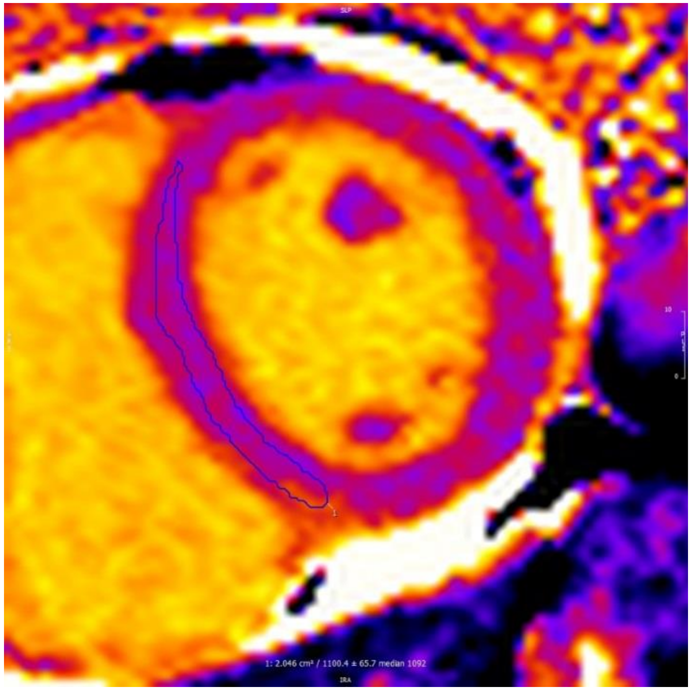
c) Risonanza magnetica cardiaca con mdc

d) Biopsia endomiocardica

e) SPECT 99mTc-DPD.

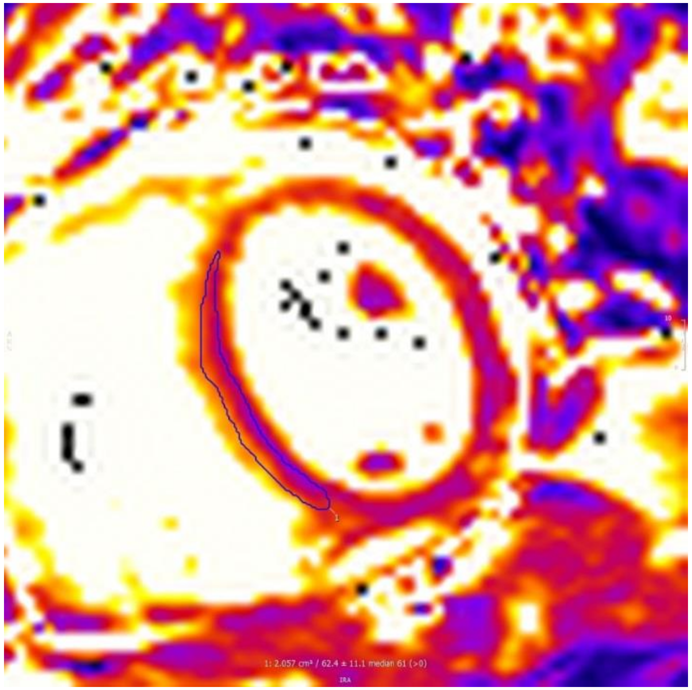
- **RM cardiaca:**

Incremento del T1 e T2 mapping suggestivo di edema/flogosi a carico dei segmenti basali e medi del ventricolo sinistro. Falda di versamento pericardico.


