

PARTICULARITĂȚI DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT ALE REVĂRSATULUI PERICARDIC MASIV. CAZ CLINIC.

Romeo GRĂJDIERU, Alexandra GREJDIERU,
Liviu GRIB, Elena SAMOHVALOV,
Silvia FILIMON, Andrei GRIB, Doina TOLICI.

USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina Cardiologie, Departamentul Medicină Internă,
IMSP SCM „Sfânta Treime”

e-mail: romeo.grajdieru@usmf.md

Rezumat

Bolile pericardului reprezintă grupul de afecțiuni care pot fi izolate sau parte componentă a unor boli de sistem, astfel deosebim pericardite infecțioase și non-infecțioase. Formele infecțioase mai frecvent sunt produse de infecții virale. În pericarditele și efuziile pericardice de etiologie virală sau idiopatică – prognosticul e favorabil pe termen lung. Principalele sindroame pericardice includ: pericardita (acută, subacută, recurentă și cronică), efuzia pericardică, tamponada pericardică și pericardita constrictivă. Acest articol reprezintă cazul pacientei N., cu pericardită exudativă idiopatică incesantă și revărsat pericardic masiv, subacut, fără semne clinice și instrumentale de tamponadă cardiacă. Confirmarea diagnosticului a fost realizată prin aplicarea în dinamică a ecocardiogramelor, Ro-grafiilor cutiei toracice, investigarea markerilor inflamatori, în special a proteinei C - reactive și tomografiei computerizate, fapt ce a permis aplicarea medicației de elecție. Pe fondal de tratament empiric cu antiinflamatoare nesteroidiene și colhicină starea pacientei s-a ameliorat și revărsatul pericardic a regresat.

Cuvinte-cheie: pericardită, efuzie pericardică, ecocardiografie, Rg-grafia cutiei toracice, proteina C - reactivă, tomografie computerizată, antiinflamatoare nesteroidiene, colhicină;

Summary: Particularities of the diagnosis and treatment of the massive pericardial effusion. Clinical case.

Pericardial diseases may be either isolated diseases, or part of systemic diseases. Thus, we distinguish infectious and non-infectious pericarditis. The infectious forms are more frequently produced by viral infections. In pericarditis and pericardial effusion of viral or idiopathic etiology, the prognosis is favorable in the long term. The main pericardial syndromes include: pericarditis (acute, subacute, recurrent and chronic), pericardial effusion, cardiac tamponade and constrictive pericarditis. This article presents the case of patient N., with incessant idiopathic exudative pericarditis and massive pericardial subacute effusion, without clinical and instrumental signs of cardiac tamponade. The diagnosis was confirmed by in-dynamic echocardiograms and chest X-rays, investigation of inflammatory markers, especially of the C-reactive protein, and by computerized tomography, which allowed the application of the election medication. Based on empirical treatment with non-steroidal anti-inflammatories and colchicine, the patient's condition has improved, and the pericardial effusion regressed.

Key-words: pericarditis, pericardial effusion, echocardiography, chest X-ray, C-reactive protein, computed tomography, non-steroidal anti-inflammatory drugs, colchicine.

Резюме: Особенности диагностики и лечения массивного перикардального выпота. Клинический случай.

Болезни перикарда представляют собой группу заболеваний, которые могут быть первичными, или следствием некоторых патологий. Соответственно, мы дифференцируем инфекционные и неинфекционные перикардиты. Инфекционные формы чаще всего вызваны вирусными инфекциями. При перикардите вирусной или идиопатической этиологии - прогноз благоприятный в долгосрочной перспективе. Основные перикардальные синдромы включают: перикардит (острый, подострый и рецидивирующий), экссудативный, констриктивный перикардит и тампонаду перикарда. В данной статье представлен клинический случай больного Н. с идиопатическим подострым экссудативным перикардитом, без клинических и инструментальных признаков тампонады сердца. Подтверждение диагноза было установлено путем исследования в динамике эхокардиограмм, рентгенограмм грудной клетки, маркеров воспаления, С-реактивного белка и компьютерной томографии, что позволило применять адекватное лечение с использованием препаратов выбора. На фоне эмпирического лечения нестероидными противовоспалительными средствами и колхицином состояние больного улучшилось, а выпот в перикарде полностью рассосался.

