

## MODIFICĂRILE DINAMICII CONTRACŢIEI VENTRICULARE STINGI ÎN EVOLUŢIA STENOZEI MITRALE

dr. M. Sabău, G. Szóts

Dintre numeroasele metode de explorare care ne pot oferi indicaţii privitoare la starea funcţională a pacienţilor valvulari nu toate sînt accesibile şi uşor de aplicat, ceea ce îngreunează repetarea lor în scopul urmării în timp a acestor bolnavi. Metoda poligrafică indirectă care utilizează traseele fonomecanografice, coroborată cu studiul fenomenelor electrice ale inimii, ne poate furniza date importante privind capacitatea de adaptare a aparatului cardiovascular la suprasolicitarea impusă de leziunea respectivă (2, 3, 6, 9).

### Material şi metodă

Date fiind frecvenţa şi rezultatele bune obţinute prin tratamentul chirurgical, cercetările noastre au fost efectuate pe 41 bolnavi cu stenoză mitrală, grupaţi în 2 loturi după clasificarea funcţională. Lotul 1 cu 25 bolnavi (9 B şi 16 F) între 19—53 ani aparţinînd stadiului II (SM II) şi lotul 2 cu 16 bolnavi (4 B şi 12 F) între 26—65 ani aparţinînd stadiului III (SM III). Valorile obţinute prin măsurătorile efectuate au fost comparate cu cele ale unui lot de normali (8). Am studiat următoarele intervale: 1. Sistola electromecanică (QS<sub>2</sub>), 2. Timpul de ejecţie (EJ), 3. Timpul de mulare (QS<sub>1</sub>), 4. Timpul de preejecţie (PEJ), 5. Timpul urcării presiunii (TUP), 6. Coeficientul hemodinamic (EJ/PEJ), 7. Sistola electrică (QT), 8. Sistola electrică corectată după formula lui Hegglin  $QTc = 0.39 \sqrt{RR}$ , 9. Prevenţa cardiacă (Fc). Rezultatele au fost prelucrate statistic şi comparate cu valorile obţinute la normali în aceleaşi condiţii, ţinîndu-se seama de variaţiile în funcţie de Fc (8).

### Rezultate şi discuţii

Valorile diferitelor faze ale contracţiei cardiace la cele 2 loturi de bolnavi comparativ cu lotul martor arată o serie de modificări (tabelul nr. 1).

Tabelul nr. 1

	N	SM II	SM III
QS <sub>1</sub>	58 ± 6.8	84 ± 12+	84 ± 13+
TUP	31 ± 8.5	27 ± 10	38 ± 14
PEJ	90 ± 10.2	110 ± 18+	128 ± 24+
EJ	287 ± 25	286 ± 31	260 ± 31+
EJ/PEJ	3.07 ± 0.51	2.64 ± 0.68	2.20 ± 0.55+
Fc	65.8 ± 10.4	70.7 ± 13.2	73.9 ± 9.3+

Valorile sînt în msec. + diferenţă statistic semnificativă faţă de lotul martor ( $p < 0.01$ )

În cazurile de SM II putem observa o creştere semnificativă a PEJ pe seama intervalului QS<sub>1</sub>. Faza de ejecţie nu se modifică, fapt care are

drept urmare scăderea coeficientului hemodinamic. În cazurile aparținând stadiului III, PEJ crește și mai mult mai ales tot pe seama lui  $QS_1$ . Faza de ejecție scade semnificativ producând o importantă scădere a coeficientului hemodinamic. Comparația dinamicii contracției cardiace la cele 2 loturi de bolnavi relevă o serie de diferențe: PEJ și TUP sînt mai crescute în cazurile mai avansate (SM III), în timp ce durata ejecției și coeficientul hemodinamic sînt scăzute.

Comparînd sistola electrică cu valorile corectate, în SM II găsim o alungire a acesteia în 8%, iar în 40% a cazurilor o alungire simultană cu  $QS_2$ . În cazurile aparținînd stadiului III, alungirea izolată a QT apare în 19% a cazurilor, iar alungirea simultană cu  $QS_2$  în 31%. Alungirea izolată a QT pare a fi un semn precoce al unor tulburări în electrogeneza miocardică, urmată într-un stadiu mai avansat de o alungire simultană a QT și  $QS_2$ . Acest lucru este probabil deoarece comparînd cazurile cu alungirea izolată a QT (a) față de cele cu alungire simultană a QT și  $QS_2$  (b) putem observa că și fazele contracției ventriculare sînt modificate, tulburările fiind mai accentuate în grupul b (tabelul nr. 2).

