

ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΑΟΡΤΗΣ

Κωνσταντίνος Π. Τούτουζας, , Επίκουρος Καθηγητής Καρδιολογίας Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών – Ιπποκράτειο Νοσοκομείο.

Κατά τη διαστολή της καρδιάς το αορτικό στόμιο πρέπει να είναι στεγανά κλειστό από την αορτική βαλβίδα. Εάν, όμως, υπάρχει «χάσμα», δεν κλείνει καλά η βαλβίδα, τότε, κατά τη διαστολή που χαλαρώνει η αριστερή κοιλία και μεγαλώνει η κοιλότητά της, επιστρέφει από την αορτή αίμα προς αυτήν. Αυτό γίνεται επειδή η διαστολική, η λεγόμενη μικρή, πίεση στην αορτή είναι, π.χ. 80mmHg, ενώ στην αριστερή κοιλία πλησιάζει το μηδέν για να εισέλθει αίμα από τους πνεύμονες μέσω του αριστερού κόλπου προς αυτήν και να γεμίσει. Όστε, αντίθετα με ότι συμβαίνει στη συστολή, τώρα κατά τη διαστολή της καρδιάς υπάρχει μεγάλη διαφορά πιέσεως, πολύ μεγαλύτερη στην αορτή (80mmHg) και σχεδόν μηδενική πίεση στην αριστερή κοιλία. Έτσι, σε ανεπάρκεια της αορτής, κατά παθολογικό τρόπο, ρέει αίμα από την αορτή προς την αριστερή κοιλία.

Αίτια: Η *δίπτυχη αορτική βαλβίδα* είναι συγγενής και μπορεί στην ενήλικη ζωή να αποτελέσει αιτία ανεπάρκειας της αορτής. Το ίδιο μπορεί να συμβεί σε *λοιμώδη ενδοκαρδίτιδα* με προσβολή της αορτικής βαλβίδος και ρήξη των πτυχών της, αλλά και με εκβλαστήσεις που να την εμποδίζουν και να μην κλείνει στεγανά. Άλλος μηχανισμός μπορεί να είναι η ουλοποίηση και συρρίκνωση της βαλβίδος. Ο ρευματικός πυρετός σήμερα είναι σπάνια αιτία ανεπάρκειας της αορτής, ενώ ήταν πολύ συχνή αιτία στο παρελθόν, πριν την ανακάλυψη των αντιβιοτικών. Το ίδιο ισχύει για τη συφιλίδα, η οποία με προσβολή του μέσου χιτώνα του τοιχώματος της αορτής και επέκτασή της στο αορτικό στόμιο, προκαλούσε στο παρελθόν τοπικές βλάβες και ανεπάρκεια της αορτής. Τέλος συχνά αίτια ανεπάρκειας της αορτής αναφέρονται στο τοίχωμα της αορτής και συγκεκριμένα στο μέσο χιτώνα με κυστική νέκρωση αυτού-νόσος του μέσου χιτώνα (σύνδρομο Marfan), που οδηγούν σε επιπλοκές με απώλεια ιστού της αορτικής βαλβίδος ή πρόπτωση αυτής. Τέλος ανεπάρκεια της αορτής μπορεί να προκαλέσει το διαχωριστικό ανεύρυσμα της αορτής και η ιδιοπαθής διάταση της αορτικής ρίζας σε προχωρημένη ηλικία και υπέρταση.

Παθολογική φυσιολογία: Ο βαθμός της ανεπάρκειας της αορτής είναι μεγαλύτερος όσο μεγαλύτερο είναι το παθολογικό άνοιγμα που παραμένει μετά τη σύγκλειση της βαλβίδος, και βέβαια όσο πιο ψηλή είναι η διαστολική πίεση της αορτής και πιο μεγάλη η διάρκεια της διαστολικής περιόδου. Λόγω της μεγάλης διαφοράς πιέσεως κατά τη διαστολή αρκεί κι ένα μικρό παθολογικό άνοιγμα 0,5 τ.εκ. για να παλινδρομούν 2, 3 ή και περισσότερα λίτρα αίματος κάθε λεπτό! Με άλλο λόγια, σε κάθε διαστολή η αριστερή κοιλία διατείνεται πολύ, επειδή δέχεται το κανονικό αίμα από τους πνεύμονες και 50% εκείνου που έχει προωθηθεί στην αορτή. Λέγεται ότι μπορεί να επιστρέφουν και 5 λίτρα αίματος κατά λεπτό, με άλλα λόγια 5 λίτρα «πάνε κι έρχονται» μεταξύ αορτής και αριστερής κοιλίας και έχουμε τουλάχιστον άλλα 5 που πρέπει να κυκλοφορήσουν σε όλο το σώμα για να ζήσει ο

άνθρωπος. Η καρδιά, δηλαδή, δουλεύει με βάρος 10 λίτρων συνεχώς και έχει επιπλέον τις έκτακτες ανάγκες όταν ανεβεί η πίεση σε προσπάθεια, σε άρση βάρους κ.λπ.

