

Миокардит после аугментационной маммопластики



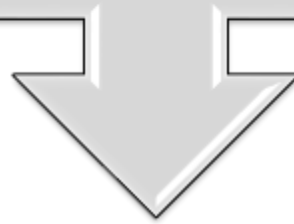
**Богдалова Лейла Рустемовна, Пономарева Елена
Юрьевна**

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского
Минздрава России, кафедра госпитальной терапии
лечебного факультета



Республиканская научно-практическая интернет-конференция
«Актуальные вопросы кардиологии»
г. Донецк, декабрь 2023

Миокардит – это групповое понятие, поражение миокарда воспалительной природы, инфекционной, токсической (в т. ч. лекарственной), аллергической, аутоиммунной или неясной этиологии.



Клинико-морфологические формы миокардита

Молниеносная

Подострая

**Хроническая
активная**

**Хроническая
персистирующая**

Факторы, определяющие трудности диагностики миокардитов

- Многогранность клинического дебюта и последующих проявлений миокардитов
- Клиническая картина схожа с проявлениями ИБС
- Часто бессимптомное течение заболевания
- Трудности верификации диагноза (недоступность эндомиокардиальной биопсии, МРТ сердца)

Пациентка Н., 41 год

Жалобы на момент поступления в кардиологическое отделение

- Одышка смешанного характера при незначительной физической нагрузке
- Учащенное сердцебиение
- Головокружение
- Повышенная утомляемость
- Общая слабость

Anamnesis morbi



2019 г, июль 2022г.: двусторонняя
аугментационная маммопластика


Август 2022 – расхождение швов,
серозное отделяемое, дренирование

Сентябрь 2022 – удаление имплантов,
курс антибактериальной терапии в
профилактических целях


Ноябрь 2022 – снижение толерантности
к физической нагрузке, слабость

Anamnesis morbi

Декабрь 2022 – признаки ОРВИ (2 дня)



5-12 января - одышка смешанного характера при незначительной физической нагрузке, учащенное аритмичное сердцебиение



12 января 2023 обратилась к врачу-кардиологу в медицинский центр, направлена на госпитализацию в ЦРБ

Данные объективного осмотра

- Состояние средней степени тяжести.
- Отеков нижних конечностей нет.
- Набухания шейных вен нет
- Температура тела 36,6С°
- Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС=пульсу=100 в мин
- АД 120 и 80 мм рт. ст
- Дыхание везикулярное, хрипов нет
- Печень не увеличена

Лабораторные обследования

ОАК	Гемоглобин, г/л	Эритроциты, 10^{12}	Лейкоциты, 10^9	Тромбоциты, 10^9	СОЭ, мм/ч
26.01.23	121	4,48	10,65 ↑	401 ↑	8
30.01.23	122	4,48	6,13	319	5

Биохимический АК			
Креатинин	75,4 мкмоль/л	Креатинкиназа	132.9 ед/л
Мочевина	6.52 ммоль/л	КФК МВ	28 ед/л
АЛТ	37.8 ед/л	Тропонин I	1.2 нг/мл↑; 26,3 нг/мл↑; 12,3 нг/мл↑
АСТ	38.4 ед/л	NTproBNP	322,1 пг/мл ↑
Прокальцитонин	0,02 нг/мл	АТ к ДНК	7,4 Ед/мл
СРБ	1.4 мг/л	Антинуклеарные АТ	отр

Инструментальные исследования

Показатели	Результат
ИММ ЛЖ, г/м ²	93
КДР ЛЖ, см	4,95
КСР ЛЖ, см	3,72
КДО ЛЖ, мл	117
КСО ЛЖ, мл	59
УО, мл	58
ФВ, %	49
Толщина ЗСЛЖ, см	0,85
Толщина МЖП, см	0,85
ЛП, см	3,77
ПП, см	3,7
ПЖ, см	2,55
Толщина ПСПЖ, см	0,4
MR, степень	3
TR, степень	2-3
СДЛА, мм рт.ст.	53-58

Эхо-КГ 26.01.2023

Размеры полостей сердца в пределах нормы. **Глобальная сократимость миокарда левого желудочка снижена. Гипокинезия** всех передне-перегородочных сегментов, базального и среднего ниже-перегородочного сегментов, всех боковых сегментов левого желудочка. MR – 3 ст, TR – 3 ст. **Легочная гипертензия 2 степени. Признаки декомпенсации** кровообращения по большому кругу. **Незначительное количество жидкости в полости перикарда.**

