

Κολπική μαρμαρυγή, ή συχνότερη άρρυθμία της εποχής και αντικατάσταση στένωσης της αορτικής βαλβίδος

Παύλος Κ. Τούτουζας

Καθηγητής - Διευθυντής του Έλληνικού Ιδρύματος Καρδιολογίας (ΕΛ.Ι.ΚΑΡ.)

Είναι πολλές οι εξελίξεις κατά τον 20ο αιώνα που ανταγωνίζονται την καρδιολογία. Στο παρελθόν επικρατούσε άκρα ήσυχία από ιατρικής πλευράς στα προβλήματα του καρδιοπαθούς. Υπήρξε ικανοποίηση με θεωρητικές σκέψεις όσο ζούσε ο ασθενής, αλλά και μετά θάνατον έχοντας διαγνωστικά παθολογοανατομικά ευρήματα σε νεκροψία. Χαρά μεγάλη όταν έγινε η πρώτη παρακέντηση και αφαίρεση ύγρου σε πάσχοντα από ύγρο περικαρδίτιδα. Από την 5η δεκαετία του 20ου αιώνα αρχίζουν οι θεραπευτικές χειρουργικές επεμβάσεις σε καρδιακές παθήσεις με πρώτη επί στενώσεως μιτροειδούς. Από τη δεκαετία του 1950 και έντεϋθεν είναι ραγδαίες οι εξελίξεις, οι οποίες οδήγησαν στη σύγχρονη καρδιολογία. Έφθασαν και στη μεταμόσχευση καρδιάς.

Κατ' αρχήν η ανθρωπότης ωφελήθει με την πρόληψη καρδιακών παθήσεων, ως οι ρευματικές βαλβιδοπάθειες με την αντιβιοτική θεραπεία. Ήταν αποτελεσματική η θεραπεία της στρεπτοκοκκικής λοίμωξης, αιτία όξέος ρευματισμού των αρθρώσεων και βαλβιδοπαθειών. Κατά τη δεκαετία του 1940 - '50 αναπτύχθηκε η καρδιοχειρουργική θεραπεία των βαλβιδοπαθειών, ως στενώσεως μιτροειδούς, ανεπάρκειας μιτροειδούς κ.ά. Όμως αυτή η ευχάριστη αντιμετώπιση σύντομα έφθασε στο τέλος της, επειδή η κυκλοφορία της πενικιλίνης και των άλλων αντιβιοτικών σχεδόν απέκλεισαν αποτελεσματικά τη ρευματική προ-

σβολή των καρδιακών βαλβίδων. Οι δημοφιλείς καλοί χειρουργοί με τις βαλβίδες αυτής περιόδου μέχρι το '70-'80, στη συνέχεια άλλαξαν κατεύθυνση προς τη στεφανιαία νόσο. Οι βαλβίδες δεν υποφέρουν πια και τα τυχόν προβλήματα που έχουν είναι έκφυλιστικά, θα λέγαμε περισσότερο της προβηκτικής ηλικίας. Από το 1990 και έντεϋθεν οι Έλληνες δεν έχουν π.χ. ρευματική στένωση μιτροειδούς, και αν αυτή η πάθηση υπάρχει αφορά συνήθως μετανάστες. Από την άλλη πλευρά οι καρδιοπαθείς αυξάνονται εις αριθμό, κυρίως λόγω αύξησης της επιβίωσης, ο μέσος όρος ζωής από 50 περίπου της δεκαετίας του 1940 στα 78 ή 80 έτη της δεκαετίας μετά το 2000. Και βέβαια έντυπωσιάζει η πρόοδος στη διάγνωση και αντιμετώπιση στο ευρύ φάσμα των καρδιοπαθειών. Για παράδειγμα, η κολπική μαρμαρυγή ήταν γνωστή προ του 1950 και η αντιμετώπιση της ταχυαρρυθμίας πρακτικά γινόταν μόνο με δακτυλίτιδα, ώστε η καρδιακή συχνότητα να είναι περίπου φυσιολογική. Δεν είχε αρχίσει ακόμη η αντιπηκτική θεραπεία, η οποία ευρέως διεδόθη μετά από τα τέλη της δεκαετίας του 1970 και τα έγκεφαλικά επεισόδια ήταν συχνά. Οι κουμαρόλες και μάλιστα η ασενοκουμαρόλη (Sintrom) άρχισε να χορηγείται ευρέως από τα τέλη της δεκαετίας του '70. Σήμερα η κολπική μαρμαρυγή είναι από τις συχνότερες παθήσεις κυρίως των ηλικιωμένων. Η φαρμακευτική θεραπεία στόχο έχει στην αρχική