Η καρδιά διατείνεται και σε σοβαρές περιπτώσεις παίρνει τεράστιες διαστάσεις, ως παλαιότερα επί ρευματικής ανεπάρκειας της αορτής, που εμφανιζόταν νωρίς, μετά την εφηβική ηλικία. Έχει ονομαστεί «καρδιά βοός». Μεγάλη, διατεταμένη από το πολύ αίμα που κινείται μεταξύ αριστερής κοιλίας και αορτής έχει συνέπεια ο καρδιακός παλμός να είναι μεγάλος τόσο ώστε σε λεπτά, υψηλόσωμα πρόσωπα να δονείται όλο το πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα. Αν αυτό δεν φαίνεται με το μάτι, ψηλαφάται εύκολα με το χέρι. Και σε συνδυασμό με το μεγάλο όγκο αίματος που στέλνει η καρδιά στην αορτή και τις αρτηρίες σφύζουν έκδηλα οι καρωτίδες (χορός των καρωτίδων). Σε ανεπάρκεια της αορτής η συστολική μεγάλη πίεση αυξάνεται, ενώ η διαστολική- μικρή πίεση, λόγω της παλινδρομήσεως του αίματος ελαττώνεται, δηλαδή έχουμε μεγάλη διαφορά μεταξύ της συστολικής-μεγάλης και της διαστολικής-μικρής πίεσης. Όσο πιο μεγάλη είναι αυτή η διαφορά τόσο πιο σοβαρή είναι η ανεπάρκεια της αορτής, τότε παρατηρείται και ο «χορός των καρωτίδων».

Συμπτώματα-Θεραπεία. Σε χρόνια ανεπάρκεια της αορτής, ο ασθενής παραμένει ασυμπτωματικός επί σειρά ετών, όπως συμβαίνει σε ρευματική ανεπάρκεια και το μόνο σύμπτωμα το οποίο αναφέρεται είναι οι καρδιακοί παλμοί, ταχυπαλμία. Εφ' όσον δεν χειρουργηθεί εγκαίρως ο πάσχων, η πάθηση εξελίσσεται και τελικά εμφανίζει εκδηλώσεις αριστερής καρδιακής ανεπάρκειας με δύσπνοια, ακόμη και οξύ πνευμονικό οίδημα. Η πρόγνωση είναι αρκετά καλή όταν υπάρχουν ενδείξεις και ακολουθήσει χειρουργική θεραπεία .

Η παρακολούθηση του ασθενούς γίνεται σε τακτά χρονικά διαστήματα, ετησίως, νωρίτερα ή και αργότερα, ανάλογα με την περίπτωση του πάσχοντος. Η κλινική εξέταση συμπληρώνεται με ηλεκτροκαρδιογράφημα, ακτινογραφία και ιδίως υπερηχοκαρδιογράφημα για την ακριβή εκτίμηση του βαθμού της παθήσεως, με προσδιορισμό π.χ. του μεγέθους υπερτροφίας-διατάσεως της αριστερής κοιλίας, λεπτομερούς ανάλυσης της ανεπαρκούς βαλβίδος της αορτής αλλά και της κυκλοφορίας στους πνεύμονες, με ακριβή εκτίμηση της πίεσης στην πνευμονική αρτηρία κ.ά. Βάσει ορισμένων κριτηρίων, ως ο βαθμός εξελίξεως της κλινικής εικόνας του αρρώστου, αν είναι ταχύς με εμφάνιση συμπτωμάτων, αλλά και παραμέτρων, ως η τελοσυστολική διάμετρος της αριστερής κοιλίας, λαμβάνεται η απόφαση χειρουργικής αντικατάστασης της βαλβίδος. Ορισμένοι ερευνητές συνιστούν τη χειρουργική θεραπεία, εάν π.χ. η τελοσυστολική διάμετρος της αριστερής κοιλίας υπερβεί τα 5,4 εκ. Όμως συχνά γίνεται νωρίτερα, προτού φθάσει σ' αυτό το μέγεθος η διάμετρος αυτή, εάν η κλινική εικόνα έχει ταχύτερη εξέλιξη. Προ της εγχειρήσεως γίνεται πάντα στεφανιογραφία, ώστε ο χειρουργός να έχει καλύτερη εικόνα των στεφανιαίων αρτηριών και αν υπάρχει σχετική βλάβη να τη διορθώσει. Με την τεχνητή βαλβίδα, μεταλλική ή βιοπροσθετική, η πρόγνωση του ασθενούς είναι καλή και εκείνος επανέρχεται σε μικρό χρονικό διάστημα στις συνήθειες του δραστηριότητας. Από φαρμακευτικής πλευράς λαμβάνει αντιπηκτικό με τακτικό έλεγχο του χρόνου προθρομβίνης, ώστε επί μηχανικής βαλβίδος το INR να είναι περίπου 3.

Χορηγούνται βέβαια διουρητικά και άλλα φάρμακα, π.χ. β-αναστολέας ή δακτυλίτις επί καρδιακής ανεπαρκείας πριν την επέμβαση αλλά και μετά την εγχείρηση, αν υπάρχουν σχετικές ενδείξεις με κόπωση, δύσπνοια, αρρυθμίες.