

Στένωση ισθμού αορτής σε ασθενή ηλικίας 40 ετών: πρώτα ακρόαση και μετά ήχοκαρδιογραφία

Χρήστος Ή. Καϊρης

Καρδιολόγος, Δράμα

Κωνσταντίνος Ή. Καϊρης

Οικογενειακός-Γενικός Ιατρός, Δράμα

Σταυρούλα Μ. Καμτσίκη

Άκτινολόγος, Δράμα

Παναγιώτα Δ. Σταθούση

Άκτινολόγος, Έπιμελήτρια Β΄, Νοσοκομείο Γιαννιτσών

Έλένη Κ. Κουφοῦ

Νευρολόγος, Δράμα

Ασθενής ηλικίας 40 ετών, καπνίστρια, προσήλθε στο ιατρείο για καρδιολογικό έλεγχο κατόπιν σύστασης του οικογενειακού ιατροῦ της. Είχε προηγηθεί ένα Triplex αρτηριῶν κάτω άκρων που είχε αναδείξει παθολογικές κυματομορφές, μη συμβατές με την ηλικία της ασθενούς.

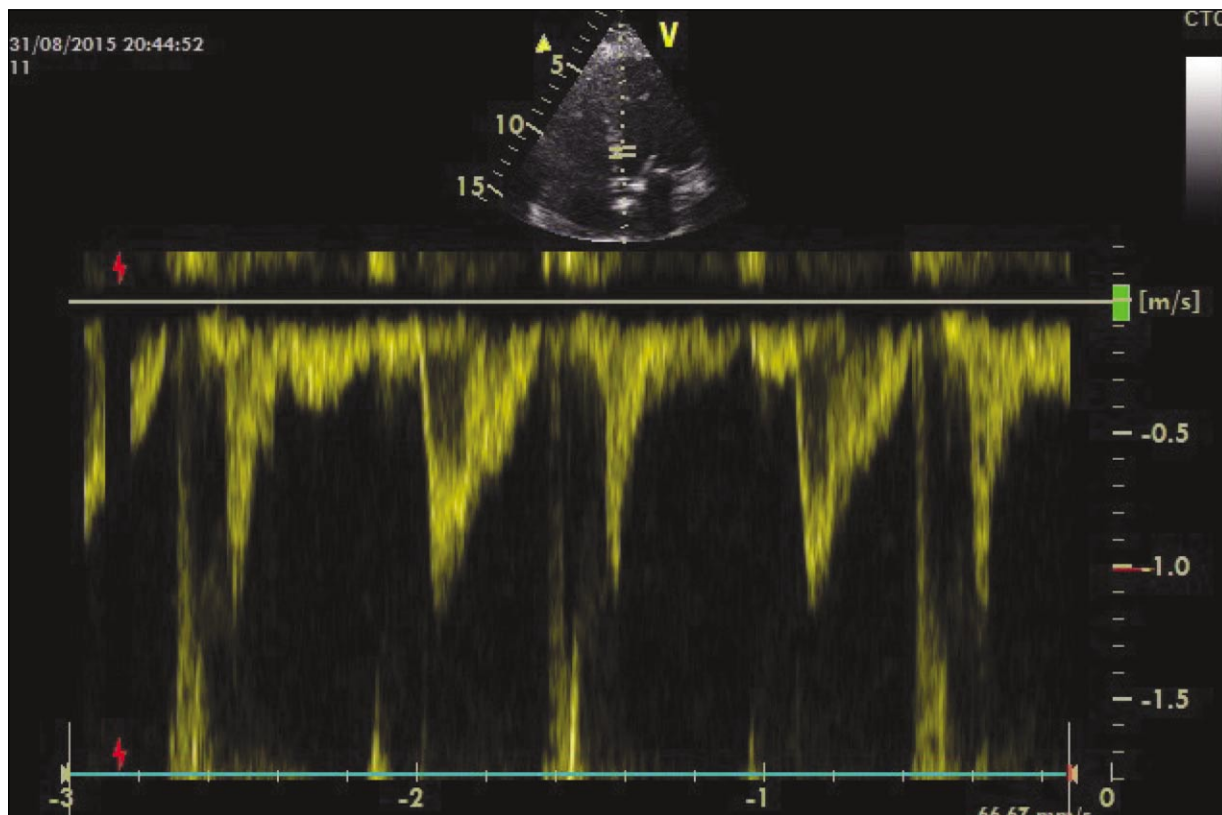
Κατά την κλινική εξέταση η ασθενής είχε αρτηριακή πίεση 210/100 mmHg τόσο στο δεξιό όσο και στο αριστερό άνω άκρο, πράγμα όχι ιδιαίτερα ασυνήθιστο, δεδομένου ότι πρόκειται για παχύσαρκο άτομο με άφθονη κατανάλωση άλατος. Κατά την ακρόαση της καρδιάς άκουγόταν ένα έντονο συστολικό φύσημα.

