

Cardiomiopatiile

Cardiomiopatiile constituie un grup de afectiuni cardiace cu etiologii diverse in care cauza initiala si predominanta este afectarea miocardului (muschiul inimii). Ulterior, pot evolua catre insuficienta cardiaca.

Pot fi:

- Primare – sau idiopatice, adica fara o cauza cunoscuta
- Secundare altor afectiuni:
 - Afectiuni metabolice: nutritionale, endocrine etc.
 - Afectiuni sistemice: boli de collagen, neoplazii etc.
 - Afectiuni neurologice, neuromusculare, musculare: distrofii, ataxii, miopatii etc.
 - Afectiuni toxice: medicamentoase, biologice
 - Afectiuni datorate agentilor fizici: radiatii

Cardiomiopatiile se impart in:

- Cardiomiopatia hipertrofica obstructiva si nonobstructiva
- Cardiomiopatia restrictiva
- Cardiomiopatia dilatativa

A. Cardiomiopatia hipertrofica

Cardiomiopatia hipertrofica este o afectiune miocardica de cauza necunoscuta (in cele mai multe cazuri genetica), ce se caracterizeaza prin cresterea in grosime (hipertrofia) a miocardului ventricular si dezorganizarea importanta a arhitecturii miocardului (muschiul inimii). Hipertrofia poate fi simetrica, distribuita uniform, sau asimetrica, afectand in special septul interventricular (peretele care desparte cei doi ventriculi) si cauzand obstructie in calea de golire a ventriculului stang, realizand cardiomiopatia hipertrofica obstructiva.

Simptomele variaza de la lipsa acestora, la oboseala la eforturi progresiv mai mici, prezenta dispneei (lipsa de aer), prezenta anginei pectorale, ameteli, sincopa (pierderea cunostintei), palpitatii, fatigabilitate.

Suspiciunea se ridica pe baza examenului fizic: prezenta unui suflu sistolic, a examenului ECG (care e modificata la aprox 80-90% din cazuri). Diagnosticul se pune prin ecografia cardiaca. Se determina gradul ingrosarii miocardului ventricular, precum si gradul obstructiei in calea de golire a ventriculului stang (elemente foarte importante pentru decizia terapeutica).

La pacientii diagnosticati cu cardiomiopatie hipertrofica, este absolut necesara examinarea membrilor familiei (parinti/copii/frati), afectiunea fiind transmisa preponderent genetic.

Evolutia bolii este variabila si imprezibila, mortalitatea fiind de aproximativ 3-4% pe an. In general, moartea este subita, datorata tulburarilor de ritm (fibrilatia ventriculara).

Factorii care predispun la moarte subita sunt:

- Majori:
 - Stop cardiac in antecedente
 - Tahicardia ventriculara nesustinuta/sustinuta dovedita ECG, Holter ECG etc
 - Istoric familial de moarte subita
 - Sincoapa (pierderea cunostintei) neexplicata
 - Grosimea peretelui ventricular peste 30 mm (determinata ecocardiografic)
 - Scaderea anormala a tensiunii arteriale la efort
- Posibili:
 - Fibrilatia atriala
 - Ischemia miocardica
 - Gradul obstructiei in calea de golire a ventriculului stang – masurat ecocardiografic sau la cateterismul cardiac
 - Efortul excesiv (competitional)

Tratamentul este:

- Medicamentos: betablocante, antiaritmice
- Interventional: embolizarea percutana cu alcool a arterei septale
- Chirurgical: miomectomie septala, inlocuirea valvei mitrale
- Implantul de stimulator cardiac bicameral: in anumite situatii

Toti pacientii peste 40 ani diagnosticati cu cardiomiopatie hipertrofica, cu episoade de durere retrosternala sau cu factori de risc pentru boala cardiaca ischemica necesita efectuarea coronarografie.

B. Cardiomiopatia dilatativa

Este o afectiune caracterizata prin cresterea in dimensiuni a ventriculului stang sau/si drept. Poate fi datorata progresiei altor boli cardiace: cardiopatie ischemica cu sau fara infarct miocardic, afectarii valvulare, cardiopatiilor congenitale, hipertensiunii arteriale, altor boli noncardiace: neurologice, inflamatorii (boli de colagen, autoimune etc), infectioase (virale, bacteriene, fungice, parazitare etc), metabolice (diabet zaharat, endocrine, deficiente nutritionale), toxice (consum de alcool, medicamente, droguri etc), sau poate fi idiopatica (fara o cauza cunoscuta).

Semnele si simptomele pot fi de la lipsa acestora, la fenomene de insuficienta cardiaca datorate afectarii functiei portiunii stangi a inimii: ventriculul si atricul stang (oboseala la eforturi progresiv mai mici si in repaus, dispnee – lipsa de aer initial la efort ulterior, pe masura ce boala avanseaza, la eforturile cotidiene de intretinere sau in repaus, pana la edem pulmonar acut) si ulterior datorate afectarii portiunii drepte a inimii: ventriculul si atricul drept (acumulare de lichid la nivelul membrelor inferioare, plamanilor, inimii, abdomenului, cresterea in dimensiuni a ficatului).

Pe masura ce boala progresa, pot aparea complicatii, si anume:

- Embolii sistemice/pulmonare: formarea de cheaguri de sange, care ajung in circulatia sangelui si produc obstructia (infundarea) arterelor cerebrale (cu constituirea accidentelor vasculare

cerebrale), ale membrelor inferioare/superioare (ischemie acuta membre inferioare/superioare), sau in alte teritorii vasculare;

- Aritmii: in special fibrilatia atriala, extrasistole supraventriculare si ventriculare, tahicardie ventriculata, fibrilatia ventriculata;
- Moartea subita.

Investigatii

- ECG
- Ecocardiografie
- Coronarografie
- Holter ECG

Tratamentul este in functie de stadiul bolii si presupune combinarea celui:

- Medicamentos: betablocante, diuretice, inhibitorii enzime de conversie, digitala, antiagregant, statine, nitrati, anticoagulant (in functie de cauza, prezenta complicatiilor si a bolilor asociate);
- Implantul de defibrilator cardiac: pentru prevenirea mortii subite;
- Dispozitive de asistare ventriculata;
- Transplantul cardiac.