

Anticoncepționalele orale și riscul tromboembolic. Prezentare caz clinic

Oral contraception and the risk of thromboembolism. Case presentation

Asist. Univ. Dr. MARIA PISTOL

REZUMAT

Pacientă în vârstă de 28 ani, fumătoare moderată (6 țigări/zi), în tratament cu anticoncepționale orale de aproximativ 2 luni, pentru ovare polichistice, la recomandarea medicului ginecolog.

Debut cu durere în umărul drept și laterotoracic drept, cu 3 zile înainte de prezentarea la medicul de familie, cu subfebră, dispnee și tuse minimă.

Examenul obiectiv și radiografia pulmonară evidențiază revărsat pleural în cantitate mică în lobul inferior drept pulmonar.

Coroborând anamneza cu examenul clinic și investigațiile paraclinice s-a stabilit diagnosticul de: infarct pulmonar drept; tromboză venoasă profundă iliacă stângă; vasculită autoimună în observație.

Conlucrarea foarte bună a echipei formată din medicul de familie, pneumolog și cardiolog a dus la un diagnostic corect și rapid și la o evoluție favorabilă a pacientei.

Concluzia: necesitatea efectuării cu mare atenție a anamnezei înainte de recomandarea anticoncepționalelor – atenționarea medicului de orice specialitate.

ABSTRACT

28 years old patient, moderate smoker (6 cigarettes/day), under treatment with oral contraceptives for approximately 2 months for polycystic ovaries, prescribed by the gynecologist. Onset with pain in the right shoulder and right lateral chest pain three days before referring to the family physician, with low fever, dyspnoea and slight cough. The objective examination and the pulmonary X-ray showed low pleural effusion in the inferior right lung lobe. The diagnosis based on the anamnesis, the clinical examination and the paraclinical examinations was: pulmonary infarction in the right lung. Left iliac deep venous thrombosis. Autoimmune vasculitis under observation.

The good collaboration among the family physician, the pneumologist and the cardiologist led to a correct and quick diagnosis and a favourable evolution of the patient. The conclusion is that a lot of attention should be given to the anamnesis before prescribing birth control pills - a warning to the physicians, irrespective of the specialty.

Pacienta I.C. în vârstă de 28 de ani, studentă, se prezintă la cabinetul de medicină de familie pentru dureri în umărul drept, jenă toracică dreaptă, dispnee și tuse seacă, fără expectorație sau hemoptizii. În urmă cu 2 zile a prezentat subfebră de 37,5°C.

Antecedente heredocolaterale: fără importanță patologică.

Antecedente personale fiziologice: N = 0; A = 1.

Antecedente personale patologice: vasculită în 2001.

Din istoric aflăm că pacienta s-a prezentat în urmă cu 2 luni la cabinetul de ginecologie, unde

i s-a recomandat tratament cu Marvelon (anticoncepționale orale) pentru ovare polichistice. Bolnava este fumătoare (6 țigări pe zi) de 7 ani.

Examen clinic obiectiv: tegumente calde, normal colorate, torace normal conformat, murmur vezicular prezent bilateral, fără raluri, submatitate bazal drept. Cord: zgomote cardiace ritmice, AV=80/min, tensiunea arterială 110/70 mmHg egală bilateral, fără sufluri cardiace supraadăugate, fără sufluri vasculare, artere periferice palpabile bilateral, jugulare neturgescente fără edeme periferice. Abdomen suplu, nedureros spontan sau la palpare, tranzit intestinal prezent, ficat, splină în limite normale.

Radiografia pulmonară evidențiază opacitate de intensitate crescută, omogenă, limită superioară concavă, corespunzătoare arcului costal C8 de partea dreaptă.

Interstițiul peribronhovascular accentuat bazal drept (pleurezie dreaptă). □

CORD FIZIOLOGIC

În fața unei patologii cu debut cu pleurezie, dispnee și durere toracică la o pacientă tânără, ne gândim la o tuberculoză, o pleurezie parapneumonică, un infarct pulmonar sau cancer, motiv pentru care am trimis de urgență pacienta la un consult pneumologic și investigații de specialitate.

Consult specialist pneumologie:

- fumătoare 6 țigări pe zi de 7 ani;
- fără expunere profesională;
- consum de anticoncepționale orale de aproximativ 2 luni pentru ovare polichistice.

Anamneza: durere laterotoracic drept cu caracter pleuretic, cu debut acut în urmă cu 4 zile, subfebră, dispnee, tuse minimă fără expectorație sau hemoptizii.

Examen clinic:

- Sa O₂=98% în repaus;
- FR=14/min;
- AV=84/min regulat.

Pulmonar: stetacustic normal, submatitate bazal drept.

Cardiac normal. Fără elemente clinice de TVP membre inferioare.

