

SINCOPIA LA PACIENTUL CU PATOLOGIE CARDIOVASCULARĂ MULTIPLĂ

**Ala Soroceanu – conf. univ., dr. șt. med.,
Liviu Grib - prof. univ., dr. hab. șt. med.,
Maria Dumanscaia – studentă, anul VI
Constantin Martîniuc - cercet. șt., dr. hab. șt. med.**

**Disciplina de cardiologie,
IP USMF „Nicolae Testemițanu”
tel.: +373 69346444, ala.soroceanu@usmf.md**

Rezumat

Sincopele au un impact major asupra calității vieții și pronosticului ei, mai ales, în cazul asocierii episoadelor sincopale cu patologia cardiovasculară (CV) multiplă. Scopul acestei prezentări a fost aprecierea influenței patologiei CV multiple asupra apariției stărilor sincopale, rolului comorbidităților asupra decompensării și calității vieții cu calcularea riscului de mortalitate pe termen lung la pacientul cu sincopă cardiogenă. Cazul clinic a inclus un pacient de 64 de ani, bărbat, internat în IMSP SCM “Sfânta Treime” (15.03.2017), cu diagnosticul clinic: Cardiopatie mixtă (ischemică, hipertensivă, dismetabolică, pulmonară), decompensată. Angină pectorală stabilă de efort, CF III. Stenoză moderată de valvă aortică. Insuficiență de valvă mitrală și tricuspida, gr.III. Hipertensiune arterială, gr.III, risc adițional foarte înalt, hipertrofia ventriculului stâng (VS) concentrică și excentrică, cu afectarea relaxării miocardului VS. Fibrilație atrială cronică, tahisistolică, risc trombotic înalt și hemoragic crescut, CF III EHRA. Extrasistolie ventriculară solitară. Insuficiență cardiacă cronică CF III (NYHA), st. C (ACC/AHA), accese de astm cardiac. Bronhopneumopatie obstructivă cronică, st. III GOLD, în exacerbare. Hipertensiune pulmonară moderată. Diabet zaharat tip II, subcompensat, cu complicații multiple. Ciroză hepatică cardiogenă. Pielonefrită cronică bilaterală, în remisie incompletă. Nefrolitiază pe stânga. **Rezultate.** Pacientul cu patologie CV multiplă atestă recurență sincopală la interval de 2-3 luni și o astfel de evaluare a sincopei: scorul Martin = 4 puncte, cu risc crescut de aritmii cardiace sau moarte subită pe parcurs de 1 an; scorul OESIL = 3 puncte, cu risc de mortalitate crescut în decurs de 1 an, scorul EGSYS = 7 puncte, cu același risc pe 2 ani. **Concluzii.** Patologia CV multiplă predispozează în evoluție la recurențe sincopale, iar comorbiditățile concomitente predispozează la decompensarea patologiei CV de bază cu alterarea calității vieții și creșterea riscului de mortalitate.

Cuvinte-cheie: sincopa, aritmie, valvulopatie, mortalitate

Summary. Syncope in patient with multiple cardiac pathology

Syncope has a major impact on the quality of life, especially when syncopal episodes are due to association with the complex cardiac pathology or comorbidities. The purpose of this research was to evaluate the influence of multiple pathologies on syncopal episodes and calculation of long-term mortality risk in patients with cardiac syncope. Clinical case included a patient 64-year-old man hospitalized at the IMSP Hospital “Sfanta Treime” (03.15.2017) with clinical diagnosis: Mixed decompensated cardiomyopathy (ischemic, hypertensive, dysmetabolic, pulmonary). Stable angina pectoris, III functional class. Moderate aortic valve stenosis. Mitral valve insufficiency third degree. Tricuspid valve insufficiency third degree. Arterial hypertension third degree with very high additional risk, concentric and excentric left ventricular hypertrophy with impaired left ventricular relaxation. Permanent atrial fibrillation, high thromboembolic risk CHA₂DS₂ - VAS_c score, increased bleeding risk HAS BLED, functional class EHRA III. Ventricular extrasystolie. Chronic heart failure, functional class III (NYHA), stage C (ACC/AHA), cardiac asthma. Chronic obstructive pulmonary disease, GOLD stage III with exacerbation. Moderate pulmonary hypertension. Subcompensated diabetes mellitus type II with multiple complications. Cardiogenic liver cirrhosis. Bilateral chronic pyelonephritis, incomplete remission and nephrolithiasis on the left side. **Results.** Patients with multiple cardiac pathology with syncopal recurrence every 2-3 months along with clinical assessment scores syncope: Martin score = 4 points, increased risk of cardiac arrhythmia or arrhythmic death within 1 year, OESIL score = 3 points, increased risk mortality within 1 year, EGSYS score = 7 points, the same increased risk

within 2 years. *Conclusions.* The correlation between syncopal recurrences and multiple cardiac pathology is a negative predictor for an increased risk of long-term mortality, cardiac disease decompensation and impaired quality of life in patients with cardiac syncope.