1: 2.046 cm² / 1100.4 ± 65.7 median 1092
IRA

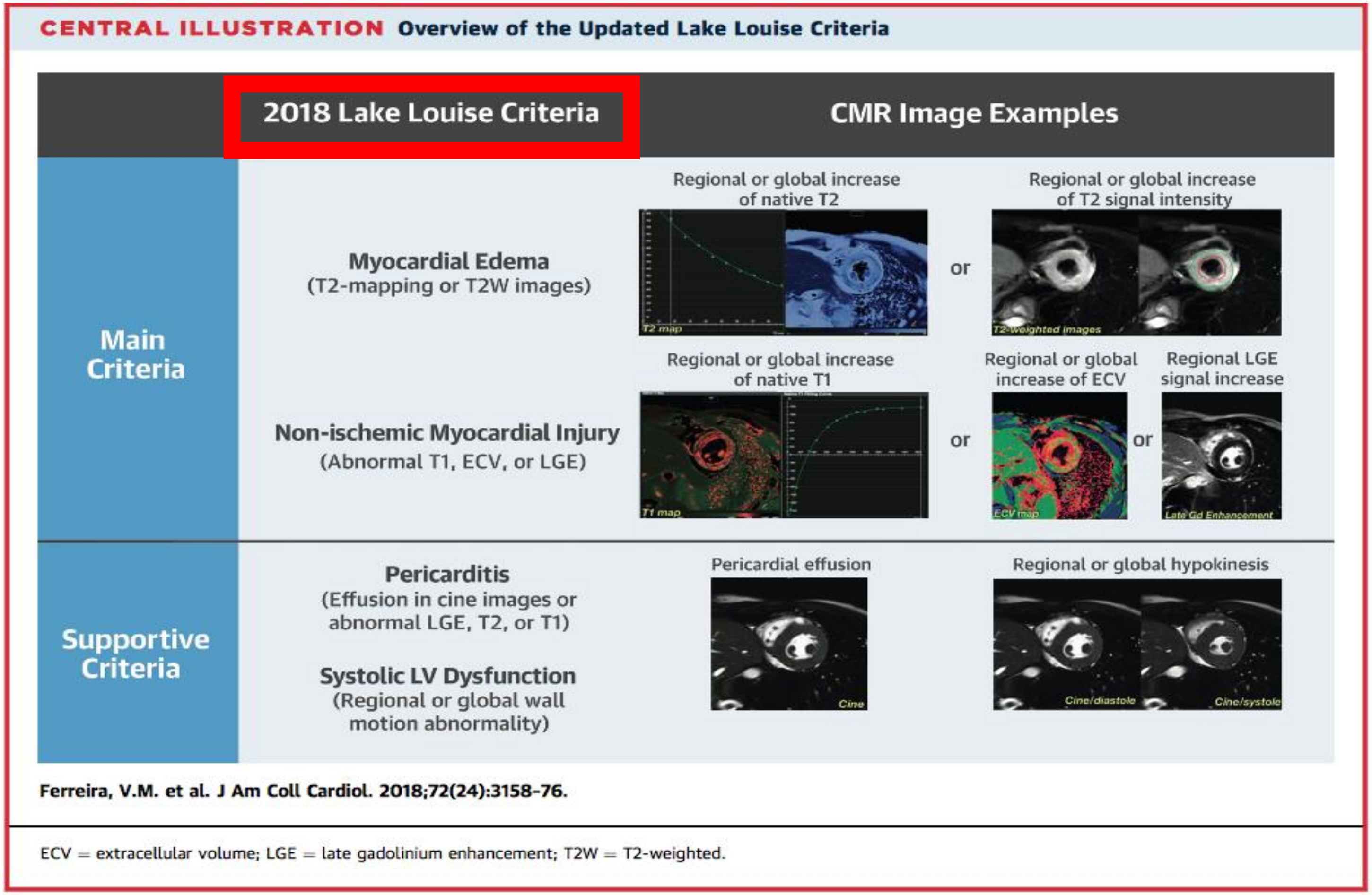
MAPPAGGIO T1 con sequenza MOLLI

in sede basale = 1107 msec.
in sede medioventricolare = 1101 msec.
in sede apicale = 1045 msec.
(v.n. T1 1000-1050)


1: 2.057 cm² / 62.4 ± 11.1 median 61 (>0)
IRA

MAPPAGGIO T2 con sequenza True-fisp

in sede basale = 62 msec.
in sede medioventricolare = 58 msec.
in sede apicale = 51 msec
(v.n. T2 50 msec)



