

Secțiunea „Prezentare de caz clinic”

OARE EXISTĂ LOCUL STETOSCOPIULUI ÎN ERA INTELIGENȚEI ARTIFICIALE

Colesnic Silvia-Iaroslava*¹

¹Catedra de anesteziologie și reanimatologie nr.1 „Valeriu Ghereg”, USMF „N.Testemițanu”, USMF „N. Testemițanu”

²Departamentul de Anestezie și Terapie Intensivă, Spitalul Internațional Medpark, Chișinău, Republica Moldova

*medic rezident Anesteziologie și Terapie Intensivă anul II

Coordonator științific: conf. univ. Svetlana Plămădeală^{1,2}

Introducere. Infarct miocardic acut (IMA) reprezintă una dintre afecțiunile coronariene amenințătoare pentru viața cu risc sporit de moarte cardiacă subită. Prevalența globală a infarctului miocardic acut este estimată la 3,8% în rândul pacienților <60 ani și la 9,5% în rândul pacienților >60 ani, cu o mortalitate generală estimată la 15%. Una dintre problemele rare, dar fatale, întâlnite după infarctul miocardic acut este reprezentată de complicațiile mecanice, care se împart în: ruptura septală ventriculară (VSR) – 0,17–0,91%, ruptura mușchilor papilari – 0,05–0,26% și ruptura peretelui liber ventricular – 0,01–0,52% dintre pacienți.

Caz clinic. O femeie în vârstă de 68 de ani s-a prezentat la secție de primire a unui spital non-cardiac vineri dimineață, după apariția bruscă a durerilor retrosternale, cu iradiere în brațul stâng și fatigabilitate, care persista cu o seară înainte de adresarea ei. Ea raportase anterior episoade de durerile de tip anginos, care se ameliorau spontan. Electrocardiograma standard (12 derivații) efectuată la internare a arătat un ritm sinusual cu supradenivelare de segment ST în derivațiile inferioare (II, III, aVF), unde Q și inversia undei T în aceleași derivații. După acordarea asistenței medicale primare în spitalul regional (Morfină 5 mg IV, Heparină 10.000 UI IV, Metoprolol 25 mg PO, Clopidogrel 375 mg PO), pacienta a fost transferată la SI Medpark pentru coronarografie. Examenul clinic la internare a evidențiat un ritm sinusual, FCC 95–110 b/min, TAS 108 mmHg, TAD 74 mmHg, MAP 85 mmHg, frecvență respiratorie 20 r/min, SpO₂ - 96%. Medicația SI Medpark a inclus Clopidogrel 225 mg, Atorvastatină 80 mg la internare și Heparină 6.000 UI, Tirofiban 25 mcg/kg IV în sală de coronaroangiografie. Coronarografia a constatat o ocluzie severă a RCA (100%), care a fost stentată, și o leziune de 50% la nivelul LAD. După procedură, pacienta a devenit hemodinamic instabilă, a apărut transpirații reci, și ulterior transferată în secția de terapie intensivă (TI). Examenul clinic la internarea în TI a arătat ritm sinusual, FCC 80 b/min, TAS 91 mmHg, TAD 54 mmHg, MAP 66 mmHg, FR 18 r/min, SpO₂ -98%, în timpul auscultării cordului a fost determinat un suflu pansistolic. Ecocardiografia transtoracică (TTE) efectuată la internarea în TI a constatat o leziune mecanică a septului ventricular (13 mm) cu șunt stânga–dreapta, fracție de ejeție VS estimată la 60%, akinezie a pereților inferior și posterior VS și hipertensiune pulmonară severă (PSAP 60 mmHg). Leziunile identificate prin ecocardiografie și coronarografie au constatat necesitatea unei intervenții chirurgicale de urgență cu scop de repararea defectului septului ventricular și perfuziei miocardului.

Discuții. Acest caz prezintă interes clinic datorită defectului septal ventricular instalat post-IMA, fiind cea mai frecventă complicație mecanică după IMA, descrisă rar în literatură. Factorii de risc includ: vârsta >60 ani, sexul feminin, primul infarct transmural major și PCI întârziat.

Ruptura septală ventriculară determină o deteriorare acută și progresivă a stabilității hemodinamice, deseori determinând șoc cardiogen. La aceasta categoria de pacienți tratamentul medical conservator este aproape întotdeauna asociat cu un prognostic fatal. VSR asociată cu infarctul miocardic inferior are un prognostic mai rezervat. Această complicație deseori debutează fără un tablou clinic specific și diagnosticarea poate depinde exclusiv de detectarea unui suflu sistolic observat în timpul auscultației sau la efectuarea unui examen ecocardiografic de control.