Ключевые слова: перикардит, выпот в перикарде, эхокардиография, рентгенография грудной клетки, С-реактивный белок, компьютерная томография, нестероидные противовоспалительные препараты, колхицин;

Introducere

Pericardul reprezintă un țesut fibro-elastic format din stratul visceral și parietal separate printr-un spațiu, definit ca cavitatea pericardică. La indivizii sănătoși, cavitatea pericardică conține 15 - 50 ml de ultrafiltrat de plasmă. Bolile pericardului reprezintă grupul de afecțiuni care pot fi izolate sau parte componentă a unor boli de sistem [1]. Pericardita acută (PA) este diagnosticată la aproximativ 0,1% - 0,2% din pacienții spitalizați și la 5% din pacienții internați în secțiile de urgență pentru dureri toracice neischemice [2, 3]. Societatea Europeană de Cardiologie estimează o incidență anuală a PA de 2,27 cazuri per 100000 populație. La 18 luni de monitorizare după un prim epizod de PA au fost constatate recurențe în 15-30% din cazuri. Este confirmat faptul că 30% - 50% din bolnavii cu PA idiopatică, care nu au fost tratați și cu colhicină dezvoltă ulterior pericardite recurente sau incesante (subacute). Din aspect etiologic deosebim pericardite infecțioase și non-infecțioase [20]. Formele infecțioase mai frecvent sunt produse de infecții virale, urmate de tuberculoză, asociată adesea cu HIV infecția. Formele non-infecțioase sunt influențate de boli sistemice autoimune ca lupusul eritematos sistemic, artrita reumatoidă, sclerodermia etc., urmate de neoplasme, hipotiroidism, insuficiență cardiacă cronică etc. În țările dezvoltate, majoritatea cazurilor de PA sunt considerate de origine virală posibilă sau confirmată, deși etiologia exactă a majorității cazurilor rămâne nedeterminată după o abordare tradițională de diagnostic [5-7]. În pericarditele și efuziile pericardice de etiologie virală sau idiopatice prognosticul e favorabil pe termen lung. De menționat faptul că o proporție mare de pacienți cu efuzie pericardică sunt asimptomatici, iar revărsatul pericardic adesea se confirmă doar la Ro-grafia toracelui și/sau ecocardiografia (ECOCCG) de rutină. Principalele sindroame pericardice includ: pericardite (acute, subacute, recurente și cronice), efuzie pericardică, tamponada pericardică și pericardita constrictivă.

Evaluarea bolnavilor cu pericardite impune stabilirea riscului p/u a estima necesitatea spitalizării. Pacienții cu PA și risc înalt vor fi internați pentru a fi evaluați și adecvat tratați. Pacienții cu PA ce se prezintă cu risc crescut p/u complicații pe termen scurt, de obicei au o probabilitate mai mare p/u etiologie specifică a bolii [11, 12]. În schimb, pacienții cu risc scăzut pot fi evaluați și tratați în condiții de ambulator, monitorizarea ulterioară a eficacității tratamentului fiind obligatorie [6, 11-13]. Caracteristicile pacienților cu risc înalt, la care sunt prezenți factorii majori și/sau minori de prognostic nefavorabil, includ: febra ($>38^{\circ}\text{C}$), debut subacut, tamponada cardiacă, revărsat pericardic masiv ($>20\text{ mm}$), ineficiența tratamentului

cu Aspirină sau AINS în doze adecvate administrate timp de 7 zile, miopericardita, imunosupresia, trauma și tratament anticoagulant de durată [11, 12, 16].

Investigațiile de elecție în toate cazurile de pericardită sunt: hemograma cu markerii inflamatorii (PCR, VSH, Le); teste p/u precizarea funcției renale, ficatului și tiroidei; markerii de leziune a miocardului (i.e. troponine, CK-MB); electrocardiograma (ECG), ECOCCG și Ro-grafia toracică. Investigațiile de linia II-a sunt: tomografia computerizată (TC) și/sau rezonanța magnetică (RMN); analiza revărsatului pericardic obținut după pericardiocenteză, biopsie pericardică sau drenaj chirurgical și teste adiționale la necesitate (p/u etiologii specifice și prezența criteriilor de risc înalt).

