

SINDROMUL CORONARIAN ACUT CU SUBDENIVELAREA SEGMENTULUI ST: PARTICULARITĂȚI DE PREZENTARE ȘI EVOLUȚIE ÎN RAPORT CU VÂRSTA

Lilia David, dr. în medicină, **Liliana Căldare**, colaborator științific, **Tatiana Cuzor**, colaborator științific, **Veronica Țurcanu**, doctorand, Institutul de Cardiologie

Sindromul coronarian acut (SCA), una din cauzele majore ale mortalității și morbidității în lume, reprezintă un spectru larg de entități clinice, de la infarctul miocardic cu supradenivelarea segmentului ST până la angorul pectoral instabil fără modificări electrocardiografice (ECG) și biochimice, caracteristice necrozei de miocard. În ultimele decenii un număr mare de studii a fost dedicat infarctului miocardic acut. S-a stabilit că mortalitatea și morbiditatea la bolnavii cu infarct miocardic acut crește cu vârsta. Mai puțin a fost studiată această corelație în alte variante clinice ale SCA. În câteva studii recente au fost analizate unele aspecte de evoluție a SCA fără supradenivelarea segmentului ST în raport cu vârsta, autorii remarcând importanța acestui subiect [1,2,3,4,5].

Având în vedere îmbătrânirea populației, cunoașterea particularităților de prezentare clinică și electrocardiografică la adresare, a evoluției și prognosticului bolii la persoanele vârstnice cu sindrom coronarian acut este deosebit de actuală și prezintă interes practic.

Scopul lucrării a fost studierea caracteristicilor clinice, simptomelor de prezentare, modificărilor ECG, a evoluției bolii în spital și în urmărire de durată la bolnavii cu SCA și subdenivelare de segment ST în raport cu vârsta.

Materiale și metode. În lotul de studiu au fost incluși 152 de pacienți cu durere în piept sau cu alte manifestări clinice sugestive de ischemie miocardică, însoțite de subdenivelarea segmentului ST $\geq 0,5$ mm în cel puțin două derivații adiacente, care au fost spitalizați în blocul de terapie intensivă al Clinicii de cardiologie în perioada ianuarie 2002 - ianuarie 2004. Diagnosticul clinic (infarct miocardic acut /angor pectoral instabil) s-a stabilit în baza evoluției modificărilor ECG, dozării nivelului seric al enzimelor cardiace (CPK-MB) și/sau istoricului de boală coronariană cunoscută (infarct miocardic suportat, leziuni coronariene la angiocoronarografie, test de efort pozitiv, antecedente de angioplastie coronariană sau pontaj aorto-coronarian) [6]. Pacientul a fost inclus în studiu o singură dată, după prima adresare. Persoanele cu boli concomitente severe, care ar fi putut influența asupra supraviețuirii, nu au fost incluse în cercetare.

A fost obținută informația privitor la istoricul medical, prezența factorilor de risc, anamneza de familie, medicația administrată până la evenimentul curent. S-au evaluat simptomele de debut al bolii, durata de timp până la adresare, tabloul clinic și abnormalitățile ECG la prezentare și evoluția acestora pe parcursul aflării în spital, datele examenului echocardiografic (EcoCG), tratamentul aplicat, mortalitatea în spital și la distanță. ECG în 12 derivații standard a fost înregistrată la viteza de 25 mm/sec la internare, repetat în timpul spitalizării și la momentul acceselor anginoase. Examenul EcoCG a fost efectuat la aparatul Sonos 1000 „Hewlett Packard” în regim M,B și Doppler. La toți bolnavii a fost calculat indicele masei corpului ($IMC = \text{greutatea corpului kg} / \text{pătratul înălțimii m}^2$), valorile 25,0 – 29,9 semnănd persoanele supraponderale, iar $\geq 30,0$ – subiecții obezi [7]. Hipertensiunea arterială a fost considerată boală cunoscută atunci când pacientul era la evidența medicului de familie și/sau administra tratament antihipertensiv sau dacă în cadrul spitalizării actuale au fost repetat înregistrate valori ale TA $\geq 140 / 90$ mm Hg. Diabetul zaharat a fost definit ca diagnostic stabilit anterior. Pacienții au fost supravegheați, în medie, timp de $17 \pm 0,7$ luni.

În analiza statistică a datelor au fost utilizate metoda tabelor de contingență, t test, criteriul U Fisher. $P < 0,05$ a fost considerat statistic semnificativ.

