

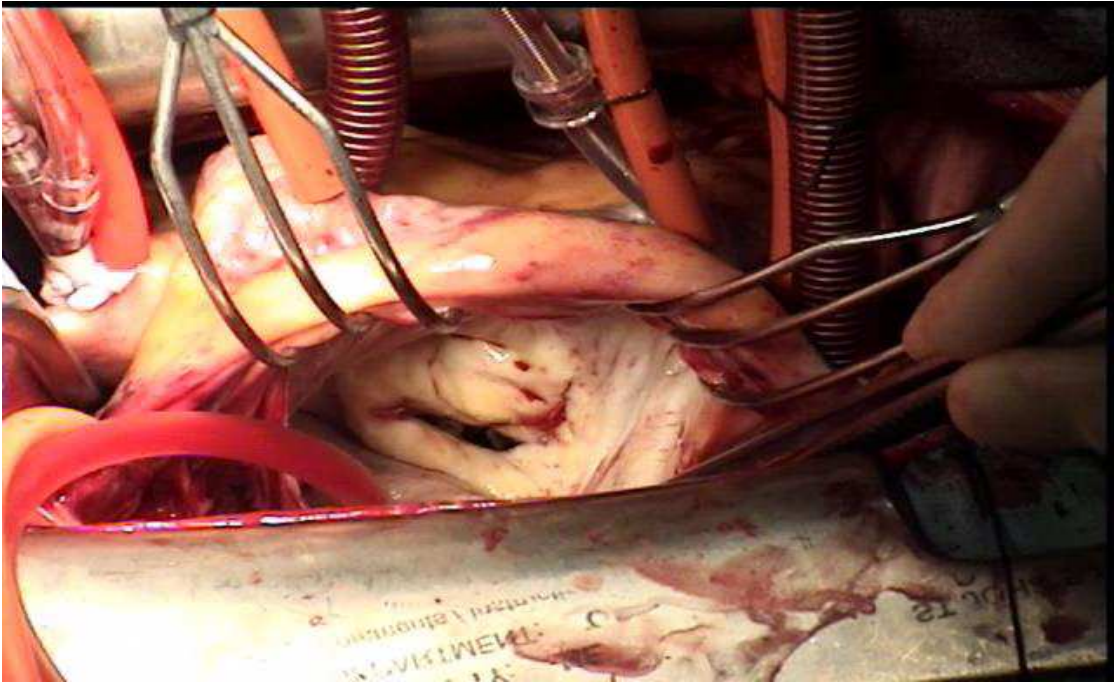
ΣΤΕΝΩΣΗ ΤΗΣ ΜΙΤΡΟΕΙΔΟΥΣ

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

Αιτία της παθήσεως είναι ο ρευματικός πυρετός από στρεπτοκοκκική λοίμωξη, ο οποίος προσβάλλει παιδιά ηλικίας 5-15 ετών, με εμφάνιση αρθροπάθειας στον αγκώνα, στο γόνατο και αλλού. Ήταν πολύ συχνή η πάθηση του κολλαγόνου στη χώρα μας και η οποία με ανοσοβιολογικούς μηχανισμούς προκαλεί φλεγμονή σε διάφορα όργανα, μεταξύ των οποίων και στην καρδιά, ιδιαίτερα στις βαλβίδες. Ευτυχώς μετά την ανακάλυψη της πενικιλίνης και την αποτελεσματική θεραπεία φαρυγγίτιδος και σχετικών λοιμώξεων από αιμολυτικό στρεπτόκοκκο της ομάδος Α, υπεχώρησε πολύ ο ρευματικός πυρετός. Έτσι, μετά το 1970, άρχισαν να αραιώνουν και οι ρευματικές βαλβιδοπάθειες, ως η στένωση της μιτροειδούς και φθάσαμε σήμερα να συναντάμε την πάθηση σπανιότερα, συνηθέστερα σε μετανάστες.

