

„Răspântii“ complicate ale activității practice: durerea toracică

Complicated “issues” of practice activity: thoracic pain

Conf. Dr. HORIA BĂLAN, Asist. Univ. Dr. ELENA POPESCU,
Asist. Univ. Dr. GABRIELA ANGELESCU

UMF „Carol Davila“, București
Clinica Medicală, Spitalul Clinic Județean de Urgență, Ilfov

REZUMAT

Durerea toracică reprezintă una dintre cele mai importante situații clinice ce ne solicită major capacitatea de realizare a unui diagnostic diferențial precis.

Prezenta punere la punct se bazează doar pe informațiile oferite de anamneză și de examenul clinic. Viața ne demonstrează că cea mai sigură investiție ce poate ameliora activitatea noastră este rafinarea instrumentelor pe care le vom avea întotdeauna la dispoziție: un examen clinic de calitate și o gândire medicală logică și precis orientată.

Cuvinte cheie: durere toracică, simptome, semne, anamneză, diagnostic diferențial.

ABSTRACT

Chest pain is one of the most important clinical situations that is highly demanding, concerning our capacity to make a precise differential diagnosis, based on our operational skills.

The present review is based only on those data offered by history taking and careful clinical examination.

Real life is demonstrating us every day that the most reliable investment that can ameliorate our daily activity is in refining our own skills: the clinical examination and a quick and precise medical judgement.

Key words: chest pain, symptoms, signs, history taking, differential diagnosis.

Durerea toracică, acoperind o arie largă de afecțiuni generatoare de prognostice de o gravitate mergând de la amenințătoare de viață la simplu disconfort minor,

pasager, reprezintă genul de situație ce pune în valoare capacitatea integrativă și discriminatorie a unui clinician. Amploarea datelor, ca și importanța problemei explică existența unor tratate dedicate acestui subiect; pe de altă parte, există

Adresă de corespondență:

Conf. Dr. Horia Bălan, UMF „Carol Davila“, B-dul Eroilor Sanitari, Nr. 8, București
email: drhoriabalan@yahoo.com

protocoale foarte clare pentru serviciile UPU, pentru unitățile de terapie intensivă coronariană.

Această prezentare își dorește să reactualizeze abordarea clinică a acestui simptom – situație ce caracterizează activitatea majorității medicilor de familie, ce nu au la dispoziție ajutorul minimal reprezentat de un traseu ECG.

Să începem cu sfatul bătrânilor clinicieni: este genul de situație clinică în care este preferabil „să greșim în plus”.

Deoarece la un capăt al spectrului diagnostic se poate afla infarctul miocardic acut (IMA) este preferabil să abordăm de o manieră prudentă, dar solid documentată, pentru a nu considera chiar orice durere toracică ca fiind o situație ce impune solicitarea unei ambulanțe dotate cu mijloace de resuscitare și reanimare, nu doar printr-o pregătire teoretică solidă, ci prin aplicarea cu conștiinciozitate a unei ordini logice a demersurilor anamnestice și clinice.

GALLAVARDIN sublinia la începutul precedentului secol: „viitorul unui subiect care are o primă criză de angor poate dura de la 30 de secunde la 30 de ani” (este evident că prin multiplele intervenții benefice existente astăzi acest orizont de 30 de ani a putut fi depășit).

Pe de altă parte încărcătura emoțională a unei asemenea localizări a durerii este importantă, aproape invariabil apărând dihotomizarea în funcție de sex: femeile se tem de o afecțiune mară; bărbații se tem de o afecțiune cardiacă.

De aceea este bine ca, la fel ca în fața oricărei incertitudini, să avem o abordare ordonată, disciplinată. Iată una dintre modalități (MARTIN GRAYS): „regula celor 4 C”: 1. caracterizați; 2. categorisiți; 3. căutați cauza; 4. confirmarea finală

WILLIAM HEBERDEN a citit lucrarea devenită celebră în descrierea durerii anginoase în Colegiul Medicilor din Londra pe data de 21 iulie, 1768 „Cei care sunt afectați de ea o resimt atunci când merg, mai ales atunci când se deplasează după ce au mâncat, ca o senzație dureroasă și foarte neplăcută ca amenițătoare de viață dacă ar crește în intensitate sau dacă ar continua”.

Reamintim faptul că peste tot în lume diagnosticul de angor pectoris este pus pe baze clinice, dat fiind faptul că este o patologie foarte frecventă: marea majoritate a bărbaților de pes-

te 45 de ani, respectiv femeile de peste 55 de ani (aflate la cel puțin 3 ani de la instalarea climaxului) prezintă leziuni aterosclerotice semnificative; cele mai comune și pe de altă parte severe (din punct de vedere al prognosticului) cauze de durere toracică sunt reprezentate de infarctul miocardic acut (IMA) și angorul instabil.

Durerea toracică reprezintă cea mai comună cauză de prezentare la medic în Europa și America de Nord, reprezentând de asemenea între 20 și 30% dintre cauzele de internare.

Datele actuale demonstrează că între 4 și 7 % dintre consultațiile la departamentele UPU și în cabinetele medicilor de familie sunt generate de dureri toracice, cele mai comune cauze fiind, la distanță de celelalte: IMA și angorul instabil.

Pe de altă parte, dintre pacienții spitalizați cu suspiciunea de IMA, doar 1/3 au un sindrom coronarian acut, iar dintre cei care fac coronografiile până la 30% nu au modificări detectabile.

Rațiunile pentru care diagnosticul de angor pectoris este clinic sunt pe de o parte economice – afectarea coronariană aterosclerotică este o boală foarte răspândită care din punct de vedere statistic este foarte probabil a fi prezentă, poate fi diagnosticată pe baza principalului său simptom, cu condiția definirii sale foarte exacte, respectiv prin stabilirea unor criterii de fiabilitate, care să permită afirmarea cu certitudine că durerea are o cauză ischemică dacă aceasta îndeplinește anumite condiții. Iată în acest sens un chestionar larg utilizat în SUA, creat de Rose, poate cel mai strălucit statistician în viață, din domeniul medical.

