

tromboembolia pulmonară sunt reduse și de scurtă durată, față de comportamentul acestora în infarctul miocardic acut; nivelurile crescute ale acestora se asociază unui pronostic rezervat în cazul pacienților cu această afecțiune [1].

3. Mărirea cavităților părții drepte a cordului cu hipertensiune pulmonară severă, într-un context clinic sugestiv confirmat prin teste de laborator, a permis stabilirea diagnosticului.

4. Hiperhomocisteinemia are efecte toxice asupra endoteliului, este protrombotică, crește sinteza colagenului și scade disponibilitatea oxidului nitric. Riscul de boală tromboembolică la pacienții cu hiperhomocisteinemie a fost remarcat pentru prima dată în 1991. Studiile efectuate au demonstrat că persoanele date prezintă un risc de 2-4 ori mai mare de tromboză venoasă decât persoanele cu nivele normale ale homocisteinei [8]. Numeroase studii au elucidat că hiperhomocisteinemia se asociază cu un risc crescut de afecțiuni cardiovasculare atât pentru femei, cât și pentru bărbați, cu un risc crescut de tromboze venoase și risc de defecte de tub neural [3].

Homocisteina reprezintă un aminoacid care conține o grupare **thiol** și se formează prin demetilarea intracelulară a metioninei. Nivelul plasmatic al homocisteinei depinde de căile de metabolizare a ei [6]. Prima cale este trans-sulfurarea la cisteină prin intermediul enzimei cistation-sintetazei (CBS), drept cofactor servește vitamina B₆. A doua cale necesită prezența enzimei metilentetrahidrofolat reductazei (MTHFR) și metionin-sintetazei, care au co-substrat acidul folic și co-enzimă vitamina B₁₂ [4]. Hiperhomocisteinemia (un nivel plasmatic > 12-15 mmol/l) apare când este blocată una din cele 2 căi de metabolizare [3].

Deficitul homozigot al enzimei CBS, incidența de 1 la 300 000 nașteri, produce defecte genetice, pacienții prezentând retard mental, tromboembolism arterial și ateroscleroză timpurie. Principalele mutații întâlnite în populație sunt mutațiile genei MTHFR de tip C677T, respectiv A1298C [5, 7]. Pacienții heterozigoți pentru această mutație nu prezintă hiperhomocisteinemie și nu prezintă un risc crescut de evenimente trombotice, iar cei homozigoți pot dezvolta hiperhomocisteinemie. La purtătorii aleli A1298C s-a atestat un risc crescut de boală coronariană, alți factori de risc asociați (imobilizare, traumatisme, contraceptive orale, fumatul, obezitatea) pot declanșa tromboze [2].

Bibliografie

- Petriș A., Ținț D., Tatu-Chițoiu G., Pop C. *Tromboembolismul pulmonar: o abordare contemporană*. 2015, p. 137-138.
- Dentali F., Crowther M., Ageno W. *Thrombophilic abnormalities, oral contraceptives, and risk of cerebral vein thrombosis: a meta-analysis*. In: Blood, April 2006, vol. 107, p. 2766-2773.
- Fischbach F. *Chemistry Studies*. In: A Manual of Laboratory and Diagnostic Tests. USA: Lippincott Williams & Wilkins, 8 Ed., 2009, p. 436-438.
- Paunescu H., Ghita I., Coman O.A., Fulga I. *Vitaminele ca factori protectori cardiovasculari*. În: Medicina modernă, nr. 4, 2006.
- Ginghină C. *Mic tratat de cardiologie*. București, 2010, p. 164-165.
- Laboratory Corporation of America. *Directory of Services and Interpretive Guide. Homocysteine, Plasma*. www.labcorp.com 2010. Ref Type: Internet Communication.
- Nelen W.L., Blom H.J. *Pregnancy Complications*. In: MTHFR Polymorphisms and Disease. Edited by: Per Magne Ueland, 2005.
- www.med.uiuc.edu. University of Illinois. Hematology Resource Page. Hyperhomocysteinemia. Ref Type: Internet Communication.

