

DIFICULTĂȚI DE DIAGNOSTIC ÎN INFARCTUL PULMONAR

Lygia Ursace, Șt. Monoki, M. Horga

Din publicațiile ultimilor ani reiese că infarctul pulmonar este mult mai frecvent decât se presupunea în trecut, dar diagnosticarea sa este destul de dificilă, datorită aspectelor atipice care pot simula afecțiuni diferite.

În diagnosticul clinicianul este ajutat de prezența în anamneza bolnavului a unei cardiopatii, tromboflebite, traumatism sau intervenții chirurgicale care pot sugera posibilitatea unui infarct, dar în lipsa acestora, crorile pot fi frecvente.

În practica zilnică se observă frecvent forme oligosimptomatice sau asimptomatice. Triada clasică a junghiului însoțit de tuse și hemoptizii, este de multe ori absentă. Pe 104 cazuri autopsiate, Crews și Jacobs (4) găsesc aceste 3 simptome numai în 14,4%. Stern și colab. arată că simptomele respiratorii sunt prezente doar în 40% a cazurilor, iar în rest infarctul pulmonar imită afecțiuni ale cordului, abdomenului și chiar ale sistemului nervos.

Nu există simptome patognomonice care să indice un diagnostic de certitudine și nici teste de laborator specifice. Modificările curbei ECG reflectă supraîncărcarea cordului drept care însoțește hipertensiunea acută din mica circulație, dar și acestea sînt de cele mai multe ori absente sau pledează pentru o leziune a miocardului (8).

Radiologic infarctul pulmonar se manifestă în primele ore sau în anumite cazuri numai la câteva zile. Aspectul tipic de umbră piramidală, cu baza spre periferie și vârful spre hil, se întâlnește foarte rar. Mai frecvent apar imagini cu totul necaracteristice, în deosebi în faza precoce, astfel încît infarctul poate fi ușor confundat cu alte afecțiuni pulmonare. Cele 3 cazuri pe care le prezentăm, sînt edificatoare și din ele se pot trage câteva concluzii utile.

Cazul nr. 1. V. I., bolnav în vîrstă de 39 ani. Dg. clinic: boală mitrală cu predominanța stenozei, fibrilație atrială. Se internează pentru o lipotimie urmată de hemoptizie, dispnee și febră. Bănuim un infarct-pneumonie și tratăm bolnavul în consecință. Prezența febrei, care reapare după încetarea tratamentului, a splenomegaliei, hipergamaglobulinemiei și a VSH-ului accelerat, ridică suspiciunea unei endocardite bacteriene subacute și se instalează un tratament cu antibiotice. Două luni mai tîrziu bolnavul acuză brusc o dispnee accentuată, însoțită de junghi la baza dreaptă, unde se percep și frecături pleurale. Se instalează un edem pulmonar acut.

Examenul radiologic pune în evidență o opacitate de intensitate moderată, difuz delimitată, însoțită de hipomobilitatea diafragmului drept (fig. 1). A doua zi bolnavul sucombă.

Autopsia confirmă valvulopatia mitrală, dar infirmă endocardita bacteriană subacută. În atrul drept și în urechiușa stîngă se găsesc trombi extinși și numeroase infarcte hemoragice în diferite stadii evolutive la nivelul ambilor lobi inferiori, cu o pleurită fibrinoasă în dreapta.

Cazul nr. 2. K. I., bolnavă în vîrstă de 17 ani. Se află sub observație în clinica noastră pentru o cardiopatie cu caracter refractar la orice tratament. Tabloul clinic a fost dominat de simptomatologia unei insuficiențe mitrale, cu insuficiența inimii drepte și o tachicardie pronunțată. A prezentat stări febrile și o tromboflebită a gambei drepte care a cadat rapid după administrarea Butamidului.