Rezultate. Vârsta medie a bolnavilor incluși în lotul de studiu a fost de $61 \pm 0,9$ ani (limitele între 33 – 89 de ani), 63% au constituit bărbații. Bolnavii au fost împărțiți în două grupe de vârstă: 1) < 65 de ani ($n = 100$) și 2) ≥ 65 de ani ($n = 52$). Primul subplot era alcătuit din 72 de bărbați și 28 de femei (72% vs 28%), iar al doilea, respectiv, din 24 și 28 (46% vs 54%). Majoritatea bărbaților (75%)

incluși în cercetare aveau vârsta sub 65 de ani și doar 25% aveau o vârstă mai înaintată. Numărul de femei în ambele categorii de vârstă a fost similar. Raportul bărbați / femei în grupele de vârstă analizate a fost diferit. Printre persoanele tinere acest raport a constituit 3:1, iar printre vârstnici – 1:1. Astfel, în lotul analizat rata femeilor s-a majorat progresiv o dată cu avansarea vârstei și a depășit-o pe cea a bărbaților cu vârsta de peste 65 de ani.

Angorul pectoral cunoscut până la evenimentul coronarian actual a fost evidențiat mai frecvent printre vârstnici (76% vs 41% $p = 0,01$), însă incidența infarctului miocardic suportat a fost similară în ambele grupe de vârstă. Nici unul dintre pacienții cu vârsta peste 65 de ani nu a suportat anterior intervenții de revascularizare miocardică prin angioplastie sau pontaj aorto- coronarian (0% vs 4% $p < 0,05$). Analiza tratamentului administrat anterior a evidențiat că comparativ cu bolnavii tineri (24% vs 9% $p < 0,05$) persoanele cu vârsta de peste 65 de ani au utilizat mai frecvent nitate (28% vs 45% $p = 0,05$) și aspirină (5% vs 33% $p = 0,01$), iar beta-blocante mai rar.

Hipertensiune arterială și antecedente de insuficiență cardiacă congestivă au fost prezente mai frecvent la persoanele vârstnice (79% vs 57% și 40% vs 17%, respectiv, $p = 0,05$). Incidența diabetului zaharat și afectarea vaselor membrelor inferioare erau similare în ambele categorii de vârstă, iar accidentul vascular cerebral suportat a fost constatat nesemnificativ mai frecvent la persoanele cu vârsta de peste 65 de ani.

O dată cu avansarea vârstei fumatul curent a fost evidențiat mult mai rar (7% vs 32% $p = 0,001$), iar numărul persoanelor care nu au fumat niciodată era mai mare (44% vs 67% $p < 0,05$). IMC a fost, în medie, mai înalt la persoanele tinere, printre care un procent înalt îl constituiau obezii (39% vs 21% $p < 0,05$).

Așadar, concomitent cu avansarea vârstei la pacienții cu SCA și subdenivelarea segmentului ST sexul feminin, angorul pectoral cunoscut, hipertensiunea arterială, antecedente de insuficiență cardiacă, accidentul cerebrovascular suportat se întâlnesc mai frecvent, iar tabagismul curent și obezitatea mai rar.

Din totalul pacienților incluși în studiu cei cu vârsta de peste 65 de ani mult mai des au apelat la asistența medicală de urgență (73% vs 37% $p < 0,001$) și mai rar au consultat medicul la policlinică (7% vs 42% $p < 0,01$). Jumătate din persoanele în vârstă au solicitat ambulanța în primele 24 de ore comparativ cu doar 23% dintre pacienții tineri ($p < 0,01$). Incidența angorului pectoral clasic la adresare a fost mai joasă printre persoanele vârstnice (70% vs 92% $p < 0,05$), iar prezentarea atipică a fost urmărită la ei mai frecvent (30% vs 8% $p < 0,05$). Ultimii deseori s-au adresat cu dispnee, palpitații, fatigabilitate, transpirații reci în lipsa durerii anginoase clasice.

Durerea în piept a fost însoțită de subdenivelarea segmentului ST la ECG mai frecvent la bolnavii vârstnici (94% vs 80% $p < 0,05$), inclusiv depresia marcată a segmentului ST ≥ 2 mm (27% vs 11%) și > 4 mm (41% vs 25%) $p = 0,05$ a fost constatată la ei mai des.

Parametrii hemodinamici la internare în spital nu s-au deosebit semnificativ în grupele de vârstă. Dar la persoanele cu vârsta de peste 65 de ani s-a înregistrat mai frecvent tendința spre tahicardie, fibrilație atrială, insuficiență cardiacă CF II – IV Killip și recurență a ischemiei miocardice (clinic și conform datelor ECG) pe parcursul aflării în spital (43% vs 16% $p < 0,01$). La acești bolnavi examenul ultrasonor al cordului a depistat mult mai des disfuncție de ventricul stâng și reducerea fracției de ejeție FE $< 40\%$, regurgitație pe valva mitrală grad avansat și prezența stenozei de valvă aortică (27% vs 6%, 37% vs 15%, 29% vs 8%, respectiv, $p < 0,01$).

