



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII A REPUBLICII MOLDOVA

Bolile aortei

Protocol clinic național

PCN-242

Chișinău 2015

**Aprobat la ședința Consiliului de Experți al Ministerului Sănătății din 24.09.2015,
proces verbal nr.3**

Aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății nr. 948 din 11.11.2015

Cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Bolile aortei”

Elaborat de colectivul de autori:

Aurel Grosu	d.h.ș.m., profesor universitar, IMSP Institutul de Cardiologie
Mihail Curudimov	medic rezident, cercetător, IMSP Institutul de Cardiologie
Lilia David	d.h.ș.m., conferențiar universitar, IMSP Institutul de Cardiologie
Aurelia Raducanu	d.ș.m., conferențiar universitar, IMSP Institutul de Cardiologie
Tatiana Cuzor	d.ș.m., IMSP Institutul de Cardiologie
Cristina Gratii	d.ș.m., IMSP Institutul de Cardiologie
Nadejda Diaconu	d.ș.m., IMSP Institutul de Cardiologie
Aurel Batrînac	d.ș.m., Șef Departamentul Cardiochirurgie ISMP SCR
Valeriu Moscalu	d.ș.m., IMSP Institutul de Cardiologie

Recenzenți oficiali:

Victor Ghicavii	Comisia de specialitate a MS în farmacologie clinică
Valentin Gudumac	Comisia de specialitate a MS în medicina de laborator
Ghenadie Curocichin	Comisia de specialitate a MS în medicina de familie
Oleg Barbă	Centrul Național de Management în Sănătate
Vladislav Zara	Agenția Medicamentului și Dispozitivelor Medicale
Iurie Osoianu	Compania Națională de Asigurări în Medicină
Maria Cumpănă	Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate

CUPRINS

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT	3
PREFAȚĂ	3
A. Partea introductivă	
A.1. Diagnoza	3
A.2. Codul bolii	3
A.3. Gradul urgențelor medico-chirurgicale	3
A.4. Utilizatorii	3
A.5. Scopurile protocolului	4
A.6. Data elaborării protocolului	4
A.7. Data revizuirii următoare	4
A.8. Lista și informațiile de contact ale autorilor și persoanelor ce au participat la elaborarea protocolului	5
A.9. Definițiile folosite în document	6
A. 10. Informația epidemiologică	6
B. Partea generală	
B.1. Instituțiile de AMP (medicii de familie)	7
B.2. Echipele AMU profil general și specializat	8
B.3. Secția de internare (sau Departamentul medicină urgentă)	9
B.4. Blocul de terapie intensivă	10
B.5. Secțiile cardiologice	11
C. Algoritmii de conduită	
C.1. Algoritmii de diagnostic și tratament al sindroamelor aortice acute	14
C.2. Diagnosticul SAA	16
C.3. Tratamentul SAA	17
C.4. Diagnosticul AA	18
C.5. Tratamentul AA	18
D. Resursele umane și materialele necesare pentru respectarea prevederilor protocolului	21
E. Indicatorii de monitorizare a implementării protocolului	25
Bibliografia	26
Anexa 1. Ghidul pacientului cu SAA	27

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

AMP	Asistența medicală primară
AMU	Asistența medicală de urgență
AA	Anevrism aortic
BTI	Bloc de terapie intensivă
DAo	Disecție aortică
FCC	Frecvența contracțiilor cardiace
FEVS	Fracția de ejeecție a ventriculului stâng
HTA	Hipertensiune arterială
HIM	Hematom aortic intramural
IECA	Inhibitori ai enzimei de conversie
RMN	Rezonanță magnetică nucleară
SAA	Sindrom aortic acut
SCA	Sindrom coronarian acut
TA	Tensiune arterială
TC	Tomografie computerizată
UAP	Ulcer aortic penetrant

PREFAȚĂ

Acest protocol a fost elaborat de grupul de lucru al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova (MS RM), constituit din colaboratorii IMSP Institutul de Cardiologie în colaborare cu IMSP Spitalul Clinic Republican.

Protocolul clinic național este elaborat în conformitate cu ghidurile internaționale actuale privind bolile aortice (ESC, 2014) și poate servi drept bază pentru elaborarea protocoalelor instituționale (extras din protocolul național aferent pentru instituția dată, fără schimbarea structurii, numerotației capitolelor, tabelelor, figurilor, casetelor etc.), în baza posibilităților reale ale fiecărei instituții în anul curent. La recomandarea Ministerului Sănătății pentru monitorizarea protocoalelor instituționale pot fi folosite formulare suplimentare, care nu sunt incluse în protocolul clinic național.

A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ

A.1. Diagnoza: Boala aortică

Exemple de diagnoze de lucru (echipa AMU, secția de internare, BTI):

Sindrom aortic acut - disecție de aortă.

Exemple de diagnoze clinice:

1. Sindrom Marfan, disecție aortică acută tip Stanford A (din 1.04.2015), insuficiență de valvă mitrală gr III, extrasistolie ventriculară, insuficiență cardiacă III NYHA.
2. Disecție aortică cronică (martie 2014).
3. Anevrism al aortei ascendente.

A.2. Codul bolii (CIM 10): I 71, I77.2

A.3. Gradul urgențelor medico-chirurgicale: Major

A.4. Utilizatorii:

- oficiile medicilor de familie;
- centrele de sănătate;
- centrele medicilor de familie;
- secțiile consultativ diagnostice;
- asociațiile medicale teritoriale;
- echipele AMU de felceri/asistenți medicali 903;
- echipele AMU profil general și specializat 903;
- departamentele de medicină urgentă;
- secțiile de terapie ale spitalelor raionale, municipale și republicane;
- secțiile de chirurgie vasculară ale spitalelor republicane;
- BTI ale spitalelor raionale, municipale și republicane.

A.5. Scopurile protocolului:

1. Sporirea numărului de pacienți care beneficiază de diagnostic corect și prompt și spitalizare de urgență în termen oportun pentru aplicarea tratamentului recomandat de medicina bazată pe dovezi.
2. Etapizarea diagnosticului și tratamentului bolilor aortice la diferite verigi ale asistenței medicale.
3. Selectarea strategiei corecte și adecvate de tratament la pacienții cu boli aortice.
4. Implementarea evaluării riscului pacienților cu boli aortice în vederea selectării recomandărilor tratamentului intraspitalicesc chirurgical și conservator, precum și a celor de lungă durată.