CENTRAL ILLUSTRATION Overview of the Updated Lake Louise Criteria

	2018 Lake Louise Criteria	CMR Image Examples
Main Criteria	**Myocardial Edema** (T2-mapping or T2W images)	Regional or global increase of native T2 or Regional or global increase of T2 signal intensity
	Non-ischemic Myocardial Injury (Abnormal T1, ECV, or LGE)	Regional or global increase of native T1 or Regional or global increase of ECV or Regional LGE signal increase
Supportive Criteria	**Pericarditis** (Effusion in cine images or abnormal LGE, T2, or T1) **Systolic LV Dysfunction** (Regional or global wall motion abnormality)	Pericardial effusion Regional or global hypokinesis

Ferreira, V.M. et al. J Am Coll Cardiol. 2018;72(24):3158-76.

ECV = extracellular volume; LGE = late gadolinium enhancement; T2W = T2-weighted.

"CMR may provide strong evidence for active myocardial inflammation based on at least one T2-based criterion, with at least one T1-based criterion"

Ferreira, V.M. et al. J Am Coll Cardiol. 2018;72(24):3158-76

Sospetto diagnostico:

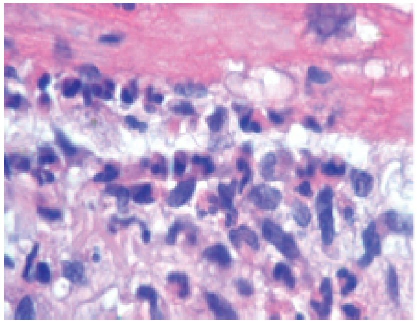
MIOCARDITE EOSINOFILA ASSOCIATA A CLOZAPINA

Eosinophilic Myocarditis

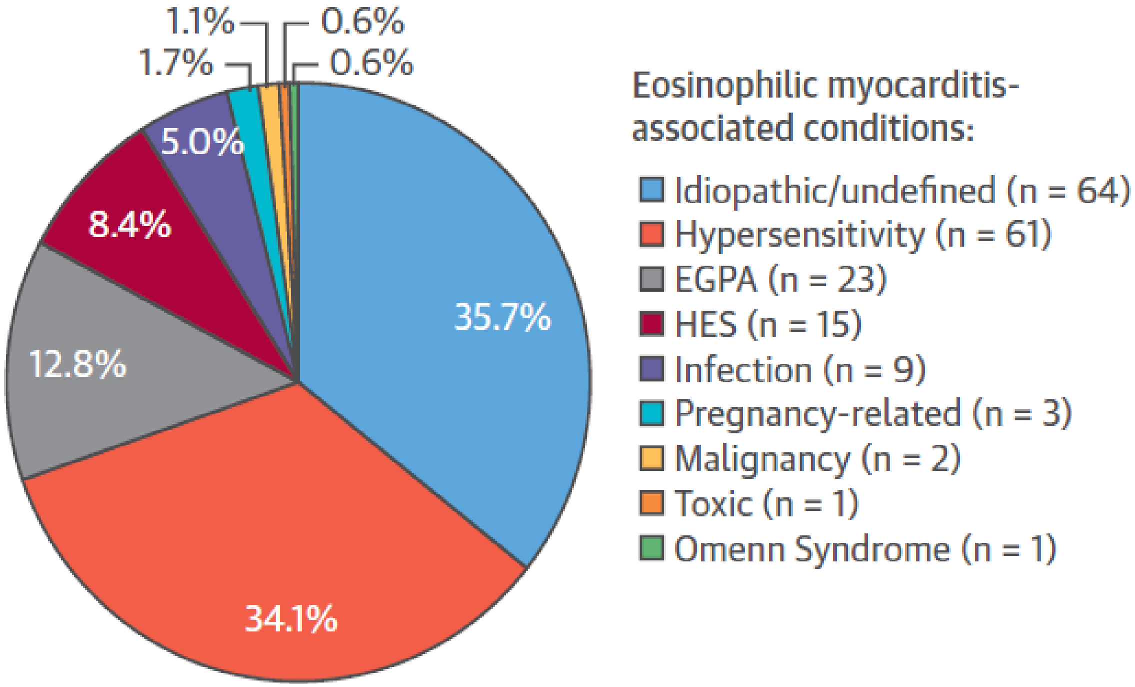
JACC
JOURNAL OF THE AMERICAN COLLEGE OF CARDIOLOGY