Key words: syncope, arrhythmia, valvular heart disease, mortality

Резюме. Синкопа у больного с множественной сердечно-сосудистой патологией

Синкопальные состояния оказывают существенное влияние на качество жизни и её прогноз, особенно, в случаях сочетания синкопальных эпизодов с множественной сердечно-сосудистой патологией (МССП). Целью данной презентации было определение влияния МССП на возникновение синкопальных состояний, влияние коморбидностей на декомпенсацию и качество жизни с расчётом риска долгосрочной смертности у больного с кадиогенной синкопой. Клинический случай включил в себя пациента 64 лет, мужчину, госпитализированный в МКБ «Святая Троица» (15.03.2017) с клиническим диагнозом: Смешанная кардиопатия (ишемическая, гипертоническая, дисметаболическая, легочная), декомпенсированная. Стабильная стенокардия напряжения III ФК. Умеренный стеноз аортального клапана (атеросклеротический), недостаточность митрального и трехстворчатого клапанов III ст. Артериальная гипертензия, III ст., очень высокий дополнительный риск, концентрическая и эксцентричная гипертрофия левого желудочка (ЛЖ) с нарушением расслабления ЛЖ. Мерцательная аритмия, постоянная, тахисистолическая, высокие тромбоэмболический и геморрагический риски, III ФК EHRA. Желудочковая экстрасистолия. Хроническая сердечная недостаточность, III ФК (NYHA), ст. C (ACC/AHA). Приступы сердечной астмы. Хроническая обструктивная бронхопневмония, III ст. GOLD, в ст. обострения. Сахарный диабет II типа субкомпенсированный, с множественными осложнениями. Кардиогенный цирроз печени. Двусторонний хронический пиелонефрит в неполной ремиссии. Левосторонний нефролитиаз. Результаты. У пациента с МССП наблюдаются повторные синкопы, с интервалом в 2-3 недели и с клиническими шкалами по оценке синкоп: шкала Мартина = 4 балла, с повышенным риском развития сердечной аритмии или аритмическая смерть в течении одного года. Шкала OESIL = 3 балла, показывает очень высокий риск смертности в течении одного года, шкала EGSYS = 7 баллов, высокий риск смертности в течение 2-х лет. Заключение. МССП предрасполагает в развитие к повторным синкопальным состояниям, а сопутствующие коморбидности предрасполагают к декомпенсации основного СС заболевания с ухудшением качества жизни и увеличению риска смертности.

Ключевые слова: обмороки, аритмия, валвулопатия, смертность

Introducere. Sincopa cardiacă este un sindrom clinic frecvent întâlnit în practică, variind de la episoade sincopale unice și benigne – la forme cronice, recurente cu risc vital. De cele mai multe ori afectarea structurală a cordului și dereglările de ritm de tip bloc AV gr.II și III, bloc de ram stâng al fasciculului Hiss, tahicardia ventriculară decurg cu un episod sincopal [4]. Astfel, un pacient cu sincopă cardiacă de etiologie multiplă are un risc crescut de recurențe sincopale și un risc de mortalitate înalt care poate fi calculat prin intermediul scalelor moderne de evaluare a sincopei: Martin, OESIL, EGSYS [1, 2].

Caz raportat. Pacient de 64 ani, bărbat, internat în IMSP Spitalul “Sfânta Treime” (15.03.2017), cu diagnosticul clinic: Cardiopatie mixtă (ischemică, hipertensivă, dismetabolică, pulmonară), decompensată. Angină pectorală stabilă de efort, CF III. Stenoza largă de valvă aortică (aterosclerotică). Insuficiență de valvă mitrală, gr.III. Insuficiență de valvă tricuspidadă, gr.III. Hipertensiune arterială, gr.III, risc adițional foarte înalt, hipertrofia ventriculului stâng concentrică și excentrică, cu afectarea relaxării miocardului ventriculului stâng. Fibrilație atrială permanentă, tahisistolă, risc trombotic înalt (conform CHA₂DS₂ – VASc) și hemoragic crescut (conform HAS BLED), CF III EHRA. Extrasistolie ventriculară solitară. Insuficiență cardiacă cronică,

CF III (NYHA), st. C (ACC/AHA). Accese de astm cardiac. Bronhopneumopatie obstructivă cronică, st. III GOLD, în exacerbare. Hipertensiune pulmonară moderată. Diabet zaharat tip II, subcompensat, cu complicații multiple. Ciroză hepatică cardiogenă. Pielonefrită cronică bilaterală, în remisie incompletă. Nefrolitiază pe stânga.

