

ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ - ΑΝΕΥΡΥΣΜΑ ΑΟΡΤΗΣ - ΔΙΑΛΕΙΠΟΥΣΑ ΧΩΛΟΤΗΤΑ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗ ΑΡΤΗΡΙΟΠΑΘΕΙΑ

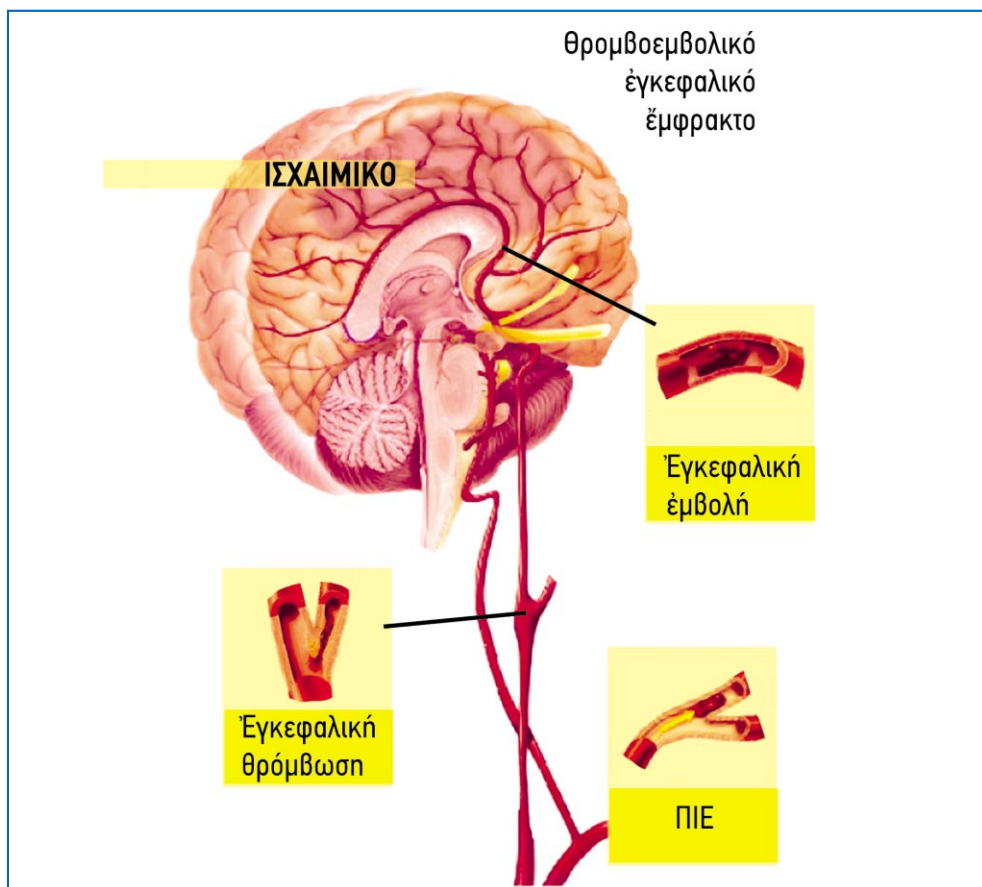
ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ

Άμεση δράση και στο έγκεφαλικό

Είναι απαραίτητη η Έντατική Μονάδα για παθήσεις των έγκεφαλικών αρτηριών, όπως ακριβώς είναι απαραίτητη η Έντατική Μονάδα για παθήσεις των στεφανιαίων.

Από εκείνους που έπαθαν έγκεφαλικό, ό ένας στους τρεις έχει άναπηρία και συχνά δέν μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί. Αυτό σημαίνει ότι πρέπει να έχει κάποιον πρόσωπο κοντά του, έπειδή δέν έχει σταθερό βάδισμα και δέν μπορεί να περπατήσει μόνος του ή έχει δυσκολία στην όμιλία, στο διάβασμα, στο γράψιμο, να πάει στην τουαλέτα. Όλος αυτός ό κόσμος βοηθείται, βέβαια, με τακτική άσκηση και βελτιώνεται σιγά-σιγά. Πάντως πολλά από τα προβλήματα αυτά παραμένουν. Η άσκηση, για τη βελτίωση των έπιπλοκών του έγκεφαλικού έπεισοδίου, πρέπει να αρχίζει όσο το δυνατόν νωρίς από το νοσοκομείο. Με τη φυσιοθεραπεία λειτουργική άποκατάστασης και τη σχετική έκπαίδευση μπορεί να προληφθεί π.χ. δυσκαμψία των μυών και από την άλλη πλευρά ό άσθενής να αποκτήσει ένα είδος αυτονομίας και δυνατότητας καλού έλέγχου του σώματός του. Κατά περίπτωση για την άποκατάσταση του πάσχοντος, πέραν της γνωστής φυσιοθεραπείας, ή όποια περιλαμβάνει την κινησιοθεραπεία και την έργοθεραπευτική, έπιδιώκεται ή βελτίωση με άσκήσεις όρθοφωνίας, ένισχυση ψυχολογική, κοινωνική ύποστήριξη, διαιτητική βοήθεια. Ο ρόλος της οικογενείας και των φίλων είναι ουσιώδης για την όλη εξέλιξη των άσθενών.

Η διάγνωση του έμφράγματος με πόνο στο στήθος γίνεται από τον ίδιο τον άσθενή. Έκείνος διαμαρτύρεται και με το χέρι δείχνει την καρδιά του. Όποτε τρέχουν οί παρευρισκόμενοι να τον βοηθήσουν. Όμως το έγκεφαλικό έπεισόδιο διαπιστώνεται πρώτα από τους περι τον πάσχοντα. Είναι ό συγγενής ή ό φίλος που είναι δίπλα του και εκείνος διαπιστώνει την άδυναμία του πάσχοντος να μιλήσει ή να βαδίσει κ.ο.κ. Τότε το έγκεφαλικό έπεισόδιο θα πρέπει να αντιμετωπίζεται άμέσως, χωρίς καθυστέρηση. Μόλις έμφανίζονται τα σημεία του έγκεφαλικού, θα πρέπει να είδοποιηθεί άμέσως το 166. Ο άσθενής μεταφέρεται όσο το δυνατόν πιό γρήγορα στο πλησιέστερο νοσοκομείο, το όποιο πρέπει να έχει όλα τα διαγνωστικά μέσα. Κατά τη μεταφορά ή και μόλις εισαχθεί στο έξωτερικό ίατρείο του νοσοκομείου, μπορεί το έπεισόδιο να ύποχωρήσει πλήρως και ό πάσχων να αισθάνεται ύγιής, όπως πριν από το συμβάν. Αυτό το έπεισόδιο θεωρείται παροδικό ίσχειμικό του έγκεφάλου (Transient Ischemic Attack - TIA) και θα πρέπει να ύπολογίζεται ως σοβαρή έπιπλοκή του κυκλοφορικού συστήματος, ή όποια μπορεί να ύποτροπιάσει (Εικόνα 1).



Εικόνα 1. Έγκεφαλικό ισχαιμικό επεισόδιο. Η σκιαγραφουμένη ισχαιμία του εγκεφάλου μπορεί να έχει αίτιο α) στένωση-απόφραξη των καρωτίδων (κάτω δεξιά), β) έμβολη από τμήμα θρομβωτικής αθηρωματικής πλάκας που απεσπασθη από την καρδιά, την αορτή ή τις καρωτίδες (άνω δεξιά), γ) τοπική θρόμβωση (κάτω αριστερά). (Προσφορά της εταιρείας Solvay).

Συχνά όμως ή ήμιπληγία δεν υποχωρεί και αν αφεθεί ο ασθενής στην τύχη του, τότε το έγκεφαλικό επεισόδιο κατά τις πρώτες 30 ημέρες θα οδηγήσει σε απώλειες 10-20% των προσβληθέντων.

Με την εισαγωγή του ασθενούς στο νοσοκομείο και τη διάγνωση του έγκεφαλικού επεισοδίου, ο πάσχων υποβάλλεται άμεσα σε εξέταση CT Scan, δηλαδή αξονική τομογραφία. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων το CT-Scan δείχνει ισχαιμία στην περιοχή κατανομής της πάσχουσας αρτηρίας του εγκεφάλου. Επίσης το CT Scan μπορεί να αποκαλύψει και το θρόμβο, εάν υπάρχει, μέσα στην αρτηρία. Τα ισχαιμικά επεισόδια απαντούν σε συχνότητα άνω του 80%, ενώ τα αιμορραγικά σε πολύ μικρότερο ποσοστό, 10-20% συνηθέστερα στους νέους. Το ισχαιμικό επεισόδιο προκαλείται από

α) στένωση-απόφραξη τῶν καρωτίδων λόγω ἀθηρωματικῆς πλάκας, β) τοπικὴ θρόμβωση ἢ γ) ἐμβολὴ ἀπὸ κάποιο θρόμβο, ὁ ὁποῖος μεταφέρεται σὲ ἐγκεφαλικὴ ἀρτηρία μὲ τὸ αἷμα ἀπὸ τὴν καρδιά, τὴν ἀορτὴ ἢ τὶς καρωτίδες.

Ὁ νευρολόγος, χωρὶς καθυστέρηση, καλεῖ τὸν εἰδικὸ ἐπεμβατικὸ ἀκτινολόγο νὰ κάνει ἀρτηριογραφία τοῦ ἐγκεφάλου, στὴν ὁποία ἐλέγχονται καὶ οἱ καρωτίδες. Ἐτσι συχνὰ ἀποκαλύπτεται στένωση τῆς ἔσω καρωτίδος, ἡ ὁποία μπορεῖ νὰ εἶναι ὑπεύθυνη γιὰ τὸ ἐγκεφαλικὸ ἐπεισόδιο. Ἀμέσως γίνεται **ἀγγειοπλαστική**, διάνοιξη τοῦ στενώματος τῆς καρωτίδος καὶ **τοποθέτηση στέντι**, ὥστε νὰ ἀποκατασταθεῖ πλήρως ἡ κυκλοφορία τοῦ αἵματος στὴν καρωτίδα. Μπορεῖ ὅμως νὰ ἀποσπασθεῖ θρόμβος ἀπὸ τὴν καρωτίδα καὶ νὰ προκαλέσει ἐμβολὴ σὲ ἀρτηρία τοῦ ἐγκεφάλου, πού εἶναι συνέχεια τῆς καρωτίδος στὴν ὁποία τοποθετήθηκε τὸ στέντι.

Ἐδῶ εἶναι ἡ ἀπόφραξη αὐτῆς τῆς ἀρτηρίας ἀπὸ τὴν ἐμβολή, πού ἔχει προκαλέσει τὸ ἐγκεφαλικὸ. Τότε εἰσάγεται μικροκαθετήρας, περνάει ἀπὸ τὴν καρωτίδα πού ἀνοίξαμε πρὶν καὶ προωθεῖται μέχρι τὸ σημεῖο τῆς ἐμβολῆς-απόφραξης τῆς ἀρτηρίας. Ἀκολουθεῖ **ἐγχυση ἰσχυροῦ θρομβολυτικοῦ φαρμάκου rt-PA**, ὅπως ἀκριβῶς γίνεται στὴν καρδιολογία σὲ ὄξυ ἔμφραγμα τοῦ μυοκαρδίου γιὰ τὴ διάλυση τοῦ θρόμβου σὲ στεφανιαία ἀρτηρία πού προκάλεσε τὸ ἐπεισόδιο. Ἐτσι καὶ στὸ ἐγκεφαλικὸ, σὲ εὐτυχῆ ἐξέλιξη, διαλύεται ὁ θρόμβος πού προκάλεσε τὴν ἐμβολὴ καὶ ἀποκαθίσταται πλήρως ἡ κυκλοφορία στὴν ἀρτηρία. Ὡστε κατὰ τὴ διενέργεια τῆς ἀρτηριογραφίας τοῦ ἐγκεφάλου ὁ ἰατρός προέβη σὲ δυὸ σωπῆριες ἰατρικὲς πράξεις, πρῶτον τὴ διάνοιξη τῆς καρωτίδας μὲ ἀγγειοπλαστικὴ καί, δεύτερον, τὴ διάλυση τοῦ ὑπεύθυνου γιὰ τὸ ἐγκεφαλικὸ θρόμβου. Ἐπειδὴ αὐτὲς οἱ ἰατρικὲς πράξεις ἔγιναν κατὰ τὴν πρώτη-δεύτερη ὥρα τοῦ ἐπεισοδίου, μὲ τὴν ἀποκατάσταση τῆς κυκλοφορίας παύει ἡ ἴσχαιμία τοῦ ἐγκεφάλου καὶ ἀναλαμβάνει πλήρως τὸ ἐγκεφαλικὸ αὐτὸ τμῆμα χωρὶς νέκρωση. Τὸ κακὸ συμβαίνει σὲ καθυστέρηση αὐτοῦ τοῦ εἴδους θεραπείας, πέραν τῶν ἑξὶ ὥρων, ὅποτε συμβαίνει νέκρωση σημαντικοῦ μέρους ἢ καὶ ὀλόκληρου τοῦ προσβληθέντος τμήματος τοῦ ἐγκεφάλου. Ὁ ὡς ἄνω ἀσθενής, μὲ τὴν ἀποκατάσταση τῆς κυκλοφορίας στὸν ἐγκέφαλο, ἀναλαμβάνει πλήρως, μιλάει, κινεῖται, περπατάει. Ἡ μόνη του ἀπορία εἶναι τί ἀκριβῶς συνέβη μεταξὺ τῆς αἰφνίδιας πτώσης του στὸ ἔδαφος καὶ τῆς συνειδητοποιήσεως τοῦ νοσοκομειακοῦ περιβάλλοντος, ὅπου βρίσκεται μετὰ τὴν ἐπείγουσα σωπῆρια θεραπεία.

Δευτερογενὴς πρόληψη. Κυριολεκτικὰ ἀρχίζει μία νέα ζωὴ χωρὶς ἀναπηρίες καὶ χαράσσονται σταθερὲς γραμμὲς πορείας μὲ ἄσκηση καὶ ὑγιεινὴ διατροφή. Ὁ πάσχων δὲν καπνίζει, ρυθμίζει τὴν ἀρτηριακὴ πίεση ἐὰν εἶναι ὑπερτασικός, προσέχει τὸ σωματικὸ του βάρος, διατηρεῖ χαμηλὲς τιμὲς σακχάρου καὶ χοληστερίνης στὸ αἷμα, ἡ LDL "κακὴ" χοληστερίνη πρέπει νὰ εἶναι χαμηλὰ στὰ 60-70 mg%, καλύτερα 40-50 mg%, καὶ ἀντιθρομβωτικὴ ἀγωγή μὲ ἀσπιρίνη 80-100 mg ἡμερησίως. Ὁ πάσχων ἀσκεῖται, ἀκολουθεῖ δίαιτα μεσογειακὴ, μὲ σκοπὸ τὴν πρόληψη ἀθηρωματικῶν πλακῶν, πού μπορεῖ νὰ προκαλέσουν ἀπόφραξη στὴν καρωτίδα, στὴ μέση ἐγκεφαλικὴ ἀρτηρία κ.ἄ., παρα-

κολουθεῖ τὸ ρυθμὸ τῆς καρδιᾶς του, ὥστε νὰ εἶναι φυσιολογικὸς καὶ ἐὰν ὑπάρχει κολπικὴ μαρμαρυγὴ ὑποβάλλεται σὲ ἀντιπηκτικὴ θεραπεία, εἴτε μὲ δικουμαρόλη (Sintrom), ὥστε ὁ χρόνος προθρομβίνης αἵματος International Nationalized Ratio-INR νὰ εἶναι 2 ἕως 3, εἴτε μὲ τὰ νεότερα ἀντιπηκτικά. Αὐτὰ τὰ νέα ἀντιπηκτικά εἶναι ἡ δαβιγατράνη (Pradaxa), ἡ ριβαροξαμπάνη (Xarelto), ἡ ἀπιξαμπάνη (Eliquis) καὶ δὲν χρειάζονται ἐξέταση αἵματος. Ἐτσι τὸ αἷμα τοῦ ἀσθενοῦς εἶναι πιὸ ἀραιὸ καὶ προλαμβάνονται θρομβώσεις. Ἀλλὰ καὶ σὲ ὅσους ἔχουν περάσει ΤΙΑ, δηλαδὴ παροδικὸ ἰσχαιμικὸ ἐγκεφαλικὸ ἐπεισόδιον, γίνονται οἱ παραπάνω ἐξετάσεις καί, ἐνδεχομένως, νὰ ἀντιμετωπισθεῖ ἄμεσα τυχὸν στένωση ἢ θρόμβωση μιᾶς ἀρτηρίας.

Συμπερασματικὰ ἡ ἀντιμετώπιση τοῦ ἐγκεφαλικοῦ σὲ ὀργανωμένη κοινωνία θὰ πρέπει νὰ γίνεται ἐπείγοντως, ὡς ἀκριβῶς σὲ ὄξυ ἔμφραγμα τοῦ μυοκαρδίου. Κατὰ τὸν ἴδιον τρόπο γίνεται ἡ πρόληψη τοῦ ἐγκεφαλικοῦ ἐπεισοδίου, ἦγουν μὲ ἀποφυγὴ καπνίσματος, θεραπεία ὑπερτάσεως, διαβήτη, ὑπερχοληστεριναιμίας καὶ ἄλλων παραγόντων κινδύνου.

Ἀπὸ τὴ Ζωή

Συζήτηση γιὰ τὰ Ἐγκεφαλικά

- Ἡ πίεσί σου νὰ εἶναι 12 ἢ μεγάλη, ἡ χοληστερίνη κάτω ἀπὸ 150, ἡ LDL στὰ 50, τὸ ζάχαρο στὰ 100. Νὰ εἶσαι λεπτός, νὰ βαδίζεις μισή-μία ὥρα τὴν ἡμέρα σὲ «περιβόλια, στ' ἀμπέλια, κι ἀπάνω στοὺς ξερούς βράχους, στὶς ἀκροθαλασσιᾶς καὶ στὰ νησιά...»

- Πάλι γιὰ τὴν καρδιά...