Characteristics, Treatment, and Outcomes

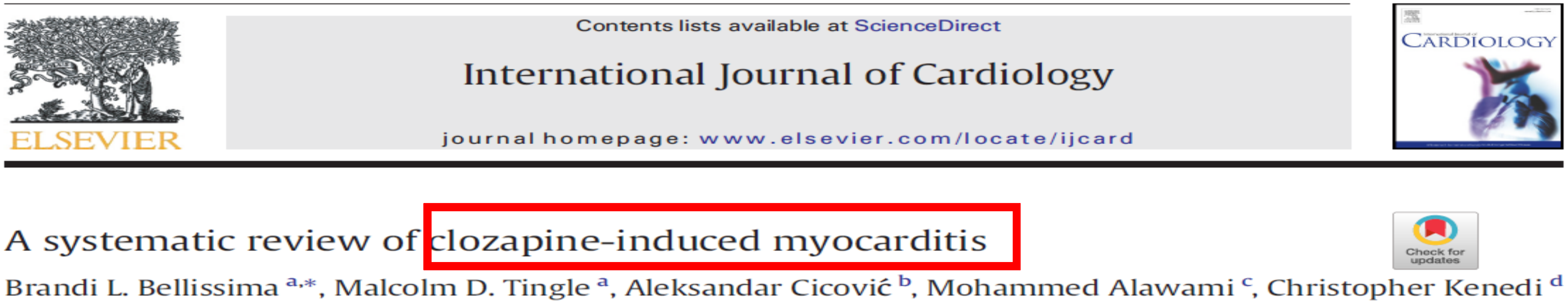
Michela Brambatti, MD,[a] Maria Vittoria Matassini, MD,[b] Eric D. Adler, MD,[a] Karin Klingel, MD,[c]
Paolo G. Camici, MD,[d,e] Enrico Ammirati, MD, PhD[e,f]



HISTOLOGICALLY
PROVEN EOSINOPHILIC
MYOCARDITIS



Brambatti, M. et al. J Am Coll Cardiol. 2017;70(19):2363-75.



Contents lists available at ScienceDirect

International Journal of Cardiology

journal homepage: www.elsevier.com/locate/ijcard

A systematic review of clozapine-induced myocarditis

Brandi L. Bellissima [a,*], Malcolm D. Tingle [a], Aleksandar Cicović [b], Mohammed Alawami [c], Christopher Kenedi [d]

- INCIDENZA: 0,015 – 8,5%
- **ETA' MEDIANA**: 30 anni (78% Maschi)
- Insorgenza dei sintomi entro i primi 30 gg di trattamento (87%)
- Meccanismo dose indipendente
- **PRESENTAZIONE CLINICA**: Dispnea (42%), dolore toracico (37%), flu-like symptoms (18%), tosse (12%), diarrea (11%)
- **ECG**: Tachicardia sinusale (37%), anomalie della ripolarizzazione (24%), ST elevation (16%)
- **ETT/RMC:** Disfunzione ventricolare (57%)
- **OUTCOME**: Mortalità del 21%

Alla luce del sospetto diagnostico, quali misure terapeutiche consiglieresti?

