

UNELE CONSIDERAȚIUNI ÎN LEGĂTURA CU MIOCARDIOPATIA ISCHEMICĂ

dr. C. Dudea

Se ştie că ponderea mare a morbidităţii şi a mortalităţii cardiovasculare în multe regiuni ale globului, inclusiv în ţara noastră, se datoreşte de fapt creşterii impresionante a frecvenţei bolilor cardiovasculare zise „degenerative”: ateroscleroza, hipertensiunea arterială, arteriopatia diabetică etc., precum şi complicaţiilor acestora, mai ales tromboembolice şi ischemice. Frecvenţa cazurilor de cord pulmonar cronic marchează o creştere mai puţin importantă. În acelaşi timp, incidenţa cardiopatiilor reumatismale nu a suferit modificări apreciabile.

Deşi ultimele decenii au adus profunde schimbări în cunoaşterea şi înţelegerea bolilor cardioarteriale degenerative şi cu tot interesul determinat de necesitatea practică de a le investiga cât mai aprofundat, una dintre aceste cardiopatii este încă relativ puţin cunoscută şi studiată în mod sistematic. Este vorba despre „miocardiopatia ischemică”.

Prin *miocardiopatie ischemică* (MI) se înţelege acea cardiopatie care se manifestă clinic printr-un „sindrom miocardic” (insuficienţă cardiacă, disritmii cardiace, mărirea inimii etc.) şi se datoreşte insuficienţei (ischemiei) coronariene cronice, al cărei substrat principal este o determinare coronariană a aterosclerozei.

Situaţia acestei cardiopatii este oarecum paradoxală. Deşi se recunoaşte că cea mai mare parte din afecţiunile miocardice cronice care survin la indivizii în vîrstă de peste 50 ani se datoreşte, în primul rînd, aterosclerozei şi insuficienţei coronariene, totuşi nu există nici pe departe atîtea studii şi o cunoaştere atît de aprofundată a acestei forme clinice de insuficienţă coronariană, ca şi în cazul acelorora care evoluează cu dureri de tip stenocardic (angina pectorală de efort, infarctul miocardic, sindroamele coronariene intermediare).

Acest fapt se oglindește, între altele, și în lipsa unui consens asupra denumirii care i se acordă.

Termenii mai vechi de „miocardită cronică” și de „miodegenerescență cardiacă” care se atribuiau unor sindroame miocardice cu etiopatogenie obscură în acea vreme, sînt depășiți. Cu timpul, s-a ajuns la concluzia, că aceste sindroame se datoresc unui proces de insuficiență coronariană cronică, prin leziuni de scleroză coronariană. La rîndul său, coronaroscleroza a fost atribuită apoi ateromatozei, ca boală generală.

Unii autori (8, 9) au utilizat termenul de „cardioscleroză”, alții (11) pe cel de „miocardioscleroză”. Ambii termeni au însă un sens în primul rînd anatomopatologic și se referă la substratul lezional care predomină într-o fază avansată a bolii.

Însăși clasificăția internațională a bolilor, preconizată de O.M.S. și adoptată și de Ministerul Sănătății din țara noastră (13) include această cardiopatie la codul 412 sub denumirea de: „boli ischemice cronice ale miocardului”, în care între altele este menționată și „degenerescența ischemică a inimii sau a miocardului”.

Este bine cunoscută clasificarea bolilor coronariene preconizată de comitetul de experți ai O.M.S., care consideră două categorii mari: „cardiopatia ischemică dureroasă”, termen care înglobează: angina pectorală de efort, infarctul miocardic major și sindroamele coronariene intermediare — și „cardiopatia ischemică nedureroasă”. La acestea din urmă sînt menționate doar modalitățile de manifestare. Dacă dintre acestea, se lasă la o parte moartea subită care este o complicație posibilă în orice caz de ateroscleroză coronariană, precum și cazurile care prezintă numai modificări ECG, fără simptome clinice, restul manifestărilor care au o evoluție clinică evidentă și îndelungată și care se întîlnesc cel mai adesea în practică sînt: insuficiența cardiacă și tulburările ritmului cardiac. Împreună cu dilatarea cardiacă ele reprezintă de fapt manifestările cardinale ale unei „miocardiopatii”.

