

Clinica de cardiologie din București (cond.: prof. C. C. Ilescu)

URMĂRIREA PACIENȚILOR CU SUFLU SISTOLIC APICAL PE O PERIOADĂ DE 5—15 ANI

C. C. Ilescu, V. Goldenberg, Valeria Paștiu, I. Löbel, M. Efraim, Aron Leon
Aurelia Bărbătescu, Silvia Crețu

Această lucrare ne-a fost sugerată de marea frecvență cu care se trimit la ASCAR persoane cu un suflu sistolic apical cu diagnosticul de „insuficiență sau valvulopatie mitrală”, persoane fără semne obiective de valvulopatie și de obicei asimptomatice.

În general, pacienții sînt în majoritate copii sau adolescenți cărora li se face un control medical rutiner și sînt etichetați cardiaci, provocînd deseori o adevărată nevroză cardio-vasculară sau o psihoză lipocondrică, în urma unor restricții care îi împiedică să-și ducă viața normal, împreună cu colegii de aceeași vîrstă.

Aprecierea unui suflu sistolic la apex, în absența unor modificări cardiace concomitente, este unul din diagnosticurile care pun deseori probleme dificile de rezolvat.

Interpretarea suflului sistolic apical a trecut de-a lungul timpului prin trei perioade: în secolul trecut, sub influența școlii franceze, orice suflu sistolic la apex era diagnosticat „insuficiență mitrală” și acești așa-zisi bolnavi, mureau deseori de bătrînețe.

Urmează o a doua perioadă, cînd grație lui Mackenzie și școlii sale, se considera că insuficiența mitrală pură este o boală rară și rară; deși această concepție a salvat mulți de persoane de la o invaliditate inutilă, totuși s-a ajuns la extrema opusă: niciunui suflu sistolic nu i se mai acorda o atenție serioasă.

În ultimii 10 ani, grație chirurgiei, angiocardiografiei și cateterismului cardiac, asistăm la a treia schimbare de atitudine potrivit căreia insuficiența mitrală pură, organică, nu este o leziune excepțională, dar trebuie o atenție specială pentru precizarea acestui diagnostic.

O serie întregă de statistici mondiale dau o proporție de 25—34% de insuficiențe mitrale pure în valvulopatia mitrală.

Suflu sistolic apical poate să însemne și o maladie mitrală, să fie singurul semn al unei stenoze aortice sau mai des subaortice, un defect septal.

Problema cea mai importantă nu este însă diagnosticul diferențial între două valvulopatii (în vederea intervenției chirurgicale), ci între o insuficiență mitrală organică și un suflu sistolic fără importanță, deoarece este cu totul alta atitudinea față de un valvular decît aceea față de un om sănătos.

Wood este de părere că e mai bine ca la 100 de cazuri să ne scape un mitral nedagnosticat, decît să se eticheteze drept valvulare 99 persoane care nu au nimic.

Atragem atenția că și menținerea „în observație” mulți ani de zile, cu diverse restricții, este și ea dăunătoare psihicului și felului de viață ulterior al persoanei respective; acolo unde se poate, diagnosticul trebuie să fie tranșant, pozitiv sau negativ. Unele cazuri rămîn în observație, dar trebuie rezolvate după cîțiva ani.

Din examenele complementare care vin în ajutorul diagnosticului clinic, radiologia, ECG și fonocardiografia sînt utile, dar de obicei în cazurile „la limită”, nu dau informații.

Angiocardiografia selectivă și cateterismul cardiac sînt cele două metode care ne permit, cu o precizie de 90%, să diagnosticăm corect o insuficiență mitrală organică.

Metoda de lucru, material, rezultate

În perioada 1946—1956, din totalul de 62.000 de fișe completate la ASCAR, 7500 se referă la suflu sistolic apical. Din acestea au fost cercetate 4200, restul urmînd să fie controlate în anul 1962. Menționăm că s-au luat în considerare

numai acele sulfuri sistolice care nu erau însoțite de nici o altă modificare anormală, clinică sau de laborator.

Am putut da de urma a numai 503 persoane din acest prim lot, adică de o proporție de 12%. Este de presupus că în marea lor majoritate aceste persoane nu au evoluat spre o maladie cardio-vasculară, deoarece altfel nu s-ar explica faptul că la ASCAR era o singură prezentare. Trebuie să adăugăm că persoanele cu RSB în antecedente au fost chemate periodic la control, deci în grupul cu o singură prezentare pacienții cu antecedente reumatice sînt extrem de puțini. Din totalul de 503 pacienți care formează obiectul lucrării, 336 au fost urmăriți prin controale repetate, iar 167 au fost regăsiți prin serviciul de asistență socială al ASCAR-ului.

Tot acest lot a fost supus unei reexaminări complete.

Pacienții au fost împărțiți în două mari categorii: cu RSB în antecedente, în număr de 232. Din aceștia, 104 au evoluat spre o valvulopatie mitrală, 128 fiind indemni. La aceștia suflul apical a fost găsit staționar sau involutiv. Din cele 271 persoane fără RSB decelabil în antecedente s-a putut preciza o valvulopatie mitrală în 46 de cazuri, restul de 224 fiind găsiți cu suflu staționar sau dispărut.

În analiza cazurilor noastre am vrut să vedem dacă putem trage concluzii asupra unor date, fie clinice, fie de laborator, care să constituie criterii de apreciere mai juste ale unui suflu sistolic apical.

După intensitatea suflului cazurile s-au împărțit în 3 grupe: grupa I formată din suflurile de gr. I și II, grupa II formată din suflurile de gr. III și IV și grupa III formată din suflurile de gr. V și VI.

