

Programul sesiunii de lucrări din 24 noiembrie 2008 a Filialei București a S.R.C.

Tema: **COMORBIDITĂȚI ÎN INSUFICIENȚA CARDIACĂ (I)**

1.Definiția, prevalența, importanța diagnosticului

Prof. Dr. Ioan Tiberiu Nanea Clinica Medicală "Caritas" Acad N.Cajal

2.Fibrilația atrială și insuficiența cardiacă: incidență, prognostic, principii de tratament

Prof. Dr. Alexandru Câmpeanu, Clinica Medicală "Caritas" Acad N.Cajal

3.Afectarea renala în insuficiența cardiacă: incidență, prognostic, principii de tratament

Conf. Dr. Adriana Ilieșiu, Clinica Medicală "Caritas" Acad. N. Cajal

4.Bolile pulmonare cronice în insuficiența cardiacă: incidență, prognostic, principii de tratament

Conf. Dr. Diana Nistorescu, Clinica Medicală "Caritas" Acad. N. Cajal

5.Incidența și prognosticul afectării renale în insuficiența cardiacă secundară infarctului miocardic-studiu clinic retrospectiv:

Dr. Gabriela Silvia Gheorghe, Dr. Irina Parvu, medic rezident medicină internă, studenta Ana Criste, Dr.Brândușa Străjean, Dr. Camelia Nicolae, Prof. Dr. Ioan Tiberiu Nanea, Clinica Medicală "Caritas" Acad. N. Cajal

6.Momentul sponsorului Sanofi- Aventis: Clopidogrel în arteriopatia periferică

Dr. Gabriel Tatu-Chițoiu, Spitalul de Urgență "Floreasca"

CUPRINS:

- Rezumatul lucrărilor prezentate la ședința din 24 noiembrie 2008
- ECG- Blitz

Comorbiditățile în insuficiența cardiacă. Definiție, prevalența și importanța diagnosticului.

Prof. Dr. Ioan Tiberiu Nanea, Clinica Medicală Caritas, Acad N. Cajal

Conceptul de comorbiditate s-a dezvoltat în principal în cadrul insuficienței cardiace. Insuficiența cardiacă este o boala cu prevalența în creștere, cu impact economic și social foarte important.

În fig. nr. 1 este prezentată prevalența insuficienței cardiace în raport cu vârsta și sexul pacienților. Dacă la grupele de vârstă între 20-34 ani prevalența insuficienței cardiace este sub 1 %, la vârsta de peste 75 ani ea ajunge la 11 %.

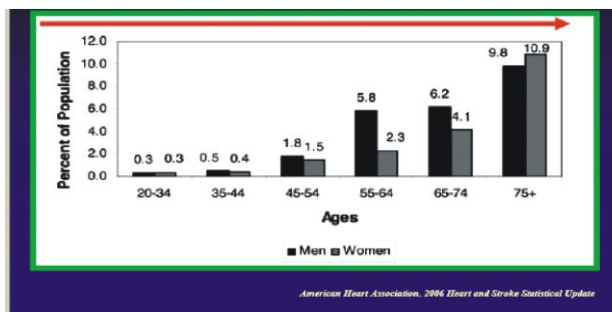


Fig. 1. Prevalența insuficienței cardiace în raport cu vârsta și sexul pacienților

Comorbiditățile au un impact major asupra incidenței anuale de spitalizare. În fig. nr. 2 se observă că incidența anuală a internărilor pacienților cu insuficiență cardiacă este semnificativ mai mare când numărul comorbidităților este în creștere.

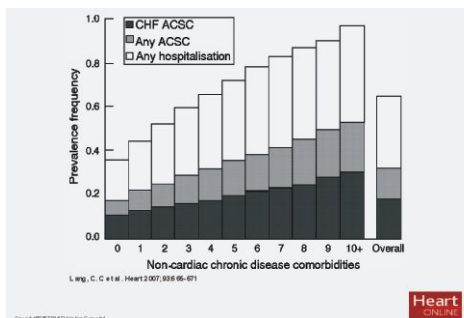


Fig. 2. Impactul comorbidităților non-cardiace asupra incidenței anuale de spitalizare