Pentru situațiile uzuale (indivizi care nu se află în situația de a periclita viața altor semeni: mecanici de locomotivă, controlori de trafic, președinți de țară) utilizarea acestui chestionar este suficientă. În situațiile menționate mai sus se va apela la „standardul de aur”: coronarografia.

ANAMNEZA

Considerată etapa cea mai importantă în diagnosticul – vezi chestionarul FRANK

Evaluarea elementelor anamnestice pentru angina pectorală

Elemente pozitive		Elemente negative
LOCALIZAREA DURERII		
- Regiunea retrosternală	+3	Regiunea apexiană -1
- Regiunea precordială	+2	
- Jumătatea stângă a toracelui, baza gâtului, partea inferioară a obrazului, regiunea epigastrică	+1	

Elemente pozitive		Elemente negative
IRADIAREA DURERII		
Într-un braț	+2	
În umăr, spate, gât, partea inferioară a obrazului (când nu se menționează în braț)	+1	
CARACTERUL DURERII		
– De strivire, apăsare, comprimare	+3	De junghi, rană, înțepătură -1
– De greutate sau tensiune	+2	
INTENSITATEA DURERII (se ia în considerare doar dacă la caracteristicile precedente s-a obținut un punctaj pozitiv)		
severă	+2	
moderată	+1	
CORELAREA CU EFORTUL		
Durerea este întotdeauna și în mod evident declanșată de efort	+5	Nu este legată de efort -5
Durerea este de obicei, dar nu întotdeauna, legată de efort	+1	
ALȚI FACTORI DE DECLANȘARE		
Emoția	+1	Mișcări ale corpului -5 Factori musculo-scheletici (mai ales verificați prin examen medical; altfel se apreciază cu -2 sau -3 Respirația -5
Vremea rece		În timpul mesei, dacă o patologie gastro-intestinală e suspectată de medic -5
DURATA EPISODULUI DUREROS		
1- 4 min (durerea să dureze mai mult de câteva secunde, să nu fie fugace)	+3	Peste 30 min -5
5-10 min	+2	
AMELIORAREA DURERII PRIN REPAUS		
În 5 min sau mai puțin	+2	În peste 30 min. -5 Nu se ameliorează -3
(N.B. nu se punctează dacă bolnavul ia întotdeauna nitroglicerină)		
AMELIORAREA DURERII PRIN NITROGLICERINĂ		
în mai puțin de 5 min	+5	Nu se ameliorează prin doza eficientă sau doar după 30 min -5
în 5-10 min	+3	
AMELIORAREA DURERII PRIN ALTE PROCEDEE		
prin nitriți cu acțiune prelungită	+1	Nu se ameliorează prin nitriți cu acțiune prelungită -1
Pentru un diagnostic pozitiv trebuie ca răspunsurile pacientului să însumeze un scor mai mare de +10 puncte.		

Pentru un diagnostic pozitiv trebuie ca răspunsurile pacientului să însumeze un scor mai mare de +10 puncte.

Se consideră că pacientul poate relata în aproximativ două minute, de o manieră spontană, datele esențiale referitoare la durerea resimțită; ulterior se va trece la întrebări deschise, după care se trece la întrebări țintite pentru a obține date importante din istoricul medical, despre unii factori de risc, despre medicația urmată.

Este important a clarifica toate datele pe care ni le oferă pacientul, fiind de asemenea important a verifica dacă acesta înțelege întrebările puse, pentru a nu apărea perturbări din cauza unor deficite de comunicare.

ELEMENTE DIAGNOSTICE UTILE PENTRU DECELAREA CAUZEI UNEI DURERI TORACICE

1. Episoade anterioare similare
2. Localizarea durerii
3. Caracterul durerii
4. Debutul durerii
5. Durata durerii
6. Fenomene asociate
7. Semne asociate
8. Anormalități
9. Particularități.

Prezintă de asemenea importanță clarificarea de la pacienți sau aparținători a următoarelor: eventuala prezență a unui istoric de traumatism toracic; cum a debutat durerea; durerea este ondulatorie sau este prezentă continuu; ce factori de risc prezintă pacientul (din punctul de vedere al unei afectări coronariene).

Încă de la începutul tentativei noastre trebuie subliniat faptul că durerea provenind de la nivelul toracelui este mediată de sistemul nervos autonom, ceea ce face ca apariția acesteia și încetarea ei să se desfășoare într-un interval de ordinul minutelor (deci nu instantaneu, brusc), astfel că o durere cu debut abrupt este mai curând de origine musculo-scheletală sau, mult mai rar, produsă de perforarea esofagului sau stomacului, sau de disecția acută a aortei.

Studierea diferitelor statistici referitoare la caracteristicile durerilor evidențiază faptul că o durere ce apare și dispare brusc, având o durată de sub un minut, are șanse reduse de a fi datorată unei afecțiuni severe.

Durerea retrosternală sau precordială – simptom al celui de al șaselea dermatomer

Dermatomerele T1 – T6 acoperă suprafața toracelui de la gât până sub apendicele xifoid, precum și zonele antero-mediale ale membrelor superioare.

Miocardul, pericardul, aorta, arterele pulmonare, esofagul și mediastinul sunt inervate de fibre senzoriale aferente ale rădăcinilor T1-T4. Astfel că de la toate aceste structuri provin dureri cu aceleași caracteristici: viscerală, profundă, difuză (slab localizată).

