

INFARCTE MIocardICE NEREGUNOSCUte CLINIC

E. Olosz, I. Máthé

Din procesele-verbale de necropsie ale Institutului de anatomie patologică din Tg. Mureş reiese că în ultimii 12 ani (1950—1961) au fost autopsiate 13 cazuri de infarcte miocardice nerecunoscute clinic.

1. A. G. bărbat de 55 de ani, a fost în tratament clinic pentru hipertensiune arterială, astm cardiac, crize repetate dar scurte de angină pectorală. Electrocardiograma (numai derivații standard) nu prezintă semne specifice de infarct. Peste 2 săptămâni apar din nou accese de dispnee paroxistică, asociate cu edem pulmonar și halucinații. Bolnavul moare în urma unui edem pulmonar. Diagnosticul clinic: ateroscleroză generalizată, scleroză coronariană, insuficiență cardiacă. La necropsie se mai constată și un infarct al peretelui anterior. Infarctul nefiind prea extins electrocardiograma ar fi fost pozitivă numai în derivații precordiale.

2. P. S. de 45 de ani diabetic se află în tratamentul Clinicii chirurgicale cu abces prostatic, carbuncul, gangrenă aterosclerotică a membrului inferior dr., septicemie. Nu prezintă dureri în regiunea cordului și nici nu e examinat electrocardiografic. Apare o acidoză diabetică; moartea survine în comă. La autopsie, pe lângă confirmarea diagnosticului clinic, se mai constată și un infarct miocardic recent.

3. B. J. bărbat de 79 de ani, e internat cu semne de insuficiență cardiacă cronică. Nu are angină tipică, ci numai o senzație de apăsare în regiunea cordului. Electrocardiograma (numai derivații standard) prezintă semnele unui voltaj mic și prelungirea timpului de conducere atrio-ventriculară. Bolnavul decedează din cauza unui edem pulmonar. Clinica pune diagnosticul de insuficiență coronariană și cardioscleroză decompensată. La autopsie se constată două infarcte cicatrizate ale peretelui anterior și o tromboză recentă a arterei coronariene drepte, fără semne de necroză a miocardului. Semnele infarctelor cicatrizate ale peretelui anterior nu puteau să apară decât în derivații precordiale, nefiind extinse. Prolungirea timpului de conducere poate fi atribuit trombozei recente a arterei coronariene drepte.

4. M. P. bărbat de 64 de ani a fost în tratament clinic, cu bronhopneumonie. Se pune și diagnosticul de boală mitrală pe baza unui suflu sistolic-diastolic la vârful inimii. Moare în urma unui colaps și șoc — atribuit pneumoniei. Bolnavul nu avea dureri în regiunea cordului și nu a fost examinat electrocardiografic. La autopsie se confirmă bronhopneumonia, în schimb în loc de boală mitrală se constată un aneurism cardiac instituit pe baza unui infarct vechi, plus un infarct recent al peretelui posterior.

5. Sz. A. de 77 de ani a fost în tratament urologic cu hipertrofiie prostatică, retenție completă a urinei, septicemie stafilococică. Neavînd dureri cardiace, nu se recurge la electrocardiografie. La autopsie, pe lângă confirmarea diagnosticului clinic, se mai constată și un infarct recent al peretelui posterior.

6. D. M. — O bolnavă de 78 de ani, se internează la neurologie în stare comatoasă apărută în urma unei hemiplegii drepte și afazii. Tensiunea arterială la internare e de 190/120 mm. Hg. Se suspectează o apoplexie sau eventual tromboză cerebrală. Moartea se produce în 24 de ore. La autopsie, pe lângă apoplexie și encefalomalacie, se mai constată și un infarct hemoragic al miocardului.

7. B. A. o bolnavă de 63 de ani, e internată cu tumoare malignă a uterului, la care s-a asociat o cisto-pielo-nefrită cronică. Electrocardiograma (numai derivații standard) e interpretată ca negativă. E drept că segmentele ST și undele T nu sînt caracteristice, dar unda Q în derivația a treia e mai largă (0,05 sec) fără ca să fie prea profundă (circa 20% din amplitudinea undei R). La necropsie, pe lângă teratomul malign

al uterului și scleroză renală, se mai găsește și un infarct recent postero-inferior, interesând și porțiunea posteroară a septului interventricular.