În cazul excluderii pericarditei de etiologie infecțioasă specifică (bacteriană, fungică, etc.) sau de cauză non-infecțioasă, tratamentul de elecție va fi axat pe aplicarea preparatelor antiinflamatoare nesteroidiene în doze mari (Aspirină, Ibuprofenă etc.) în asociere cu Colhicină. În prezența contraindicațiilor p/u aceste medicamente vom recurge la corticosteroizi în doze mici. În cazul ineficienței tratamentului de mai sus la bolnavii cu pericardite recurente se vor aplica preparate de linia a treia: imunoglobulină i/v, citostatice (azatioprină) sau antagoniști ai receptorilor de interleukină -1 (anakinra).

Abordarea clinică, criteriilor de diagnostic și de tratament privind bolile pericardice, sunt în conformitate cu recomandările Societății Europene de Cardiologie [20].

Prezentare de caz

Acest articol reprezintă cazul pacientei N., cu pericardită exudativă idiopatică recurentă și revărsat pericardic masiv, subacut, fără semne clinice și instrumentale de tamponadă cardiacă. Pacienta N., în vârstă de 69 de ani, a fost internată pe data de 06.02.2019 în IMSP „Sfânta Treime”, secția Cardiologie, cu acuze la dispnee de tip mixt la efort fizic mic-moderat, disconfort precordial independent de efortul fizic cu ușoară ameliorare la înclinarea anterioară a toracelui, palpitații cardiace periodice, slăbiciune generală marcată.

Istoricul bolii. Starea pacientei cu agravare de aprox. 4 săptămâni, când s-au accentuat dispneea la efort fizic mic-moderat, a apărut disconfort precordial independent de efortul fizic, palpitații cardiace și slăbiciune generală. Din anamnezic constatăm că în perioada anului 2018 și începutul anului 2019 pacienta a suportat 2-3 recurențe de infecții respiratorii acute tratate desinestător, ultimul fiind cu 2 săptămâni până la apariția simptomelor de mai sus. Se află la evidența medicului de familie cu hipertensiune arterială, asociată cu fibrilație atrială permanentă de câțiva ani.

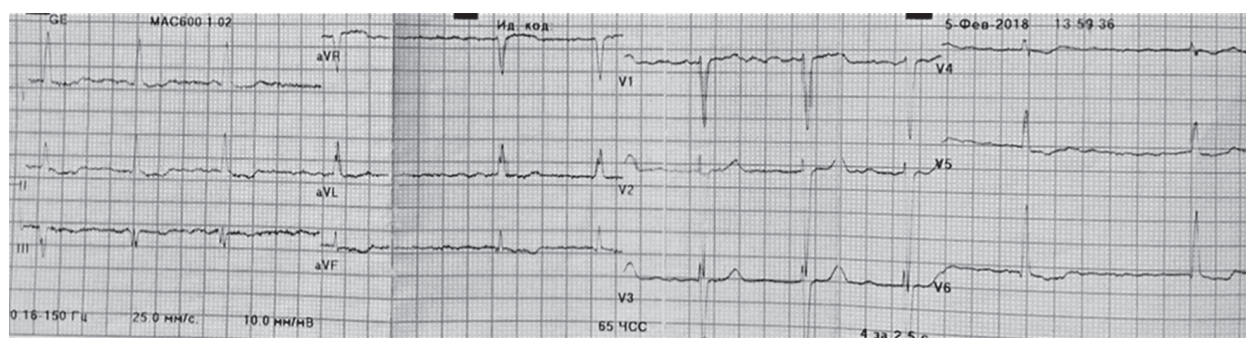


Figura 1. ECG la momentul internării

Examenul clinic: tegumentele de culoare roz pală, calde, de elasticitate normală, fără edeme periferice sau erupții cutanate, s-a depistat turgescența fără pulsații a venelor jugulare. La percuție, deplasarea limitelor matității relative ale cordului cu 1,5 cm spre dreapta și 2 cm spre stânga. Ascultativ în pulmoni murmur vezicular înăsprit bazal bilateral, cu atenuarea respirației bazal pe stânga, zgomotele cardiace aritmice, diminuate, cu frecvența contracțiilor cardiace (FCC) 65-90 bătă/min și tensiunea arterială 170/90 mmHg. Sistemul musculo-scheletal bine dezvoltat. Limitele ficatului normale. Glanda tiroidă în limitele normei.