De aceea, în acest context, trebuie pornit de la ideea că localizarea durerii indică doar faptul că sursa ei se află undeva la nivelul celui de-a 6-lea dermatomer: miocard, pericard, aortă, artera pulmonară, mediastinul, esofagul, vezica biliară, pancreas, duoden, stomac, regiune subfrenică. Pentru a restrânge proveniența durerii trebuie acordată o atenție deosebită:

- probelor ce provoacă durerea
- manevrele/elementele care calmează durerea

Dureri provenind de la nivelul celui de-al 6-lea dermatomer

- Angor pectoris
- Angorul instabil
- IMA
- Pericardită acută
- Embolia și infarctul pulmonary
- Disecția acută de aortă

- Ruptura spontană a esofagului (sindromul Boerhaave)
- Hernia gastrică transhiatală
- Esofagita acută
- Esofagita cronică
- Cancerul esofagian
- Diverticulul esofagian
- Sindromul PLUMMER – VINSON
- Disfagia lusoria (artera subclavie dreaptă aberantă)
- Dureri date de tumori mediastinale
- Pneumotoraxul spontan
- Afecțiuni subfrenice

Evaluarea pacientului cu durere toracică (după 1). Cauze de durere toracică. Boala cardiovasculară

- Angor pectoris
- Stenoză mitrală
- IMA
- Tahiaritmii
- Bradiaritmii
- Stenoză și insuficiența aortică
- Prolaps de valvă mitrală
- Durere de cauză pericardică
- Disecție aortică
- Ruptură/fisură de anevrism aortic
- Tromboflebită de venă toracoepigastică
- Cardiomiopatia hipertrofică (stenoză hipertrofică subaortică idiopatică)

Afecțiuni pulmonare

- Pneumotorax
- Pneumomediastin
- Pleurezie și pleurodinie
- Embolia sau infarctul pulmonary
- Hipertensiunea pulmonară
- Pneumonia

Afecțiuni gastrointestinale

- Afecțiuni esofagiene: spasm esofagian, esofagită, hernie hiatală
- Perforația: esofagului, stomacului, duodenului
- Ulcer gastro-duodenal
- Colecistite
- Sindrom de flexură splenică

Afecțiuni musculo-scheletale

- Costocondrodinie
- Sindromul Tietze
- Discopatie cervicală toracală
- Afecțiuni articulare
- Sindromul de apertură toracică
- Spasmul muscular și fibrozita
- Tumefacția (nespecifică) a peretelui toracic

Diverse afecțiuni

- Stări de anxietate (sindrom de hiperventilație)
- Sindromul X cardiac
- Herpes Zoster
- Neoplasm intratoracic

Localizarea durerii

1. Ischemia miocardică (vezi chestionarul FRANCK) determină cel mai des disconfort centrat în regiunea retrosternală, uneori durerea poate fi prezentă doar într-una din ariile în care durerea iradiază.
2. Durerea din IMA este retrosternală, deși până la 35% dintre pacienți pot avea dureri localizate în altă parte, în special în regiunea epigastrică. La aproximativ 94% dintre pacienții cu IMA cu istoric de angor stabil prezintă durerea în aceeași localizare, chiar dacă sediul de manifestare al anginei este atipic.
3. Disfuncția esofagiană este cea mai comună cauză de durere centrală ce este confundată cu ischemia miocardică. 50% din cei cu disfuncție esofagiană au durere centrală, iar 1/3 durere de tip anginos.

Calitatea durerii

Durerea tipică a bolii ischemice este deseori de nuanțe foarte variabile; se consideră că până la circa 66% dintre cazuri pot avea o prezentare atipică. Nici IMA nu determină o durere caracteristică, iar la cei cu mai multe IMA s-a constatat existența unor diferențe de manifestare ale durerii între acestea.

N.B.:

- uneori e nevoie de un efort deosebit (multă răbdare) pentru a obține de la suferind o descriere a intensității și chiar a caracteristicilor durerii.
- o durere ușoară nu semnifică întotdeauna o boală ușoară (este recunoscut faptul că pragul dureros este definit prin subiectivism); din această cauză este sugerată varianta de a solicita pacientului să clasifice intensitatea durerii pe o scală de la 1 la 10 (fără a putea elimina complet subiectivismul)
- durerea (inclusiv cea din disecția acută de aortă) poate avea o evoluție ondulatorie
- de multe ori durerea este atât de severă încât pacientul ar putea intra în șoc; este de aceea esențial a calma înainte de toate durerea, astfel încât anamneza și examenul clinic să se poată desfășura în condiții măcar acceptabile.

Interconexiunea depresie/senzație de apăsare precordială este cunoscută, dar nu trebuie uitat că evenimentele cardiace acute sunt mai frecvente în perioadele de stres psihic major, iar impactul depresiei poate duce la modificări semnificative intensității/duratei durerii..

Cauze ce determină apariția durerii

1. Angorul este deseori precipitat de: efort; stres emoțional; frig; post- prandial; băut. Angorul PRINZMETAL apare în repaus, de regulă la aceeași oră în fiecare zi.
2. Durerea de IMA poate apărea fără vreun eveniment precipitant decelabil și începe în repaus sau survine la 20- 40% dintre pacienți fără vreun eveniment precipitant.
3. Durerea declanșată de: înghițire, mâncare, clinostatism este mai frecvent produsă de disfuncția esofagiană, dar lucruri similare se pot constata:
 - în cazul pericarditei
 - în cazul anginei pectorale stabile.
4. Durerea pleurală sau durerea asociată mișcărilor sugerează de obicei: implicare: pulmonară, musculo-scheletală, mediastinală, pericardică

Calmarea durerii

1. Durerea anginosă: în 1-15 (maximum 20-30 min., mult mai puțin frecvent) de la încetarea activității ce a declanșat-o.

N.B.

- durerea produsă de angor persistă de obicei până la cel mult 20- 30 minute (și mai mult dacă este precipitată de stressul emoțional).
 - durerea ce persistă doar câteva secunde nu este produsă de ischemia miocardică.
 - și spasmul esofagian poate avea o durată similară.
2. Ameliorare la trecerea în ortostatism: pericardită; disfuncția esofagiană.

Dacă durerea care se asociază cu dispnee este ameliorată de poziția șezândă (e poziția ce asigură cel mai bun randament pentru mișcările principalului mușchi respirator: mușchiul diafragm; diminuează volumul de sânge circulant; permite utilizarea mușchilor respiratori accesori): ischemia miocardică; boală pulmonară.

