

C.Z.U.: 616.131-005.7:616.12-973.43

DOI: <https://doi.org/10.52692/1857-0011.2024.3-80.40>

TROMBOEMBOLISM PULMONAR SUBCLINIC ÎN CONTEXTUL PATOLOGIEI CARDIOVASCULARE: CAZ CLINIC

¹Artemie ȚELINSCHI, medic rezident an II,¹Ecaterina MEDVEDEVA, medic rezident an II,¹Adelina SÎRBU, medic rezident an II,¹Doina RANGA, studentă doctorandă an II,¹Sergiu MATCOVSCHI, dr. hab. în șt. med., prof. univ.,¹Olga CORLĂTEANU, asist. univ.,¹Cornelia TALMACI, dr. în șt. med., conf. univ.,¹Natalia CAPROȘ, dr. hab. în șt. med., prof. univ.¹IP Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldovae-mail: tselinskiy1998@gmail.com

Rezumat.

Scopul studiului a fost să prezentăm un caz de bărbat în vârstă de 72 de ani cu tromboembolism pulmonar în contextul patologiei cardiovasculare. Acest raport de caz subliniază importanța diagnosticării și tratamentului precoce pentru a evita consecințe fatale. Identificarea tromboembolismului pulmonar în cazurile de patologie cardiovasculară poate fi complexă din cauza suprapunerii simptomatologiei, influenței tratamentului asupra testelor diagnostice și dificultăților de interpretare ale investigațiilor imagistice.

Cuvinte cheie: tromboembolism pulmonar, patologie cardiovasculară.

Summary. Subclinical pulmonary thromboembolism in the context of cardiovascular pathology: a case report.

The aim of the study was to present a case of a 72-year-old man with pulmonary thromboembolism in the context of cardiovascular pathology. This case report highlights the importance of early diagnosis and treatment to prevent fatal outcomes. Identifying pulmonary thromboembolism in cases of cardiovascular pathology can be challenging due to overlapping symptoms, the influence of treatment on diagnostic tests, and difficulties in interpreting imaging investigations.

Keywords: pulmonary thromboembolism, cardiovascular pathology.

Резюме. Субклинический легочный тромбоэмболизм в контексте сердечно-сосудистой патологии: клинический случай.

Целью исследования было представить случай 72-летнего мужчины с легочным тромбоэмболизмом на фоне сердечно-сосудистой патологии. Этот клинический случай подчеркивает важность ранней диагностики и лечения для предотвращения фатальных исходов. Выявление легочного тромбоэмболизма в случаях сердечно-сосудистой патологии может быть сложным из-за пересечения симптомов, влияния лечения на диагностические тесты и трудностей в интерпретации данных визуализации.

Ключевые слова: тромбоэмболия легочной артерии, сердечно-сосудистая патология.

Abrevieri.

CT – tomografie computerizată;

IC – insuficiența cardiacă; I

RA – insuficiența respiratorie acută;

SpO₂ – saturația periferică a sângelui cu oxygen;

TEAP – tromboembolie arterei pulmonare;

VAo – valva aortală

Introducere.

Tromboembolismul arterei pulmonare (TEAP) continuă să fie o problemă majoră de sănătate publică care cauzează peste 300 000 de decese anual în SUA, situându-se la un nivel de frunte printre cauzele mortalității cardiovasculare [1].

TEAP reprezintă condiția clinică care rezultă din obstrucția trombotică a arterelor pulmonare sau a ramurilor acesteia [2].

TEAP poate fi atât o cauză a afecțiunilor cardiace (sau agravării evoluției lor), cât și poate apărea ca o complicație serioasă și frecventă a bolilor cardiace.

Identificarea TEAP în cazul pacienților cu patologie cardiovasculară poate fi o provocare semnificativă din cauza mai multor obstacole: simptome comune, iar acest lucru poate duce la întârzieri în diagnostic și tratament. Testele și investigațiile folosite pentru diagnosticarea TEAP pot fi afectate de prezența unei patologii cardiovasculare. De exemplu, d-dimerii care reprezintă un marker de descompunere a fibrinei și poate fi crescut și în patologie cardiovasculară, ceea ce poate face interpretarea acestui test mai puțin specifică pentru TEAP [1,4].

Caz clinic.

Bărbatul de 71 ani, fumător în trecut, a fost transportat de către serviciul AMU în secția Pneumologie. Pacientul obnubilat, contact verbal nu este posibil din cauza patologiilor neurologice concomitente. Din relatările soției: dispnee mixtă la efort fizic minimal și în repaos, tusea semi-productivă cu expectorații sero-purulente, febră până la 39°C, transpirații nocturne timp de 3-4 zile. Din bolile concomitente cunoscut cu By-pass aortocoronarian 2014, valvuloplastie valvei aortice în 2014, boala Parkinson cu demență vasculară din 2020. S-au menționat 3 spitalizări în ultimul an cu pneumonie de etiologie neprecizată.