Angela Tcaciuc, dr. în șt. med, conf. univ.,
Clinica medicală nr. 3, disciplina *Cardiologie*,
USMF Nicolae Testemițanu
Tel. mob.: 079547019
E-mail: angela_tcaciuc@yahoo.com

PROCEDURI ENDOSCOPICE ȘI TERAPIA ANTITROMBOTICĂ

*Anastasia NANI¹, Elena SAMOHVALOV¹, Liviu GRIB¹,
Angela TCACIUC¹, Maria MERCACIOVA¹, Olga
ROTARI¹, Alexandra GREJDIERU¹,
Sergiu SAMOHVALOV², Natalia SUMARGA³,*

¹USMF Nicolae Testemițanu,

²IMSP SR ACSR,

³IMSP SCM Sfânta Treime

Summary

Endoscopy in patients on antithrombotic agents (literature review)

The antithrombotic treatment is widely used in medicine – cardiology, internal medicine, gynecology, surgery, traumatology, interventional cardiology, etc. It's effectiveness has been demonstrated by many clinical studies. This article reveals the problem of the relationship between antithrombotic therapy and endoscopic procedures. For patients taking these medications that had require endoscopy, doctor should consider the following important factors: (1) the urgency of the procedure, (2) bleeding risk of the procedure, (3) the effect of the antithrombotic drugs on the bleeding risk, and (4) the risk of a thromboembolic events, related to per procedural interruption of antithrombotic agents. These issues require close collaboration of cardiologists and gastroenterologists, and individual approach to the treatment of such patients.

Keywords: glycoprotein IIb/IIIa receptor inhibitors, warfarin, endoscopy

Резюме**Эндоскопические процедуры и антитромботическая терапия (обзор литературы)**

Антитромботическое лечение широко используется в медицине – в кардиологии, терапии, гинекологии, хирургии, травматологии, интервенционной кардиологии и др. Его эффективность была доказана во многих клинических исследованиях. В данной статье раскрываются проблемы взаимосвязи антитромботического лечения с эндоскопическими процедурами, перед проведением которых необходимо иметь в виду: срочность проведения эндоскопической процедуры, риск кровотечения при проведении этой процедуры, риск кровотечения при непосредственном применении антитромботического лечения, риск осложнений при отмене антитромботического лечения. Данные вопросы требуют тесного сотрудничества кардиологов и гастроэнтерологов и индивидуального подхода к лечению таких пациентов.

Ключевые слова: ингибиторы P2Y12, варфарин, эндоскопические процедуры

Introducere

Terapia antitrombotică include administrarea anticoagulantelor și/sau antiagregantelor.

Tratamentul anticoagulant este unul dintre cele mai comune tratamente din medicină. El este întrebunțat pe termen scurt sau lung în multiple specialități medicale: cardiologie, medicină internă, chirurgie cardiovasculară, neurologie, ortopedie, obstetrică-ginecologie, chirurgie generală etc. Pentru cardiologie, tratamentul anticoagulant are o mare valoare, atât sub aspect profilactic, cât și sub aspect curativ. Prevenirea și tratamentul tromboembolismului venos, a obstrucției arteriale acute, a infarctului miocardic acut și a sindroamelor coronariene acute, fibrilația atrială, valvulopatii reumatismale și protezele valvulare, cardiomiopatiile dilatative, insuficiența cardiacă congestivă, cardiologie intervențională reprezintă principale indicații ale terapiei anticoagulante în cardiologie [6].

Eficacitatea tratamentului anticoagulant este dovedită în practica clinică și a fost demonstrată în multiple studii clinice controlate multicentrice.

Clasele de anticoagulante utilizate:

1. Anticoagulante directe (heparina și derivatele ei: enoxaparina, nadroparina și altele).
2. Anticoagulante indirecte (antagoniștii vitaminei K: acenocumarol, warfarină).
3. Inhibitorii direcți de trombină (dabigatran, hirudina, bivalirudin, argatrabana).
4. Inhibitorii direcți de factor Xa (rivaroxaban, apixaban, endoxaban) [5].

Preparatele antiagregante sunt deseori utilizate în patologia cardiovasculară. Tratamentelor clasice cu aspirină li s-au adăugat în ultimii ani noi produse, cum sunt:

- inhibitorii receptorilor P2Y12 (clopidogrel, prasugrel sau ticagrelor),
- inhibitorii ai receptorilor GP II b/IIIa (abciximab, eptifibatidă, tirofiban),
- antagoniștii receptorilor de trombină (vorapaxar, atopaxar) [7].

Pacienții care urmează aceste tratamente pot necesita proceduri endoscopice digestive programate sau pot fi adresați gastroenterologului pentru managementul de urgență.