Durata de spitalizare a fost nesemnificativ mai mare la pacienții în vârstă ($10 \pm 0,5$ vs $8 \pm 0,4$ zile), de asemenea și decesul intraspitalicesc (4% vs 1%). Mortalitatea pe toată durata de supraveghere, în medie 1,5 ani, a fost mai înaltă la persoanele cu vârsta de peste 65 de ani (20% vs 9%), dar nu a atins semnificație statistică. Comparativ cu persoanele tinere, ultimele mai frecvent au decedat prin insuficiență cardiacă progresivă (22% vs 2% $p < 0,01$), însă rata de deces prin moarte subită și infarct miocardic a fost similară în ambele categorii de vârstă.

Discuții. Studiul actual prospectiv, spre deosebire de trialurile clinice mari, care urmăresc obiective speciale, a analizat un lot de pacienți din populația reală, care au solicitat asistență medicală și au fost spitalizați în secția de urgențe cardiace a Clinicii de cardiologie cu SCA și subdenivelarea segmentului ST. Datele și concluziile obținute din studiile mari sunt deseori dificil de aplicat în prac-

tica medicală, deoarece bolnavii cercetați sunt selectați în baza unor criterii stricte (determinate de obiectivul prioritar al studiului), astfel înrolarea fiind limitată, spre exemplu, de o variantă clinică concretă a SCA, de vârstă, sex, boli concomitente, eligibilitate pentru unele tratamente. Analizând publicațiile recente, am constatat că în majoritatea acestora a fost studiat infarctul miocardic acut, unii autori delimitând doar varianta cu elevația segmentului ST sau bolnavii cu primul infarct miocardic, iar alții au selectat pacienți pentru tratamente speciale (tromboliză, angioplastie coronariană) – toate acestea determinând nesimilaritatea loturilor din studii cu populația reală. De aceea examinarea și supravegherea unui lot de bolnavi cu accident coronarian din practica medicală reală prezintă interes pentru medicina clinică, iar studierea particularităților de evoluție a SCA la vârstnici este actuală și importantă, ținând cont de îmbătrânirea populației.

Acest studiu a demonstrat prezența unor particularități în tabloul clinic și ECG, evoluția bolii și prognosticul la pacienții cu SCA și subdenivelarea segmentului ST în relație cu vârsta. Așa, sexul feminin, angorul pectoral cunoscut, hipertensiunea arterială, antecedente de insuficiență cardiacă, accidentul cerebrovascular suportat se întâlnesc mai frecvent, iar tabagismul curent și obezitatea – evident mai rar cu avansarea vârstei.

La adresare incidența angorului pectoral clasic a fost mai mică, iar simptomele atipice de prezentare (dispnee, palpitații, fatigabilitate) au fost întâlnite tot mai frecvent printre vârstnici. ECG la internare, de asemenea, a demonstrat unele particularități în funcție de vârstă. Durerea anginoasă a fost însoțită de depresia segmentului ST mult mai frecvent, iar gradul de subdenivelare s-a dovedit a fi evident mai mare la bolnavii în vârstă.

Mai multe studii au remarcat prezentarea atipică fără durere anginoasă la pacienții vârstnici cu SCA [9,10,11]. Conto J [10] a constatat că pacienții cu infarct miocardic acut fără dureri anginoase la internare au fost cu 7 ani mai în vârstă comparativ cu bolnavii, care au avut tablou clinic tipic. Deficiența diagnosticării ischemiei miocardice silențioase, întâlnită mai des cu avansarea vârstei bolnavilor, a fost recent menționată de Wong C. [11], care a subliniat că infarctul miocardic silențios deseori rămâne subdiagnosticat la bolnavii în vârstă. Tresch D. și colab.[12] a menționat că simptomele atipice de ischemie miocardică la vârstnici sunt cauza diagnosticului eronat. Diversitatea simptomelor clinice ar putea fi și cauza adresării întârziate la medic.

Într-un studiu național realizat în Israel a fost constatată creșterea incidenței evenimentului coronarian acut cu subdenivelarea segmentului ST cu 17% la fiecare 10 ani de vârstă, iar infarctul miocardic acut cu elevația segmentului ST s-a înregistrat mai frecvent la persoanele cu vârsta sub 65 de ani [1]. Incidența nesimilare a diferitelor variante ale SCA în grupele de vârstă a fost remarcată și de alți autori [3]. În lotul de bolnavi urmărit de noi nu a fost observată această tendință, raportul tineri/ vârstnici constituind 2:1, posibil, din cauza numărului mic de bolnavi și a includerii în studiu doar a cazurilor de SCA cu subdenivelarea segmentului ST la internare.

