


Στένωση τῆς ἀορτικῆς βαλβίδος - TAVI, μὴ χειρουργικὴ ἀντικατάσταση, νιτροῶδη καὶ καρδιακὴ ἀνεπάρκεια, σύνδρομο Sjogren


Παῦλος Κ. Τούτουζας

Καθηγητῆς - Διευθυντῆς τοῦ Ἑλληνικοῦ Ἰδρύματος Καρδιολογίας (ΕΛ.Ι.ΚΑΡ.)

 Τελευταία ἀναπτύσσεται πολὺ ἡ ἀντιμετώπιση τῆς σοβαρῆς στενώσεως τῆς ἀορτῆς μὲ ἐπεμβατικὴ, μὴ χειρουργικὴ, ἀντικατάσταση τῆς βαλβίδος. Ἀπὸ τὸ 1960 ἡ κλασικὴ θεραπεία τῆς ἀσβεστωμένης σοβαρῆς στένωσης τῆς ἀορτικῆς βαλβίδας ἦταν χειρουργικὴ ἀντικατάσταση μὲ μεταλλικὴ ἢ βιολογικὴ βαλβίδα. Αὐτὴ ἡ χειρουργικὴ θεραπεία ἦταν μοναδικὴ μέχρι τὸ 2007. Τότε ἐμφανίζεται ἡ μὴ χειρουργικὴ ἀντικατάσταση τῆς ἀορτικῆς βαλβίδας μὲ Transcatheter Aortic Valve replacement (TAVI), γιὰ τὴν ὁποία ἔχουμε ἀναφερθεῖ ἐπανειλημμένως. Ὅμως ὑπάρχουν ἐξελίξεις, ὅπως δείχνουν οἱ σχετικὲς μελέτες, εὐτυχῶς θετικῆς. Σὲ πρόσφατο ἄρθρο οἱ Γερμανοὶ J. Reinohl καὶ συνεργάτες ἀπὸ ὅλη τὴ χώρα τους παρουσιάζουν συγκριτικὰ ἀποτελέσματα χειρουργικῆς θεραπείας ἐπὶ 55.992 ἀσθενῶν καὶ μὴ χειρουργικῆς ἐπεμβατικῆς ἀντικατάστασης στένωσης τῆς ἀορτῆς - TAVI ἐπὶ 32.581 ἀσθενῶν ἀπὸ τὸ 2007 μέχρι τὸ 2013. Ὁ ἀριθμὸς τῶν ἐπεμβάσεων TAVI ἦταν μόνο 144 τὸ 2007 καὶ βαθμιαῖα ἀνῆλθε στὶς 9.147 τὸ 2013, ἐνῶ ὁ ἀριθμὸς τῶν χειρουργηθέντων ἐλαττώθηκε λίγο στὴν πορεία τοῦ χρόνου, ἀπὸ 8.622 τὸ 2007 στοὺς 7.048 τὸ 2013. Οἱ ὑποβληθέντες σὲ TAVI ἦσαν μεγαλύτερης ἡλικίας ἀπὸ τοὺς χειρουργηθέντες, (κατὰ μέσον ὄρο $81\pm 6,1$ ἔναντι $70,2\pm 10$). Γενικὰ οἱ ὑποβληθέντες σὲ TAVI ἦσαν ὑψηλότερου προεγχειρητικοῦ κινδύνου, τὸ EuroSCORE ἦταν 22,4

ἔναντι 6,3 στοὺς χειρουργηθέντες. Ἡ θνησιμότητα στὸ νοσοκομεῖο ἐλαττώθηκε καὶ στὶς δύο ὁμάδες κατὰ τὴν πορεία τοῦ χρόνου, ἀπὸ τὸ 2007 ἕως τὸ 2013, ἀπὸ 13,2 στὸ 5,4 σὲ TAVI καὶ ἀπὸ 3,8 στὸ 2,2 σὲ χειρουργικὴ ἀντικατάσταση. Ἐπίσης, κατὰ τὴν πορεία τοῦ χρόνου ἀπὸ τὸ 2007 ἕως τὸ 2013 ἐλαττώθηκαν οἱ ἐπιπλοκὲς αἱμορραγίας, ἐγκεφαλικοῦ ἐπεισοδίου, καθὼς ἐπίσης καὶ ἡ τοποθέτηση τεχνητοῦ βηματοδότη.