Cu ocazia unei examinări radiologice efectuate incidental, în lipsa oricărei simptomatologii respiratorii subiective și a febrei, în lobul mijlociu al pulmonului drept s-a văzut o opacitate rotundă, de intensitate costală, însoțită de reacția scizurii interlobare (fig. 2 și 3). În urma unui consiliu cu ftiziologii s-a instituit un tratament tuberculostatic. Șapte săptămîni mai tîrziu, bolnava a acuzat brusc

un junghi violent în hemitoracele drept, însoțit de cianoză și hemoptizie, care s-au exacerbat rapid și bolnava a succumbat în insuficiență cardiacă.

Autopsia a pus în evidență un cord bovin, fără leziuni valvulare sau congenitale, dar microscopic s-a văzut o miocardită difuză atipică. De asemenea era prezentă o flebotromboză a venelor cefalice subclaviculare, jugulare și brachiocefalice stîngi. În lobul mijlociu drept se află multiple infarcturi vechi cu ciroza acestui lob și un infarct recent al lobului superior.

Cazul nr. 3. C. C., bolnavă în vîrstă de 57 ani. Dg. de internare: boală mitrală în stare decompensată, pleurezie exudativă dreaptă. La internare bolnava a prezentat fenomene de insuficiență respiratorie care s-au ameliorat după efectuarea puncției pleurale. Bolnava a fost afebrilă, cu un VSH moderat accelerat și cu o leucocitoză marcată. La 3 zile de la internare a acuzat în mod subit o dispnee însoțită de junghi toracic și urmată de instalarea unui pneumotorace spontan care s-a confirmat radiologic.

Examenul radiologic la internare a pus în evidență numai prezența unui revărsat pleural masiv în dreapta, complicat ulterior cu un pneumotorace spontan. Abia după efectuarea puncției s-a văzut un infiltrat dens, localizat perihilar în dreapta. Interpretarea imaginii a fost dificilă, atît din cauza unor bride, cit și a aerului din cavitatea pleurală, care au realizat aspectul unor imagini hidro-aerice suprapuse (fig 4 și 5).

După un tratament cu antibiotice, cardiotonice și Cortizon, bolnava s-a ameliorat mult, dar la cîteva săptămîni a prezentat un ncu junghi, tot la dreapta, urmat de edem pulmonar și deces la cîteva ore.

Autopsia a pus în evidență o boală mitrală cu tromboza urechiișei drepte și infarct miocardice inveterate. În lobul inferior drept s-a văzut un infarct anemic vechi și un infarct hemoragic extins și recent al lobilor inferiori și mijlociu drept.

Discuții

Dintre cazurile prezentate numai la cazul nr. 1 am găsit un tablou clinic tipic, imaginea radiologică nefiind însă tipică pentru un infarct și pledînd mai degrabă pentru un infiltrat pneumonic.

La al doilea bolnav, examenul radiologic este acela care descoperă modificarea din parenchimul pulmonar. Aspectul necaracteristic al umbrei și lipsa simptomatologiei unei pneumopatii acute au îndreptat însă atenția spre un proces specific — dată fiind și vîrsta bolnavei — și suspiciunea infarctului s-a ivit numai în perioada ante finem.

La ultimul caz, debutul imbolnăvirii a fost cel al unei pleurezii exudative care a mascat prezența infarctului. Această evoluție neobișnuită a fost răspunzătoare de interpretarea variată pe care au dat-o imaginii radiologice mai mulți specialiști radiologi care au examinat bolnava în diferite stadii ale bolii: 1. Pleurezie exudativă dreaptă; 2. Sindrom Chilaiditi (interpoziția colonului drept), pentru excluderea căruia a fost executată o irigoscopie; 3. Pneumhidrotorace; 4. Scizurită + Pneumotorace; 5. Infarct? Pneumonie?

Privite retrospectiv, cele trei cazuri prezintă unele elemente care ar fi putut sugera posibilitatea infarctului și anume:

cei trei bolnavi erau toți cardiaci; se știe că la cardiaci, și în special la cei decompensați, tromboemboliile pulmonare sînt frecvente, după White ele survin în 30% a mitralilor decompensați (5,7%). La toți bolnavii noștri s-a produs o agravare bruscă a stării circulației; or, din datele literaturii (12) rezultă că uneori acesta poate fi singurul indiciu al prezenței unui infarct la cardiaci decompensați.