Ca și alți investigatori am remarcat că vârstnicii mai frecvent se prezintă la internare cu tahicardie și aritmie cardiacă, semne de insuficiență cardiacă [2]. Am mai constatat faptul că la persoanele cu vârsta peste 65 de ani este întâlnită mai des recurența ischemiei miocardice clinic și ECG. La acestea am urmărit prevalența mai înaltă de regurgitație severă pe valva mitrală, deprimarea funcției sistolice a ventriculului stâng. Ca și în majoritatea studiilor [1,2,5,8] am stabilit creșterea mortalității cu avansarea vârstei în SCA. La pacienții supravegheați de noi cauza mai frecventă a decesului la distanță la vârstnici a fost insuficiența cardiacă, iar la persoanele sub 65 de ani moartea subită.

În concluzie, bolnavii vârstnici cu SCA au mai frecvent prezentare atipică la adresare, aglomerarea factorilor de risc, istoric coronarian cunoscut, incidență mai mare de ischemie miocardică recurentă, insuficiență cardiacă și o rată sporită de deces. Particularitățile de prezentare clinică determină eventualitatea unei adresări întârziate la medic, a diagnosticului eronat sau întârziat și a inițierii tardive a tratamentului corespunzător. Ținând cont de mortalitatea înaltă la acești pacienți, este recomandată abordarea terapeutică imediată, adecvată și agresivă. Conștientizarea acestor date va crește prudența și acuratețea diagnosticării evenimentului coronarian acut la vârstnici.

Bibliografie selectivă

1. Stern S., Behar S., Leor J. et al., *Presentation symptoms, admission electrocardiogram, management and prognosis in acute coronary syndromes: differences by age*. Am J Geriatr Cardiol, 2004;13: 188-96.
2. Perers E., Caidahl K., Herlitz J. et al., *Spectrum of acute coronary syndromes: history and clinical presentation in relation to sex and age*. Cardiology, 2004; 102: 67-76.
3. Rosengren A., Wallentin L., Gitt A. et al., *Sex, age and clinical presentation of acute coronary syndromes*. Eur Heart J, 2004; 25: 663-70.
4. Tresch D., Brady W., Aufderheide T. et al., *Comparison of elderly and younger patients with out-of-hospital chest pain. Clinical characteristics, acute myocardial infarction, therapy and outcomes*. Arch Intern Med, 1996; 27: 1089-93.
5. Robert J., Currie K., White K. et al., *Six-month outcomes in a multinational Registry of patients hospitalized with an acute coronary syndrome (The Global Registry of Acute Coronary Events - GRACE)*. Am J Cardiol, 2004; 93: 288-93.
6. Bertrand M., Simoons M., Fox K. et al., *Management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-elevation*. Eur Heart J, 2002; 23: 1809-40.
7. WHO: *Obesity: Preventing and managing the global epidemic*. World Health Organ Tech Rep Ser 2000; 894: 1-253.
8. Herlitz J., Karlson B., Lindqvist J. et al., *Important factors for the 10-year mortality rate in patients with acute chest pain or other symptoms consistent with acute myocardial infarction with particular emphasis on age*. Am Heart J, 2001; 142: 624-32.
9. Mehta R., Rathore S., Radford M. et al., *Acute myocardial infarction in the elderly: differences by age*. J Am Coll Cardiol, 2001; 38: 736-41.
10. Canto J., Shlipak M., Rogers W. et al., *Prevalence, clinical characteristics and mortality among patients with myocardial infarction presenting without chest pain*. JAMA, 2000; 283: 3223-29.
11. Wong C., White H., *Recognising „painless” heart attacks*. Heart, 2002; 87: 3-5.
12. Tresch D., Alla H., *Diagnosis and management of myocardial ischemia in the elderly patients*. Am J Geriatr Cardiol, 2001; 10: 337-44.

Rezumat

Au fost analizate particularitățile de prezentare, evoluție clinică și prognostic al sindromului coronarian acut cu subdenivelarea segmentului ST în două grupe de vârstă (<65 și ≥ 65 ani). Lotul de studiu a inclus 152 de pacienți cu SCA supravegheați timp de $17 \pm 0,7$ luni. La pacienții vârstnici a fost mai frecvent urmărită prezentarea atipică la adresare, aglomerarea factorilor de risc, istoric coronarian cunoscut, incidența crescută de ischemie miocardică recurentă, insuficiența cardiacă și o rată sporită de deces.

Summary

The differences of presenting symptoms, clinical course and outcomes in relation to age (<65 and ≥ 65 years) were studied in 152 patients with ST segment depression acute coronary syndrome. Patients were followed-up for a period of $17 \pm 0,7$ months. Atypical clinical presentation, significant number of risk factors, high incidence of recurrent myocardial ischemia and heart failure in hospital, increased mortality rate were associated with older age.