Η προσβολή της μιτροειδούς από οξεία ρευματική αρθροπάθεια είναι σιωπηρή στα παιδιά και εξελίσσεται επί μακρά σειρά 15-20 ετών ή περισσότερο για να αποτελέσει πρόβλημα στον ασθενή. Κατά τη δεύτερη-τέταρτη δεκαετία της παθήσεως η στένωση της βαλβίδος γίνεται μεγαλύτερη με πάχυνση των γλωχίνων, πρόσθιας και οπίσθιας, συγκόλληση αυτών και συγκεκριμένα της οπίσθιας προς την πρόσθια, καθώς επίσης συγκόλληση και των χορδών τους. Κατά τη διαστολή της καρδιάς, ενώ θα έπρεπε το στόμιο της μιτροειδούς να είναι ανοιχτό με φυσιολογική επιφάνεια 4 τετ. εκ. ή περισσότερο και έτσι να περνάει εύκολα το αίμα από τον αριστερό κόλπο να γεμίσει την αριστερή κοιλία, τώρα, σε στένωση της μιτροειδούς, το στόμιο γίνεται μικρότερο, 2 ή και κάτω από 1 τετ. εκ., οπότε δημιουργείται πρόβλημα μεγάλο. Τότε υπάρχει στάση αίματος στον αριστερό κόλπο, ο οποίος διογκώνεται πολύ και αυτή η λίμναση μεταφέρεται ολονέν διά των πνευμονικών φλεβών προς τους πνεύμονες, όπου συμβαίνει συμφόρηση με επιβράδυνση της κυκλοφορίας και βαθμιαία αύξηση της πίεσης στην πνευμονική αρτηρία. Στις σοβαρές αυτές καταστάσεις πνευμονικής υπέρτασης η δεξιά κοιλία εμφανίζει διόγκωση-υπερτροφία. Πάσχει, λοιπόν, και η δεξιά κοιλία, επηρεάζεται προς τα πίσω ο δεξιός κόλπος από αυξημένη πίεση, επειδή δεν προχωράει ελεύθερα το αίμα. Το ίδιο συμβαίνει πιο ψηλά στο λαιμό, στις σφαγίτιδες φλέβες, οι οποίες φαίνονται διογκωμένες, το ίδιο και προς τα κάτω, την κάτω κοίλη φλέβα και το ήπαρ, επίσης λιμνάζει εκεί το αίμα και το συκώτι είναι διογκωμένο. Μάλιστα παρατηρείται και το πολύ εντυπωσιακό εύρημα που οφείλεται στη δυσκολία που έχει η δεξιά κοιλία: καθώς συστέλλεται, αντί το αίμα να προχωρήσει προς τους πνεύμονες, επειδή η πίεση στην πνευμονική αρτηρία είναι πολύ υψηλή, το αίμα επιστρέφει και πίσω προς τις φλέβες και πέραν του σφυγμού στην πνευμονική αρτηρία έχουμε σφυγμό και πίσω, στις σφαγίτιδες, τον οποίο εδώ βλέπουμε με το μάτι, να φουσκώνουν σε κάθε συστολή της καρδιάς. Αλλά και με το χέρι ψηλαφούμε ηπατικό σφυγμό, το συκώτι να

εκπύσεται-σφύζει σε κάθε συστολή της καρδιάς από την επιστροφή αυτή του αίματος.



Εικόνα 1: Στένωση μιτροειδούς. Κατά τη διαστολική περίοδο η βαλβίδα θα πρέπει να ανοίγει πολύ καλά αλλά αυτό δεν συμβαίνει λόγω ινώσεως και ασβέστωσης της, ώστε συνολικά το στόμιο αντί περίπου 4 cm^2 , να είναι πολύ μικρό, κάτω από 1 cm^2 .



Εικόνα 2: Στένωση της μιτροειδούς λόγω ινώσεως και ασβεστώσεως με σημαντική διάταση του αριστερού κόλπου. Επί του τοιχώματος του αριστερού κόλπου, εντός του κύκλου, διακρίνονται αθηρωματικές πλάκες, πιθανόν λόγω και συνυπαρχούσης αρτηριακής υπέρτασης.

