

# Cazul 1

- Pacientul P.S., 62 ani, sex masculin, din mediu urban, cunoscut cu HTA de patru ani, aflat în tratament cu lisinopril 5 mg/zi și indapamidă, se prezintă în ambulator pentru durere retrosternală puternică, apărută brusc în repaus, rapid progresivă, prelungită peste 20 minute, cu iradiere în umărul și membrul superior stâng, care nu cedează la administrarea de nitroglicerină.

## ***Considerații:***

- - factorii de risc cardiovascular: hipertensiunea arterială, antecedente heredo-colaterale de boală coronariană prematură și vârstă (nu a fost evaluat profilul metabolic în antecedente);
- - prezentarea tardivă la medic (24 ore de la apariția durerii);

## ***Obiectiv:***

- - circumferința taliei = 72 cm; înălțime = 1,72 m; greutate = 63kg;
- - TA = 110/80 mmHg, FC = 80 b/min;
- - frecvența respiratorie = 16 resp/min, raluri subcrepitante bazal bilateral.

# Diagnostic

- ***(1) Formulați diagnosticul probabil.***

# **(1) Diagnostic probabil:**

- **Sindrom coronarian acut.**

## **(2) Investigații paraclinice imediate:**

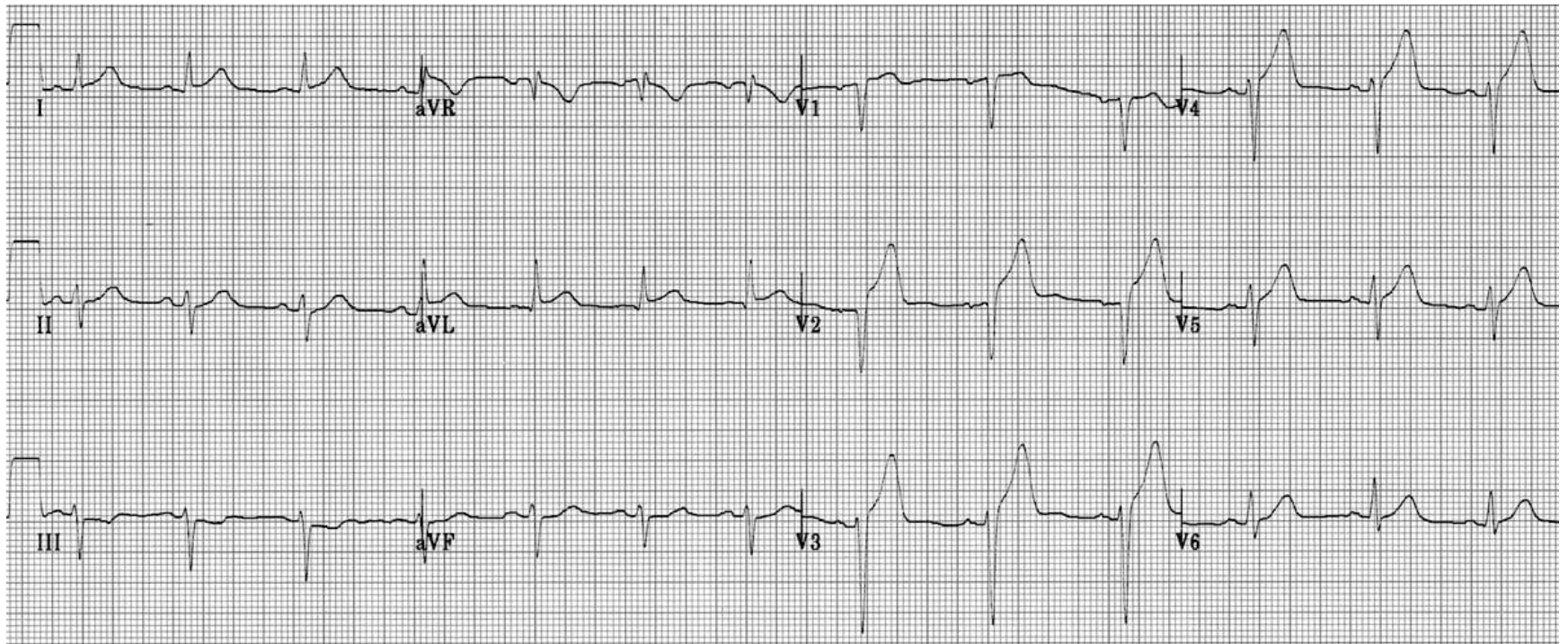
**EKG**

**Rx torace**

Laborator

Ecocardiatic

# EKG



# EKG

- Electrocardiograma de repaus: ritm sinusal, FC = 75 b/min, ax QRS deviat ,la stanga, unde Q patologice în V1-V2, supradenivelare de segment ST in DI, aVL, V1-V5.



# Laborator:

- - CK = 979 U/l;
- - AST = 259 U/l;
- - CT = 225 mg/dl;
- - LDL = 160 mg/dl;
- - HDL = 35 mg/dl;
- - TG = 150 mg/dl;
- - glicemia = 97 mg/dl;
- - creatinina serică = 0,92 mg/dl;

# Rx torace



# Rx torace

- Radiografie toracică: raport cardio-toracic = 0,56; desen interstițial accentuat bazal bilateral

# Ecografiacardiaca

- Ecocardiografia: akinezie apical lateral, anterior apical și mediu, hipochinezie severă de sept; FE = 36%; pericard liber; fără trombi; alterare diastolică severă; regurgitare mitrală gradul II.

