

MIOKARDITIS U SLE – DIJAGNOSTIČKI I TERAPIJSKI IZAZOV MYOCARDITIS IN SLE – A DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC CHALLENGE

Lucija Prtenjača¹, Ivana Ježić Vukičević², Ivan Padjen^{2,4}, Blanka Glavaš-Konja³, Miroslav Mayer^{2,4}

¹Klinika za reumatologiju, fizikalnu medicinu i rehabilitaciju, Klinički bolnički centar Sestre milosrdnice, Zagreb

²Zavod za kliničku imunologiju i reumatologiju, Referentni centar Ministarstva zdravstva za sistemski eritemski lupus i srodne bolesti, Klinika za unutarnje bolesti, Klinički bolnički centar Zagreb, Zagreb

³Zavod za ishemijsku bolest srca, Klinika za bolesti srca i krvnih žila, Klinički bolnički centar Zagreb, Zagreb

⁴Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet, Zagreb

Uvod: Miokarditis je rijetka, ali potencijalno životno ugrožavajuća manifestacija u sistemnom eritematoznom lupusu (SLE) koja u 5-10% slučajeva ima klinički tijek, dok je u 30-60% subkliničkog tijeka. Rana dijagnoza lupusnog miokarditisa predstavlja izazov zbog nedostatka definitivnih dijagnostičkih testova. Iako je endomiokardijalna biopsija zlatni standard u potvrdi specifičnih uzroka miokarditisa, dijagnoza se u praksi često postavi na temelju ehokardiografije (ECHO) i magnetne rezonancije (MR) srca u kontekstu ostalih nalaza.

Prikaz slučaja: 60-godišnja pacijentica od 2007. godine boluje od SLE i Sjögrenove bolesti. Inicijalno liječena metilprednizolonom i hidroksiklorokinom, koji je u 5/24 zamijenjen azatioprinom zbog toksične makulopatije. U 12/24 pregledana je zbog progresivne dispneje u OHBP-u te je isključen akutni koronarni sindrom. Upućena je na MR srca zbog sumnje na autoimuni miokarditis. MR srca je pokazao hipokontraktilitet i edem miokarda lateralne i inferiorne stijenke uz očuvanu sistoličku funkciju (EFLV 61%). Dodatnom obradom isključena je koronarna bolest i infektivni uzrok miokarditisa. Ehokardiografski nalaz sukladan je MR nalazu. Nađene su i visoke vrijednosti NT-proBNP-a i troponina (>1000). Liječena je inicijalno pulsevima glukokortikoida uz titraciju, terapijskim dozama IVIG-a i azatioprinom uz potpurnu terapiju za zatajenje srca. U daljnjem tijeku liječenja je zbog neadekvatnog odgovora na visoku dozu glukokortikoida (1 mg/kg), terapija eskalirana u mikofenolat mofetil (MMF) i rituksimab. Tijek hospitalizacije komplicirao se razvojem oftalmičkog herpesa zostera, a kasnije i odontogenim perimandibularnim apcesom. Na kontrolnoj ehokardiografiji u 4/2025 verificirana je progresija hipokinezije i pad funkcije EFLV (40-45%), kontrolni MR je bio bez promjene, a PHD miokarda bez dokaza miokarditisa (uz terapiju). U daljnjem praćenju uz MMF, glukokortikoide i rituksimab prati se postupno kliničko i laboratorijsko poboljšanje.

Zaključak: Lupusni miokarditis je rijetka, često subklinička komplikacija SLE. Korištenjem MR-a srca i napretkom ehokardiografije utvrđena je veća prevalencija oštećenja miokarda u SLE u odnosu na ranije studije. Iz tih spoznaja proizlazi potreba za rutinskim probirom u visoko rizičnih pacijenata. Terapija miokarditisa u SLE je empirijska bez dovoljno dokaza o djelotvornosti i sigurnosti.

Ključne riječi: SLE, autoimuni miokarditis, magnetna rezonanca srca, imunosupresivna terapija, liječenje

E-pošta glavnog autora: lucijamilolovic93@gmail.com

Izjava o sukobu interesa: nema sukoba interesa