

ANALIZA SEMNELOR CLINICE DE AFECTARE CARDIOVASCULARĂ ÎN TIREOTOXICOZĂ

Asist. univ. dr. **Oana Andreescu**
Universitatea „Transilvania” din Braşov, Facultatea de Medicină

Abstract:

The heart is one of the most involved organs implicated in thyroid disease. The cardiovascular involvement regarding thyrotoxicosis is raising the death rate of these patients.

Starting from this data we accomplished a retrospective study on 55 patients interned during 2007 year on the District Clinical Emergency Hospital of Brasov, Romania, where we followed the frequency of thyrotoxicosis medical cases and the frequency of cardiothyreosis appearance, the type and the rhythm disorders incidences, as well as their association with other cardiovascular risk factors.

Key-words: thyreotoxicosis, cardiothyreosis, rhythm disorders

Introducere

Judeţul Braşov este situat într-o zonă guşogenă, ceea ce determină frecvenţa mai mare a patologiei tiroidiene. Dintre distiroidii, hipertiroidismul este cel mai des întâlnit.

Cordul este unul dintre cele mai implicate organe în afecţiunile tiroidiene, semnele şi simptomele cardiovasculare rezultate fiind trăsături clinice importante în tabloul hipertiroidismului.

Importanţa clinică a efectelor cardiovasculare din tireotoxicoză este subliniată de rezultatele unor studii care confirmă suspiciunea că mortalitatea pacienţilor cu tireotoxicoză este crescută, în special datorită complicaţiilor cardiovasculare.

Manifestările cardiovasculare ale hipertiroidismului pot fi funcţionale (sindrom hiperkinetic) sau organicizate (cardiotireoză).

Obiective

Prin acest studiu retrospectiv am încercat să găsim răspunsuri la următoarele întrebări:

- frecvenţa cazurilor de tireotoxicoză;
- frecvenţa apariţiei cardiotireozei în cadrul acesteia;
- incidenţa şi tipul tulburărilor de ritm;
- asocierea cu alţi factori de risc cardiovascular.

Material şi metodă

Am realizat un studiu retrospectiv pe cazistica Secţiei de Endocrinologie din anul 2007, selectând cazurile de tireotoxicoză. Am luat în considerare acele cazuri care aveau ca diagnostic de internare şi/sau externare tireotoxicoza şi la care diagnosticul este susţinut de datele clinice şi de rezultatele de laborator TSH, FT4.

Din foile de observaţie am folosit date referitoare la:

- vârstă;
- sex;
- motivele internării;
- antecedente personale patologice;
- IMC;
- parametri de laborator pentru susţinerea diagnosticului (TSH, FT4) şi pentru evidenţierea unor factori de risc cardiovasculari asociaţi;
- EKG.

Aceste date le-am analizat statistic şi comparativ.

Rezultate şi discuţii

Se consideră că incidenţa generală a bolii tiroidiene în populaţie este de 0,5%, ajungând la 1% la femeile între 30-50 de ani. Incidenţa hipertiroidismului în populaţia generală este între 0,05 – 0,1%. Dintre aceştia aproximativ 1 – 2% progresează spre criza tireotoxică [6].

În cadrul secţiei de endocrinologie Braşov în anul 2007 au fost 55 de cazuri de tireotoxicoză reprezentând 7% din numărul total de internări (fig. 1).

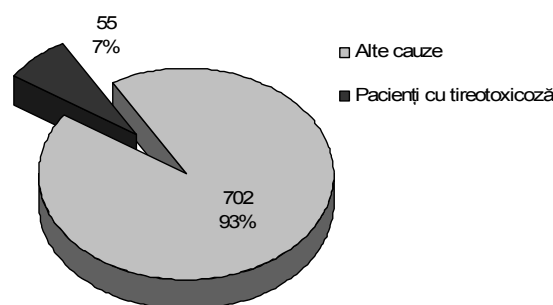


Fig. 1 Frecvenţa pacienţilor cu tireotoxicoză raportat la numărul total de internări din secţia de endocrinologie (757 cazuri) în anul 2007

Au intrat în studiu un număr de 43 (78%) femei și 12 (22%) bărbați. Raportul femei/ bărbați corespunde cu cel din literatură.

În cadrul bolii Graves acest raport poate ajunge și până la 7–10/1. Se presupune că hormonii sexuali steroizi ar înclina balanța în favoarea femeilor, androgenii având un rol protector.