ΗΚΓ= φλεβοκομβικός ρυθμός χωρίς σημεία υπερτροφίας της αριστερής κοιλίας.

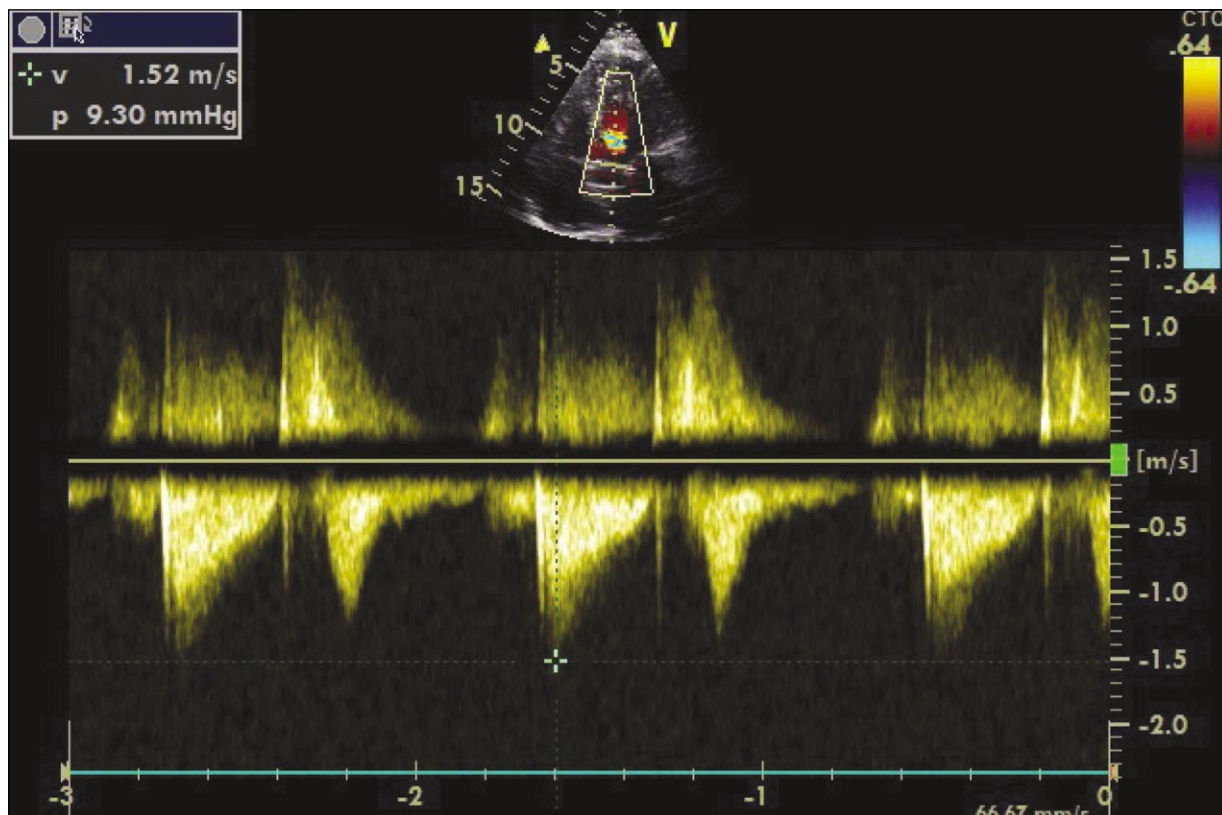
Ο ήχοκαρδιογραφικός έλεγχος ανέδειξε αριστερή κοιλία φυσιολογικών διαστάσεων με καλή συνολική συσταλτικότητα. Οι βαλβίδες δεν παρουσίαζαν δομικές αλλοιώσεις και δεν εμφάνιζαν παθολογικές ροές. Οι δεξιές κοιλότητες ήταν φυ-

