

STUDII ȘI OBSERVAȚII CLINICE

Clinica medicală nr. II din Cluj (cond. prof. dr. V. Gligore, doctor-docent)

PARTICULARITĂȚILE CLINICE ALE INSUFICIENȚEI CARDIACE LA OBEZI

dr. V. Gligore, dr. I. Ivanciuc, dr. H. Boloșiu

Deși în literatura medicală există multe studii consacrate obezității (OB.), când este vorba despre insuficiența cardiacă (IC) la obezi, aceasta se rezumă la descrierea sindromului Pickwick ca și expresie a cardiopatiei specifice obezului. În realitate la bolnavii cu OB. putem întâlni toate formele de IC: stîngă, dreaptă, și globală, cărora OB. le imprimă particularități clinice, patogenetice și terapeutice.

Rolul care revine OB. în determinismul diferitelor forme de IC este controversat și nu există consens unanim în acest domeniu. Orice studiu consacrat relațiilor dintre OB. și cardiopatiile decompensate funcționale, trebuie să răspundă următoarelor probleme:

- există o cardiopatie a OB. solitară capabilă să evolueze spre IC în absența altor factori morbizi?
- în prezența asociațiilor morbide cu potențial patologic cardiovascular, care este rolul OB. în declanșarea decompensării?
- delimitarea frontierei dintre acuzele cardiovasculare ale obezului cu cord indemn și manifestările de IC.

Cu scopul de a aduce o contribuție la elucidarea acestor probleme, în prezenta lucrare ne-am propus să studiem de pe poziții clinice, formele de IC întâlnite la bolnavii cu OB., încercînd să răspundem întrebării: care este rolul OB. în determinismul cardiopatiilor decompensate și care sînt particularitățile clinice ale acestora la obezi?

Material și metodă

Materialul clinic este alcătuit dintr-un lot de 200 de bolnavi obezi, observați în Clinica medicală nr. II din Cluj. Bolnavii au fost studiați clinic, biologic, radiologic și electrocardiografic. Au fost luate în considerare următoarele elemente: tipul etiopatogenic de OB. ca și forma și gradul acesteia, asociațiile morbide existente (cu referire specială la bolile cu potențial patologic cardiovascular: hipertensiunea arterială esențială, ateroscleroza și diabetul zaharat), starea cordului definită clinic, radiologic și E C G, precum și forma clinic manifestă de IC, respectiv insuficiența ventriculară stîngă, insuficiența ventriculară dreaptă și insuficiența globală.

În aprecierea tipului etiopatogenic de OB. ne-am ghidat după lucrările lui Duncan, iar forma clinică a fost încadrată după clasificarea lui J. Vague. După valoarea excesului ponderal au fost stabilite trei grade: OB. gradul I (moderată) cu plus ponderal sub 25 %, OB. gradul II (medie) cu plus ponderal între 25—50 % și OB. gradul III cu plus ponderal de peste 50 %. În absența asociațiilor morbide OB. a fost considerată factor cauzal de cardiopatie și de IC, în restul cazurilor (cu asociații) OB. a fost luată în considerare ca factor adjuvant în determinismul cardiopatiei și al decompensării acesteia.

Rezultate

Din totalul celor 200 de cazuri de OB., 50 (25 %) au evoluat cu tabloul clinic al IC. Tipurile de OB. întâlnite în aceste cazuri sînt redată în fig. nr. 1. Se observă o netă predominanță a sexului feminin: 33 de cazuri (66 %), față de 17 cazuri la bărbați (34 %).

Dintre bolnavii la care s-a putut determina tipul etiopatogenic al OB., majoritatea se situează în cadrul OB. mixte. Ca formă clinică în 80 % din cazuri OB. a fost difuză, generalizată, în 10 % de tip ginoid și în 10 % de tip android.

Tabelul nr. 1. ilustrează raportul dintre OB. și asociațiile morbide. Din totalul de 50 de cazuri numai 4 (8 %) au avut OB. simplă, neasociată, solitară; la restul de 46 (92 %) OB. fiind asociată cu două sau trei din bolile menționate ca avînd potențial patologic cardiovascular.