Concluzie. Pacienții cu sindrom coronarian acut necesită examinarea clinică minuțioasă pentru detectarea timpurie a complicațiilor post-IMA. Auscultația cardiacă și examen ecocardiografic rămân examinări esențiale care necesar efectuate înainte de inițierea terapiei de revascularizarea sau trombolizei.

Cuvinte cheie: infarct miocardic acut; ruptură de sept interventricular; complicații mecanice.

Section ”Clinical case presentation”

JUST THE MURMUR IN THE ERA OF AI

Colesnic Silvia-Iaroslava¹

¹ Chair of the Anesthesiology and Intensive Care nr.1 "Valeriu Ghereg" SUMPh "Nicolae Testemitanu"

² Department of Anaesthesiology and Intensive Care, Medpark International Hospital, Chisinau, Republic of Moldova

* Resident Physician in Anesthesiology and intensive Care, II-nd year

Scientific adviser: Svetlana Plamadeala, MD, Associate professor^{1,2}

Introduction. Acute myocardial infarction (AMI) represents one of the life-threatening coronary-associated pathologies characterized by sudden cardiac death. The global prevalence of MI was estimated at 3.8% in patients <60 years and at 9,5% in patients >60 years with general mortality ranges estimated at 15%. One of the rare, but fatal problem encountered after MI is mechanical complications which are divided into: Ventricular septal rupture (VSR) - 0,17 -0,91 %, Papillary muscle rupture - 0,05- 0,26 %, Free wall rupture - 0,01-0,52 % of the patients.

Case presentation. A 68 y.o. female presented to the emergency department of a non-cardiac hospital morning on a Friday following acute onset of retrosternal chest pain with irradiation in left arm , accompanied by fatigue, which had persisted from yesterday evening, she had previously experienced episodes of anginal pain that resolved spontaneously. The 12-lead electrocardiogram performed on admission showed sinus rhythm with ST segment elevation in the inferior leads (II, III, aVF), Q waves and T in the same derivation leads, after primary care at regional non-cardiac hospital (Morfine 5 mg iv, Heparine 10000 UI iv, Metoprolol 25 mg po, Clopidogrel 375 mg po) she was transferred at the SI Medpark for the Coronary angiography. Physical examination at admission in hospital revealed regular rhythm, HR-95-110 bpm, TAS-108 mmHg, TAD-74 mmHg, MAP-85 mmHg, RR-20 b/min, SpO2-96%.

In hospital medication includes Clopidogrel 225 mg, Atorvastatin 80 mg on admission and Heparin 6000 UI, Tirofinab 25 mcg/kg IV. The patient coronary angiography was found severe RSA (100%) occlusion with subsequent stent revascularization and LAD 50% lesion. After the procedure of coronary angiography the patient became hemodynamically unstable, excessive cold perspiration was observed and is admitted to the intensive care unit. Physical examination at admission in ICU revealed regular rhythm, HR-80 bpm, TAS-91 mmHg, TAD-54 mmHg, MAP-66 mmHg, RR-18 b/min, SpO2-98%, during auscultation was detected pansystolic murmur. A complete transthoracic echocardiogram (TTE) was requested on admission to the ICU and showed mechanical lesion of ventricular sept (13 mm) with the turbulent left-to-right shunt, LV ejection fraction estimated at 60 %, akinesis of the inferior and posterior LV wall, severe pulmonary artery hypertension PSAP 60 mmHg. Lesions found on the echocardiogram and angiogram examinations established immediate surgical intervention in order to repair ventricular sept defect and ventricular myocardium reperfusion.

Discussion. This case represents clinical interest because of detection of VSR in the patient after myocardial infarction the most common mechanical consequence after AMI, rare described in the literature. The risk factors include age >60 years, female gender, first large transmural AMI, delayed PCI. Ventricular sept rupture results in an acute and progressive deterioration of hemodynamic stability, often culminating in cardiogenic shock. In such patients, conservative medical management is almost invariably associated with a fatal outcome. VSR rupture associated with inferior AMI had a worse prognostic outcome. In stable patients, diagnosis may be identified only on a murmur or routine echocardiographic findings.

Conclusion. Patients with acute coronary syndrome should be closely examined for early VSR detection, before initiating of revascularization and thrombolytic therapy cardiac auscultation and echocardiography needs to be carried out.

Key words: acute myocardial infarction; interventricular septal rupture; mechanical complications.