

Kommentar

Akutt myokarditt og død – er vi alltid i etterkant?

Myokarditt er sammen med hypertrofisk kardiomyopati og anomal avgang av koronararterie blant de tre hyppigste årsakene til plutselig død hos unge tilsynelatende friske mennesker.

WHO klassifiserer akutt myokarditt som en inflammatorisk sykdom i myokard med tre distinkte grupper: infeksøs (med enterovirusgruppen som hyppigst), autoimmun eller idiopatisk (1). Diagnosen stilles ved klassisk histologisk undersøkelse, immunologiske teknikker eller på immunhistokjemisk måte. Disse metodene nødvendiggjør myokardbiopsi. Kriteriene kan tolkes ulikt, og myokarditt kan være fokal, så biopsi trenger ikke gi en sikker diagnose. Vevsprøve er i tillegg forbundet med komplikasjoner. Det kliniske bildet kan variere fra akutt fulminant hjertesvikt til subklinisk, der det siste er mest vanlig. Bildet kan også være identisk med akutt hjerteinfarkt med akutte brystmerter, ST-elevasjon i EKG og troponinstigning, eller første tegn kan være plutselig død. Hos unge vil man fatte mistanke om myokarditt ved passende klinisk undersøkelse med normale funn ved koronar angiografi. Middelaldrende og eldre kan ha subklinisk koronarsykdom som kan virke villedende for riktig diagnostikk. Som en god regel bør myokarditt mistenkes hos yngre, spesielt menn, som fremstår med kardial sykdom uten sikker forklaring, slik som hjertesvikt, hjerteinfarkt, hjertearytmier eller ledningsforstyrrelser.

Jørgen Gravning og medarbeidere rapporterer en slik kasuistikk (2) hvor pasienten hadde en LAD-stenose som sannsynlig har vært et tilfeldig bifunn,

men som ble prospektivt oppfattet som hovedfunn på bakgrunn av klinisk bilde, og dermed behandlet med stenting. Obduksjon viste imidlertid sikker myokarditt. Hos pasienter med et tilsvarende sykdomsbilde, men med normale koronarkar, bør vi nok oftere tenke på myokarditt enn det som er tilfellet nå i klinisk praksis (3). Når mistanken er vakt klinisk, kan man få tilleggsinformasjon ved at utslipp av hjertemarkører er prolongert i forhold til ved infarkt. Videre ser det ut til at bruk av MR med gadoliniumkontrast er nyttig (4). Områder med infarkt identifisert med gadolinium opptrer tidligere enn ved myokarditt, og har segmental subendokardial distribusjon i motsetning til diffus ikke-subendokardial distribusjon ved myokarditt. MR kan også gi indikasjon på om myokarditten er fokal, og dermed veilede biopsitaking. Selve nytten av biopsitaking er omdiskutert fordi sensitiviteten er lav og det finnes lite spesifikk behandling.

Myokarditt er en alvorlig tilstand. På grunn av dens hyppige subkliniske debut er det ikke kjent om eller hvor ofte den går over til en dilatert kardiomyopati. Når kun biopsipositive pasienter er inkludert, anslås slik progrediering til omkring 60% hos pasienter med initial hjertesvikt mot 5% uten initial svikt (5). Mortalitet etter fem år er i flere studier vist å være 50–60% (6). Venstre ventrikel-funksjon og endediastolisk diameter er som for andre kardiologiske tilstander uavhengige prediktorer for mortalitet. Påvisning av enterovirus eller verifisert histologisk diagnose ser ikke ut til å være uavhengige risikofaktorer. Pasienter med

myokarditt må følges nøye med henblikk på utvikling av risikofaktorer og start av relevant medikasjon samt implantasjon av hjertedefibrillator.

Jan Erik Nordrehaug

jan.nordrehaug@helse-bergen.no
Hjerteavdelingen
Haukeland Universitetssjukehus
5021 Bergen

Manuskriptet ble godkjent 28.4. 2006.
Medisinsk redaktør Michael Bretthauer.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

- Richardson P, McKenna W, Bristow M et al. Report of the 1995 World Health Organization/International Society and Federation of Cardiology Task Force on the definition and classification of cardiomyopathies. *Circulation* 1996; 93: 341: 841–2.
- Gravning J, Vege Å, Kjekshus J. Plutselig uventet dødsfall etter perkutan koronar intervensjon. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2006; 126: 2111–3.
- Constantini M, Tritto C, Licci E et al. Myocarditis with ST-elevation myocardial infarction presentation in young men. A case series of 11 patients. *Int J Cardiol* 2005; 101: 157–8.
- Laissy J-P, Hyafil F, Feldman LJ et al. Differentiating acute myocardial infarction from myocarditis: Diagnostic value of early- and delayed-perfusion cardiac MR imaging. *Radiology* 2005; 237: 75–82.
- Sinagra G, D'Ambrosio A, Bussani R et al. Clinical presentation and predictive factors of long term outcome in patients with biopsy-proven myocarditis. *Circulation* 1999; 33 (suppl A): 506A.
- Grogan M, Redfield MM, Bailey KR et al. Long-term outcome of patients with biopsy-proven myocarditis: comparison with idiopathic dilated cardiomyopathy. *J Am Coll Cardiol* 1995; 26: 80–4.