Diferitele manevre endoscopice sunt asociate cu un risc de sângerare înalt sau scăzut (tabelele 1, 2). Totodată, oprirea tratamentului antitrombotic poate scădea riscul de sângerare, însă crește cel al evenimentelor cardiovasculare. Riscul de apariție a evenimentelor tromboembolice în absența tratamentului antitrombotic este legat de patologia ce a făcut necesară inițierea acestuia.

Așadar, înaintea efectuării unor proceduri endoscopice la pacienți aflați în tratament antitrombotic, medicul trebuie să ia în considerare:

- caracterul de urgență sau programat al procedurii,
- riscul de sângerare asociat tratamentului medicamentos,
- riscul de sângerare asociat manevrei endoscopice efectuate (tabelul 1),
- riscul de apariție a complicațiilor cardiovasculare asociat întreruperii antitromboticelor (tabelele 2, 3) [7].

Tabelul 1

Riscul de sângerare asociat manevrei endoscopice efectuate [2]

Proceduri endoscopice cu risc hemoragic ridicat	Proceduri endoscopice cu risc hemoragic scăzut
polipectomia polipilor > 1 cm, rezecția mucozală sau ablația tisulară	endoscopia digestivă superioară și colonoscopia de diagnostic (inclusiv cu prelevare de biopsii)
coagularea în plasmă de argon sau ablația termică	stentarea biliară endoscopică fără sfincterotomie
sfincterotomie endoscopică oddiană	ecoendoscopia
dilatarea stenozelor digestive	enteroscopia de diagnostic
inserția gastrostomelor	stentarea enterală
puncția ghidată ecoendoscopic	explorarea cu videocapsula endoscopică
hemostaza endoscopică	
enteroscopia terapeutică	
chistogastrostoma	
terapia varicelor esogastrice	

Tabelul 2

Riscul de apariție a complicațiilor cardiovasculare asociat întreruperii administrării antiagregantelor [1]

Risc înalt	Risc scăzut
Inserarea stentului farmacologic în ultimele 12 luni	Cardiopatia ischemică fără implantarea stentului

Inserarea stentului metalic în ultima lună	Boala cerebrovasculară
	Boala vasculară periferică

Tabelul 3

Riscul de apariție a complicațiilor cardiovasculare asociat întreruperii antagoniștelor vit. K (cu condiție de substituție temporară cu heparina) [1]

Risc înalt	Risc scăzut
proteze valvulare mecanice în poziție mitrală	proteze valvulare mecanice în poziție aortică
FiA asociată cu HTA, DZ sau vârsta > 75 ani	proteze valvulare biologice
FiA asociată cu patologie valvulară (sau valvă mecanică)	FiA neasociată cu boală valvulară
< 3 luni după tromboembolism venos	> 3 luni după tromboembolism venos

Managementul pacienților aflați în tratament antiagregant, supuși procedurilor endoscopice

Tratamentul cu aspirină sau inhibitori ai receptorilor P2Y12 nu trebuie întrerupt înaintea procedurilor endoscopice cu risc scăzut.

În cazul intervențiilor cu risc înalt, tratamentul cu aspirină poate fi continuat în majoritatea cazurilor, dar managementul tratamentului cu inhibitori ai receptorilor P2Y12 depinde de riscul tromboembolic:

- La pacienți cu risc tromboembolic scăzut trebuie oprit :
 - cu 5 zile înainte pentru clopidogrel,
 - cu 3-5 zile înainte pentru ticagrelor,
 - cu 7 zile înainte pentru prasugrel [7]
- La pacienți cu risc tromboembolic înalt este indicată întreruperea inhibitorilor P2Y12, dacă se consideră că riscul de sângerare este mai mare decât cel cardiovascular. Administrarea aspirinei periprocedural poate scădea riscul tromboembolic în aceste cazuri [1].

După inserția unui stent coronarian, este indicată amânarea procedurilor endoscopice programate pe durata minimă a tratamentului antitrombotic recomandat în fiecare situație în parte (4 săptămâni pentru stenturi metalice și 6 luni pentru stenturi farmacologic active).

Ulterior se poate retrage inhibitorul de P2Y12 cu 5-14 zile înainte de intervenția digestivă, menținând aspirina.