Termenul de „cardiopatie ischemică” este potrivit într-o clasificare, așa cum face raportul comitetului de experți ai O.M.S., sau ca primă ipoteză în operația de diagnostic. Diagnosticul complet și definitiv al fiecărui caz trebuie să depășească această etapă și să indice sindromul anatomic-clinic cu care se prezintă cardiopatia ischemică: angina pectorală de efort, infarct miocardic sau sindrom coronarian intermediar, deoarece fiecare din ele pune în alt fel problemele de prognostic, profilaxie și tratament.

Termenul de „cardiopatie ischemică nedureroasă” creat prin antiteză față de formele „dureroase”, conține un calificativ negativ. Un termen diagnostic științific trebuie să conțină cit mai mult posibil specificarea substratului și etiopatogeniei și eventual unele caractere esențiale pozitive. În cazul cardiopatiei despre care vorbim, experiența clinică demonstrează că în aproape toate cazurile, diagnosticul pornește de la constatarea unor manifestări proprii lezării difuze a miocardului, așa-numitul „sindrom miocardic” (insuficiența cardiacă, tulburările de ritm, dilatarea cardiacă și alte semne mai puțin importante). Aceste manifestări „miocardice” sînt nespecifice în sine, sînt aceleași care se pot întîlni în îmbolnăvirile miocardice cu orice etiopatogenie. Patogenia ischemică și etiologia aterosclerotică a MI trebuie dedusă pe baza altor criterii diagnostice, care adeseori trebuie căutate cu atenție, pentru a fi decelate.

Termenul corect și complet care ar defini această boală ar fi „miocardiopatie cronică ischemică prin ateroscleroză (coronariană)”. În condițiile concrete din practică se poate folosi termenul mai scurt de „miocardiopatie ischemică”. Termenul folosit de o parte a literaturii (mai ales anglo-saxonă) de „cardiomiopatie” — este poate mai sugestiv, punînd un accent deosebit pe faptul că este o boală în primul rînd a mușchiului cardiac. Termenul de „miocardiopatie”, pe lângă faptul că este mai mult utilizat în literatură și pentru categorii mai largi de afecțiuni miocardice, are și justificarea de a deriva direct din termenul anatomic elementar „miocard”.

În oele ce urmează, vom încerca să prezentăm unele criterii și particularități ale diagnosticului acestui tip de miocardiopatie, pe baza datelor destul de sumare, de altfel, din literatură și mai ales a datelor obținute prin studii personale. Considerăm că problema este actuală, deoarece formularea exactă a diagnosticului este necesară, pe de o parte pentru o evidență statistică reală a morbidității și pentru cercetările epidemiologice, pe de altă parte pentru că un diagnostic corect diferențiază într-o măsură apreciabilă și măsurile de tratament și mai ales de profilaxie.

Am arătat în lucrări anterioare (2, 6, 7) dificultățile diagnosticului diferențial al MI față de cordul pulmonar cronic (CPC) și criteriile de apreciere ale diferențierii și asocierii celor două boli. Prezentă lucrare este o sinteză privind simptomatologia și criteriile de diagnostic proprii ale MI, bazate mai ales pe datele obținute cu câțiva ani în urmă, pe 452 de cazuri (aparținând Clinicii Medicale nr. I din Cluj), care au servit apoi ca termen de comparație în studiile ulterioare întreprinse în legătură cu relațiile dintre MI și CPC.

Criteriile principale folosite în practică se bazează pe vârsta bolnavilor și excluderea altor cauze de cardiopatie.

La lotul studiat vârsta medie a fost de 63,5 ani (65,4 pentru femei și 61,9 pentru bărbați). Diferența dintre vârstele medii de îmbolnăvire prin MI la cele două sexe se aseamănă foarte mult cu diferența de aproximativ 5 ani care se semnalează și în cardiopatiile ischemice dureroase. La fel, la totul studiat s-a constatat un interval mediu de 14,8 ani de la instalarea menopauzei până la apariția MI la femei, literatura medicală indicând la femei un interval de 15 ani și în cazul infarctului miocardic (10).