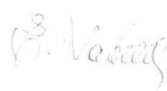

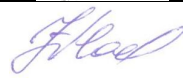
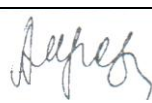


A.6. Data elaborării protocolului: 2015

A.7. Data revizuirii următoare: 2017

A.8. Lista și informațiile de contact ale autorilor și persoanelor ce au participat la elaborarea protocolului

Numele	Funcția
Aurel Grosu	d.h.ș.m., profesor universitar, Vice-director IMSP Institutul de Cardiologie șef BTI și Secția Nr.1, IMSP Institutul de Cardiologie, șef laborator „Tulburări de ritm și urgențe cardiace”
Mihail Curudimov	medic rezident în cardiologie, cercetător IMSP Institutul de Cardiologie,
Lilia David	d.h.ș.m., conferențiar universitar IMSP Institutul de Cardiologie.
Aurelia Raducanu	d.ș.m., conferențiar universitar IMSP Institutul de Cardiologie, cercetător superior
Tatiana Cuzor	IMSP Institutul de Cardiologie, cercetător
Cristina Gratii	IMSP Institutul de Cardiologie, cercetător superior
Nadejda Diaconu	IMSP Institutul de Cardiologie, cercetător
Aurel .Batrînac	d,ș.m., Șeful Departamentului Cardiochirurgie ISMP Spitalul Clinic Republican
Valeriu Moscalu	d,ș.m., IMSP Institutul de Cardiologie, cercetător superior

Protocolul a fost discutat, aprobat și contrasemnat:

Denumirea	Numele și semnătura
Comisia științifico-metodică de profil „Patologia cardiovasculară și reumatologie”	
Asociația medicilor de familie	
Agenția Medicamentului și Dispozitivelor Medicale	
Consiliul de experți al Ministerului Sănătății	
Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate	
Compania Națională de Asigurări în Medicină	

A.9. Definițiile folosite în document

Sindroame aortice acute (SAA) – situații de urgență cu caracteristici clinice similare care implică aorta, au substrat fiziopatologic comun – desprinderea intimei aortei de media și durată până la 14 zile de la debut. Includ disecția aortică acută, hematomul intramural, ulcerul penetrant și lezarea traumatică a aortei.

Disecție aortică (DAo) – întreruperea stratului mediu al aortei provocată de hemoragia intramurală care determină separarea straturilor peretelui aortic cu formarea ulterioară a unui lumen adevărat și a unui fals. În majoritatea cazurilor procesul este inițiat de o ruptură a intimei, urmată fie de ruptura aortică în cazul pierderii integrității adventiției, fie de o reintrare în lumenul aortic prin a doua rupere intimală.

Hematomul aortic intramural (HIM) – situația clinică în care un hematom se dezvoltă în media peretelui aortic în absența unui lumen fals și rupturii intimale. Este diagnosticat în prezența unei îngroșări

circulare sau în formă de semilună a peretelui aortic > 5 mm în absența fluxului sanguin detectabil. Spre deosebire de DAo, lumenul aortic este rareori compromis în hematomul intramural.

Ulcerul aortic penetrant (UAP) – ulcerația unei plăci aterosclerotice aortice care pătrunde prin lamina elastică internă în media. Propagarea acestui proces poate duce la hematom intramural, pseudoanevrism, disecție aortică acută sau chiar la ruptura aortică.

Anevrismul aortic (AA) – dilatarea unui segment aortic, de obicei asociată cu pierderea paralelismului pereților lui, ce depășește limita superioară populațională (percentila 99) a dimensiunilor corelate cu vârsta, sexul, dimensiunile corporale și tensiunea arterială. Unii autori definesc AA drept creșterea cu > 50% a diametrului unui segment aortic comparativ cu segmentele normale.

A.10. Informația epidemiologică

Incidența disecției aortice acute (DAA) este estimată a fi de 6 la 100.000 de persoane anual. Această incidență este mai mare la bărbați decât la femei și crește odată cu vârsta. Prognosticul este mai rezervat la femei, ca urmare a prezentării atipice și întârzierii diagnosticului. Cel mai frecvent factor de risc asociat cu DAA este hipertensiunea arterială, mai ales cea prost controlată (65-75%). Alți factori de risc includ boli aortice sau de valvă aortică pre-existente, istoric familial de boli aortice, antecedente de chirurgie cardiacă, fumat, traumatism toracic bont și consumului de droguri intravenoase (de exemplu, cocaina și amfetaminele).

Anevrismul aortic este a doua ca frecvență din afecțiunile aortei după ateroscleroză, adesea asimptomatic și diagnosticat accidental, dar cu o mortalitate ridicată în caz de ruptură.

B. PARTEA GENERALĂ

B.1. Instituțiile de AMP (medicii de familie)

Descriere	Motive	Pașii
1. Diagnosticul		
1.1. Examenul primar C.2	Diagnosticarea promptă a SAA permite acordarea urgentă a asistenței medicale rapide și în volum deplin contribuind la reducerea mortalității și complicațiilor	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> Anamneza Examenul clinic } în scopul determinării probabilității SAA (Casetă 1)
1.2. Examinările paraclinice (numai în oficiu)	Pentru diagnosticul diferențial	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> Examenul ECG: se vor evalua prezența modificărilor de segment ST și/ sau undei T pentru diagnosticul diferențial al ischemiei de miocard
2. Tratamentul		
2.1. Regimul de activitate fizică limitat	Reducerea progresiei leziunii aortice și a complicațiilor	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> Regim la pat
2.2. Tratamentul medicamentos C.3.	Suprimarea sindromului dureros, reducerea cifrelor tensiunii arteriale, scăderea pulsului, sedarea pacientului	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> Opioide intravenos (de ex. 5-10 mg morfină sulfat) sau administrarea altor analgezice. Scăderea FCC cu β-blocante (ținta FCC<60/min) Scăderea TA (ținta TAs<120 mmHg)
3. Transportarea în spital (prin serviciul AMU)	Acordarea asistenței medicale specializate în volum deplin și monitorizarea dinamică a pacientului.	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> Solicitarea serviciului AMU (903).

B.2. Echipele AMU profil general și specializat 903

Descriere	Motive	Pașii
1. Diagnosticul		
1.1. Examenul primar C.2	Diagnosticarea SAA și acordarea urgentă a asistenței medicale	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> Anamneza Examenul clinic } în scopul determinării probabilității SAA (Casetă 1)

1.2. Examinările paraclinice	Pentru diagnosticul diferențial	Obligatori: <ul style="list-style-type: none"> Examenul ECG: se vor evalua prezența modificărilor de segment ST și/ sau undei T pentru diagnosticul diferențial al ischemiei de miocard
2. Tratamentul		
2.1. Activitate fizică limitată	Reducerea progresiei leziunii aortice și a complicațiilor	Obligatori: <ul style="list-style-type: none"> Regim de repaus deplin.
2.2. Tratamentul medicamentos C.3.	Suprimarea sindromului dureros, reducerea cifrelor tensiunii arteriale, scăderea pulsului, sedarea pacientului	Obligatori: <ul style="list-style-type: none"> Opioide intravenos (de ex. 5-10 mg morfina) dacă persistă sindromul dureros Oxigen (2-4 l/min) dacă prezintă dispnee sau insuficiență cardiacă Scăderea FCC cu β-blocante (ținta FCC<60/min) Scăderea TA (ținta TAs<120 mmHg)
3. Transportarea în spital	Pentru asistență medicală specializată în volum deplin și monitorizare dinamică	Obligatori: <ul style="list-style-type: none"> Stabilizarea și menținerea TA, FCC și transportarea în condiții de securitate în staționar