Investigații paraclinice. Testele de laborator au evidențiat abateri de la normal a IP 77 %, INR 1.23 și markerilor pentru inflamație: VSH 20 mm/h, PCR 96 μg;

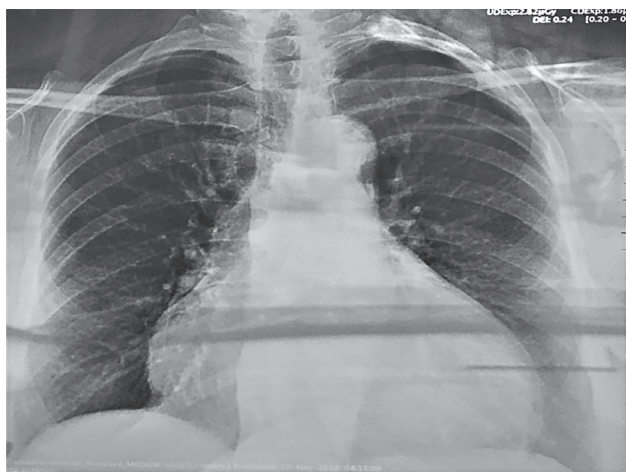


Figura 2. Ro-grafia toracelui la internare

Alți parametri biochimici, în special, ASLO 200, troponina negativă, CK-MB 9 U/l, fosfotaza alcalină 204 U/l, hormonii tiroidieni au fost în limitele normei și a fost exclusă tuberculoza.

La momentul internării la ECG se atestă Fibrilație atrială cu FCC 65-130/min, axa electrică a cordului orizontală. Subdenivelare ST orizontală cu 0,5 mm și

unde T bifazice în derivațiile I,II,III,aVF, V4-V6, date prezentate în figura 1.

Pacientei s-a efectuat Ro-grafia cutiei toracice: aria pulmonară cu semne de stază venoasă. Semne de hipertensiune pulmonară. Pneumofibroză postinflamatorie S3 pe stânga. Revărsat pleural minim pe stânga. Cordul mărit transversal.

În figura 3 prezentăm investigația ecocardiografică a pacientei la internare.

Concluzia EcoCG: Aorta ascendentă 37 mm, cu pereții indurați, inel fibros 20 mm, ventricul drept (VD) 26 mm, atriu drept (AD) 42 mm, atriu stâng (AS) 43 mm, ventricul stâng (VS): diametru telediastolic (DTD) 49 mm, diametru telesistolic (DTS) 36 mm, volum telediastolic (VTD) 111 ml, volum telesistolic (VTS) 55 ml; FE VS - 48 %, septul interventricular (SIV) 14 mm, peretele posterior ventricul stâng (PPVS) 13 mm, hipertensiune pulmonară (HTP), vena cavă inferioară (VCI) 27 mm. Concluzie: Indurația Ao ascendentă, Vao, VM. Dilatarea ușoară AS, AD. Hipertrofia moderată VS. Funcția de contracție a VS este difuz ușor redusă, fracție de ejeție (FE) 48%. Lichid pericardic considerabil cu fibrină fără semne de tamponadă: Perete lateral VS (PLVS) 25 mm, perete posterior VS (PPVS) 36 mm, AD bazal 25 mm, perete anterior VD (PAVD) 4 mm, apex 7 mm. Insuficiență valvă mitrală (VM) gr. II, valvă tricuspidă (VT) gr. II, valva pulmonară (VP) gr. I. HTP moderată.

Pacienta a fost evaluată prin TC a cutiei toracice, MIP, MPR, metoda rezoluție înaltă la internare. Epanșament lichidian în cavitatea pericardului cu grosimea stratului până la 44 mm. Lichid în cavitatea pleurală pe stânga până la 23 mm. Pneumofibroză locală S3 pe stânga de origine post-inflamatorie. Cord mărit în sens transversal, imaginea este prezentată în figura 4.

Consultație pulmonolog cu stabilirea următorului diagnostic: Pneumofibroză post-inflamatorie S3 pe stânga. Revărsat pleural minim pe stânga etiologie neprecizată. Revărsat masiv pericardial.