Acuze. Slăbiciune generală marcată, vertij, amețeli, episod sincopal cu o zi în ajun, acufene, dispnee mixtă.

Istoricul bolii. Se consideră bolnav aproximativ de 5 ani, când pentru prima dată s-au depistat valorile tensiunii arteriale crescute, cu dereglări de ritm cardiac pe traseul ECG. Primul episod sincopal pacientul l-a suportat acum un an și atestă recurențe sincopale la fiecare 2-3 luni. Pacientul a respectat medicația sistematic. La data de 13 martie, seara, pacientul a suportat o criză hipertensivă asociată cu un episod sincopal și a solicitat serviciul de urgență. La data de 14 martie pacientul se prezintă la medicul de familie care îl orientează către Spitalul Clinic Municipal “Sfânta Treime” pentru a elucida diagnosticul și a selecta tratamentul.

Anamneza eredocolaterală: agravată.

Anamneza patologică: pe parcursul ultimilor 2 ani se atestă următoarele antecedente patologice: angina pectorală stabilă de efort, diabetul zaharat de

tip II, bronhopneumopatia obstructivă cronică, ciroza hepatică cardiogenă, iar pe parcursul ultimilor 5 ani: hipertensiune arterială, valvulopatii (insuficiență VM, gr III, insuficiență VTP, gr III, stenoză largă VAo), fibrilație atrială (precedată de flutter atrial), pielonefrită cronică, nefrolitiază pe stânga.

Datele obiective: starea generală de gravitate medie, poziția pacientului activă, tipul constituțional hiperstenic, culoarea pielii și mucoaselor vizibile sunt roze, acrocianoză. Țesut adipos - pliul cutanat în regiunea Traube - 3 cm, IMC=37 (MC=93 kg, h=176 cm). La auscultație se determină raluri sibilante și ronflante multiple bilateral difuz, FR = 24/min. Aparatul CV: auscultative: zgomotele cardiace ritmice, atenuate, accentul zg.II în punctul aortei; TA=180/80 mm/Hg. Riscul dezvoltării unui eveniment CV major în următorii 5-10 ani, conform scorului SCORE este de 6.5%. Conform Scorului CHA₂DS₂ - VAS_c = 4 puncte, ceea ce reprezintă un risc înalt de a dezvolta un eveniment tromboembolic pe parcursul unui an. Iar scorul HAS BLED denotă un rezultat de 3 puncte, ceea ce reprezintă un risc înalt de dezvoltare a hemoragiei pe parcursul unui an, pacientul necesită precauție la administrarea anticoagulantelor. Aparatul digestiv nu prezintă modificări patologice, palpator ficatul + 2,5cm. Aparatul reno-urinar - semnul Giordani pozitiv bilateral, mai accentuat pe stânga.

Examinările clinice și paraclinice:

Analiza generală a sângelui - Hb - 133 g/l, Er. - $4,1 \times 10^{12}/l$, Le - $9,4 \times 10^9/l$.

Analiza generală de urină - 120 ml, culoare galbenă, densitatea relativă 1015, glucoză absentă, proteina 0,033 g/l, leucocite 50-55 în c/v.

Analiza biochimică a sângelui - ureea - 7 mmol/l, creatinina - 138 mcmmol/l, bilirubina generală - 18,4 mcmmol/l, bilirubina directă - 4,1 mcmmol/l, ALAT - 74 UI/l, ASAT - 95 UI/l, colesterol total - 5,7 mmol/l, glucoza - 3,9 mmol/l, protrombina - 55%, fibrinogenul - 2,88 g/l.

ECG - fibrilație atrială, FCC=115-130 b/min, axa intermediară, extrasistolie ventriculară, semne de hipertrofie a ventriculului stâng.

Radiografia cutiei toracice - Bronșită cronică. Stază pulmonară. Lichid nu se determină. Densificarea pleurei interlobare pe dreapta. Cord dilatată pe dreapta.

Ultrasonografia organelor abdominale: Schimbări difuze moderate în parenchimul ficatului și pancreasului. Colecistită cronică acalculoasă cu stază biliară. Deformare moderată a ductului coledoc. Splenomegalie moderată.

Ecocardiografia: Stenoza moderată a valvei aortice. V max - 2,67 m/s, GP max - 27,62 mmHg. Dilatare considerabilă a AS, AD, VD și moderată a VS. Hipertrofie moderată concentrică și excentrică a miocardului VS, fără obstrucția tractului de ejecție a VS, VTD - 54 mm, SIV - 14 mm, PPVS - 12 mm. Scăderea difuză a capacității contractile a miocardului VS cu FE - 35%. Eco Doppler CS: Vmax - N. Insuf. VM gr.II, VTr gr.II-III, VAP gr.I. Afectarea relaxării miocardului VS. HTP moderată. PSAP = 44 mmHg.