Repartiția pe grupe de vârstă evidențiază preponderența netă a pacienților din grupa 50 - 60 ani. De remarcat că incidența maximă în literatură este în decadele 3 – 4 de viață, în special în cadrul bolii Graves (fig. 2).

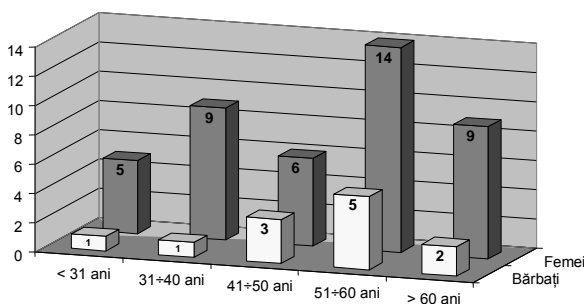


Fig. 2 Repartiția în funcție de vârstă și sex

Etiologia tireotxicozei este dominată de boala Graves (62%). În literatura de specialitate ponderea acesteia variază între 60 – 90% [3,4].

De remarcat și cazul de tireotxicoză factiția la o pacientă tânără tiroidectomizată.

Ponderea gușii multinodulare este de doar 9%, un procent mic ținând cont de zona gușogenă în care este situat județul Brașov (fig. 3).

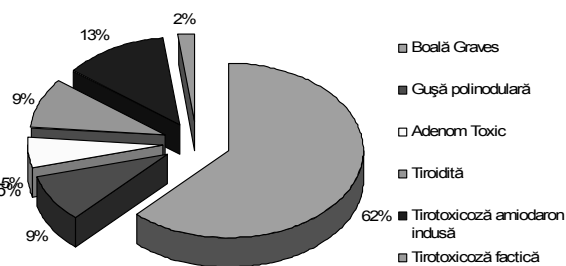


Fig. 3 Repartiția în funcție de etiologie

În lotul nostru de studiu se observă o frecvență în creștere a tireotxicozei în decadele 4, 5, 6, în cazul în care etiologia este reprezentată de gușa multinodulară și a celei amiodaron induse (fig. 4).

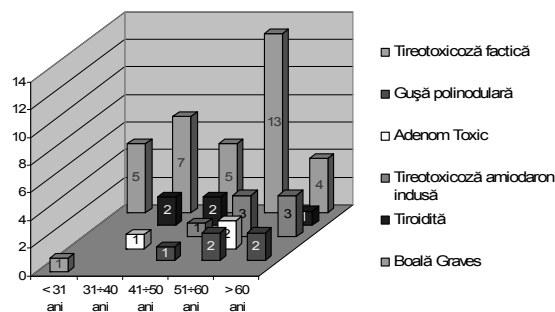


Fig. 4 Repartiția în funcție de etiologie și vârstă

Frecvența mare a numărului de femei este explicată prin dominarea etiologiei tireotxicozei de către boala Graves și gușa multinodulară, condiții în care este cunoscut că pacienții sunt preponderent de sex feminin (în cadrul bolii Graves raportul femei/ bărbați poate ajunge până la 7 - 10/1) (fig. 5).

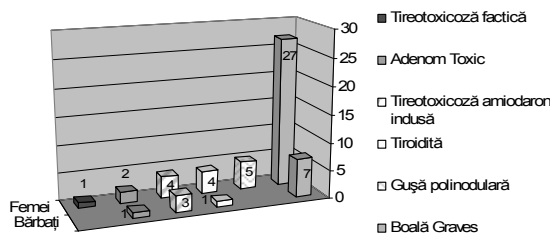


Fig. 5 Repartiția în funcție de etiologie și sex

Trei dintre pacienții incluși în studiu au fost transferați în secția de endocrinologie din secțiile de cardiologie (fig. 6).

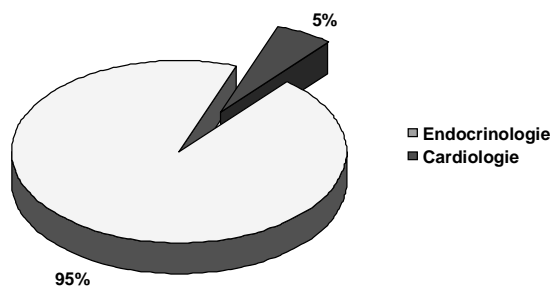


Fig. 6 Repartiția în funcție de secția de internare

Toți cei trei bolnavi au peste 70 de ani, reprezentând 60% din bolnavii din această grupă de vârstă. Diagnosticul de internare la aceste cazuri a fost:

- angină instabilă

➤ fibrilație atrială paroxistică, fibrilație atrială cu ritm rapid; insuficiență cardiacă congestivă.

