

BOALA CARDIACĂ ISCHEMICĂ: PROFILAXIE, TRATAMENT MODERN (REVIUL LITERATURII)

ISCHEMIC HEART DISEASE: PREVENTION, MODERN TREATMENT (REVIEW)

¹Galina Slivca - medic cardiolog

1 - CSF "Galaxia"

Rezumat

Boala cardiacă ischemică reprezintă una dintre cele mai importante probleme de sănătate publică în întreaga lume, fiind asociată cu rate ridicate de morbiditate și mortalitate. Este important de știut care sunt factorii de risc cardiovascular și simptomatologia produsă de ischemia miocardică. Schimbarea stilului de viață și prezentarea cât mai repede la spital pentru instituirea tratamentului conform ghidurilor în vigoare sunt determinanți importanți ai prognosticului, atât pe termen scurt, cât și pe termen lung.

Summary

Ischemic heart disease is one of the most important public health problem in the world, being associated with high rates of morbidity and mortality. It is important to know the cardiovascular risk factors and the symptoms of myocardial ischaemia. Changing lifestyles and presenting as soon as possible to the hospital for treatment in line with current guidelines are important determinants of prognosis, both short-term and long-term.

Boala cardiacă ischemică se regăsește, cel mai frecvent, sub diagnosticul de angină pectorală (fie stabilă -de efort-, fie instabilă) și infarct miocardic, și reunește un grup de afecțiuni ce presupun un dezechilibru între aportul și necesarul de oxigen de la nivel miocardic.

Boala cardiacă ischemică, în special infarctul miocardic, reprezintă o problemă majoră de sănătate publică în întreaga lume.

În plus, infarctul miocardic reprezintă o cauză majoră de morbiditate, prin complicațiile pe care le poate determina: insuficiență cardiacă, tulburări de ritm și de conducere, și complicații mecanice.

În aceste condiții este important de știut care sunt factorii de risc cardiovascular ce pot favoriza sau chiar determina apariția ischemiei miocardice, precum și simptomele care o însoțesc.

La ora actuală, cel mai frecvent întâlnit factor de risc cardiovascular, dar și cel mai ușor de controlat, este fumatul, atât activ, cât și pasiv. Există numeroase studii care au demonstrat o asociere evidentă între boala cardiacă ischemică și fumat, și se cunosc, în detaliu, mecanismele fiziopatologice ce incriminează acest viciu ca fiind unul dintre cei mai importanți factori de risc cardiovascular. Printre alți factori ușor controlabili se numără sedentarismul și obezitatea, care, de obicei, se asociază.

Un mare accent trebuie pus pe controlul hipertensiunii arteriale, a dislipidemie și a diabetului zaharat, toți acești factori având o pondere importantă în patologia bolii cardiace ischemice.

Din păcate există și câțiva factori de risc cardiovascular ce nu se pot modifica: vârsta (bărbații peste 55 ani și femeile peste 65 ani) sau istoricul familial, adică prezența bolilor cardiovasculare la alți membri ai familiei, în special rudele de gradul I și mai ales dacă aceștia au fost diagnosticați la o vârstă tânără.

Pentru estimarea riscului de a dezvolta o boală cardiovasculară fatală în următorii 10 ani, au fost concepute diagramele SCORE, ce iau în calcul prezența următorilor factori de risc cardiovascular: vârsta, sexul, fumatul, tensiunea arterială

sistolice și colesterolul total. Aceste diagrame se pot folosi doar pentru persoanele care nu au fost deja diagnosticate cu boală cardiovasculară, care nu au diabet zaharat și nici boală renală cronică [3].

În ceea ce privește simptomele care apar în boala cardiacă ischemică, cea mai clasică acuză este durerea, denumită angină pectorală. Aceasta se manifestă tipic ca o senzație de constricție sau de apăsare, difuză și nu într-un punct, fiind descrisă deseori de către pacient ca „o gheară” sau ca „un bolovan ce apasă pieptul”. Localizarea este, de obicei, la nivelul toracelui anterior, retrosternal și poate iradia, cel mai frecvent, în umărul și pe membrul superior stâng, dar și în ambii umeri sau pe ambele membre superioare, în mandibulă, în spate, sau în abdomenul superior, dar nu mai jos de ombilic. De obicei apare în contextul efortului fizic, are durată de la câteva minute la maxim câteva ore și poate ceda la administrarea de nitroglicerină sublingual. Trebuie să constituie semnale de alarmă apariția durerii la un prag mai mic de efort sau chiar în repaus, precum și îndeșirea crizelor anginoase și durata lor prelungită.

Angina pectorală se poate asocia uneori, și mai ales în contextul unui infarct miocardic acut, cu anxietate și fenomene vegetative, cum sunt transpirațiile profuze, senzația de greață sau chiar vărsăturile.

Un alt simptom este dispneea, descrisă de pacient ca respirație grea și considerată uneori ca fiind echivalent de angină pectorală, în special la cei cu diabet zaharat, care, de multe ori, nu percep durerea.