Rezultatele scorurilor clinice de evaluare a sincopei. Scorul Martin = 4 puncte, risc crescut de a prezenta aritmii cardiace sau moarte aritmică în decurs de 1 an. Scorul OESIL = 3 puncte și scorul EGSYS = 7 puncte, ambele denotă un risc de mortali-

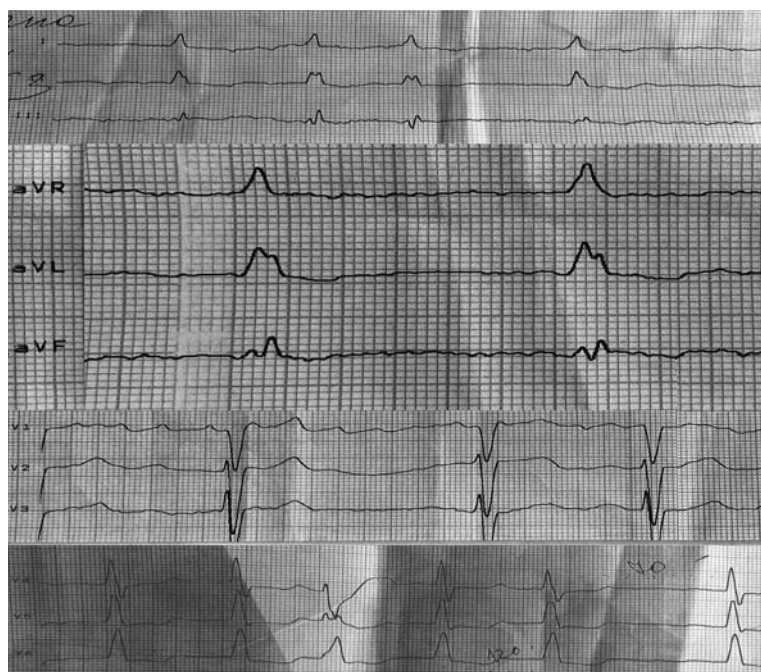


Fig. 1. Electrocardiograma pacientului X (14.03.2017)

ate crescut (pentru scorul OESIL în decurs de 1 an și pentru scorul EGSYS în ducurs de 2 ani).

Discuții. Conform datelor literaturii, sincopa ca sindrom clinic are la bază o multitudine de cauze atât cardiace cât și non-cardiace, printre cele mai frecvente cauze cardiace denotă a fi valvulopatiile și dereglările de ritm cardiac, conform Ghidul Societății Europene de Cardiologie (ESC) 2009 [3]. Am fost tentați de a ilustra cazul unui pacient cu risc crescut de mortalitate pe termen lung și recurențe de episoade sincopale, care au fost calculate în baza scalelor contemporane de evaluare a sincopelor precum Martin, OESIL, EGSYS, ce sunt necesare și binevenite în managementul pacienților cu stări sincopale [1, 2].

Concluzii

Pacientul care a prezentat cel puțin un episod sincopal necesită a fi investigat minuțios pentru a fi identificată cauza veridică a sincopei, fie cardiacă, non – cardiacă sau idiopatică. Printre cauzele cardiace cele mai frecvente se dovedesc a fi valvulopatiile și dereglările de ritm cardiac. Patologia CV multiplă

predispune în evoluție pacientul la recurențe sincopale, iar prezența comorbidităților predispun la decompensarea patologiei de bază cu alterarea calității vieții și creșterea riscului de mortalitate la 1 an cu 3-4 puncte (conform scorurilor OESIL și Martin) și la 2 ani cu 7 puncte (conform scorului EGSYS).

Bibliografie

1. Moya Angel, Sutton Richard, Ammirati Fabrizio, Blanc Jean-Jacques, Brignole Michele et al. *Ghidul privind diagnosticul și managementul sincopei (versiunea 2009)*. European Heart Journal (2009) 30, 2731–2671.
2. Mark H. Ebell. *Risk Stratification of Patients Presenting with Syncope*. Point-of-Care Guides. American Family Physician. www.aafp.org/afp. Volume 85, Number 11, June 1, 2012; 1051-1052.
3. Poggi A., Massimiliano Pinelli. *Score clinici nei pazienti con perdita di coscienza transitoria*. ARGOMENTO DELL'ANNO – Gli scores in medicina. Decidere in Medicina - Anno XIV, 2014; 80-91.
4. Soroceanu Ala, Grib Livi, Georgeta Mihalache, Serghei Soroceanu. *Sincopa. Elaborare metodică*. Chișinău 2016.