B.3. Secția de internare (sau Departamentul medicină urgentă)		
Descriere	Motive	Pașii
1. Triaajul pacienților	Aprecierea severității stării clinice a pacientului și unității unde urmează a fi spitalizat	<p>1. Pacienții cu suspecție la SAA și instabilitate hemodinamică vor fi spitalizați fără reținere în blocul de terapie intensivă.</p> <p>2. Pacienții cu suspecție la SAA hemodinamic stabili vor fi examinați în secția de internare, durata nedepășind 0 de minute.</p> <p>Instabilitate hemodinamică va fi considerată prezența: sindromului algic persistent, hipotensiunii TAs<90 mmHg, semnelor clinice de IC acută, pacienții resuscitați la etapa prespital.</p> <p>Un medic sau o asistentă medicală va însoți pacientul în timpul transferului din secția de internare.</p>
2. Diagnosticul - pacienții cu SAA presupus, hemodinamic stabili vor fi examinați în secția de internare, durata ne depășind 60 de minute.		
2.1. Examenul primar C.2.	Precizarea diagnosticului de SAA și acordarea asistenței medicale de urgență	Obligatori: <ul style="list-style-type: none"> Anamneza Examenul clinic <p>} în scopul determinării probabilității SAA (Casetă 1)</p>

2.2. Examinările paraclinice	Pentru stabilirea diagnosticului de SAA	Obligatoriu <ul style="list-style-type: none"> • La pacienții cu probabilitate clinică joasă se vor efectua D-dimerii, examenul EcoCG transtoracic și radiografia cutiei toracice • La pacienții cu probabilitate clinică înaltă se va efectua examenul prin Tomografie Computerizată sau EcoCG transesofagiană a aortei • Examenul ECG: se vor evalua prezența modificărilor de segment ST și/ sau undei T pentru diagnosticul diferențial al ischemiei de miocard.
2.3. Diagnosticul diferențial	Excluderea altor cauze a sindromului de durere toracică	Evaluarea condițiilor cardiace și non-cardiace care pot mima SAA (Casetă 5)

3. Tratamentul

3.1. Tratamentul conservativ C.3.	Tratamentul va include: <ul style="list-style-type: none"> - suprimarea durerii, - scăderea FCC, - reducerea cifrelor tensiunii arteriale, - sedarea pacientului 	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Opioides intravenos (de ex. 5-10 mg morfina) dacă persistă sindromul dureros • Oxigen (2-4 l/min) dacă prezintă dispnee sau insuficiență cardiacă • Scăderea FCC cu β-blocante (ținta FCC<60/min) • Scăderea TA (ținta TAs<120 mmHg) • La această etapă dacă va fi stabilit cert diagnosticul de SAA, pacientul va fi transferat imediat în blocul de terapie intensivă și solicitată consultația chirurgicală
--------------------------------------	--	--

B.4. Blocul de terapie intensivă

Descriere	Motive	Pași
1. Diagnosticul		
1.1. Examenul primar C.2.	Precizarea diagnosticului de SAA și acordarea asistenței medicale de urgență	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Anamneza • Examenul clinic } în scopul determinării probabilității SAA (Casetă 1)
1.2. Examinările clinice și paraclinice	Pentru stabilirea diagnosticului de SAA	Obligatoriu <ul style="list-style-type: none"> • Examenul aortei prin EcoCG transtoracică și transesofagiană*, Tomografie computerizată sau RMN • Examenul ECG – la internare, la 12 ore, ulterior zilnic sau la necesitate • Aprecierea markerilor biochimici pentru necroză miocardică • Analize de laborator: hemograma, PCR, creatinina, ALAT/ASAT, glucoza, gazele sanguine, lactatul • Solicitarea consultației chirurgicale urgente * Dacă este disponibil

1.3. Diagnosticul diferențial	Excluderea altor cauze a sindromului de durere toracică	Evaluarea condițiilor cardiace și non-cardiace care pot mima SAA (Casetă 5)
2. Tratamentul		
2.1. Tratamentul conservativ C.5.	Tratamentul va include: <ul style="list-style-type: none"> - suprimarea durerii - sedarea pacientului - menținerea FCC optime (<60/min) - menținerea cifrelor tensiunii arteriale adecvate - consultație chirurgicală 	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • la pacienții hemodinamic instabili cu suspexie la SAA <ul style="list-style-type: none"> - Consultație chirurgicală urgentă - Bolus de lichide intravenos (titrând la TA medie 70 mmHg sau euvoemie) - Dacă hipotensiunea persistă – vasopresori i/v • la pacienții hemodinamic stabili cu SAA confirmat <ul style="list-style-type: none"> - Suprimarea durerii cu opioide - Scăderea FCC cu β-blocante (tinta FCC<60/min) - Scăderea TA (ținta TAs<120 mmHg – cea mai mică TA care menține perfuzia periferică) <ul style="list-style-type: none"> IECA, BCC, diuretice, nitrați, etc - Consultație cardiochirurg
Transferul din BTI	Pacienții cu SAA vor fi transferați pentru tratament chirurgical sau vor continua tratamentul în secția cardiologie.	<ul style="list-style-type: none"> • Pacienții cu DAA tip A Stanford vor fi transferați cât mai rapid pentru tratament chirurgical în secție specializată • Pacienții cu DAA tip B Stanford vor fi tratați conservativ, supravegheați imagistic în dinamică, în caz de evoluție favorabilă transferați în secție cardiologică, iar în caz de evoluție cu dinamică negativă, va fi solicitată consultație chirurgicală repetată
B.5. Secțiile cardiologice		
Descriere	Motive	Pași
1. Tratamentul pacienților cu SAA pe parcursul spitalizării		
1.1. Tratamentul medicamentos	Tratamentul va include: <ul style="list-style-type: none"> - suprimarea durerii - agenți β-blocanți - IECA, - BCC, - diuretice, - nitrați 	<ul style="list-style-type: none"> • În cadrul SAA vor fi tratați în secții cardiologice pacienții cu DAo acută tip A stabilă care prezintă contraindicații sau a refuzat tratamentul chirurgical și pacienții cu DAo acută tip B stabilă • Monitorizare hemodinamică atentă • Menținerea FCC<60/min cu β-blocante • Menținerea TAs<120 mmHg sau cea mai mică TA care menține perfuzia periferică
1.2. Supraveghere	În scopul evidențierii precoce și prevenirii complicațiilor	<ul style="list-style-type: none"> • Examinarea semnelor de malperfuzie prin USG organelor interne, Duplex vaselor extracraniene și periferice, angiografia, angio TC • Se consideră consultația chirurgului în :