- Καὶ τὰ ἐγκεφαλικά! Θὰ ζοῦσε ὁ Κολοκοτρώνης (1769-1843) πιὸ πολὺ ἂν οἱ γιατροὶ ἦξεραν τὴν πίεση στὴν ἐποχὴ του, μποροῦσε νὰ ἀποφύγει τὸ ἐγκεφαλικόν. Ἐδῶ σοῦ λένε ὅτι θὰ γλιτώναμε ἀπὸ τὸ 75% τῶν ἐγκεφαλικῶν ἐπεισοδίων μονάχα μὲ τὴν πίεση, ἂν τὴν κρατούσαμε κάτω ἀπὸ 13 τὴ μεγάλη καὶ τὴ μικρὴ κάτω ἀπὸ 8,5. Σὲ πειθαρχημένες κοινωνίες Εὐρώπης καὶ Ἀμερικῆς ἔγινε πρόοδος μεγάλη μετὰ τὸ 1950, ἔχουν ἐλαττωθεῖ πολὺ οἱ θάνατοι καὶ οἱ παραλύσεις ἀπὸ τὰ ἐγκεφαλικά. Τὰ ἀντιυπερτασικά φάρμακα εἶναι θαυμαστά, τώρα ρυθμίζεται ἡ αὐξημένη πίεση, πέφτει στὸ φυσιολογικόν. Ἄρκει νὰ τὸ κωνέψει ὁ ὑπερτασικὸς ὅτι θὰ ἀποφεύγει τὶς ἀμαρτίες, τσιγάρο, πολὺ φαῖ, πολὺ κρασί, πολὺ ἄλατι. Ἐπίσης, διὰ βίου θὰ ἀπολαμβάνει τὸν ἥλιο, τὴ θάλασσα καὶ τὸ βουνόν, θὰ εἶναι προσεκτικὸς στὰ φάρμακά του. Μάλιστα, ὀρισμένα ἀντιυπερτασικά, ὡς εἶναι οἱ α-MEA, κάνουν καλὸ καὶ στὸ ἐνδοθηλίον -στὴ φόδρα τῶν ἀρτηριῶν καὶ προλαμβάνουν ἐγκεφαλικά, ἀκόμη καὶ ὅταν δίδονται σὲ ἠλικιωμένους μὲ πίεση φυσιολογική. Βελτίωση τῆς λειτουργίας τοῦ ἐνδοθηλίου καὶ ἀποφυγὴ τῆς ἀθηρωματικῆς πλάκας καὶ τῆς θρόμβωσης ἔχεις μὲ τὴν ἀσπιρίνη καὶ τὴν κλοπιδογρέλη (Plavix, Iscover), καὶ μὲ τὶς στατίνες, ποὺ ἐλαττώνουν τὴ χοληστερίνη. Ἀπαραίτητη φαρμακευτικὴ θεραπεία γιὰ πρόληψη ἐγκεφαλικῶν ἐπεισοδίων εἶναι καὶ ἡ καλὴ ἀντιπηκτικὴ ἀγωγή σὲ ὅσους ἔχουν μαρμαρυγὴ τῶν κόλπων ἢ τὸ ὑπερκοχγράφημα ἀποκαλύπτει θρόμβους στὴν ἀριστερὴ

κοιλία μετά από όξυ έμφραγμα μυοκαρδίου...

- *Σώζεται ό κόσμος σήμερα. Φάρμακα πίεσης και χοληστερίνης, αντιπηκτικά σε πλήρη άρρυθμία.*

- Είμαι και τὰ ΤΙΑ, ξώφαλτσα έγκεφαλικά, παροδικά ισχαιμικά έπεισόδια του έγκεφάλου (Transient Ischemic Attacks). Αυτά διαρκούν λίγα λεπτά ή λίγες ώρες και μετά είσαι καλά, ούτε γάτα, ούτε ζημιά. Στα καλά καθούμενα ένα μούδιασμα στο πρόσωπο, στο χέρι ή στο πόδι, μιá αδυναμία, ζάλη, να ψευδίζεις -τραύλισμα, να τὰ βλέπεις διπλά ή τύφλωση στο μισό όπτικό πεδίο -ήμιανοψία ή άλλα συμπτώματα, ών ούκ έστι άριθμός, π.χ. να τὰ βλέπεις άναποδα, να έχεις σύγχυση, άνάλογα με την περιοχή του έγκεφάλου που συνέβη αυτὴ ή παροδική ισχαιμία.

- *Τότε τί κάνεις;*

- 'Αμέσως στο νοσοκομείο, επειδή αυτὰ τὰ ΤΙΑ συχνά είναι μηνύματα κινδύνου για έμφραγμα έγκεφάλου. Όπως για την καρδιά ή σπθάγχη μπορεί να είναι πρόδρομος έμφράγματος, έτσι και τὸ ΤΙΑ μπορεί να αναγγέλλει έγκεφαλικό. Έάν τὸ ξώφαλτσο αυτὸ ΤΙΑ έχει συμβεί έπανελημμένα, με τὰ ίδια άκριβώς συμπτώματα, αυτὸ σημαίνει ότι φταίει κάποια άρτηρία με έξελκωμένη πλάκα που πρέπει άμέσως να χειρουργηθεί. Θα γίνει, λοιπόν, στο νοσοκομείο άξονική ή μαγνητική τομογραφία του έγκεφάλου, θα γίνει υπερηχογραφική εξέταση καρωτίδων, άορτῆς και τῆς καρδιάς, θα γίνουν εξετάσεις αίματος και φυσικά τὸ ήλεκτροκαρδιογράφημα. Έτσι μέσα σε λίγες ώρες, τὸ πολὺ 24, έχει άποφασισθεί να γίνει π.χ. χειρουργική ένδαρτηρεκτομή έσω καρωτίδος, επειδή βρέθηκε στενωμένη 70-99% ή άλλη θεραπεία για πρόληψη βαρέος έγκεφαλικού που παίρνει ή σακατεύει τὴ ζωή (N Eng J Med 2002; 347: 1642-1643).

- *'Αήρ, τρέω-ώ, άρ-τηρία. 'Η άρτηρία με τὸ αίμα φέρνει όξυγόνο στὸν έγκέφαλο. Για να «εμφραίνεται με έργα ύμνωδίας, να βλέπει, να άκούει και να μυρίζει τὰ ώραία και τερπνά τῆς δημιουργίας...» (Φώτη Κόντογλου: Μυστικά άνθη). 'Αξίζει ό κόπος να έχεις καθαρές τὶς άρτηρίες.*

Συζήτηση για τὰ επείγοντα

- Καρδιάν καθαράν... και πνεύμα εϋθές... Όμως ό κόσμος λογαριάζει την καρδιά πιὸ πολὺ από όσο τὸν έγκέφαλο. Στις γυναίκες είναι διπλάσιος ό άριθμὸς τῶν άναχωρήσεων από έγκεφαλικά παρὰ από όγκο του μαστοϋ καί, έν τούτοις, ή αντιμετώπιση τῶν έγκεφαλικῶν φαίνεται να ύστερεί. Είναι βέβαια και ό τρόπος έκδηλώσεως τῶν έπεισοδίων. Στην καρδιακή κρίση επικρατεί ό πόνος, που άπουσιάζει τὶς πιὸ πολλές φορές σε έπεισόδιο του έγκεφάλου. Και ό άνθρωπος τρέχει στο γιατρὸ πιὸ γρήγορα άν πρόκειται για πόνο. Τὸ έγκεφαλικό μπορεί να έμφανισθεί με τρόπους ποικίλους και πολλούς, με άλλαγή στο συνειρμό, στὴ σκέψη και τὴν έκφραση, με πάρεση και παραλύσεις. Ένώ στην καρδιά ύπάρχει στερεοτυπία: πόνος ή δυσφορία στο στέρνο που άκτινοβολεί πρὸς τὸ λαιμό, τοὺς ώμους ή τὰ μπράτσα, μπορεί να ύπάρχει δύσπνοια άκόμη και ναυ-

τία, αυτή ή τάση να κάνεις έμετό. Τά γράφει αυτά τὸ ΕΛ.Ι.ΚΑΡ., τὰ βγάξει σὲ σπὸτ για πλεόραση, εἶναι εὐκόλα για νὰ τὰ μάθει ὁ λαός. Ἔτσι καὶ παρουσιάσει κάτι τέτοιο ὁ Ἄργυρης, ἔβαλε μπρὸς τὸ αὐτοκίνητο ἢ μπῆκε στὸ ταξί καὶ σὲ 10-20 λεπτὰ εἶναι στὸ ἐφημερεῦον. Στὸ ἐγκεφαλικὸ δὲν εἶναι ἔτσι. Ἐὰν ἐγὼ «ξεφεύγω» καὶ λέω τὸ δέντρο τριανταφυλλιά πρέπει νὰ τὸ προσέξει ὁ ἄλλος, ἢ σύζυγος καὶ τὰ παιδιά, οἱ φίλοι καὶ ἡ γειτονιά. Νὰ ἀγρυπνοῦν, νὰ γρηγοροῦν ἐκεῖνοι, καὶ ὅ,τι δὲν ἀντιλαμβάνομαι ἐγὼ, αὐτοὶ νὰ διακρίνουν, νὰ ρωτήσουν καὶ νὰ μὲ στείλουν στὸ ἐφημερεῦον.

- *Σὲ ποιὸ νοσοκομεῖο; Νὰ ρωτήσουν ποιόν;*

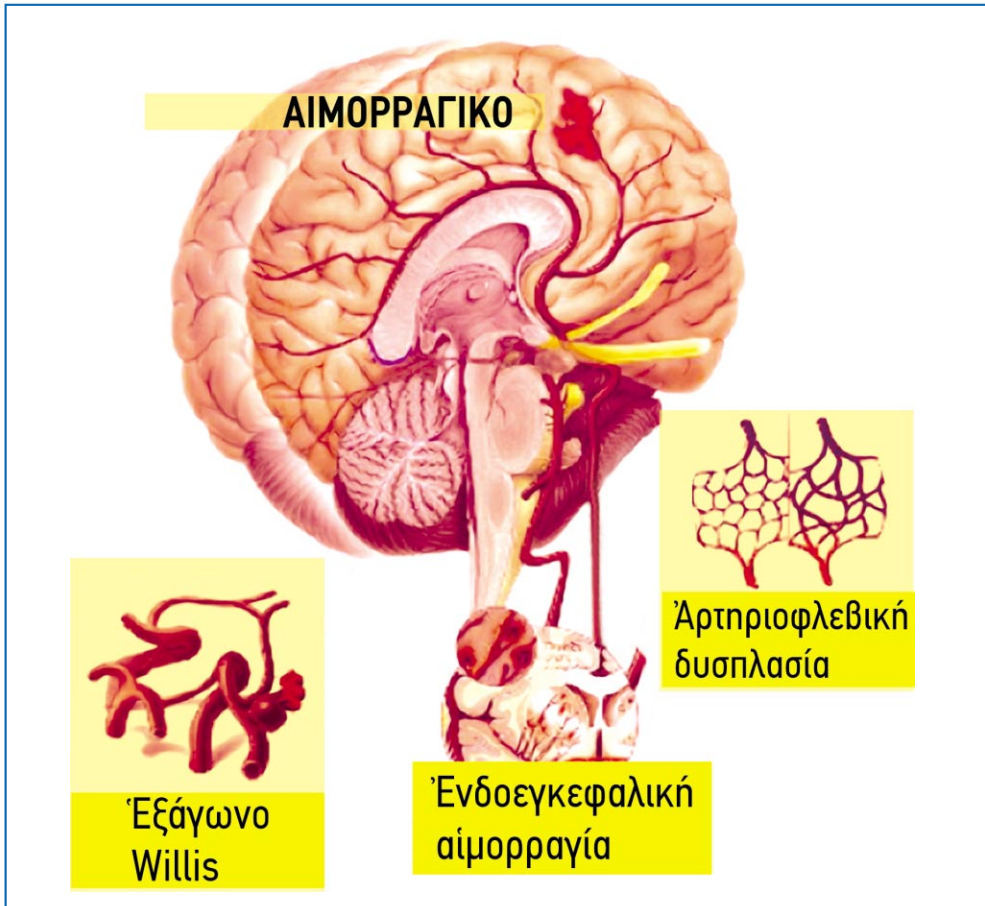
- Τὸν ἐκπαιδευμένο τηλεφωνητή! Τὸν ὑπάλληλο ποὺ μπορεῖ νὰ εἶναι καὶ γιατρός. Στὸ ἐφημερεῦον, νὰ τοῦ ἀναφέρει τὰ συμπτώματα καὶ ἐκεῖνος θὰ κρίνει ἂν πρέπει νὰ γίνεῖ ἄμεση μεταφορά. Νὰ γίνουν ὅλα γρήγορα, νὰ προληφθοῦν οἱ ἐξελίξεις. Καὶ τὸ νοσοκομεῖο νὰ ἔχει τὰ χρεῖώδη, τὸ κῶρο για τὰ ἐπείγοντα αὐτὰ περιστατικὰ τοῦ ἐγκεφάλου καὶ τὴν ἀξονική καὶ μαγνητική τομογραφία. Μὲ τὴν ἄφιξη στὸ ἐφημερεῦον σὲ παραλαμβάνουν οἱ ἐξειδικευμένοι στὰ ἐγκεφαλικά, γίνονται στὸ λεπτὸ ὅλες οἱ ἐξετάσεις καὶ για τὴν πῆξη αἵματος. Κοντὰ σ' αὐτοὺς, γιατροὺς καὶ νοσηλεύτριες, αἰσθάνεσαι ἀσφάλεια. Ἐκεῖ μπορεῖ νὰ γίνεῖ καὶ θρομβόλυση, ὅπως σὲ ἔμφραγμα μυοκαρδίου, ἐὰν τὸ αἴτιο εἶναι ὁ θρόμβος.

- *Δὲν κατάλαβα καλά. Πότε θὰ γίνεῖ ἡ ἀξονική τομογραφία;*

- Ἄμα τῆ εἰσόδω, στὸ λεπτό. Ἐπειδὴ πρέπει νὰ ληφθεῖ ἡ ἀπόφαση τῆς θεραπείας. Σὲ ἰσχαιμικὸ ἐπείσοδιο, ἐὰν ὑπάρχει θρόμβος, ἀρχίζει ἀμέσως χορήγηση rt-PA, ἐνδοφλέβια, φάρμακο ποὺ διαλύει γρήγορα τὸ θρόμβο. Σὲ στένωση τῆς ἀρτηρίας χωρὶς θρόμβο γίνεῖται καὶ ἀγγειοπλαστική, ὅπως ἦδη ἔχει ἀναφερθεῖ. Ἔτσι ἡ ζημιὰ περιορίζεται, τὸ ἐγκεφαλικὸ ἔμφρακτο θὰ εἶναι πιὸ μικρὸ ἢ καὶ μηδαμινό, κάνει τὴ δουλειά της ἡ ἱατρική, πηγαίνει σπῆτὶ ὁ ἄρρωστος. Ἀλλὰ καὶ ἂν εἶναι αἰμορραγικὸ τὸ ἐπείσοδιο ἀπὸ ἀνεύρυσμα ἐγκεφαλικῆς ἀρτηρίας, **γίνεῖται ἀμέσως καθετηριασμός καὶ μὲ τὸν καθετήρα γίνεῖται «ἐμβολισμός» στὸ σημεῖο τῆς αἰμορραγίας μὲ κατάλληλο συνθετικὸ ὑλικό, κλείνει τὸ τραῦμα, παύει ἡ αἰμορραγία.** Ἐφόσον τὸ αἱμάτωμα εἶναι ἀκόμη μικρὸ, ὅπερ σὺνηθες ὅταν γίνεῖται γρήγορα ἡ θεραπεία, τότε ὁ ἀσθενὴς ἀντὶ νὰ μείνει παράλυτος βαδίζει ἀπὸ τὴν πρώτη ὥρα.

- *Τόσο ἀπλᾶ...*

- Ὅταν στὸ νοσοκομεῖο δουλεύει τὸ τμήμα τῶν ἐπείγοντων ἐγκεφαλικῶν, ὅπως τὰ συζητᾶμε, ἐπὶ τὰς ἡμέρες κάθε ἐβδομάδα, 24 ὥρες τὸ 24ωρο. Προσοχή! Δὲν μιλάμε για ΜΕΘ, για μονάδα ἐντατικῆς θεραπείας μὲ ἀναπνευστήρες καὶ τὰ συναφῆ, ἐκεῖ ποὺ διασωληνωμένος ὁ ἀσθενὴς μένει μέρες πολλὲς καὶ μῆνες. Τὰ πιὸ πολλὰ ἐγκεφαλικά δὲν εἶναι για ἀναπνευστήρα καὶ ἄμεσα βοηθοῦνται. Ἄν εἶναι τόσο σοβαρά, τότε ἀπὸ τὸ τμήμα ἐγκεφαλικῶν πηγαίνουν στὴ ΜΕΘ. Ὅμως στὴν ἀρχὴ-ἀρχὴ θὰ γίνουν ὅλα, ἐκεῖ στὰ ἐπείγοντα ὅπως καὶ τὸ ὑπερηχογράφημα τῶν καρωτίδων καὶ τῶν ἐγκεφαλικῶν ἀρτηριῶν. Ἐδῶ σοῦ λέει ὅτι ἀπὸ τὸ τμήμα αὐτὸ στὴν ἀρχὴ καὶ ἐπείγοντως μπορεῖ νὰ γίνεῖ χειρουργικὴ ἐπέμβαση στὴν κεφαλὴ για ἐκκένωση τοῦ αἱματώματος ἢ καὶ για



Εικόνα 2. Έγκεφαλικό αίμορραγικό επεισόδιο. Σε επείγουσα επέμβαση με ειδικό καθετήρα κλείνεται ή υπεύθυνα αρτηρία και παύει ή αίμορραγία. Έάν το αίματωμα είναι μεγάλο αντιμετωπίζεται από τους νευροχειρουργούς, ιδιαίτερα εάν βρίσκεται στον υπαρακνοειδή χώρο. Άριστερά σκιαγραφείται το αρτηριακό έξάγωνο Willis του έγκεφάλου, στο όποιο φθάνουν οι καρωτίδες. Έκει συμβαίνουν συχνά τὰ έγκεφαλικά. (Προσφορά τής Έταιρείας Solvay).

άνευρυσμα κλείνοντας την υπεύθυνα αρτηρία (Εικόνα 2). Βέβαια, μετά την έγκείρηση ή νοσηλεία γίνεται στην έντατική.

