

DESPRE UNELE CRITERII DIAGNOSTICE IN ASOCIEREA CORDULUI PULMONAR CRONIC CU MIOCARDIOPATIA ISCHEMICĂ (CORONARIANĂ)*

dr. C. Dudea

Este un fapt cunoscut că la pacienţii în vîrstă de peste 45—50 de ani, cele mai frecvente afecţiuni ale inimii sînt miocardiopatia ischemică sau coronariană (MC) şi, în al doilea rînd, cordul pulmonar cronic (CPC). Evoluind la acelaşi grup de vîrstă, iar tabloul clinic al amîndurora fiind centrat de acelaşi sindrom funcţional major — insuficienţa cardiacă congestivă — este firesc că ele pun importante probleme de diferenţiere, dar şi de apreciere a cazurilor în care cele două boli se asociază la acelaşi pacient.

Fiind vorba de două boli deosebite prin etiopatogenie, înseamnă că au şi caracteristici de manifestare diferite, dincolo de asemănările ce pot exista între ele. Este un fapt evident pentru oricine încearcă să studieze aceste două boli, că datele statistice oficiale sînt puţin utilizabile, tocmai pentru că nu sînt suficient cunoscute criteriile de diferenţiere sau de apreciere a asocierii lor. Tocmai cazurile de intricare sînt cele care mai adesea sînt sortite să fie încadrate, în mod simplist şi eronat, în una sau alta din categorii, în lipsa unor criterii de evaluare mai exacte.

Pentru CPC există astăzi o oarecare precizare a criteriilor de încadrare, criterii care sînt relativ unanim acceptate (chiar dacă există dificultăţi şi divergenţe în ce priveşte aplicarea lor în practica din teren). În schimb, pentru MC nu s-a formulat o astfel de „codificare“, nu există criterii bine precizate şi unanim acceptate. În practică, pentru a se pune diagnosticul de MC se recurge mai mult la o evaluare aproximativă, bazată în primul rînd pe considerarea vîrstei pacientului şi excluderea altor cauze evidente de insuficienţă cardiacă.

În ce priveşte asocierea celor două cardiopatii la un acelaşi pacient, problema se pune din punct de vedere clinic sub două aspecte:

— fie că tabloul clinic este cel obişnuit în marea majoritate a MC, existînd în plus o componentă minoră de CPC, care trebuie mai mult dedusă din prezenţa unei afecţiuni respiratorii cronice, semnele din partea hipertensiunii arteriale pulmonare şi a supraîncărcării inimii drepte fiind minime sau mascate;

— fie că tabloul clinic este cel comun în marea majoritate a cazurilor de CPC, existînd în plus o componentă de MC, care se poate deduce pe baza existenţei unora din criteriile ce vor fi arătate în continuare. Uneori se poate afirma aproape categoric existenţa acestei componente de MC (de exemplu în prezenţa unor dureri de tipul anginei pectorale, a unei dispneemii marcate, a unei hipertensiuni arteriale sistemice etc.). Alteori, această componentă poate fi numai presupusă, ca un „potenţial de existenţă a unei ateroscleroze coronariene“, fără a o putea confirma în mod mai exact.

Lucrarea de faţă este un studiu cu privire la cea de-a doua formă de asociere dintre cele două cardiopatii.

* Lucrare prezentată la şedinţa U.S.S.M. Filiala Tirgu Mureş. Secţia de cardiologie, la 26 iunie 1970.

Material și metodă

Cercetarea a fost efectuată pe 452 de cazuri de MC și 317 cazuri de CPC, pe un interval de 6 ani.* 101 (31,85 %) din cazurile cu tablou clinic predominant de CPC au fost considerate ca prezentând o asociere cu o componentă de MC.

Criteriile de încadrare a cazurilor de CPC au fost, în esență, cele propuse de Comitetul de experți al O.M.S. (9), extinse și detaliate pe baza unui studiu propriu (4):

1. Existența unei afecțiuni cronice a aparatului respirator cu insuficiență respiratorie cronică.
2. Existența semnelor de hipertensiune arterială pulmonară.
3. Existența semnelor de supraîncărcare și hipertrofie ventriculară dreaptă.
4. Existența semnelor de insuficiență cardiacă de tip drept.
5. Excluderea unor cauze de supraîncărcare sau decompensare a inimii stîngi, excluderea cardiopatiilor valvulare sau congenitale.