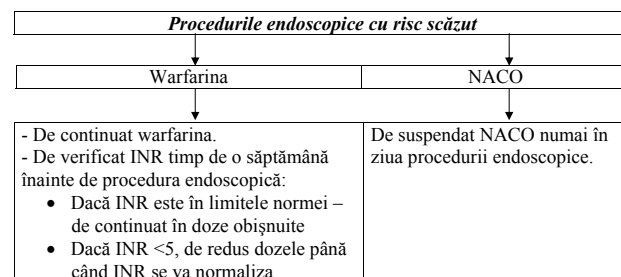
După intervenție, inhibitorul de P2Y12 se reintroduce cât de curând posibil, în condiții de siguranță [2].

La bolnavii cu risc gastrointestinal ridicat, tratamentul cu inhibitori de pompă de protoni trebuie menținut atâta timp cât este administrat tratamentul antiagregant.

Managementul pacienților aflați tratament anti-coagulant, supuși procedurilor endoscopice

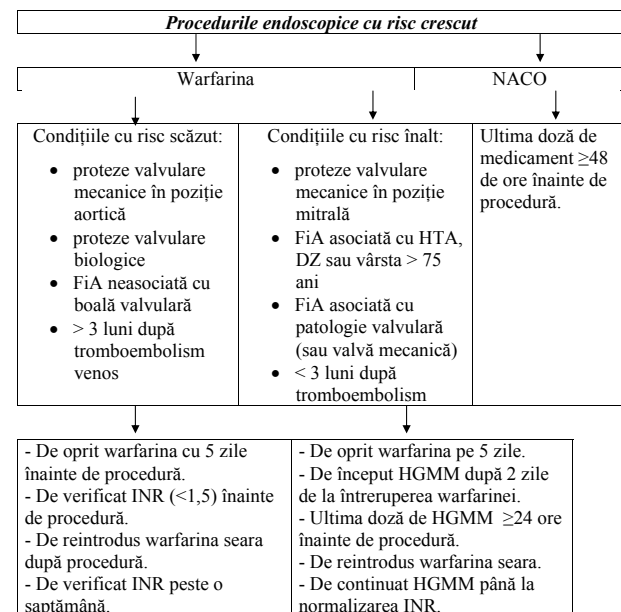
Schema 1 [1]

Managementul în proceduri endoscopice cu risc scăzut asociat cu tratament anticoagulant



Schema 2 [1]

Managementul în proceduri endoscopice cu risc crescut asociat cu tratament anticoagulant



Dacă tratamentul anticoagulant a fost indicat pe o perioadă limitată, procedurile endoscopice programate se amână până la sfârșitul tratamentului cu anticoagulante. Înaintea unei intervenții cu risc scăzut, tratamentul anticoagulant nu este necesar să fie modificat, atâta timp cât INR se menține în intervalul terapeutic.

Dacă este indicată o procedură cu risc crescut, AVK trebuie oprite cu 5 zile și dabigatranul cu 1-2 zile înaintea acesteia. O valoare INR <1,5 trebuie confirmată înainte de intervenție. Reînceperea AVK se poate face în noaptea de după procedură.

La pacienții cu risc tromboembolic crescut, după întreruperea AVK se inițiază administrarea heparinei cu greutate moleculară mică, când valoarea la INR scade sub 2, se opresc cu 24 de ore înaintea procedurii și se reinițiază la 48 ore după aceasta. Administrarea AVK se reinițiază în noaptea de după intervenție.

NACO se întrerup cu 2 zile înaintea intervenției la bolnavii cu funcție renală normală. Având în vedere intrarea rapidă în acțiune, timpul de înjumătățire scurt, precum și lipsa unui antagonist eficient, reinițierea acestora se va face la cel puțin 48 de ore postintervențional. După oprirea NACO, nu este necesar tratament cu heparină [1].

Concluzii

Așadar, managementul corect al pacientului cu tratament antitrombotic și risc de sângerare digestivă este deseori o provocare ce impune o colaborare strânsă între cardiolog și gastroenterolog. Majoritatea explorărilor endoscopice pot fi efectuate în siguranță la pacienții cu tratament antitrombotic.