3. Nitroglicerina – administrată sublingual calmează în câteva (5- 10) minute durerea produsă de ischemia miocardică.

N.B. E de asemenea eficace în durerea din spasmul esofagian și poate calma durerea dată de febra musculară a mușchiului pectoral..

Pentru calmarea durerii din IMA este necesară administrarea de opiacee.

4. Proba cu antiacide/inhibitori de pompă protonică: calmare în esofagita de reflux

N.B. Până la 4% dintre durerile date de ischemia miocardică sunt calmate de aceste medicații.

Simptome asociate

1. Senzația de moarte iminentă
2. Greață, vărsături, transpirații reci, dispnee: fac parte dintr-o „legendă” ce le asociază ischemiei miocardice.

N.B. O toxinfecție alimentară, asociind și spasme esofagiene, o viroză digestivă sau o hiperreactivitate vegetativă (declanșată de factori psihici sau alimentari) se pot însoți de același context clinic.

3. Durerea de natură ischemică nu este însoțită în mod obligatoriu de fenomene asociate.

Alte posibile considerații false:

- în cazul unei dureri de natură ischemică sunt prezenți în mod obligatoriu unul sau mai mulți factori de risc.
- un individ la care nu sunt decelabili factori de risc nu poate avea o criză de angor.

Între altele, cu această ocazie, o succintă trecere în revistă a factorilor de risc pentru afectarea coronariană: a) sexul masculin; b) vârsta (peste 45 ani pentru bărbați; peste 55 ani pentru femei, respectiv după 3 ani de la instalarea climaxului, de regulă); c) antecedentele heredo-colaterale de BCI (boală cardiacă ischemică); d) fumatul; e) hipertensiunea arterială; f) dislipidemiile; g) diabetul zaharat (risc mai mare la femei); h) tipul de personalitate (concurtențială); i) obezitatea; j) hiperuricemia sau guta; k) sedentarismul; l) consumul excesiv/abstinența (din punctul de vedere al consumului de alcool); m) hipertrofia de ventricul stâng (HVS); radioterapia mediastinală

Iradierea durerii

Iradierea „clasică”: în brațul stâng, pe fața ulnară a antebrațului stâng, pînă la nivelul ultimelor două degete (variantele cunoscute publicului larg – nu este, prin studii epidemiologice controlate, cea mai frecventă, fiind prezentă doar în circa 1/3 din cazuri; brațul drept sau fața internă a ambelor brațe pot fi și ele sediul iradierii. Iradierea spre mandibulă, sau inferioară, spre zonele epigastrică și în hipocondrul drept este rară.

N.B. La o analiză atentă și îndelungată durerea din angorul pectoral iradiază destul de rar.

DATELE EXAMENULUI CLINIC

Sunt foarte importante, dar, repet, durerea toracică este genul de situație în care dată fiind posibilă gravitate, este preferabil „să greșim în plus”.

În acest sens, trebuie subliniat că pacienții cu afecțiuni de variate etiologii, generatoare de dureri totacice (vezi enumerarea de mai sus) pot să nu prezinte la examenul clinic date care să susțină suspiciunea diagnostică.

A. Doar puține semne sunt patognomonice.

B. Condiții care cresc cererea de oxigen sau reduc eliberarea de oxigen spre miocard: febra, tahiaritmiile, tireotxicoza (din prima categorie), respectiv anemia, hipoxia, hipotensiunea arterială din cea de a doua categorie – pot genera dureri toracice de natură ischemică, absente în afara asocierii lor

Există și date clinice cvasi-patognomonice:

- erupția din herpesul zoster (microvezicule pe un fond eritematos, cu distribuție pe traiectul unui nerv/ dermatomer)
- sindromul TIETZE: însoțită uneori de noduli eritematoși, tegumentari supraiacenți articulațiilor sternocostale II- IV, cu accentuarea durerii la palpare pe aceste articulații.

Accentuarea durerii la apăsare este caracteristică și pentru afecțiunile musculo-scheletale: dureri costocondrale; fractură/fisură/contuzie costală; sindromul de apertură toracică; radiculalgii cervicale sau toracice (cu mențiunea că pentru a avea o pondere diagnostică, accentuarea durerii la palpare trebuie să se refere la același tip de durere ca cel resimțit la pacient).

În ordinea urgenței pe care o implică eventuala pozitivitate, ordinea de priorități ar trebui să fie:

- recunoașterea semnelor/simptomelor amenințătoare de viață
- căutarea semnelor de șoc
- căutarea semnelor de presiune venoasă centrală crescută
- examenul aparatului cardio-vascular
- examenul vascular periferic
- examenul aparatului respirator
- examenul abdomenului

Date de urmărit

1. Hemodinamica anormală se întâlnește când una sau ambele condiții sunt prezente:

a. Șoc: include hipotensiunea arterială, afectarea senzorială, oligurie/anurie, – piele rece și marmorată, deseori respirație frecventă.

Printre cauzele de șoc fără creșterea presiunii venoase centrale se numără: disecția aortică, ruptura unui anevrism arterial abdominal, IMA (cu deficit major de pompă prin dimensiuni sau prin hipertonie vagală marcată), sângerarea gastro-intestinală.

Pentru o rapidă stabilire a status-ului circulator trebuie urmărite următoarele: culoarea și temperatura tegumentelor extremităților, timpul de reumplere capilară, starea venelor.

b. Creșterea presiunii venoase centrale: manifestată inițial prin stază jugulară și dispnee și poate progresa spre edem pulmonar acut cu apariția de raluri și spută rozacee; dacă debutul este acut lipsesc: edemele periferice, ascita, hepatomegalia.

Cauze: pneumotoraxul în tensiune, bradi-sau tahiaritmii severe, tamponada cardiacă, șocul cardiogen, embolia pulmonară masivă.

2. Hemodinamica normală Evaluarea inițială ar trebui să se concentreze pe diferențierea între cauzele care sunt potențial amenințătoare de viață de cele care sunt mai benigne.