- Comorbiditățile în insuficiența cardiacă sunt induse de:
1. Afecțiunea cardiacă ce a determinat insuficiența cardiacă
 2. Complicațiile determinate de insuficiența cardiacă
 3. Boli non-cardiace asociate

4. Complicațiile determinate de tratamentul insuficienței cardiace sau al bolilor asociate.

Tabel 1. Comorbidități asociate insuficienței cardiace

Comorbidități cardio-vasculare	Comorbidități non-cardiace	Comorbidități induse de tratament și de complicațiile insuficienței cardiace
Hipertensiunea arterială	Boli pulmonare	Antiaritmice
Cardiopatia ischemică	Diabetul zaharat	Antiinflamatoare nesteroidiene și steroidiene
Valvulopatiile	Boli renale (insuficiența renală, uropatie obstructivă)	Diuretice
Arteriopatiile periferice	Anemie	Anticoagulante
Aritmiile sau tulburările de conducere	Boli endocrine	Proteze vasculare
Bolile congenitale cardio-vasculare	Boli neuro-psișice (accident vascular, depresie)	Stenturi vasculare
	Boala artrozică	Stimulatoare, defibratoare, resincronizare
		Casexia
		Guta

Prevalențele celor mai importante comorbidități sunt: hipertensiunea arterială 67,2 %, diabetul zaharat 38,17 %, bolile pulmonare obstructive 32,27 %, arteriopatia periferică 20,02 %, boala artrozică 19,92 %, disfuncțiile tiroidiene 16,75 %, bolile neurologice și psihiatrice 20 % și afecțiuni urologice sau nefrologice 8,65 %. Datele au fost preluate dintr-un studiu realizat pe 122 630 pacienți cu vârste peste 65 ani, publicat în JACC 42, 2003.

Consider că este foarte importantă o definiție a comorbidităților în insuficiența cardiacă. **Comorbiditățile sunt condiții patologice cronice, evolutive, care influențează nemijlocit diagnosticul, tratamentul și prognosticul insuficienței cardiace. La condițiile patologice trebuie adăugate efectele secundare ale tratamentului.**

În concluzie, comorbiditățile în insuficiența cardiacă sunt foarte frecvente, practic există "obligatoriu" cel puțin o comorbiditate, ele având cauze multiple cardiace sau noncardiace. Tratamentul comorbidităților poate afecta tratamentul insuficienței cardiace, putând modifica efectul terapeutic.

Fibrilația atrială și insuficiența cardiacă: incidență, prognostic, principii de tratament

Prof. Dr. Alexandru Câmpeanu, Clinica Medicală Caritas, Acad N.Cajal

Fibrilația atrială (FA) reprezintă una dintre comorbiditățile importante ale insuficienței cardiace (ICC) prin prevalența ridicată, prognosticul sever, dificultățile și limitele strategiilor terapeutice.

Prevalența FA la bolnavii cu ICC este aproximativ dublă față de bolnavii fără ICC și crește cu vârsta și cu severitatea ICC (10 % în clasa a II-a NYHA și 50 % în clasa a IV-a NYHA, conform studiului SOLVD). Recent, (2007) Corell și colab. au constatat pe un lot de 1017 bolnavi cu ICC că FA a fost prezentă la 42,6 % bolnavi, dintre care 18,7 % au avut FA recentă, necunoscută. Riscul anual de apariție a FA a fost de 6,2 %, superior studiilor anterioare (3 % -5 %). 7 % dintre bolnavi erau în clasa III NYHA, neexistând o relație între prezența FA și fracția de ejeție a VS. În Euro-Heart Failure Survey (2008) FA a fost prezentă la 34 % dintre cei 10701 bolnavi cu ICC, 9 % cazuri fiind FA nou apărută.

Prognostic. FA nu este o condiție benignă, influențând considerabil supraviețuirea și calitatea vieții bolnavului cu ICC. FA crește mortalitatea, riscul de embolii sistemice și stroke dar și al terapiei anticoagulante și influențează progresia ICC, determinând remodelarea atrială și ventriculară, alterarea hemodinamicii cardiace și scăderea debitului cardiac cu 25-30 %. Mortalitatea bolnavilor cu FA este semnificativ mai mare decât a celor cu ritm sinusal (cu 34% mai mare, în studiul SOLVD).