		<ul style="list-style-type: none"> - Sindrom de malperfuzie - Progresia disecției - Extinderea anevrismului
2. Tratamentul pacienților cu AA pe parcursul spitalizării		
1.1. Tratamentul medicamentos	Tratamentul poate include (în dependență de factorii de risc asociați): -IECA -statine -agenți β-blocanți -aspirină	<ul style="list-style-type: none"> • Obligativu motivarea pacientului să renunțe la fumat • Monitorizare hemodinamică atentă • Menținerea FCC și TA în limitele normale
1.2. Supraveghere	În scopul evidențierii precoce și prevenirii complicațiilor, precum și determinării timpului optim pentru corecție chirurgicală	<ul style="list-style-type: none"> • Vizualizarea adecvată a întregii aorte și identificarea zonelor afectate • Se consideră atent momentul oportun pentru consultația chirurgului (Casetă 11)
3. Tratamentul recomandat la externare		
3.1. Modificarea stilului de viață și corecția factorilor de risc	Motivarea pacientului pentru modificarea stilului de viață și corecția factorilor de risc	Obligativu: <ul style="list-style-type: none"> • Sistarea fumatului • Combaterea sedentarismului și activitate fizică regulată • Valorile țintă ale TA și FCC
3.2. Tratamentul medicamentos de lungă durată	Controlul tensiunii arteriale prin tratament de durată	Obligativu: <ul style="list-style-type: none"> • Beta-blocantele trebuie administrate ca medicamente de primă linie pe termen lung tuturor pacienților după un SAA • Alți agenți hipotensivi trebuie considerați pentru menținerea $TA_s < 120$ mmHg după un SAA • Menținerea cifrelor TA și FCC normale la pacienții cu AA utilizând medicamente în dependență de factorii de risc asociați (Casetă 9)
3.3. Supraveghere imagistică de durată	În scopul prevenirii complicațiilor	<ul style="list-style-type: none"> • Obligativu: • Reexaminarea ambulatorie prin metode imagistice (EcoCG TT/TE, TC) la fiecare 6 luni după un SAA • Reexaminarea ambulatorie prin metode imagistice (EcoCG TT/TE, TC) a AA la intervale anumite de timp în dependență de dimensiunile anevrismului (Casetă 10)

C. ALGORITMELE DE CONDUITĂ

C.1. ALGORITME DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT AL SINDROAMELOR AORTICE ACUTE

Calcularea riscului pre-test a SAA

Suspecție de Sindrom Aortic Acut

Determinarea riscului pre-test al SAA

Condiții cu risc înalt

- Sindrom Marfan
- Afecțiuni a țesutului conjunctiv
- Istoric familial de afecțiune aortică
- Afecțare valvulară aortică cunoscută
- Manipulare recentă asupra aortei (inclusiv intervenție cord)
- Aneurism aortic toracic

+

Caracteristici ale durerii cu risc înalt

Durere în piept, spate sau abdomen descrise după cum urmează:

- Debut brusc/sever în intensitate
- Caracter ascuțit, sfâșietor, de înjunghiere sau devastator

+

Caracteristici ale examenului fizic cu risc înalt

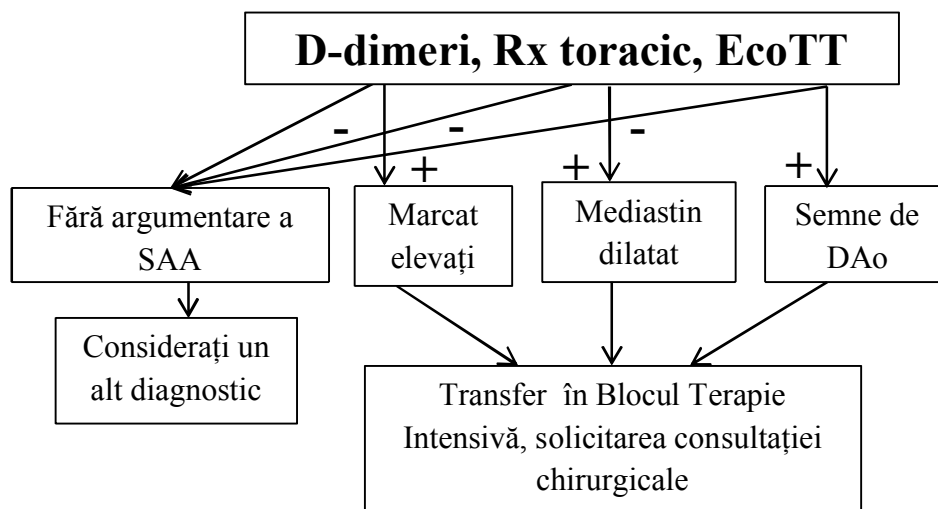
- Evidențierea deficitului de perfuzie:
 - Deficit de puls
 - Diferență a TA_s
 - Deficit neurologic focal (asociat cu durerea)
- Suflu aortic diastolic (nou apărut și asociat cu durerea)
- Hipotensiune, sincopa sau șoc

Probabilitate joasă
(0-1 p-te)

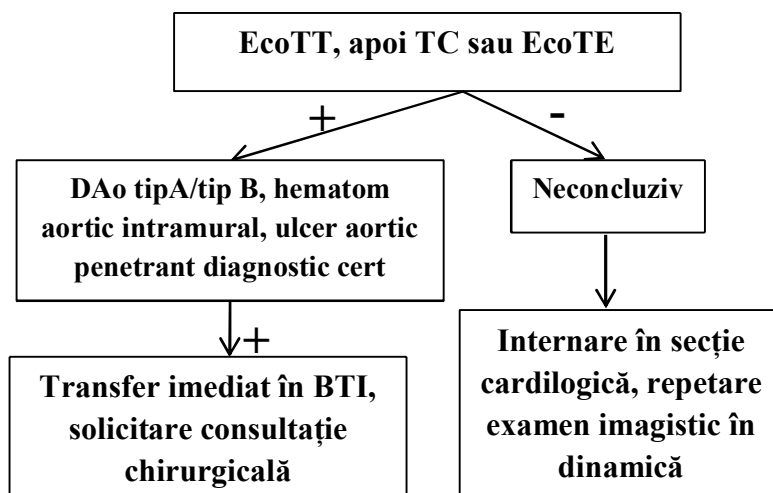
Probabilitate înaltă (2-3 p-te)
sau durere toracică tipică

Notă: prezența a cel puțin unei condiții din din fiecare coloană se notează cu un punct pentru coloana respectivă. Minim se pot acumula 0 puncte, maxim 3 puncte.

Algoritmul de diagnostic pentru pacienții cu SAA și probabilitate joasă



Algoritmul de diagnostic pentru pacienții cu SAA și probabilitate înaltă



C.2. DIAGNOSTICUL SAA

Caseta 1. Examenul primar al pacientului cu durere toracică

Durerea toracică va fi simptomul care îndrumă pacientul spre consultație medicală sau spitalizare.

Evaluarea pacientului cu durere toracică se va face fără întârziere în scopul evidențierii caracteristicilor sugestive pentru SAA.