Febra — prezentă la doi dintre bolnavi — este un alt simptom, dar ea a fost atribuită într-unul din cazuri endocarditei bacteriene subacute, iar în celălalt, unui proces bacilar, deși după Godette (12), cauza cea mai frecventă a febrei la cardiaci este infarctul pulmonar.

LIGIA URSACÉ ŞI COLAB.: DIFICULTĂŢI DE DIAGNOSTIC ÎN INFARCTUL PULMONAR



Fig. nr. 1.



Fig. nr. 2.



Fig. nr. 3.



Fig. nr. 4.



Fig. nr. 5.

La nici unul dintre bolnavi aspectul radiologic nu a îmbrăcat forma clasică a infarctului pulmonar. La toți însă opacitatea apare pe un pulmon preexistent de stază și pe lângă o configurație patologică a cordului (la doi dintre bolnavi cord mitral și la al treilea cord bovin). Opacitatea se localizează în două cazuri la lobi inferiori, în imediata apropiere a pleurei, localizare care concordă cu datele literaturii.

Pleura este cointeresată la toți bolnavii, la unul fiind prezentă o pleurită diafragmatică, la altul o reacție a scizurei interlobare, iar la al treilea un revărsat pleural masiv.

Anatomopatologic este de remarcat faptul că în toate trei cazurile a fost vorba de infarcte multiple, în diferite stadii evolutive, și cu localizări în mai mulți lobi ai aceluiași sau ai ambilor pulmoni, fapt iarăși frecvent întâlnit la cardiaci.

În 20% a cazurilor de embolie pulmonară, infarctul lipsește. Modificările pulmonare pot fi deci radiologic cu desăvârșire absente. Alteori se observă o hipertransparență pulmonară în zona alterată, cu hiperemia compensatorie a cîmpurilor pulmonare supraiacente.

Un semn căruia i se acordă o semnificație aproape patognomonică, fiind prezent în $\frac{2}{3}$ ale cazurilor, este bombarea arcului pulmonar care se produce brusc, ceea ce reiese din radiografiile comparative (9). Trunchiul arterei pulmonare este porțiunea cea mai distensibilă a cordului, de aceea se consideră că modificările sale de formă și configurație sînt o oglindă fidelă a presiunii și debitului pulmonar. Apariția bruscă a unei bombări a arcului pulmonar, care nu este însoțită de nici o coafectare a parenchimului pulmonar, este un semn aproape sigur de embolie pulmonară, un „simptom cheie” în diagnosticul radiologic al acesteia.

În cazurile în care infarctul pulmonar este prezent, radiologic aceasta se manifestă mai des prin opacități de aspect foarte variat, atît ca formă cit și ca intensitate. După *Stern* și colab. (8) cele mai frecvente imagini întîlnite în infarctul pulmonar, sînt:

1. opacități omogene, de dimensiuni moderate, foarte asemănătoare cu cele din pneumonii, și

2. opacități liniare la suprafața pleurei, asociate cu revărsat pleural.

În centrul acestor opacități poate apare foarte rar o excavare, produsă de o necroză sau de un abces. Aceasta însă nu se consideră aproape niciodată ca infarct, dată fiind lipsa simptomatologiei tipice clinice și electrocardiografice.

De regulă infarctele pulmonare sînt aproape întotdeauna însoțite de reacția pleurei din apropiere, fie sub formă de exudate, fie, mai rar, sub forma unor pleurezii fibrinoase.

Unele infarcte zac chiar pe scizură și se observă mai bine în incidențele laterale. Un alt semn prezent, uneori unicul, este ridicarea sau săltarea diafragmului de partea coafectată a plămînilui (8).

Este importantă urmărirea ulterioară a evoluției umbrei care crește în zilele următoare în intensitate, devenind mai densă din cauza procesului de organizare. Conturul ei devine mai net.