# Diagnostic pozitiv:

- Infarct miocardic acut antero-lateral întins clasa KILLIP II.
- Regurgitare mitrală gradul II.
- Hipertensiune arterială esențială gradul II, risc adițional foarte înalt.
- Insuficiență cardiacă NYHA III.

## **Atitudine terapeutică în faza prespital:**

- - Oxigenoterapie: 2-4 l/minut;
- - Nitroglicerină sublingual: 0,5 mg, repetată la 5-10 minute;
- Dubla antiagregare
- Aspirina (forma masticabilă), cât mai precoce: 150 – 325 mg oral, apoi 75 – 160 mg/zi
- Clopidogrel, tuturor celor cu indicație de PCI: 300 - 600 mg = doza de încărcare, apoi 75 mg/zi
- Morfină sulfat iv 2-4 mg;

# Atitudine terapeutică în faza prespital:

## ➤ Heparina

- reprezintă terapia anticoagulantă standard în timpul PCI
- **bolus iv. 100 U/kg** (60 U/kg dacă folosim inhibitori GP IIb IIIa) apoi, ajustarea dozei, pentru un *APTT = 250-350 ms* (200-250 ms dacă folosim inhibitori GP IIb IIIa)

Abciximab Bolus de 0.25mg/kg i.v. și apoi infuzie de 0,125 ug/kg/minut (max. 10 ug/min) pentru 12 ore

Eptifibatide Bolus dublu de 180ug/kg i.v (date la interval de 10 minute) urmat de o infuzie de 2,0 ug/kg/min pentru 18 ore.

Tirofiban 25 ug/kg în decurs de 3 minute, i.v, urmat de o infuzie de menținere de 0,15 ug/kg/min cu o durată de până la 18 ore

- HGMJ s-au studiat pe nr.limitat STEMI, de aceea, nu putem susține înlocuirea heparinei!!!

# **TERAPIA ANTITROMBOTICĂ FĂRĂ TRATAMENT DE REPERFUZIE**

**cât mai curând posibil, la cei care se prezintă în interval de 12 ore de la debutul simptomelor, și la care nu s-a administrat terapia de reperfuzie**

**- se prezintă după 12 ore:**

**Aspirina**

**Clopidogrel**

**Antitrombotic: Heparina, Enoxaparina,  
Fondaparinux**



# Fibrinoliza prespital

## Indicații:

- **STEMI ce nu poate beneficia de PCI primară în primele 90 min**

## Recomandări:

- Se instituie în primele 3 ore de la apariția simptomatologiei
- Monitorizare: clinică  
ECG  
DEE !!!