Stare generală a pacientului era gravă. Obiectiv am apreciat acrocianoză, rigiditate musculară, auscultativ în plămâni - raluri crepitante bazal pe stânga, raluri ronflante difuz bilateral, SpO2 88% la aer ambiental, frecvența respiratorie - 23 r/min.

Diagnosticul diferențial a inclus pneumonie comunitară, evoluție severă, endocardita infecțioasă, sindromul coronarian acut, cronic, aneurismul disecant al aortei, trombolismul pulmonar, abdomenul acut, insuficiența cardiacă și respiratorie acută [3,4]. Tratament inițial a inclus antibioticoterapie, glicozide cardiace, terapie de detoxifiere, bronhodilatatoare + oxigenoterapie.

Din datele de laborator – d-dimeri măriți (27 mg/l), markerii inflamației pozitivi - Procalcitonina 2.26 ng/ml, LDH – 321 U/l, Proteina C-reactivă – 132 mg/l. S-a indicat terapie cu anticoagulante (Heparina).

A fost efectuată radiografia cutiei toracice (fig.1.), unde putem evidenția infiltrația peribronhovasculară hilo-bazală pe stânga, desenul pulmonar îmbogățit hilo-bazal bilateral.

La electrocardiografie se observă tahicardie sinusală cu FCC-120 bpm. AEC deviată spre stânga.

Bloc anterior stâng. QS în DIII – Sechele post infarct regiunii inferioare. R = S în V5 – suprasolicitarea ventriculului drept.

Conform protocolului clinic național s-a efectuat ecocardiografia transtoracică: PSAP 55mmHg; afectarea relaxării miocardului VS; FE 53%-Simpson, SIV 12 mm, dilatarea VD, regurgitarea valvei mitrale gr.II, tricuspide gr.II-III și îndurația valvei aortice.

Următorul pas de diagnostic pentru confirmarea TEAP a fost CT a toracelui cu contrast (Figura 2.) Din datele CT: TEAP în ramurile mici subsegmentare în S4, S5 pe stânga și S6 pe dreapta. Trunchiul pulmonar – 2.8 cm, a. pulmonară dreapta–2.6 cm, stânga – 2.2 cm. Infiltrație inflamatorie în rezorbție incompletă bilaterală preponderent pe stânga în segmentele bazale.

Luând în considerare confirmarea diagnosticului de TEAP, pacientul a fost transferat în secția Reanimare pentru monitorizarea și terapia intensivă.

Discuții.

Există factori predispozanți, prezenți în aproximativ 80% din cazuri de embolie pulmonară. Aceștia pot fi factori ce țin de pacient (permanenți) și factori ce țin de mediu (temporari). Pacientul prezenta următorii factori de risc pentru dezvoltarea TEAP: spitalizare pentru IC în ultimile 3 luni, insuficiența cardiacă sau respiratorie cronice, repaus la pat > 3zile, vârsta avansată [1].

Deși semnele, simptomele și testele uzuale au specificitate și sensibilitate limitată, combinarea acestora, evaluată pe baza judecății clinice, cu ajutorul scorurilor de predilecție, permite clasificarea bolnavilor suspecti de embolie pulmonară în categorii de probabilitate clinică. Un astfel de scor, frecvent utilizat în practică este scorul Geneva revizuit (tab. 1). Conform Scorului Geneva, pacientul a colectat 4 puncte, ce corespunde riscului intermediar (20-30%) pentru dezvoltarea TEAP [1].

Tabelul 1.

Scorul Geneva revizuit [1].

Scorul Geneva revizuit	Puncte
Frecvență cardiacă 75-94 b/min	3
Frecvență cardiacă ≥95 b/min	5
Intervenție chirurgicală sau fractură în ultima lună	2
Hemoptizie	2
Cancer activ	2
Durere unilaterală a membrelor inferioare	3
Durere la palparea venelor membrelor inferioare și edem unilateral	4
Vârsta >65 ani	1
Probabilitate clinică	
Scăzută	0-3
Intermediară	4-10
Înaltă	mai mult de 11