FA recent instalată este asociată cu o creștere considerabilă a mortalității (53,5 % în EuroHeart Failure Survey), fiind considerată un factor de risc independent de mortalitate și evoluție severă, probabil datorită consecințelor importante asupra funcției cardiace .

FA constituie un factor important de risc de apariție a stroke-ului, care este de 2-5 ori mai frecvent decât la bolnavii cu ICC fără FA și are evoluție mai severă și mai prelungită. FA cu frecvență cardiacă înaltă, necontrolată, determină apariția cardiomiopatiei tahicardice, precipitarea și evoluția ICC, urmate de spitalizări frecvente și costuri ridicate.

Principii terapeutice. Obiectivele majore ale terapiei FA în ICC sunt ameliorarea calității vieții (reducerea simptomatologiei și îmbunătățirea capacității de efort, reducerea spitalizărilor și prevenirea complicațiilor) și a

mortalității (prevenția aritmiilor, a morții subite, a emboliilor), reducerea stimulării neuro-hormonale și influențarea remodelării atriale și ventriculare.

Restabilirea ritmului sinusal și menținerea acestuia constituie obiectivul principal al tratamentului FA la bolnavii cu ICC, având în vedere că FA determină dezvoltarea și perpetuarea modificărilor funcționale și structurale atriale care stabilizează aritmia (FA lungeste FA) și agravează evoluția clinică (creșterea mortalității, embolii, agravarea ICC, spitalizări numeroase). Conversia în ritm sinusal este recomandată a fi făcută de la primul episod de FA și se poate adresa bolnavilor cu FA paroxistică, persistentă sau permanentă, conform Ghidului European de Tratament al Fibrilației Atriale din 2008. Conversia în ritm sinusal poate fi făcută electric (cea mai eficientă), farmacologic (amiodarona sau dofetilida) sau prin ablația zonelor aritmogene prin radiofrecvență sau chirurgical. Studii recente au arătat că ablația determină menținerea ritmului sinusal la 75-85 % dintre cazuri, reduce considerabil activitatea hormonală și îmbunătățește funcția și remodelarea atrială. Administrarea concomitentă de inhibitori ai enzimei de conversie a angiotensinei, blocanți de receptori ai angiotensinei, betablocante și statine potențează efectele antiaritmice de restaurare a ritmului sinusal și prevenție a recurențelor FA.

Controlul frecvenței cardiace reprezintă o modalitate terapeutică la bolnavii la care nu se poate realiza conversia în ritm sinusal și menținerea acestuia și se recomandă a fi realizat cu digoxin, betablocante și amiodarona. Terapia anticoagulantă este esențială în tratamentul acestor bolnavi, în absența contraindicațiilor.

Afectarea renală în insuficiența cardiacă: incidență, pronostic, principii de tratament

Conf. Dr. Adriana Iliesiu, Clinica medicala Caritas, Acad N. Cajal

Între insuficiența cardiacă (IC) și insuficiența renală (IR) este o relație de interdependență. 20% din pacienții cu IR cronică în stadiile finale au asociată IC. Pe de altă parte, disfuncția renală este mai frecventă în stadiile avansate ale IC, fără să se clarifice încă dacă IR asociată reprezintă un marker de severitate al IC sau un factor de agravare a bolii. Incidența IR (definită prin clearance-ul la creatinina < 60 ml/min) în IC cronică variază între 31% (SOLVD), 33% (studiul VALIANT) și 45% în studiul DIG. În IC acută, datele din registrul ADHERE arată că 20 % dintre pacienți au avut IR (definită de creatinina de peste 2 mg/dl).

Asocierea dintre IC și IR reprezintă un factor de agravare al prognosticului bolii cardiace. IR se întâlnește mai frecvent în IC cronică la vârstnici, în clasele III și IV NYHA de IC, la pacienții hipertensivi, diabetici sau cu manifestări generalizate de ateroscleroză. Disfuncția renală apare mai frecvent în evoluția IC în urma tratamentului diuretic cu doze mari sau în urma tratamentului cu inhibitori ai enzimei de conversie a angiotensinei (IEC). Există o relație liniară între severitatea IR și morbi-mortalitate în IC, care, în unele studii, este mai puternică decât relația mortalitate și clasa NYHA a IC. Într-o metaanaliză a peste 80000 de pacienți cu IC, creșterea creatininei cu > 0.5mg/dl crește cu 15% riscul relativ de mortalitate. În IC acută, coexistența IR crește de 2-3 ori mortalitatea. Un prognostic infaust în IC se întâlnește în sindromul cardio-renal, caracterizat de o clasă avansată de IC, hipotensiune arterială, anemie și rezistență la tratamentul diuretic.