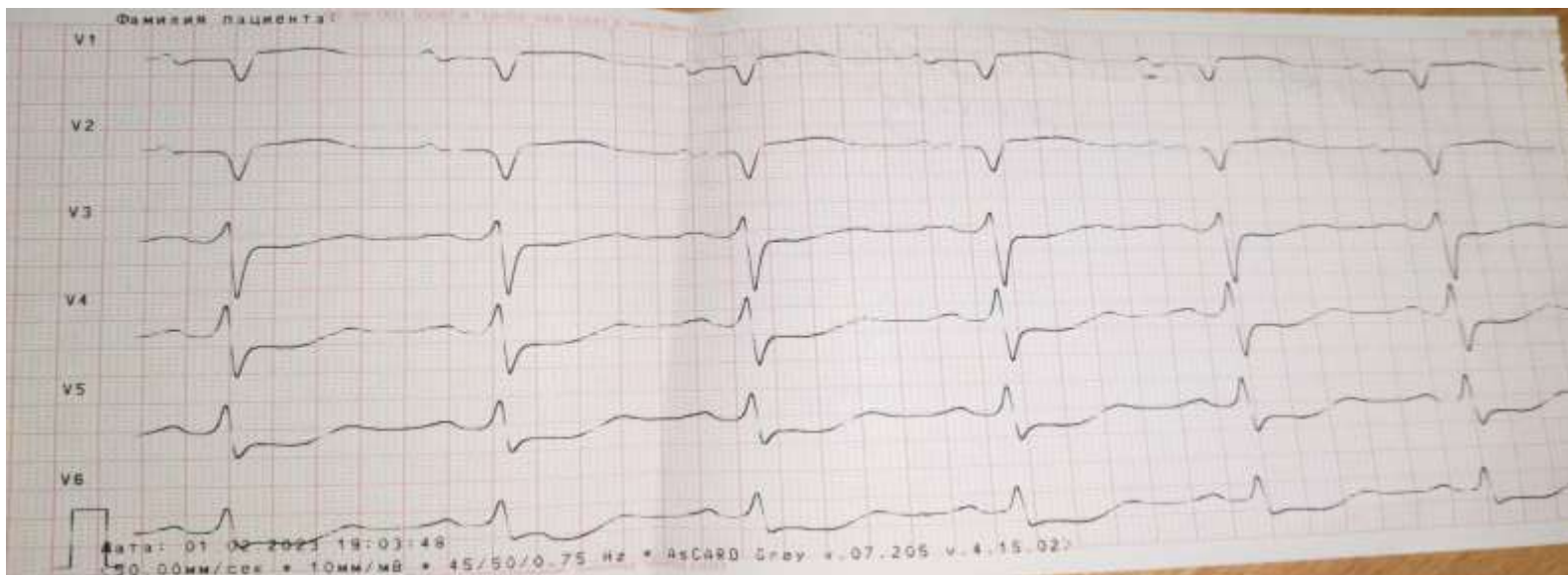
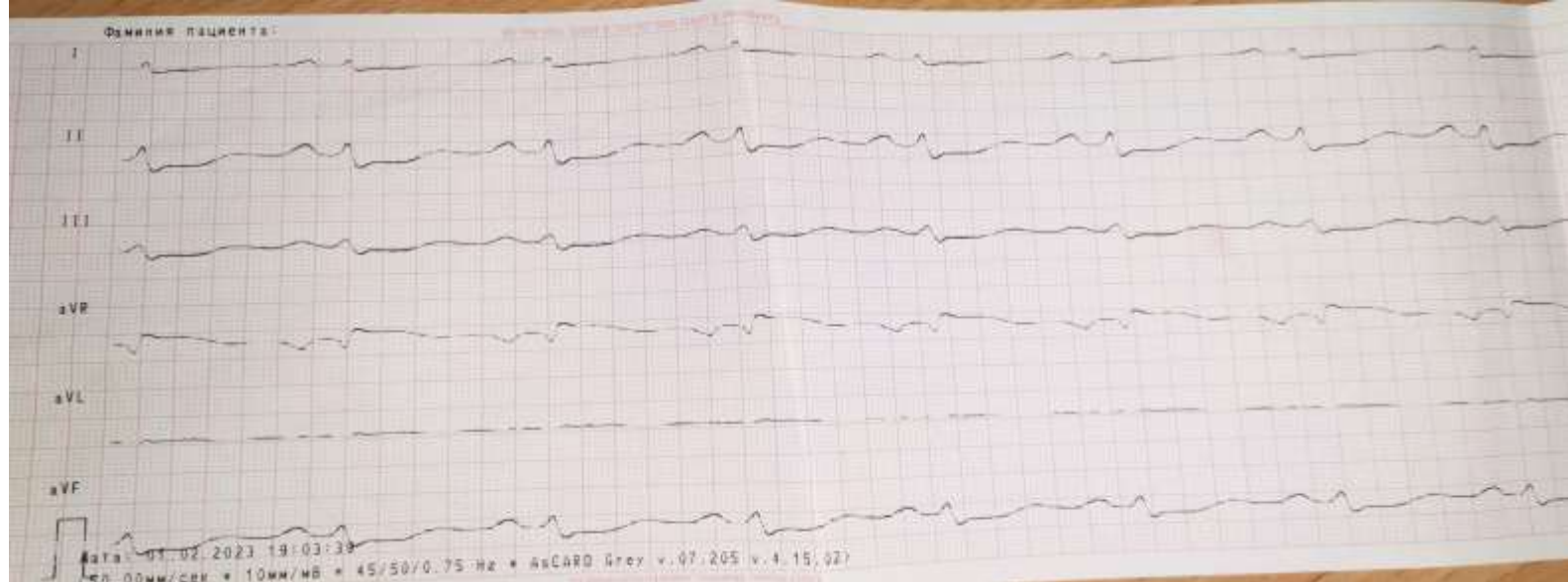
Инструментальные исследования