• Τὸ συμπέρασμα εἶναι ὅτι ἡ TAVI αὐξήθηκε πολὺ κατὰ τὴν πορεία τῶν ἐτῶν 2007-2013, ἐνῶ ὑπῆρξε μέτρια ὑποχώρηση τοῦ ἀριθμοῦ τῶν ἐγχειρήσεων ἀντικατάστασης τῆς ἀορτικῆς βαλβίδος. Ἄρκετοὶ ἀσθενεῖς ὑπεβλήθησαν σὲ TAVI ἐπέμβαση μὲ καλὰ ἀποτελέσματα, ἐνῶ δὲν μπορούσαν νὰ χειρουργηθοῦν λόγω ἡλικίας καὶ αὐξημένου βαθμοῦ καρδιοχειρουργικοῦ κινδύνου. Εἶναι σαφές, ὅτι μὲ τὴ βελτίωση τοῦ νοσοκομειακοῦ ἀποτελέσματος ἀμφοτέρων τῶν ἐπεμβάσεων, στὸ μέλλον θὰ ἰσχύουν καὶ οἱ δύο ἐπεμβάσεις. (*J. Reinold καὶ συν., Effect of Availability of Transcatheter Aortic-Valve Replacement on Clinical Practice, N Engl J Med 2015;373:2438-47*).

 **Νιτροῶδη καὶ καρδιακὴ ἀνεπάρκεια.** Μελέτες τοῦ παρελθόντος σὲ ἀσθενεῖς μὲ καρδιακὴ ἀνεπάρκεια καὶ μειωμένο κλάσμα ἐξωθήσεως, ἡ χορήγηση νιτροῶδους φαρμάκου παρατεταμένης

ένεργείας (π.χ. Monosordil-20 ή 60 mg) προκάλεσε βελτίωση της κινητικής ενέργειας, π.χ. βαδίσματος των ασθενών, όπως αυτό προκύπτει από υπομέγιστες προσπάθειες ή και μέγιστες δοκιμασίες κοπώσεως. Συχνά με το νιτρώδες ελαττώνεται ή πνευμονική συμφόρηση κατά την άσκηση και, έπομένως, βελτιώνεται ή ικανότητα άσκησης σε καρδιακή ανεπάρκεια, όταν έχει επιτευχθεί σταθεροποίηση του κλάσματος έξωθήσεως. Όμως ή καρδιακή ανεπάρκεια συχνά συνοδεύεται και από άλλες παθήσεις. Επιπλέον, ο ασθενής μπορεί να παίρνει και πολλά φάρμακα, έτσι ώστε να περιορίζεται ή δυνατότητα αιμοδυναμικής βελτίωσης και ο ασθενής με τα νιτρώδη να οδηγείται ένιότε σε αρτηριακή υπόταση.

Τελευταία δημοσιεύθηκε πολυκεντρική μελέτη των M. Redfield και συνεργατών επί 110 ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια και σταθερό κλάσμα έξωθήσεως. Ήλάμβαναν προς θεραπεία τυχαία placebo και νιτρώδη επί 6 εβδομάδες. Το νιτρώδες ήταν μονονιτρικός ισοσορβίτης και έχορηγοῦντο βαθμιαία σε αυξανόμενες δόσεις άπαξ της ήμέρας, αρχίζοντας από 30 mg, ακολουθώντας 60 και, τέλος, στα 120 mg, πάντα σε μία δόση. Ή παρακολούθηση άφορούσε κυρίως στο επίπεδο της ήμερήσιας δραστηριότητας του πάσχοντος, της οποίας ο μέσος όρος προσδιορίζεται με AcceloMeter(AM)-έπιταχυνσιόμετρο. Ή μέτρηση γινόταν σε μονάδες AM και στις τρεις δοσολογίες του χορηγηθέντος νιτρώδους. Έτσι έλαμβάνοντο οί πληροφορίες για την ποιότητα ζωής, την απόσταση που βόδιζε επί 6 λεπτά ο πάσχων, άλλα χαρακτηριστικά ποιότητας ζωής και, τέλος, το επίπεδο του NT-proBNP. Τα εύρηματα ήσαν άρνητικά και στις τρεις δόσεις του φαρμάκου. Ή σωματική δραστηριότης με φάρμακο ήταν μικρότερη από όσο με placebo. Δέν έπετεύχθη βελτίωση ποιότητας ζωής ή και μεγαλύτερη ικανότητα άσκησης.

