

TEP

A. **TEP MASIV** (cord pulmonar acut embolic)- obstr. > 50% pat. vascular pulmonar, sau 20-30% la cei cu afectiuni CV preexistente

Diagnostic clinic

- moarte subita (>15%)
- dispnee cu tahipnee (>30 resp/')
- durere toracica – de tip pleural / atipica
- tahicardie
- subfebrilitate
- suflu sist. de regurgitare tricuspida
- accent comp.pulm. Zg.2
- cianoza centrala si periferica
- sincopa
- hipotensiune si soc cardiogen - jugulare turgescence - galop ventricular dr.
- pulsatie sistolica palpabila a VD
- hepatomegalie de staza
- hipoxemie

B - **Infarctul pulmonar**, datorita obstr. unui ram arterial pulm.periferic.

Diagnostic clinic

- durere toracica de tip pleural
- dispnee nou aparuta
- febra $\leq 38^{\circ}\text{C}$
- frecatura pleurala
- hemoptizii

C - **TEP repetitiv minor** -> silentios clinic ->HTP severa -> CPC embolic.

2.Diagnostic paraclinic

A) Radiografia toracica:

Pentru dg. dif. : cu Pneumotorox, Pneumopatii acute, EPA, tumori, efuziuni pleurale masive

Pentru dg. Pozitiv :

- dilatarea arterei pulmonare unilaterale + intreruperea brusca a vaselor juxtahilar -TEP masiv
- TEP cu CPC- dilat. cavitati drepte
- dilat.vena cava superioara + azygos
- Semn Hampton (opacitate triunghiulara , conica, semicerc)-Infarct pulmonar
- Ascensiune de hemidiafragm
- Oligohemia focala (semnul Westermark)
- Atelectazii subsegmentare, revarsat pleural , infiltrate pleurale

Rg. Pulmonara normala –majoritatea cazurilor in TEP masiv

TEP cronic :

- cardiomegalia(86%)
- dilatatie VD (68%)
- oligohemia in mozaic(68%)
- cresterea in diam. arterei pulm. drepte descendente(55%)
- atelectazia si revarsatul pleural(23%)
- ingrosarea pleurala (14%)

B) EKG

tahicardie sinusala- in TEP mic sau mediu

TEP masiv-suprasolicitare de presiune VD

- ax QRS deviat la dreapta
- BRD tranzitoriu-complet
- incomplet
- T negative V1-V3
- P pulmonar
- S1Q3T3-reduce cazuri
- R/S>1in V1 ; QR in V1

SPITALUL ORĂȘENESC NEGREȘTI OAȘ
Jud. Satu Mare – Localitatea Negrești Oaș, str. Victoriei nr.90
Telefon: 0261854830, Fax: 0261854566
e-mail: spitalnegrestioas@yahoo.com

- Supradenivelare ST in D3
- BAV gr I
- Pot simula IMA inf., de VD sau antero-septal - Q si T neg D3, nu in D2
- T neg- V1-V4)
- T neg in precordiale
- Q r in V1-dat. dilat. VD

D)Ex. de laborator :

- leucocitoza moderata
- markeri de inflamatie
- cresterea LDH, TGO, bilirubinei

- D dimeri plasmatici –PDF

- negativi- improbabil TEP, TVP

- pozitivi- si in neoplazii, inflamatiei, infectii, necroze, disectii de Aorta , traumatisme, sarcina

- Troponina –50% din TEP acut >0,1ng/ml->risc crescut de complicatii

E)Ecografia cardiac

- semne disfcVD - dilatatiei VD (DTD VD >30mm, VD/VS>1)
- SIV miscare paradoxala sau aplatizat
- Dischinezie/ akinezia perete hilar, mediu si bazal VD, cu normo sau hiperkinezie apex
VD (semnul McConnell)
- HTP(pe baza jetului de regurgitare tricuspidiană) - Vizualizare trombus in cavitati dr sau a pulmonare.

F)Ecografia Dopler vase periferice(vene) –pentru dg. –TVP

- lipsa compresibilitatii venei –prez. trombi.
- absenta fluxului venos

Tratament

SPITALUL ORĂȘENESC NEGREȘTI OȘ
Jud. Satu Mare – Localitatea Negrești Oaş, str. Victoriei nr.90
Telefon: 0261854830, Fax: 0261854566
e-mail: spitalnegrestioas@yahoo.com

- 1) nefarmacologic-repaus la pat
- 2) anticoagulant - heparina nefractionata i.v.
 - HGMM s.c – fondaparinux-7,5mg s.c /zi (5mg la G<50kg, 10mg la G>100KG)
 - enoxaparina-1mg/kg corp la 12 ore
 - tinzaparin-175mg /kgcorp o data pe zi
 - dalteparin-200mg/kg corp o data pe zi – la neoplazici
 - cei cu IRC(cl. Creatinina < 30ml/min) – heparina nefractionata
 - alergii la HGMM - heparina nefractionata

Antivit K-INR 2-3

Tratament TEP acut Cu risc inalt

- 1 Initierea cat mai precoce a tratamentului anticoagulantului cu heparina nefractionata IA
- 2 Corectarea hipotensiuni arteriale in scopul prevenirii disfunctiei progresive VD si a decesului I C
- 3 Medicatia vasopresoare la pacienti cu hipotensiune arteriala I C
- 4 O2 terapia la pacienti la pacienti cu hipoxemie IC
- 5 Tromboliza la pacienti cu TEP acut cu soc cardiogen si/sau hipotensiune arteriala I A
- 6 Embolectomia pulm. chirurgicala- alternativa la cei cu TEP cu risc inalt cu contraindicatie absoluta pt. tromboliza sistemica sau esuarea trombolizei IC
- 7 Dobutamina sau Dopamina la cei cu TEP si debit cardiac scazut si TA normala IIaB
- 8 Embolectomia pe cateter sau fragmentarea trombilor pulm. localizati proximali-la TEP cu risc inalt cu contraindicatii pt. tromboliza sistemica sau esuare II b C
- 9 Incarcarea agresiva cu fluide nu e recomandata III B

Tratamentul TEP acut cu risc scazut / mediu

- 1 Inițierea cât mai precoce la anticoag. la pacienți cu probabilitate clinică înaltă sau intermediară de TEP chiar înaintea confirmării dg. IC
- 2 Anticoagulare cu heparina fractionată sau fondaparinux e recomandată majorității pacienților cu risc scazut sau mediu
- 3 La cei cu risc crescut de sîngerare sau cu disfuncție renală severă-anticoag. cu heparina nefractionată cu APTT de 1,5 –2 x normalul
- 4 O₂ terapie la cei cu hipoxemie
- 5 Anticoag. cu heparina fractionată /nefractionată sau fondaparinux se continuă 5 zile cel puțin apoi se înlocuiește cu anti vit K în funcție de INR pt. 2 zile consecutiv.
- 6 Nu tromboliza de rutină la cei fără markeri clinici de risc înalt
- 7 Nu tromboliza de rutină la cei cu risc scazut

Intocmit: Dr. Lupu Cristian –director medical

Verificat: Dr. Lupu Cristian –director medical

Aprobat: Ing. Mitrut Diana –manager