30.01.23г. ХМ сердечного ритма

Базовый ритм – синусовый, со средней ЧСС за сутки – 88 в мин. Зарегистрирован 1 эпизод **наджелудочковой аберрантной тахикардии**, длительностью 50 мин. Эктопическая активность: 8 наджелудочковых экстрасистол, **1053 желудочковых экстрасистол**. Отмечено **удлинение интервала QT**: Максимальный QTc=0.53сек

27.01.23г. ЭКГ: ЧСС – 85 в 1 мин. Ритм синусовый. ЭОС вертикальная. **Ишемия миокарда левого желудочка** задней стенки верхушечной - боковой области.

30.01.23г. УЗИ ОБП, почек. Заключение: патологии не выявлено.



Диагноз

Основное:

Острый инфекционный миокардит неуточненного генеза, тяжелое течение. Относительная митральная недостаточность III степени, трикуспидальная недостаточность III степени. Легочная гипертензия II степени.

Фон: Аугментационная маммопластика от февраля 2019 г., июля 2022г. Серома. Удаление имплантов от 19 сентября 2022 г.

Осл.: H2 Б с промежуточной ФВ 48% ФК III. Двусторонний гидроторакс. Гидроперикард. Пароксизмальная впервые выявленная форма фибрилляции-трепетания предсердий, пароксизм 14.01.2023. Эпизоды наджелудочковой тахикардии , желудочковой экстрасистолии 4Б класс по Лауну по данным ХМ-ЭКГ от 18.01.23. Пароксизм нестабильной наджелудочковой тахикардии 31.01.2023 г. Частая желудочковая экстрасистолия.

Проведённое лечение

Т. Ривароксабан
20 мг по 1 таб
20.00

Т. Верошпирон
50 мг 1 р/д

Т. Метопролол
25 мг 1 р/д

Т. Амиодарон
200 мг по 1 таб
3 р/д

Т.
Дапаглифлозин
10 мг 1 р/д

Т. Торасемид 5
мг 1 р/д

Т. Триметазидин
80 мг 1 р/д

Телемедицинская консультация в ФГБУ НМИЦ им В. А. Алмазова МЗ России

Заключение: Диагноз пациентки неясен. Рекомендовано МРТ сердца с контрастированием. Продолжить терапию петлевыми диуретиками до поддержания состояния эуволемии, терапия АМКР (спиронолактон 25 – 50 мг), иНГКТ (дапаглифлозин 10 мг), β – блокаторы (метопролол сукцинат 25 мг), амиодарон 200 мг/д, иАПФ с 1 мг на ночь.