Se vor lua în considerație caracteristicile durerii toracice:

- Debut brusc/sever în intensitate (de obicei descrisă ca și cea mai puternică durere resimțită vreodată)
- Caracter ascuțit, sfâșietor, de înjunghiere sau devastator
- În cazul afectării aortei abdominale, aceste caracteristici se asociază durerii în abdomen

Se vor căuta activ condiții cu risc înalt de dezvoltare a SAA:

- Sindrom Marfan
- Afecțiune a țesutului conjunctiv
- Istoric familial de afecțiune aortică
- Afectare valvulară aortică cunoscută
- Manipulare recentă asupra aortei (inclusiv intervenție cord)
- Anevrism aortic toracic sau abdominal

În cadrul examenului fizic se vor căuta caracteristici cu risc înalt de dezvoltare a SAA:

- Evidențierea deficitului de perfuzie (deficit de puls, diferență a TAs la membre)
- Deficit neurologic focal (asociat cu durerea)
- Suflu aortic diastolic (nou apărut și asociat cu durerea)
- Hipotensiune arterială, sincopă sau șoc.

Caseta 2. Examenul ECG

- ECG se efectuează în scopul diagnosticului diferențial cu ischemia de miocard (care se poate uneori asocia SAA în cazul progresiei disecției pe arterele coronare) :
 - subdenivelarea orizontală a segmentului ST $\geq 0,5$ mm și/sau inversia undei T în 2 sau mai multe derivații indică prezența SCA fără supradenivelarea segmentului ST
 - supradenivelarea segmentului ST în 2 sau mai multe derivații indică prezența SCA cu supradenivelarea segmentului ST

Caseta 3. Examenul de laborator în SAA

- Dacă D-dimerii sunt elevați, suspiciunea de DAo crește. De obicei, nivelul de D-dimerilor este imediat foarte mare, comparativ cu alte afecțiuni în care cresc treptat. D-dimerii au cea mai mare valoare de

diagnostic în timpul primei ore. În cazul în care D-dimerii sunt negativi, hematumul aortic intramural sau ulcerul aortic penetrant poate fi totuși prezent

- Troponinele cTnT sau cTnI și izoenzima MB a enzimei miocardice creatinkinaza (CK-MB) sunt markerii preferați ca reflectând injuria miocardică.
- Alte teste:
 - Hemoglobina, Eritrocite (pierderi sanguine, anemie)
 - Leucocite, PCR (inflamație, SIRS)
 - Creatinina (insuficiență renală existentă sau în progresie)
 - ALAT/ASAT (ischemie sau altă afectare hepatică)
 - Glucoza (diabet zaharat)
 - Gazele sanguine (oxigenarea tisulară)
 - Lactat (ischemie intestinală)

Caseta 4. Examenul imagistic al aortei în SAA

- Scopul principal al examenului imagistic în DAo este evaluarea de ansamblu a întregii aorte, inclusiv diametrele aortice, forma și mărimea membranei disecției, implicarea în procesul disecției a valvei aortice, ramurilor aortice, relația cu structurile adiacente și prezența trombului mural.
- Sensibilitatea și specificitatea ETT bidimensionale variază între 93-96% la implicarea aortei ascendente și în doar 70% dintre pacienții cu disecții distale ale aortei toracice. ETT este limitată la pacienții cu tulburări de configurare peretelui toracic, spații intercostale înguste, obezitate, emfizem pulmonar și la cei aflați la ventilație mecanică. Aceste limitări pot fi depășite prin ETE. De asemenea ETE poate fi de mare interes la pacient foarte instabil.
- ETE, TC și RMN sunt la fel de fiabile pentru confirmarea sau excluderea diagnosticului de DAo. Cu toate acestea, TC și RMN trebuie să fie considerate superioare ETE pentru evaluarea extinderii DAo și implicarea ramurilor. La rândul său ETE folosind Doppler este superioară în depistarea fluxului sanguin la nivelul rupturilor intinale și identificarea locațiilor lor.
- Acuratețea TC cu contrast în DAo, inclusiv în determinarea implicării ramurilor este de 96%.
- RMN-ul este considerat examenul imagistic de top pentru diagnosticul DAo, cu o sensibilitate și specificitate raportată de 98%
- Pentru detectarea unui HIM aortic acut, ETT este inadecvată, din cauza sensibilității sale scăzute (este estimată a fi mai mică de 40%).
- TC și RMN sunt cele mai importante tehnici de diagnostic și clasificare a hematumului intramural. La evaluarea aortei cu ajutorul TC, o achiziție fără contrast este esențială pentru diagnostic. Combinația unei achiziții fără contrast urmată una cu contrast determină o sensibilitate de cca 96% în detectarea HIM. RMN-ul poate fi un instrument valoros în diferențierea HIM de îngroșarea aterosclerotică a aortei, trombului sau disecției trombozate.
- TC cu contrast în incidente axiale și multiplane este tehnica de elecție pentru diagnosticul ulcerului aortic penetrant. Poate fi efectuat și RMN, însă avantajul TC este că detectează dislocarea calcificărilor intinale care însoțesc frecvent ulcerul aortic penetrant.
- TC este tehnica de elecție în cazul suspjecției unei rupturi traumatice a aortei. Dacă nu este disponibilă, trebuie considerată ETE.

Caseta 5. Condiții cardiace și non-cardiace care pot simula SAA

Cardiace	Pulmonare	Gastrointestinale	Ortopedice
Infarct miocardic acut	Embolia pulmonară	Spasm esofagean	Discopatia cervicală
Pericardita	Pneumotorax	Esofagita	Fracturile costale
Miocardita	Pneumonia	Ulcer peptic	Injuria musculară / inflamația
Miopericardita	Pleurita	Pancreatita	Costocondrita
Cardiomiopatia	Infarctul pulmonar	Colecistita	

C.3. Tratamentul SAA

Caseta 6. Recomandări pentru tratamentul medicamentos în SAA

1. suprimarea durerii
2. sedarea pacientului
3. menținerea FCC optime (<60/min) cu utilizarea β -blocantelor
4. menținerea cifrelor tensiunii arteriale adecvate
 - la pacienții hemodinamic instabili:
 - bolus de lichide intravenos (titrând la TA medie 70 mmHg sau euvolemie)
 - dacă hipotensiunea persistă – vasopresori i/v
 - la pacienții hemodinamic stabili:
 - Scăderea TA (ținta TAs<120 mmHg sau cea mai mică TA care menține perfuzia periferică) utilizând IECA, BCC, diuretice, nitrați etc.

Caseta 7. Recomandări pentru tratamentul chirurgical în SAA

- La pacienții cu DAo de tip A, HIM de tip A se recomandă intervenție chirurgicală urgentă de protezare a aortei ascendente (cu plastia sau schimbarea concomitentă a valvei aortale în dependență de calitatea valvei) și/sau arcului aortic.
- La pacienții cu UAP de tip A trebuie considerat tratamentul chirurgical
- La pacienții cu DAo, HIM sau UAP de tip B cu complicații – durere persistentă sau recurentă, hipertensiune arterială necontrolată în ciuda tratamentului medicamentos adecvat, dilatare aortică precoce, malperfuzie (ischemia intestinală sau a membrilor inferioare, insuficiență renală acută, parapareză) și semne de ruptură (hemotorax, hematom periaortic și mediastinal în creștere) – trebuie considerat tratamentul endovascular sau intervenția chirurgicală.