Criteriile de încadrare a cazurilor de MC au fost formulate în baza unor studii proprii efectuate pe 452 de cazuri (2, 3) coroborate în unele privințe cu date și observații din literatură:

1. Vîrsta apariției bolii peste 45—50 de ani.
2. Existența antecedenteilor familiale de ateroscleroză, hipertensiune arterială (accidente vasculocerebrale, decese subite, decompensări cardiace etc.), diabet zaharat sau obezitate.
3. Existența la pacient a hipertensiunii arteriale esențiale, a diabetului zaharat sau a obezității.
4. Prezența altor manifestări „tipice“ de ateroscleroză: angină de piept, infarct miocardic, ateromatoză aortică, arteriopatii periferice, cerebrale, mezenterice etc.
5. Prezența xantelasmelor.
6. Prezența dislipidemiei.
7. Predominanța — într-o mare parte din cazuri, sau cel puțin la începutul decompensării — a semnelor de insuficiență a ventriculului stîng.
8. Prezența semnelor (clinice, radiologice, electrocardiografice) de supraîncărcare — hipertrofie ventriculară stîngă, nejustificate de alte cauze.
9. Prezența semnelor electrocardiografice de tulburări de conducere atrioventriculară sau intraventriculară, sau a fibrilației atriale, cu excluderea altor cauze care le-ar putea produce.
10. Criterii negative: excluderea cu certitudine a altor cauze care ar putea explica apariția insuficienței cardiace congestive.

S-a efectuat studiul comparativ al unor parametrii între loturi de bolnavi selecționați, după cum urmează:

Lotul A: cazuri de CPC „pur“, fără nici un indiciu de asociere cu o componentă de MC: 216 cazuri.

Lotul B: totalul cazurilor de CPC: 317 cazuri.

Lotul C: cazuri de CPC asociate cu o componentă de MC (certă sau posibilă): 101 cazuri.

* Cazuistica aparține Clinicii medicale nr. 1 din Cluj.

Lotul D: cazuri de MC (ca tablou clinic predominant): 452 cazuri.

Din comparația datelor obținute pe loturile B și D s-au desprins unele caracteristici generale ale celor două boli, ceea ce a servit pentru conturarea mai exactă a diferențierii lor. Comparația loturilor A și C a permis desprinderea caracteristicilor în cazul asocierii unei CPC cu o componentă de MC.

În fine, comparația simultană între cele 4 loturi a permis sesizarea modificărilor gradate ale unor caracteristici, în cursul trecerii de la cazurile de CPC pur la cazurile de MC evidentă.

Rezultate și discuții

Din studii anterioare, corelate și cu date din literatură (4, 8), a reieșit că incidența în raport cu sexul bolnavului și vârsta la care se manifestă boala prin sindromul insuficienței cardiace, are comportări diferite în cele două cardiopatii. Aceste diferențe sînt atît de semnificative, încît imprimă un caracter specific parametrilor de vîrstă și sex. Specificitatea apare foarte evident în studiile statistice, dar are și o valoare de aplicabilitate practică, în ce privește orientarea diagnosticului. Studiind acești parametri în scopul decelării caracteristicilor asocierii CPC cu MC, se constată următoarele date:

Tabelul nr. 1

Vîrsta medie de îmbolnăvire (manifestată prin apariția insuficienței cardiace) în CPC și MC.

Lotul	A CPC pur	B Total CPC	C CPC+MC	D MC
Totalul cazurilor	56,3	58,6	61,6	63,5
— bărbați	56,4	59,2	61,6	62,0
— femei	56,3	58,4	61,5	65,3

Din analiza tabelului nr. 1 se desprind următoarele observații:

1. vîrsta medie de îmbolnăvire este mai mică (cu aproximativ 5 ani) în CPC (B) față de MC (D);
2. diferența de vîrstă este evidentă (de aproximativ 5 ani) și între cazurile de CPC pur (A) și cele asociate cu MC (C);
3. diferența de vîrstă este și mai evidentă (de 7 ani) dacă se compară cazurile de CPC pur (A) cu cele de MC (D);
4. cazurile de CPC asociat cu MC (C) au o vîrstă medie de îmbolnăvire apropiată de cea a MC, de care diferă cu aproximativ 2 ani;
5. aceleași caracteristici generale de comportare a parametrilor de vîrstă se constată și pe loturile de bărbați și pe cele de femei;
6. totuși, trebuie remarcat că diferențele dintre vîrstele medii de îmbolnăvire sînt mai evidente la femei (9 ani între lotul femeilor cu CPC pur și cel al femeilor cu MC). Se știe că în general în determinările clinice ale aterosclerozei, femeile fac îmbolnăvirile la o vîrstă mai înaintată decît bărbații (8);
7. Diferența dintre vîrsta medie de îmbolnăvire la bărbații cu CPC asociat cu MC (C) și cei cu MC (D) este cu totul nesemnificativă, în timp ce între aceleași loturi la femei există o diferență apreciabilă, de aproximativ 4 ani.