σιολογικού μεγέθους. Τόσο το μεσοκοιλιακό όσο και το μεσοκοιλιακό διάφραγμα ήταν άκέραια. Έντύπωση προκάλεσε στο Doppler η παρουσία δικόρουφου επάρματος τόσο στο χώρο εξόδου της αριστερής κοιλίας (Εικόνα 1) όσο και στην αορτική βαλβίδα (Εικόνα 2). Τα προαναφερθέντα απεικονιστικά εύρηματα δεν δικαιολογούσαν ούτε το έντονο φύσημα, ούτε τα δικόρουφα επάρματα. Την απάντηση έδωσε η υπερστερνική λήψη, που αποκάλυψε στένωση της αορτής στο επίπεδο του ισθμού με στροβιλώδη ροή αίματος και αυξημένη κλίση πίεσης $V_{max} \text{ isthmus} = 5.0 \text{ m/sec}$, μέση κλίση πίεσης = 51 mmHg (βλ. Εικόνες 3, 4).

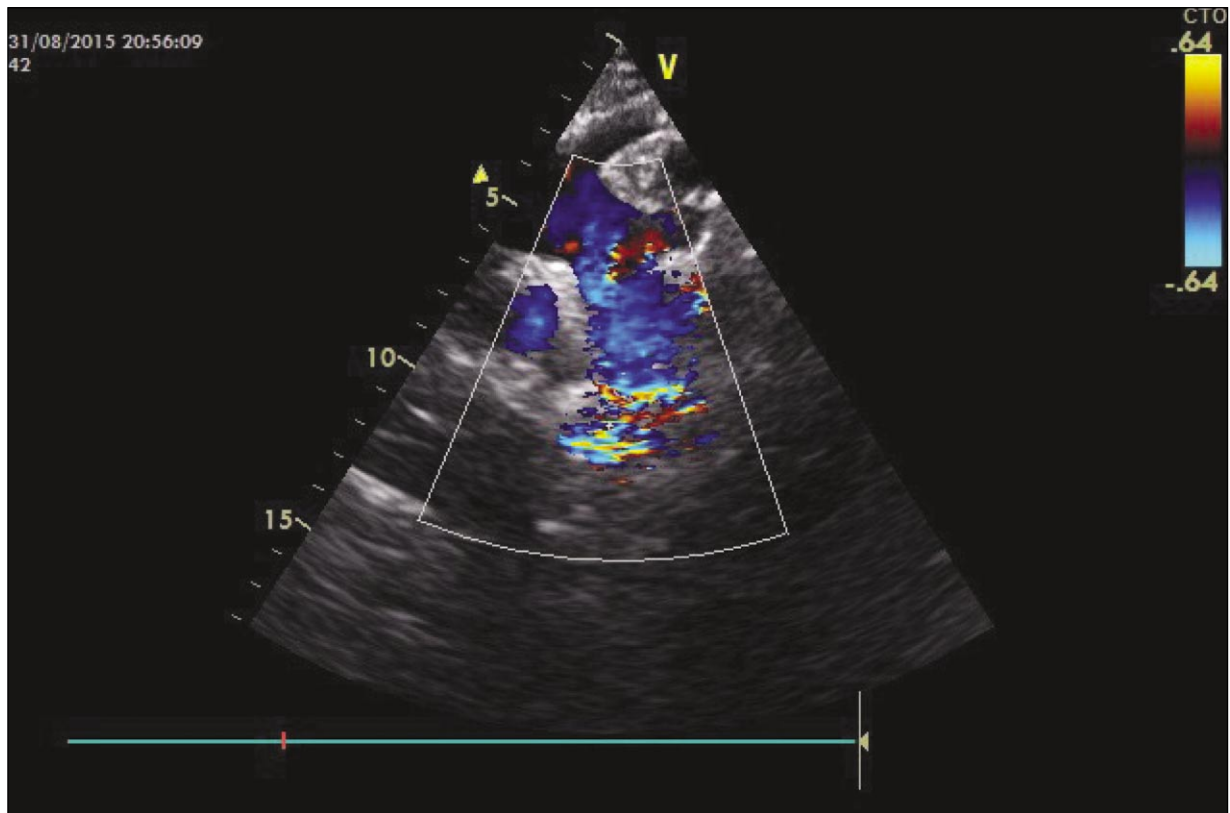
Η ασθενής υπεβλήθη εκ νέου σε ακρόαση και αποκαλύφθηκε φύσημα στα μεσοπλευρία διαστήματα, ένδεικτικό εκτεταμένης παράπλευρης κυκλοφορίας. Η μαγνητική αγγειογραφία επιβεβαίωσε την παρουσία στένωσης ισθμού αορτής περί 8 mm, περιφερικά της έκφυσης της αριστερής ανώνυμου αρτηρίας. Επίσης, καταδεικνύεται η παρουσία εκτεταμένης παράπλευρης κυκλοφορίας τόσο στα μεσοπλευρία άγγεϊα όσο και στις μα-



