

Rolul primordial al suspiciunii clinice în diagnosticul tromboembolismului pulmonar masiv

Cristina Bălășan*, Iuliana Bogdan†

Abstract

Suspicion of massive bilateral pulmonary embolism at a 24 years old male, with no medical history, based on typical clinical symptoms (syncope, low blood pressure, chest pain, sinus tachycardia), with minimally altered tests (ECG, pulmonary X-Ray), or even normal results (arterial blood gases), but confirmed by pulmonary CT-scan.

Key words

Massive Pulmonary Embolism, Clinical Signs, Pulmonary CT

Rezumat

Diagnosticul de suspiciune al tromboembolismului pulmonar masiv bilateral la un pacient de sex masculin în vârstă de 24 de ani, fără antecedente personale patologice semnificative, cu clinică sugestivă (sincopă, hipotensiune arterială, durere retrosternală, tahicardie sinusală), în ciuda investigațiilor paraclinice modificate ne semnificative (electrocardiograma, radiografia pulmonară), sau chiar de aspect normal (gazele sangvine în sângele arterial), dar confirmat prin tomografia pulmonară computerizată. (Revista de Medicină de Urgență, Vol. 2, Nr. 2: 38-40)

Cuvinte-cheie

Tromboembolism pulmonar masiv, semne clinice, CT pulmonar

Un pacient de 24 de ani este adus la camera de gardă pentru sincopă, durere retrosternală și tensiune arterială nedeclabilă, instalate cu 30 de minute înaintea prezentării.

Pacientul nu avea antecedente personale patologice semnificative cunoscute, relatează însă episoade de tuse, junghi toracic și dispnee la urcatul treptelor, apărute cu trei săptămâni înainte de momentul actual, care fuseseră interpretate drept o viroză respiratorie. Pacientul întrerupsese fumatul cu această ocazie. De asemenea, mai prezentase un episod asemănător în urmă cu 6 luni, fără să fie investigat atunci.

La examenul clinic: pacient conștient, cooperant, fără dispnee de repaus, frecvența respiratorie = 20/min, cu durere re-

trosternală, fără iradiere, TA= 90/50 mm Hg, AV = 120/min, zgomote cardiace asurzite, prezența zgomotului 3 în focarul pulmonar, vene jugulare neturgescente, tegumente normal colorate, cianoză moderată a patului unghial.

Pulmonar murmur vezicular prezent bilateral, fără raluri.

La sosirea în departamentul de urgență, concomitent cu evaluarea pacientului s-au demarat măsurile terapeutice: oxigenoterapie pe masca facială 15 l/min, monitorizare ECG, perfuzie endovenoasă cu ser fiziologic 500 ml.

Hemoleucograma și biochimia recoltate în urgență au avut valori normale.

Electrocardiograma: ritm sinusal = 120/min, ax QRS = +90, unde T negative în teritoriul inferior (DII, DIII, aVF).

Radiografia pulmonară efectuată a avut aspect normal la prezentare, silueta cardiacă având însă golful cardiac șters.

Valorile gazelor sangvine din sângele arterial au fost normale.

Examenul CT pulmonar a pus în evidență prezența unui trombus voluminos de 3/2 cm în ramul drept al arterei pulmonare, cu extensie și în arterele lobare medie și inferioară, precum și trombi în ramul stâng al arterei pulmonare și în artera lobară inferioară stângă. De asemenea, un mic proces condensant alveolar triunghiular la nivelul lobului inferior stâng, adiacent pleurei viscerale latero-toracale și mici epansamente pleuro-pericardice (vezi imaginile 1-4).

Pacientul a fost internat în secția de terapie intensivă coronariană, unde cardiologul a început imediat tromboliza pacientului folosind schema clasică de 250 000 UI SK în 30 min., apoi 100 000 UI SK /h 48 de ore, urmat apoi de heparină pe injectomat 1000 – 1800 UI/h până când APTT-ul a scăzut la valori convenabile, iar din ziua a cincea a primit Sintrom ca anticoagulant oral.

Un eveniment important din timpul trombolizei s-a întâmplat la 15 min. de la începerea acesteia, cu tahicardie 140/min, dispnee și cianoză în pelerină, ceea ce a determinat cardiologul să ceară un consult de ATI în vederea unei eventuale intubații oro-traheale și ventilării mecanice a pacientului. Acest lucru nu s-a întâmplat, simptomatologia remițându-se treptat.

Ecografia cardiacă efectuată după tromboliza a pus diagnosticul de hipertensiune arterială pulmonară majoră, cu regurgitare tricuspidiană severă secundară și regurgitare pulmonară moderată secundară, având cavitățile cardiace drepte mult dilatate.

Ecografia Doppler vasculară efectuată la nivelul membrilor inferioare și pelvisului a fost de aspect normal, ceea ce a dus la concluzia că trombii din arterele pulmonare s-au format „in situ“.

* Medic primar medicină de urgență. † Medic rezident medicină de urgență, Spitalul Clinic de Urgență București, Calea Floreasca nr. 8, sector 1, București.