Principiile de tratament în asocierea IC cu IR sunt în primul rând tratamentul corect al IC, ca și corectarea factorilor precipitanți (anemia, tulburările hidroelectrolitice, etc). În privința medicației, în IC cronică, dozele de IEC, de betablocante, de spironolactonă și de digoxin necesită să fie ajustate în funcție de severitatea IR. Se recomandă ca IEC să fie întrerupte dacă creatinina depășește 3 mg/dl sau dacă crește cu peste 30% față de valoarea bazală sub IEC. În privința diureticelor, tratamentul trebuie să fie nuanțat. Se recomandă întreruperea sau reducerea tratamentului diuretic dacă IR apare prin agravarea hipovolemiei și a perfuziei renale, și

sindromul cardio-renal reprezintă o provocare terapeutică.

Dezvoltarea unor noi clase de medicamente (antagoniști de vasopresina, peptide natriuretice) și de procedee terapeutice (ultrafiltrarea) deschid perspective în tratamentul congestiei din IC asociată cu IR.

Bolile pulmonare cronice în insuficiența cardiacă: incidență, pronostic, principii de tratament.

Conf. Dr. Diana Nistorescu, Clinica Medicala Caritas Acad N. Cajal

Boala pulmonară cronică (BPC) însoțește frecvent insuficiența cardiacă. Prevalența BPC în IC este apreciată la 20-30%. BPC are un risc important de IC și în același timp este considerată un factor de risc independent de morbi-mortalitate cardio-vasculară. O căutare Medline privind studiile de prevalență a disfuncției de VS la bolnavii pulmonari cronici arată diferențe importante de la un studiu la altul în funcție de excluderea bolnavilor coronarieni sau de gravitatea stării bolnavilor. Între 1966 și 2004 au fost identificate 18 studii cu număr mic de pacienți.

Diagnosticul de IC și BPC concomitentă este dificil din cauza suprapunerii semnelor și simptomelor. În anul 2005, Rutten și col. au publicat o cercetare din care reiese că un element important de diagnostic pentru IC la pacienții cu BPC este dozarea NT-proBNP. Cercetări ulterioare au arătat că toate tipurile de BNP sunt utile în diagnostic dar au mai mult o valoare predictiv negativă.

Prezența BPC la un bolnav cu IC nu modifică tratamentul cu IEC, blocanți de receptori de angiotensină sau beta- blocante. În ceea ce privește beta-blocantele, acestea pot fi administrate în siguranță. Se recomandă utilizarea betablocantelor selective deși s-a dovedit că și carvedilolul poate fi administrat în siguranță. Se pare că bolnavii pulmonari cronici au un prag mai ridicat pentru simptome respiratorii atunci când primesc beta-blocante. Prezența IC nu trebuie să schimbe administrarea de beta-simpatomimetice inhalatorii la bolnavii cu astm sau BPC.

Incidența și prognosticul afectării renale în insuficiența cardiacă secundară infarctului miocardic-studiu clinic retrospectiv

Gabriela Silvia Gheorghe, Irina Parvu, Ana Criste, Brandusa Strajean, Camelia Nicolae, Prof. Dr. Ioan Tiberiu Nanea, Clinica Medicală "Caritas" Acad. N. Cajal

Scopul lucrării a constat în evaluarea relației dintre insuficiența renală cronică și severitatea insuficienței cardiace la bolnavii cu infarct miocardic acut, plecând de la datele din literatură care arată că la bolnavii cu infarct miocardic disfuncția renală la internare evaluată prin creatinina serică este predictor al mortalității iar revascularizația nu anulează valoarea prognostică negativă a creatininei serice crescute¹.