Διάγνωση: Για τη διάγνωση συχνά αρκεί η κλινική εξέταση. Με την **ψηλάφηση** διαπιστώνεται ότι ο πάσχων έχει φυσιολογικό φλεβοκομβικό ρυθμό ή βρίσκεται σε μαρμαρυγή των κόλπων, συνήθης επιπλοκή πάθησης της μιτροειδούς. Στην κορυφή της καρδιάς, λίγο κάτω από τη θηλή του μαστού, με την ψηλάφηση διαπιστώνεται συχνά διαστολικός ροίζος, μικροδονήσεις του θωρακικού τοιχώματος που οφείλονται στη θορυβώδη δύσκολη δίοδο του αίματος στο στενωμένο στόμιο της μιτροειδούς. Εάν η πάθηση είναι σοβαρή και υπάρχει πνευμονική υπέρταση, τότε έχουμε επιπλέον τα εξής ευρήματα: α) δίπλα στο στέρνο αριστερά ψηλαφάται συστολική ανάπαυση του θωρακικού τοιχώματος από υπερτροφία της δεξιάς κοιλίας, β) στο λαιμό διόγκωση των σφαγιτίδων και συχνά συστολικός σφυγμός αυτών, γ) στο ήπαρ διαπιστώνεται συστολική έκπτυξη-διόγκωση του ήπατος. Κατά την **ακρόαση** της καρδιάς ακούγονται τα χαρακτηριστικά ευρήματα της μιτροειδικής στενώσεως: α) *έντονος πρώτος τόνος*, εφ' όσον δεν έχει ασβεστωθεί και ακινητοποιηθεί η μιτροειδής βαλβίδα σε πολύ σοβαρές καταστάσεις, β) *κλαγγή διανοίξεως*, χαρακτηριστικός ήχος αμέσως μετά το δεύτερο καρδιακό τόνο, ο οποίος προκαλείται από το απότομο τέλος της ταχείας διανοίξεής της, λόγω της μεγάλης πίεσης που δέχεται από τον αριστερό κόλπο. γ) *διαστολικό φύσημα*, το οποίο καλείται *κύλισμα* χαμηλής συχνότητας, και δ) *προσυστολικό φύσημα* υψηλής συχνότητας, κατά το τέλος της διαστολής,

το οποίο οφείλεται στη συστολή του αριστερού κόλπου και, για το λόγο αυτό, απουσιάζει επί μαρμαρυγής των κόλπων, στην οποία δεν συστέλλονται οι κόλποι. Το προσυστολικό φύσημα παράγεται πάλι λόγω της δυσκολίας διόδου του αίματος δια του στενωμένου στομίου. Παραστατικά το φύσημα προφέρεται φφφ...λόγω της υψηλής συχνότητας, ενώ το κύλισμα προφέρεται rrr...λόγω της χαμηλής συχνότητας του ήχου.

Από τις παρακλινικές εξετάσεις το **ηλεκτροκαρδιογράφημα** μπορεί να δείξει κολπική μαρμαρυγή και σημεία υπερτροφίας της δεξιάς κοιλίας με απόκλιση του ηλεκτρικού άξονα προς τα δεξιά, προοδευτική αύξηση του επάρματος R στις απαγωγές V1, V2 και αντίστοιχη αύξηση του βάθους του S στις V5, V6. Επίσης μπορεί να εμφανισθεί και ατελής αποκλεισμός του δεξιού σκέλους, συνήθως σημείο και αυτό υπερτροφίας της δεξιάς κοιλίας. Στην μετωπιαία (en face) **ακτινογραφία θώρακος** παρατηρείται εικόνα ευθειαςμού του αριστερού καρδιακού χείλους, λόγω προβολής του μέσου τόξου της πνευμονικής αρτηρίας και του ωτίου του αριστερού κόλπου (μιτροειδικός σχηματισμός). Επιπλέον στον άνω λοβό των πνευμόνων συνήθως είναι αυξημένη η αγγείωση από διάταση των πνευμονικών φλεβών και σε πνευμονική συμφόρηση με αύξηση της πίεσης στα τριχοειδή διακρίνονται οριζόντιες γραμμώσεις (γραμμές Kerley) μήκους 1-3εκ., πάχους 1-2χιλ. προς τις βάσεις των πνευμόνων. Στο δεξιό χείλος en face συχνά παρατηρείται «διπλή παρυφή», λόγω διατάσεως του αριστερού κόλπου. Με το **υπερηχοκαρδιογράφημα** επιβεβαιούται η κλινική διάγνωση και εκτιμώνται με ακρίβεια α)ο βαθμός στενώσεως της μιτροειδούς, β)ο βαθμός διάτασης του αριστερού κόλπου και σε σοβαρές περιπτώσεις της δεξιάς κοιλίας, του δεξιού κόλπου, και της κάτω κοίλης φλέβας, γ)ο βαθμός πάχυνσης, συγκόλλησης γλωχίνων, χορδών και σε προχωρημένη πάθηση ασβέστωση αυτών. Έτσι παρέχονται κριτήρια προς σύσταση επεμβατικής θεραπείας με διάνοιξη της στένωσης μιτροειδούς αναίμακτα, χρησιμοποιώντας ειδικό μπαλόνι στο πλαίσιο καθετηριασμού της καρδιάς ή προς σύσταση χειρουργικής αντικατάστασης της βαλβίδας με τεχνητή βαλβίδα. Εν προκειμένω χρησιμοποιείται υπερηχοκαρδιογραφική κλίμακα, κατά την οποία αλλοιώσεις ≤ 8 μονάδων υπαγορεύουν την επεμβατική θεραπεία διάνοιξης της στενωτικής βλάβης με μπαλόνι, ενώ σε αλλοιώσεις >8 μονάδων συνιστάται η χειρουργική θεραπεία αντικατάστασης της βαλβίδας, κυρίως λόγω ασβέστωσης.

