

3. Lanza G., Crea F.. Primary Coronary Microvascular Dysfunction. 2010; 121: 2317-2325
4. Van Miltenburg-Van Zijl A., Simoons M., Verhoek R., Bossuyt P.. Incidence and follow-up of Braunwald subgroups in unstable angina pectoris. J Am Cardiol 1995; 25: 1286.
5. Yeghiazarians Y., Braunstein J., Askari A., Stone P.. Unstable Angina Pectoris. N Engl J Med 2000; 342:101-114

### **TAHICARDIA SINUSALĂ ÎN SARCINĂ (Caz clinic)**

**Adriana Grib, Alexandra Grejdieru, Alexandru Manea, Lilia Șaragov, Sârbu Zinaida, Georgeta Mihalachi, Rodica Ciobanu, Andrei Grib, Țirulic Ecaterina, Botnari Roman**

<sup>1</sup>Disciplina Cardiologie, Clinica Medicală nr.3, Departamentul Medicină Internă, <sup>2</sup>Catedra Obstetrică și Ginecologie FCMF USMF „Nicolae Testemițanu”,

<sup>3</sup>IMSP Institutul Mamei și Copilului

#### **Summary**

##### *Tachyarrhythmias in pregnancy, case report*

Sinus tachycardia (TS) is a heart rhythm disorder characterized by the acceleration of sinus rhythm, 100 beats / minute. TS is a physiological response to effort, stress, pregnancy, and in diseases: hyperthyroidism, myocardial infarction, pulmonary artery thromboembolism, infections, anemia, bleeding, neuroses, etc.. During pregnancy the heart rate increases by 25%, thus TS, especially in the third trimester, reaches an incidence of 50% (non-sustained arrhythmia) and sustained tachycardias have a lower frequency – 2 - 3 to 1000 pregnant. We present the clinical case of a pregnant of 28 years with sinus tachycardia clinically and electrocardiographically manifested, with adequate response to treatment.

#### **Rezumat**

Tahicardia sinusală (TS) este o tulburare de ritm cardiac caracterizată prin accelerarea ritmului sinus, peste 100 bătăi/minut. TS se declanșează ca răspuns fiziologic la efort, stres, sarcină, dar și în patologii: hipertiroidism, infarct miocardic, trombembolia arterei pulmonare, infecții, anemie, hemoragii, nevroze etc. La gravide ritmul cardiac crește cu peste 25%, astfel, TS, în special în al treilea trimestru, atinge o incidență de peste 50% (aritmie non-durabilă), iar tahicardia susținută are o frecvență mai joasă – 2 - 3 la 1000 însărcinate. Prezentăm cazul clinic al parturientei de 28 ani cu TS manifestată clinic și electrocardiografic, cu răspuns adecvat la tratament administrat.

#### **Introducere**

Tahicardia sinusală (TS) reprezintă un ritm sinus accelerat cu frecvență de peste 100 b/min, ca răspuns fiziologic la stres, efort fizic, sarcină, dar și în patologii: hipoxie, hipovolemie, febră, anxietate, durere, anemie, hipertiroidism, infarct miocardic, trombembolia arterei pulmonare, etc. TS pot fi identificate la examenul Holter EKG la 60% din populația practic sănătoasă sub 40 de ani. TS este frecventă în timpul sarcinii, deoarece ritmul cardiac al gravidei crește cu peste 25%, ca rezultat al modificărilor hemodinamice, hormonale, autonome și emoționale. Sistemul cardiovascular suferă schimbări semnificative în adaptarea la sarcină precum și creșterea frecvenței și debitului cardiac, scăderea rezistenței sistemice, creșterea concentrațiilor plasmatică ale catecolaminelor și sensibilității receptorilor adrenergici dilatarea atrială și creșterea volumului telediastolic. Un volum circulant extins crește iritabilitatea miocardului, iar un ritm cardiac sinus accelerat poate modifica excitabilitatea țesutului și iniția un circuit de reintrare. Estrogenii, similar efectului lor asupra mușchiului uterin, măresc și excitabilitatea mușchiului cardiac prin sensibilizarea miocardului la catecolamine cu majorarea densității  $\alpha$ -adrenoreceptorilor. Deasemeni, TS pot fi induse de medicamentele ocitocice,