DATE IMPORTANTE OFERITE DE EXAMENUL CLINIC GENERAL

În ordinea logică a examinării:

- extremitatea cefalică: culoarea tegumentelor și mucoaselor (vezi semne de șoc); expresia feței (exprimă intensitatea durerii); eventuala prezență de facies-uri sugestive pentru afecțiuni generatoare de dureri toracice; eventuala prezență de transpirații, de xantelasme, gerontoxon (ambele semne periferice de dislipidemie semnificativă); eventuala prezență a cianozei; inspecția în condițiile unei poziții a toracelui aflat la 45° față de orizontală (pentru evidențierea presiunii la nivelul venelor jugulare);
- eventuala prezență de deformări ale zonei precordiale;
- palparea șocului apexian și eventuala prezență a frecăturilor precordiale (datorate fie frecăturii pericardice intense, fie unei uruituri foarte intense, cu expresie palpatorie);
- auscultația cordului pentru decelarea de zgomote cardiace/sufluri supraadăugate (click-uri de eiecție/telesistolice, clacmente, frecături, zgomote de galop) cu caracterizarea lor din punctul de vedere al timbrului, intensității, caracterului, localizării (inclusiv în cadrul ciclului cardiac), iradierii,

legăturii cu respirația; prezența ritmurilor de galop (zgomotele III sau IV) poate indica scăderea complianței ventriculare ca rezultat al ischemiei;

- examinarea extremităților superioare: culoare, temperatură (în căutarea semnelor periferice de șoc); eventuala prezență a degetelor hipocratice (dovadă a existenței unor cardiopatii cianogene sau a unor afecțiuni respiratorii semnificative, ce pot determina hipoxemie importantă); eventuala prezență de hemoragii unghiale „în așchie” (ca semn al microemboliilor din endocardita infecțioasă); determinarea timpului de reumplere capilară (o valoare de peste 2 secunde semnifică o diminuare a perfuziei periferice)
- palparea pulsațiilor periferice pentru obținerea de date referitoare la frecvență, ritm, intensitate, egalitatea bătailor (dreapta/ stângă);
- examinarea extremităților inferioare: culoare, temperatură (vezi mai sus); o pilo-zitate redusă are semnificația unei insuficiențe arteriale (nu trebuie uitată niciodată cvasi-similitudinea afectării aterosclerotice la nivel periferic sau central: coronarian); dimensiunea și simetria acestora; eventuala prezență de edeme; eventuala creștere a temperaturii locale (semn de tromboflebită), ca și prezența ectaziilor venoase semnificative (crescând probabilitatea unei embolii pulmonare)
- decelarea dispneei;
- examinarea abdomenului va fi precedată de aflarea unor date referitoare la eventuala prezență în antecedentele recente a unui istoric de indigestie, a unei asocieri a durerilor cu ingestia de alimente sau băuturi, efectul antiacidelor, prezența durerii la nivelul hipocondrului stâng, al flancului, eventuala scădere ponderală recentă, eventualul istoric de aport crescut de etanol; auscultația periombilicală e esențială;

Iată o scurtă prezentare a unora dintre datele orientative oferite de acest tip de abordare:

a. Disecția de aortă

1 – nu

2 – retrosternală și spre spate

3 – sfâșietoare, foarte puternică de la debut

4 – brusc

5 – variabili

6 – sincopă, IMA, satroke, obstrucție arterială acută

7 – stroke, șoc, eventuală absență a pulsului distal de ea, hematurie

- 8 – eventuală formațiune abdominală pulsa-tilă
9. posibilă evoluție ondulatorie a durerii
- b. Pleurezie
- 1 – nu
- 2 – variabilă de obicei localizare laterală
- 3 – caracter „ pleuritic”
- 4 – brusc
- 5 – variabili
- 6 – dispnee dependentă de: bruscheța creș-terii lichidului; cantitatea de lichid; starea plămânului subiacent și a celui controlateral
7. – uneori absente: posibila frecătură (la de-but), are caracter pasager, se accentuează la apăsarea cu stetoscopul sau la decubit lateral pe partea respectivă.
8. uneori șoc; în caz de cantitate medie sau mare este prezent în integralitatea sa sindromul de revărsat pleural..
- c. Pneumotorax
1. uneori (posibile rupturi/spargerii de multi-ple bule de emfizem)
2. localizări variabile
3. caracter variabil (în mod clasic: puternică, în „lovitură de pumnal” – primul diagnostic diferențial necesar a fi făcut cu IMA)
4. brusc în marea majoritate a cazurilor
5. variabilă
6. dispnee progresivă și tuse; eventuală ciao-ză. Posibil șoc dacă este masiv, în tensiune și colabează plămânul. Semne pulmonare unila-terale: deplasarea traheei, reducerea mișcărilor unui hemitorace, hipersonoritate la percuție/sunet mat (dacă este în tensiune), transmitere redusă a zgomotelor pulmonare.
7. tahicardie, dacă e masiv posibil colaps al plămânului, cu sau fără deplasarea medias-tinului.
- d. Pneumomediastinul
- 1.nu
2. retrosternal
3. variabilă: deseori pleuritică
4. de obicei brusc
5. durată variabilă
6. dispnee
7. crepitații mediastinale
- e. Hipertensiunea pulmonară
1. de obicei
2. retrosternală
3. localizare – similară cu angorul
4. debut: similar unei crize de angor
5. durata variabilă
6. dispnee, oboseală, sincopă de efort
7. dedublarea zgomotului II, cu întărirea componentei pulmonare.
- f. Embolia pulmonară

