

LEZIUNE RENALĂ ACUTĂ INDUSĂ DE CONTRAST LA O PACIENTĂ CU SINDROM CORONARIAN ACUT POSTPROCEDURĂ CORONARIANĂ PERCUTANĂ. CAZ CLINIC

Oleg Ciumac, Lucia Gîrbu, Viorica Ursu, Iraida
Camerzan

Conducător științific: Lucia Gîrbu

Catedra de anesteziologie și reanimatologie nr. 2, USMF „Nicolae
Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova

Introducere. Leziunea renală acută (AKI) indusă de contrast este o complicație frecventă postproceduri cardiovasculare, reprezentând a treia cauză principală de AKI dobândită în spital. Incidența variază între 10-30% după TAVI, 13-18,9% proceduri percutane coronariene (PCI), 1,6-3,3% intervenții diagnostice. **Scop.** Prezentarea cazului de AKI indusă de contrast la o pacientă cu sindrom coronarian acut (SCA), diabet zaharat, boală cronică de rinichi (BCR), apărută după două PCI efectuate la un interval de 10 zile. **Material și metode.** Pacientă de 59 ani, cu SCA, s-a prezentat cu dispnee, dureri retrosternale. Antecedente: diabet zaharat, HTA, hiperuricemie. Fusesse externată după PCI cu stent pe RCA (segment II). Clinic: edeme, murmur aspru, zgomote cardiace ritmice, TA 215/126 mmHg, FCC 100/min. Investigații: ECG, EcoCG, PCI, Rx torace, USG, analize biologice. **Rezultate.** Scoruri: Mehran – 22 p (risc CIN 57,3%), APACHE II – 27p, SOFA – 10p. EcoCG: hipokinezie PIVS, FE 50%, troponina I >15 ng/mL. PCI: leziuni triconariene, reimplantare de stent pe RCA (segment III). USG: rinichi drept 97×48 mm, parenchim 15 mm; rinichi stâng 100×50 mm, parenchim 16 mm; sistem pielocaliceal bilateral deformat. La 48 de ore post-PCI: creatinină 150→499 μmol/L, kaliemie 6,28 mmol/L, Hb 120→70 g/L, raport A/Cr = 300 mg/g, eGFR = 10 ml/min/1,73 m² (G2/A5 KDIGO). Tratamente: hemodializă, diuretice, hipotensive, anticoagulante, corectarea anemiei și dezechilibrelor electrolitice. Evoluția a fost favorabilă, cu reluarea diurezei. **Concluzii.** Pacienta cu SCA și factori de risc a dezvoltat AKI post-PCI. Evaluarea scorului Mehran, contrastul izo-osmolar în doză minimă și hidratarea periintervențională sunt esențiale în prevenirea AKI. Detectarea precoce și hemodializa au favorizat recuperarea funcției renale și ameliorarea prognosticului. **Cuvinte-cheie:** Sindrom coronarian acut, leziune renală acută, hemodializă

CONTRAST INDUCED ACUTE KIDNEY INJURY IN A WOMAN WITH ACUTE CORONARY SYNDROME POSTPERCUTANEOUS CORONARY PROCEDURE. CASE REPORT

Oleg Ciumac, Lucia Gîrbu, Viorica Ursu, Iraida
Camerzan

Scientific adviser: Lucia Gîrbu

Anesthesiology and Resuscitation Department no. 2, *Nicolae Testemițanu*
University, Chișinău, Republic of Moldova

Introduction. Contrast-induced acute kidney injury (AKI) is a common complication of cardiovascular procedures, ranking as the third leading cause of hospital-acquired AKI, with an incidence of 10-30% after TAVI, 13-18.9% following percutaneous coronary interventions (PCI), and 1.6-3.3% after various diagnostic procedures. **Objective.** Case presentation of contrast-induced AKI in a patient with acute coronary syndrome (ACS), diabetes mellitus, and chronic kidney disease (CKD), developing after two PCIs procedures 10 days apart. **Material and methods.** A 59-year-old woman with ACS, dyspnea, and chest pain. History: insulin-dependent diabetes, hypertension, hyperuricemia. Recently discharged after PCI with stent on RCA (segment II). On exam: edema, harsh murmur, rhythmic heart sounds, BP 215/126 mmHg, HR 100/min. Workup: ECG, echocardiography (ECHO), PCI, chest X-ray, ultrasound (US), lab tests. **Results.** Scores: Mehran – 22 p (CIN risk 57.3%), APACHE II – 27p, SOFA – 10 p. ECHO: hypokinesia of the IVS, EF 50%, troponin I >15 ng/mL. PCI: three-vessel disease, stent reimplantation on RCA (segment III). US: right kidney 97×48 mm, parenchyma 15 mm; left kidney 100×50 mm, parenchyma 16 mm; bilaterally deformed pyelocaliceal system. At 48 hours post-PCI: creatinine 150→499 μmol/L, potassium 6.28 mmol/L, Hb 120→70 g/L, A/Cr ratio = 300 mg/g, eGFR = 10 ml/min/1.73 m² (G2/A5 KDIGO). Treatment: hemodialysis, diuretics, antihypertensives, anticoagulants, correction of anemia and electrolyte imbalances. Outcome was favorable, with resumption of diuresis. **Conclusion.** The patient with ACS and risk factors developed AKI after PCI. Assessment of the Mehran score, use of minimal-dose iso-osmolar contrast, and periprocedural hydration are essential for AKI prevention. Early detection and hemodialysis supported renal function recovery and improved prognosis. **Keywords:** Acute coronary syndrome, acute kidney injury, hemodialysis,