Tabelul nr. 1

Numărul cazurilor în raport cu asociațiile morbide

Sexul	Obezitate simplă (neasociată)	Obezitate cu H și A	Obezitate cu H, A, D	Total
B	—	9	8	17
F	4	19	10	33
Total	4	28	18	50

Tipurile de IC sînt redată în fig. nr. 2. Se observă că insuficiența globală este prezentă în 43 de cazuri (86 %), insuficiența ventriculară stîngă în 5 (10 %), și insuficiența ventriculară dreaptă numai în 2 cazuri (4 %). Dacă se raportează tipurile de IC la gradul de OB. (fig. nr. 3), reiese că nu există o corelație concordantă între gradul de OB. și IC, cele mai multe cazuri situîndu-se în gradul II (68 %).

Pe materialul nostru de studiu, OB. poate fi incriminată ca factor cauzal al cardioaptiei și al decompensării acesteia numai în 2 cazuri (4 %), în restul de 48 (96 %), ea figurînd numai ca factor adjuvant în determinismul morbid, alături de hipertensiunea arterială, ateroscleroză și diabetul zaharat. Substratul IC la bolnavii noștri l-a constituit: miocardiopatia ischemică (46 cazuri), sindromul Pickwick (2 cazuri), cardiopatia valvulară (2 cazuri). Nu am întîlnit nici un caz la care să fi putut diagnostica infiltrația grăsoasă a inimii.

Discuții

Rezultatele noastre concordă cu cele din literatură și demonstrează că în majoritatea cazurilor de IC la obezi, indiferent de forma clinică pe care o îmbracă, factorii responsabili sînt reprezentați prin hipertensiunea arterială, ateroscleroză sau de asocierea acestora, realizîndu-se o miocardiopatie ischemică. OB. în aceste împrejurări nu constituie decît un factor adjuvant al decompensării, care precipită IC și o face mai rezistentă la tratament. În unele cazuri însă, cardiopatia ce evoluează spre decompensare în cadrul OB. simple (neasociată) nu poate fi corelată unui alt factor cauzal în afara OB., cel puțin pe plan clinic. Cardiopatia obezității se produce fie prin infiltrația grăsoasă a inimii care realizează IC globală, fie prin insuficiența respiratorie care evoluează spre constituirea sindromului Pickwick.

V. GLIGORE ȘI COLAB., PARTICULARITĂȚILE CLINICĂLE INSUFICIENȚEI CARDIACE LA OBEZI

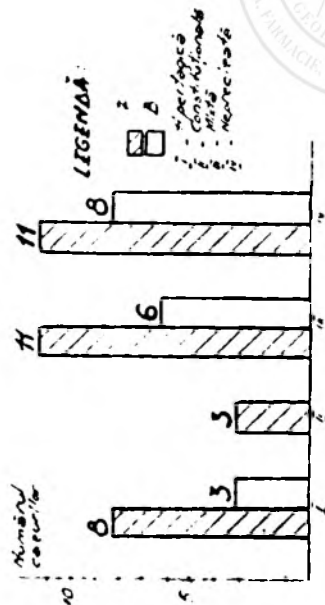


Fig. nr. 1: Tipurile de obezitate

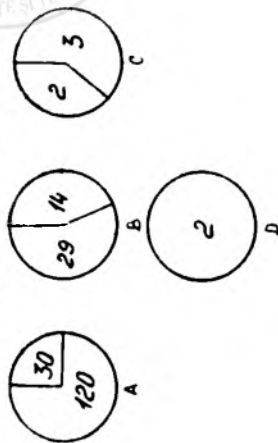


Fig. nr. 2: Tipurile de insuficiență cardiacă în raport cu totalul cazurilor de obezitate. A=obezitate simplă fără insuficiență cardiacă (150), B=obezitate cu insuficiență cardiacă globală (43). C=obezitate cu insuficiență ventriculară stângă (5) D obezitate cu insuficiență ventriculară dreaptă (2)