1. uneori da
2. variabilă, deseori lateral toracică
3. de obicei cu importantă componentă pleurală
4. de obicei brusc
5. minute până la ore
6. dispnee, tuse, tahicardie, uneori hemop-tizie (nu e obligatorie)
7. frecătură pleurală, uneori dedublarea zgomotului II
8. hipoxie și hipercapnie
- g. Pneumonia
1. rareori
2. deseori în dreptul lobului afectat
3. caracter pleuritic
4. variabilă
5. variabilă
6. febră și frisoane, tuse, dispnee, spută (he-moptoică, în „peltea de coacăze”- la 24 de ore).
7. febră, raluri crepitante, subcrepitante, ronflante; suflu tubar; matitate (dacă are peste 7 cm și e la mai puțin de 7 cm de suprafața tora-celui); întărirea transmiterii vibrațiilor vocale (dacă îndeplinește condițiile pentru decelarea clinică)..
- h. De proveniență esofagiană
1. de obicei
2. retrosternală sau hipogastrică
3. caracterul – de regulă de arsură; în funcție de deglutiție; severitatea poate merge de la ușor disconfort la durere severă
4. debut de obicei treptat, de regulă după masă, la trecerea în clinostatism sau la aplecarea în față a toracelui,
5. durată variabilă
6. simptome gastrointestinale
7. fără
9. calmată de antiacide/inhibitori de pompă protonică.
- i. Ulcer perforat
1. nu sau epigastralgie mult mai puțin intense
2. localizare retrosternală/epigastrică
3. intensă
4. debut variabil; deseori apare după mese abundente sau noaptea (clinostatism); declan-șate mai frecvent de unele alimente: prăjelile, condimentele
5. durată de ordinul orelor sau zileor
6. vărsături, anorexie
7. dureri epigastrice și în hipocondrul drept.
8. meteorism abdominal
9. este rareori resimțit ca durere toracică; poate iradia posterior sau poate fi asociată cu durere sau disconfort gastric.
- j. Pancreatită
1. în unele cazuri

2. retrosternală/ epigastrică/ în bară
3. caracter variabil
4. debut variabil
5. durată: ore până la zile
6. vărsături, anorexie
7. durere epigastrică sau în hipocondrul drept; posibil și în hipocondrul stâng.
9. rar resimțită ca durere toracică
- k. Colecistită
 1. deseori
 2. localizare – hipocondrul drept, mai rar: în epigastru sau retrosternal
 3. caracter variabil
 4. debut de obicei brusc
 5. durată: ore sau zile
 6. vărsături, anorexie
 7. durere epigastru sau în hipocondrul drept
 9. rareori resimțită ca durere toracică.
- l. Afecțiuni musculo-scheletale
 1. variabil
 2. dureri localizate condrocotal/retrosternal/posterior
 3. caracter: împunsătură, lovitură, durere de tip pleuritic
 4. debut gradat până la brusc.
 5. durată variabilă.
 7. dureri articulații sternocostale II – IV; dureri coastele I – II, rareori tumefacția articulațiilor sternocostale menționate. Durerea reproductibilă la palpare este de regulă datorată unei cauze musculo-scheletale.
 - m. Angor pectoris
 1. da
 2. vezi chestionarul Franck: sediul retrosternal este cel mai sugestiv și respectiv cel mai frecvent, urmat de cel precordial, respectiv jumătatea stângă a toracelui, partea inferioară a obrazului, regiunea epigastrică
 3. intensă, „gheară” sau compresivă, în centură, lancinantă, etc.
 4. gradat
 5. durată: maximum 20-30 de minute (vezi angorul intricat sau prelungit prin prezența unei agresiuni psihice)
 6. senzație de moarte iminentă, posibilă dispnee.
 7. fenomenele vegetative clasice, suflu de insuficiență mitrală prin accentuarea disfuncției diastolice (suflu pansistolic apical), respectiv prin disfuncție de pilier pe durata crizei; eventual raluri de stază
 8. vezi datele examenului clinic ce susțin prezența unei ateroscleroze semnificative extensive
 9. atenție la particularitățile sexului feminin: simptomele, pe de o parte pot fi intermitente,

vagi, nespecifice (determinând chiar ignorarea lor), iar pe de altă parte, în numeroase cazuri, pot fi atribuite altor boli (artroze), în special deoarece consideră că barbații sunt cei expuși patologiei coronariene

n. IMA: caracteristici similare celor descrise mai sus, cu mențiunea unei intensități și durate mai mari a durerii, precum și a calmării sale doar prin administrarea de opiacee.

o. Zona zoster: determină

- o nevralgie acută, apărând în 30 de zile de la apariția erupției
- o nevralgie subacută, ce durează mai mult decât cea acută, dar se rezolvă în 120 de zile
- o nevralgie post-herpetică (rară: 10-15% din cazuri), ce persistă mai mult de 120 de zile

Diagnosticul diferențial al IMA

- Pericardita
- Miocardita
- Disecția acută de aortă
- Embolia pulmonară
- Pneumotoraxul
- Colecistopatiile
- Boala ulceroasă
- Pancreatita acută
- Ruptura de esofag
- Stroke-ul
- Anxietatea acută
- Afecțiuni ale coloanei vertebrale
- Afecțiuni ale peretelui toracic.

6 studii analizând modalitatea de debut a IMA la un număr de circa 850 de subiecți evidențiază o mare variabilitate: durere retrosternală (între 54 și 100%); dispnee (între 50 și 74%); astenie neobișnuită (între 42,9 și 71%); greață (între 30 și 48%); amețeli (între 21 și 56%).

Simptome prodromale resimțite cu peste o lună înainte de IMA (mai frecvent la femei)

- Dispnee
- Oboseală neobișnuită
- Tulburări de somn
- Edeme perimaleolare
- Amețeli
- Durere retrosternală de lungă durată
- Fenomene similare celor generate de indigestie
- Anxietate
- Durere toracică cu tumefacție: pielea și structurile subcutanate: inflamația, urmările traumatismelor sau diversele neoplazii. Prezența modificărilor cutanate atrage atenția și orientează diagnosticul.

Tromboflebita de venă toracoepigastrică (Boala Mondor)

- durerea este resimțită de-a lungul peretelui toracic antero-lateral cu iradiere în axilă sau în regiunea inghinală.
- la întinderea pielii se poate vedea cordonul venos indurat.
- Durere retrosternală cronică: artrită xifosternală: durerea se produce prin palparea apendicelui xifoid.