- Και άπομένει σε έμας τους άναγνώστες να είπομεν: σε σοβαρή κατάσταση με πνευμονικό οίδημα άς πάρει το υπογλώσσιο ο πάσχων, ιδίως αν στην καρδιακή ανεπάρκεια συνυπάρχει υπέρτασική κρίση. Να άποφεύγονται τα νιτρώδη σε χρόνια χορήγηση. (M. Redfield και συν., *Isosorbide Mononitrate in Heart Failure with Preserved Ejection Fraction*, *N Engl J Med* 2015;373:2314-24).

 Στο **σύνδρομο Sjogren** συχνά διαπιστώνονται υπέρταση, αίμορροίδες, αλλεργική ρινίτιδα και κεφαλαλγίες τύπου ήμικρανίας. Συνήθως ή φαρμακευτική θεραπεία είναι συμπτωματική και περιλαμβάνει φάρμακα ως ή υδροξυγλωροκίνη, ιμπουπροφένη (ibuprofen), ρινικά σπρέι κ.ά. Στις περιπτώσεις αυτές μπορεί να άναδειχθεί και καρδιακή πάθηση, έαν υπάρχουν παράγοντες κινδύνου ως ο διαβήτης, υπερχοληστερολαιμία κ.ά. Ή πάθηση είναι χρόνια και συνήθως έξελίσσεται επί πολλά έτη, δεκαετίες. Μπορεί να έμφανισθεί σε νεαρά ήλικία, π.χ. με παθολογική διόγκωση άδένου, ο όποιος και χειρουργείται. Συνήθως έμφανίζονται ένοχλήσεις, όπως **ξηροφθαλμία και ξηρότητα στόματος**, ένδεικτικές του συνδρόμου Sjogren. Έδώ μπορεί να έμφανισθεί **φαινόμενο Raynauld, άρθραλγίες και γαστρεντερικές ένοχλήσεις**.

Σε πρόσφατη περίπτωση άνδρος ήλικίας 57 έτών, ο όποιος προσεβλήθη από το σύνδρομο Sjogren ή καρδιακή λειτουργία ήταν όμαλή με φλεβοκομβικό ρυθμό 60/1' και άρτηριακή πίεση 150/80 mmHg και μάλλον ήρεμη άναπνοή με 18 εισπνοές κατά λεπτό. Παρουσίαζε έκδηλώσεις του συνδρόμου, ως ή ξηροφθαλμία, έρυθροπό βλεννογόνο του στόματος, ενώ ή φλεβική πίεση στις σφαγίτιδες ήταν φυσιολογική, όπως έπίσης ή καρδιά, ή κοιλία και το νευρικό σύστημα. Το τέστ κοπώσεως ήταν έπίσης φυσιολογικό με διάρκεια της άσκησης 9 λεπτά και 23 δευτερόλεπτα. Έδώ ή θεραπεία περιέλάμβανε χορήγηση διουρητικού-θειαζίδης για την ήπια υπέρταση και ένεκα της οποίας ήταν συνεχής ή προσοχή στη διατήρηση της νεφρικής λειτουργίας και πρόληψη ήλεκτρολυτικών διαταραχών. Μετά από 7 μήνες θεραπείας παρατηρήθηκε αύξηση της Κρεατινίνης από 0,9 στο 1,6 mg% και της ούριας. Λόγω άκριβώς της νεφρικής αυτής διαταραχής διεκόπη το διουρητικό. Τελικά, κατέληξαν στη γνωστή λύση, τη χορήγηση κορτιζόνης για να ήσυχάσει ο άσθενής. (O.N. Mogabgad και συν., *A Complementary Affair*, *N Engl J Med* 2016;374:74-81)