Studiul a fost retrospectiv, pe 5 ani și a inclus 162 bolnavi (62,96 % bărbați) cu infarct miocardic acut (IMA) cu supradenivelare de segment ST (STEMI) (66 %) și fără supradenivelare de segment ST (NSTEMI) (34 %), care au fost stratificați în funcție de valoarea clearance-ului la creatinină (Clcr) calculat cu formula Cockcroft-Gault după stabilizare hemodinamică: grupul I, cu Clcr > 90 ml/min/1,73 m² (67,28 % bolnavi); grupul 2: Clcr 60-89 ml/min/1,73 m² (25,3 % bolnavi); grupul 3: Clcr 30-59 ml/min/1,73 m² (7,4 % bolnavi).

Au fost excluși bolnavii cu insuficiența renală severă cunoscută (Clcr < 30 ml/min/1,73 m² în ultimile 3 luni) și bolnavii cu clasa Killip IV la internare. 41,12 % dintre bolnavii STEMI au fost trombolizați. S-au urmărit prezența și severitatea insuficienței cardiace la internare (clasa Killip) și la externare, după 14 zile în medie (clasa NYHA) în raport cu valoarea Clcr. S-au notat antecedentele patologice și nivelul proteinei C reactive.

Studiul a arătat că gradul retenției azotate se corelează cu severitatea clasei NYHA la externare (p<0,01) dar nu și cu severitatea clasei Killip. Aceasta este determinată predominant de factori hemodinamici, legați de întinderea infarctului și de miocardul șocat.

La bolnavii din studiu cu Clcr < 60 ml/min/1,73 m². tratamentul fibrinolitik nu a modificat severitatea insuficienței cardiace la externare.

A existat o corelație statistică între gradul retenției azotate și valorile proteinei C reactive (r= 0,7) . Bolnavii cu IMA și retenție azotată au avut mai frecvent asociați factorii de risc (antecedente de infarct miocardic, hipertensiune arterială, diabet zaharat). 1. C Mueller, F-J Neumann, și al Renal function and long term mortality after unstable angina/ non-ST segment elevation myocardial infarction treated very early and predominantly with percutaneous coronary intervention, Heart 2004: 902-907.

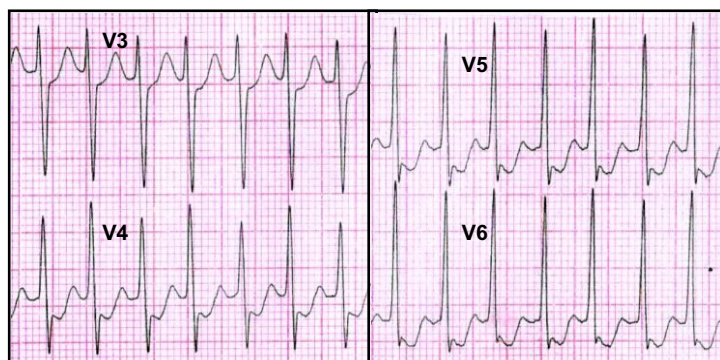
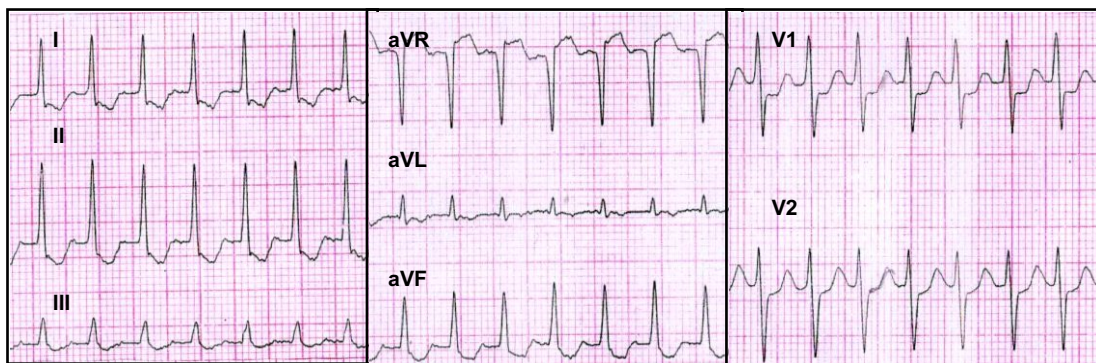
Clopidogrel în arteriopatia periferică