Simptomele pentru care se prezintă bolnavii sunt dominate de semne și simptome generale – scădere în greutate, astenie, hipersudorație și, din partea aparatului cardiovascular, de palpitații. Simptome ca anxietate, iritabilitate, insomnie apar într-un procent relativ mic (sub 15%) (fig. 7) [6].

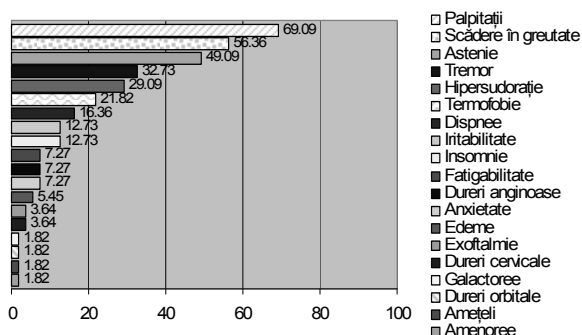


Fig. 7 Acuze prezentate de lotul de bolnavi

Palpitațiile apar la toate grupele de vârstă, proporțional, la aproximativ 80% dintre pacienții fiecărei grupe de vârstă, exceptând bolnavii tineri (sub 30 de ani) la care apar în proporție de numai 15%.

Frecvența palpitațiilor corespunde cu datele din literatură (fig. 8) [1, 5].

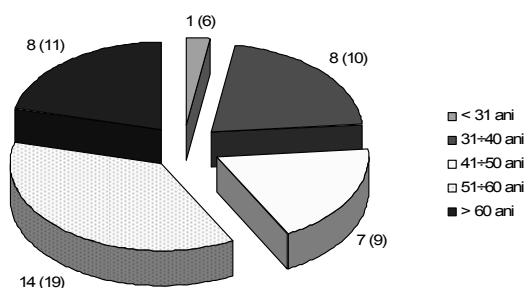


Fig. 8 Repartiția în funcție de vârstă a pacienților cu palpitații

Dispneea, durerile anginoase și edemele apar foarte rar și numai la pacienții peste 40 de ani. Edemele pot apare în cadrul fenomenelor de insuficiență cardiacă dar și datorită efectului de retenție hidrosalină a hormonilor tiroidieni (fig. 9).

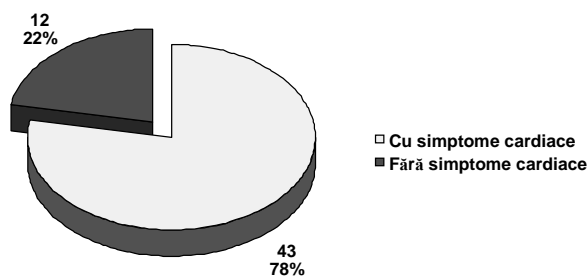


Fig. 9 Frecvența simptomelor cardiace

Luată în ansamblu, frecvența simptomelor cardiace este relativ mare, suprapunându-se peste cea a palpitațiilor. Practic celelalte acuze cardiace: angină, dispnee, edeme nu au apărut în lipsa palpitațiilor. Spre deosebire de datele din literatură, frecvența dispneei, durerilor anginoase și a edemelor este mult mai mică (dispnee 16% față de 75%; edeme 5,5 % față de 35%, dureri anginoase 7% față de 8%).

Cardiotireoza este o suferință organică caracterizată clinic prin apariția de tulburări de ritm, crize de angină pectorală sau insuficiență cardiacă la o persoană cu tireotoxicoză [2].

În lotul nostru întrunesc aceste condiții 19 cazuri (35%). Fibrilația atrială este cea mai frecventă tulburare de ritm apărând la 12 cazuri, angina pectorală la 4 cazuri, iar insuficiența cardiacă la 9 cazuri. Fibrilația atrială, angina pectorală și insuficiența cardiacă pot să apară singure sau asociate la același bolnav (fig. 10).