Durere mamară: poate fi generată de

- diverse tipuri de patologie: fisuri, inflamație, epiteliom la nivelul mameloanelor; formațiuni dureroase prin comprimarea unor terminații nervoase: mastopatie chistică, fibroadenoame, abces mamar, galactocel, tuberculoză mamară, mastite; rareori dor și carcinoamele (3% dintre ele, în special formele inflamatorii, tardive);
- unele condiții fiziologice: debutul pubertății, congestie premenstruală/menstruală, sarcină;
- traumatisme, chiar compresiunea generată de sutiene/haine;

Durere toracică intensificată de mișcările respiratorii: mișcările toracelui implică mișcări ale coastelor, mușchilor, nervilor, suprafețelor pleurale. Atunci când aceste structuri sunt inflamate sau traumatizate, durerea este accentuată de respirații, tuse, râs, strănut.

Scurtă durere a peretelui toracic: posibil spasm muscular; posibile dureri costocondrale

Dureri datorate fracturilor costale: durere bine localizată, ascuțită, lancinantă; prezent istoricul de lovitură toracică, prezența de crepitații osoase, inducerea durerii prin presiunea pe coastă exercitată de la distanță de locul fracturii

Alunecarea cartilajului: un cartilaj costal poate aluneca pe o coastă adiacentă, producând dureri la mișcările respiratorii sau ale articulației scapulo-humerale; mișcarea este însoțită de un click audibil.

Durerea produsă de contractura mușchilor intercostali: după un efort intens.

Miozita mușchilor intercostali: uneori se pot palpa noduli la nivelul mușchiului/mușchilor implicat (ți).

Dureri toracice determinate de probleme la nivelul articulației scapulo-humerale: periartrită scapulo-humerală; artrita umărului; tendinită a mușchiului supraspinos; ruptura tendonului mușchiului supraspinos; ruptura tendonului lung al bicepsului brahial; tenosinovita bicipitală; febră musculară (deltoid); fibrozită; miozită; hematom; ruptură musculară completă sau incompletă; fibromialgie; fracturi ale colului humeral; frac-

tura colului scapular; fractura claviculară; subluxația capului humeral;

Cauze nervoase din zone adiacente: compresiune la nivelul aperturii superioare prin coastă cervicală; sindrom al scalenilor/sindrom de apertură toracică (pulsății ale arterei radiale ce dispar la anumite manevre); sindromul costoclavicular;

Cauze vasculare: anevrism al arterei subclavii
Pleurodinia epidemică (Boala insulelor Bornholm): generată de virusurile Cocksackie B (tot mai frecvent prezente și în România) – are următoarele caracteristici:

- durere bruscă, severă, în „lovitură de pumnal” la nivelul toracelui sau abdomenului, schimbându-și des sediul, cu intervale de calmare completă
- frecvent se asociază cefalee severă și febră
- mușchii gâtului, toracelui și membrilor pot fi dureroși: curbatura specifică viruzelor
- se poate complica cu orhită și/sau pericardită.

Unele dureri care sunt rareori produse de ischemia miocardică

- durere ascuțită, înțepătoare în apropierea apexului cardiac
- durerea ce începe în umărul drept și iriază în hemitoracele anterior drept e mai puțin probabil a fi de cauză cardiacă
- dureri produse doar de o modificare de poziție/doar de anumite mișcări
- durere produsă de tuse sau de strănut
- durere izolată în brațul drept
- durere izolată în apropierea liniei mamare
- durere care persistă zile în șir

Condiții asociate cu iradierea durerii în vârful umărului (după 1)

- pericardită
- pleurezie diafragmatică
- abces subdiafragmatic
- mediastinită
- afecțiuni ale coloanei cervicale
- perforarea unui viscer abdominal cavitătar
- colecistite acute

Tipuri de durere care iriază din epigastru (după 1)

- retrosternal, cranial, spre umărul și brațul stâng: IMA, disecția acută de aortă, durerile esofagiene, durerile pericardice
- retrosternal, cranial: IMA, disecția acută de aortă, durerea esofagiană, durerea pancreatică, durerea pericardică

- iradiere în hipocondrul drept: durerea provenind de la colecist, durerea de origine gastrică, durerea de origine duodenală, durerea de origine pancreatică
- posterior: durere pancreatică, duodenală, colecistică, IMA
- spre stânga: durerea pancreatică.

Last, but not least, cu speranța că vom trăi și în condițiile în care prevederile constituționale vor și deveni realitate: sănătatea devenind o prioritate națională și presupunând că, în baza aceluiași principiu sănătos. de „a greși în plus”, vom putea aplica tromboliza chiar în cabinetul

medicului de familie, iată o actualizare a contra-indicațiilor absolute ale trombolizei:

- stroke recent
- intervenții chirurgicale/puncție lombară, biopsiile hepatice, extracția dentară (în ultima lună)
- sarcină/periodă post-partum
- traumatism recent
- disecție de aortă
- anevrismul aortic
- HTA
- resuscitarea cardio-pulmonară prelungită