- Σπουδαίο τὸ τμήμα αὐτὸ τῶν ἐπειγόντων έγκεφαλικῶν... Ὁμάδα γιατρῶν- νοσηλευτῶν σέ δράση καὶ ἀπόφαση...

- Ἐλέγχεται καὶ ή καρδιά, παρακολουθεῖται ή πίεση πὸ βρίσκεται συνήθως αὐξημένη καὶ θέλει προσοχή, έπειδὴ ἀπὸ μόνη της σιγά-σιγά ὑποχωρεῖ. Ἐδῶ οἱ έπαῖοντες μᾶς συνιστοῦν ήπια τὰ φάρμακα, ὥστε νὰ ἀποφεύγεται ἀπότομη καὶ μεγάλη πτώση τῆς πίεσεως πρὸς τὸ φυσιολογικό, πὸ εἶναι δυνατὸν νὰ βλάψει.

- Γρήγορα και άπροσδόκητα τρέχει ή ζωή... Ἐναντι ἂν τὸ σπῖτι τοῦ Στρατηγοῦ Ι. Μακρυγιάννη, σὲ γήπεδο 17.294 τ.μ., κτίστηκε τὸ 1834-36, τὸ μεγαλύτερο τῆς ἐποχῆς, τὸ ὠραιότερο, τὸ πρῶτο Νοσοκομεῖο στὴν Ἑλλάδα γιὰ τὶς ἀνάγκες τοῦ Στρατοῦ: τὸ Στρατιωτικὸ Νοσοκομεῖο Μακρυγιάννη. Ἐκεῖ ἐγράφη ἡ ἱστορία τοῦ Μιμίκου (γιατροῦ) καὶ τῆς ἀγαπημένης του Μαίρης Βέμπερ τῆς παιδαγωγοῦ ἀπὸ τῆ Γερμανία. Αὐτὸ ὅμως τὸ νοσοκομεῖο ἔγινε Τάγμα Χωροφυλακῆς τὸ 1944. Ἐνῶ τὸ Ἴπποκράτειο, τὸ κτίριο αὐτὸ τοῦ 1880 ποὺ χρηματοδότησε ὁ Μαρασλῆς, Δήμαρχος τῆς Ὀδησοῦ, μὲ τὸ ὠραῖο δωρικὸ πρόστυλο, ἀπὸ Γυμνάσιο ποὺ ἦταν ὁ σκοπὸς του τὸ 1912 ἐπιτάχθηκε γιὰ νὰ γίνει Στρατιωτικὸ Νοσοκομεῖο καὶ ἀργότερα, τὸ 1922, «Πρόσκαιρο Προσφυγικὸ Νοσοκομεῖο». Τὸ 1928 μετονομάστηκε σὲ ΙΓΝΑ, Ἴπποκράτειο Γενικὸ Νοσοκομεῖο Ἀθηνῶν (Σόλωνος Π. Κυδωνιάτου, Ἀκαδημαϊκοῦ: Παρελθὸν καὶ Μέλλον. Σελ.177), ὅπου στεγάζεται καὶ μέρος τοῦ Πανεπιστημίου, καὶ ἐπὶ ἀσθενῶν διδάσκονται οἱ φοιτητὲς μας τὴ σύγχρονη ἱατρική.

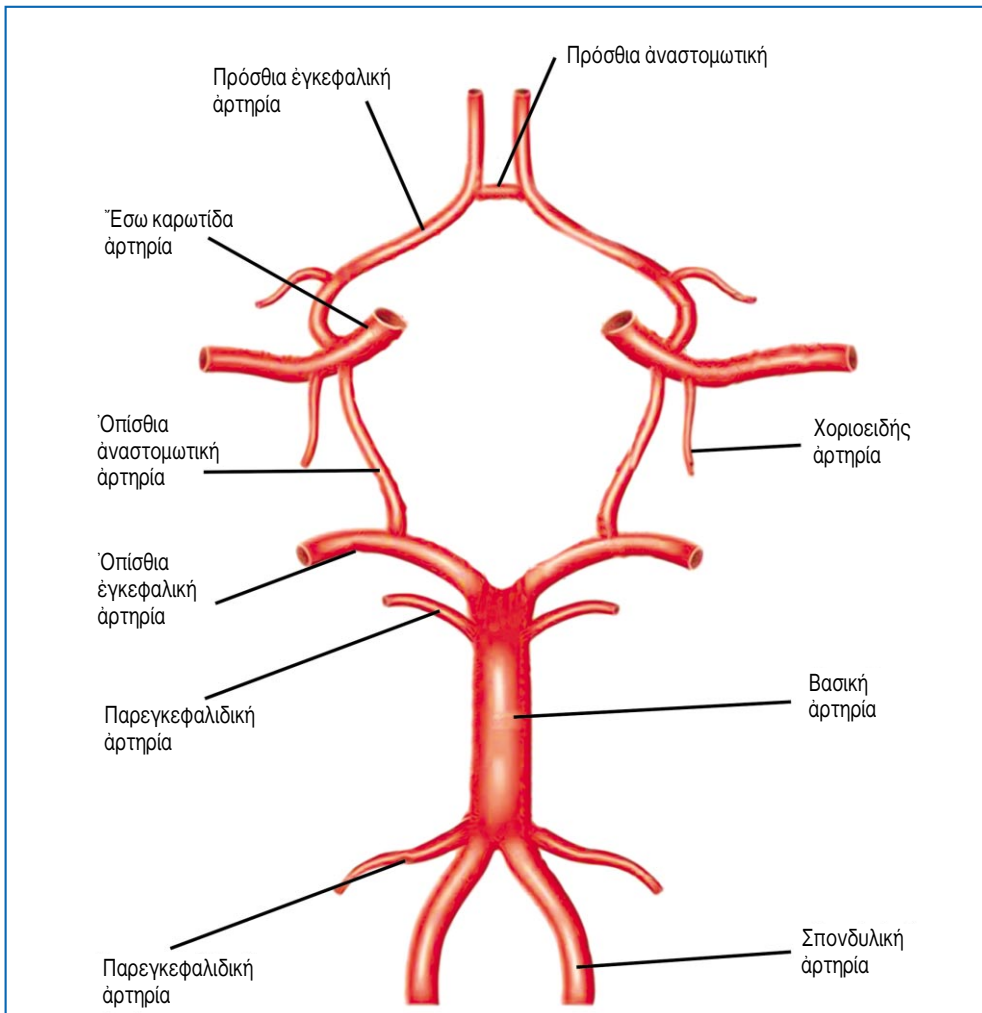
Ἐπεμβάσεις στένωσης καρωτίδας: Ἐγχείρηση ἢ ἀγγειοπλαστική;

Ἦδη ἀπὸ τὶς ἀρχὲς τοῦ 2ου αἰῶνος μ.Χ. ὁ Ροῦφος ὁ Ἐφέσιος ἀναφέρεται στὸ ἀντανακλαστικὸ του καρωτιδικὸ κὸλπου. Πιέσεις στὸ λαίμω τὴν καρωτίδα καὶ ὁ ἄνθρωπος μπορεῖ νὰ λιποθυμήσει. Ὅπως καὶ τὸ ἀντίθετο: στὴ Μονὴ τοῦ Ὀσίου Λουκά, εἰς τὰς ὑπὸ ὑπερτασῆς τοῦ Παρνασσοῦ, τὸν 19^ο αἰῶνα ἐφαρμόζεται ἀπὸ μοναχό, γιὰ πρώτη φορὰ στὴν Ἱστορία, ἡ θεραπεία τῆς παροξυσμικῆς ὑπερκοιλιακῆς ταχυκαρδίας μὲ μάλαξη τοῦ καρωτιδικοῦ κὸλπου. Τώρα οἱ καρωτίδες ἐλέγχονται ἀπὸ τοὺς ἰατροὺς ὡς σπουδαῖος παράγων πρόληψης ἐγκεφαλικῶν ἐπεισοδίων, γιὰ τὰ ὁποῖα ἡ νόσος τῶν καρωτίδων εὐθύνεται σὲ ποσοστὸ 20%.

Συνηθέστερα τὰ ἐγκεφαλικά ἐμφανίζονται σὲ σοβαρὴ ὑπέρταση ἢ μὲ ἐμβολὲς ἀπὸ τὴν καρδιά, ἂν ἔχεις μαρμαρυγὴ τῶν κὸλπων καὶ δὲν κάνεις ἀντιπηκτικὴ θεραπεία, ὅπως ἐπίσης μὲ ἀπόσπαση ἀθρωματικῶν πλάκων ἀπὸ τὴν ἀορτὴ καὶ ἐγκεφαλικὲς ἀρτηρίες ποὺ προκαλοῦν ἐμβολή. Μπορεῖ σὲ κάποιο σημεῖο νὰ ἐμφανιστεῖ ἀθρωματικὴ πλάκα, ἡ ὁποία μὲ τὴν πάροδο τοῦ χρόνου μεγαλώνει καὶ στενεύει τὸν αὐλὸ τῆς καρωτίδας, φτάνει στὸ σημεῖο καὶ νὰ τὴν κλείσει πλήρως. Ἀντιλαμβάνεσαι ὅτι μπορεῖ νὰ ἀποσπασθεῖ ἓνα κομμάτι ἀπὸ τὴν ἀθρωματικὴ πλάκα καὶ νὰ προκαλέσει ἐμβολὴ στὸν ἐγκέφαλο ἢ, ἂν στενέψει πολὺ ἡ καρωτίδα, διακόπτεται ἡ παροχὴ αἵματος πρὸς σημαντικὴ ἔκταση τοῦ ἐγκεφάλου (Εἰκόνα 3). Ἐκεῖ ὁ ἐγκέφαλος συχνὰ ζεῖ παίρνοντας αἷμα ἀπὸ τοὺς κλάδους τῆς ἄλλης καρωτίδος καὶ ἀπὸ τὶς σπονδυλικὲς ἀρτηρίες. Ὅμως ὅταν τὰ πράγματα εἶναι δύσκολα, ἐπειδὴ ὑπάρχουν σχετικὲς βλάβες καὶ ἀλλοῦ, μπορεῖ νὰ ἐμφανίζονται ἐγκεφαλικά ἐπεισόδια, ἐλαφρὰ ἢ σοβαρά, παροδικὰ ἢ καὶ μονιμότερα.

Ἄν ὑπάρχουν τέτοια συμπτώματα, ἔστω καὶ ἐλαφρὰ, π.χ. παροδικὴ δυσκολία στὴν ὀμιλία ἢ στὴν κίνηση, τότε μπορεῖ νὰ γίνει ἐπέμβαση στὴ στενωμένη καρωτίδα.

Σὲ στένωση μιᾶς καρωτίδας πάνω ἀπὸ 70% καὶ ἐμφάνιση συμπτωμάτων ἀπὸ τὸν



Εικόνα 3. Ἀρτηρίες τοῦ κύκλου τοῦ Willis πού σχηματίζεται ἀπὸ τὶς ἔσω καρωτίδες καὶ τὶς σπονδυλικές ἀρτηρίες. Οἱ καρωτίδες εἶναι κλάδοι τῆς ἀορτῆς καὶ οἱ σπονδυλικές ἀρτηρίες κλάδοι τῶν ὑποκλειδίων ἀρτηριῶν. Στὴν περιοχὴ τοῦ ἐξαγώνου κύκλου τοῦ Willis συμβαίνουν συνηθέστερα τὰ ἀγγειακὰ ἐγκεφαλικά ἐπεισόδια.

ἐγκέφαλο μὲ ζάλη, λιποθυμίες, διαταραχές τοῦ λόγου καὶ τῆς κίνησης, ἢ ἀκόμη πῶς σοβαρῶν ἐκδηλώσεων, σήμερα γίνεται διάνοιξη τῆς καρωτίδας μὲ ἐγχείρηση ἢ μὲ ἀγγειοπλαστική καὶ τοποθέτηση στέντ. Γιὰ τὴν θεραπευτικὴ ἐπέμβαση, πέραν τῶν συμπτωμάτων καὶ τοῦ 70% τῆς στένωσης τῆς καρωτίδος, πρέπει νὰ λαμβάνονται ὑπ' ὄψιν καὶ χαρακτηριστικὰ τῆς ἀθροματικῆς πλάκας. Ἐὰν π.χ. μὲ ἀκτινομετρία ἢ θερμοκρασία τῆς πλάκας εἶναι ὑψηλή, τότε τὰ καρδιαγγειακὰ συμβάματα (θάνατος, ἐγκεφαλικὸ ἐπεισόδιο, ἔμφραγμα μυοκαρδίου) εἶναι πῶς συχνά. Σὲ πρόσφατη μελέτη ἀσθενῶν, στοὺς ὁποίους

έγινε έλεγχος τών καρωτίδων με υπερίκους και άκτινομετρία (microwave radiometry-MWR), διαπιστώθηκε ύψηλή θερμοκρασία στις στενώσεις και τών δύο καρωτίδων σε άσθενείς με όξυ ίσχαιμικό έγκεφαλικό έπεισόδιο. Έδω ποσοστό 28% στην ομάδα με τις ύψηλές θερμοκρασίες είχαν περισσότερα καρδιαγγειακά συμβάματα με θάνατο, έγκεφαλικό έπεισόδιο, έμφραγμα μυοκαρτίου, συγκριτικά με την ομάδα χαμηλής θερμοκρασίας, ή οποία παρουσίασε έπιπλοκές σε ποσοστό μόνο 4,7% (Τούτουζας Κ. και σύν, Incremental Predictive Value of Carotid Inflammation in Acute Ischemic Stroke, Stroke 2015;46:272-274). Η έγχείρηση ονομάζεται **χειρουργική ένδαρτερεκτομή** και χρήζει γενικής άναισθησίας. Με την **άγγειοπλαστική-στέντι** αποφεύγεται ή χειρουργική τομή, όμως τo πρόβλημα με την τοποθέτηση του στέντι είναι ό κίνδυνος πρόκλησης έγκεφαλικού έπεισοδίου από την ίδια την επέμβαση, ενώ υπάρχουν και άμφιβολίες για τή μακροχρόνια άποτελεσματικότητα αυτής τής θεραπείας. Σε έκτεταμένη άνασκόπηση πέντε μεγάλων μελετών έγινε σύγκριση τής χειρουργικής ένδαρτερεκτομής με την άγγειοπλαστική-στέντι. Οί συγγραφείς διετύπωσαν τo συμπέρασμα ότι ή έγχείρηση υπερέχει και θα πρέπει να προτάσσεται σταθερά σε στένωση τής καρωτίδος.

Υπάρχει και μεγάλη πολυκεντρική μελέτη τής Γαλλίας στα νοσοκομεία 13 μεγάλων πόλεων. Θεραπεύθηκαν με χειρουργική ένδαρτερεκτομή ή στέντι 527 άσθενείς και διαπιστώθηκε ότι κατά τις πρώτες 30 ήμέρες οί άπώλειες ή έμφάνιση έγκεφαλικού έπεισοδίου ήσαν σαφώς περισσότερες στην άγγειοπλαστική με στέντι: 9,6% έναντι 3,6% τής έγχειρήσεως. Άπλαδή ό κίνδυνος άναχώρησης ή έγκεφαλικού ήταν 2,5 φορές μεγαλύτερος στην άγγειοπλαστική - στέντι (N. Eng. J. Med 2006: 355:1660-71). Ίσως χρειάζεται περισσότερη έκπαίδευση τών έπεμβατικών ίατρών στα στέντι και περαιτέρω βελτίωση τής μεθόδου. Έπίσης ή άγγειοπλαστική να γίνεται όταν ό χειρουργικός κίνδυνος είναι μεγάλος και ή στένωση τής καρωτίδας υπερβαίνει τo 70%.

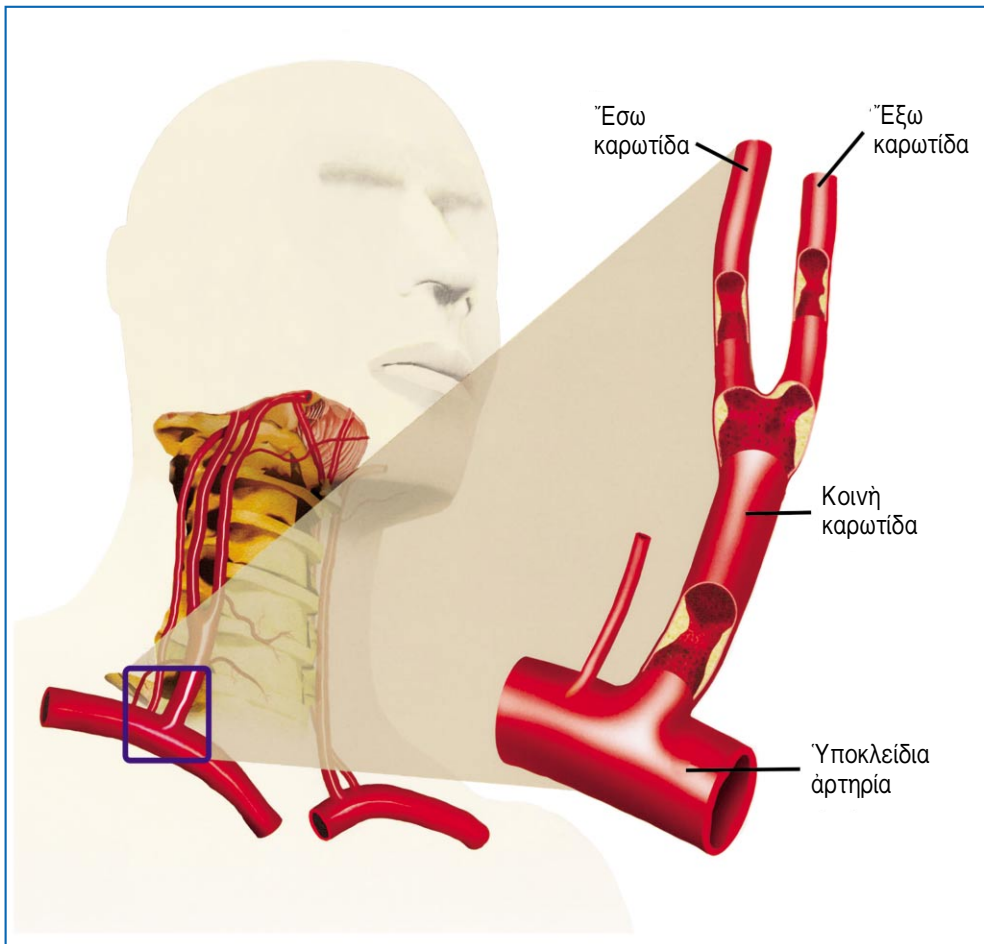
Ό χρόνος νοσηλείας κατά την έπεμβατική θεραπεία στένωσης καρωτίδων είναι βραχύς, μία-δυο ήμέρες για την άγγειοπλαστική, δυό-τρεις ήμέρες για την έγχείρηση.