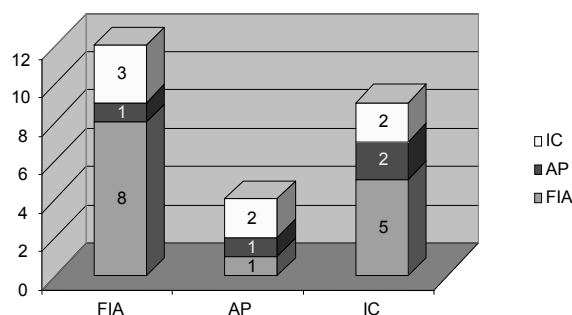


Fig. 10 Prezența cardiotireozei

În datele din literatură apare ca obligatorie prezența tahicardiei, peste 90/minut (fig. 11) [4].

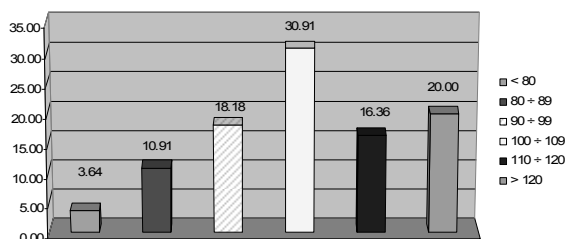


Fig. 11 Frecvențele EKG

În studiul nostru ponderea celor cu frecvență sub 90/min este de aproximativ 15% (fig. 12) [7].

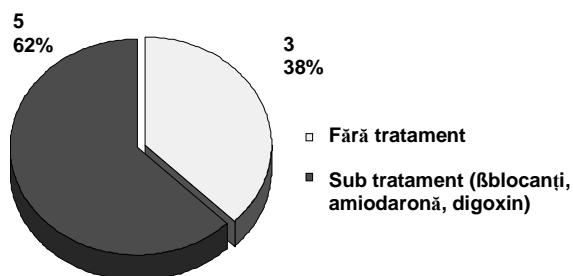


Fig. 12 Repartiția cazurilor cu EKG sub 90/min funcție de tratament

Peste 60% dintre cei fără tahicardie la internare erau sub tratament cu antiaritmice: βblocanți, amiodaronă, digoxin. Valorile mai mici ale frecvenței cardiace corespund cu valorile moderat crescute ale FT4 la aceste cazuri.

În ceea ce privește tulburările de ritm – acestea sunt reprezentate de fibrilația atrială (7 cazuri), extrasistole atriale (4 cazuri), extrasistole ventriculare (5 cazuri) și un caz de tahicardie paroxistică supraventriculară, unele putând apărea concomitent la același pacient (fig. 14).

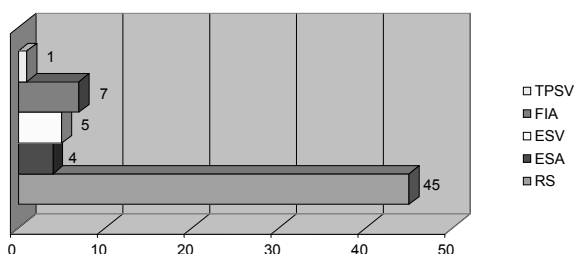


Fig. 14 Analiza EKG

Din păcate nu s-a efectuat monitorizare Holter EKG care ne-ar fi evidențiat cu siguranță o frecvență mai mare a tulburărilor de ritm,

surprinzând episoadele paroxistice, precum și variabilitatea scăzută a frecvenței cardiace pe parcursul zilei.

S-a urmărit și prezența unor factori de risc cardiovascular prezenți la acești pacienți: obezitate, hipercolesterolemie, tulburări ale metabolismului glucidic.

Contrar așteptărilor noastre numai 2 bolnavi sunt subponderali și peste jumătate sunt normoponderali. Există o proporție surprinzător de mare de pacienți (40%) care sunt supraponderali sau chiar obezi.

De amintit că scăderea ponderală a fost unul dintre principalele și cele mai frecvente acuze menționate la internare (56% - a doua acuză în ordinea frecvenței) (fig 15).

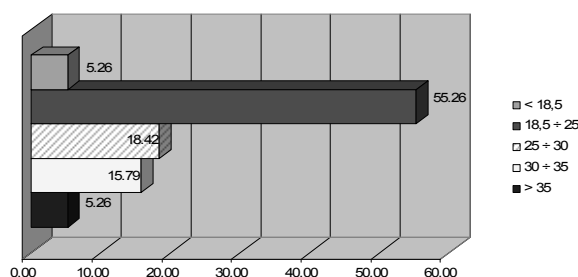


Fig. 15 Repartiția pacienților funcție de IMC

Hormonii tiroidieni în exces determină o creștere a sintezei cât și a degradării colesterolului, cu predominanța degradării, fapt evidențiat prin nivele scăzute ale colesterolului și a trigliceridelor și nivele crescute ale acizilor grași și a glicerolului.