Συμπτώματα. Αυτά απουσιάζουν επί μακρά σειρά ετών. Στην παιδική ηλικία η προσβολή της βαλβίδας είναι συνήθως σιωπηρή και επί 15-20 έτη η νόσος επιδεινείται χωρίς αυτό να γίνεται αντιληπτό. Κατά την 4^η-5^η δεκαετία της ζωής η πάθηση μπορεί να έχει γίνει σοβαρή, οπότε λόγω της μεγάλης στενώσεως του μιτροειδικού στομίου εμφανίζεται εύκολη κόπωση. Λόγω πνευμονικής συμφόρησης ο πάσχων εμφανίζει δύσπνοια προσπαθείας, η οποία μπορεί να συμβαίνει και σε ηρεμία, ως η παροξυσμική νυχτερινή δύσπνοια ή και να εκδηλούται ως οξύ πνευμονικό οίδημα. Στις προχωρημένες καταστάσεις με δεξιά καρδιακή ανεπάρκεια παρατηρείται κατακράτηση υγρών, διόγκωση του ήπατος και οιδήματα στα κάτω άκρα, τα οποία μπορεί να επεκταθούν υψηλότερα στους μηρούς, ακόμη και ψηλότερα, προς τον κορμό (οίδημα ανά σάρκα).

Συνήθως, σε σοβαρή στένωση μιτροειδούς, έχουμε εγκατάσταση μαρμαρυγής των κόλπων. Η αρρυθμία αυτή με τη λίμναση αίματος στον αριστερό κόλπο αλλά κυρίως το στενωμένο μιτροειδικό στόμιο, οδηγεί σε εμφάνιση θρόμβων, ιδίως στο αριστερό ωτίο, η απόσπασση του οποίου μπορεί να ακολουθήσει τη ροή αίματος προς την αριστερή κοιλία και τις περιφερικές αρτηρίες και να προκαλέσει περιφερική αρτηριακή εμβολή. Σοβαρότερη είναι η εγκεφαλική εμβολή με το σχετικό εγκεφαλικό επεισόδιο.

Θεραπεία. Εφ' όσον ο πάσχων από στένωση της μιτροειδούς δεν έχει συμπτώματα και ο ρυθμός της καρδιάς είναι φυσιολογικός, ήγουν φλεβοκομβικός, τότε δεν συνιστάται καμία θεραπεία. Ο άνθρωπος ζει φυσιολογικά, η γυναίκα μπορεί να μείνει έγκυος. Φάρμακα χορηγούνται βεραπαμίλη ή καλύτερα β-αναστολέας, εάν υπάρχει ταχυαρρυθμία με πολλές έκτακτες συστολές ή μαρμαρυγή των κόλπων, με στόχο την ελάττωση της καρδιακής συχνότητας στους 55-65/1'. Στη συχνότητα αυτή η διαστολική περίοδος είναι ικανοποιητική, ώστε αίμα να περνάει περισσότερο από τον αριστερό κόλπο στην αριστερή κοιλία, ενώ σε ταχυκαρδία βραχύνεται πολύ η διαστολική περίοδος και ελαχιστοποιείται η δίοδος του αίματος προς την αριστερή κοιλία. Σε μαρμαρυγή των κόλπων χορηγείται και αντιπηκτικό φάρμακο. Εάν ο ασθενής εμφανίζει δύσπνοια μειώνεται το αλάτι στην τροφή και χορηγείται φάρμακο διουρητικό, φουροσεμίδη από το στόμα, 1 χάπι ανά διήμερο, καθημερινώς ή περισσότερο, υπό παρακολούθηση των ηλεκτρολυτών αίματος. Σε υποκαλιαιμία χορηγείται σπιρονολακτόνη ή επλερενόλη και χλωριούχο κάλιο.

Η επεμβατική θεραπεία, συχνότατη κατά την περίοδο 1960-1980, σήμερα έχει περιορισθεί πολύ. Εφ' όσον με την υπερηχοκαρδιογραφική διοισοφαγική εξέταση υπάρχει ένδειξη, γίνεται διάνοιξη της στενώσεως της μιτροειδούς με μπαλόνι, άλλως ο ασθενής χειρουργείται, γίνεται βαλβιδοτομή ή, συνηθέστερα, αντικατάσταση της πάσχουσας μιτροειδούς και τοποθέτηση τεχνητής βαλβίδος.