# Contraindicațiile terapiei fibrinolitice

## Absolute

- Hemoragie intracraniană în antecedente sau accident vascular de cauză necunoscută în orice moment
- Accident vascular ischemic în ultimele 6 luni
- Leziuni ale sistemului nervos central sau neoplasme sau malformații arteriovenoase
- Traumă majoră recentă/chirurgie/leziuni craniene (în luna anterioară)
- Sângerare gastrointestinală în ultima lună
- Disfuncții ale procesului de sângerare (excluzând menstruația)
- Disecția de aortă
- Puncții necompresibile în ultimele 24 de ore (ex. biopsie hepatică, puncție lombară)

# Relative

- Atac vascular tranzitor în ultimele 6 luni
- Terapie anticoagulantă orală
- Sarcină sau în prima săptămână post partum
- Hipertensiune refractară (TAS >180 mmHg și/sau TAD >110 mmHg)
- Afecțiune hepatică avansată
- Endocardită infecțioasă
- Ulcer peptic activ
- Resuscitare prelungită traumatică

# Eficacitatea fibrinoliticelelor

- ❖ fibrinolitic iv. în primele 12 ore - reduce mortalitatea în IMA
- ❖ relația beneficiu (vieți salvate) – amânare reperfuzie = curbă exponențială descrescătoare
- ❖ beneficiul este semnificativ, indiferent de vârstă, sex, TA, FC sau topografia IM