Sub vârsta de 60 de ani, MI predomină la bărbați (2/3 față de femei); între 60—70 de ani frecvența la cele două sexe este aproximativ egală, iar peste 70 de ani predominantă la femei (2/1).

Aceeași creștere o dată cu vârsta a proporției cazurilor de îmbolnăvire la femei se constată și în cazul infarctului miocardic (10), fiind deci o caracteristică a aterosclerozei. De remarcat că spre deosebire de aceasta, în cazurile de CPC se constată la toate grupele de vârstă o proporție constantă de 4 l în favoarea bărbaților (3). Așadar, însăși repartiția bolilor în raport cu vârsta și sexul, relevă particularități deosebite în cele două cardiopatii. Mai trebuie remarcat totuși că în cazul MI numărul îmbolnăvirilor la femei este mai mare (aproximativ 1 l față de bărbați, pe totalul cazurilor), față de angina pectorală și infarctul miocardic, unde îmbolnăvirile predomină la bărbați (în proporție de 3—5 l pe totalul cazurilor).

Prezența hipertensiunii arteriale și a diabetului zaharat sînt factori precipitanți, care fac ca MI să apară la o vîrstă mai tînă la ambele sexe, așa cum este și în cazul infarctului miocardic (10).

Insuficiența cardiacă este manifestarea clinică cea mai frecventă a MI, în care se întîlnesc toate formele și gradele de insuficiență cardiacă. Totuși, în aproape 2,3 din cazuri se poate distinge într-o primă perioadă o predominanță a semnelor de insuficiență ventriculară stîngă, indiferent dacă există sau nu și o hipertensiune arterială. Acest fapt are o mare importanță în diagnosticul diferențial față de CPC.

Durerile precordice, care ar putea constitui un indiciu valoros de orientare a etiopatogeniei spre insuficiența coronariană și ateroscleroză, nu sînt prezente decît în 1/3 a cazurilor, incluzînd pe lîngă durerile tipice de angor și cazurile cu senzații dureroase precordiale vagi, necaracteristice. Infarctul miocardic a fost prezent în antecedentele doar a 5 % din cazuri. Formele clinice însoțite de durere sînt mai frecvente la bărbați (57 %), pe cînd la femei predomină forma fără dureri (58 %).

Dintre *tulburările de ritm*, cea mai frecvent întîlnită în MI este fibrilația atrială (33,5 %), ceva mai frecventă la femei decît la bărbați. De altfel, substratul coronar- și miocardosclerotic al fibrilației la bătrîni este menționat și în lucrări mai vechi (12). Această disritmie este net mai frecventă în cazurile fără dureri (41,6 %), decît la cele cu dureri cardiace (17,5 %). Studiînd frecvența aritmiei pe

decade de vîrstă, a releșit că, în timp ce incidența ei crește progresiv, frecvența durerilor precordiale este într-o continuă scădere. Există un relativ antagonism între prezența durerilor anginoase și a fibrilației atriale. De altfel, frecvența cazurilor care prezintă concomitent dureri precordiale și fibrilație atrială este destul de mică (14 %).

Mărirea inimii, ca unul din semnele majore ale miocardiopatiei, așa cum a releșit dintr-un studiu radiologic aparte pe 88 de cazuri, este prezentă în aproximativ 2/3 din cazuri. Ea lipsește totuși în 33,9 %. În 43,3 % se constată diferite grade de mărire izolată a ventriculului stîng (VS), iar în 23,8 % coexistă și o mărire a ventriculului drept (VD) (mărire globală a inimii). Prezența în 2/3 din cazuri a mării VS, denotă că în MI există o lezare predominantă a acestui ventricul, așa cum se știe că se întîmplă în general în toate cazurile de insuficiență coronariană. Desigur, se adaugă și un grad oarecare de supraîncărcare a VS, fie prin prezența unei hipertensiuni arteriale ușoare sau moderate, fie prin alte condiții hemodinamice corelate cu ateroscleroza (de ex pierderea elasticității aortei și a vaselor mari). Mărirea VS este însă prezentă și în multe cazuri neînsoțite de hipertensiunea arterială, ceea ce se datorește unui grad oarecare de hipertrofie consecutivă direct insuficienței coronariene (9).