Tabelul nr. 2

	QT	QTc	$QS_2$	$QS_1$	PEJ	EJ	EJ/PEJ
a.	406	358	364	76	104	280	2.82
b.	380	334	394	91	124	268	2.15

Considerăm aceste rezultate importante în aprecierea stării ventriculului stîng și a stadiului funcțional în stenoza mitrală, deoarece alungirea PEJ și scurtarea EJ cu modificarea raportului dintre ele, constituie semne de disfuncție ventriculară (1, 2, 3, 10, 11). Această disfuncție poate avea drept cauze pe lîngă modificările hemodinamice impuse de stenoza valvulară și afectarea mușchilor papilari sau chiar a miocardului ventricular stîng (5). În ceea ce privește paralelismul între alungirea  $QS_1$  și nivelul presiunii capilare pulmonare sau gradul stenozei, nu toți autorii sînt de acord cu existența acestuia (3, 4, 12). Valorile obținute de noi sînt net alungite față de valorile normale, dar nu am găsit la cele 12 cazuri la care s-a efectuat cateterismul cardiac o corelație între alungirea intervalului  $QS_1$  și nivelul presiunii capilare pulmonare ( $r = 0.28$ ). Oricum, considerăm că deși nu este un semn patognomonic, alungirea lui  $QS_1$  este un semn constant în stenoza mitrală și permite într-o oarecare măsură aprecierea stării aparatului mitral. De mare importanță este faptul că după comisurotomie acest interval scade la valorile normale, ceea ce constituie un indiciu asupra rezultatului imediat al intervenției (12). Timpul de ejecție este legat parțial de volumul sistolic, ceea ce face să ne așteptăm la scăderea lui. De fapt EJ este variabilă și este, se pare, dificil de a se stabili o legătură strînsă între mărirea stenozei și durata ejecției (4, 9) în aprecierea căreia trebuie să ținem seama și de Fc (2, 8, 11). Scăderea EJ observată de noi în cazurile mai avansate, alături de prelungirea PEJ și scăderea coeficientului hemodinamic și de alungirea izolată sau simultană a lui QT și  $QS_2$ , se dovedesc indicatori suficient de fideli ai stării funcționale a ventriculului stîng în stenoza mitrală pe baza cărora putem face o preselecție a cazurilor și o supraveghere a lor relativ simplă în timp (2, 3, 7, 11). O remarcă specială trebuie făcută pentru coeficientul

hemodinamic care are o mai strînsă corelație cu parametrii hemodinamici decît fiecare din componentele sale luate separat (3,11), el fiind cu atît mai scăzut cu cît volumul sistolic este mai scăzut (2, 11).

Metoda poligrafică indirectă, corelată cu studiul fenomenelor electrice cardiace — în contextul clinic al fiecărui caz — poate fi deci de un real folos în aprecierea funcțională a ventriculului stîng în stenoza mitrală. În afara studiului dinamicii contracției, această metodă mai oferă și posibilitatea aprecierii semicantitative a unor parametri hemodinamici importanți (volum sistolic, debit cardiac, rezistența periferică, lucrul mecanic de presiune al ventriculului stîng).

*Sosit la redacție: 10 aprilie 1976.*

### Bibliografie

1. Bădărău G., Lehrer E.: Rev. Med. Chir. (Iași), (1964), 2, 315; 2. Deyrieux F., Tartulier M., Bourret M.: J. Med. Lyon (1971), 2, 269; 3. Deyrieux F., Tartulier M.: Arch. Mal. Coeur (1971), 65, 1129; 4. Garrard C., Weissler A., Dodge H.: Circulation (1970), 42, 455; 5. Horwitz, Mullins Ch., Payne R., Curry G.: Chest (1973), 64, 609; 6. Kumar S., Spodick D.: Am. Heart J. (1970), 80, 401; 7. Oreshkov V.: Brit Heart J. (1967), 29, 778; 8. Sabău M., Szóts G.: Rev. med. (1976), 22, 1; 9. Tavel M., Baugh D., Feigenbaum H., Nasser W.: Circulation (1972), 46, 744; 10. Tricot R., Graisely B., Guerot Cl., Houeix J., Veber G.: Ann. Cardiol. Angéiol. (1973), 22, 375; 11. Weissler A., Harris W., Schoenfeld C.: Am. J. Cardiol. (1969), 23, 577; 12. Warembourg H., Desruelles J., Merlen J., Dubar P.: Arch. Mal. Coeur (1961), 54, 1034.

Clinica O.R.L. (cond.: conf. dr. V Mulfay doctor în medicină)  
din Tîrgu-Mureș

## PARALIZIA FACIALĂ PERIFERICĂ POSTTRAUMATICĂ \*

dr. C. Drașoveanu, I. Togănel, Felicia Florea

La instalarea unei paralizii faciale periferice de origine traumatică se poate ajunge atît în mod direct cît și indirect. În prima eventualitate, traumatismul comprimă canalul lui Fallope, iar nervul este zdrobit, rupt etc. În a doua eventualitate, cea indirectă, traumatismul declanșează o ischemie reflexă, sau o vasodilatație paralică, rezultînd în final o perturbare vasomotrică cu instalarea unui edem al tecii nervului și strangularea acestuia în canalul său osos (*Aubry-Pialoux*).

În general se admite faptul că o paralizie facială periferică posttraumatică instalată precoce are un prognostic nefavorabil, în timp ce instalarea sa tardivă, la cîteva zile după traumatism ar avea un prognostic mai favorabil. Comparînd evoluția cazurilor de paralizie facială posttrau-

\* Lucrare prezentată la Consfătuirea interjudețeană cu tema: „Traumatismele în O.R.L., Vaslui, 4 VII 1975