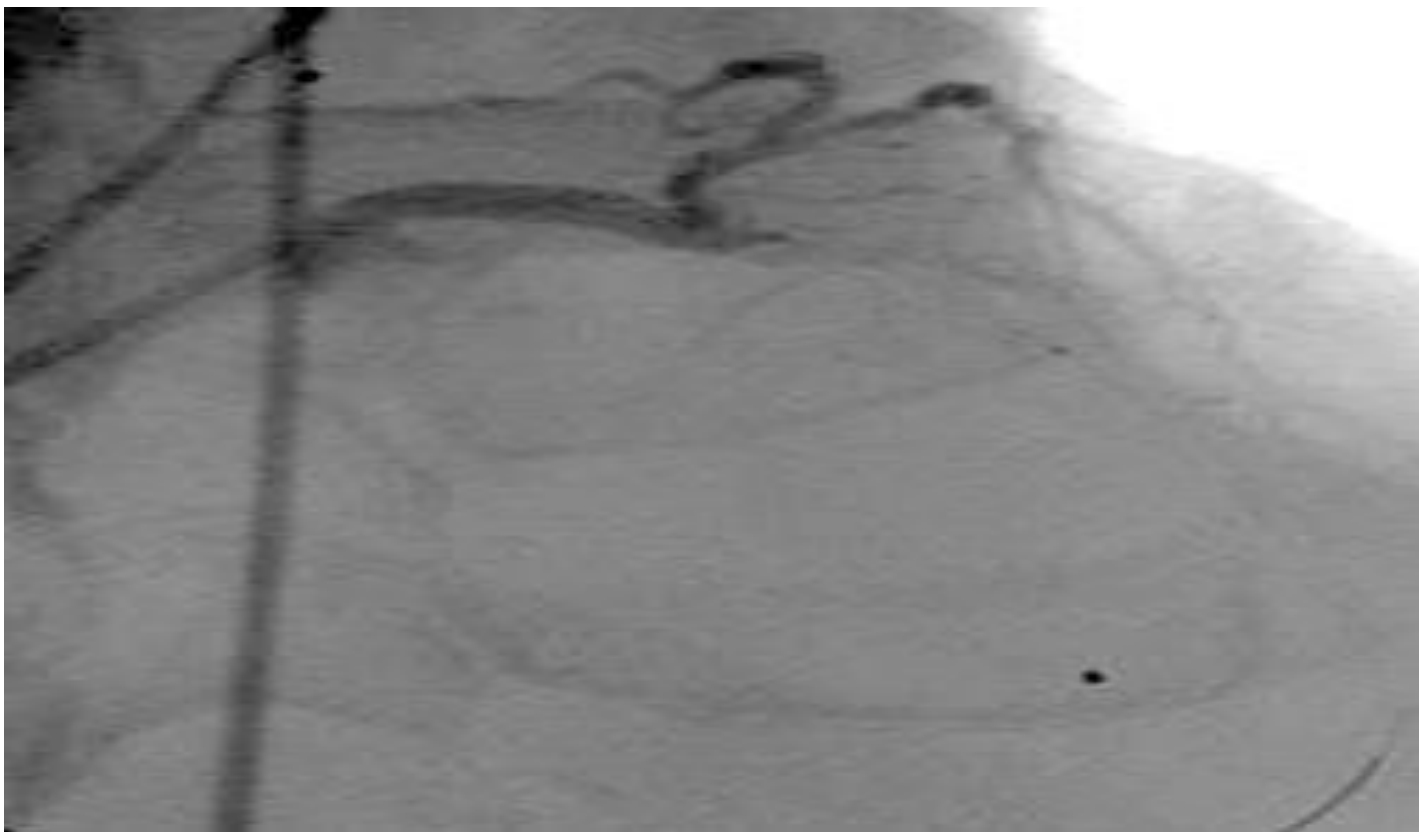
**DAR,**

administrarea fibrinoliticelelor în primele 24 ore crește riscul - hemoragiilor grave (7% extracerebrale; 4% intracerebrale)  
- mortalității precoce

# Atitudine terapeutică ulterioară:

- Datorită depășirii timpului util pentru efectuarea cu succes a trombolizei (peste 24 ore), pacientul a fost adresat serviciului de cardiologie intervențională pentru evaluare invazivă.
- Angiogramă coronară evidențiază trunchi ACS indemn, ADA obstruată de la origine, fără vizualizarea teritoriului distal, ACX gracilă, cu plăci de aterom nesemnificative, ACD fără leziuni, care umple retrograd ADA până în segment proximal cu flux TIMI I.
- Se practică angioplastie coronariană transluminală cu stentare (Carbostent 3,5/19 mm; 3,0/15 mm; 3,0/31 mm) pe ADA

# Angiocoronarografia



# Angiocoronarografia



# Managementul pe termen lung:

- Măsuri non-farmacologice pentru reducerea riscului cardiovascular pe termen lung:
- - schimbarea stilului de viață (recomandări privind dieta, activitatea fizică);
- - controlul HTA (TA țintă < 130/80 mmHg);
- - tratamentul dislipidemiei (LDL țintă < 100 mg/dl, opțional < 70 mg/dl);
- - includerea în program de antrenament fizic și continuarea acestuia toată viața (60-80% din frecvența maximă atinsă la
- testul de efort efectuat la o lună post eveniment acut);



# Măsuri farmacologice:

- - **beta-blocant**: Bisoprolol 5 mg/zi (Concor 5 mg);
- - **inhibitor al enzimei de conversie**: Perindopril 5 mg/zi (Prestarium 5 mg);
- - **antiagregant plachetar**: - Clopidogrel 75 mg/zi (Plavix 75 mg);
- - Acid acetisalicilic 100 mg/zi (Thrombo Ass 100 mg);
- - **normolipemiant**: Rosuvastatină 10 mg/zi (Crestor 10 mg → obiectiv: înjumătățirea valorii LDL colesterolului);
- - **diuretic**: Furosemid 20 mg/zi; Spironolactonă 25 mg/zi;

# Obiective pe termen lung:

- - controlul factorilor de risc și al complicațiilor posibile
- conform algoritmului de profilaxie secundară;
- - continuarea antrenamentului fizic toată viața;
- - profilaxia endocarditei bacteriene în caz de manevre sângerânde;
- - evaluare cardiologică periodică sau în caz de simptome nou apărute.