Evoluția suflului a fost apreciată astfel: dispărut, diminuat, nemodificat, intensificat. Aci trebuie să menționăm că, deși intensitatea suflului la prima consultație și intensificarea lui pe parcurs au coincis, în cele mai multe cazuri cu dezvoltarea unei valvulopatii, totuși am avut sufluri de gr. I sau II, staționare, care pînă în urmă au putut fi diagnosticate ca o insuficiență mitrală organică; rezultă prin urmare că intensitatea suflului nu constituie un criteriu suficient, fiind valabilă și situația opusă.

În concluzie: din 503 persoane urmărite timp de 5—15 ani suflul scade din intensitate sau nu se mai aude într-un procent de 13,7%. Este staționar și nu apar alte modificări clinice sau de laborator într-un procent de 55,67%, iar într-un procent de 12,33% apare o insuficiență mitrală organică. În 12,32% apar și semnele unei stenoză mitrale. Într-un procent de 2,19%, grație cateterismului cardiac, s-a putut preciza o maladie cardiacă congenitală.

Din cele ce am spus pînă acum nu vrem să demonstrăm, ceea ce de altfel se știe, că RSB în antecedente și un suflu sistolic apical intens sînt criterii importante pentru a presupune existența unei leziuni organice. Dimpotrivă vrem să arătăm că, cu toată coexistența acestor 2 date importante, o valvulopatie organică nu se poate diagnostica după o urmărire de 5—15 ani; în 20 de asemenea cazuri suflul a scăzut din intensitate sau a dispărut.

În grupul cu un suflu de intensitate de gr. I—II și fără RSB în antecedente un singur caz a evoluat din 1957 spre o valvulopatie organică.

Dacă am încerca să sintetizăm datele de laborator putem spune că în general, examenul ECG este cel mai precoce, deoarece dă informații în faza de hipertrofie tonogenă a ventriculului stîng, cînd radiologia este nulă. Totuși, acest examen trebuie interpretat cu mult spirit critic, deoarece, uneori modificări la limitele normalului se diagnostichează ca HVS.

Menționăm că examenul radiologic, făcut cum se obișnuște cu bolnavul la distanță mai mică 1 metru, ca și neașezarea lui în poziție corectată, în caz de deformări ale cuștei toracice sau ale coloanei vertebrale, constituie sursa principală a frecventelor erori ce se întîlnesc în aprecierea configurației și volumului camerelor inimii.

Trei bolnavi au fost internați fiind necesar cateterismul cardiac pentru precizarea diagnosticului. În toate trei cazurile s-a practicat cateterismul transeptal stîng

și în două din aceste cazuri s-a putut confirma existența unei insuficiențe mitrale organice.

Concluzii

1. Materialul pe care îl analizează lucrarea prezentă este constituit din 7300 fișe înregistrate la ASCAR, cu prima prezentare a pacienților în perioada 1946—1956 și grupate la indexul „suflu sistolic mitral”.

2. În prima parte a lucrării s-au controlat 4.200 fișe și s-au putut regăsi 503 persoane; toți acești pacienți au fost reexaminați.

3. Din acest lot, 153 au evoluat spre o maladie cardiacă, grupul cu RSB în antecedente dînd o frecvență de 45% maladiei și grupul fără antecedente RSB cunoscut, o proporție de 12,5%.

4. Examenle complementare trebuie interpretate numai în contextul clinic; dintre toate examenle, cel radiologic, deși dă informații mai tardive, este cel mai concludent.

5. Ca și antecedentele reumatice, intensitatea suflului apical deși constituie un criteriu important, nu implică obligator o valvulopatie.

6. În această primă parte a lucrării reiese dificultatea cu care se poate preciza unei natură unui suflu sistolic mitral.

7. Cum un suflu sistolic apical se întîlnește frecvent la persoane sănătoase, mai ales la copii și tineri, stabilirea unor criterii juste de diagnostic și răspîndirea lor în masa medicală, are un aspect social, împiedicîndu-se invalidarea unui număr important de persoane numai prin simpla constatare a acestei particularități stacustice.

Sosit la redacție: 18 iunie 1962.

Bibliografie

1. ARKUSKII I. I.: Roentgendiagnostica bolezni serdca i sosudov, Medgiz, Moscova (1948);
2. BRIDGEN Q., LEATHEM G.: Mitral Incompetence Brit. H. J. (1953), 15, 55;
3. DUTREY D., DRAKE F.: Preoperative Diagnosis of Acquired Valvular Disease; 4. C. C. ILESCU și colab.: Bolile aparatului circulator, Ed. Med. (1949);
5. IVANIȚCAIA I. M.: Semnele radio-funcționale ale insuficienței mitrale. Terap. Archiv. (1960), 38, 5;
6. KUTTNER L., MARKOWITZ: The Diagnosis of Mitral Insuf. Am. H. J. 35, 718 (1948);
7. KYELLBERG M., WALMSTROM G., RUDHE V.: The diagnosis of Mitral Insuf. Am. H. J. (1955), 49, 719;
8. Medicina Internă Vol. IV, (1957), 233—238, Ed. Med;
9. MIHAILESCU V., MALIȚCHI E.: Stenoza Mitrală, Ed. Medicală, (1956), București;
10. SOLIMANOVA E. I.: Terap. Archiv (1960) 7;
11. SAVCENCO V. I.: Terap. Archiv. Vol. 732, 7;
12. THEODORESCU E. și colab.: Cardiologia (1960), I, 501—515. Ed. Med.;
13. WOOD P.: Diseases of the Heart and Circulation, Ed. Eyre și Spottwood, London (1960), 502—515;
- ZINSSER J., KAY B.: The Straining Procedure as an Aid in the Anatomic Localisation of Cardiovascular Murmurs and Sounds Circulation (1950), vol. I, 523.