a) Sospensione della Clozapina

b) Doppia terapia antiaggregante

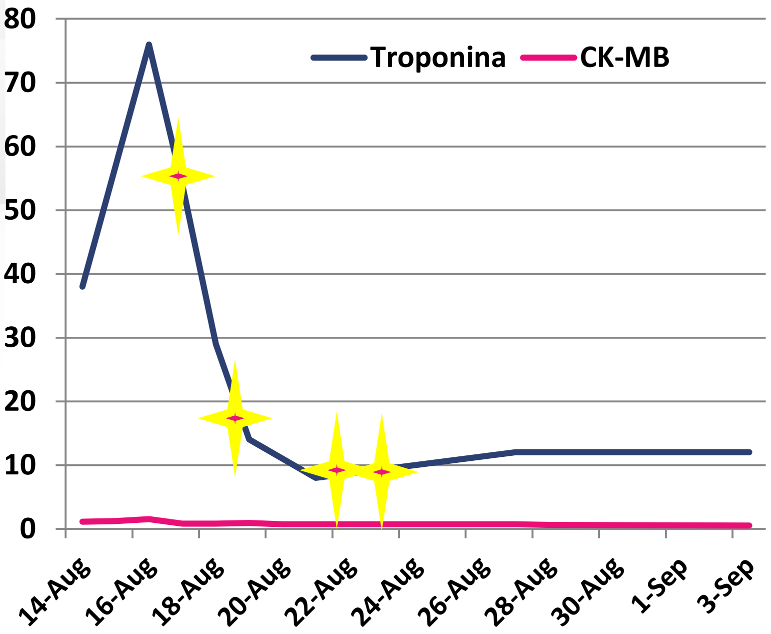
c) Diuretico

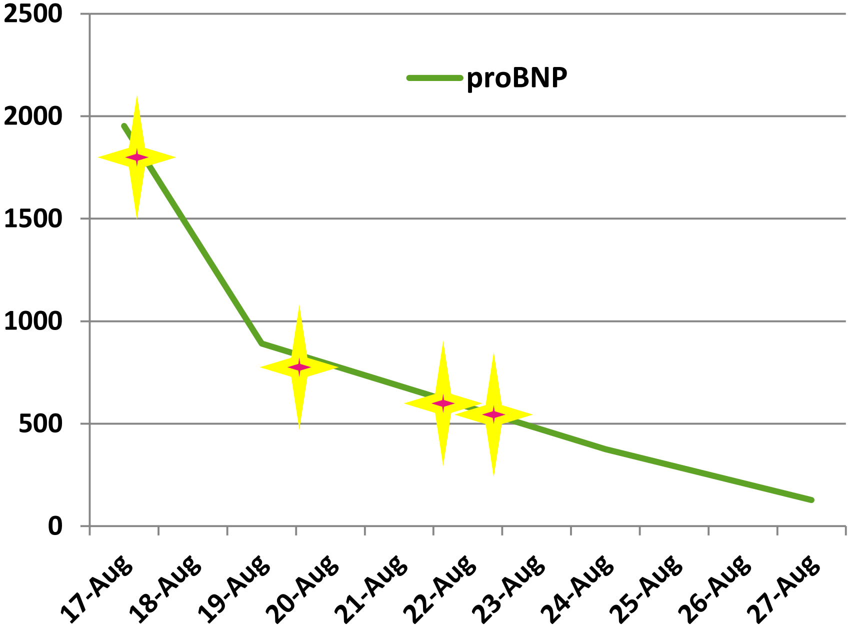
d) Terapia steroidea

e) a + c + d

15 AGOSTO SOSPENSIONE CLOZAPINA

✦ Urbason
40 mg





TAKE HOME MESSAGE

- Le miocarditi eosinofile non sono infrequenti ed hanno un' elevata mortalità intraospedaliera (22%; ++ Ipersensibilità)
- La RM cardiaca è un esame di prima scelta se il paziente è emodinamicamente stabile. Considerare la BEM in caso di miocardite acuta complicata (LVEF < 50%, instabilità emodinamica)
- Immediata cessazione del farmaco lesivo. La terapia steroidea non è stata testata in nessun trial clinico, tuttavia viene comunemente utilizzata come trattamento primario dell'ipereosinofilia.
- Necessità di protocolli di monitoraggio clinico-strumentale nelle miocarditi clozapina-indotte

Grazie dell'attenzione