

## PROVOCĂRI ÎN TRATAMENTUL PACIENTULUI CU SINDROM CORONARIAN ACUT ȘI BOALĂ CRONICĂ RENALĂ, TRATATĂ PRIN HEMODIALIZĂ, CAZ CLINIC

Lenuța Mileșco<sup>1</sup>, Livi Grib<sup>1</sup>, Elena Samohvalov<sup>1</sup>,  
Andrei Grib<sup>1</sup>, Lilia Purteanu<sup>1</sup>, Andreea Filimon<sup>2</sup>

Conducător științific: Silvia Filimon<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Disciplina de Cardiologie, USMF „Nicolae Testemițanu”,

<sup>2</sup>UMF „Grigore T. Popa”, Iași, România.

**Introducere.** Boala cronică renală (BCR) reprezintă un factor de risc independent pentru bolile cardiovasculare, iar prevalența acesteia la pacienții cu sindrom coronarian acut (SCA) crește până la 20-25%. Pacienții cu BCR, tratată prin hemodializă sunt mai predispuși de a dezvolta un SCA prin reactivare trombocitară. **Scopul lucrării.** Prezentarea cazului clinic a unui pacient cu sindrom coronarian acut și boală cronică renală st.V K/DOQI, tratată prin hemodializă. **Material și metode.** Bărbat, 71 ani, cunoscut cu BCR st.V K/DOQI, internat în SCM „Sfânta Treime” cu dureri constrictive retrosternale de lungă durată, apărute în timpul ședinței de hemodializă, fatigabilitate, cefalee. Investigațiile efectuate: hemoleucograma, analize biochimice, troponin I, CK-MB, electrocardiograma, ecocardiografia, radiografia toracelui, coronarografia. **Rezultate.** Hb 76 g/L, Er.  $2,54 \times 10^{12}/L$ , creatinina 1132  $\mu\text{mol}/L$ , ureea 44 mmol/L, CT 6,84 mmol/L, LDL-C 4,76 mmol/L, troponin I 0,07 ng/mL, CK-MB 16,1 U/L. ECG: fibrilație atrială cu AV 80-120/min, bloc incomplet de ram stâng anterior al f. Hiss. EcoCG: dilatare AS, AD, VD, hipertrofie SIV, FE 57%. Coronarangiografie: leziuni aterosclerotice biconariene, stenoze seriate severe pe LAD și aCX. S-a efectuat angioplastie coronariană cu implantare de 4 stenturi farmacologice pe LAD I-III și intensificarea ședințelor de hemodializă. Tratamentul cu beta-blocante, nitrați, anticoagulante, antiplachetare (aspirină + clopidogrel), BCC, BRA II, statine a redus accesele de angor pectoral, iar ulterior s-a restabilit ritmul sinusal. **Concluzii.** Sindromul coronarian acut la pacienții cu boală cronică renală, tratată prin hemodializă, reprezintă o adevărată provocare, ce implică o echipă multidisciplinară, care trebuie să ia în considerație relația risc-beneficiu privind angioplastia coronariană la acești pacienți. **Cuvinte-cheie:** sindrom coronarian acut, boală cronică renală, angioplastie coronariană.

## CHALLENGES IN THE TREATMENT OF THE PATIENT WITH ACUTE CORONARY SYNDROME AND CHRONIC KIDNEY DISEASE, TREATED THROUGH HEMODIALYSIS, CLINICAL CASE

Lenuța Mileșco<sup>1</sup>, Livi Grib<sup>1</sup>, Elena Samohvalov<sup>1</sup>,  
Andrei Grib<sup>1</sup>, Lilia Purteanu<sup>1</sup>, Andreea Filimon<sup>2</sup>

Scientific adviser: Silvia Filimon<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Cardiology Discipline, Nicolae Testemițanu University,

<sup>2</sup>Grigore T. Popa University, Iași, Romania.

**Background.** Chronic kidney disease (CKD) is an independent risk factor for cardiovascular diseases, and its prevalence in patients with acute coronary syndromes (ACS) increases to 20-25%. Patients with CKD treated by hemodialysis are more likely to develop an ACS through platelet reactivation. **Objective of the study.** Clinical case presentation of a patient with ACS and CKD st.V K/DOQI, treated by hemodialysis. **Material and methods.** A 71 year-old man, known with CKD st.V K/DOQI, was admitted to the MCH „Holy Trinity” with long-lasting retrosternal constrictive pain, that occurred during the hemodialysis session, fatigability and headache. The patient was investigated by blood count, biochemical analyses, troponin I, CK-MB, ECG, EchoCG, chest x-ray, coronary angiography. **Results.** Laboratory data: Hb 76 g/L, Er  $2.54 \times 10^{12}/L$ , creatinine 1132  $\mu\text{mol}/L$ , urea 44 mmol/L, TC 6.84 mmol/L, LDL-C 4.76 mmol/L, troponin I 0.07 ng/mL, CK-MB 16.1 U/L. ECG: atrial fibrillation with HR 80-120/min, incomplete LABBB. EchoCG: dilatation LA, RA, RV, IVS hypertrophy, LVEF 57%. Coronary angiography: biconary atherosclerotic lesions, severe serial stenosis on LAD and aCX. It was decided to perform coronary angioplasty with implantation of 4 pharmacological stents on LAD I-III and to intensify the hemodialysis sessions. The general condition was improved due to the treatment with beta-blockers, i/v nitrates, anticoagulants, antiplatelets, CCB, ARB, statins. The retrosternal pains have decreased, the sinus rhythm was restored. **Conclusion.** Acute coronary syndrome in patients with chronic kidney disease, treated by hemodialysis, represents a challenge, involving a multidisciplinary team, which must consider the risk-benefit relationship regarding coronary angioplasty in these patients. **Keywords:** acute coronary syndrome, chronic kidney disease, coronary angioplasty.