Άπό τή Ζωή

Έντατική για τή διάσωση

Στὴ χώρα μας οί Μονάδες τής Έντατικής δουλεύουν καλά για τήν καρδιά. Οί πάσχοντες τρέχουν στο νοσοκομείο με συμπτώματα όξείας στεφανιαίας νόσου, ήγουν άσταθοϋς σπθάγκης ή έμφράγματος να γίνει στεφανιογραφία, να άνοιξουν με μπαλό-νι τή φραγμένη άρτηρία, να βάλουν στέντι. Τo ίδιο πρέπει να γίνεται στα νοσοκομεία, να έχουμε έντατικές μονάδες και για τις έγκεφαλικές άρτηρίες.

-Σωριάζεται κάτω ή γιαγιά, πού είναι 75, ενώ έφτιαχνε γλυκό για τὰ έγγόνια. Άναστατωμένη ή έγγονη τηλεφωνεί για τo άσθενοφόρο. Σε λίγα λεπτά γίνεται ή μεταφορά. Και πριν περάσει μία ώρα είχε γίνει ή διάγνωση στο κοντινό μεγάλο γενικό νοσοκομείο: έγκεφαλικό. Παράλυτη ή δεξιά πλευρά, άδυναμία να μιλήσει. Ό νευρολόγος τή



Εικόνα 4. *Η στένωση της καρωτίδος ή και των δύο καρωτίδων αποτελεί ένα από τα αίτια εγκεφαλικών επεισοδίων.*

στέλνει άμεσα για CT scan -άξονική τομογραφία στην οποία φαίνεται θρόμβωση αρτηρίας του εγκεφάλου. Τότε χορηγείται θρομβολυτικό φάρμακο από τη φλέβα, ενώ ο επεμβατικός ακτινολόγος κάνει αρτηριογραφία του εγκεφάλου και των καρωτίδων. Έδω χρησιμοποιείται το πιο σύγχρονο ακτινογραφικό μηχάνημα, ώστε να απεικονίζονται με λεπτομέρειες και οι πιο μικρές αλλοιώσεις. Διαπιστώνεται σοβαρή στένωση της έξω καρωτίδος αριστερά στο λαιμό και θρόμβωση μετά τη στένωση, που εκτείνεται μέχρι την αριστερή μέση εγκεφαλική αρτηρία. Χωρίς καθυστέρηση γίνεται αγγειοπλαστική στην καρωτίδα και τοποθέτηση στέντ. Άμεσα μετά εισάγεται μικροκαθετήρας που περνάει από αυτήν την καρωτίδα και φθάνει μέχρι τη μέση εγκεφαλική αρτηρία, όπου γίνεται έγχυση ισχυρού θρομβολυτικού φαρμάκου rt-PA, όπως κάνουμε σε έμφραγμα, με το οποίο επιτυγχάνεται εντός λεπτών ή διάλυση του θρόμβου. Έτσι τώρα είναι ελεύθερη

πάλι ή κυκλοφορία.

-Και ή ασθενής πώς πήγε;

- Ξύπνησε, μιλάει, περπατάει. Ένα μεγάλο εγκεφαλικό, πού αφήνει συχνά αναπηρίες, αντιμετωπίστηκε επιτυχώς. Τώρα είναι όπως πριν. Όμως αυτό θέλει οργάνωση με το κατάλληλο προσωπικό στο νοσοκομείο, τα σύγχρονα μηχανήματα επί 24ώρου βάσεως και κοινωνικά την άμεση λειτουργία των υπηρεσιών για την επείγουσα μεταφορά του πάσχοντος στο νοσοκομείο.

-Σε όλο το σώμα έχουμε τις αρτηρίες αλλά ή συζήτηση γίνεται μόνο για τις στεφανιαίες αρτηρίες πού αρδεύουν τα τοιχώματα της καρδιάς για να είναι υγιή. Λιγότερο έσεϊς οί γιατροί μιλάτε για τις καρωτίδες και τις εγκεφαλικές αρτηρίες για να πορεύεται καλά ή κεφαλή (Εικόνα 4).

Τις άλλες αρτηρίες καλύπτει ή σιωπή...

- Η ήγεςία πάντα θέλει προστασία. Από τις 60-70 το λεπτό, πέντε φορές, μία μετά την άλλη να μην χτυπήσει ή καρδιά αρχίζεις να τρικλίζεις, κι αν χάσεις 10 παλμούς, ένα μετά τόν άλλο, έχεις βρεθεί στο έδαφος. Οί στεφανιαίες πού τρέφουν την καρδιά έχουν μικρό αυλό, μέχρι 4-5 χιλιοστά, και έτσι κλείνει εύκολα από μία πλάκα αθηρωματική ή ένα θρόμβο. Επιπλέον οί στεφανιαίες σε κάθε παλμό κινούνται, κάμπτονται, κάνουν γωνιώσεις, συστρέφονται, επειδή ακριβώς βρίσκονται στην επιφάνεια της καρδιάς και παρακολουθούν τη σύσπασή της κατά τη συστολή... Συζητάμε βέβαια και για τις αρτηρίες χαμηλά στα πόδια, ιδίως όταν κατά το βάδισμα πονούν οί γάμπες και αναγκάζεσαι να σταματήσεις...

- Έντατική Μονάδα για στεφανιαίες αλλά και Έντατική για εγκεφαλικές. Συμφωνώ ότι ή ήγεςία θέλει προστασία. Σ' αυτήν ανήκει και ό εγκέφαλος.

Όχι στην έμβολή

Έχεις κοιλιακή μαρμαρυγή. Σκοπός μας είναι να μη γίνει θρόμβος, να αραιώσουμε το αίμα ώστε να μην πήξει. Αυτό γίνεται είτε με την παλαιά μέθοδο της λήψης δικουμαρόλης, sintrom ή ranwarfin, για το οποίο απαιτείται τακτικός έλεγχος του αίματος για χρόνο προθρομβίνης-INR, είτε προς αποφυγή της τακτικής εξέτασης αίματος χρόνου προθρομβίνης με τα νεότερα αντιπηκτικά φάρμακα - αναστολείς της θρομβίνης (βλ. κεφάλαιο Καρδιακής Ανεπάρκειας). Στη χώρα μας έμπειρία μεγάλη υπάρχει με το sintrom, το οποίο χορηγείται σε κάθε ένδειξη αντιπηκτικής άγωγής περιλαμβανομένων και των προσθετικών βαλβίδων, στις οποίες δεν υπάρχει μεγάλη έμπειρία με τα νέα φάρμακα.

Με σωστή αντιπηκτική άγωγή αποφεύγεται ή εμφάνιση θρόμβων μέσα στις κοιλότητες της καρδιάς, επειδή είναι επικίνδυνοι, κάποια στιγμή μπορεί να αποσπασθούν και πλέοντας στο αίμα να φύγουν από την καρδιά, να ταξιδέψουν στην άορτη και σε

αρτηρίες και να ενσφηνωθούν σε ένα όργανο, να κάνουν έμβολή. Είναι πρόβλημα οι έμβολές. Ή αν είναι μικρές μπορεί να τις προσπερνά το πάσχον όργανο, αν όμως είναι σε μεγάλη αρτηρία από μεγάλο θρόμβο τότε γίνεται έμφραγμα, ήγουν νέκρωση εκτεταμένη της περιοχής που ποτίζει, αίματώνει ή αρτηρία και το όργανο εκπέμπει σήματα κινδύνου. Ήξαρτάται βέβαια για ποιό όργανο μιλάμε, έγκέφαλο ή π.χ. το πόδι, από έμβολη στη λαγόνια ή στη μηριαία αρτηρία. Τότε με τον πόνο και άλλα συμπτώματα γίνεται άμέσως ή διάγνωση και με επέμβαση αφαιρείται το έμβολο-θρόμβος, έτσι αποκαθίσταται ή κυκλοφορία αίματος και σώζεται το πόδι. Όμως χίλιες φορές καλύτερα το προλαμβάνειν. Τί να κάνουμε; Ήσὺ έχεις τή μαρμαρυγή τῶν κόλπων, ἐσὺ θὰ μπεῖς στοὺς κόπους τῆς ἀντιπηκτικῆς θεραπείας.

Βέβαια, πολλοὶ με τὴν ἴδια ἀρρυθμία, μαρμαρυγὴ τῶν κόλπων, ζοῦν μακρὰ σειρὰ ἐτῶν, καὶ παρὰ τὰ τόσα χρόνια δὲν ἔπαθαν έμβολὴ χωρὶς νὰ κάνουν ἀντιπηκτικὴ ἀγωγή. Παίρνουν μόνο μία ἀσπιρίνη τῶν 300 mg.

Εἶναι ἐκεῖνοι που κάνουν δύσκολα καὶ ἄλλοι που κάνουν πιὸ εὐκόλα θρόμβους στὴν καρδιὰ με μαρμαρυγὴ τῶν κόλπων. Ήσὺ έχεις περάσει τὰ 75, έχεις ὑπέρταση, έχεις καὶ διαβήτη. Ήσὺ λοιπὸν πρέπει νὰ πάρεις ἀντιπηκτικό, ὅπως πρέπει νὰ τὸ παίρνουν ὅσοι με μαρμαρυγὴ τῶν κόλπων ἔχουν καὶ πάθηση βαλβίδος ή καρδιακὴ ἀνεπάρκεια. Βέβαια ἀντιπηκτικό φάρμακο, ἀνεξάρτητα ἀν ἔχουν πλήρη ἀρρυθμία, παίρνουν καὶ ὅλοι με μηχανικὴ-προσθετικὴ βαλβίδα. Μάλιστα ἐὰν αὐτὴ ή μηχανικὴ βαλβίδα ἔχει τοποθετηθεῖ στὴ θέση τῆς μιτροειδοῦς, ή δόση τοῦ φαρμάκου θὰ πρέπει νὰ εἶναι αὐξημένη, ὥστε τὸ INR νὰ κυμαίνεται γύρω στὸ 3, ἀπὸ 2,5 ἔως 3,5.

Οἱ χαμηλοῦ-μικροῦ κινδύνου «τυχεροί» ἔχουν πιθανότητα έμβολῆς μέχρι 1% τὸ χρόνο. Ήδὼ περιλαμβάνονται οἱ κάτω τῶν 65 ἐτῶν, οἱ ὅποιοι με φυσιολογικὸ σάκχαρο καὶ φυσιολογικὴ πίεση ἔχουν λευκὸ παρελθὸν ὡς πρὸς τὶς έμβολές. Ήκεῖνοι παίρνουν ἀσπιρίνη, φάρμακο με ἀντιθρομβωτικὲς ιδιότητες που ἐλαττώνει τὴν ἤδη χαμηλὴ πιθανότητα τοῦ ἐγκεφαλικοῦ. Πάντως, ὅταν ὑπάρχει ἔστω καὶ μικρὴ ὑπερτροφία τῆς καρδιᾶς θὰ πρέπει νὰ κάνουν ἀντιπηκτικὴ θεραπεία.

ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΑΟΡΤΗΣ

Ήνεύρυσμα ἀνιούσης ἀορτῆς

Τὸ ἀνεύρυσμα συμβαίνει συχνότερα στοὺς ἡλικιωμένους καὶ τὰ τελευταῖα χρόνια εἶναι πιὸ συχνό, ἐπειδὴ ἔχει αὐξηθεῖ τὸ προσδόκιμο ἐπιβίωσης. Ή ἀορτὴ εἶναι τὸ μεγάλο κανάλι που δέχεται τὸ αἷμα ἀπὸ τὴν καρδιὰ γιὰ νὰ τὸ μεταφέρει σὲ ὅλες τὶς ἀρτηρίες, σὲ ὅλοκληρο τὸ σῶμα (Εἰκόνα 5).

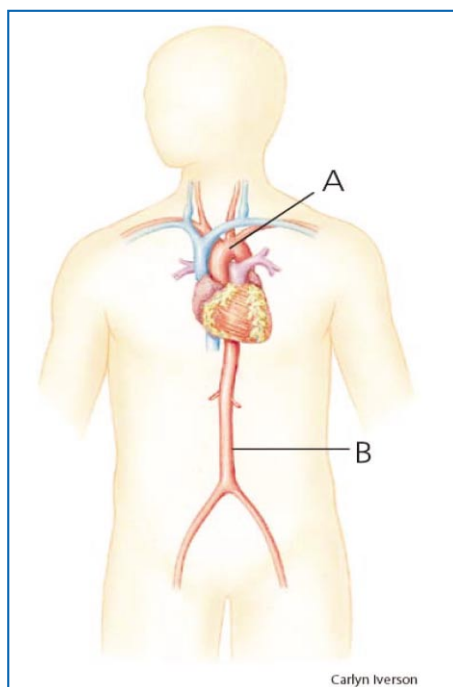
Όλος αὐτὸς ὁ δρόμος ροῆς τοῦ αἵματος στὶς ἀρτηρίες εἶναι μακρὺς καὶ δύσκολος, γι' αὐτὸ καὶ ή ἀριστερὴ κοιλία συσπᾶται πολὺ, κουράζεται νὰ διώξει με πίεση τὸ αἷμα που ἔχει μέσα τῆς γιὰ νὰ φτάσει ὡς σφυγμὸς στὰ πέρατα τοῦ ὀργανισμοῦ. Ή καρδιὰ,

ώς γνωστόν, ἔχει τέσσερις κοιλότητες ἀπὸ τὶς ὁποῖες ἡ πιὸ σπουδαία εἶναι ἡ ἀριστερὴ κοιλία. Ἡ δεξιὰ κοιλία δουλεύει μὲ πίεση χαμηλή, κάτω ἀπὸ 30 mmHg, καὶ προωθεῖ εὐκόλα τὸ αἷμα στοὺς πνεύμονες. Οἱ κόλποι μὲ μηδαμινὴ πίεση, κάτω ἀπὸ 10 mmHg, εἶναι προθάλαμοι τῶν δυὸ κοιλιῶν, ἀντιστοίχως. Ὅμως ἡ ἀριστερὴ κοιλία σηκώνει τὸ βαρὺ φορτίο καὶ σὲ κάθε παλμὸ συστέλλεται δυνατὰ μὲ πίεση ποὺ ξεπερνᾷ τὰ 120 mmHg, δηλαδὴ τὰ 12, ὅπως λέει ὁ λαός, γιὰ νὰ φθάσει ὁ σφυγμὸς στὰ νύχια. Αὐτὴ τὴν ὑψηλὴ πίεση δέχεται ἡ ἀορτὴ ἀμέσως ἔξω ἀπὸ τὴν πύλη -τὴν ἀορτικὴ βαλβίδα- τῆς καρδιᾶς.

Στὴ διαστολὴ τῆς καρδιᾶς, γεμίζει ἡ ἀριστερὴ κοιλία μὲ αἷμα ποὺ δέχεται ἀπὸ τοὺς πνεύμονες καὶ τὸν ἀριστερὸ κόλπο. Τότε ἡ μὲν ἀορτὴ ἔχει ἀκόμα ὑψηλὴ πίεση, παρ' ὅτι εἶναι μικρότερη ἀπὸ ὅσο στὴ φάση τῆς συστολῆς, ἐνῶ ἡ ἀριστερὴ κοιλία ἔχει πίεση κοντὰ στὸ μηδὲν καθὼς χαλαρώνει καὶ ἀνοίγει νὰ ξαναγεμίσει. Στὴ διαστολὴ ἡ ἀορτικὴ βαλβίδα εἶναι κλειστὴ γιὰ νὰ μὴν ἐπιστρέφει αἷμα στὴν κοιλία ἀπὸ τὴν ἀορτὴ. Ἔτσι, λοιπόν, στὴ διαστολὴ τὸ αἷμα τῆς ἀορτῆς πιέζει τὴν ἀορτικὴ βαλβίδα ποὺ εἶναι ἐρμητικὰ κλειστὴ.

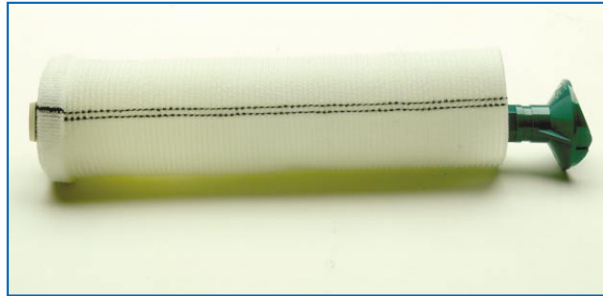
Ἀπὸ τὴν ἄλλη πλευρά, ἡ πίεση αὐτὴ εὐθύνεται σὲ μικρὸ ἢ μεγαλύτερο βαθμὸ γιὰ τὸ ἀνεύρυσμα τῆς ἀορτῆς, τῆς ὁποίας τὰ τοιχώματα φθείρονται μὲ τὴν πάροδο τῶν ἐτῶν, ἰδιαίτερα ἐὰν ἔχουν κάποιο πρόβλημα ἐκ γενετῆς. Ἔτσι ἀπὸ τὰ 2 ἕως 3 ἐκ., ποὺ εἶναι φυσιολογικὰ ἡ διάμετρος τῆς ἀνιούσης ἀορτῆς στοὺς ἠλικιωμένους, μπορεῖ νὰ φθάσει ἀκόμα καὶ τὰ 5 ἐκ. ἢ περισσότερο, ὅποτε μιλάμε γιὰ **ἀνεύρυσμα τῆς ἀορτῆς**. Σὲ νέους ἀνθρώπους αὐτὸ μπορεῖ νὰ συμβεῖ ἐὰν ὑπάρχει βλάβη τοῦ τοιχώματος, ὅπως σὲ **νόσο τοῦ Marfan-συγγενῆς νόσου**. Στὸ ἀνεύρυσμα, ἐκτὸς τῆς ὑπέρτασης, μπορεῖ νὰ συμβάλουν ὁ σακχαρώδης διαβήτης, ἡ ὑπερχοληστερολαιμία, φλεγμονή, τραυματισμὸς κ.ἄ. Ἄνευρυσματικὴ διάταση ἀνιούσης ἀορτῆς μπορεῖ νὰ ἔχουμε σὲ δίπτυχη ἀορτικὴ βαλβίδα, καθὼς ἐπίσης σὲ στένωση ἢ ἀνεπάρκεια τῆς ἀορτικῆς βαλβίδος.