În lotul nostru de studiu, doar 3 bolnavi (7%) au avut valori ale colesterolului seric peste 200 mg%. (fig. 16) Aceste valori s-au găsit la bolnava tiroidectomizată și la doi dintre bolnavii cu frecvență atrială sub 90/min și cu valori moderat crescute ale FT4 seric.

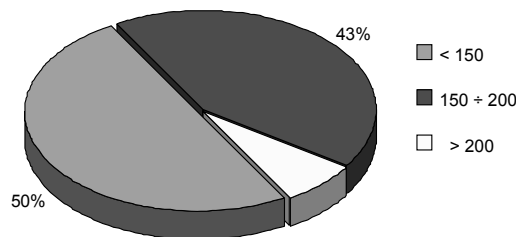


Fig. 16 Repartiția valorilor colesterolului

Hormonii tiroidieni au efecte directe pe metabolismul glucidic și indirecte modulate de hormoni ca insulina. Ne-am fi așteptat la o pondere mai mare a hiperglicemiei (22%) și a diabetului zaharat (7%) (fig. 17).

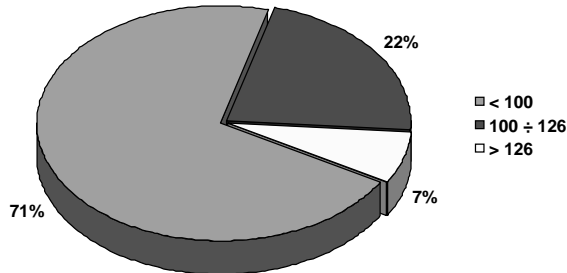


Fig. 17 Repartiția valorilor glicemiei

Concluzii

1. Tireotxicoza reprezintă o afecțiune cu frecvență ridicată în cadrul patologiei tiroidiene, etiologia dominantă fiind cea autoimună, în cadrul bolii Graves și tiroiditei autoimune tip IIC.

2. În cadrul manifestărilor cardiovasculare secundar tireotxicozei frecvența cea mai ridicată o au palpitațiile secundare tahicardiei sinusale și fibrilației atriale, insuficiența cardiacă reprezentând apanajul vârstei înaintate și tireotxicozei.

3. La pacienții peste 70 de ani tabloul clinic a fost dominat de simptomele cardiovasculare determinând internarea inițial pe secții de cardiologie.

4. Tabloul clinic „zgomotos” al tireotxicozei apare la persoane tinere, în cazul vârstnicilor dominând formele „apatetice” de tireotxicoză dominate de manifestări ale sistemului cardio-vascular.

5. Frecvența cardiacă la pacientul tireotoxic este influențată de tratamentul antiaritmie administrat anterior stabilirii diagnosticului (Bblocante, digoxin, amiodaronă), însă acestea rareori controlează complicațiile cardiovasculare în lipsa instituirii tratamentului cu ATS.

6. IMC-ul nu este un criteriu de diagnostic, peste 40% dintre bolnavii din lot fiind supraponderali sau obezi. Scăderea în greutate însă, este o acuză frecventă.

Bibliografie

1. Bahaa M.F., Ellahham S., Ringel M.D., Lindsay J. - Hyperthyroid Heart Disease, *Clinical Cardiology*, 2003, 23, 402-408.
2. Kahaly G. - The thyroid and the heart, *Thyroid International* 4, 1998, 2-21.
3. Klein I., Ojamaa K. - Thyroid hormone and the cardiovascular system, *The New England Journal of Medicine*, nr. 7, 15 febr. 2001, 501-509.
4. Klein I., Ojamaa K.- Thyrotoxicosis and the heart, *Endocrinol. Metab Clin North America*, 1998, 27-51.
5. Roffi M., Cattaneo F., Topol E. - Thyrotoxicosis and the cardiovascular system: subtle but serious effects, *Cleveland Clinical Journal of Medicine*, vol. 70, nr. 1, ian 2003, 57-63.
6. Scârneciu C., Scârneciu I. – Fibrilația atrială din tireotxicoză, *Sibiul Medical*, vol. 16, nr.1, 2005, 38-42.
7. Scârneciu C., Scârneciu I., Nedelcu L. – Evaluarea variabilității ritmului cardiac la hipertiroidieni, *Jurnalul Medical Brașovean* nr. 2, 2007, 44-47.