Radiografia torace: simfiza sinus costodiafragmatic drept – cel mai probabil revărsat pleural în cantitate mică. Fără alte opacități parenchima-toase patologice.

Concluzie: suspiciune înaltă de tromboembolism pulmonar.

Recomandări: consult cardiologie, efectuare CT torace cu substanță de contrast și eventual Doppler venos. Ulterior, consult pneumologic pentru puncție pleurală.

În aceeași zi se internează la Spitalul de Urgență Floreasca, după efectuarea CT care evidențiază: mediastin cu dimensiuni normale, fără adenopatii patologice. Trunchiul de artere pulmonare, arterele pulmonare și bronșice principale au dimensiuni și opacifiere intraluminală normală. În segmentul apical al lobului inferior pulmonar drept există o zonă de condensare cu dimensiuni aproximative de 3,1/3,2 cm, fără bronhograma aerică vizibilă în interior. Revărsat lichidian pleural drept cu densitate lichidiană (8u.H). Hemidiafragm drept în poziție ascensionată față de cel stâng.

Ficat de dimensiuni normale, cu structură omogenă la administrarea substanței de contrast.

Căi biliare intra- și extrahepatice nedilate.

Splină, pancreas, rinichi, glande suprarenale cu aspect CT normal.

Vena iliacă comună stânga, cu diametrul crescut, cu material hipodens central, parțial obstructiv. □

CONCLUZII

Aspect CT sugestiv de infarct pulmonar bazal drept cu pleurezie de însoțire.

Suspiciune de tromboză parțială de venă iliacă comună stânga.

ECG la intenare: RS cu AV=100/min, fără modificări de fază terminală, aspect menținut în dinamică.

Biologic la internare: Sindrom inflamator – ușoară leucocitoză tranzitorie (11700-10300-8500), CRP=11,7mg/dl.

Se ridică suspiciunea clinică de tromboembolism pulmonar, efectuându-se examen CT toracoabdominal, care relevă în aspectul apical al lobului inferior pulmonar drept o zonă de condensare cu dimensiuni de 3.1/3.2 cm, aspect sugestiv de infarct pulmonar drept cu pleurezie minimă de însoțire.

Se recoltează testele de trombofilie care relevă LA pozitiv, restul markerilor în limite normale. Având în vedere și PDF prezente și D dimeri cu valoarea de 2750 micrograme/l, se confirmă diagnosticul de infarct pulmonar.

Testele imunologice pentru confirmarea diagnosticului de vasculită autoimună se află în lucru în momentul externării.

Se începe terapia cu heparină nefracționată cu control aPTT la 12 ore, ulterior suprapus ACO, asociat cu terapie antibiotică cu fuorochinolone, protecție digestivă și analgezic intravenos, sub care se constată ameliorarea dispneei și a durerii toracice.

Se efectuează puncția lichidului pleural, care relevă lichid cu caracter de exudat (proteine = 4,5g/dl). Culturile din lichid au fost sterile.

Examenul histopatologic din lichidul pleural relevă frecvente limfocite, rare hematii și celule mezoteliale.

Evoluția ulterioară a fost favorabilă cu ameliorarea simptomelor de la internare.

Se interpretează cazul ca infarct pulmonar la pacienta cu tromboză venoasă profundă iliacă comună stânga cu suspiciunea de vasculită autoimună, urmând a fi confirmată ulterior, testele specifice fiind în lucru.

Recomandări la externare:

Tratament cu:

- Sintrom, conform schemei: 1/2 – 1/2 - 3/4 - 1/2 – 1/2 - 3/4 cu INR săptămânal în prima lună, apoi lunar, timp de cel puțin un an.
- Detralex 1 cp x 2/zi

Evită tratamentul injectabil intramuscular, intervențiile chirurgicale sângerande, în cazul absolutei necesități a acestora, anunțând medicul curant asupra tratamentului ACO urmat.

Va repeta examenul CT pulmonar peste 3 săptămâni.

La externare pacienta a fost luată în evidență de medicul de familie și va fi urmărită permanent, necesitând o bună colaborare atât cu pneumologul, cât și cu cardiologul.

Acest caz a avut o evoluție favorabilă datorită unui diagnostic prompt și a răspunsului bun la terapie.

Deși este cunoscut riscul de tromboze venoase sau arteriale al contraceptivelor orale, particularitatea cazului constă în administrarea acestora la o tânără cu vasculită în antecedente.

Atenție!

Atât medicilor de familie, ginecologilor, și tuturor specialiștilor care recomandă contraceptive orale, chiar și în scop terapeutic, la efectuarea unei anamneze amănunțite pentru a exclude din istoric existența vasculitelor. □

Revista presei medicale

Study links some antibiotic use to cerebral palsy

A once-used practice of giving antibiotics to some women at risk of premature birth may have increased the odds their children will develop cerebral palsy and other problems, British researchers said on Thursday.