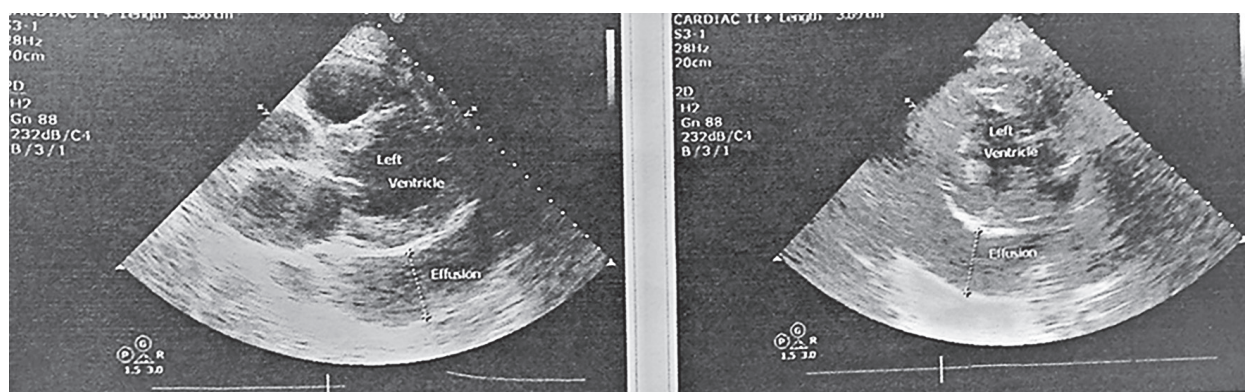


Figura 3. ECOCG la internare.

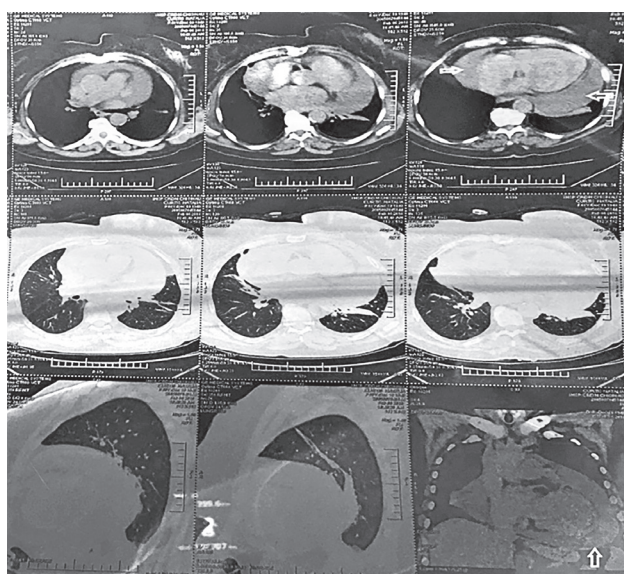


Figura 4. Tomografia computerizată a cutiei toracice în regim pulmonar și mediastinal.

Luând în considerație datele clinice și paraclinice am stabilit următorul diagnostic clinic: Cardiopatie subcompensată pericardică, aritmică și hipertensivă. Pericardită exudativă idiopatică incesantă. Revărsat pericardic masiv, subacut, fără semne de tamponadă. Fibrilație atrială permanentă, tahisistolică, risc tromboembolic înalt (CHA2DS2VASc-3p.), risc hemoragic moderat (HASBLED-2 p.), EHRA IIb. Regurgitare de valvă mitrală și valvă tricuspidă, gr.

II. Hipertensiune arterial, gr. II, risc adițional foarte înalt, st.2. Hipertrofie moderată a VS. IC CF II NYHA. Stadiul C ACC/AHA. Hipertensiune pulmonară moderată. Pneumofibroză post-inflamatorie S3 pe stânga. Revărsat pleural minim pe stânga, etiologie neprecizată.

Conform algoritmului p/u efuziunea pericardică, în cazul pacientei N., indicația de elecție este pericardiocenteza, fapt care sa adus la cunoștința bolnavei. Însă, luând în considerație absența semnelor clinice și instrumentale p/u tamponada cordului, lichidul pericardic poziționat pe peretele posterior a VS, fapt ce impunea o abordare dificilă p/u eliminarea acestuia și refuzul pacientei p/u intervenția respectivă s-a decis inițierea tratamentului empiric cu antiinflamatoare nesteroidiene și Colhicină timp de 7-10 zile. La administrarea Ibuprofenei în doză de 1800 mg /24 ore s-a constatat o dinamică pozitivă cu tendința de micșorare a nivelului de lichid în pericard. Ulterior, la externare, au fost date recomandări privind continuarea tratamentului timp prelungit în condiții de ambulator cu AINS și Colhicină, conform schemei elaborate de Societatea Europeană a Cardiologilor, cu monitorizarea eficacității tratamentului prin ECOCG și Ro-grafii repetate în următoarele săptămâni/luni.