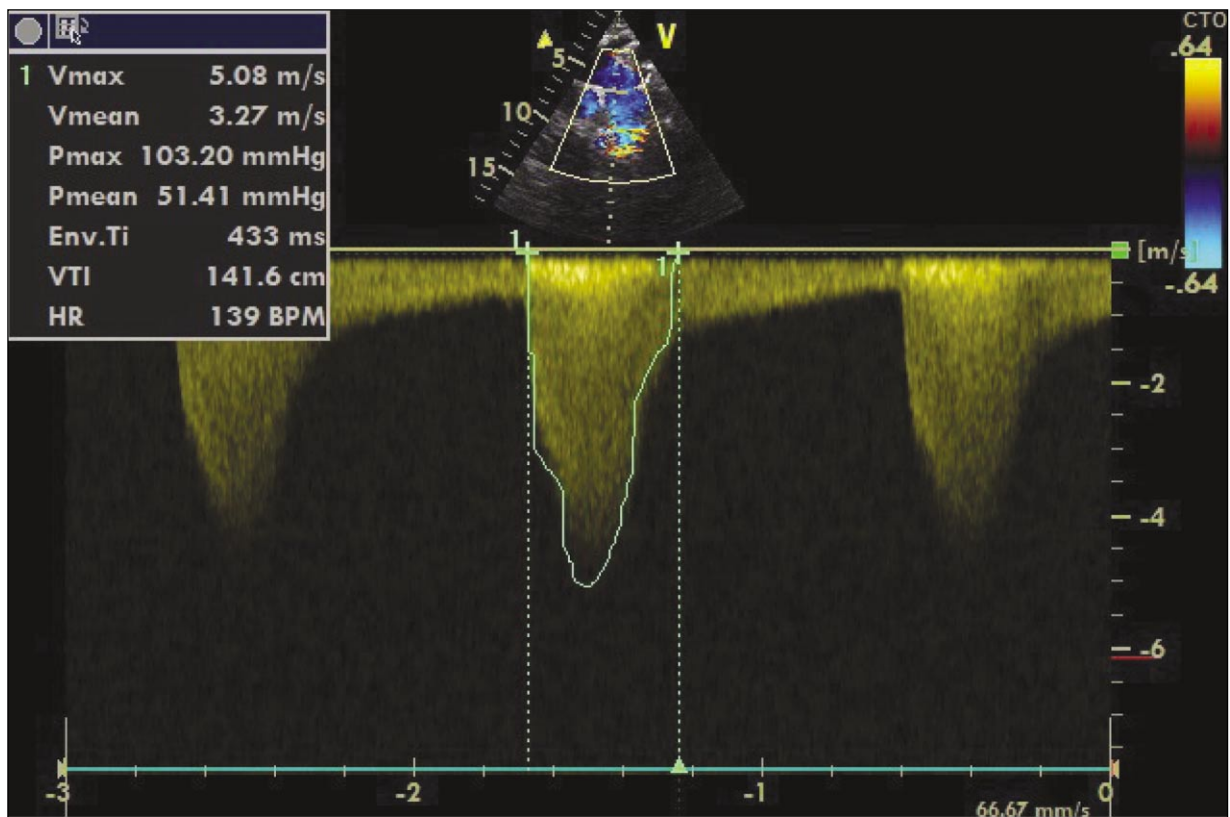
Εικόνα 1



Εικόνα 2



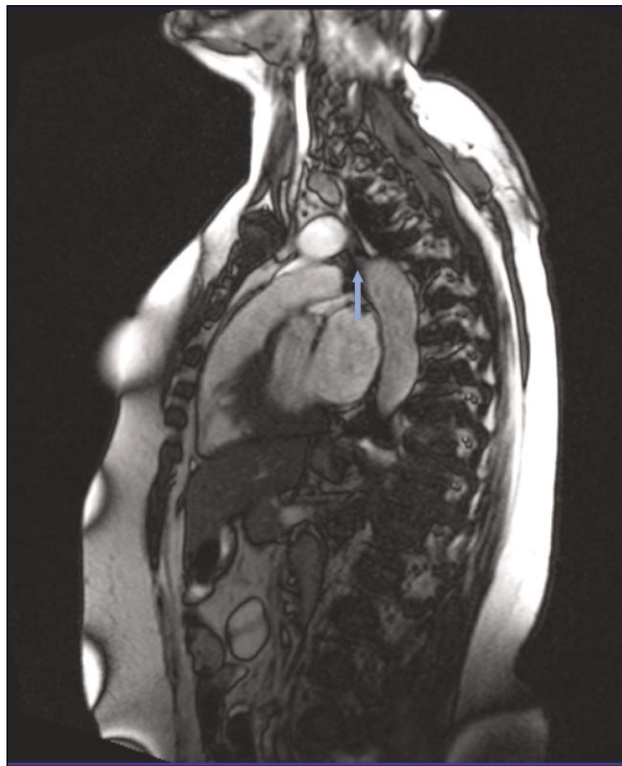
Εικόνα 3



Εικόνα 4



Εικόνα 5



Εικόνα 6

σχαλιαίες αρτηρίες (βλ. Εικόνες 5, 6). Η παρουσία του περιστατικού αποδεικνύει την αξία της κλινικής εξέτασης και ιδιαίτερα της ακρόασης της καρδιάς πριν από την ήχοκαρδιογραφική μελέτη (χωρίς την ακρόαση εύκολα θα χανόταν η διάγνωση).

Η στένωση του ισθμού της αορτής εντάσσεται στις συγγενείς καρδιοπάθειες και ενδεχομένως να συνυπάρχει με άλλες συγγενείς καρδιοπάθειες, όπως η δίπτυχη αορτική βαλβίδα, ο ανοιχτός βοτάνιλος πόρος και η μεσοκοιλιακή επικοινωνία. Επίσης, σε ποσοστό 10% συνυπάρχει με ανευρύσματα των εγκεφαλικών αρτηριών. Η στένωση μπορεί να εντοπίζεται πριν ή μετά την έκφυση της αριστερής ανωνύμου αρτηρίας. Σπάνια δίνει συμπτώματα στους ενήλικες, πλην της παρουσίας υπέρτασης. Κατά την ακρόαση της καρδιάς ακούγεται συστολικό φύσημα, ιδίως στη μεσοπλάτια χώρα. Επιπρόσθετα, χαρακτηριστική είναι η καθυστέρηση στην ψηλάφηση του σφυγμού στη μηριαία αρτηρία. Ο ιατρός