Dr. Gabriel Tatu-Chițoiu, Sp. Clinic de Urgență Floreasca

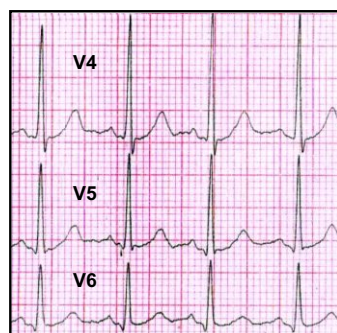
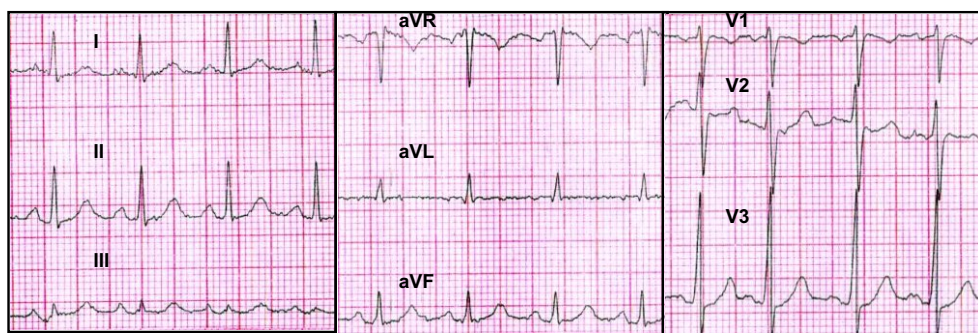
Mecanismele aterotrombozei sunt astăzi relativ binecunoscute, ele implicând, pe de o parte, disfuncția endotelială și agresiunea LDL-ului oxidat și, pe de altă parte, participarea monocitelor transformate în macrofage, a celulelor musculare netede din tunica vasculară medie și a trombocitelor. Trombocitele sunt implicate în ateroscleroză prin mai multe mecanisme între care secreția de citokine pro-inflamatorii.

Surprinderea semnelor de arteriopatie periferică traduce existența unei forme avansate de aterotromboză la pacientul respectiv, cu implicarea, de obicei, a patului vascular coronarian și cerebral. Din acest motiv, diagnosticarea arteriopatiei periferice anunță un risc de 4 ori mai mare pentru apariția unui infarct de miocard precum și un risc de 2-3 ori mai mare pentru un accident vascular cerebral. Din nefericire, arteriopatia periferică evoluează subclinic pentru o perioadă îndelungată de timp motiv care explică de ce 72 % dintre aceste cazuri rămân nediagnosticate. Înțelegerea complexității mecanismelor aterotrombozei a condus și la actuala modalitate de abordare a acesteia, modalitate care include asocierea hipolipemiantelor cu inhibitorii enzimei de conversie și cu antiagregantele plachetare. Aspirina are multiple dovezi de eficiență la acești bolnavi. Acesteia i s-a alăturat, în ultimii ani, și clopidogrelul. Eficiența clopidogrelului la pacienții coronarieni este astăzi binecunoscută, motiv pentru care acesta a intrat în tratamentul curent al acestor pacienți. În plus, Clopidogrelul s-a dovedit util în prevenția secundară a pacienților cu stigmat de boală aterotrombotică. Astfel, în studiul CAPRIE, administrarea de Clopidogrel a fost urmată de o reducere cu 8,7% în comparație cu aspirina a riscului de deces, de apariție a unui infarct sau al unui accident vascular cerebral la pacienții care avuseseră un accident coronarian sau cerebral sau erau cunoscuți cu arteriopatie periferică. Clopidogrelul a redus cu 19,2% riscul de infarct la acești pacienți, în comparație cu aspirina. În momentul în care a fost luat în calcul numai grupul de pacienți cu arteriopatie periferică, rata de deces, accident vascular cerebral sau de infarct miocardic a fost cu 23,8% mai redusă la pacienții tratați cu clopidogrel comparativ cu cei tratați cu aspirină. Toate aceste date, alături de tolerabilitatea digestivă mai bună comparativ cu aspirina, recomandă includerea clopidogrelului în schema terapeutică de rutină a pacientului cu arteriopatie periferică.