Σὲ ἀνεύρυσμα τοῦ ἀρχικοῦ τμήματος τῆς ἀορτῆς συχνὰ συμμετέχει καὶ ὁ δακτύλιος γύρω ἀπὸ τὴν ἀορτικὴ βαλβίδα, ὁ ὁποῖος διατείνεται. Αὐτὴ ἡ διάταση προκαλεῖ μὲ τὴ σειρά τῆς ἀνεπάρκεια τῆς ἀορτικῆς βαλβίδος, ἐπειδὴ ἐμποδίζει τὸ ἐρμητικὸ κλείσιμό της.



Εἰκόνα 5. Ἡ ἀορτὴ σημειώνεται μὲ τὰ γράμματα Α, Β. Ξεκινᾷ ἀπὸ τὴν καρδιὰ μὲ κατεύθυνση πρὸς τὰ πάνω (ἀνιούσα ἀορτὴ), ἀπὸ τὸ θώρακα κατεβαίνει χαμηλὰ στὴν κοιλία, ὅπου διχάζεται στὶς λαγόνιες ἀρτηρίες. Κατὰ τὴ διαδρομὴ της δίνει ἀρτηρίες γιὰ τὴν αἱμάτωση ὅλου τοῦ σώματος, ἀπὸ κεφαλῆς μέχρις ὀνύχων κάτω ἄκρων.

Εικόνα 6. Ἀορτικό μόσχευμα με δίφυλλη βαλβίδα τῆς ἀορτῆς ATS, πού τοποθετεῖται σέ χειρουργική θεραπεία ἀνευρύσματος τῆς ἀνιούσης ἀορτῆς καὶ ἀνεπάρκεια τῆς ἀορτικῆς βαλβίδας κατὰ τὴ μέθοδο Bentall. Ἡ πράσινη λαβὴ χρησιμοποιεῖται γιὰ νὰ κρατᾷ ὁ χειρουργὸς τὸ μόσχευμα καὶ ἀφαιρεῖται ἀμέσως μετὰ τὴν τοποθέτηση.

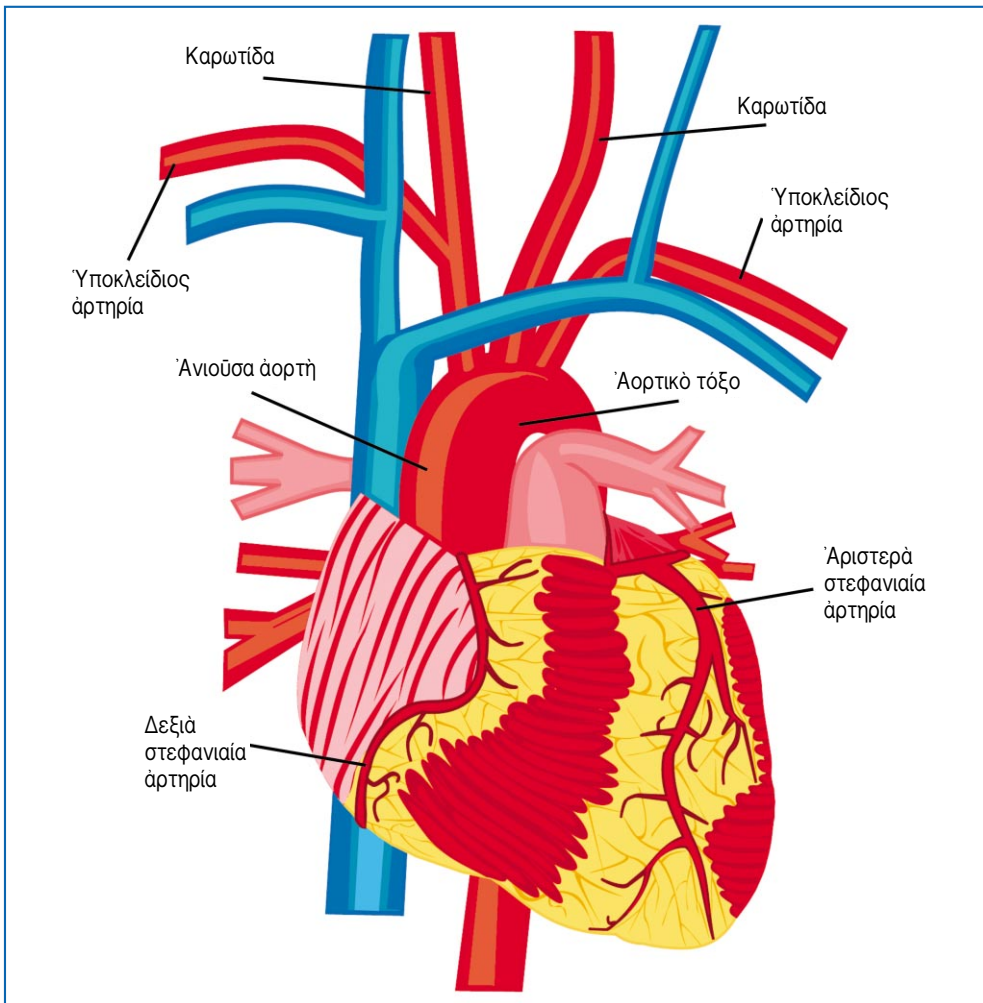


Τότε, κατὰ τὴ συστολή, γίνεται ἐπιστροφή αἵματος ἀπὸ τὴν ἀορτὴ στὴν ἀριστερὴ κοιλία καὶ αὐτὸ ὀνομάζεται **ἀνεπάρκεια τῆς ἀορτικῆς βαλβίδος**, ἢ ἀπλῶς **ἀνεπάρκεια τῆς ἀορτῆς**. Ἐὰν σὲ κάθε παλμὸ τὸ ποσὸ αἵματος πού ἐπιστρέφει εἶναι κάτω τῶν 30 κυβικῶν ἑκατοστῶν ἢ ἀνεπάρκεια τῆς ἀορτῆς εἶναι μικροῦ βαθμοῦ, ἐνῶ ἐὰν ὑπερβαίνει τὰ 60 κ. ἑκ. εἶναι μεγάλου βαθμοῦ καὶ τότε διογκώνεται ἡ ἀριστερὴ κοιλία. Αὐτὸ συμβαίνει διότι ἡ ἀριστερὴ κοιλία κατὰ τὴ διαστολή, πέραν τοῦ φυσιολογικοῦ ὄγκου αἵματος πού δέχεται ἀπὸ τοὺς πνεύμονες καὶ τὸν ἀριστερὸ κόλπο, δέχεται μεγάλες ποσότητες αἵματος πού ἐπιστρέφουν ἀπὸ τὴν ἀορτὴ. Ἡ μεγάλη ἀνεπάρκεια τῆς ἀορτῆς διαπιστώνεται εὐκόλα μετὰ τὴν ἀκρόαση, τὸ σφυγμὸ καὶ τὴ μέτρηση τῆς πίεσης, καθὼς ἐπίσης μετὰ τὴν ἀκτινογραφία, τὸ ἠλεκτροκαρδιογράφημα καί, ἰδίως, τὸ υπερηχοκαρδιογράφημα.

Ἡ διάγνωση ἀνευρύσματος τῆς ἀορτῆς, θωρακικῆς ἢ κοιλιακῆς, συχνὰ γίνεται τυχαία, ὅπως ἐπίσης σὲ καλὴ κλινικὴ ἐξέταση. Ἐδῶ θὰ πρέπει νὰ γίνεται πάντα ψηλάφηση τῆς κοιλίας ὡς πρὸς τὴν κοιλιακὴ ἀορτὴ, ἐπειδὴ συχνὰ σὲ ἀνευρυσματικὴ διάταση ψηλαφᾶται ὁ ἀορτικὸς σφυγμὸς καὶ μάλιστα σὲ μεγάλη ὀριζόντια ἔκταση. Φυσικὰ ὑπάρχει δυσκολία σὲ παχυσαρκία. Ὅμως μετὰ τὴν ἡλικία τῶν 50, πρέπει νὰ γίνεται ἐξέταση ὡς πρὸς τὴν ἀρτηριακὴ ἀθηροσκλήρυνση μετὰ υπερηχογράφημα τῆς κοιλιακῆς ἀορτῆς. Τὸ ἀντίστοιχο ἀφορᾷ καὶ στὸ θώρακα, ὅπου ἡ ἀπλὴ ἀκτινογραφία θώρακος μᾶς καθησυχάζει ὅταν ἡ καρδιαγγειακὴ σκιά εἶναι φυσιολογικὴ. Βέβαια, ἡ παρουσία ἢ ὄχι ἀνευρύσματος στὴν ἀνιούσα ἀορτὴ-ἀορτικὸ τόξο διαπιστώνεται μετὰ υπερηχοκαρδιογραφικὴ ἐξέταση ἀπὸ εἰδικό, ὅπως ἐπίσης μετὰ ἀξονικὴ ἢ μαγνητικὴ τομογραφία.

Τὸ ἀνεύρυσμα στὸ ἀρχικὸ τμήμα τῆς ἀορτῆς θεραπεύεται μετὰ ἐγχείρηση, ἢ ὁποία γίνεται ἐὰν ἡ διάμετρος τοῦ αὐλοῦ στὴν ἀνιούσα ἀορτὴ φθάνει ἢ ὑπερβαίνει τὰ 5,5 ἑκ. Ἰδιαίτερα συνδυάζεται μετὰ σημαντικὴ ἀνεπάρκεια τῆς ἀορτῆς. Τότε ἀντικαθίσταται τὸ ἀνεύρυσμα μετὰ τεχνητὸ μόσχευμα τῆς ἀορτῆς καὶ ἡ πάσχουσα ἀορτικὴ βαλβίδα διορθώνεται μετὰ πλαστικὴ ἐγχείρηση ἢ, συνηθέστερα, ἀντικαθίσταται μετὰ μεταλλικὴ ἢ βιολογικὴ βαλβίδα (ἐγχείρηση Bentall, Εἰκόνα 6).

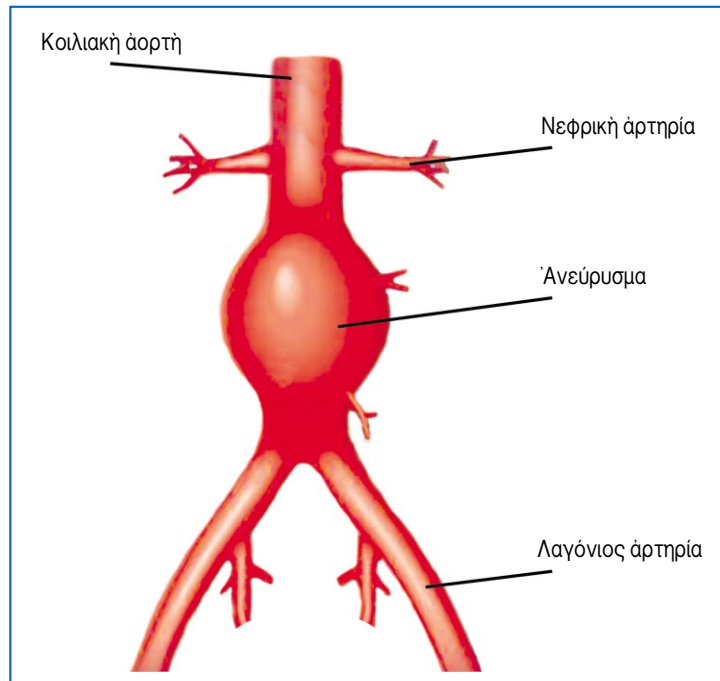
Ἡ ἐπέμβαση γίνεται μετὰ ἐπιτυχία. Ἡ καρδιὰ δουλεύει φυσιολογικά, ξεκούραστα ἀφοῦ δὲν δέχεται τὸ παραπανίσιο αἶμα ἀπὸ τὴν ἀορτὴ, ὁ ἀσθενὴς συνέρχεται καὶ δὲν ὑπάρχει πλέον κίνδυνος τὸ μόσχευμα νὰ σπάσει (Cardiosource Review Journal 2006; 15: 11-14).



Εικόνα 7. Οί στεφανιαίες αρτηρίες εκφύονται από την ανιούσα αορτή, χαμηλά προς την καρδιά. Στη συνέχεια η ανιούσα αορτή είναι ελεύθερη, χωρίς έκφυση αρτηριών. Στο αορτικό τόξο εκφύονται οί αρτηρίες που αιματώνουν τον εγκέφαλο (καρωτίδες) και τὰ ἄνω ἄκρα (ὕποκλειδιες αρτηρίες).

Ἐκτός ἀπὸ φαρμακευτικῆς πλευρᾶς σὲ ὑπέρταση κορηγεῖται α-MEA ἢ σαράντη, στὴν ἀνάγκη σὲ συνδυασμὸ μὲ ἀνταγωνιστὴ τοῦ ἀσβεστίου ἢ διουρητικὸ γιὰ νὰ διατηρεῖται ἡ συστολικὴ (μεγάλη) πίεση φυσιολογική, μέχρι 12-13. Ὅμοιος μὲ φάρμακα θεραπεύονται, ἐὰν ὑπάρχουν, ὑπερχοληστεριναιμία καὶ σακχαρώδης διαβήτης.

Λύτρωση «ἐκ φθορᾶς τῆς ζωῆς». Ἡ συνταγὴ εἶναι γνωστή: Εἰρήνη ἐσωτερική, πίεση φυσιολογική, χωρίς ψυχολογικὲς ἐκρήξεις καὶ ἀδιέξοδα ποὺ προκαλοῦν ὑπερτασικὲς κρίσεις. Νὰ ἀποφεύγεται ἡ ἄρση μεγάλου βάρους ποὺ αὐξάνει πολὺ τὴν πίεση καὶ μπορεῖ νὰ προκαλέσει βλάβη στὴν αορτή.



Εικόνα 8. *Ανεύρισμα κοιλιακής αορτής, τὸ ὁποῖο βρίσκεται κάτω ἀπὸ τὶς νεφρικές ἀρτηρίες καὶ ἔτσι δὲν ὑπάρχει σχετικὸ ἐμπόδιο κατὰ τὴν ἐπέμβαση, δηλαδὴ νὰ ὑποστοῦν βλάβη οἱ νεφρικές ἀρτηρίες.*

Ἐμπόδια στὸ χειρουργὸ – Ἡ ἔκφυση τῶν ἀρτηριῶν ἀπὸ τὴν αορτὴ

Ἡ αορτὴ στὴν ἀρχὴ ἀνέρχεται ψηλὰ στὸ θώρακα (ἀνιούσα αορτὴ), στὴ συνέχεια κάνει στροφή 180 μοιρῶν (αορτικὸ τόξο) καὶ κατέρχεται στὸ θώρακα (κατιούσα θωρακικὴ) καὶ συνεχίζει στὴν κοιλία - κοιλιακὴ αορτὴ, (Εικόνα 5). Χαμηλὰ στὴ λεκάνη ἡ κοιλιακὴ αορτὴ διχάζεται, στὴ δεξιὰ καὶ στὴν ἀριστερὴ λαγόνιου ἀρτηρία πρὸς αἱμάτωση τῶν δυὸ κάτω ἄκρων. Ἡ διάμετρος τοῦ αὐλοῦ τῆς αορτῆς εἶναι μεγαλύτερη στὴν ἀνιούσα, 2-3,5 ἐκ. φυσιολογικά. Ὅσο ἀπομακρύνεται ἀπὸ τὴν καρδιὰ ὁ αὐλὸς γίνεται μικρότερος καὶ στὴν κοιλιακὴ αορτὴ ἡ διάμετρος εἶναι 1,5-1,8 ἐκ. στοὺς μικρόσωμους καὶ μεγαλύτερη μέχρι 2,5 ἐκ. στοὺς μεγαλόσωμους.

Ὅταν συζητεῖται χειρουργικὴ θεραπεία ἀνευρύσματος τῆς αορτῆς τότε λαμβάνεται σοβαρὰ ὑπόψη ἡ ἔκφυση ἀρτηριῶν ἀπὸ αὐτὴ πρὸς αἱμάτωση διαφόρων ὀργάνων τοῦ σώματος. Καὶ αὐτὸ ἐπειδὴ ὑπάρχει φόβος κατὰ τὴν ἐγχείρηση νὰ γίνῃ ζημιὰ μὲ βλάβη μιᾶς ἐξ αὐτῶν τῶν ἀρτηριῶν. Στὴν ἀνιούσα αορτὴ δὲν ἔχουμε ἔκφυση ἀρτηριῶν παρὰ μόνο στὴν ἀρχή-ἀρχή, ἀμέσως ἔξω ἀπὸ τὸ αορτικὸ στόμιο τῆς καρδιᾶς, ὅπου ἐκφύονται οἱ στεφανιαῖες ἀρτηρίες πρὸς αἱμάτωση τοῦ μυοκαρδίου (Εικόνα 7). Ἔτσι ὁ χειρουργὸς δὲν προβληματίζεται ἰδιαίτερως. Αὐτὸ συμβαίνει ἐὰν τὸ ἀνεύρισμα ἐπεκτείνεται ἢ ἐντοπίζεται μόνο στὸ αορτικὸ τόξο, ἀπὸ τὸ ὁποῖο βγαίνουν οἱ καρωτίδες πρὸς αἱμάτωση τὸν ἐγκέφαλο καὶ οἱ ὑποκλείδιες ἀρτηρίες γιὰ τὰ ἄνω ἄκρα. Ἐδῶ ὑπάρχει μεγάλος κίνδυνος, π.χ. γιὰ ἐγκεφαλικὸ μὲ τραυματισμὸ τῶν καρωτίδων. Τὸ ἀνάλογο μπορεῖ νὰ

συμβεί με τραυματισμό ύποκλειδίου αρτηρίας, όποτε έχουμε πρόβλημα στο αντίστοιχο άνω άκρο.

