

**Material și metode.** Partea teoretică a fost completată cu rezultatele studiului efectuat în perioada 2000-2006, cu analiza manifestărilor clinice, variantele de evoluție ale DA și evaluarea posibilităților diferitelor metode imagistice în diagnosticarea timpurie a DA. În studiu au fost incluși 42 de pacienți cu DA (83% tip A, 16,7% tip B). ECG a stabilit diagnosticul cert de DA în 31 (81,5%) cazuri, RMN – la 10 pacienți. Tromboza lumenului fals a fost depistată la 3 bolnavi, hematoame intramurale – la 3 persoane cu DA tip A. Aortoangiografia a confirmat diagnosticul la 9 pacienți, la doi s-a depistat tromboza lumenului fals.

Tratament chirurgical s-a aplicat la 17 (48,6%) pacienți, la majoritatea cu DA acută (47%) – în primele 48 de ore. DA reziduală a persistat la 3 bolnavi, la o pacientă s-a produs extensia dilatării retrograde a aortei.

**Rezultate.** La certificarea diagnosticului de DA și anticipând posibilele complicații, se impune introducerea în programul examinărilor de urgență și pe parcursul perioadei de urmărire a tehnicilor imagistice contemporane, ca 3D-RMN, TC spiralată, TT și ETE, aortografia cu sensibilitate și specificitate înaltă, care sunt în măsură să asigure alegerea tacticii de tratament adecvat.

Pentru diminuarea riscului de apariție a complicațiilor fatale, corecția chirurgicală a DA trebuie să fie efectuată persoanelor cu dimensiunile aortei >55 mm, în asociere cu alți factori de risc clinic și paraclinic.

## INDICATION DU SCANNER CORONAIRE

*Virginia Dominique Geneviève*

L'avantage de l'apport du scanner coronaire dans la pathologie coronarienne et cardiaque n'est plus à démontrer. De nombreuses études ont fait part du bénéfice de cette imagerie avec une excellente valeur prédictive négative.

Dans la pathologie coronarienne, le scanner va permettre de dépister les lésions en analysant d'une part, la topographie, le type et la sévérité de la lésion et d'autre part, de caractériser la plaque athéromateuse en elle-même. Il peut aussi guider la technique chirurgicale, à la recherche des calcifications pariétales aortiques, coronariennes, voire une occlusion artérielle. Il peut être demandé en complément d'une coronarographie, en vue d'étudier les rapports de l'artère avec les autres structures cardiaques, à

la recherche d'une anomalie d'implantation, d'une fistule, d'une complication post coronarographie telle une dissection.

Dans la surveillance post thérapeutique systématique ou lors de l'apparition d'une nouvelle crise d'angor, le contrôle des pontages reste une des meilleures indications du scanner avec une réponse supérieure à 95% des cas, sur la perméabilité du pontage et de l'état des anastomoses (malgré les possibles artéfacts). Concernant le stenting coronaire, un des buts principaux de l'examen est de rechercher une resténose intrastent par hyperplasie néo-intimale. Cette analyse peut s'avérer délicate, mais les stents de dernière génération, plus fins et moins denses, permettent de répondre aisément à cette question.

D'autres indications moins fréquentes du scanner coronaire et cardiaque ont émergé avec notamment, un intérêt dans le bilan coronaire préopératoire d'une chirurgie valvulaire telle que le rétrécissement aortique, dans la chirurgie de l'aorte ascendante anévrismale ou disséquée. L'objectif est d'apprécier non seulement, le ventricule gauche mais également les lésions valvulaires, la paroi vasculaire, le calibre aortique à différents niveaux. Peuvent s'y ajouter le bilan d'opérabilité d'une tumeur cardiaque, d'un anévrisme du ventricule gauche.

Cet exposé a pour objectif de présenter un éventail non exhaustif des avantages du scanner centré sur le massif cardiaque dans la prise en charge de la pathologie coronarienne, aortique et du muscle cardiaque.

## STUDIUL COMPARATIV AL ECOCARDIOGRAFIEI ȘI METODELOR RADIOLOGICE CONVENȚIONALE LA PACIENȚII CU HIPERTENSIUNE PULMONARĂ ARTERIALĂ

*Irina CEPOIDA,  
USMF Nicolae Testemițanu*

**Introducere.** Hipertensiunea pulmonară arterială (HPA) și complicația ei – cordul pulmonar cronic – reprezintă a treia cauză a patologiilor cardiace la pacienții cu vârsta peste 50 de ani, după cardiopatia ischemică și hipertensiunea arterială. Prevalența ei relativă constituie aproximativ 7% din totalul pacienților cardiologici, iar ponderea celor spitalizați cu cord pulmonar – circa 20%.

**Scop:** demonstrarea avantajelor și a dezavantajelor ecocardiografiei și radiografiei în evaluarea hipertensiunii arteriale pulmonare cronice.

**Material și metode.** Studiarea literaturii de specialitate, precum și analiza corelațiilor în determinarea gradului hipertensiunii arteriale pulmonare la 83 de pacienți (studiul perspectiv) care au suferit de bronhopatie cronică obstructivă (39 de cazuri) sau de maladii de sistem (44 de cazuri).