The study published in the journal Lancet looked at women at risk of premature labor who had no signs of infection. Doctors now recommend antibiotics only for women whose waters have broken prematurely or have an obvious infection.

The findings reaffirm that doctors should not use antibiotics for premature labor when the mother's water is intact and if there is no infection, said Sara Kenyon, a researcher at the University of Leicester who led the study.

"We don't think it is the antibiotics themselves but rather the situation the

antibiotics are given in," she said in a telephone interview. "These findings mean doctors do not need to give antibiotics if a woman's water hasn't broken unless she has an infection."

Smoking, alcohol use and weight problems can increase the chances of premature labor. While it was known children born prematurely are more prone to functional problems later in life, the link to cerebral palsy was unexpected, Kenyon said.

Kenyon's team followed up 9,000 children from the original trial at age 7. The researchers used a health questionnaire and national school results to gauge the children's health.

Children whose mothers were given the antibiotic erythromycin had an 18 percent higher risk of mainly mild functional problems that also included struggles with day-to-day problem

solving compared to those whose mothers did not receive the drug.

The other antibiotic, co-amoxiclav, did not appear to raise such risk.

"The risk of cerebral palsy was increased by either anti-biotic, although the overall risk of this condition was low," the researchers wrote in the report.

But for women whose water did not break and who got both antibiotics together, the chance their children would develop cerebral palsy nearly tripled.

The researchers said the overall risk was low and that they do not know why the combination of antibiotics and an intact membrane in women whose water did not burst appeared to affect some children.

Source: REUTERS/HEALTH, London

Marathoners show higher-than-expected heart risks

Some older marathon runners may have a greater chance of suffering a heart attack than their risk factors belie, new research suggests.

In a study of male marathoners age 50 and up, researchers found that, despite their high activity levels, the runners were as likely as other men their age to have calcium buildup in their heart arteries.

And when compared with men who had a similar amount of heart disease risk factors, marathoners actually tended to have more calcium in their arteries.

Calcium is a component of artery-clogging plaques, and a high coronary calcium "score" – as measured by non-invasive CT scans – predicts an elevated risk of suffering a heart attack.

Since regular exercise is a heart-healthy habit, it's not clear why marathoners would have calcium scores similar to those of other men their age. In general, the runners did have fewer traditional risk factors for heart disease; on average, they weighed less, had lower "bad" LDL cholesterol, higher "good" HDL cholesterol and lower blood pressure.

This raises the possibility that marathon running itself contributes to calcium buildup in some people – but that is an unlikely scenario, according to study leader Dr. Stefan Mohlenkamp, of the West-German Heart Center Essen.

"Based on published data on the benefits of regular exercise, this possibility seems unlikely," he told Reuters Health.

Instead, Mohlenkamp explained, the answer may rest in the formerly less-than-healthy lifestyles of some of the runners in his study. Many, he noted, had only started serious, competitive running in their 40s, and half were former smokers.

Mohlenkamp also stressed that in general, running is a good thing. "You live longer, you live better," he said. "Our study does not question at all the proven benefits of regular exercise."

For the study, which is published in the European Heart Journal, the researchers recruited 108 apparently healthy male marathoners age 50 and older. They calculated each man's Framingham Risk Score – a standard measure that doctors use to estimate a person's risk of having a heart attack in the next 10 years. It is based on age, sex, blood pressure, cholesterol and smoking habits.

The researchers also used CT scans to calculate each runner's coronary calcium score.

They then compared the marathoners with a group of men who had taken part in another study.

Overall, 13 percent of the marathoners had a calcium score above 400, which indicates a large amount of plaque in the arteries, while 23 percent had scores indicating moderate plaque buildup. Those rates were nearly identical to those of the comparison group.

And when the researchers compared the runners with men who had the same Framingham Risk Score as they did, they found that the marathoners had higher rates of plaque buildup.

While regular exercise is heart-healthy, it is known that strenuous exercise can trigger a heart attack or heart-rhythm disturbance in people with pre-existing heart disease. The implication of the current findings, according to Mohlenkamp, is that conventional risk factor assessment may underestimate the heart risks of some older runners.

He said that when older adults go to their doctors asking whether such high-level exercise is safe for them, it's important for the doctor to take a detailed risk factor history – checking whether the patient has ever had high blood pressure or has ever been overweight, for instance.

In cases where the patient has a history of risk factors, Mohlenkamp said, it may be appropriate to do further, non-invasive testing, such as a CT scan for coronary artery calcium in addition to a stress test, which looks at the heart's activity during exercise.

It is not generally recommended that people without heart disease symptoms undergo these cardiac tests. But Mohlenkamp said that when it comes to judging whether it's safe for an older adult to exercise at such levels, it is "prudent" to not rely on their current risk factors alone.

Source: REUTERS/HEALTH, New York