Bibliografie

1. Andrew M. Veitch, Geoffroy Vanbiervliet, Anthony H. Gershlick et al. *Endoscopy in patients on antiplatelet or anticoagulant therapy, including direct oral anticoagulants: British Society of Gastroenterology (BSG) and European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guideline*. In: *Endoscopy*, 2016; nr. 48, p. 1–18.
2. Cristian Balahura, Gabriel Constantinescu. *Hemoragiile digestive și tratamentul antitrombotic. Ghid practic pentru clinicieni*. In: *Stetoscop Cardio*, 2015, nr. 5.
3. Diana Cimpoeșu, Antoniu Petriș, Ana-Maria Miclașanu et al. *Ghid de tratament antiplachetar în urgență*. În: *Recomandări și protocoale în anestezie, terapie intensivă și medicină de urgență*, 2012, p. 39-52.
4. Friedland S., Sedehi D., Soetikno R. *Colonoscopic polypectomy in anticoagulated patients*. In: *World J. Gastroenterol.*, 2009; nr. 15, p. 1973–1976.
5. *Ghid de medicație RLS*. - http://www.rlsnet.ru/books_book_id_2_page_172.htm
6. Leonida Gherasim, Șerban Bălănescu, Adriana Ilieșu. *Tratamentul anticoagulant în practica medicală*. Comisia de Medicină Internă, p. 89-126. http://www.usmf.md/Infomedica/documente/Alre%20resurse/Ghiduri%20medicale/trat_anticoag.pdf
7. Ruben D. Acosta, Neena S. Abraham et al. *The management of antithrombotic agents for patients undergoing GI endoscopy*. In: *Gastroint. Endosc.*, 2016, vol. 83, no. 1.

Anastasia Nani, medic-rezident,
Medicina Internă, anul I,
Catedra Cardiologie,
USMF Nicolae Testemițanu
Tel.: 069755343
E-mail: nastea_18@mail.ru

SINCOPA DE ORIGINE CARDIACĂ LA PACIENȚII VÂRSTNICI

A. SOROCEANU¹, L. GRIB¹, N. CAPROȘ¹,
A. TCACIUC¹, M. DUMANSCAIA¹, S. SOROCEANU²,
A. DANILOV³, V. CEAICHIȘCIUC¹, E. FUSA¹,
N. DANILOV³, O. CENUȘĂ⁴, V. ȚURCANU¹, L. CARDANIUC¹,
I. CARDANIUC⁵, N. SUMARGA⁵, O. ROTARI¹, A. NANI¹,

¹USMF Nicolae Testemițanu,

²Spitalul Militar Central,

³Universitatea de Medicină Iuliu Hațiegheanu,

Cluj-Napoca, România,

⁴Institutul de Cardiologie,

⁵SCM Sfânta Treime

Summary

Cardiac syncope in elderly patients

Cardiovascular pathology at the elderly represents a theme of particular interest, this is the main cause of morbidity and mortality in this segment of population, but also the fact that in the last century the population over 60 years (this be ingarbitrary limit laid down by the OMS from which a person is considered older) has double dandis expected to increase over the years. To tackele syncopes of origin cardiac which are based on aortic stenosis, mitral stenosis and insufficient combined valvular. It hasbeen a clinical study retrospectively in the premises of the Clinic Municipal Hospital no. 3 “Sfânta Treime”, on a lot of 50 patients (selection based on the criteria defined – primordial tothe status of syncope). Prognosis variants of the patients with syncope cardiac remain reserved, being influenced by the etiology syncopes, the evolution of the disease, treatment continuously, surgical treatment and at the post-surgery treatment.

Keywords: *syncope, valvulopathy, aortic stenosis, mitral stenosis, cardiac doppler ultrasound*

Резюме

Синкопа сердечного происхождения у пожилых пациентов

Сердечно-сосудистая патология у пожилых людей представляет особый интерес. Она представляет собой основную причину заболеваемости и смертности в этой категории населения. За последнее столетие население старше 60 лет (это произвольная граница, установленная ВОЗ с достижения которой человек считается пожилым) удвоилось и ожидается, что увеличится впоследствии с годами. Исследуя синкопы сердечного происхождения, в основе которых лежат аортальный стеноз, митральный стеноз и комбинированная клапанная недостаточность, было произведено ретроспективное клиническое исследование на базе Городской клинической больницы № 3 «Sfânta Treime» на группе, состоящей из 50 пациентов (подобранных по четко определенным критериям, основным их которых является синкопальное состояние). У пожилых пациентов с кардиогенными синкопами прогноз остается сомнительным, обусловленный этиологией синкопов, эволюцией заболевания, постоянным лечением, хирургическим и послеоперационным лечением.

Ключевые слова: *синкопа, валвулопатия, аортальный стеноз, митральный стеноз, эхокардиография Доплер*