

Un aggiornamento sulla miocardite acuta

Ammirati E, Cartella I, Varrenti M, Selimi A, Sormani P, Garascia A, Palazzini M. Acute myocarditis: 2024 State of the heart. Eur Heart J, Suppl (2025) 27 (1), i56–i60.

Parole chiave: cardiologia, miocardite acuta, linee guida

In questo breve ma interessante lavoro, un gruppo di ricercatori italiani affronta un quadro clinico, non sempre ben conosciuto dai medici d'urgenza, che dovrebbe essere preso in considerazione nei pazienti, specie se giovani, che giungono in PS per dolore toracico.

La miocardite ha un'incidenza di 4-14 casi per 100.000 /anno, prevalentemente uomini con meno di 50 anni di età, ed ha genesi virale di origine respiratoria nella maggior parte dei casi. Anche alcuni antineoplastici immunologici possono avere come effetto collaterale una miocardite acuta nell'1% dei pazienti trattati. Questa patologia è infine una possibile complicanza post vaccinica che è stata segnalata anche per i vaccini anti SARS-COV-2. Va però sottolineato come la miocardite post vaccinica sia meno frequente della stessa complicanza nell'ambito della malattia SARS-COV-2 e, in ogni caso, abbia una buona prognosi.

Il dolore toracico è presente nella maggior parte dei casi afferenti al PS, preceduto da sintomi simil influenzali; nel 7% dei casi sono presenti dispnea e/o sincope.

In questo lavoro viene citato uno studio danese che mostra come nel 6% dei casi di morte improvvisa del giovane sia presente all'esame post mortem un quadro di miocardite acuta. Nei casi descritti il dolore toracico era solo raramente presente, avvalorando l'ipotesi di una genesi aritmica acuta quale causa del decesso.

La biopsia endomiocardica è il gold standard diagnostico che esula ovviamente dalle competenze del medico di urgenza. A lui sta però il compito di porre il primo sospetto clinico e di iniziare il work up diagnostico indispensabile per raggiungere il più rapidamente possibile la diagnosi di certezza.

La flow-chart proposta, indica come primo step di indagini l'esecuzione di ECG, troponina ed ecocardiogramma che, se alterati, rinforzano il sospetto diagnostico.

A questo punto si consi il quadro clinico:

- nel 75% dei casi è non complicato, con una frazione di eiezione > 50% e si procede alla esecuzione di RMN e follow up specialistico;
- nel 25% dei casi è invece presente un quadro clinico instabile (scompenso diastolico, insufficienza cardiaca acuta, VT/FV) che va valutato precocemente in ambiente specialistico per esecuzione di biopsia endomiocardica e terapia intensiva e specifica (corticosteroidica, immunosoppressiva ecc.).

Gli autori concludono che molti eventi si verificano nella fase iniziale della malattia (e quindi in area di urgenza – ndr), di conseguenza un pronto riconoscimento di questa condizione associato ad un rapido trattamento rischio-correlato può portare ad una significativa riduzione della mortalità.

Per saperne di più

1. Drazner MH, Bozkurt B, Cooper LT, Aggarwal NR, Basso C, et al. 2024 ACC Expert Consensus Decision Pathway on Strategies and Criteria for the Diagnosis and Management of Myocarditis: A Report of the American College of Cardiology Solution Set Oversight Committee. J Am Coll Cardiol 2025 Feb 4;85(4):391-431.

2. Ammirati E, Moslehi JJ. Diagnosis and treatment of acute myocarditis: a review. *JAMA* 2023;329:1098–1113.

(Mario Cavazza)