Evaluarea în dinamică la 7 zile: Indicele protro-

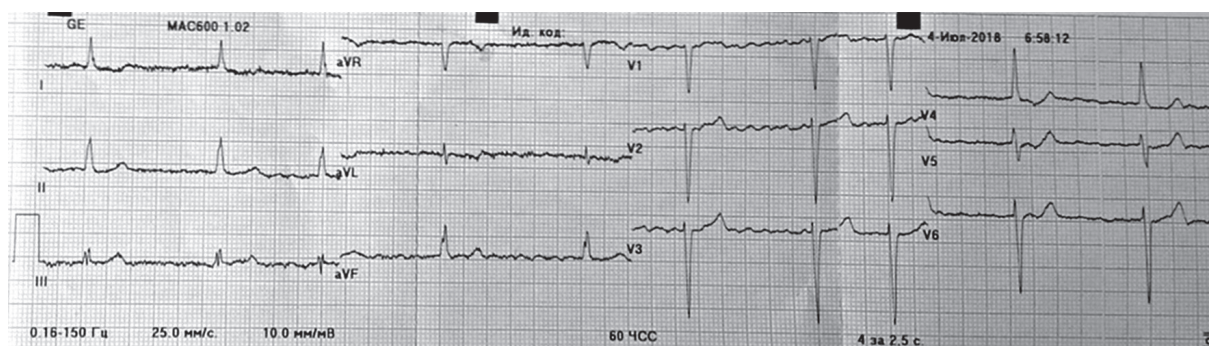


Figura 5. ECG în dinamică

mbinic 70 %, INR 1.4. Marcherii pentru inflamație: VSH- 17 mm/h, PCR- 10 μ g.

ECOCG: Lichid pericardic cu fibrină în cantitate considerabilă fără semne de tamponadă cardiacă: PPVS- 34 mm, PLVS- 30 mm, AS- 25 mm, PAVD- 8 mm.

Pacienta cu ameliorare a stării generale și acuzelor de la internare, stabilă hemodinamic - TA-130/75 mmHg, FCC- 70-90/min, se externează la domiciliu pentru a continua tratamentul conform recomandărilor : 1. tab. Ibuprofen 400 mg, 1,5 tab de 3 ori/zi timp de 7 zile, cu reducerea ulterioară a dozei cu câte 200 mg/săptămână în următoarea 1,5 lună; 2. tab. Colhicină 0,5 mg de 2 ori/zi timp de 6 luni; 3. tab. Warfarini 3 mg, ½ tab seara permanent cu control în dinamică a IP și INR; 4. tab. Bisoprolol 5 mg dimineața permanent cu monitorizarea FCC; tab. Valsartan 160 mg, ½ tab dimineața și 1 tab seara permanent cu monitorizarea TA; tab. Moxonidina 0,3 mg de 2 ori/zi; tab. Lercanidipina 20 mg seara; tab. Spironolactonă 25 mg dimineața; tab. Torasemid 10 mg de 2 ori/săptămână, timp de 1-2 luna.

ECOCG la o lună: Ao ascendentă 36 mm, inel fibrin 21 mm, VD 30 mm, AD 44 mm, AS 46 mm; FE Vs 54 %, SIV 13 mm, PPVS 12 mm, VCI 24 mm. **Concluzie:** Indurația Ao ascendente, Vao, VM. Dilatarea moderată AS, ușoară AD. Hipertrofia moderată a mușchiului VS. Funcția de contracție a VS este suficientă. Regurgitare VM și VT de gr. I-II; VP gr. I; HTP moderată. Îngroșarea foițelor pericardului. Lichid cu fibrină în cantitate considerabilă în cavitatea pericardului fără semne de tamponadă: PLVS 17 mm, PPVS 29 mm, AD lateral 22 mm, PAVD 4 mm. De menționat dinamica pozitivă cu reducerea nivelului de lichid pericardic și creșterea contractilității miocardului (FE 54%);