Добавить к лечению т. Колхицин 1 мг/сут в течение 3 месяцев

На фоне лечения положительная динамика в виде уменьшения одышки, эпизодов сердцебиения, выписана 3.02.2023

Плохая переносимость колхицина (тошнота) на амбулаторном этапе, самостоятельная отмена препарата

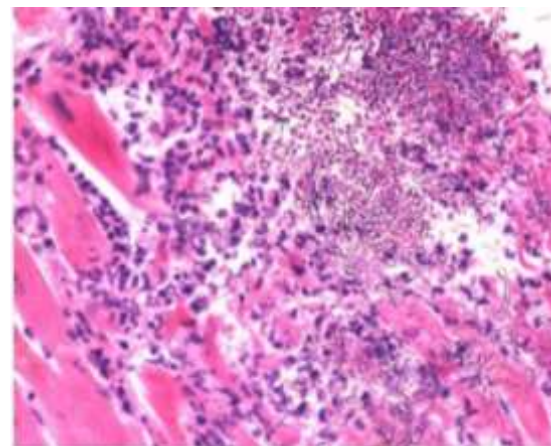
Март 2023 – усиление одышки, пароксизмы
учащенного сердцебиения

ЭхоКГ 3.03.2023 г. ФВ ЛЖ 25%. МР 2 степени.
ТР 3 степени. Аннулоэктазия. **Легочная
гипертензия 1 степени.** Количество жидкости
в полости перикарда не увеличено

Госпитализация в ФГБУ НМИЦ им В. А.
Алмазова

Эндомиокардиальная биопсия 13.03.23: Некрозы с полиморфноклеточной инфильтрацией: макрофагальной, лимфоцитарной реакцией, с преобладанием нейтрофильной инфильтрации, очаги грануляционной ткани с воспалительными инфильтратами.

- Цефепим 6 г/сут
- Преднизолон 40 мг/сут
- Микофенолата мофетил 2 г/сут с 11.04



ЭМБ 6.04.2023: выраженная полиморфноклеточная инфильтрация из лимфоцитов, макрофагов, гранулоцитов. Выраженный отек миокарда, жировая дистрофия кардиомиоцитов. Положительная динамика в виде значимого снижения выраженности и агрессивности воспалительного инфильтрата. Иммуногистохимическое исследование: уменьшение инфильтрации CD3+, CD16+ клетками

Диагноз при выписке из ФГБУ НМИЦ им. В.А. Алмазова

- Осн: Нейтрофильный некротический миокардит, тяжелое течение
- Осл: ХСНнФВ (25%) 2 Б ст, ФК III. Недостаточность МК 2 степени, ТК 3 степени. Легочная гипертензия 1 степени. Двусторонний гидроторакс, гидроперикард. Фибрилляция-трепетание предсердий, персистирующая форма. Наджелудочковая, желудочковая экстрасистолия.


Продолжить прием:

