

chicin rovněž významně snížil míru hospitalizací (4). Kolchicin se dává podle váhy pacienta (do 70 kg 0,5 mg 1× denně, nad 70 kg 0,5 mg 2× denně) a užívá se podobu 3 měsíců. Kolchicin je kontraindikován u pacientů s těžkou poruchou funkce ledvin a u těhotných a kojících žen. Při současném podávání makrolidových antibiotik je třeba opatrnosti nebo snížení dávky kolchicinu, protože tyto léky mohou zvýšit jeho hladinu v krvi. Podobně může kombinace se statiny zvyšovat riziko svalové toxicity (8). Nejčastějším nežádoucím účinkem kolchicinu jsou gastrointestinální potíže, které vedou k přerušení léčby u 5–8 % pacientů. Při užívání kolchicinu je nutná monitorace jaterních enzymů, kreatininy a pravidelné kontroly krevního obrazu. Chronická renální insuficience zvyšuje koncentraci kolchicinu v organismu, což zvyšuje riziko výskytu nežádoucích účinků spojených s touto léčbou (2). Ve chvíli, kdy je terapie akutní idiopatické perikarditidy nesteroidními antiflogistiky neúčinná nebo kontraindikovaná, mělo by být zváženo podávání kortikosteroidů, jako terapie druhé volby. Kortikosteroidy mají silný účinek na zmírnění bolesti a snížení zánětlivých parametrů, avšak jejich podávání zvyšuje riziko recidiv. Doporučuje se podávat je v nízkých až středně vysokých dávkách (tzn. Prednison 0,2–0,5 mg/kg/den). Počáteční dávku je nutné ponechat do odeznění příznaků a poklesu zánětlivých parametrů, následně se dávka velmi pomalu snižuje, aby se snížilo riziko rekurence zánětu. Kortikosteroidy bychom neměli podávat v případě podezření na bakteriální či TBC formu perikarditidy. Naopak jsou kortikosteroidy lékem první volby u perikarditidy, která je součástí autoimunitních onemocnění v rámci systémových chorob. Při terapii antiflogistiky nebo kortikoidy je samozřejmě podávání gastroprotektivní medikace. Pacientům s akutní perikarditidou je doporučován alespoň po dobu tří měsíců klidový režim (4). V těhotenství je možné užívat během prvních dvou trimestrů nesteroidní antiflogistika a kyselinu acetylsalicylovou (která je upřednostňována), od třetího trimestru je však povoleno podávat pouze nízkou dávku kyseliny acetylsalicylové, a to maximálně 100 mg denně. Jako alternativu

lze po celou dobu těhotenství bezpečně užívat paracetamol (2).

U purulentní perikarditidy je indikována diagnostická punkce perikardiálního výpotku a okamžité nasazení antibiotické terapie dle citlivosti. Léčba tuberkulózní perikarditidy vyžaduje několikaměsíční podávání kombinace antituberkulotik, měla by být vedena ve specializovaných centrech. Touto terapií se snažíme předcházet vzniku strikturní perikarditidy, jejíž nejčastější příčinou v rozvojových zemích je právě tuberkulóza (4).

Rekurentní perikarditida

Rekurentní perikarditida se vyskytuje až ve 30 % případů po prodělané akutní perikarditidě, a to zejména pokud není léčena kolchicinem. Diagnóza rekurentní perikarditidy je stanovena na základě potvrzené předchozí epizody akutní perikarditidy a recidivy bolesti na hrudi s odstupem alespoň 4–6 týdnů (4, 12). Diagnóza se dále opírá o přítomnost alespoň jednoho z následujících příznaků: subfebrilie, perikardiální třecí šelest, změny na EKG odpovídající akutní perikarditidě, přítomnost výpotku v perikardu nebo laboratorní známky zánětu (2). Bolest při recidivě bývá obvykle méně intenzivní než při první atace, což může vést k diagnostickým pochybnostem a ztížit tak rozpoznání rekurentní perikarditidy. V těchto případech je s výhodou využití magnetické rezonance, kde nález pozdního syčení perikardu prokazuje recidivu zánětu perikardu.

Mezi hlavní rizikové faktory vzniku recidivující perikarditidy patří předchozí recidiva onemocnění, ženské pohlaví, podávání kortikosteroidů při terapii prvotní ataky (zejména pokud jsou podávány krátce nebo ve vysokých dávkách) (4, 5). Obecně lze konstatovat, že rekurentní perikarditida vykazuje poměrně příznivou prognózu. V drtivé většině případů nedochází k závažným komplikacím, jako jsou srdeční tamponáda či rozvoj strikturní perikarditidy, nicméně představuje významné ovlivnění běžného života pacientů, což je třeba brát v úvahu.

Léčba

Léčba rekurentní perikarditidy se opírá o stejné doporučení jako u akutní formy tohoto onemocnění. U pacientů je nutný klidový režim a stejně jako při léčbě akutní perikarditidy

se podávají nesteroidní antiflogistika nebo kyselina acetylsalicylová spolu v kombinaci s kolchicinem, přičemž snižování dávek nesteroidních antiflogistik po vymizení příznaků a normalizaci CRP je povolnější a léčba kolchicinem by měla trvat alespoň 6 měsíců. V případě, že je léčba nedostačující, je dalším krokem přidání kortikoidů do trojkombinace a to v nízkých nebo středně vysokých dávkách. Lékem první volby jsou kortikoidy opět u jedinců se systémovým onemocněním nebo u pacientů u kterých je kontraindikace k podávání nesteroidních antiflogistik nebo kyseliny acetylsalicylové. Pokud farmakoterapie uvedená výše selže, nebo je-li nezbytná dlouhodobá léčba kortikoidy, jež má své známé nežádoucí účinky, přecházíme na léčbu třetí linie. V té je v posledních letech zdůrazňována role antagonistů receptů interleukinu 1 (anakinra, rilonacept) (2). U těchto léčiv se můžeme opřít například o data ze studie AIRTRIP (Anakinra-Treatment of Recurrent Idiopathic Pericarditis), která zahrnovala pacienty s rekurentní perikarditidou rezistentní na kolchicin a závislé na léčbě kortikosteroidy. Byl zjištěn statisticky významný rozdíl v přínosu u skupiny léčené anakinrou ve srovnání s placebem, přičemž nebylo zaznamenáno zvýšení rizika závažných infekcí. Hlavními výhodami léku jsou rychlý nástup účinku a možnost rychlého vysazení kortikosteroidů. Mezi potenciální nevýhody patří dlouhá doba trvání léčby a vyšší náklady léčby (4, 12, 13). V některých případech lze využít imunosupresivní léčbu azathioprinem, respektive dnes spíše mykofenolát mofetilem. Při rezistenci na farmakoterapii lze jako poslední možnost zvažovat provedení perikardektomie (5).

Závěr

Nejčastější formou akutní perikarditidy ve vyspělých zemích je idiopatická perikarditida, která má obvykle benigní průběh a dobře reaguje na terapii protizánětlivými léky v kombinaci s kolchicinem. V případě nutnosti lze podat kortikosteroidy, nicméně tím zvyšujeme riziko rekurence onemocnění. V celosvětovém měřítku je nejčastější příčinou akutní perikarditidy tuberkulóza a nádorové postižení perikardu. V diferenciální diagnostice one-