Caseta 8. Recomandări privind supravegherea de durată a pacienților care au suportat SAA

- Modificarea stilului de viață și corecția factorilor de risc
 - Sistarea fumatului
 - Combaterea sedentarismului și activitate fizică regulată
 - Valorile țintă ale TA și FCC
- Controlul tensiunii arteriale prin tratament de durată
 - Beta-blocantele trebuie administrate ca medicamente de primă linie pe termen lung tuturor pacienților după un SAA
 - Alți agenți hipotensivi trebuie considerați pentru menținerea TAs<120 mmHg
- Supraveghere imagistică de durată (în scopul prevenirii complicațiilor) - reexaminarea ambulatorie prin metode imagistice (EcoCG TT/TE, TC) la fiecare 6 luni

C.4. Diagnosticul

Caseta 9. Recomandări pentru examenul imagistic în AA

- Se recomandă screening-ul populațional al anevrismelor abdominale prin USG la toți bărbații cu vârsta >65 ani
- Suspecția unui AA bazată pe ecocardiografie și/sau radiografie necesită efectuarea TC sau RMN (cu sau fără contrast) pentru vizualizarea adecvată a întregii aorte și identificarea zonelor afectate.
- Imagistica prin TC și RMN se consideră "standardul de aur" în evaluarea pre-operatorie și post-operatorie în AA.
- O atenție deosebită trebuie acordată măsurării diametrului AA perpendicular pe axa longitudinală.
- De asemenea necesită a fi exclusă asocierea HIM, UAP, precum și implicarea ramurilor vasculare de afectarea anevrismală (Duplex vascular al arterelor periferice).
- La pacienții cu AA abdominal cu diametru 25-29 mm trebuie considerată examinarea imagistică ultrasonografică la fiecare 4 ani
- La pacienții cu AA abdominal și diametru 30-39 mm trebuie considerată examinarea imagistică la fiecare 3 ani
- La pacienții cu AA abdominal și diametru 40-44 mm trebuie considerată examinarea imagistică la fiecare 2 ani
- La pacienții cu AA abdominal și diametru mai mare de 45mm trebuie considerată examinarea imagistică fiecare an.

C.5. Tratamentul

Caseta 10. Recomandări pentru tratamentul conservativ în AA

- Deciziile cheie privind managementul AA depinde de mărimea lor.
- Terapie medicală în AA mici prezintă trei obiective: prevenirea evenimentelor cardiovasculare, limitarea creșterii anevrismului, precum și pregătirea optimă a pacientului prin reducerea riscului perioperator în cazul necesității intervenției chirurgicale.
- Renunțarea la fumat se recomandă pentru a micșora ritmul de creștere a anevrismului
- Modificarea stilului de viață și corecția factorilor de risc
- Statinele și IECA ar trebui considerate pentru a reduce riscul de boli cardiovasculare, precum și pentru reducerea complicațiilor în anevrismele mici.
- Beta-blocante ar trebui incluse ca un tratament de primă linie pentru pacienții cu hipertensiune arterială și AA.
- Beta-blocantele pot fi luate în considerare la pacienții cu valvă aortică bicuspidă când diametrul aortei ascendente >40 mm
- Supravegherea este indicată și sigură la pacienții cu AA abdominal cu diametru maximal <55 mm și rata redusă de creștere (<10 mm/an)
- Utilizarea aspirinei poate fi considerată în conformitate cu prezenta altor comorbidități cardiovasculare.

Caseta 11. Indicațiile pentru tratament chirurgical în AA

- Există o creștere rapidă a riscului de disecție sau ruptură atunci când diametrul aortic este > 60 mm pentru aorta ascendentă și > 70 mm pentru aorta descendentă.
- Tratamentul chirurgical este indicat în toate AA simptomatice.
- Aorta ascendentă
 - Chirurgia ar trebui considerată la pacienții fără elastopatii (sindrom Marfan, sindrom Ehlers-Danlos, sindrom Loeys-Dietz) cu un diametru aortic maxim ≥ 55 mm.
 - La pacienții cu sindrom Marfan chirurgia este indicată la un diametru aortic maxim ≥ 50 mm.
 - La pacienții cu sindrom Marfan și factori de risc (istoric familial de boală aortică și/sau creșterea aortică >3 mm/an) chirurgia ar trebui considerată la un diametru aortic maxim ≥ 45 mm
 - La pacienții cu valvă aortică bicuspidă și factori de risc (coarctare aortică, hipertensiune arterială, istoric familial de disecție aortică și/sau creșterea aortică >3 mm/an) chirurgia trebuie considerată la un diametru aortic maxim ≥ 50 mm.
 - În caz de valvă aortică bicuspidă ce necesită abordare chirurgicală, protezarea concomitentă a aortei ascendente trebuie considerată când diametrul ei maximal >45 mm
 - La pacienții asimptomatici cu disecție cronică a Ao ascendente trebuie considerată intervenția chirurgicală
- Arcul aortic
 - Chirurgia trebuie considerată la pacienții cu AA izolat asimptomatic la nivelul arcului când diametrul lui maximal >55 mm
 - Protezarea arcului aortic poate fi considerată la pacienții anevrism al arcului aortic care deja au indicații pentru intervenție chirurgicală în legătură cu anevrisme ale aortei ascendente sau descendente
- Aorta descendentă
 - În anevrisme aortei descendente, atunci când chirurgia este singura opțiune, aceasta trebuie luată în considerare la pacienții cu un diametru maxim ≥ 60 mm. Niveluri mai mici pot fi considerate la pacienții cu sindromul Marfan.
 - Este recomandată intervenția chirurgicală la pacienții cu DAo cronică tip B complicată (diametru aortic > 60 mm, rata de creștere > 10 mm/an, malperfuzie sau durere recurentă)
- Aorta abdominală
 - AA abdominal asimptomatic necesită a fi abordat chirurgical când:
 - Diametrul anevrismului depășește 55 mm (la femei poate fi considerată chirurgia când diametrul depășește 50 mm)
 - Creșterea anevrismului depășește 10 mm/an
 - La pacienții simptomatici cu factori de risc pentru ruptură (boala cronică obstructivă pulmonară, constipații cronice) sau cu semne de tromboză intraluminală abordarea chirurgicală a AA abdominal poate fi considerată când diametrul anevrismului este 45-50 mm

D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALELE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI

