

# Ἀνεπάρκεια τῆς μιτροειδοῦς, ἔμμηνόπαυση, ἄσπιρίνη πρὸ τῆς ἐγχειρήσεως καὶ μετφορμίνη σὲ παχυσαρκία

**Παῦλος Κ. Τούτουζας**

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

### Ἰσχαιμικὴ ἀνεπάρκεια τῆς μιτροειδοῦς.


Πρόκειται γιὰ σοβαρὴ ἐπιπλοκὴ τῆς στεφανιαίας νόσου κατὰ τὴν ὁποία διαταράσσεται ἡ γεωμετρικὴ εἰκόνα τῆς ἀριστερῆς κοιλίας, ὑπάρχει μετάθεση στὸ ὅλο σύστημα τῶν θηλοειδῶν μυῶν καὶ τῶν μιτροειδικῶν πτυχῶν, ὥστε νὰ διαταράσσεται σοβαρὰ ἡ σύγκλιση τῆς βαλβίδας κατὰ τὴ συστολή. Αὐτοὶ οἱ ἀσθενεῖς μὲ στεφανιαία νόσο καὶ μεγάλο βαθμὸ ἀνεπάρκεια τῆς μιτροειδοῦς ἔχουν σοβαρὴ πρόγνωση μὲ θνησιμότητα 15-40% κατὰ τὸ πρῶτο ἔτος. Βέβαια, ἡ θεραπευτικὴ ἀντιμετώπιση θὰ πρέπει νὰ εἶναι κατ' ἀρχὴν αἰτιολογικὴ μὲ διόρθωση τῆς στεφανιαίας κυκλοφορίας. Τότε ἀναμένεται μείωση τῆς ἰσχαιμίας τοῦ μυοκαρδίου καὶ τάση ἐπανόδου πρὸς τὸ φυσιολογικὸ τῆς σύγκλισης τῆς μιτροειδοῦς. Δυστυχῶς συχνὰ τὰ πράγματα δὲν εἶναι ἔτσι καὶ καλεῖται ἡ κλινικὴ νὰ ἀντιμετωπίσει τὴν πάθηση μὲ ἐπέμβαση καὶ στὴ μιτροειδῆ. Λιγότερο ἐπιθετικὴ εἶναι ἡ ἀντιμετώπιση τοῦ προβλήματος μὲ πλαστικὴ διόρθωση τοῦ μιτροειδικοῦ δακτυλίου. Αὕτὴ ἡ ἐπέμβαση ἔχει μικρότερη νοσηρότητα καὶ θνητότητα καὶ ἀντίστοιχα ἱκανοποιητικὰ ἀποτελέσματα μὲ βελτιωμένη λειτουργία τῆς βαλβίδος. Ὅμως, τὰ πράγματα δὲν εἶναι ἀπλὰ καὶ ἡ ἐπέμβαση ἐνίοτε ὀδηγεῖ σὲ λειτουργικὴ στένωση τῆς μιτροειδοῦς. Καὶ αὕτὴ πολλὰ φορὲς συνδυάζεται μὲ σοβαρὸ κῦμα παλινδρομήσεως λόγω καὶ ἀνεπάρκεια τῆς μιτροειδοῦς. Γενικά, ἡ χειρουργικὴ θεραπεία τῆς μιτροειδοῦς βαλβίδος ἔχει τὰ προβλήματά της.