Cu cît se înaintează în vîrstă, în determinismul mării inimii intervine din ce în ce mai mult o altă cauză importantă: fibrilația atrială.

În afară de particularitățile mai sus amintite ale sindromului miocardic, diagnosticul de MI se bazează și pe punerea în evidență a *criteriilor de diagnostic ale aterosclerozei*: antecedentele familiale de ateroscleroză sau cardiopatie; prezența în familie sau în antecedentele personale a hipertensiunii arteriale, a diabetului zaharat, a obezității, prezența xantelasmelor și dislipidemiei (hiperlipemie totală, hipercolesterolemie, hiper-beta-lipoproteinemie etc.), prezența altor forme ale aterosclerozei: aortică, cerebrală, mezenterică, pe arterele membrelor inferioare etc.

Modificările electrocardiografice din MI nu sînt unitare. În 27 % din cazuri ECG a fost în limitele normale. În 17 %, se constată o denivelare a segmentului ST, care poate fi atribuită insuficienței coronariene, dar și unei supraîncărcări a VS. Semne evidente de supraîncărcare a VS sînt prezente în 19 % din cazuri. În 23 % există modificări „miocardice” nespecifice, care nu se încadrează din punctul de vedere al semiologiei electrocardiografice în categoriile de mai sus. În 9 % sînt prezente diferite forme de tulburări de conducere (atrioventriculară sau intraventriculară). În 5 % se constată semne electrice de infarct miocardic.

Corelația clinico-electrocardiografică a relevat unele aspecte interesante. Majoritatea cazurilor cu segment ST subdenivelat aparțin bolnavilor cu dureri precordiale. Majoritatea cazurilor cu aspect de supraîncărcare a VS (dar nu toate!), aparțin lotului cu hipertensiune arterială. Majoritatea cazurilor cu aspect „miocardic” nespecific aparțin lotului care nu prezintă nici dureri precordiale, nici hipertensiune arterială.

Este de remarcat că 20 % din cazurile cu aspect electric de supraîncărcare a VS, nu au prezentat hipertensiune arterială, punînd astfel problema originii ischemice a acestei supraîncărcări, așa cum s-a pus problema și cu ocazia mării radiologice a VS.

Reiese așadar că supraîncărcarea și sau insuficiența VS este o caracteristică majoră a MI.

Dacă se analizează mai de aproape patogenia MI, se pot distinge trei forme principale:

a) Cazuri de MI în care mecanismul insuficienței coronariene și natura aterosclerotică este evidentă, prin prezența antecedentelor personale de infarct și angină pectorală tipică, prin modificări ECG caracteristice, prin coexistența altor leziuni evidente de ateroscleroză.

b) Cazuri de MI în care există o participare patogenetică a unei hipertensiuni arteriale: această participare este subordonată ca importanță aterosclerozei. Asemenea cazuri trebuie diferențiate de „cardiopatia hipertensivă”. În care presiunea arterială are valori foarte mari (peste 200/120 mmHg), există semne clinice, radio-

logice și de ECG exprimate de hipertrofie a VS, predomină net și intens manifestările insuficienței VS; de obicei hipertensiunea arterială este în stadiul III sau IV (hipertensiune malignă). Dacă însă presiunea arterială depășește cu puțin valorile limită normale, este oscilantă și nu există o supraîncărcare prea pronunțată a VS, în asemenea cazuri o insuficiență cardiacă (și în general un sindrom miocardic) nu se poate atribui direct și în primul rând hipertensiunii arteriale, ci aterosclerozei coronariene, deci unei MI. Hipertensiunea arterială joacă în asemenea cazuri doar un rol de factor favorizant, agravant, dar secundar din punctul de vedere al determinismului. Prezența hipertensiunii arteriale, chiar dacă ea are valori puțin expimate, are însă un rol important de a releva existența aterosclerozei.