D.1. Instituțiile de AMP	Personal: medic de familie, asistentă medicală
	Aparataj, utilaj: <ul style="list-style-type: none"> • sfigmomanometru; • fonendoscop; • electrocardiograf;
	Truse: <ul style="list-style-type: none"> • trusă medicală de urgență; • set echipament pentru oxigenoterapie.
	Consumabile: <ul style="list-style-type: none"> • oxigen; • mănuși.
	Remediile: <ul style="list-style-type: none"> • tab. Acid acetilsalicilic (Aspirină) • tab. Nitroglicerină sau Nitroglicerină spray • tab. Izosorbid mono- și dinitrat • beta-blocante • IEC • sol. Heparină sau heparine cu masă moleculară mică • sol. Furosemidă • tab. Spironolactonă • Inhibitori ai HMG KoA reductazei (statine)
D.2. Echipele AMU profil general și specializat	Personal: medic de urgență
	Aparataj, utilaj: <ul style="list-style-type: none"> • sfigmomanometru; • fonendoscop; • electrocardiograf portativ; • pulsoximetru; • set pentru monitorizare cardiorespiratorie; • set pentru respirație artificială. • defibrilator
	Truse: <ul style="list-style-type: none"> • trusă cateterizarea venelor centrale și periferice; • trusă perfuzie; • trusă cateterizarea vezicii urinare; • trusă intubație; • trusă medicală de urgență.
	Seturi: <ul style="list-style-type: none"> • set echipament și aparataj medical din dotarea autosanitarei; • set echipament special din dotarea autosanitarei;
	Consumabile: <ul style="list-style-type: none"> • oxigen; • seringi; • mănuși;
	Remediile: <ul style="list-style-type: none"> • tab. Acid acetilsalicilic (Aspirină) • sol. Heparină nefracționată sau heparine cu masă moleculară mică • tab. Nitroglicerină sau Nitroglicerină spray, sol. Nitroglicerină • tab. Izosorbid mono- și dinitrat • beta-blocante (inclusiv i.v. Esmolol, Metoprolol) • IEC (Captopril, sol. Enalaprilat) • sol. Dopamină • sol. Dobutamină • sol. Adrenalină

	<ul style="list-style-type: none"> • sol. Digoxină • sol. Amiodaronă • sol. Lidocaină • sol. Furosemid • sol. Diazepam; • analgezice opioide (sol. Morfină sulfat, etc.)
D.3. Secțiile de terapie intensivă	Personal: medic specialist.
	Aparataj, utilaj. <ul style="list-style-type: none"> • sfigmomanometru; • fonendoscop; • electrocardiograf; • set pentru monitorizare cardiorespiratorie; • pulsoximetru • defibrilator/cardioverter.
	Truse: <ul style="list-style-type: none"> • trusă cateterizarea venelor centrale și periferice; • trusă perfuzie; • trusă cateterizarea vezicii urinare; • trusă intubație; • trusă medicală de urgență.
	Seturi: <ul style="list-style-type: none"> • set echipament și aparataj medical specializat. • Set electrocardiostimulare temporară
	Consumabile: <ul style="list-style-type: none"> • oxigen; • seringi; • mănuși; • sisteme pentru perfuzie.
	Remediile: <ul style="list-style-type: none"> • tab. Acid acetilsalicilic (Aspirină) • sol. Heparină sau heparine cu masă moleculară mică • tab. Nitroglicerină sau Nitroglicerină spray, sol. Nitroglicerină • tab. Izosorbid mono- și dinitrat • beta-blocante (inclusiv i.v. Esmolol, Metoprolol) • IEC (Captopril, sol. Enalaprilat) • sol. Dopamină • sol. Dobutamină • sol. Adrenalină • sol. Digoxină • sol. Amiodaronă • sol. Lidocaină • sol. Furosemid • sol. Diazepam • Agenți fibrinolitici • analgezice opioide (sol. Morfină sulfat, etc.). • Inhibitori ai HMG KoA reductazei (statine)
	Personal: medic specialist.
	Aparataj, utilaj. <ul style="list-style-type: none"> • sfigmomanometru; • fonendoscop; • electrocardiograf; • set pentru monitorizare cardiorespiratorie; • pulsoximetru • defibrilator/cardioverter.
	Truse:

<p>D.4. Secțiile cardiologie a spitalelor raionale, municipale</p>	<ul style="list-style-type: none"> • trusă cateterizarea venelor centrale și periferice; • trusă perfuzie; • trusă cateterizarea vezicii urinare; • trusă intubație; • trusă medicală de urgență. <p>Seturi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • set echipament și aparataj medical specializat. <p>Consumabile:</p> <ul style="list-style-type: none"> • oxigen; • seringi; • mănuși; • sisteme pentru perfuzie. <p>Remediile:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tab. Acid acetilsalicilic (Aspirină) • tab. Clopidogrel • sol. Heparină sau heparine cu masă moleculară mică • tab. Nitroglicerină sau Nitroglicerină spray, sol. Nitroglicerină • tab. Izosorbid mono- și dinitrat • beta-blocante (inclusiv i.v. Esmolol, Metoprolol) • IEC • sol. Dopamină • sol. Dobutamină • sol. Adrenalină • sol. Digoxină • sol. Amiodaronă • sol. Lidocaină • sol. Furosemid • sol. Diazepam; • analgezice opioide (sol. Morfină sulfat, etc.). • Inhibitori ai HMG KoA reductazei (statine)
<p>D.5. Secțiile de cardiologie republicane</p>	<p>Personal: medic specialist.</p> <p>Aparataj, utilaj.</p> <ul style="list-style-type: none"> • sală de cateterism cardiac • fonendoscop; • electrocardiograf; • set pentru monitorizare cardiorespiratorie; • pulsoximetru • defibrilator/cardioverter • sfigmomanometru; <p>Truse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • trusă cateterizarea venelor centrale și periferice; • trusă perfuzie; • trusă cateterizarea vezicii urinare; • trusă medicală de urgență. <p>Seturi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • set echipament și aparataj medical specializat. <p>Consumabile:</p> <ul style="list-style-type: none"> • oxigen • seringi; • mănuși; • sisteme pentru perfuzie. <p>Remediile:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tab. Acid acetilsalicilic (Aspirină) • tab. Clopidogrel • sol. Heparină sau heparine cu masă moleculară mică

	<ul style="list-style-type: none"> • tab. Nitroglicerină sau Nitroglicerină spray, sol. Nitroglicerină • tab. Izosorbid mono- și dinitrat • beta-blocante (inclusiv i.v. Esmolol, Metoprolol) • IECA • sol. Dopamină • sol. Dobutamină • sol. Adrenalină • sol. Diltiazem • sol. Digoxină • sol. Amiodaronă • sol. Lidocaină • sol. Furosemid • sol. Diazepam; • analgezice opioide (sol. Morfină sulfat, etc.). • Inhibitori ai HMG KoA reductazei (statine)
--	--