Autor pentru corespondență: Cristina Bălășan,
e-mail: crisbalasan@yahoo.com

Primit la 20 august, acceptat la 15 septembrie 2005.

Investigațiile ulterioare au arătat că pacientul avea deficit de proteină C.

La externare examenul CT pulmonar a avut aspect normal, existând doar zone de atelectazie lamelară bazale și revărsat lichidian pleural, bilateral, iar ecografia cardiacă n-a mai evidențiat regurgitare tricuspidiană, deși existau semne indirecte de hipertensiune arterială pulmonară.

Discuții

Tromboembolismul pulmonar masiv poate fi definit ca obstrucția fluxului sangvin în artera pulmonară, suficient pentru a determina o creștere semnificativă a postsarcinii ventriculului drept și creșterea consecutivă a presiunii sistolice în artera pulmonară.

Pacienții prezintă cel mai mare risc de moarte subită, iar pe termen lung riscul de hipertensiune arterială pulmonară cronică, dacă nu se produce liza trombului din artera pulmonară [1].

Afecțiunea este mai frecventă la femei, raportul femei/bărbați = 4/1, iar incidența crește progresiv între decada a treia și a șasea de vârstă. Mortalitatea este de 20-30% în lipsa tratamentului, iar cu tratamentul adecvat, scade sub 10% [2].

90% din emboliile pulmonare au drept sursă tromboza venoasă la nivelul membrelor inferioare. Sursa venoasă nu este evidentă clinic decât la 1/3 din bolnavi.

Când embolia pulmonară apare fără să existe factori de risc, există posibilitatea unui status de hipercoagulabilitate ereditară, cel mai frecvent din cauza deficitului de antitrom-

bină III, proteina C sau proteina S, mai ales la pacienții sub 40 de ani [3].

Cele mai frecvente simptome ale emboliei pulmonare sunt dispneea brusc instalată, cu tahipnee, și tahicardia sinusală inexplicabilă [4].

Doar prezența sincopei s-a demonstrat a fi corelată cu tromboembolismul pulmonar masiv [5].

Hipoxemia este caracteristică pentru embolia pulmonară acută, dar presiunea parțială a oxigenului în sângele arterial de valoare normală, sau gradientul alveolo-arterial normal al oxigenului, nu exclud diagnosticul de embolie pulmonară [5].

Ecografia cardiacă evaluează dimensiunile și mișcarea ventriculului drept, precum și compromiterea acestuia determinată de evenimentul embolic inițial, și poate servi ca ghid pentru tratamentul trombolitic [5].

Ca particularități ale cazului prezentat pot fi considerate vârsta pacientului în afara vârfului incidenței, sexul, absența antecedentelor personale patologice și a factorilor predispozanți, dar mai ales clinica pacientului care a permis suspiciunea diagnosticului de embolie pulmonară masivă, în ciuda faptului că investigațiile paraclinice efectuate în camera de gardă (electrocardiograma, radiografia pulmonară și gazele sangvine) nu au putut susține diagnosticul de certitudine.

Mulțumiri doamnei doctor Cristina Teodorescu pentru furnizarea informațiilor despre evoluția pacientului și domnului doctor Radu Marian pentru ajutorul dat în selectarea iconografiei.