Κινδύνους επίσης έχει ή έγχειρηση στην κατιούσα θωρακική άορτή, άπ' όπου βγαίνουν οί μεσοπλεύριες και άρτηρίες τής σπονδυλικής στήλης, πού αίματώνουν τó νωτιαίο μυελό.

Στήν κοιλιακή άορτή, ψηλά στην κοιλιά, εκφύονται οί νεφρικές άρτηρίες, και πάνω άπό αυτές είναι οί άρτηρίες πού τροφοδοτούν τó έντερο, τó συκώτι και τó σπλήνα. Συνεπώς εάν τó άνεύρυσμα είναι κάτω άπό τις νεφρικές άρτηρίες, τότε ό γιατρός άπαλλάσσεται άπό τó φόβο επιπλοκής άρτηρίας πού δίνει αίμα σέ κοιλιακό όργανο. Συνήθως γίνονται εύκολα έγχειρήσεις σέ άνεύρυσμα τής κοιλιακής άορτής, επειδή αυτό κατά κανόνα βρίσκεται κάτω άπό τις νεφρικές άρτηρίες (Εικόνα 8).

Άπό τή Ζωή

Συζήτηση για τó άνεύρυσμα τής άορτής

- Είναι πρόβλημα τó άνεύρυσμα τής άορτής. Τó μεγάλο κανάλι πού κατεβαίνει άπό τó θώρακα στην κοιλιά και δίνει κλάδους, τόσο για τήν αίμάτωση τού νωτιαίου μυελού στη σπονδυλική στήλη, όσο και άρτηρίες για νά παίρνουν αίμα τó συκώτι και ό σπλήνας, τά νεφρά και τó έντερο. Και κάτω-κάτω στη λεκάνη, αυτό τó κανάλι, ή άορτή, θα διχαστεί και θα δώσει τις λαγόνιες, δεξιά και άριστερή, για τά δυο πόδια. Είναι, λέω, βάσανο για τó Μανώλη τó άνεύρυσμα πού έχει.

- *Τί είναι αυτό; Δέν κατεβαίνει εύκολα τó αίμα;*

- Τώρα ναί, όλα φαίνονται καλά. Άλλα ή άορτή, ό μεγάλος αυτός σωλήνας, έχει φουσκώσει στην περιοχή τής κοιλιάς, άτόνησε τó τοίχώμά του και πέταξε ένα πράγμα σαν όγκο πού σφύζει με τούς παλμούς τής καρδιάς. Όταν είναι ξαπλωμένος, τó αισθάνεται και ό ίδιος νά «χτυπάει» ψηλά πρós τó στομάχι. Είναι, βλέπεις, τó αίμα άπό μέσα πού κυκλοφορεί, και σέ κάθε σφυγμό αισθάνεται νά σπρώχνει τó χέρι σου αυτή ή μάζα, όταν τήν ψηλαφάς.

- *Είναι πολύ μεγάλος ό όγκος;*

- Τó άνεύρυσμα θέλεις νά πεις. Ή διάμετρός του πλησιάζει τά 4 έκατοστά, ενώ φυσιολογικά δέν έπρεπε νά υπερβαίνει τά 2-2,5 εκ. Τί νά σου κάνει και αυτή ή άορτή! Τόσα χρόνια νά περνάει όλο σχεδόν τó αίμα άπό αυτήν για νά τó μοιράσει άπό δώ κι άπό κεί, 5 λίτρα τó λεπτό, βάλε τώρα ώρες, μέρες, μήνες, 70 χρονών είναι ό Μανώλης. Και αν καθόταν καλά θα λέγαμε τó «πεπρωμένον». Έκείνο τó τσιγάρο πού όλοι τó φωνάζουν και για τά άνευρύσματα. Άπρόσεκτος στη χοληστερίνη, τó ίδιο και στην πίεσή του.

- *Μά έσύ μιλάς για τά ίδια πράγματα πού λένε για τήν καρδιά και τά έγκεφαλικά.*

-Έτσι είναι, και για το λόγο αυτό ό ένας στους τρεις με άνευρυσμα πάσχει και από σοβαρή στεφανιαία νόσο. Μάλιστα αρκετοί έχουν κάνει ήδη έγκείρηση μπαίπας.

-Είναι συχνό αυτό το άνευρυσμα;

-Αν χρησιμοποιήσουμε άμερικανικά στοιχεία, έδω στην Ελλάδα των 10 έκατομμυρίων θα πρέπει να χειρουργούνται κάθε χρόνο πάνω από 1.600 πρόσωπα.

-Δηλαδή θα χειρουργηθεί και ό Μανώλης;

-Τώρα όχι. Αισθάνεται καλά, δέν πονάει, άκόμη και όταν ψηλαφάς στην κοιλιά αυτή τή σφύζουσα μάζα δέν διαπιστώνεις κάποια ευαισθησία. Όταν ή διάμετρος του άνευρύσματος είναι κάτω από 4 εκ. ό κίνδυνος να σπάσει ή άορτη είναι μηδαμινός, ένω, άν ξεπερνάει τά 5 εκ., τότε ό κίνδυνος τής ρήξης γίνεται σημαντικός, και ό χειρουργός έχει τή λόγο. Ο Μανώλης θα πρέπει να παρακολουθείται και κάθε έξι μήνες να εξετάζεται με υπέρηχους για προσδιορισμό τής διαμέτρου τής κοιλιακής άορτής. Εάν παρατηρηθεί αύξηση τής διαμέτρου κατά 0,5 εκ. ή περισσότερη, μπορεί να αποφασιστεί ή επέμβαση, ιδιαίτερα σ' αυτόν πού ό όργανισμός του είναι σε καλή κατάσταση και έχει ζωή μπροστά του.

-Καλά, δέν προειδοποιεί ή πάθηση με κάποιο σύμπτωμα;

-Όταν πάει για ρήξη, να σπάσει! Τότε γίνεται ευαίσθητος ό σφύζων όγκος, και ό άσθενής συχνά πονάει χαμηλά στην κοιλιά ή πίσω στη μέση.

-Ακούω ότι αυτοί πού προετοιμάζονται για επέμβατική θεραπεία του άνευρύσματος θα πρέπει να κάνουν και καρδιολογική εξέταση με ραδιοϊσότοπα ή με υπέρηχους μετά από χορήγηση δοβουταμίνης για να διεκρινιστεί ή κατάσταση των στεφανιαίων. Τοποθετείται με καθετηριασμό άορτικό μόσχευμα-στέντ ή με έγκείρηση αφαιρείται τή άνεύρυσμα και στη θέση του ό χειρουργός τοποθετεί ένα σωλήνα με συνθετικό ύλικό (ντακρόν). Συχνά τή σωληνωτή αυτό μόσχευμα τή συνδέει ό χειρουργός χαμηλά με τής λαγόνιες άρτηρίες. Έχει κινδύνους αυτή ή έγκείρηση;

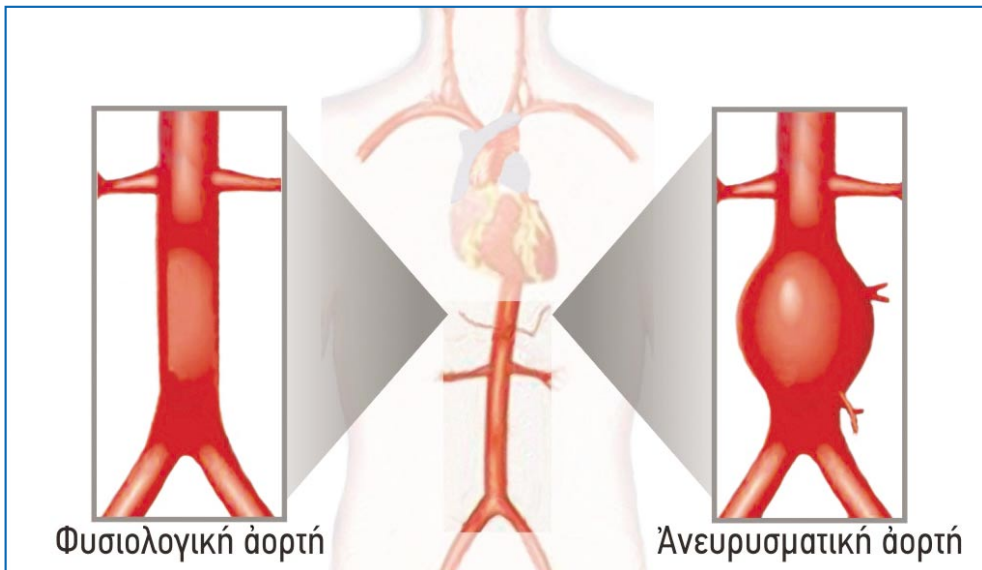
-Σε όμαλές περιπτώσεις είναι εύκολη και άκίνδυνη. Εύτυχώς έχουμε αρκετούς και καλούς άγγειοχειρουργούς στην Ελλάδα πού κάνουν τή έγκείρηση του άνευρύσματος τής κοιλιακής άορτής. Άλλωστε ήταν δικός μας ό Νίκος Οικονόμου, πού με τόν Dubost τή Γάλλο έκαναν τή πρώτη επέμβαση στον κόσμο τή 1951. Δυσκολίες, συνήθως, έχει τή άνεύρυσμα, όταν έντοπίζεται μέσα στο θώρακα, στη θωρακική άορτή. Και τή πράγμα βέβαια διαφέρει, άν ή έγκείρηση γίνεται επείγοντως λόγω «ρήγματος» ή ρήξεως τής άορτής.

- Είναι επικίνδυνη ή επείγουσα έγκείρηση για ρήξη τής άορτής;

- Πελοποννησιακός πόλεμος (431-404 π.Χ.)! Επέζησε ή Αθήνα άλλα κουτσουρεμένη, έξαθλιωμένη. Περρασμένα μεγαλεία... Ήταν τή μεγάλο λάθος του Περικλή να έλθει σε ρήξη με τόν Αρχίδαμο, τή βασιλιά τής Σπάρτης, πού ήταν και προσωπικός του φίλος. Από τότε ή Αθήνα και ή Σπάρτη δέν μπορούν άκόμη να συνέλθουν...

Ἄνεύρυσμα κοιλιακῆς ἀορτῆς

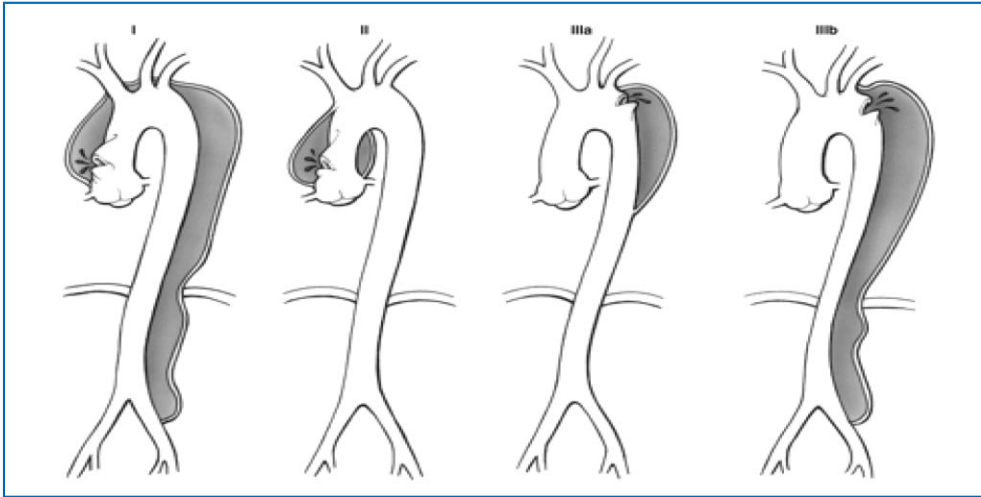
Ἄνεύρυσμα σημαίνει αὐξηση τῆς διαμέτρου τοῦ αὐλοῦ τῆς κοιλιακῆς ἀορτῆς μίαμιση φορά περισσότερο ἀπὸ ὅσο εἶναι τὸ παρακείμενο φυσιολογικὸ τμήμα τῆς κοιλιακῆς ἀορτῆς τοῦ πάσχοντος. Γενικὰ στὸ ἀνεύρυσμα τῆς κοιλιακῆς ἀορτῆς ἡ προσθιοπίσθια διάμετρος εἶναι >3 ἐκ. Ἄπὸ ὅλες τὶς παθήσεις τῆς ἀορτῆς, τὸ ἀνεύρυσμα τῆς κοιλιακῆς ἀορτῆς εἶναι ἡ συχνότερη πάθηση, μάλιστα φθάνει στὸ 90% ὄλων τῶν παθήσεων τῆς. Στὴν ἐμφάνιση τοῦ ἀνευρύσματος τῆς κοιλιακῆς ἀορτῆς ἔχουν λόγο ἡ οἰκογένεια καὶ τὸ φύλο. Εἶναι 2-4 φορές συχνότερη αὐτὴ ἡ πάθηση σὲ ἄρρενες συγγενεῖς τοῦ προσώπου ποὺ ἔχει τὴν πάθηση. Μὲ τὴν πάροδο τῆς ἡλικίας, συνήθως μετὰ τὰ 50, στὴν ἀκτινογραφία τὸ τοίχωμα τῆς ἀορτῆς μπορεῖ νὰ ἔχει ἀσβεστώσεις, ἰδίως ὅταν ὑπάρχουν παράγοντες κινδύνου ὡς ἡ ὑπερχοληστεριναιμία, ὁ διαβήτης, ἡ ὑπέρταση, τὸ κάπνισμα. Στὶς περιπτώσεις αὐτὲς ὁ αὐλὸς τῆς κοιλιακῆς ἀορτῆς ἐλέγχεται εὐκόλα μὲ ὑπερηχογράφημα, τὸ γνωστὸ τρίπλεξ. Συνήθως εἶναι φυσιολογικὸς καὶ καθησυχάζουμε τὸν ἐξεταζόμενο ὅτι δὲν ἔχει ἀνάγκη ἐπεμβάσεως. Καὶ τὸν συμβουλεύουμε βέβαια νὰ ἀντιμετωπίσει μὲ ἐπιμονὴ καὶ διὰ βίου τοὺς παράγοντες κινδύνου, ἐπειδὴ παρόμοιες βλάβες μπορεῖ νὰ ἐμφανισθοῦν σὲ ἀρτηρίες μὲ μικρὸ αὐλὸ ὡς οἱ καρωτίδες, οἱ ἐγκεφαλικές, οἱ στεφανιαῖες, οἱ νεφρικές, μὲ κίνδυνο κακῆς ἢ διακοπῆς αἱμάτωσης περιοχῶν ἐγκεφάλου, καρδιάς καὶ νεφρῶν. Ὅμως ἡ κοιλιακὴ ἀορτὴ, μὲ ἡ δίκως ἀσβεστώσεις, μπορεῖ νὰ διαταθεῖ, ἰδίως σὲ ὑπέρταση καὶ τότε τὸ τρίπλεξ δείχνει διάμετρο 3 ἑκατοστὰ ἢ περισσότερο. Ἐδῶ θεραπεύεται ἀποτελεσματικὰ ἡ ὑπέρταση, ὥστε ἡ μεγάλη - συστολικὴ πίεση νὰ εἶναι σταθερὰ χαμηλή, κάτω ἀπὸ 13, καὶ ἐφιστᾶται ἡ προσοχὴ ἀποφυγῆς ἔντονης προσπάθειας, ὅπως ἡ ἄρσις μεγάλου βάρους ἢ γρήγορο βᾶδισμα σὲ ἀνηφορικὸ δρόμο. Παράλληλα ἀντιμετωπίζεται ἡ ὑπαρξη ἄλλων παραγόντων κινδύνου καὶ ζητεῖται παρακολούθηση μὲ ὑπερηχογράφημα τῆς κοιλιακῆς ἀορτῆς κάθε 6 μῆνες. Στὶς περισσότερες περιπτώσεις μὲ τὴ συντηρητικὴ αὐτὴ ἀγωγή περνοῦν τὰ χρόνια χωρὶς νὰ αὐξάνεται περισσότερο ἡ διάμετρος τῆς κοιλιακῆς ἀορτῆς, ἦγουν τὸ ἀνεύρυσμα μένει μικρὸ. Ὅμως ὑπάρχουν καὶ ἀσθενεῖς, στοὺς ὁποίους συμβαίνει προοδευτικὴ αὐξηση τῆς διαμέτρου τοῦ ἀορτικοῦ αὐλοῦ σὲ βαθμὸ ὥστε στοὺς εὐσωμους, μετὰ παρέλευση ἐτῶν, νὰ ὑπερβεῖ τὰ 5 ἑκατοστὰ (Εἰκόνα 9). Τότε συνιστᾶται ἐπεμβατικὴ θεραπεία μὲ καθετηριασμὸ καὶ ἐνδοαορτικὴ τοποθέτηση μοσχεύματος - στέντι ἢ ἐγκλείριση, στὴν ὁποία γίνεται ἐκτομὴ τοῦ ἀνευρύσματος καὶ ἀντικατάστασή του μὲ σωληνωτὸ ἀορτικὸ μόσχευμα. Θεραπευτικὴ ἐπέμβαση ἐπίσης γίνεται σὲ ταχεῖα αὐξηση τῆς διαμέτρου τοῦ αὐλοῦ ποὺ ὑπερβαίνει τὸ μισὸ (0,5) ἑκατοστὸ μέσα σὲ 6 μῆνες, π.χ. ἀπὸ 3,5 νὰ φθάσει τὰ 4,2 ἢ 4,5 ἐκ., ἐπειδὴ τότε ὑπάρχει κίνδυνος ρήξης τῆς ἀορτῆς, ὡς ἀκριβῶς καὶ σὲ μεγάλο ἀνεύρυσμα ἄνω τῶν 5,5 ἐκ. Ὁ ἐπίσιος κίνδυνος ρήξης ἀνευρύσματος κάτω ἀπὸ 5 ἐκ. εἶναι 0,5 ἐκ., ἐνῶ ἐὰν εἶναι 5-6 ἐκ. ὁ κίνδυνος αὐτὸς φθάνει τὸ 5% καὶ ἂν εἶναι πάνω ἀπὸ 6 ἐκ. φθάνει τὸ 10%. Ὁ κίνδυνος αὐτὸς εἶναι μεγαλύτερος σὲ πρόσωπα ποὺ ἔχουν οἰκογενῆ μορφή ἀνευρύσματος τῆς κοιλιακῆς ἀορτῆς, ὅπως ἐπίσης στὶς γυναῖκες περισσότερο ἀπὸ τοὺς ἄνδρες, στοὺς καπνιστές, σὲ πάσχοντες ἀπὸ ἀρτηριακὴ ὑπέρταση καὶ



Εικόνα 9. Στο κέντρο διακρίνεται η αορτή που άρχίζει από την καρδιά, ανέρχεται για λίγο στο θώρακα και στη συνέχεια κατέρχεται μέχρι χαμηλά την κοιλιά, όπου διακάζεται στις δύο λαγόνιες αρτηρίες. Φυσιολογικά (άριστερά) στη κοιλιακή αορτή ψηλά εκφύονται οι νεφρικές αρτηρίες. Δεξιά παρατηρείται άνευρυσμα της κοιλιακής αορτής: κάτω από τις νεφρικές αρτηρίες η διάμετρος του αύλου είναι αυξημένη πάνω από το διπλάσιο της φυσιολογικής αορτής και συνιστάται επεμβατική θεραπεία.