E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI

Scopurile protocolului	Măsurarea atingerii scopului	Metoda de calculare a indicatorului	
		Numărător	Numitor
1. Sporirea numărului de pacienți care beneficiază de tratament al SAA.	1.1. Ponderea pacienților internați în primele 6 ore de la debutul simptomelor în vederea diferențierii cu sindromul coronarian acut și tromboembolismul pulmonar. (în %)	Numărul pacienților internați în primele 6 ore de la debutul simptomelor, cu SAA confirmat pe parcursul ultimului an X 100.	Numărul total al pacienților cu durere toracică sugestivă pentru SAA în primele 6 ore de la debutul simptomelor pe parcursul ultimului an.
2. Majorarea numărului de pacienți spitalizați pe parcursul primelor 6 ore după dezvoltarea SAA.	2. Proporția pacienților spitalizați pe parcursul primelor 6 ore după dezvoltarea SAA. (în %)	Numărul de pacienți spitalizați în primele 6 ore după dezvoltarea SAA pe parcursul ultimului an x 100.	Numărul total de pacienți spitalizați cu SAA.
3. Ameliorarea calității tratamentului pacienților cu SAA la etapele prespitalicească și spitalicească.	3.1. Proporția pacienților cu SAA diagnosticați în conformitate cu recomandările PCN „Bolile aortice” la etapa medicinei primare. (în %)	Numărul pacienților cu SAA diagnosticați în conformitate cu recomandările PCN „Bolile aortice” la etapa medicinei primare, pe parcursul ultimului an x 100.	Numărul total al pacienților cu SAA la etapa medicinei primare pe parcursul ultimului an.
	3.2. Ponderea pacienților cu SAA diagnosticați în conformitate cu recomandările PCN „Bolile aortice” la etapa asistenței medicale de urgență (în %).	Numărul pacienților cu SAA diagnosticați caz nou în conformitate cu recomandările PCN „Bolile aortice” la etapa asistenței medicale de urgență, pe parcursul ultimului an x 100.	Numărul total al pacienților cu SAA la etapa asistenței medicale de urgență pe parcursul ultimului an.
	3.3. Ponderea pacienților cu SAA diagnosticați și tratați în conformitate cu recomandările PCN „Bolile aortice” la etapa spitalicească (în %)	Numărul pacienților cu SAA diagnosticați caz nou și tratați în conformitate cu recomandările PCN „Bolile aortice” la etapa spitalicească, pe parcursul ultimului an x 100.	Numărul total al pacienților cu SAA la etapa spitalicească pe parcursul ultimului an.
4. Sporirea numărului de pacienți care au suportat SAA și beneficiază de tratament chirurgical și de lungă durată în conformitate cu recomandările PCN „Bolile aortice”	4. Ponderea pacienților care au suportat SAA și beneficiază de tratament chirurgical și de lungă durată în conformitate cu recomandările PCN „Bolile aortice” (în %)	Numărul pacienților care au suportat SAA și beneficiază de tratament chirurgical și de lungă durată în conformitate cu recomandările PCN „Bolile aortice” pe parcursul ultimului an x 100.	Numărul total de pacienți care au suportat SAA pe parcursul ultimului an.

GHIDUL PACIENTULUI CU SINDROM AORTIC ACUT

GENERALITATI

Aorta este vasul sanguin cel mai mare din organism, care pornește de la inimă și transportă sângele spre toate organele.

Sindromul aortic acut cuprinde mai multe afecțiuni ale aortei cu debut rapid care comportă risc major rupere a acestui vas și de deces. Durerea foarte puternică în piept sau spate este manifestarea cea mai frecventă. Pacientul trebuie să fie transportat cât mai rapid într-o instituție medicală cu posibilități de diagnosticare și intervenție chirurgicală în caz de necesitate. Ulterior va fi nevoie de tratament și supraveghere medicală de lungă durată.

CAUZE

Sindromul aortic acut poate avea drept cauză hipertensiunea arterială moderată sau severă, patologia cronică a aortei (anevrismul aortic), chirurgia cardio-vasculară, ateroscleroza cronică, anomaliile congenitale valvulare cardiace (stenoza aortică congenitală sau valva aortică bicuspidă), bolile moștenite ale țesutului elastic (sindromul Marfan), vârsta înaintată. Pe fondalul acestor patologii poate apărea separarea straturilor peretelui aortic, cu pătrunderea sângelui între aceste straturi, ceea ce comportă riscul chiar de rupere a peretelui aortic cu sângerare masivă și deces.

SIMPTOME

Simptomul cel mai frecvent al sindromului aortic acut este durerea toracică bruscă, deși această senzație nu este tot timpul prezentă. O durere intensă, acută, sfâșietoare, migratoare, cu debut brusc poate sugera diagnosticul de sindrom aortic acut. Durerea este localizată de obicei în fața sau spatele pieptului, în regiunea interscapulară. Unii pacienți se prezintă cu durere ușoară, frecvent confundată cu o afecțiune musculoscheletală. Alți pacienți nu prezintă durere deloc.

Pacienții cu sindrom aortic acut se mai pot prezenta cu:

- senzație de insuficiență de aer
- pierdere de cunoștință
- paralizie a membrelor recent apărută
- senzație de amorțeală sau disconfort în mâni sau în brațe.
- durerea de gât sau mandibulă
- dureri în abdomen
- palpitații sau senzația că inima bate repede și neregulat

Se indica apelarea la serviciile de urgență cât mai rapid când există suspecție la sindrom aortic acut

TRATAMENTUL SINDROMULUI AORTIC ACUT

Sindromul aortic acut este o patologie gravă, rata de mortalitate este de 1% pe oră pentru primele 48 de ore. Multe cazuri de deces se produc în camera de gardă sau înainte de a ajunge la spital. Iată de ce este foarte importantă adresarea cât mai rapidă după ajutor medical specializat. Nu se așteaptă să se vadă dacă vor trece simptomele, deoarece aceasta opțiune poate fi fatală.

Pacientul va fi transportat urgent într-un spital cu posibilități de investigații și tratament, inclusiv chirurgical. Unii pacienți vor necesita intervenție chirurgicală pentru corecția defectului format la aorta, alții vor fi tratați medicamentos și supravegheați atent. Din pacienții care supraviețuiesc prezentare acută, o mare parte vor dezvolta complicații (inclusiv anevrisme – dilatări ale aortei) și vor necesita monitorizare atentă.

STILUL DE VIAȚĂ DUPĂ SINDROM AORTIC ACUT

Pentru a reduce riscul de apariție a unui nou episod de afectare a aortei medicul va recomanda:

- controlul strict al tensiunii arteriale cu ajutorul medicamentelor;
- stoparea fumatului, poate fi unul din cei mai importanți pași în reducerea riscului;
- scăderea nivelului colesterolului seric cu ajutorul medicamentelor de genul statinelor sau a altor medicamente ce scad nivelul seric al colesterolului;
- alimentația ce cuprinde pește în cantitate mai mare; dietele pe bază de pește pot fi utile în

scăderea în greutate, scăderea valorilor tensiunii arteriale și a nivelului colesterolului
- efectuarea examenelor medicale regulate pentru a urmări starea aortei și a preveni un eventual eveniment repetat de afectare a ei.

Înainte de a începe activitatea fizică după un sindrom aortic acut este indicat ca medicul să vă descrie planul de sporire a efortului fizic în funcție de riscurile prezente.

BIBLIOGRAFIA

1. ESC Guidelines on the diagnosis and treatment of Aortic Diseases. European Heart Journal 2014;35:2873-2926.
2. Thomas T. Tsai, MD; Christoph A. Et al. Acute Aortic Syndromes. Circulation 2005, 112:3802-3813
3. Christoph A. Nienaber, Janet T. Powell. Management of acute aortic syndromes. European Heart Journal 2012; 33; 26-35