8. N. K. bărbat de 45 de ani, a urmat un tratament pentru ulcer duodenal. Se internează, fiind suspect de ulcer perforat: dureri epigastrice însoțite de o apărare musculară tipică. Radioscopic nu se constată aer în cavitatea abdominală. La patru ore după apariția durerilor curba electrocardiografică (derivații standard și precordiale) nu prezintă semne caracteristice de infarct. Tahicardia, colapsul, leucocitoza, dată fiind intensificarea apărării musculare și a melensimului sînt interpretate ca semnele unei perforații. Decesul survine după laparotomie. La necropsie: infarct al peretelui posterior.

9. B. K. — o bolnavă în vîrstă de 75 de ani a urmat tratament clinic, cu diagnosticul de boală mitrală, fibrilație atrială, hipertensiune arterială, ateroscleroză generalizată, scleroză coronariană, insuficiență circulatorie. La autopsie se constată scleroza valvulelor neutrale, un infarct cicatrizat al peretelui anterior.

10. B. R. — o femeie de 38 de ani — se internează cu boală nutrală și endocardită bacteriană subacută, decompensare cardiacă. În urma unor accese de dispnee, cianoză și colaps, se suspectează o embolie pulmonară. Autopsia confirmă diagnosticul clinic, inclusiv infarctul pulmonar bănuît, punînd în evidență și existența unei flebotromboze a venei femorale. Surprizele necropsiei sînt cele două infarcte miocardice ale peretelui anterior — unul cicatrizat, celălalt recent. Aceste infarcte sînt cu atît mai neașteptate, cu cît bolnava avea numai 38 de ani, iar arterele coronariene nu prezentau semne de ateroscleroză. S-au constatat și infarcte renale. E posibil, ca infarctul miocardic să fi fost urmarea unor embolii coronariene datorite endocarditei lente.

11. T. I. bolnav de 72 de ani, este internat cu fenomene de insuficiență cardiacă, fără dureri în regiunea cardiacă. Insuficiența circulatorie fiind ireductibilă, bolnavul moare în primele 24 de ore după internare. Diagnostic clinic: ateroscleroză, cardioccleroză decompensată, emfizem pulmonar cord pulmonar. La autopsie, din elementele diagnosticului clinic nu se confirmă cordul pulmonar, în schimb pe lîngă o cardioccleroză decompensată se mai constată și un infarct recent.

12. G. D. bărbat de 54 de ani, este internat de Clinica de neurologie: ateroscleroză cerebrală, sindrom pseudoneurastemic, boală hipertonică. Nu are dureri precordiale. Decesul survine în mod neașteptat, în urma unei insuficiențe cardiace acute. Cauza morții e descoperită la necropsie: infarct și ruptură a miocardului.

13. V. I. un diabetic în vîrstă de 50 de ani, prezintă în anamneză un infarct al peretelui posterior. Este internat la urologie din cauza unei colici renale. Ia care s-a asociat o hidronefroză, nefrită purulentă stîngă, stare de septicemie. În cursul internării trece printr-o acidoză și comă diabetică. După rezolvarea comei, bolnavul sucombă — în uremie. Electrocardiograma: unda Q în D₃ — rămasă mai profundă încă după primul infarct — arată o creștere minimă în amplitudine, iar T₃ devine negativ, fără ca să aibă un aspect tipic coronarian. Valoarea SGOT-ului, fiind normală, aceste modificări minime nu se interpretează ca un infarct recent. La autopsie, în afară de litiaza renală, nefrită purulentă, septicemie, se constată 3 infarcte ale peretelui posterior: două cicatrizate și unul recent.