Т. Преднизолон 40 мг с последующим снижением до 15 мг


Т. Микофенолата мофетил 2 г/сут. При признаках ОРВИ-временная отмена

Продолжить проводимую кардиотропную, антиаритмическую, антикоагулянтную терапию

13-14.05.2023 – симптомы ОРВИ, лихорадка до 37,5 градусов



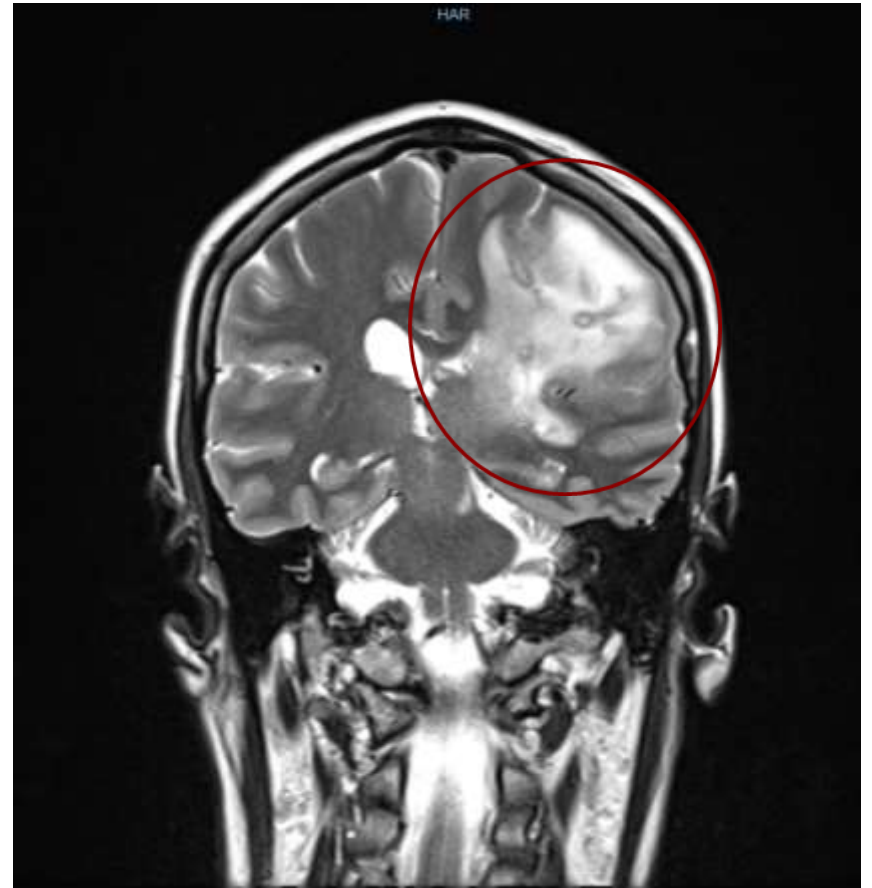
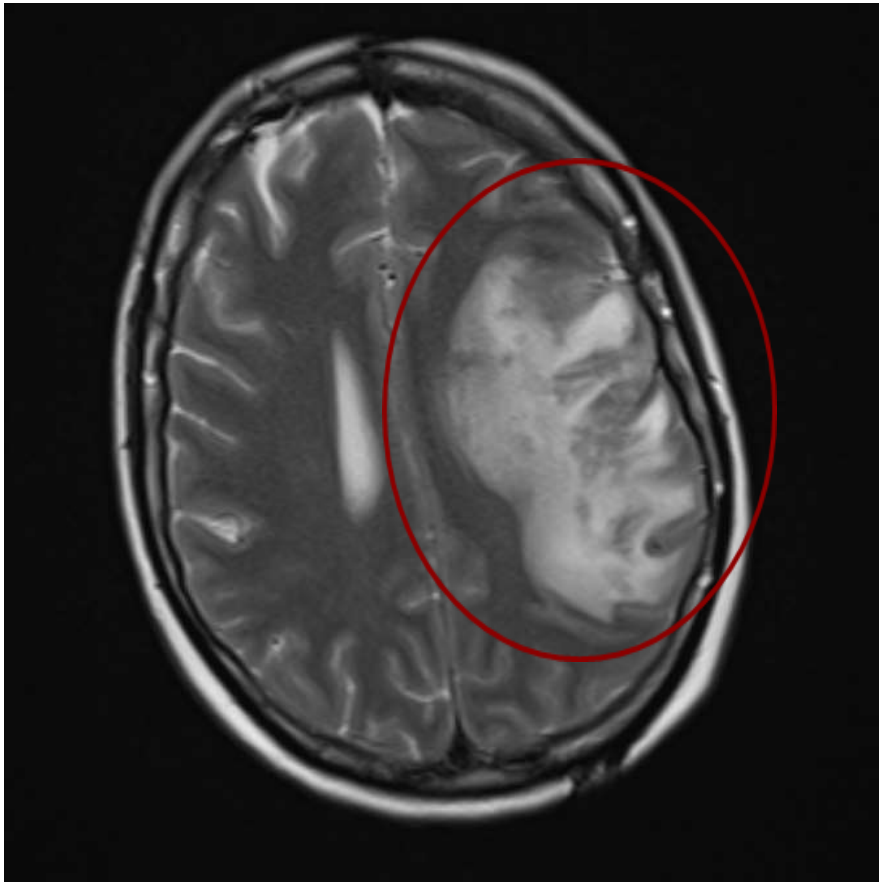
18.05.2023 – головная боль, опущение века, угла рта, онемение верхних конечностей



22.05.2023 – появление афазии



Госпитализация в ОРИТ №2 ОКБ



МРТ картина зоны структурных изменений левой лобной, теменной долей с распространением на левые базальные структуры и средний мозг, наиболее вероятно энцефалит, с формирующимися участками абсцедирования. Дислокация срединных структур вправо на 5мм.