διαλείπουσα κωλόπτητα. Σε μικρόσωμους ασθενείς, συνηθέστερα γυναίκες, φυσιολογικά ή διάμετρος της αορτής είναι <2 εκ., ένιστε και 1,6 εκ. Τότε ή έγχείρνηση συνιστάται, όταν αυτή ή διάμετρος στους μικρόσωμους διπλασιάζεται, και έγχείρνηση γίνεται όταν υπερβαίνει τα 3,5 εκ..

Σήμερα ρωτάει ό πάσων τó είδος της επέμβασης στο κοιλιακό άνεύρυσμα. Πρό έτων δημοσιεύθηκε μελέτη στην όποία θεραπέυτηκαν 677 ασθενείς με αορτικό άνεύρυσμα κοιλίας. Έξ αυτών 417 έκαναν έγχείρνηση για τó άνεύρυσμα της κοιλιακής αορτής και 260 ύπεβλήθησαν σε καθητηριασμό και ένδοαορτική τοποθέτηση μοσχεύματος-στέντ. Οί χειρουργηθέντες ήσαν ήλικίας 71 έτων κατά μέσον όρο και έκεινοι που ύπεβλήθησαν σε ένδοαορτική τοποθέτηση μοσχεύματος ήσαν 74 έτων. Οί χειρουργηθέντες έκάπνιζαν περισσότερο και έπασχαν συχνότερα από χρόνια άποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ). Οί χειρουργηθέντες έχασαν περισσότερο αίμα, παρέμειναν μεγαλύτερο χρονικό διάστημα στο νοσοκομείο και είχαν θνησιμότητα από την επέμβαση 3,5% έναντι 2,7% των ύποβλήθέντων σε ένδοαορτική διόρθωση (Journal of Vascular Surgery, 2007,45:258-262). Σε περιοδικό του Άμερικανικού Καρδιολογικού Κολλεγίου σχολιάζεται ότι τα παραπάνω άποτελέσματα της επέμβατικής θεραπείας του κοιλιακού αορτικού άνευρύσματος έπιβεβαιώνονται από πολλές μελέτες, δηλαδή ύπερέχει ή



Εικόνα 10. Διαχωριστικό ανεύρυσμα της αορτής. Ρήγνυται, σχίζεται ο έσω χιτώνας (ένδοθήλιο, ως πούμε φόδρα της αορτής). Έτσι το αίμα ανοίγει δρόμο μέσα στο τοίχωμα της αορτής. Όποτε το τοίχωμα διαχωρίζεται και γεννᾶται ένας νέος αύλος-ψευδοαύλος, όπως δείχνει η σκίαση στην εικόνα, ενώ στενεύει λίγο ο πραγματικός αύλος. Αυτό το διαχωριστικό ανεύρυσμα μπορεί να είναι περιορισμένο και να εκτείνεται μόνο στην ανιούσα αορτή (2^ο σχήμα) ή να βρίσκεται σε μικρό ή μεγαλύτερο μέρος της κατιούσας θωρακικής και κοιλιακής αορτής (3^ο, 4^ο σχήμα δεξιά) ή στη χειρότερη περίπτωση να αρχίζει άμέσως μετά την καρδιά στην ανιούσα αορτή και να φτάνει μέχρι τις λαγόνιες (1^ο σχήμα αριστερά).

μέθοδος της ένδοαορτικής τοποθέτησης μοσχεύματος-στέντ. Όμως παρατηρείται ότι διεθνώς επί του παρόντος δεν υπάρχει έπαρκής και ἄρτια λειτουργία κέντρων προς ένδοαορτική τοποθέτηση στέντ, πού να καλύπτουν τις ανάγκες του πληθυσμού. Στις περιπτώσεις αυτές βεβαίως τῆ λύση δίνει ἡ χειρουργική επέμβαση.

Διαχωριστικό ανεύρυσμα τῆς αορτῆς

Τις περισσότερες φορές αίτια είναι ἡ υπέρταση και ἡ ἡλικία ἀλλά, ἐνίοτε, ὀφείλεται σὲ νόσο τοῦ Marfan ἢ και διαβήτη ἢ και καταστάσεις πού συνοδεύουν τῆ δίπτυχη αορτική βαλβίδα.

Ἐο διαχωρισμὸς ἐμφανίζεται στὸ μεγάλο κανάλι, στὴν αορτὴ και συχνότερα συμβαίνει στὴν ανιούσα αορτὴ (Εικόνα 10). Μπορεῖ ὅμως νὰ συμβεῖ και ψηλὰ στὸ θώρακα και ἀκολουθῶς ὅταν κατεβαίνει στὴν κοιλία μέχρι τῆ λεκάνη, ὅπου ἡ αορτὴ θὰ δώσει τελικὰ τὶς δυὸ λαγόνιες ἄρτηριες γιὰ τὰ πόδια. Στὸ διαχωρισμὸ τὸ τοίχωμα τῆς αορτῆς σχίζεται στὸ ἐνδοθήλιο τῆς, ἄς πούμε σχίζεται ἡ φόδρα στὸ μανίκι σακακιοῦ, και τότε αἷμα περνάει ἀπὸ τὸ ἄνοιγμα μέσα στὸ τοίχωμα τῆς αορτῆς μεταξύ ἐνδοθηλίου και τοιχώματος (φόδρας και ὑφάσματος), ὥστε ἀμέσως νὰ ἔχουμε δυὸ σωλῆνες, τὸν πραγματικὸ

καὶ τὸν ψευδοαυλὸ στὴν ἀορτὴ μὲ συνέπειες πολλές: πέρα ἀπὸ τὸν πόνο καὶ τὴ διόγκωση ἀπὸ τὴν εἴσοδο τοῦ αἵματος μέσα στὸ τοίχωμα ποῦ σχίζεται στὰ δύο, μπορεῖ νὰ διακοπεῖ ἢ περιορισθεῖ ἡ κυκλοφορία τοῦ αἵματος σὲ κλάδο τῆς ἀορτῆς ποῦ εἶναι ὑπεύθυνος γιὰ τὴν αἱμάτωση π.χ. τοῦ ἀριστεροῦ χεριοῦ ἢ τοῦ ἐγκεφάλου (καρωτίδα) ἢ τῶν ἀρτηριῶν ποῦ αἱματώνουν τὸ νωτιαῖο μυελὸ κ.λπ. Ἔτσι ἐμφανίζονται συμπτώματα κακῆς αἱμάτωσης ἀντίστοιχα ἀπὸ τὸ χέρι, ἐγκεφαλικὸ ἐπείσῳδιο, παραλυτικὰ φαινόμενα λόγῳ βλάβης τοῦ νωτιαίου μυελοῦ καὶ ἄλλα. Στὸς κλάδους εἶναι καὶ ἡ δυσκολία τῆς χειρουργικῆς θεραπείας τοῦ διαχωριστικοῦ ἀνευρύσματος τῆς ἀορτῆς: ἡ ἐπέμβαση μὲ τοποθέτηση πλαστικοῦ μοσχεύματος γίνεται πιὸ εὐκόλα ὅταν τὸ πρόβλημα βρίσκεται στὴν ἀνιούσα ἀορτὴ μόνο. Ἀντίθετα, ὁ κίνδυνος εἶναι μεγάλος, ἐὰν τὸ ἀνεύρυσμα ἀφορᾷ στὸ ἀορτικὸ τόξο καὶ τὴν κατιούσα θωρακικὴ ἀορτὴ, ἐπειδὴ ἐκφύονται ἀντίστοιχα ἀρτηρίες γιὰ τὸν ἐγκέφαλο, τὰ ἄνω ἄκρα, τὸ νωτιαῖο μυελό. Εὐνόητο ὅτι μὲ αὐτὸ τὸν μεγάλο κίνδυνο ἔχουμε προβλήματα καὶ συχνὰ ἀπώλειες πασχόντων. Εὐτυχῶς, τὸ ἀνεύρυσμα τῆς ἀορτῆς συνηθέστερα ἐντοπίζεται στὴν ἀνιούσα ἀορτὴ. Στὴν κατιούσα ἀορτὴ συνήθως τὸ ἀνεύρυσμα δὲν περιλαμβάνει καὶ τὶς νεφρικὲς ἀρτηρίες καὶ διευκλύνεται ἡ ἐγχείρηση ἢ ὁ καθετηριασμὸς μὲ τοποθέτηση μοσχεύματος.

ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗ ΑΡΤΗΡΙΟΠΑΘΕΙΑ

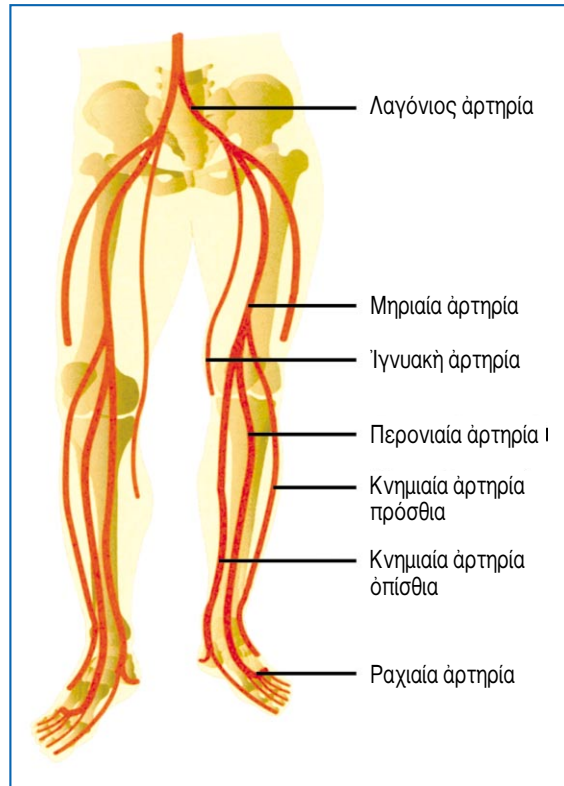
Χαμηλά στο σώμα ή αορτή διχάζεται στις δυο λαγόνιες αρτηρίες, οι οποίες κατέρχονται και φθάνουν μέχρι τα δάχτυλα του άκρου ποδός και κατά την περιοχή που περνούν ονομάζονται εκ των άνω προς τα κάτω μηριαίες, ίγνυακές, κνημιαίες, περονιαίες και ραχιαίες του άκρου ποδός αρτηρίες (Εικόνα 11).

Στην εσωτερική επιφάνεια του τοιχώματος όλων αυτών των αρτηριών κάτω από τη λεκάνη μπορεί να εμφανισθούν αθηρωματικές πλάκες που στενεύουν ή και κλείνουν την αρτηρία. Με υπερηχογράφημα-τρίπλεξ γίνεται εύκολα η έντοπιση των αθηρωματικών βλαβών και προσδιορίζεται ο βαθμός στένωσης του αυλού της αρτηρίας. Πάσχουν και αυτές οι αρτηρίες από αθηρωμάτωση όπως ακριβώς οι στεφανιαίες αρτηρίες της καρδιάς, οι καρωτίδες και οι εγκεφαλικές. Αυτές οι βλάβες στις αρτηρίες των κάτω άκρων εμποδίζουν τη ροή αίματος, ενίοτε σε σημαντικό βαθμό ώστε οι ιστοί στα πόδια να μην τρέφονται καλά και να μην παίρνουν αρκετό οξυγόνο. Τότε η πάθηση ονομάζεται **περιφερική αποφρακτική αρτηριοπάθεια** ή αρτηριοπάθεια των κάτω άκρων, της οποίας αιτίες συνηθέστερες είναι ο σακχαρώδης διαβήτης και το κάπνισμα.

Η αρτηριοπάθεια των κάτω άκρων, όπως κάθε πάθηση, μπορεί να είναι ήπια ή σοβαρή. Διακρίνουμε τέσσερα στάδια στην εξέλιξή της.

Στο 1ο στάδιο ο πάσχων δεν έχει ενδοκλήσεις. Η πάθηση διαπιστώνεται με κλινική εξέταση και, κυρίως, με υπερηχογράφημα Doppler ή και με μέτρηση της πίεσης άφ' ενός μόν στο βραχίονα και άφ' έτερου στο πόδι χαμηλά στην κνήμη (Εικόνα 12), άμέσως πάνω από τα σφυρά (άστραγάλους).

Παίρνουμε την πίεση στον βραχίονα, στη συνέχεια με το ίδιο πιεσόμετρο μετράμε την πίεση στο πόδι, αφού περισφίξουμε το κάτω μέρος της κνήμης, πάνω από τους



Εικόνα 11. Άρτηριές κάτω άκρων.
(Άπό τὸ περιοδικὸ *Coeur et Santé*).



Εικόνα 12. Μέτρηση της πίεσης χαμηλά στην κνήμη με τη μέθοδο Doppler και εξέταση της ροής αίματος στη ραχιαία αρτηρία. Από την ίδια αρτηρία ή την όπισθια κνημιαία, ακριβώς πίσω από το έσω σφυρόν-άστράγαλο, μπορούμε να πάρουμε την πίεση με ψηλάφηση ή ακρόαση του σφυγμού. Πιο εύκολα και αξιόπιστα γίνεται η μέτρηση με Doppler. Φυσιολογικά η πίεση στο πόδι είναι μεγαλύτερη από την πίεση στο βραχίονα και όταν το πηλίκον της πρώτης προς τη δεύτερη είναι 0,9 ή μικρότερο τότε υπάρχει πρόβλημα μειωμένης κυκλοφορίας στα κάτω άκρα λόγω περιφερικής αποφρακτικής αρτηριοπάθειας (Donnelly, R. et al. *British Medical Journal* 2000;320:698-701).

άστραγάλους, έχοντας το άκουστικό στη ραχιαία ή την όπισθια κνημιαία αρτηρία. Εάν το πηλίκον της πίεσης στο πόδι εν σχέσει με την πίεση στο βραχίονα είναι 0,9 ή λιγότερο, τότε συμπεραίνεται ότι υπάρχει εμπόδιο στη ροή αίματος στο πόδι. Αυτό είναι διαγνωστικό σημείο της περιφερικής αποφρακτικής αρτηριοπάθειας. Ο κλινικός ιατρός υποπτεύεται την πάθηση εάν δεν ψηλαφά σφυγμό στη ραχιαία αρτηρία του άκρου ποδός ή στην κνημιαία αρτηρία ακριβώς πίσω από το έσω σφυρόν (άστράγαλο). Φυσιολογικά η πίεση στο πόδι είναι μεγαλύτερη από όσο στο βραχίονα.

Στο 2ο στάδιο οί πάσχοντες έχουν συμπτώματα, στα όποια κυριαρχεί η **διαλείπουσα χωλότης**. Αυτό σημαίνει ότι εμφανίζουν πόνο, συνήθως στις γάμπες κατά το βάδισμα και σε βαθμό που αναγκάζονται να σταματήσουν. Με την ακινησία ήρεμοι και σε ένα-δυο λεπτά συνεχίζουν πάλι το βάδισμα. Ο πόνος μερικές φορές γίνεται αισθητός και ψηλά προς τον μηρό ή τα ισχία, όταν η αθηρωμάτωση έχει προσβάλει πιο πολύ τις λαγόνιες αρτηρίες ψηλά στη λεκάνη. Η πάθηση είναι πιο ελαφρά όσο πιο

μεγάλη είναι η απόσταση, άνω των 1.000 μέτρων, και όσο πιο γρήγορο είναι το βάδισμα που προκαλεί τον πόνο στη γαστροκνημία (γάμπα). Αντίθετα, σοβαρότερη είναι η πάθηση εάν ο πόνος εμφανίζεται εύκολα, με βάδισμα λίγων, 50 έως 100 μ. Στις περιπτώσεις αυτές ο δείκτης πίεσης βραχίονα/ποδιού είναι χαμηλότερος από 0,9 και μπορεί να είναι κρύα τα πόδια, ιδιαίτερα στα δάχτυλα. Πάντως για τον ίδιο πάσχοντα η απόσταση που προκαλεί τον πόνο μπορεί να ποικίλλει, άλλοτε να είναι 100 μέτρα κι άλλοτε 200, όχι μόνο λόγω διαφορής εντάσεως βαδίσματος, αλλά και λόγω διαφορής εξωτερικής θερμοκρασίας και όμαλου ή ανώμαλου εδάφους στο οποίο βαδίζει. Πέραν αυτών, διαφορές στην αίσθηση του πόνου μπορεί να υπάρχουν από τον τρόπο ζωής που έχει ο καθένας, αν περνά το χρόνο του στο καφενείο ή τρέχει όλη την ημέρα.

Στο 3ο στάδιο ο πόνος εμφανίζεται και σε ήρεμία, πολύ συχνά τη νύχτα ξαπλωμένος. Συνήθως αναγκάζεται να κάθεται στην άκρη της κλίνης ο πάσχων με κατεβαμένα τα πόδια ή να περνά τη νύχτα σε μία πολυθρόνα. Το αίμα που φθάνει χαμηλά στα πόδια είναι πολύ λίγο και για το λόγο αυτό μειώνεται η αίσθηση στα δάχτυλα και γενικά στο πόδι. Λόγω ισχαιμίας έχουν πέσει οι τρίχες στα δάχτυλα, το δέρμα είναι ώχρο, πιο παχύ και κρύο. Η διάγνωση της σοβαρότητας της παθήσεως βεβαιώνεται με υπερηχογράφημα-Doppler των αρτηριών των κάτω άκρων.