μὲν φάση τὴν πρόληψη κρίσεων, στὴ δὲ μόνιμη ἐγκατάστασή της κυρίως τὴ ρύθμιση τῆς καρδιακῆς συχνότητας. Σὲ παροξυσμικὴ μαρμαρυγὴ τῶν κόλπων ἢ πρόληψη τῶν κρίσεων ἐνίοτε ἐπιτυγχάνεται μὲ β-ἀναστολέα, π.χ. Lopresor 1/2x2 καὶ ἀντιαρρυθμικό, ὡς ἡ φλεκαϊνίδη (Flecarythm κ.ἄ.) καὶ ἡ προπαφαινόνη (Ρυθμονόρμ). Τὸ Ρυθμονόρμ, χρονίως χορηγεῖται προληπτικὰ σὲ δισκία τῶν 150 mg, π.χ. 1x3 ἡμερησίως, ἐνῶ σὲ αἰφνίδια ἐναρξὴ κολπικῆς μαρμαρυγῆς δίδονται 2 δισκία τῶν 150 mg καί, ἀκολούθως, κάθε μία ἢ δύο ὥρες μέχρι νὰ ὑποχωρήσει ἡ κρίση, ἢ νὰ φθάσει στὴ μεγίστη δόση τῶν 6 δισκίων (900 mg). Βέβαια, ἐὰν σὲ κολπικὴ μαρμαρυγὴ ἢ καρδιακὴ συχνότητα εἶναι στὰ φυσιολογικὰ ὅρια ὡς 60-70/λ, ἢ χαμηλότερα ὡς συμβαίνει συχνὰ στοὺς ἡλικιωμένους λόγω βαθμοῦ διαταραχῆς τῆς κολποκοιλιακῆς ἀγωγῆς, τότε ἀντενδείκνυται ἡ χορήγηση βραδυκαρδιακῶν φαρμάκων, ὡς οἱ β-ἀναστολεῖς.

Ἡ δακτυλίτις μπορεῖ νὰ χορηγηθεῖ σὲ περιπτώσεις ταχυαρρυθμίας, ἢ ὁποῖα δὲν ἐλέγχεται εὐκόλα μὲ β-ἀναστολεῖς, π.χ. χορηγεῖται Digoxin σὲ δόση 1x1 ἢ καὶ ἀραιότερα. Ἐὰν τὸ κλάσμα ἐξωθήσεως τῆς ἀριστερῆς κοιλίας εἶναι χαμηλὸ <50%, μπορεῖ ὁ πάσχων νὰ ἐμφανίζει συμπτώματα καρδιακῆς ἀνεπάρκειας μὲ δύσπνοια ἢ καὶ οἰδήματα στὰ κάτω ἄκρα. Τότε, βέβαια, χορηγοῦνται καὶ διουρητικὰ φάρμακα. Τέλος, ἐπὶ βραδυαρρυθμίας ἢ καὶ φυσιολογικῆς καρδιακῆς συχνότητας, ἐὰν ἀναφέρεται κρίση ζάλης ἢ λιποθυμίας, τότε θὰ πρέπει νὰ γίνεται Holter 24ωρου γιὰ τὸ ἐνδεχόμενο καρδιακῆς παύλας καὶ ἀνάγκης τοποθετήσεως

τεχνητοῦ βηματοδότη. Τὸ τελευταῖο συνηθέστερα συμβαίνει στοὺς ἡλικιωμένους.

Ὅπως συμβαίνει καὶ μὲ ἄλλες παθήσεις, ἔτσι καὶ ἡ κολπικὴ μαρμαρυγὴ προλαμβάνεται μὲ ἀντιμετώπιση παραγόντων ποὺ ὀδηγοῦν σὲ καρδιακὴ νόσο, ὡς ἡ παχυσαρκία, ἡ ὑπέρταση, ὁ σακχαρώδης διαβήτης, τὸ κάπνισμα, ἢ ὑπερχοληστερολαϊμία.

Ἐπανερχόμενοι στὴν ἀντιμετώπιση τῶν βαλβιδοπαθειῶν μετὰ τὸ 2000, ὑπάρχουν νέες ἐπεμβατικὲς μέθοδοι, ὡς ἡ ἀντικατάσταση τῆς ἀορτικῆς βαλβίδος. Ἐδῶ ἡ ἐπέμβαση γίνεται μὲ καθετηριασμό, συνήθως ἀπὸ τὴ μηριαία ἀρτηρία, μὲ στόχο τὴν ἀντικατάσταση στένωσης τῆς ἀορτικῆς βαλβίδος. Ἡ ἐπέμβαση αὐτὴ TAVI στὴ χώρα μας ἔχει γίνει σὲ 400 περίπου ἀσθενεῖς μὲ σοβαρὴ στένωση τῆς ἀορτῆς καὶ ἔχει τὴν ἴδια ἐπιτυχία ὡς ἡ χειρουργικὴ ἀντικατάσταση. Ἡ TAVI ἔχει ἐπικρατήσει διεθνῶς καὶ εἶναι ἐμφανῶς καλύτερη τῆς συντηρητικῆς φαρμακευτικῆς θεραπείας, σὲ ἀσθενεῖς οἱ ὁποῖοι δὲν μποροῦν νὰ χειρουργηθοῦν. Ἐδῶ οἱ χειρουργοὶ συχνὰ ἀρνοῦνται τὴν ἐπέμβαση στοὺς ἀσθενεῖς αὐτοὺς λόγω μεγάλου κινδύνου. Φαίνεται ὅτι ἐπικρατεῖ διεθνῶς, καὶ στὶς ΗΠΑ βρῖσκεται ἐν ἔξελίξει, μελέτη συγκρίσεως τῆς TAVI μὲ χειρουργικὴ ἀντικατάσταση τῆς ἀορτικῆς βαλβίδος χαμηλοῦ χειρουργικοῦ κινδύνου. Ἡ ἐντύπωση εἶναι ὅτι θὰ ἐπικρατήσῃ ἡ TAVI ἀποτελοῦσα πρῶτης ἐπιλογῆς θεραπεία τῆς βαλβιδικῆς στένωσης τῆς ἀορτῆς. (M. Mack et al, Transcatheter Treatment of Mitral Valve Disease. Deja vu All Over Again?, Circulation 2016;134:198-200)