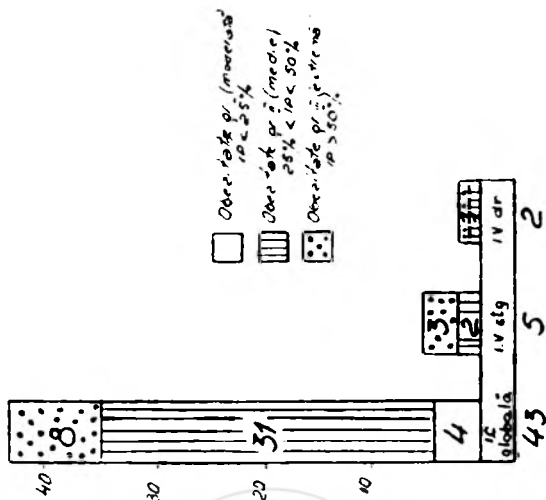


Fig. nr. 3: Raportul dintre gradul obezității și tipul insuficienței cardiace

V. GLIGORE ȘI COLAB.: PARTICULARITĂȚILE CLINICE
ALE INSUFICIENȚEI CARDIACE LA OBEZI

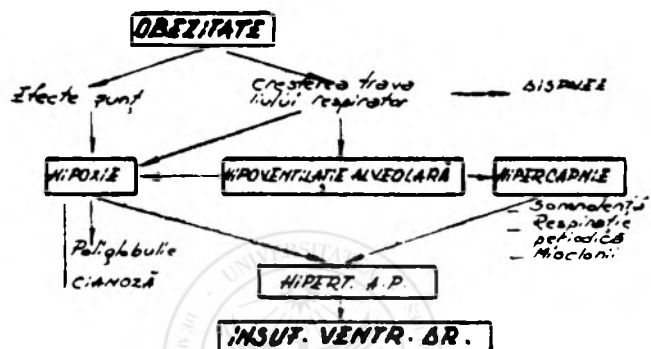


Fig. nr. 4: Patogeneza sindromului Pickwick

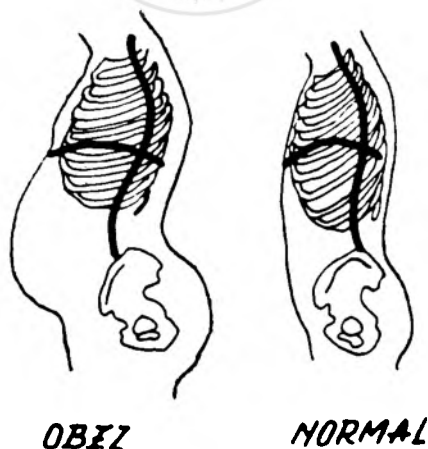


Fig. nr. 5: Mecanismul tulburărilor respiratorii în obezitate

Infiltrația grăsoasă a inimii este o atecțiune rară. *Carpenter* (cit. de 3) o găsește în proporție de 3 % pe 1647 necropsii. Se disting două tipuri: infiltrația grăsoasă pură, fără modificări dimensionale ale cordului și infiltrația grăsoasă asociată cu hipertrofie ventriculară și dilatația inimii. În producerea decompensării concurează în egală măsură elementul mecanic (stratul adipos care disociază fibrele miocardului) și elementul hemodinamic (creșterea debitului impus de excesul ponderal care mărește munca inimii, suprasolicită miocardul, fapt care generează hipertrofie ventriculară și insuficiență coronariană) (2).

Cea de a doua formă, insuficiența ventriculară dreaptă pură, cunoscută sub denumirea de sindrom *Pickwick*, survine în aproximativ 10 % din cazurile de OB. În literatură se cunoaște ca entitate independentă din 1956, cînd *Burwell* (5) i-a dat denumirea inspirată din romanul lui *Dickens* „*Primum movens*“ în determinismul fenomenelor este insuficiența respiratorie, consecință a hipoventilației pulmonare. Modul de intricare al factorilor patogenetici este redat în fig. nr. 4. Diagnosticul clinic se bazează pe o suită de patru elemente fundamentale: OB, de grad mare în general, somnolență invincibilă constantă, insuficiență cardiorespiratorie în absența unei pneumopatii, reversibilitatea sindromului prin reducerea excesului ponderal (10). Este vorba despre un cord-pulmonar curabil a cărui existență este însă pusă la îndoială în ultimul timp. Astfel, *Friedberg* (8) susține că în multe cazuri evidența hipoventilației este echivocă și că o pneumopatie concomitentă nu poate fi exclusă. *Alexander* (1) pe un studiu de 100 de cazuri de IC la obezi, nu a întilnit nici un caz de sindrom *Pickwick*, afirmînd că nu există elemente convingătoare pentru existența nosologică a sindromului. În fine, un studiu necroptic făcut la obezii decompensați cardiovascular nu a găsit nici un caz de hipertrofie ventriculară dreaptă pură sau măcar predominantă (18). Alți autori însă, îl citează ca un cadru clinic bine definit, corelat obezității și reversibil prin tratament (4, 9, 13, 15, 17). Ideea ce se desprinde este că problema entității sindromului *Pickwick*, ca și a mecanismelor care îl generează, rămîne deschisă.