Examenul obiectiv al unui astfel de pacient poate fi normal, observându-se doar stigmatul factorilor de risc cardiovascular (xantelasma în cazul dislipidemiilor, facies pletoric în cazul unei hipertensiuni arteriale necontrolate, etc) sau poate merge până la tabloul clinic de șoc cardiogen, caracterizat prin tegumente reci și umede, confuzie, somnolență, dispnee, ritm cardiac peste 100 bătăi/minut, tensiune arterială sistolică sub 90 mmHg, debit urinar scăzut.

Printre examenele paraclinice utilizate pentru diagnosticarea

bolii cardiace ischemice se numără:

1. Electrocardiograma de repaus cu 12 derivații – cunoscută sub denumirea de ECG, este de primă intenție și indispensabilă diagnosticului;

2. Analizele de laborator – pe lângă cele uzuale și cele care vizează decelarea factorilor de risc, cum ar fi profilul lipidic sau glicemia, se recoltează enzime miocardice (CK, CKMB) și mai specifică, troponina cardiacă;

3. Ecocardiografia – de obicei se folosește pentru evaluarea funcției cardiace sau a complicațiilor bolii cardiace ischemice, în special ale infarctului miocardic acut, cât și pentru a infirma sau confirma un diagnostic diferențial;

4. Testul ECG de efort – este folosit în scop diagnostic, în cazul unui traseu ECG de repaus normal, dar și pentru evaluarea riscului și prognosticului bolii cardiace ischemice;

5. Scintigrafia miocardică – obiectivează ischemia la pacienții care din diverse motive (fizice sau anomalii ECG) nu pot efectua un test ECG de efort;

6. Investigații de înaltă acuratețe – angio CT și mai ales coronarografia, care se poate completa ulterior cu procedura de revascularizare percutană [4].

Tratamentul bolii cardiace ischemice, indiferent de forma sub care se prezintă (angină pectorală sau infarct miocardic), cuprinde 3 direcții terapeutice majore: modificarea stilului de viață și a regimului igienico-dietetic, tratamentul medicamentos și, în cele mai multe cazuri, cel intervențional, de revascularizare miocardică percutană sau chirurgicală.

În primul rând, este esențială schimbarea stilului de viață: oprirea fumatului, scăderea în greutate pentru pacienții obezi, adoptarea unei diete stil mediteranean, constând în multe

fructe, legume, pește și mai puține glucide, grăsimi de origine animală, evitarea pe cât posibil a sedentarismului cu efectuarea de exerciții fizice zilnice, în limita toleranței.

În ceea ce privește tratamentul medical, acesta trebuie să conțină obligatoriu un antiagregant plachetar, pe care pacientul îl va lua ulterior întreaga viață. În unele cazuri este necesară asocierea a două antiagregante plachetare, adică pe lângă tratamentul cu aspirină, se administrează și clopidogrel, prasugrel sau ticagrelor. Alte clase terapeutice utilizate sunt: anticoagulantele (perioadă limitată), betablocantele, blocantele de calciu, inhibitorii enzimei de conversie ai angiotensinei (IECA), blocanții de receptori de angiotensină (sartani) – în caz de intoleranță la IECA, statinele și nitrații. În condițiile unui infarct miocardic acut cu supradenivelare de segment ST survenit în afara unui centru de angioplastie primară se utilizează tromboliza și ulterior pacientul este referit pentru coronarografie unei clinici de specialitate [5].

Abordarea intervențională a pacienților coronarieni cuprinde revascularizarea percutană prin angioplastie cu stent, în cazul în care anatomia coronariană o permite, sau, revascularizarea prin by-pass aortocoronarian cu arteră mamară, arteră radială sau venă safenă internă.

Prognosticul bolii cardiace ischemice poate fi unul favorabil, de exemplu în cazul pacienților cu infarct miocardic acut cu supradenivelare de segment ST, care au beneficiat de dezobstrucția rapidă a arterei coronare responsabile de infarct, sau nefavorabil, în cazul celor care asociază complicații, cum ar fi insuficiența cardiacă, ruptura de perete liber ventricular, de sept interventricular sau de mușchi papilar, tulburări de ritm sau de conducere și complicații de tip trombotic.

Bibliografie

1. Date raportate prin sistemul DRG la Casa Națională de Asigurări de Sănătate România în anul 2017. Sursa – Școala Națională de Sănătate Publică și Management Sanitar, Societatea Română de Cardiologie;
2. Tatu-Chițoiu G (coordonator RO-STEMI) – Raportul Registrului Român pentru Infarct Miocardic Acut cu Supradenivelare de Segment ST (RO-STEMI) (1997-2008). Revista Română de Cardiologie. 2009; XXIV, 3: 182-206;
3. Z. Reiner et al. Guidelines for the management of dyslipidemias. Eur Heart J, 2015; 32: 1769-1818;
4. Christopher P. Cannon, Braunwald E. Unstable Angina and Non-ST Elevation Myocardial Infarction, In Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine, 8th ed. 2007; 1319-14340;
5. Ph. Gabriel Steg et al. Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. Eur Heart J, 2012; 33(20): 2569-2619.