

ERORI ÎN DIAGNOSTICUL INFARCTULUI MIOCARDIC CONFRUNTARE ANATOMO-CLINICĂ

E. Olosz, J. Máthé

Studiind 5.321 de cereri și procese verbale de necropsie, cât și foile de observație clinică ale acestor cazuri, în care infarctul miocardic a figurat ca diagnostic clinic sau ca diagnostic anatomo-patologic, și la care am putut constata o neconcordanță de diagnostic, am stabilit următoarele trei categorii principale de erori de diagnostic: A) Infarct miocardic clinic ignorat; B) Diagnostic clinic greșit de infarct și C) Infarct miocardic fără semne anatomo-patologice de necroză miocardică, deci infarct nerecunoscut anatomo-patologic.

A) Infarct miocardic nerecunoscut clinic

Între anii 1950 și 1961 13 cazuri discutate într-o lucrare anterioară (Revista Medicală, 3. VIII. 1962). Aici vom repeta doar câteva concluzii generale asupra motivelor greșelilor de diagnostic. Cele mai frecvente cauze ale ignorării infarctului au fost următoarele:

a) *Lipsa durerilor tipice.* În 10 cazuri tromboza coronariană nu era însoțită de dureri, iar în celelalte trei durerile nu erau tipice, într-un caz localizarea era exclusiv epigastrică, durerile erau de mică intensitate în al doilea, iar în cel de al treilea caz stenocardii erau scurte — de tipul unor angine repetate.

b) *Coezistența unei alte maladii,* care pe de o parte masca durerile, iar pe de altă parte a permis o falsă interpretare a celorlalte semne ale infarctului, ca: scăderea tensiunii, șocul, febra, leucocitoza etc. Din cele 13 cazuri 8 s-au internat din cauza altor boli, ca septicemie, nefrită purulentă asociată unei colici nefretice, anurie postrenală cu sindrom uremic, hemoragie cerebrală, comă diabetică, pneumonie, etc. Din cele 13 cazuri patru au trecut prin intervenții chirurgicale și se pare că la trei operația a precedat instalarea trombozei coronariene (infarct miocardic postoperator).

c) *Din lipsa de simptome clinice tipice, bănuiala de infarct s-a omis și nu s-a recurs la explorări electrocardiografice complete, nici la probe biologice „specifice“.* Prova cu transaminază nu a fost efectuată decît la un singur caz din cele 13; tot acest caz a fost singurul la care electrocardiograma a fost înregistrată în 12 derivații, dar nici electrocardiograma și nici proba cu transaminază nu au fost reпе-

tate în timp. Menționăm, că valorile normale ale probei cu transaminază în cazurile de infarct nedureros nu pot exclude diagnosticul, deoarece nu avem nici un indiciu că recoltarea singelui se face în acele 4—5 zile în care valorile transaminazei sînt ridicate. Din cauza nerespectării acestui principiu, pe cererea de necropsie a acestui caz figurează diagnosticul de „stare după infarct”. La necropsie — pe lângă semnele a două infarcte vechi, vindecate — s-a constatat și un infarct recent.

Menționăm de asemenea, că la majoritatea covârșitoare a acestor cazuri, infarctul constatat la autopsie era o complicație asociată altei boli grave, și că nu infarctul ci uremia, septicemia, coma diabetică, etc. erau cauzele directe ale morții. Se pune totuși întrebarea, cum am putea evita în viitor astfel de erori de diagnostic? Se pare, că la majoritatea celor 13 cazuri de infarct ignorat nu s-ar fi comis greșeala, dacă s-ar fi respectat următoarele principii:

1. — *Insuficiența circulatorie acută (șocul, precum și edemul pulmonar) trebuie să trezească suspiciunea unui infarct miocardic la orice persoană peste 40 de ani, chiar dacă aceste simptome apar în cadrul unei boli, care și ea singură ar putea fi cauza insuficienței circulatorii* (intervenții chirurgicale, septicemii, infecții grave, comă diabetică, accidente vasculare cerebrale etc.). S-ar părea că în unele cazuri șocul este *factorul declanșant* și nu efectul trombozei coronariene.

2. — *În caz de suspiciune de infarct să recurgem la explorarea electrică completă a cordului (12 derivații), precum și la probele biologice enzimactice (transaminază, etc.).* Electrocardiografia trebuie repetată cel puțin din 2 în 2 zile, iar proba cu transaminazemie zilnic, în prima săptămîină a bolii.

B) Diagnostic clinic greșit de infarct miocardic

În 33 cazuri diagnosticul clinic al infarctului a fost infirmat la necropsie. Din aceste 33 cazuri în 20 infarctul figura cu semnul întrebării în cererea de autopsie, se pare că numai în 13 cazuri lipsa trombozei coronariene a reprezentat o adevărată surpriză. Menționăm că în studiul nostru am luat în considerare exclusiv diagnosticul clinic din cererea de autopsie, diagnosticul din foile de observație fiind pus, de obicei, după confruntarea anatomică. Foile de observație le-am studiat numai pentru căutarea acelor momente, care au putut induce în eroare pe clinician. Într-un procent relativ mare al cazurilor am avut impresia că „infarctul miocardic” era un diagnostic post mortem, bolnavul nu fusese imobilizat, nu primise anticoagulante. Se pare că diagnosticul de „infarct” este adesea un „mod de prevenire a surprizelor anatomo-patologice” pentru infarctul ignorat.