Результаты дополнительного обследования

ОАК	Гемоглобин, г/л	Эритроциты, 10^{12}	Лейкоциты, 10^9	Тромбоциты, 10^9	СОЭ, мм/ч	Лимфоциты %
31.05.23	123	3,92	15,08	268	13	27

Люмбальная пункция:
реакция Панди
положительная, белок
0,61 г/л, эритроциты
10000/мл

Исследование
ликвора на
токсоплазмоз –
результат
отрицательный

СРБ 39,1 мг/л
Nt-proBNP 39,8 пг/мл
Прокальцитонин 0,1

Рентгенография ОГК -
застойные изменения
в легких.

Эхо-КГ

ФВ 40%

Выраженная гипокинезия базальных
нижнего, ниже-перегородочного,
передне-перегородочного, переднего,
передне-бокового сегментов, среднего
нижнего сегмента на фоне небольшой
диффузной гипокинезии остальных
сегментов ЛЖ

Размеры полостей сердца в пределах
нормы

Диагноз

- Острый диссеминированный энцефалит неуточнённой этиологии с поражением левого полушария головного мозга. Грубый правосторонний гемипарез, более выраженный в руке. Центральный парез лицевого и подъязычного нервов. Элементы сенсорной афазии. Моторная афазия
- Нейтрофильный некротический миокардит, тяжелое течение
- Осл: Н IIA (IIIФК). Персистирующая рецидивирующая фибрилляция предсердий. Гипергликемия, стероид-индуцированная

Лечение

- Отмена микофенолата мофетила
- Продолжение приема глюкокортикостероидов в дозе 30 мг с постепенным снижением дозировки
- Антибактериальная терапия: Цефтазидим 6 г/сут, Ко-тримоксазол 960 мг
- Антикоагулянтная терапия
- Кардиотропная терапия (отмена Валсартан-сакубитрила в связи со стойкой гипотонией)
- Визит через 4 месяца после выписки из стационара: жалоб нет, самочувствие удовлетворительное, легкий неврологический дефицит, практически полное восстановление двигательных и речевых функций. Суточная доза преднизолона 15 мг. Решение вопроса о дальнейшей иммуносупрессивной терапии после обследования.

Обсуждение

- В литературе описан случай развития миоперикардита вследствие разрыва грудного импланта [1]
- В данном случае не исключалась вирусная этиология заболевания в связи с явлениями ОРВИ в дебюте, что является противопоказанием для назначения ГКС
- Бактериальная этиология миокардита, которую можно предположить по результатам морфологического исследования, встречается редко; к тому же у пациентки не было убедительных проявлений бактериальной инфекции крови
- Невозможность проведения «золотого стандарта» диагностики миокардита (ЭМБ) отсрочило назначение лечения

Обсуждение

- В связи с прогрессирующей неврологической симптоматикой, МРТ- картиной менингоэнцефалита, в качестве наиболее вероятного диагноза у «иммуноскомпрометированной» пациентки рассматривался токсоплазмоз головного мозга, не нашедший лабораторного подтверждения
- В литературе описаны случаи обнаружения АТ к ДНК, антинуклеарных АТ после аугментационной маммопластики [1-3]. В процессе обследования исключалась волчаночная природа поражения миокарда, головного мозга, однако критериев диагностики системной красной волчанки было недостаточно

1. Cuellar ML, Scopelitis E, Tenenbaum SA, Garry RF, Silveira LH, Cabrera G, Espinoza LR. Serum antinuclear antibodies in women with silicone breast implants. J Rheumatol. 1995;22(2):236-240.

2. Bar-Meir E, Teuber SS, Lin HC, Alosacie I, Goddard G, Terybery J, Barka N, et al. Multiple autoantibodies in patients with silicone breast implants. J Autoimmun. 1995

3. Kappel RM, Cohen Tervaert JW, Pruijn GJ. Autoimmune/inflammatory syndrome induced by adjuvants (ASIA) due to silicone implant incompatibility syndrome in three sisters. Clin Exp Rheumatol. 2014

Выводы

- Маммопластика таит в себе потенциальный риск возникновения инфекционных послеоперационных осложнений, аутоиммунных процессов в ответ на наличие инородного тела в организме
- Иммуносупрессивная терапия, назначенная по поводу вероятного аутоиммунного происхождения поражения миокарда, сопряжена с риском развития инфекционных осложнений
- Характер морфологических изменений и клиническое течение поражения миокарда у пациентки подлежат дальнейшей оценке в процессе динамического наблюдения