BIBLIOGRAFIE

1. **Mary T. HO** – Chest pain and angina. In Medical Diagnostics. DUGDALE D.C., EISENBERG M. S.(eds.). W. B. SAUNDERS COMPANY. pp . 59-76. 1992
2. **Chambers C.E., Leaman D. M.** – Management of acute chest pain. Crit. Care Clin. 1989; 5; 415-434
3. **Mills J., HO M.T.** – Chest pain – in HO M.T., SAUNDERS C. E. (eds) – Current Emergency Diagnosis and Treatment. San Mateo, CA, Appleton & Lange, 1990, pp. 64-76
4. **Selker H.P.** – Coronary care unit triage decision aids: How do we know when they work? Am. J. Med. 1989; 87: 491-493
5. **Miller A. J.** – Diagnosis of Chest pain. Raven Press, New York, 1988
6. **Gatien M.** – A clinical decision rule to identify which chest pain patients can safely be removed from cardiac monitoring in the emergency department. Ann. Emerg. Med. 2007 Aug; 50 (2): 136-143
7. **Marcus G.M.** – The utility of gestures in patients with chest discomfort. Am. J. Med. 2007 Jan; 120 (1): 83-89
8. **Winters M. F.** – Identifying chest pain emergencies in the primary care setting. Prim. Care, 2006 Sep. 33 (3):625-642
9. **Albarran JW** – The language of chest pain. Nursing Times 98(4): 38-40, 2002
10. **Albarran JW, Chappel G, Durham B, Gowers J, Dwight J** (2001) Are specific verbal descriptors useful in differentiating those with and without MI? Findings from a twoyear study. Infermeria Intensiva 12(4): 164-174
11. **Albarran JW, Durham B, Gowers J, Dwight J, Chappel G** (2002) Is the radiation of chest pain a useful indicator of myocardial infarction? A prospective study of 541 patients. Accident and Emergency Nursing 10(1): 2-9
12. **Bennett J** (2001) Oesophagus: atypical chest pain and motility disorder. British Medical Journal 323: 791-794
13. **Cayley WE** (2005) Diagnosing the cause of chest pain. American Family Physician 72(10): 2012-2021
14. **Cooper A, Hodgkinson D, Oliver R** (2000) Chest pain in the emergency department. Hospital Medicine 61(3): 178-183
15. **Erhardt L, Herlitz J, Bossart L, Halinen M, Keltai M, Koster R, Marcassa C, Quinn T, van Weert H** (2002) Task force on the management of chest pain. European Heart Journal 23: 1153-1176
16. **McSweeney JC, Lefler LL, Crowder BF** (2005) What's wrong with me? Women's coronary heart disease diagnostic experiences. Progress in Cardiovascular Nursing 20(2): 48-57
17. **Pope J, Aufderheide T, Ruthazer R, Woolard R, Feldman J, Beshanski J, Griffith J, Selker H** (2000) Missed diagnoses of acute cardiac ischaemia in the emergency department. New England Journal of Medicine 342: 1163-1170
18. **Ryan J, Heyworth J, Eslick G, Coulshed D** (2002) Rapid assessment of chest pain. British Medical Journal 324: 422
19. *** Principles of assessment and diagnosis of acute and chronic chest pain presenting in primary care. Health Technology Assessment 8(iii): 1-158
20. **Bickley L** (2006) Bates' Guide to Physical Examination and History Taking, 9th edition. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins
21. **Cayley WE** (2005) Diagnosing the cause of chest pain. American Family Physician 72(10): 2012-2021
22. **Seidel HM, Ball JW, Dains JE, William Benedict G** (2003) Mosby's Guide to Physical Examination, 5th edition. St Louis, Mosby
23. **Kumar P, Clark M** (2005) Clinical Medicine. Oxford, Elsevier Saunders, Munro J, Campbell I (2003) Macleod's Clinical Examination. London, Churchill Livingstone
24. **Bass C, Mayou R** (2002) The ABC of psychological medicine: chest pain. British Medical Journal 325: 588-591
25. **Simpson FG, Kay J, Aber CP** (1984) Chest pain – indigestion or impending heart attack. Postgraduate Medical Journal 60: 338-340
26. The Clinical Evidence website of the British Medical Journal, available at: <http://www.clinicalevidence.com>
27. **Newby D, Cockcroft J, Wilkinson I** (2005) Coronary Heart Disease: Your Questions Answered. London, Churchill Livingstone
28. **Rosengren A, Wallentin L, Simoons M, Gitt A, Behar S, Battler A, Hasdai D** (2005) Cardiovascular risk factors and clinical presentation in acute coronary syndromes. Hear 9(9): 1141-1147
29. **Ryan CJ, DeVon HA, Zerwic JJ** (2005) Typical and atypical symptoms: diagnosing acute coronary syndromes accurately. American Journal of Nursing 105(2): 34-36
30. www.acc.org/clinical/guidelines
31. www.escardio.org/knowledge/guidelines
32. <http://www.heartstats.org>
33. www.dh.gov.uk
34. www.sign.ac.uk
35. **Brink E, Karlson B, Hallberg L** (2002) To be stricken with acute myocardial infarction: a grounded study of symptom perception and care-giving behaviour. Journal of Health Psychology 7(5): 533-543
36. **Kanojia A, Salih AA** (2000) Recent advances in evaluation of chest pain. British Journal of Cardiology 7: 123-130
37. **McSweeney JC, Cody M, Vrane PB** (2001) Do you know them when you see them? Women's prodromal and acute symptoms of myocardial infarction. Progress in Cardiovascular Nursing 15(3): 26-38
38. **Newberry L, Barnett GK, Ballard N** (2005) Clinical notebook. A new mnemonic for chest pain assessment. Journal of Emergency Nursing 31(1): 84-85
39. **Bennett JR** (2000) Clinical history taking. In Adam A, Mason RC, Owen WJ (Eds) Practical Management of Oesophageal Disease, pp. 1-12. Oxford, Isis Medical Media
40. **Cox N, Roper T** (2005) Clinical Skills. Oxford, Oxford University Press
41. **Douglas G, Nicol F, Robertson C** (2005) Macleod's Clinical Examination, 11th edition. London, Churchill Livingstone
42. **Cayley WE** (2005) Diagnosing the cause of chest pain. American Family Physician 72(10): 2012-2021
43. **Chesnutt M, Prendergast TJ** (2006) Lung. In: Tierney LM Jr, McPhee SJ, Papadakis MA Current Medical Diagnosis and Treatment, 45th edition, pp. 9218-9311. New York, Lange Medical Books
44. **Fallon E, Jaime R** (1997) Acute chest pain. AACN Clinical Issues 8(3): 383-397
45. **Albarran J.W. and Jenny Tagney** – Chest Pain. Advanced assessment and management skills – Blackwell Publishing