Diagnosticul greșit de infarct a fost pus mai frecvent la următoarele categorii de bolnavi:

a) bolnavi aterosclerotici, suferind de boală coronariană, la care decesul a survenit în urma unei insuficiențe cardiace (18 cazuri);

b) bolnavi mai în vîrstă, cu valvulopatii, care au decedat în urma unei insuficiențe cardiace acute (6 cazuri);

c) cazuri de cord pulmonar acut (4 cazuri, dintre care 3 embolii pulmonare și 1 tromboză a arterei pulmonare);

d) pericardită (2 cazuri).

Cauza cea mai frecventă a erorii de diagnostic a fost interpretarea exagerată sau neîntemeiată a traseelor electrocardiografice în hipertrofii ventriculare sau alte cardiopatii cu semne electrocardiografice nespecifice.

Dacă am lua în considerare numai acele cazuri în care infarctul figurează fără semnul întrebării în diagnosticul din cererea de autopsie (13 cazuri), s-ar părea că diagnosticul greșit al infarctului este aproximativ tot atît de frecvent în practica medicală ca ignorarea infarctului. Impresia aceasta este greșită. Un studiu anatomo-clinic nu poate reflecta fidel statistica erorilor de diagnostic clinic, deoa-

rece numai acele cazuri ajung la necropsie, care pe lângă un diagnostic fals de infarct, mai au și o altă boală gravă, letală. Sintem convinși, că în stadiul actual cea mai frecventă greșeală de diagnostic în privința infarctului este eroarea în sens pozitiv, adică falsul diagnostic de infarct.

Cum ar putea fi evitate aceste erori? În primul rînd printr-un interogatoriu minuțios, iar în al doilea printr-o mai largă popularizare a criteriilor de diagnostic electrocardiografic al infarctului, insistîndu-se în special asupra diagnosticului diferențial al semnelor de hipertrofie ventriculară și infarct miocardic.

C) Infarct miocardic nerecunoscut anatomo-patologic

În 6 cazuri am avut impresia, că diagnosticul clinic de infarct era just, deși la necropsie nu s-a confirmat acest diagnostic. În toate aceste 6 cazuri bolnavul a sucombat în primele 24 ore ale unui sindrom clinic corespunzător infarctului miocardic. În 3 cazuri electrocardiograma a confirmat diagnosticul, în celelalte 3 bolnavii au decedat înainte de efectuarea înregistrării electrocardiografice. Necropsia în nici unul din aceste cazuri nu a descoperit vre-o altă boală gravă, care ar fi explicat sindromul clinic, sau care ar fi motivat moartea subită.

Semelele macro- și microscopice ale necrozei miocardului apar abia la 24—48 ore după instalarea trombozei coronariene și a infarctului miocardic. Este deci ușor de înțeles că și diagnosticul anatomo-patologic are surse de eroare.

Cum s-ar putea reduce numărul greșelilor de diagnostic anatomo-patologic? În primul rînd printr-o mai minuțioasă examinare a vaselor coronariene, înțelegînd prin aceasta și radiografia cordului după o prealabilă perfuzie a coronarelor cu soluție de contrast (arteriografie coronariană post mortem). În al doilea rînd prin folosirea curentă a unor metode histochemice, care decelează necrozele miocardice în cazurile în care pacientul supraviețuiește cel puțin 5 ore după infarct.

Concluzii

Studiind formele și cauzele erorilor în diagnosticul infarctului miocardic, prin metoda confruntărilor anatomo-clinice ajungem la următoarele constatări:

1. Majoritatea greșelilor de diagnostic se încadrează în una din următoarele categorii; a) infarct miocardic clinic ignorat; b) diagnostic fals de infarct; c) infarct nerecunoscut la autopsie.

2. Dintre aceste trei tipuri de greșeli cea mai frecventă este eroarea în sens pozitiv, deci diagnostic fals de infarct (33 de cazuri), urmată fiind de infarct clinic ignorat (13 cazuri) și de infarct nerecunoscut anatomo-patologic (6 cazuri dintre care 3 sigure și 3 probabile).

3. — Motivele principale ale ignorării clinice sînt lipsa durerilor tipice și coexistența altor maladii grave. Cazurile studiate indică o frecvență relativ mare a infarctului apărut, în urma unei insuficiențe circulatorii acute: 3 cazuri în care infarctul s-a instalat după intervenția chirurgicală, în altele după septicemiei, uremii postrenale, comă diabetică, pneumonie, etc. Aceste infarcte ar putea fi diagnosticate, dacă în toate cazurile de insuficiență circulatorie acută, la persoanele peste 40 de ani, s-ar recurge la explorări electrocardiografice și enzimactice repetate.

4. — Diagnosticul fals de infarct miocardic se datorește frecvent interpretării exagerate a unor modificări electrocardiografice (hipertrofie ventriculară sau modificări nespecifice).

5. — Cazurile de infarct sucombrate în primele ore pot rămîne nedescoperite la necropsie. Diagnosticul anatomo-patologic al acestor cazuri necesită arteriografie coronariană post mortem, precum și utilizarea unor metode histochemice pentru decelarea necrozei miocardice.

Sosit la redacție: 22 octombrie 1964.