**Rezultate.** Rolul ecocardiografiei în evaluarea pacienților cu HPA constă în stabilirea diagnosticului pozitiv (corelație cu datele cateterizării cordului drept:  $r = 0,57-0,93$ ) și diagnosticarea diferențială (excluderea patologiei asociate a cordului stâng și a hipertensiunii pulmonare venoase secundare). Avantajele ecocardiografiei cuprind: caracterul neinvaziv și nedureros în comparație cu cateterizarea cordului drept – standardul de aur în determinarea presiunii în artera pulmonară; lipsa riscului traumatismului iatrogen și infecțiilor nozocomiale; metoda nu este asociată cu iradierea, ca metodele radiologice. Nu necesită o pregătire specială a pacientului. De asemenea, este o metodă de diagnostic funcțional, în timp real, ce poate fi utilizată în diagnosticarea de urgență. Nu trebuie uitată posibilitatea efectuării probelor funcționale și farmacologice. Metoda permite aprecierea eficacității tratamentului, prognosticului, riscului letal și de spitalizare a pacientului. Contribuie la diagnosticarea complicațiilor HPA. Prețul este redus în comparație cu toate metodele imagistice, cu excepția celor radiologice. Dezavantajele metodei includ: dificultăți de vizualizare, provocate atât de particularitățile anatomice individuale (caracterul și amplasarea structurilor toracice), cât și de modificările patologice eventuale (de ex., deplasarea cordului de către emfizemul pulmonar etc.); subiectivitatea relativă și dependența evidentă de competența medicului-diagnostician. Metodele radiologice convenționale se aplică, în special, în diagnosticul diferențial: excluderea patologiei asociate a cordului stâng și hipertensiunii pulmonare venoase secundare și confirmarea patologiilor care pot condiționa dezvoltarea HPA secundare (pulmonare, reumatologice, osoase etc.).

Analiza repartizării pacienților conform gradului de hipertensiune arterială determinată radiologic și rezultatele ecocardiografiei a demonstrat că la cei cu HPA determinată radiologic ca gr. I. a fost depistată tensiune pulmonară arterială medie (TPAm), egală cu 25-40 mm Hg. La pacienții cu HPA determinată radiologic ca gr. III TPAm a fost > 50 mm Hg în toate cazurile. În același timp, la bolnavii cu HPA gr. II determinată radiologic, TPAm determinată ecocardiografic a variat semnificativ – de la 30 până la 70 mm Hg. Studiul statistic a demonstrat existența corelației  $p < 0,01$  între gradul HPA determinat radiologic și valorile TPAm.

**Concluzii.** La momentul actual, ecocardiografia este o metodă de primă elecție în evaluarea pacienților cu HPA, iar metodele radiologice convenționale au un rol complementar în determinarea etiologiei cordului pulmonar cronic și a complicațiilor lui. Comparația directă a severității HPA a demonstrat o diferențiere clară între grupurile de pacienți cu HPA gr. I și gr. III, determinată radiologic, și valorile TPAm.

## METODOLOGIA DIAGNOSTICULUI ECOCARDIOGRAFIC AL MALFORMAȚIILOR CARDIACE CONGENITALE

*Oxana MALÎGA<sup>1</sup>, Natalia ROTARU<sup>1</sup>,  
I. ZATUȘEVSKI<sup>1</sup>, O. REPIN<sup>2</sup>,  
Larisa DONICA<sup>3</sup>,*

<sup>1</sup>USMF N. Testemițanu,

<sup>2</sup>IMSP Spitalul Clinic Republican,

<sup>3</sup>PR Râbnita

Studiul a fost efectuat pe baza experienței investigației ECOCG a pacienților cu MCC din secția de cardiocirurgie a MCC în perioada 1997-2011 (circa 2500 de investigații anual), unde pe parcursul ultimilor 10 ani 93-94% din pacienții cu MCC se operează doar pe baza datelor ECOCG, fără divergențe esențiale între datele pre- și intraoperatorii.

Au fost stabilite următoarele momente metodologice:

- Investigația trebuie să fie precedată de obținerea datelor clinice și a paramerilor antropometrici.
- Investigația se începe cu aprecierea situsului și identificarea compartimentelor cordului conform clasificării Van Praagh.
- Parametrii discriminanți în determinarea conduitei terapeutice și aprecierea eficacității corecției chirurgicale a malformațiilor cardiace congenitale sunt: dimensiunile cavităților cordului; diametrele inelelor valvulare și ale vaselor magistrale; gradientele presionale; presiunile în cavitățile drepte ale cordului (în lipsa stenozei de artera pulmonară).
- Toate măsurările-standard sunt necesare pentru toți pacienții cu MCC fără excepție.
- Au fost trasate linii de bază în managementul ECOCG al MCC complicate.
- Au fost evidențiate cele mai frecvente lacune în diagnosticul ECOCG al MCC, oferindu-se recomandări concrete de evitare a acestora.