Un ultim aspect al IC la obezi este legat de problemele de diagnostic care se ivesc în situația în care elementele clinice nu sînt suficiente de net conturate. Ne referim aci la dispneea obezului, la edemele maleolare, la hepatomegalia întilnită la obezi și la aspectul radiologic al cordului. Fiecare din aceste manifestări pot fi prezente atît în cadrul IC, cit și în cazul unui cord indemn. Dispneea de efort prezintă în 85 % din cazurile de OB. în afara IC, are la bază perturbarea mecanismelor ventilatorii, fiind strict dependentă de balastul ponderal și de modificările pe care le produce asupra cutiei toracice (fig nr. 5). Edemul maleolar, prezent în 64 % din cazuri, nu exprimă o IC, dacă alte elemente clinice ale decompensării lipsesc și timpul de circulație ca și presiunea venoasă sînt normale. Hepatomegalia, în absența stazei, poate exprima steatoza hepatică, consecință a obezității. În fine, poziția orizontală a cordului și prezența panicului adipos periapexian pot da o falsă impresie de cardiomegalie.

Concluzii

1). Pe un lot de 200 de bolnavi cu OB. prezența IC a fost constatată în 50 de cazuri (25 %): IC globală 43 de cazuri, insuficiență ventriculară stîngă 5 cazuri, insuficiență ventriculară dreaptă 2 cazuri.

2). OB. a fost factor cauzal de IC în 4 % din cazuri și factor adjuvant, alături de hipertensiunea arterială, ateroscleroză și diabet zaharat, în restul cazurilor.

3). OB. solitară poate duce la apariția cardiopatiei și la decompensarea ei prin două mecanisme: infiltrația grăsoasă a inimii și suprasolicitarea hemodinamică prin excesul ponderal, realizînd aspectul IC globale și o insuficiență respiratorie cu afectarea ventriculului drept (sindrom *Pickwick*).

Sindromul *Pickwick* este controversat sub aspect nosologic și fiziopatologic, infiltrația grăsoasă este unanim admisă, dar se consideră rară. În studiul nostru lipsește.

4). Dispneea și edemul maleolar, cele mai frecvente manifestări ale obezului cu cord indemn, ridică probleme de diagnostic diferențial, pretind la confuzie cu IC. Hepatomegalia, ca și aspectul radiologic al cordului pot constitui de asemenea surse de eroare.

Sosit la redacție: 13 octombrie 1970.

Bibliografie

1. ALEXANDER J. K. și colab.: Amer. J. Med. (1962), 32, 512; 2. ALEXANDER J. K. și colab.: Cardiovascular Res. Center Bull. (1963), 2, 27; 3. AUDIER M., HOUEL J.: Arch. Malad. Coeur (1966), 5, 684; 4. BERLYNE G. M.: Lancet (1958), 2, 939; 5. BURWELL C. S. și colab.: Amer. J. Med. (1956), 21, 811; 6. CULLEN H. J., FORMEL P. F.: Amer. J. Med. (1962), 32, 525; 7. ENESCU I.: Rev. Med. Chir. Iași (1956), 69, 7; 8. FRIEDBERG C. K.: Diseases of the Heart, III, Ed. Saunders, Philadelphia, 1966, 1667; 9. GALY, BRUNE J.: Gaz. Med. France (1967), 74, 4981; 10. IVANCIUC I.: Comunicare prezentată la U.S.S.M. Cluj, 22 februarie 1965; 11. NEGOIȚĂ C., NICULESCU P.: Med. Int. (1958), 12, 1773; 12. PAVEL I., SDROBICI D., DUMITRESCU GH.: Obezitatea, Ed. Med. București, 1969, 95; 13. STRANG J. Obezitatea, în: Bolile metabolismului, vol. sub. red. G. Duncan, Ed. Saunders, Philadelphia, 1964, 824; 14. TEODORESCU B. și colab.: Cardiologia, vol. 2, Ed. Med. București, 1961, 504; 15. TOURNIAIRE A. și colab.: Le coeur pulmonaire chronique. Ed. L' expansion scientifique française, 1964; 16. TRÉMOLIERES J.: Presse Med (1964), 72, 401; 17. ZOSIN P. și colab.: Timișoara Med. (1965). 4. 365.