



ΜΥΟΚΑΡΔΙΑΚΗ ΘΛΑΣΗ ΧΩΡΙΣ ΗΚΓ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ, ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΗ ΑΣΤΑΘΕΙΑ Η ΤΜΗΜΑΤΙΚΕΣ ΥΠΟΚΙΝΗΣΙΕΣ ΤΟΙΧΩΜΑΤΩΝ

Σιωνίδη Γεωργία(1), Καρδάτος Αντώνης(2), Χριστοφορίδης Χρήστος(3), Αργυροπούλου Γεωργία(4), Σγούρος Κωνσταντίνος(5), Φλέσσας Δημήτριος(6) Καλογριδάκη Μαρίνα(7)

(1)Καρδιολόγος ΤΕΠ, ΓΝΑ «ΚΑΤ», (2)Ορθοπαιδικός ΤΕΠ, ΓΝΑ «ΚΑΤ», (3)Ορθοπαιδικός Δ'Κλιν., ΓΝΑ «ΚΑΤ», (4)Αναισθησιολόγος ΤΕΠ, ΓΝΑ «ΚΑΤ», (5)Παθολόγος ΤΕΠ, ΓΝΑ «ΚΑΤ», (6)Καρδιολόγος Καρδ.Κλιν, ΓΝΑ «ΚΑΤ», (7)Αναισθησιολόγος-Διευθύντρια ΤΕΠ, ΓΝΑ «ΚΑΤ»



ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

- ✓ Γυναίκα ασθενής 24 ετών
- ✓ διεκομίστηκε διασωληνωμένη από άλλο νοσοκομείο για νευροχειρουργική εκτίμηση
- ✓ αναφερόμενη παράσυρση
- ✓ GCS:5, ισοκορική,
- ✓ **χωρίς** αιμοδυναμική αστάθεια

Εργαστηριακός έλεγχος:

- ✓ κφ
- ✓ τροπονίνη Ths: 48 pg/ml

Απεικονιστικός έλεγχος:

- ✓ υπαραχνοειδής αιμορραγία με διάχυτο εγκεφαλικό οίδημα
- ✓ κατάγματα A5-A6/A6-A7
- ✓ θλάσεις πνευμόνων

- κατά την προσέλευση της στο ΤΕΠ παρέμεινε αιμοδυναμικά σταθερή με φλεβοκομβικό ρυθμό χωρίς διαταραχές ST-T



βιοχημικό έλεγχο

- ✓ άνοδος Τροπονίνης I σε 1282,5 pg/ml

2ο ΗΚΓ

- ✓ χωρίς μεταβολή

διαθωρακικό υπερηχογράφημα καρδιάς

- ✓ Αρ. Κοιλία φυσιολογικών εσωτερικών διαστάσεων με επηρεασμένη συνολική συσπαστικότητα
- ✓ EF 40-45 %
- ✓ **χωρίς** τμηματικές υποκινησίες τοιχωμάτων
- ✓ Δ.κοιλία φυσιολογικών διαστάσεων με καλή συσπαστικότητα TAPSE=2,6cm
- ✓ Αρ. και Δ. κόλπος εντός φυσιολογικών ορίων
- ✓ Ανιούσα Αορτή –Αορτική ρίζα:κφ
- ✓ Κολποκοιλιακές βαλβίδες ανατομικά φυσιολογικές
- ✓ Μικρή διαφυγή εκ της MV, IVC 1,7 cm με αναπνευστική διακύμανση<50%, E>A
- ✓ PASP:30 mmHg
- ✓ Περικάρδιο ελεύθερο

- ✓ Έγινε επανάληψη της Τροπονίνης σε 6 ώρες (3013,6 pg/ml) και του υπερήχου σε 12 ώρες
- ✓ Η ασθενής υπό ινότροπη υποστήριξη εξακολουθούσε να παρουσιάζει χαμηλό EF 40%

Μετά το 3ο 24h νοσηλείας στη ΜΕΘ:

- ✓ βελτίωση EF=50-55%
- ✓ την 6η ημέρα είχε αποκατασταθεί πλήρως
- Κατά την πολύμηνη παραμονή της στο νοσοκομείο λόγω της ΚΕΚ δεν παρουσίασε επικίνδυνες αρρυθμίες, μόνο κάποια επεισόδια φλεβοκομβικής ταχυκαρδίας



ΣΥΖΗΤΗΣΗ

- Καθώς δεν υπάρχουν θεσπισμένα διαγνωστικά κριτήρια και ειδικές εξετάσεις, συχνά προτείνεται ότι η απουσία αιμοδυναμικής αστάθειας μαζί με φυσιολογικό ΗΚΓ αρκούν για τον αποκλεισμό του αμβλύ καρδιακού τραύματος που μπορεί να συνυπάρχει με θωρακικό τραύμα
- Στην παραπάνω ασθενή η ΜΘ δεν συνοδευόταν με παθολογικό ΗΚΓ και με αιμοδυναμική αστάθεια, παρά μόνο με αυξημένη Τροπονίνη και αυτή σε δεύτερο χρόνο.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

- ✓ Το ΗΚΓ και η αιμοδυναμική κατάσταση του ασθενή δεν μπορούν να αποκλείσουν την ΜΘ, ούτε η Τροπονίνη από μόνη της, καθώς μπορεί αρχικώς να είναι αρνητική ή και ελάχιστα αυξημένη χωρίς μυοκαρδιακό τραύμα (συχνό φαινόμενο στους πολυτραυματίες)
- ✓ Επίσης, η ΜΘ μπορεί να εμφανιστεί χωρίς τμηματικές υποκινησίες αλλά με καθολική υποκινησία τοιχωμάτων