Uneori resorbția umbrei se face încet, timp de mai multe săptămîni, după care se resoarbe, sau lasă adesea sechele ca: îngroșări pleurale, fibroze localizate, umbre scizurale liniare.

Eroarea cea mai frecventă pe care o comite radiologul în interpretarea infarctelor pulmonare atipice, este confundarea lor fie cu bronchopnemoniile, fie cu pleurezia exudativă, mai ales acolo unde opacitățile apar pe un pulmon îndemn și în lipsa unei configurații patologice a cordului.

Alte confuzii se fac cu tumorile bronchogene care sînt cazuri destul de frecvente. Pe o observație de 6 cazuri de infarcte pulmonare atipice (*Yogesch* și colab. 13), arată că la 2 bolnavi intensitatea anormală a umbrei a dus la diagnosticul eronat de cc bronchogen, care a fost infirmat numai pe masa de operație, respectiv autopsye.

Infarctul pulmonar mai poate fi confundat cu abcesul și tuberculoza pulmonară. După o serie de autori, 10% din infarctele pulmonare, mai ales formele cavitare, se localizează în lobii superiori. Infarctul excavat este totuși o formă rară și se confundă aproape întotdeauna cu tuberculoza pulmonară. În lipsa anamnezei și a tabloului clinic tipic, această confuzie este aproape o regulă.

Concluzii

1. Infarctul pulmonar este mult mai frecvent decît se credea în trecut, dar recunoașterea sa nu este întotdeauna posibilă, din cauza manifestărilor clinice și radiologice atipice, de care va trebui să se țină seama.

2. Triada clasică a junghiului toracic, însoțit de hemoptizie și tuse, este numai uneori prezentă. Formele oligo-simptomatice și asimptomatice sînt mult mai frecvente.

3. Aspectul radiologic variază îndreptățește radiologul să ridice și posibilitatea unui infarct în prezența oricărei umbre care se localizează în cîmpurile pulmonare inferioare sau mijlocii, producînd reacția pleurei, aceasta chiar și în lipsa tabloului clinic caracteristic.

4. Deoarece infarctul nu dă întotdeauna imagine radiologică în primele 24 ore, este necesară repetarea radioscopiei și completarea ei cu radiografia în serie.

5. Diagnosticul infarctului pulmonar, respectiv confirmarea acestuia, necesită o strînsă colaborare între clinician și radiolog.

Sosit la redacție: 2 iulie 1965.

Bibliografie

1. ARENDT J., ROSENBERG M.: Amer. J. Roentg. (1959), 81, 245; 2. BOHM G., KUHNE O.: Lungeninfarkt. Fortschr. Röntgenstrahlen (1926), 34, 302; 3. COOLEY N. R.: Amer. J. Roentg. (1964), 86, 693; 4. CREWS A. H., IACOBS M. L.: Excerpta Med. Cardiovasc. (1964), 163; 5. FRIEDBERG C. K.: Diseases of the heart. Philadelphia. Saunders Comp. (1956); 6. KOHLMANN G.: Lungeninfarkt. Fortschr. Röntgenstrahlen (1924), 32, 1; 7. MINCU I., GEORGESCU R., GEORGESCU GH. Viața Medicală (1959), 8, 705; 8. STERN G. N., JEN TI CHEN, GOLDSTEIN F., ISRAEL H. L., KINKELSTEIN: Amer. J. Roentg. (1959), 81, 255; 9. TEPLICH J. G., MARVIN E., HASKIN E., STANLEY B.: Amer. J. Roentg. (1964), 86, 557; 10. TESSA MORREL, TRUELOWE S. C., BARR A.: British Med. J. (1963), Oct. 830; 11. UNVERZAGT W.: Organisierter Lungeninfarkt. Fortschr. Röntgenstrahlen (1927), 36, 842; 12. VOTCEAL B. E., MAGARINIK H. A.: Kliniceskaia Medițina (1959), 12, 37; 13. YOGESCH A., ARORA YC., LYONS H., CANTOR P.: Amer. Rev. Resp. Dis. (1960), 82, 232.