Din analiza datelor anatomo-clinice ale celor 13 cazuri de infarct la care diagnosticul precis nu a fost pus decît după autopsie, putem trage următoarele concluzii:

I. *Cauza cea mai frecventă a omiterii diagnosticului este lipsa durerilor tipice.* Din datele cuprinse în foile de observație clinice reiese că durerea nu a fost caracteristică în nici unul din cele 13 cazuri:

Lipsa completă a durerilor	10 cazuri (2, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13)
Dureri de mică intensitate	1 caz (3)
Dureri repetate, de scurtă durată	1 caz (1)
Dureri cu localizare atipică	1 caz (8)

II. O altă cauză frecventă a diagnosticului eronat este existența concomitență a unei alte maladii. Se pare că în majoritatea cazurilor, această coexistență a mascat simptomele caracteristice ale infarctului, în special durerea (cazurile 2, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 13). Din cele 5 cazuri în care boala coronariană, infarctul și insuficiența circulatorie nu s-au asociat altor maladii, numai în 2 au lipsit durerile (11, 12), iar în celelalte 3 numai intensitatea, durata sau sediul au diferit de cele obișnuite (1, 3, 8).

Din cei 13 bolnavi, 7 au fost internați în alte secții decât cele medicale. Acest fapt se datorează în 5 cazuri coexistenței unei boli de altă natură, iar în 2 cazuri greșelii de diagnostic.

III. În lipsa durerilor tipice și a simptomelor clasice ale infarctului, clinicienii nu exploatează în măsură suficientă posibilitățile de diagnostic electrocardiografic. În 8 din cele 13 cazuri nu s-a recurs la examinări electrocardiografice, în 3 curba a fost înregistrată numai în derivații standard și numai în 2 cazuri s-au făcut înregistrări în derivații precordiale, iar în unul din aceste două cazuri examinarea nu a fost repetată.

IV. În lipsa simptomelor tipice nu se recurge nici la probele biologice specifice: activitatea transaminazică a serului nu a fost examinată decât într-un singur caz din cele 13. E de notat că în cazurile nedureroase SGOT-ul poate fi interpretat greșit; necunoscând data precisă a debutului bolii, nu putem fi siguri dacă examinarea a fost făcută sau nu în primele 4—5 zile, și de aceea probele negative nu sînt certe (cazul nr. 13).

V. Infarctele multiple pot determina de asemenea dificultăți în recunoașterea infarctului recent. Din cele 13 cazuri relatate 4 au prezentat infarcte multiple: pe lângă infarctul recent, autopsia a arătat existența a două infarcte vechi în cazul 3 și 13, și a unui infarct cicatrizat în cazul 4, și 10. Se pare însă că multiplicitatea infarctului nu a contribuit la greșeala de diagnostic decât în cazul 13.

VI. Cum s-ar fi putut evita erorile de diagnostic? Noi credem că erorile ar fi putut fi evitate dacă s-ar fi respectat următoarele reguli:

a) Insuficiența circulatorie acută (edem pulmonar și șocul) la persoanele de peste 35 de ani trebuie să trezească suspiciunea unui infarct, chiar dacă edemul pulmonar sau șocul apare în cadrul unei boli care și ea singură ar putea fi cauza acestei insuficiențe circulatorii.

b) În toate aceste cazuri să se recurgă la o examinare electrocardiografică completă precum și la cercetarea activității transaminazice a serului, și aceste examinări să fie repetate.

c) În caz de dureri și apărare musculară localizată în epigastru laparotomia explorativă va fi aminată, dacă radioscopic nu se constată aer în cavitatea abdominală. Dacă electrocardiograma sau SCOT-ul arată o evoluție caracteristică infarctului, se va renunța la intervenția chirurgicală. Se pare că în decurs de 24 de ore, cel puțin una din aceste probe va confirma infarctul, chiar dacă simptomele clinice sînt atipice.

d) În caz de suspiciune a unui infarct nedureros să nu excludem acest diagnostic numai pe baza unui SGOT normal, pentru că nu putem fi siguri că recoltarea serului s-a făcut în cursul acelor câteva zile cînd proba prezintă o pozitivitate certă.

e) Dacă bolnavul are infarct în antecedente și electrocardiograma înregistrată după primul infarct arată unde Q sau QS specifice necrozei, și dacă suspectăm un nou infarct să fie luate în considerare chiar și modificările mici nou apărute ale complexului QRS, în special creșterea profunzimii undei Q. Această modificare poate fi semnul unei noi necroze în vecinătatea celei vechi.

Sosit la redacție: 18 iunie 1962.