Diagnosticul TEAP este de obicei realizat printr-o combinație de evaluare clinică și teste imagistice, printre care: teste precum scorul Wells sau scorul Geneva ajută la estimarea probabilității unui TEAP pe baza simptomelor și a factorilor de risc. Factorii ce țin de pacient cu predicție moderată includ: trombofilia ereditară sau dobândită, TEAP în antecedente, accident vascular cerebral asociat cu deficit motor, consumul de contraceptive orale, neoplaziile, terapia de substituție hormonală pe bază de estrogeni, insuficiența cardiacă, sau respiratorie cronică, boli inflamatorii intestinale, sindromul nefrotic, infecțiile acute severe, sepsisul, iar cu predicție slabă cuprind: vârsta avansată (peste 40 ani), obezitatea, sarcina/ perioada, antepartum, prezența varicelor, fumatul. Factori ce țin de situații particulare includ: factori cu predicție puternică (traumatisme majore, traumatisme medulare, chirurgia generală majoră, protezare șold, genunchi, fracturi șold, membre inferioare), factori cu predicție moderată (sarcina/ postpartum, chimioterapia, persistența cateterelor centrale, chirurgia artroscopică genunchi) și factori cu predicție slabă (imobilizare mai mult de 3 zile la pat, călătorii lungi, chirurgie laparoscopică) [4].

Ecografia Doppler este utilizată pentru a identifica prezența cheagurilor în venele profunde ale membrelor inferioare, care sunt adesea sursa trombusurilor care provoacă TEAP. Tomografia computerizată (CT) cu angiografie: este cel mai frecvent utilizat test pentru confirmarea diagnosticului de tromboembolism pulmonar, ajutând la vizualizarea blocajelor din arterele pulmonare. Scintigrafia pulmonară: un alt test imagistic, mai ales când CT nu este disponibil sau nu poate fi utilizat din cauza contraindicațiilor, cum ar fi insuficiența renală severă. Analizele de sânge: teste precum nivelul de D-dimeri, care sunt fragmente ale fibrinei rezultate din degradarea cheagurilor de sânge, pot ajuta la evaluarea riscului de tromboembolism pulmonar [4].

Obiectivele tratamentului sunt: prevenirea morții prin episodul tromboembolie; prevenirea extensiei trombului și a TEAP recurent; reducerea dereglărilor clinice și fiziopatologice produse de TEAP, prevenirea dezvoltării hipertensiunii pulmonare cronice tromboembolice [5].

Tratamentul complex include: oxigenoterapie, ventilarea, anticoagulate, trombolitice, în special pacienților cu embolism masiv și hipotensiune arterială persistentă, în ciuda măsurilor de intervenție. Tratamentul chirurgical constă în întreruperea venei cave inferioare sau embolectomie pulmonară [5].

Concluzii.

Identificarea tromboembolismului pulmonar în cazurile de patologie cardiovasculară poate fi

complexă din cauza suprapunerii simptomatologiei, influenței tratamentului asupra testelor diagnostice și dificultăților de interpretare ale investigațiilor imagistice. Este esențial ca medicii să rămână atenți la posibilitatea unui TEAP și să efectueze o evaluare completă a pacientului, pentru a evita întârzierile în tratament și complicațiile severe.



Figura 1. Radiografia cutiei toracice.

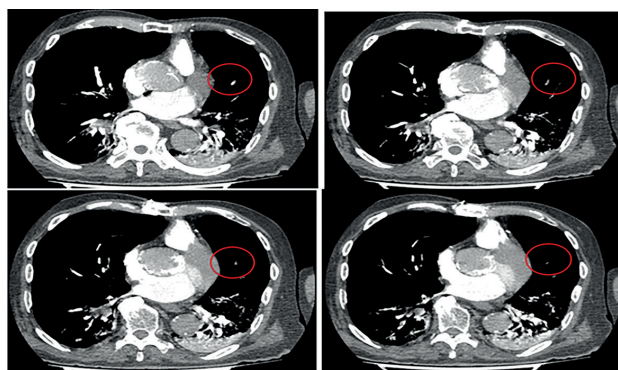


Figura 2. Tomografia computerizată cu contrast a cutiei toracice: tromboembolism pulmonar subsegmentar bilateral.

Bibliografie.

1. Konstantinides SV, Meyer G., Becattini C. et al. 2019 *ESC Guidelines for the diagnosis and management of acute pulmonary embolism developed in collaboration with the European Respiratory Society (ERS)*. European Heart Journal. 2020; 41: 543-603.
2. Buruiană S., Caproș N., Corlăteanu O., et al. *Diagnosticul diferențial în medicina internă: Manual*. Chișinău, 2023, 483 p. ISBN 978-9975-175-13-5.
3. Caproș N., T Dumitraș T., Nichita S., Draguța N., Vlasov L., Corlăteanu O. *Diferential diagnosis in internal medicine*. Chișinău: 2019. Tipogr. "Print Caro". 447 p. ISBN 978-9975-56-705-3. 616-07(075.8) D 41.
4. Grosu A., Diaconu N., David L. et al. *Tromboembolismul pulmonar*. Protocol Clinic Național, Chișinău, 2020, 56pps.
5. Konstantinides SV, Barco S, Lankeit M, Meyer G. *Management of pulmonary embolism: an update*. J Am Coll Cardiol 2016;67:976–990.