În cazurile de CPC asociat cu MC, în care a existat și o hipertensiune arterială, s-a constatat o vîrstă medie de îmbolnăvire mai mică (60,3 ani) decît în cazurile de CPC asociat cu MC, dar fără hipertensiune arterială (63,1 ani). Această din urmă valoare este aproape identică cu cea a cazurilor de MC propriu-zise.

Tot ca o caracteristică proprie cazurilor de CPC — cu sau fără o componentă de MC — este faptul că există un raport constant, de aproximativ 4:1, între cazurile de îmbolnăvire la bărbați și la femei, raport care s-a menținut atît pe loturile subdivizionare anuale, cît și pe decadele de vîrstă. Această constatare concordă cu alte date din literatură (7, 9, 11). Spre deosebire de aceasta, în cazurile de MC s-a constatat o predominanță a bărbaților înaintea vîrstei de 60 de ani (raport 2:1), aproape aceeași incidență în decada a 7-a (1, 2:1) și predominanța femeilor (1:2) după vîrsta de 70 de ani. Această predominanță a îmbolnăvirilor la bărbați la vîrste mai tinere și creșterea progresivă a proporției îmbolnăvirilor la femei o dată cu înaintarea în vîrstă, este o caracteristică generală a tuturor manifestărilor aterosclerozei (8). Constatarea ei în cazul MC nu face decît să pledeze și astfel pentru natura aterosclerotică a acestei cardiopatii.

Dintre testele de laborator, sînt mult utilizate în ateroscleroză cele care se adresează metabolismului lipidelor, în baza concepției despre rolul fundamental al dereglării acestui metabolism în patogenia bolii (8). Am considerat necesar un studiu asupra comportării principalelor teste de dislipidemie pe loturile de bolnavi selectați după criteriile indicate mai sus, pentru a desprinde eventuale indicații cu privire la posibilitățile de diferențiere sau de apreciere a intricării CPC și MC.

S-a efectuat:

- lipemia, cu metoda Swann (limita superioară a normalului la persoane peste 50 de ani fiind de 800—850 mg%);
- proporția beta-lipoproteinelor serice, prin metoda electroforezei pe hîrtie, cu precolorarea serului cu Sudan-negru (valori normale: 75%);
- colesterolemia, cu metoda Zlatkis (limita superioară în mediul nostru: 190 mg%) (8).

Datele sînt prezentate în tabelul nr. 2.

Tabelul nr. 2

Comportarea testelor de dislipidemie în CPC și MC
— Valori medii pe loturi —

Lotul	A CPC pur	B Total CPC	C CPC+MC	D MC
Lipemie mg %	704,7	753,7	792,6	827,8
Beta-lipoprotei- nemie %	76,3	80,7	83,7	83,6
Colesterolemie mg %	132,7	151,1	173,1	196,6

Din analiza tabelului nr. 2 se desprind următoarele observații:

1. testele de dislipidemie indică valori mai mici în CPC decît în MC. Diferențele sînt net semnificative în cazul colesterolemiei și cel mai puțin semnificative în cazul beta-lipoproteinemiei;

2. lotul cazurilor de CPC asociat cu MC (C) prezintă valori destul de apropiate de cele ale MC (D) și net deosebite de cele ale cazurilor de CPC pur (A). Îndeosebi colesterolemia prezintă valori semnificativ de scăzute în cazurile de CPC pur, în raport cu cele asociate cu MC;

3. comportarea beta-lipoproteinemiei, considerată global, apare puțin semnificativă. Dacă se analizează însă raportul de frecvență dintre cazurile de CPC pur și cele asociate cu MC, față de valoarea fracției beta-lipoproteice, se constată (tabelul nr. 3) că la valori mici ale fracției, raportul este net în favoarea cazurilor de CPC pur, pe cînd în cazul fracțiilor mari, raportul este net în favoarea cazurilor asociate cu MC.

Tabelul nr. 3.