c) În fine, în aproximativ 1/3 din cazurile de MI lipsesc alte indicii certe clinice sau de laborator pentru o insuficiență sau ateroscleroză coronariană și nu există nici hipertensiunea arterială. Aceste cazuri de miocardiopatie sînt atribuite în practică „ischemiei” mai mult pe baza vîrstei înaintate și lipsei de indicii pentru alte cauze. Este posibil ca o parte din aceste miocardiopatii să se dovedească mai tîrziu că au o patologie predominantă de altă natură decît ischemia: tulburări de metabolism încă insuficient cunoscute astăzi, procese imunologice, infecții virotice persistente etc. Deoarece necropsiile indică de cele mai multe ori și în aceste cazuri prezența unei ateroscleroze coronariene și a unei scleroze miocardice, ele rămîn deocamdată în cadrul „miocardiopatiilor ischemice”.

Trebuie accentuat că, așa cum se întîmplă în majoritatea bolilor cronice, etiopatogenia miocardiopatiilor la bolnavii în vîrstă este adesea complexă. Termenul diagnostic final trebuie să vizeze întotdeauna cauza și mecanismul predominant într-un caz dat. În acest sens trebuie aplicat în practică și termenul de diagnostic de „miocardiopatie ischemică”.

Utilitatea stabilirii și întrebuintării în practică a unor criterii corecte pentru diagnosticul pozitiv al MI și care să servească în același timp pentru diferențiere față de alte miocardiopatii, în primul rînd față de CPC, este justificată prin următoarele considerente:

— o acțiune eșalonată pe termen lung a profilaxiei cardiopatiilor trebuie să se bazeze pe un studiu prealabil al epidemiologiei și în primul rînd al incidenței acestor boli. Aceasta nu se poate face însă fără un diagnostic pozitiv și diferențial cît mai riguros, bazat pe criterii unitare, aplicate la mase largi ale populației;

— studiile mai detaliate cu privire la unele aspecte particulare ale cardiopatiilor necesită o diferențiere judicioasă. Unele cercetări personale, efectuate în ultimii ani (4, 5, 6), au arătat în ce măsură importantă există deosebiri între unele particularități clinice și biologice ale MI, față de CPC. Din aceasta rezultă cît de necesară este stabilirea diagnosticului pe baza unor criterii corecte, atunci cînd se selectează cazurile pentru studii de acest gen.

Sosit la redacție; 12 aprilie 1972.

Bibliografie

1. DUDEA C.: Congresul Național de Medicină Internă București, 1964, 180;
2. DUDEA C., POPESCU T. A.: Conferința de cardiologie, Craiova, sept. 1966; 3. DUDEA C.: Cordul pulmonar cronic. Teză de doctorat, I.M.F. Cluj, 1966; 4. DUDEA C., KIFOR E., KÓTAY LAKATOS EVA, SZIGETI I.: Al II-lea Congres Național de Medicină Internă, București, 1969, p. 121; 5. DUDEA C.: Rev. Med. (1970), 3—4, 274; 6. DUDEA C., URSACE LYGIA: Com. U.S.S.M., Filiala Mureș, Secția cardiologie, 19 XI 1970; 7. DUDEA C., SZÓTS G., URSACE LYGIA: A VIII-a sesiune științifică a I.M.F. Tîrgu Mureș, 17—18 XII 1971; 8. KIKAIION E. E.: in: Ateroskleroz i infarkt miokarda. Medghiz, Moscova, 1959, pag. 5; 9. MIASNIKOV A. L.: Ateroskleroz. Medghiz, Moscova, 1960; 10. MOGA A., HĂRĂGUS ȘT.: Ateroscleroza. Ed. Academiei R.P.R., București, 1963; 11. POPESCU I., ENESCU V.: Miocardul. Ed. Medicală, București, 1957, 182; 12. SPANG K.: Rhythmusstörungen des Herzens, G. Thieme, Stuttgart, 1957; 13. *** Clasificația internațională a bolilor. Revizia 1965 a OMS. Vol. I. Ed. Ministerul Sănătății, București, 1969.