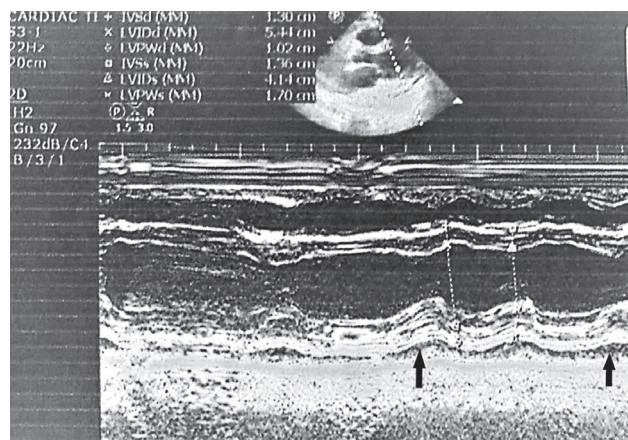


Figura 6. ECOCG la 5 luni de la externare pe fondal de Colhicină.

ECOCG la trei luni: datele ECOCG aceleași. Lichid în cavitatea pericardului PPVS 13 mm, perete lateral AD 7 mm, PAVD 5 mm. De evidențiat reducerea semnificativă a lichidului pericardic .

Evaluarea la cinci luni.

Starea generală satisfăcătoare, hemodinamic stabilă, TA - 125/75 mmHg, FCC - 76/min, acuze nu menționează. Toate analizele biochimice au fost în limitele normei: PCR- 7 μ g, FR- negativ, ASLO- negativ, VSH- 5 mm/h, IP- 58 %, INR- 2.

Pacientei i s-a efectuat ECG în dinamică, prezentată în figura 5. Concluzie ECG: Ritm de fibrilație atrială cu FCC 58-96/min. Axa electrică a cordului normală. Semne de hipertrofie VS. Dereglarea difuză a procesului de repolarizare. Tulburarea procesului de conducere interventriculară.

Ecocardiografia cu dinamică pozitivă la 5 luni de la externare pe fondal de tratament cu Colhicină, date prezentate în figura 6. De menționat resorbția marcată a lichidului pericardic. Conținut de lichid pe PPVS - 7 mm, PAVD - 4 mm. Foițele pericardului ușor îngroșate.

Rezultatele radiografice, de asemeni prezintă o dinamică pozitivă, date ilustrate în figura 7.

Concluzie Ro-grafica: Desen pulmonar deformat. Hilii structurați. Sinusul costo-diafragmal stâng obliterat. Pneumofibroză postinflamatorie S3 pe stânga. Cordul ușor mărit transversal.

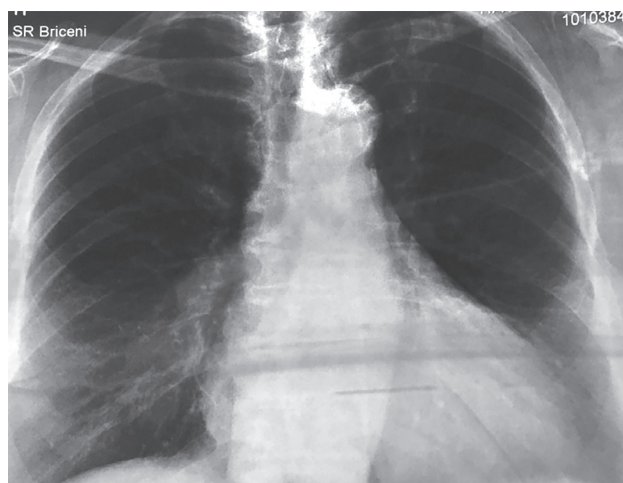


Figura 7. Ro-grafia cutiei toracice la 10 luni de la externare.

După 10 luni de la externare, pacienta a efectuat EcoCG de control, unde s-a constatat resorbția totală a efuziunii pericardice după 10 luni. Conținut de lichid pe PPVS - 5 mm, PAVD - 4 mm. Frația de ejeție 57 %. Foițele pericardului ușor îngroșate, date prezentate în figura 8.