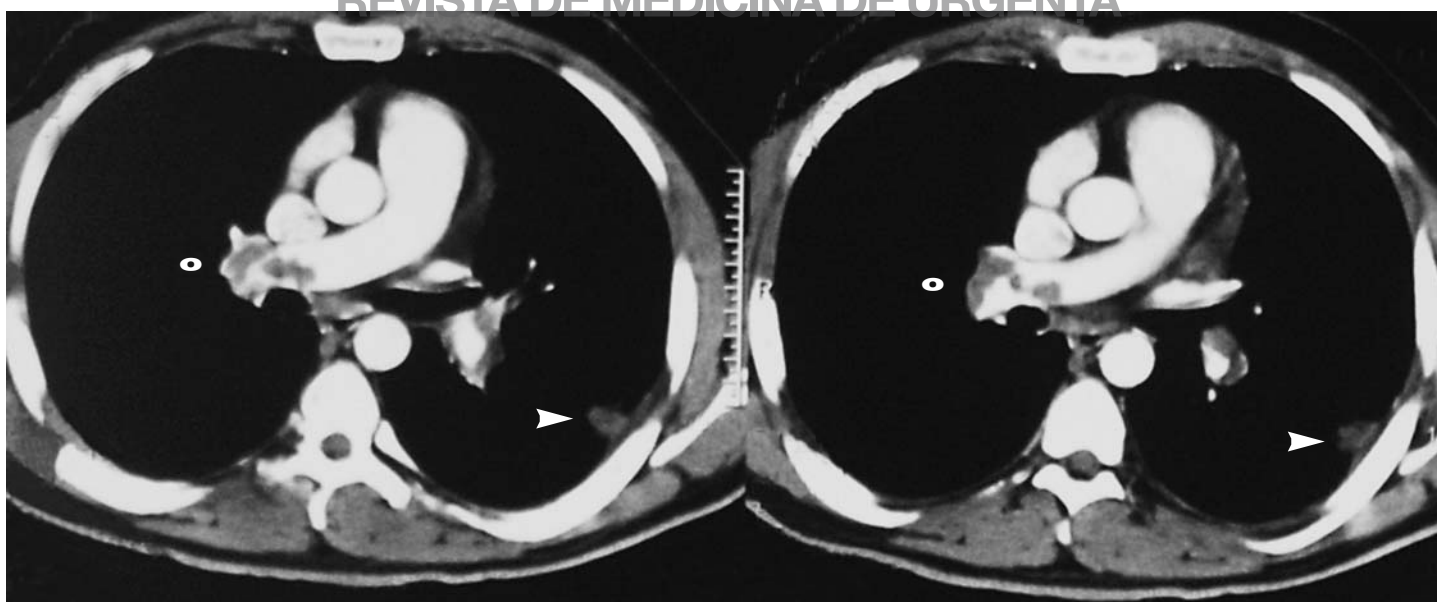


Figura 1. Tromboza arterei pulmonare drepte (○) infarct pulmonar (▶)

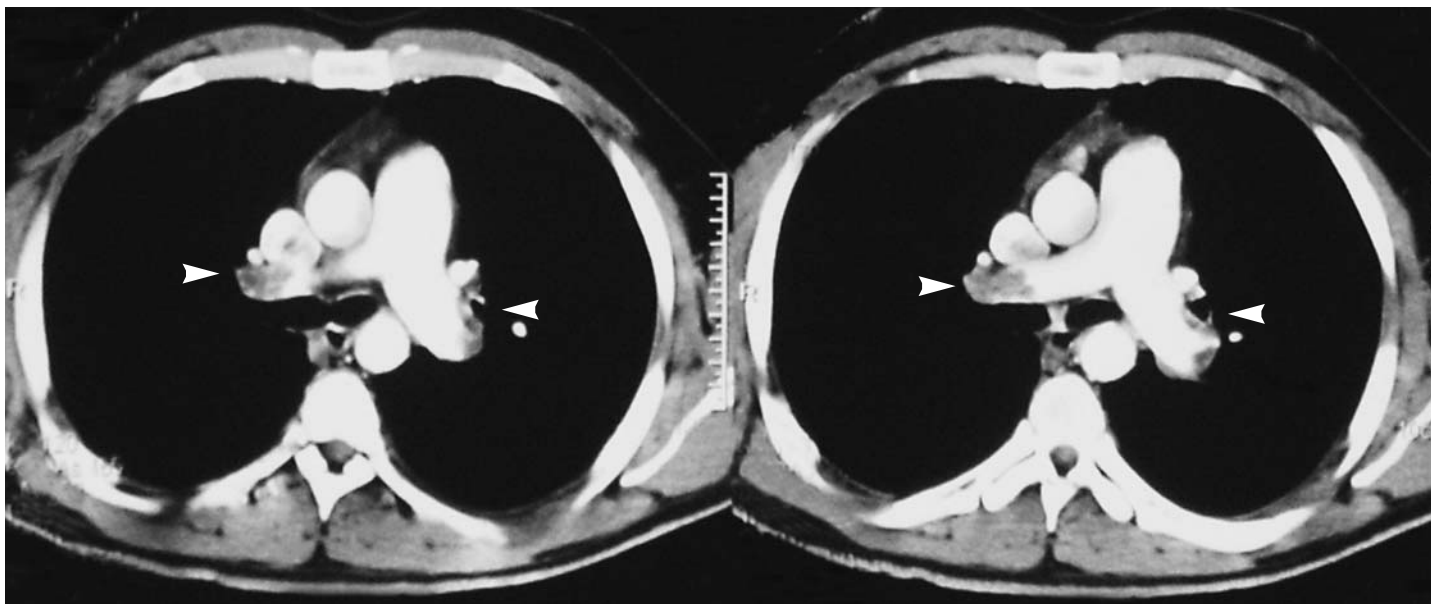


Figura 2. Tromboza ambelor artere pulmonare (◄◄)

Bibliografie

1. Goldhaber S and Braunwald E. Pulmonary Embolism. In Braunwald E, editor: Heart disease. A textbook of cardiovascular medicine. 4th edition, Philadelphia: W.B. Saunders, 1992: 1562.
2. Dalen J and Alpert J. Pulmonary Embolism. In J. Willis Hurst, editor: The heart. Arteries and Veins. 6th edition, New York: McGraw-Hill Book Company, 1986: 1105.
3. Robert Senior J. Pulmonary Embolism. In Bennett J.C., Plum F, editors: Cecil Textbook of medicine, 20th edition, Philadelphia: W.B.Saunders, 1996: 423.
4. Mehra M and Bode F. Venous thrombosis and pulmonary embolism. In Civetta J, Taylor R, Kirby R, editors: Critical care. 3rd edition, Philadelphia: Lippincot Raven, 1997: 1894.
5. Valenzuela T.D. and Croghan M.K. Pulmonary Embolism. In Schwartz G, editor: Principles and practice of emergency medicine. 4th edition, Baltimore: Williams and Wilkins, 1998: 601-602.