ECG-BLITZ :
bărbat, 69 ani, acuză palpitații și dureri anginoase



Traseul nr 1 (la internare)

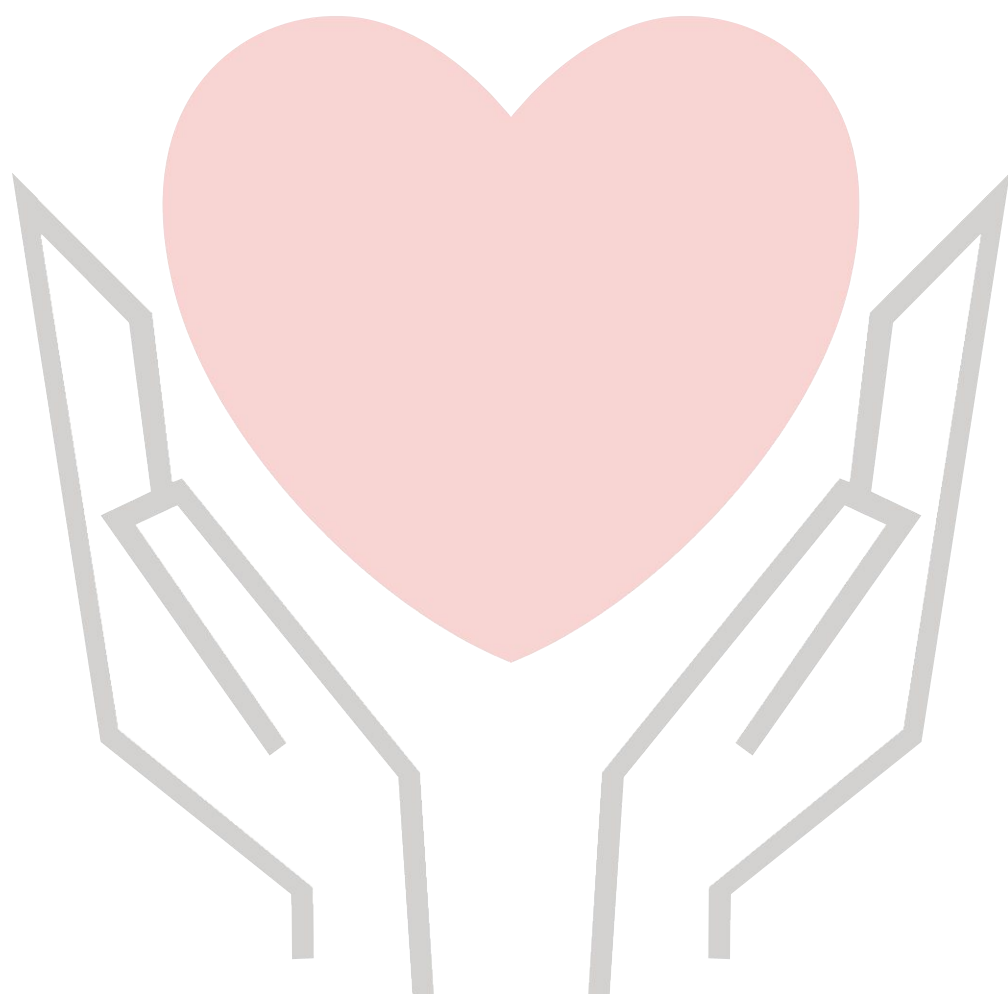


Traseul nr 2 (dupa soc electric sincron)

Colecția Prof T.Nanea

NB. Vor fi premiați cei care, pe parcursul unui an, vor da cele mai multe răspunsuri corecte (minimum 6). Răspunsurile se primesc la adresa de e-mail fialabucsrc@yahoo.com până la data de 26 ian 2009

FOAIE DE INFORMARE MEDICALĂ



REDACTOR SEF:

Prof.Dr. Ioan Tiberiu NANEA

REDACTORI ADJUNCȚI:

Dr. Radu CIUDIN
Dr.Gabriela-Silvia GHEORGHE
Dr. Adrian MEREUȚĂ

TEHNOREDACTOR:

Andrei Cristian Dan GHEORGHE