Στο 4ο στάδιο εμφανίζονται τροφικές διαταραχές με ιστικές νεκρώσεις, έλκη στα δάχτυλα, στο πέλμα ή και χαμηλά στην κνήμη, χωρίς ο πάσχων να αισθάνεται πόνο. Το χρώμα γίνεται κυανωτικό, με δέρμα ψυχρό, παχύ με λέπια. Η κατάσταση οδεύει προς γάγγραινα.

Ο ασθενής με περιφερική αποφρακτική αρτηριοπάθεια θα πρέπει να ελέγχεται μήπως παρουσιάζει και σε άλλες περιοχές βλάβες των αρτηριών. Έν προκειμένω με υπερηχογράφημα ελέγχονται εύκολα η άορτή, οι καρωτίδες και οι νεφρικές αρτηρίες, εάν εμφανίζουν ομοίως τις γνωστές αθηρωματικές-λιπαρές πλάκες με χοληστερίνη και ασβέστιο. Ός προς τις στεφανιαίες, γίνεται δοκιμασία κόπωσης, συνήθως εν κατακλίσει, επειδή υπάρχει δυσκολία στο βάδισμα. Έν προκειμένω, υπό συνεχή ιατρικό έλεγχο των σφυγμών και της πίεσης, με ενδοφλέβια χορήγηση φαρμάκου προκαλείται ταχυκαρδία και αύξηση της πίεσης, ώστε να προκαλείται κόπωση στην καρδιά. Ταυτόχρονα λαμβάνεται και ηλεκτροκαρδιογράφημα και με υπερηχογράφημα παρακολουθούνται τυχόν μεταβολές. Κάτι ανάλογο γίνεται και με το σπινθηρογράφημα σε δοκιμασία κόπωσης. Πέραν των ανωτέρω γίνονται και εξετάσεις αίματος για σάκχαρο, LDL χοληστερόλη, HDL όλικη χοληστερόλη, τριγλυκερίδια, κρεατινίνη και λευκοματουρία, οί τελευταίες για τον έλεγχο της λειτουργίας των νεφρών. Έτσι, λοιπόν, λαμβάνεται ολοκληρωμένη εικόνα της καταστάσεως του αγγειακού δικτύου του σώματος σε περιφερική αποφρακτική αρτηριοπάθεια.

Η πρόληψη της πάθησης περιλαμβάνει α) άποχή από κάπνισμα και β) αντιμετώπιση άλλων παραγόντων κινδύνου, ως ο διαβήτης, η υπέρταση και η υπερχοληστεριναιμία. Άπαραίτητο είναι το ζωηρό βάδισμα τουλάχιστον μισή ώρα την ημέρα. Από φαρμα-

κευτικής πλευράς χορηγούνται ασπιρίνη, κλοπιδογρέλη, στατίνες για τη χοληστερίνη, α-ΜΕΑ και, εάν είναι άνεκτοί, β-άναστολεϊς. Τέλος, εύκταία είναι η επαναγγείωση με αποκατάσταση της ροής αίματος στα πόδια. Προηγείται κλασική αρτηριογραφία για τον καλύτερο έντοπισμό των αποφρακτικών βλαβών και λήψη αποφάσεως τρόπου θεραπείας. Έδω συχνά γίνεται αγγειοπλαστική, μπαλόνη-στέντ, η χειρουργική επέμβαση με μπαίπας - παράκαμψη της βλάβης.

ΎΑπο τή Ζωή

Συζήτηση για τή διαλείουσα κωλόπτια

- "Όσο πιό βαριά είναι η άθρωμάτωση τών άρτηριών και όσο πιό πολλά χρόνια ό πάσκων έχει παράγοντες κινδύνου, όπως ό διαβήτης και η ύπερχοληστερολαιμία κ.ά., τόσο αυξάνεται ό κίνδυνος. Ό λόγος είναι η περιφερική, όπως τή λένε, αποφρακτική άρτηριοπάθεια που προκαλεί ίσχειμία στις γάμπες, π.κ. σε διαβήτη δυό έως τέσσερις φορές πιό συχνά από όσο στα πρόσωπα τής ίδιας ηλικίας που δεν έχουν διαβήτη.

- Έννοεϊς ότι σε διαβήτη στενεύουν, φράσσουν οί άρτηρίες στους μηρούς, τις κνήμες και έμποδίζουν τήν κυκλοφορία αίματος;

- Άπο διαβήτη και άλλους παράγοντες κινδύνου. Έτσι στο βάδισμα, ιδίως στο γοργό η σε άνήφορο, ό πάσκων σταματά στο δρόμο από πόνο στις γάμπες, επειδή διαμαρτύρονται οί μύες στα πόδια, ίσχειμούν. Τήν ώρα αυτή οί μύες ζητούν περισσότερο αίμα λόγω του βαδίσματος, αλλά αυτό δεν γίνεται με τις στενωμένες η φραγμένες άρτηρίες. Η πάθηση μοιάζει με τή στεφανιαία νόσο. Είναι σοβαρότερη η περιφερική αποφρακτική άρτηριοπάθεια όσο πιό γρήγορα στο βάδισμα έρχεται ό πόνος. Έάν ό πόνος -**διαλείουσα κωλόπτια** είναι ό όρος στην Ίατρική- εμφανίζεται σε ζωηρό βάδισμα 1.000 μέτρων επί ίσοφερείας μιλάμε για ήπιο η μέτριο βαθμό πάθησης. Όμως άν προκαλείται στα 100 η 50 μέτρα, η ακόμη χειρότερα με τήν παραμικρή κίνηση, τότε τά πράγματα είναι σοβαρά. Τά πόδια είναι κρύα, άσπρα άφου δεν φτάνει εκεί σε ίκανή ποσότητα τό αίμα, συχνά ύπάρχει ύπαισθησία, τσιμπάς τό πόδι και δεν αντιδρά ό πάσκων, τραυματίζεται, κάνει πληγή και άπουσιάζει ό πόνος. Λόγω κακής κυκλοφορίας οί πληγές αυτές, παρά τις άλλαγές και άλοιφές, συχνά δεν κλείνουν και η κατάσταση βαθμηδόν και κατ' όλίγον όδνηεϊ σε γάγγραινα.

- Είναι συχνή η άποφρακτική άρτηριοπάθεια στα πόδια;

- Σε ποσοστό 12% τών ενηλικών. Τό ποσοστό αυτό μπορεί να φτάσει τό 20% η περισσότερο στους ύπερβάντας τό 70ο έτος. Όμως πρέπει να σημειωθεί ότι δεν έχουν όλοι πόνο στις γάμπες, παρ' όλο ότι η άρτηριοπάθειά τους είναι σοβαρή. Σε άλλους η νόσος έκδηλώνεται με κόπωση στο βάδισμα η είναι σιωπηρή.

- Πώς γίνεται η διάγνωση τής νόσου;

- Σε όσους έχουν διαλείουσα κωλόπτια, η διάγνωση και η σοβαρότητα τής πάθη-

σης γίνεται συζητώντας για τον πόνο. Σε σιωπηρή αρτηριοπάθεια υποψιαζόμαστε τη νόσο σε πρόσωπα: α) ηλικίας κάτω των 50 ετών εάν πάσχουν από διαβήτη, β) ηλικίας 50-70 ετών εάν καπνίζουν ή έχουν διαβήτη, γ) σε όλους άνω των 70 ετών. Στην πάθηση μπορεί επίσης να φταίει η πίεση και η χοληστερίνη. Η υποψία της νόσου παύει να υπάρχει εάν τα πόδια έχουν όψη φυσιολογική, είναι θερμά και έχουν κανονικό σφυγμό οι ραχιαίες αρτηρίες. Όλα είναι εντάξει εάν και η πίεση στους αστραγάλους είναι η ίδια ή μεγαλύτερη από την πίεση που παίρνουμε στο βραχίονα με το ίδιο πιεσόμετρο (J Am Coll Cardiol 2006; 15: 16-19).

Απόφυγε κάπνισμα, διαβήτη, υπέρταση, χοληστερίνη για να περπατάς καλά. Να κάνεις έργα. Ως εκείνα που έγιναν στο Βυζάντιο της εποχής των Μακεδόνων και Κομνηνών αυτοκρατόρων. Χρυσός και άργυρος παντού, σμάλτα σε σταυρούς, στέμματα, έλεφαντουργήματα, λειψανοθήκες, μεταξωτά έκθαμβωτικών χρωμάτων με παραστάσεις ζώων, χειρόγραφα άριστουργήματα με έκφραστικά πορτραίτα. Πηγή έμπνευσεως ή Πόλη του Βοσπόρου τον 10^ο μέχρι τον 12^ο αιώνα. Για την οθώνεια αναγέννηση στη Γερμανία, την ισπανοαραβική τέχνη, τις ορειχάλκινες θύρες, τα ψηφιδωτά, τους τρούλους των εκκλησιών της Δύσης...

Από τη Ζωή

Για να «κυκλοφορούν» τα πόδια

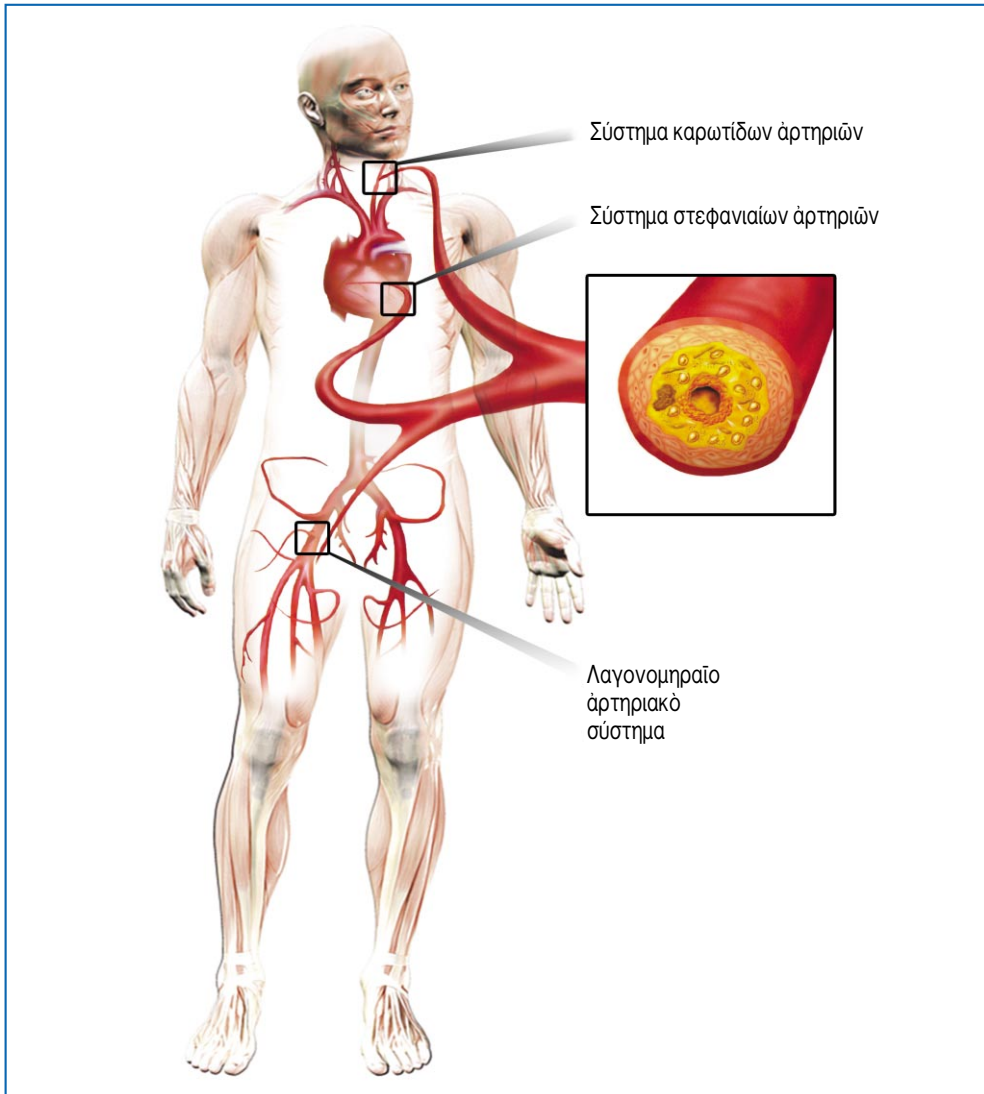
- Διάσημος ο Διαγόρας, νίκες πολλές είχε στην πυγμαχία, γνωστός περιοδονίκης στους Πανελλήνιους και στους Όλυμπιακούς Αγώνες. Τα πόδια του πρέπει να είχαν φτερά. Ο Πίνδαρος τον χαρακτηρίζει «πελώριον», λέξη για την οποία ένας σχολιαστής σημειώνει ότι ο Διαγόρας ήταν τεσσάρων πήχεων, είχε ύψος 2,50 περίπου μέτρα.

- Έγώ όμως, τι σχέση έχω με το Διαγόρα; Τα πόδια μου είναι αδύνατα, με εγκαταλείπουν... Βαδίζω και αισθάνομαι καλά μόνο στα πρώτα μέτρα, μετά τα 100μ. πρέπει να σταματήσω από αδυναμία και κάτι σαν σφίξιμο στις γάμπες. Περπάτημα με στάσεις.

- Φταίνε οι αρτηρίες, αποφρακτική αρτηριοπάθεια των κάτω άκρων. Το τρίπλεξ υπερήχων δείχνει σημαντικές στενωτικές βλάβες στις λαγόνιες και τις μηριαίες αρτηρίες. Ότι το αίμα είναι λιγότερο που κυκλοφορεί στα πόδια, φαίνεται και από την πίεση που έχεις χαμηλά στις κνήμες. Την βρῆκα να είναι ή μισή αυτής που παίρνουμε στο μπράτσο, ενώ θα έπρεπε τουλάχιστον να είναι ίση. Χρόνια τὰ λέμε για τὸ κάπνισμα που βλάπτει τόσο πολύ τις αρτηρίες και μάλιστα στα πόδια. Με τον καπνὸ ἤλθε καὶ τὸ ζάχαρο καὶ τὸ κακὸ ζευγάρωσε!

- Εὐθύνεται καὶ ὁ διαβήτης γιατὴν ἀδυναμία τῶν ποδιῶν;

- Ὁ κίνδυνος ἐμφάνισης ἀποφρακτικῆς ἀρτηριοπάθειας στὰ πόδια εἶναι ἀνάλογος μετὴ σοβαρότητα καὶ τὴ διάρκεια τοῦ διαβήτη. Ὅσο πιὸ πολλὰ χρόνια ἔχεις ζάχαρο καὶ ὅσο ψηλότερη εἶναι στὸ αἷμα ἡ «γλυκιά» αἰμοσφαιρίνη μετὸ ὄριο ὑποφερτὸ 7%, τόσο πιὸ



Εικόνα 13. *Οί αρτηρίες που προσβάλλονται από αθηρωμάτωση είναι οι στεφανιαίες της καρδιάς, οι καρωτίδες και οι αρτηρίες του εγκεφάλου, η αορτή και οι αρτηρίες των κάτω άκρων λαγόνιες και μηριαίες.*

δύσκολα βαδίζεις. Βέβαια ή γάγγραινα στα δάκτυλα και γενικά στους άκρους πόδας είναι ασυνήθης, αλλά όταν τη συναντάμε, βασική αιτία είναι ο διαβήτης. Σε περιφερική αποφρακτική αρτηριοπάθεια, ο άκρωτηριασμός κάτω άκρου από γάγγραινα είναι 7-15 φορές συχνότερος σ' εκείνους που έχουν διαβήτη έναντι των μη διαβητικών προσώπων.

- Τί να συμβαίνει άραγε στις στεφανιαίες αρτηρίες της καρδιάς και στην κυκλοφορία του εγκεφάλου όταν έχεις αρτηριοπάθεια των κάτω άκρων;

Ἡ στεφανιογραφία ἀποκαλύπτει στενωτικές βλάβες στις στεφανιαῖες ἀρτηρίες σὲ ποσοστὸ 85% καὶ τὸ ὑπερχογράφημα τρίπλεξ τῶν καρωτίδων στενώσεις σὲ ποσοστὸ 60%. Αὐτὸ σημαίνει ὅτι ἀρκετοὶ μὲ διαλείπουσα κωλότητα, ποὺ σταματοῦν στὸ δρόμο ἀπὸ πόνο-σφίξιμο στις γάμπες, μπορεῖ νὰ ἔχουν προσβληθεῖ καὶ ἀπὸ ἔμφραγμα ἢ παροδικὸ ἐγκεφαλικὸ ἐπεισόδιο (Εἰκόνα 13).

Ἄκόμη μπορεῖ νὰ ἔχουν ἰσχαμία τοῦ μυοκαρδίου ποὺ θὰ ἐκδηλωνόταν μὲ σπθάγχη στὴν προσπάθεια, ἐὰν δὲν σταματοῦσε πρὶν ὁ πάσχων ἀπὸ ἀδυναμία καὶ «πίσιμο» στὰ πόδια.

Ὁ Διαγόρας εἶχε τρεῖς γιούς, τὸν Δαμάγντο, τὸν Ἀκουσίλαο καὶ τὸν Δωριέα, καὶ μία κόρη τὴν Καλλιπάτειρα ποὺ τοῦ ἴδωσε ἐγγόνια, τὸν Εὐκλεῆ καὶ τὸν Πεισίδωρο. Ὅλοι τους νικητὲς σὲ διάφορους ἀγῶνες. «Κάθανε οὖν Διαγόρα, οὐ ζῶν ἐς Ὀλυμπον ἀναβήσει» τοῦ φώναζαν στὸ στάδιο οἱ φίλαθλοι. Καὶ πέθανε ἀπὸ συγκίνηση στὴν Ὀλυμπία τὸ 448 π.Χ. στὴν 83^η Ὀλυμπιάδα ὅταν οἱ γιοὶ του τὸν στεφάνωσαν μὲ τὰ δικά τους στεφάνια καὶ τροπαιοῦχο περιέφεραν αὐτὸν στὸ στάδιο.