Raportul dintre cazurile de CPC pur și CPC+MC, față de valoarea fracției beta-lipoproteice în ser.

Valoarea fracției beta-lipoproteice	sub 70 %	75 %	85 %	90 %
CPC pur / CPC + MC	1,75	1	0,5	0,16

Din cele de mai sus se pot desprinde câteva concluzii utile în practică:

— CPC este o boală care survine la vârste mai tinere decît MC, fapt evident mai ales la femei.

— Cazurile de CPC asociate cu MC au întotdeauna o vîrstă ceva mai înaintată decît cazurile de CPC pur; un bolnav cu tablou clinic de CPC poate fi considerat mai adesea ca „pur“ sub vîrsta de 60 de ani și foarte probabil ca asociat cu MC peste această vîrstă.

— Hipertensiunea arterială își exercită efectul de „grăbire“ a decompensării cardiace și în cazurile de CPC asociat cu MC.

— Urmărirea parametrilor de vîrstă și sex în CPC și MC poate permite — atît în studiile statistice cît și în orientarea diagnosticului în cazurile individuale — o mai bună conturare a diagnosticului diferențial și a celui de intricare dintre cele două boli.

— Prezența într-un caz de CPC a unor valori crescute ale testelor de dislipidemie, pledează pentru existența unei componente de MC. „Pozitivitatea“ acestor teste poate constitui uneori unicul indiciu al acestei asocieri și trebuie să i se acorde importanță în ce privește implicațiile terapeutice.

Fără a avea pretenția de a rezolva problema diferențierii și recunoașterii asocierii CPC și MC, considerăm că aplicarea în cazurile concrete a criteriilor indicate mai sus, poate contribui la o încadrare nosologică mai exactă a cazurilor de insuficiență cardiacă la persoanele peste 45—50 de ani. Acest lucru este util și necesar în practică, ceea ce se va răsfrînge într-o orientare mai exactă a conduitei terapeutice, cît și a valorii datelor statistice și de epidemiologie. Aceste criterii sînt însă necesare și în cazul cercetărilor de laborator din ateroscleroză și CPC. Astfel, studii cu privire la activitatea fibrinolitice (1) sau la comportarea unor enzime (5, 6), au decelat deosebiri de comportament, în cele două boli, cu caracteristici proprii fiecăreia. Un exemplu concludent este oferit de o lucrare (1) la care am colaborat prin trierea cazurilor în baza criteriilor indicate mai sus. S-a constatat că unele teste de explorare a fibrinolizei (timpul de liză a euglobulinelor, raportul dintre fibrinogenemie și timpul de liză a euglobulinelor) se comportă altfel în cazurile

de CPC „pur“, decît în cazurile de CPC intricat cu o componentă de MC, acestea din urmă furnizînd date mult mai apropiate de cele ale cazurilor de MC propriu-zise.

Sosit la redacție: 1 octombrie 1970.

Bibliografie

1. CUCUIANU M., MISSITS P., DUDEA C.: Med. Int. (1967), 5, 535; 2. DUDEA C., POPESCU T. A.: Simpozion „Boli coronare“, Braşov 15—16 oct. 1963, Caiet de rezumate; 3. DUDEA C., POPESCU T. A.: Volumul „Congresul Național de Medicină Internă“ 20—23 IV 1964, p. 130; 4. DUDEA C.: Cordul pulmonar cronic. Contribuțiuni la studiul unor aspecte ale cardiopatiei din cordul pulmonar cronic. Teză de doctorat, Cluj 1966; 5. DUDEA C., KIFOR E., KÉTAY-LAKATOS EVA, SZIGETI I.: Volumul „Congresul Național de Medicină Internă“ 11—13 IX 1969, p. 121; 6. HĂRĂGUŞ ŞT., CUCUIANU M., MUREŞAN I.: Med. Int. (1966), 12; 7. HERLES F.: La Santé Publique (1960), 4, 391; 8. MOGA A., HĂRĂGUŞ ŞT.: Ateroscleroza. Ed. Acad. R.P.R. 1963; 9. * * * Le coeur pulmonaire chronique. Rapport d'un comité d'experts. Org. Mond. de la Santé. Séries des rapp. techniques, 1961, nr. 213; 10. * * * IV. Congressus Cardiologicus Pragae, 1964, Abstracta; * * * Cordul pulmonar cronic. Consfătuire, Vatra Dornei 24—25 IX 1964, Caiet de rapoarte și rezumate.