τοποθετεί το ένα χέρι του στην κερκιδική και το άλλο χέρι στη μηριαία αρτηρία: παρατηρείται σημαντική καθυστέρηση στη μετάδοση του σφυγμικού κύματος στη μηριαία αρτηρία σε σχέση με την κερκιδική. Αναφορικά με τη

θεραπεία συνιστάται η χειρουργική αντιμετώπιση μέχρι την ηλικία των 5 ετών με την τοποθέτηση μοσχεύματος μεταξύ ανιούσας και κατιούσας θωρακικής αορτής. Μετά την ηλικία των 5 ετών ελοχεύει ο κίνδυνος δημιουργίας ανευρύσματος στην κατιούσα θωρακική αορτή και ως εκ τούτου προκρίνεται η επεμβατική αντιμετώπιση, δηλαδή, η αγγειοπλαστική με μπαλόνι με ή χωρίς εμφύτευση stent. Μάλιστα, όσοι αντιμετωπίστηκαν σε νοσοκομεία, όπου διενεργούνται πάνω από 3 επεμβάσεις το χρόνο, είχαν καλύτερη έκβαση. Μετά την αποκατάσταση συνιστάται η μακροχρόνια παρακολούθηση των ασθενών για τυχόν επαναστένωση ή δημιουργία ανευρύσματος. Τέλος, επισημαίνεται το γεγονός ότι οι γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας θα πρέπει να αποφεύγουν την έγκυμοσύνη, τουλάχιστον μέχρι να αποκατασταθεί η στένωση του ισθμού της αορτής.