tocolitice și anestezice administrate peripartum. Savanții versați în domeniu descriu trei elemente principale pentru diagnosticul aritmiei în timpul sarcinii: confirmarea aritmiei, determinarea patologiei cardiace preexistente, excluderea afecțiunilor asociate: hipo sau hipertiroidie, hemoragie, embolie pulmonară, infecții, etc. TS are manifestări variabile, de la lipsa simptomelor la palpitații usoare și sincopă. Datele literaturii relevă că în al treilea trimestru și TS minore pot prezenta clinică cu simptome asociate: dispnee, dureri retrosternale, etc. Decizia de a trata TS la o gravidă depinde de frecvența, durata și tolerabilitatea aritmiei respective. Medicul trebuie să urmărească un echilibru între beneficiul reducerii TS și efectele secundare asupra mamei și a fătului. Conform recomandărilor Ghidului Societății Europene de Cardiologie (2011) tratamentul TS în sarcină, este cât mai conservator posibil, când se declanșează tahicardiile supraventriculare mergem pe opțiunea de stimulare vagală, iar în cazul lipsei de răspuns se indică administrarea intravenoasă de adenozină sub supravegherea medicului. Majoritatea medicamentelor disponibile în sarcină, conform ghidului, sunt incluse în clasa de evidență C, atunci când sunt utilizate necesită o monitorizare sistematizată a stării clinice materne și fetale. Din aceste considerente TS este abordată mai frecvent nemedicamentos: confort psiho-emoțional, consiliere, dietă bogată în vitamine, odihnă.

**Caz clinic.** Pacienta S. 28 ani, gravidă, termenul de 26 săptămâni, se adresează ambulator la secția consultativă a IMSP „Centrul Mamei și Copilului” pe 28.01.2013 cu diagnosticul: Tahicardie sinusală. IC I NYHA. Anemie feriprivă.

**Acuze la adresare.** Palpitații cardiace, dispnee la efort fizic moderat și psiho-emoțional, fatigabilitate. **Anamneza maladiei.** Se consideră bolnavă de 2 luni când a sesizat palpitații. Ultimele apăreau și dispăreau treptat, în condiții de surmenaj fizic și emoțional, cu durata de 5 – 7 minute, se jugulau deseori în repaus și uneori prin manevre vagale. La medic s-a adresat tardiv.

**Date obiective.** Starea generală a pacientei satisfăcătoare, conștiința clară, poziția activă. Tip constituțional astenic (înălțimea 1.79 m, masa 75 kg, IMC 23.5 kg/m<sup>2</sup>). Tegumentele și mucoasele vizibile roz-pale, curate, elasticitate păstrată. Edeme periferice absente. Respirație nazală liberă. Ambele hemitorace participă simetric în actul de respirație. Percutor sunet clar pulmonar. În pulmonii murmur vesicular pe toată aria pulmonară bilateral. FR 18/min. Șocul apexian situat în spațiul V intercostal. Zgomotele cardiace ritmice, accelerate cu FCC 120/min. TA 120/80 mmHg la ambele brațe. Limba umedă, curată. Abdomenul mărit în volum, corespunde termenului gestației. Ficatul, splina nu se palpează. Tranzit intestinal păstrat. Micții - libere, indolore. Semnul Giordani - negativ bilateral.

#### **Examenul paraclinic.**

**1. Hemoleucograma** (28.01.2013): Hemoglobina – 110 g/l, Eritrocite –  $3.9 \times 10^{12}/l$ , Leucocite –  $4.5 \times 10^9/l$ , nesegmentate – 3%, segmentate – 60%, monocite – 3%, limfocite – 29%, VSH – 10 mm/h.

**2. Analiza biochimică** (28.01.2013): Urea – 5.8 mmol/l, Creatinina – 99 μmol/l, Bilirubina totală – 10 mmol/l, liberă – 8.4 mmol/l, Glucoza – 4.3 mmol/l, ALAT – 23 un/l, ASAT – 21 un/l, Colesterol total – 4.5 mmol/l, HDL-C – 1.31 mmol/l, LDL-C – 3.78 mmol/l, TG – 1.33 mmol/l, K – 4.1 mmol/l, Na – 146 mmol/l, Cl – 108 mmol/l, Fe seric – 6,4 μmol/l.

**3. EKG** (28.01.2013). Tahicardie sinusală cu FCC 100/min. AEC – normală.

**4. EcoCG** (28.01.2013). Concluzie. Cavitățile cordului nu sunt dilatate. Funcția de contracție a miocardului VS este păstrată (FE=75%). Insuficiența valvei mitrale și tricuspide gr. I.