Πρόσφατη δημοσίευση ἀναφέρεται σὲ ἐπεμ-

βατικὴ θεραπεία σοβαρῆς ἰσχαιμικῆς ἀνεπάρκεια τῆς μιτροειδοῦς καὶ σχολιάζονται τὰ ἀποτελέσματα δύο χρόνια μετὰ τὴν ἐπέμβαση. 251 ἀσθενεῖς ἀποτέλεσαν δύο ὁμάδες. Στὴν πρώτη ἔγινε χειρουργικὴ διόρθωση τῆς μιτροειδοῦς καὶ στὴ δευτέρη ὁμάδα ἀντικατάσταση τῆς μιτροειδοῦς. Μετὰ ἀπὸ δύο χρόνια ἡ θνησιμότητα ἦταν 19% στοὺς ὑποβληθέντες σὲ διόρθωση τῆς μιτροειδοῦς βαλβίδας καὶ 23,2% σὲ ἐκείνους ποὺ ἔγινε ἀντικατάσταση τῆς βαλβίδος. Κατὰ τὴν αὐτὴ κλινικὴ καὶ ὑπερηχογραφικὴ παρακολούθηση δὲν ὑπῆρχαν σημαντικὲς διαφορὲς μεταξὺ τῶν δύο ὁμάδων. Ἡ ἐμφάνιση πάλι ἀνεπάρκεια τῆς μιτροειδοῦς μετρίου ἢ σοβαροῦ βαθμοῦ ἦταν σαφῶς ὑψηλότερη στὸ πρῶτο γκρουπ μὲ διόρθωση τῆς βαλβίδος, 58,8% ἔναντι μόνο 3,8% στοὺς θεραπευθέντες μὲ ἀντικατάσταση καὶ τοποθέτηση τεχνητῆς βαλβίδος. Τὰ σοβαρὰ προβλήματα γενικῶς ὑπῆρχαν καὶ στὶς δύο ὁμάδες, ἀλλὰ οἱ ἀσθενεῖς οἱ ὁποῖοι εἶχαν ὑποβληθεῖ σὲ διόρθωση τῆς μιτροειδοῦς παρουσίαζαν πιὸ σοβαρὲς ἐκδηλώσεις καρδιακῆς ἀνεπάρκεια. Γενικά, τὸ τελικὸ συμπέρασμα εἶναι ὅτι ἡ ἀντικατάσταση τῆς βαλβίδος εἶναι πιὸ ὠφέλιμη ἀπὸ τὴν διόρθωση, ἐπειδὴ δὲν εἶναι τόσο συχνὴ καὶ σοβαρὴ ἡ ἐμφάνιση καρδιακῆς ἀνεπάρκεια (D. Goldstein et al: Two-Year Outcomes of Surgical Treatment of Severe Ischemic Mitral Regurgitation, *N Engl J Med* 2016; 374:344-53).


Ὡς συμπέρασμα σὲ σοβαρὴ ἰσχαιμικὴ ἀνεπάρκεια τῆς μιτροειδοῦς μπορεῖ νὰ λεχθεῖ ὅτι βα-


σική θεραπεία είναι χειρουργική ή επεμβατική της στεφανιαίας νόσου και άκολούθως χειρουργική αντικατάσταση της μιτροειδούς. Αν, όμως, το πρόβλημα της σοβαρής ισχαιμικής βαλβιδοπάθειας παρουσιάζει πτυχές προβλημάτων που διορθώνονται αποτελεσματικά με παρεμβατική, μη χειρουργική, διόρθωση της ανεπάρκειας, τότε μένει κανείς προς την πλευρά της αποφυγής της έγχειρσης. Εύτυχως μέχρι σήμερα έχουμε στενή συνεργασία επαϊόντων της υπερηχοκαρδιογραφίας και της επεμβατικής μη χειρουργικής διόρθωσης της μιτροειδούς, σε επίπεδο μιτροειδικού δακτυλίου, χορδών και πτυχών, δηλαδή όλης της μιτροειδικής συσκευής. Αυτή η συνεργασία με καλά αποτελέσματα επαναφέρει το χαμόγελο σε παθόντες και στη χώρα μας.

 **Έμμηνόπαυσις.** Έδω οι γυναίκες διαμαρτύρονται, επειδή παύουν να προστατεύονται από καρδιαγγειακές παθήσεις με τις οιστρογόνες ορμόνες. Νέες 40 ετών με περίοδο δεν προσβάλλονται από όξι έμφραγμα του μυοκαρδίου, δεν έχουν στηθάγη, ενώ μετά την έμμηνόπαυση τα πράγματα αλλάζουν. Διαμαρτύρονται επίσης και για έντονα συμπτώματα συχνά διακόπτεται ο ύπνος, έχουν δυσκολίες που δεν είχαν στη ζωή τους, π.χ. δεν έχουν καλή συγκέντρωση, πάσχουν στη μνήμη, δεν θυμούνται πρόσφατα γεγονότα. Για όρισμένες εξ αυτών που παίρνουν θεραπεία έχουν πρόσθετες δαπάνες και σε πολλές υπάρχει σαφής ελάττωση της παραγωγής εργασίας. Η αντιμετώπιση αυτών των συμπτωμάτων γίνεται με ορμονική ή μη ορμονική θεραπεία. Βέβαια, η ορμονική θεραπεία είναι πιο αποτελεσματική και, εφόσον δεν υπάρχουν αντενδείξεις, συνιστάται κυρίως σε γυναίκες με σοβαρά αγγειοκινητικά συμπτώματα. Όμως, υπάρχει ανησυχία ή φόβος για τις θεραπευτικές ορμόνες και μένουν πρακτικά χωρίς θεραπεία με αποτέλεσμα να υποφέρουν.

Η ιστορία λέει ότι ξεχάσαμε την ορμονική θεραπεία των συμπτωμάτων της έμμηνόπαυσης. Η θεραπεία αυτή γινόταν το πρώτο ήμισυ του 20<sup>ου</sup> αιώνα και λίγο αργότερα, αλλά στη συνέχεια σχεδόν διεκόπη, δεν χορηγούνται και αφήνουν τις γυναίκες να υποφέρουν. Ένω από τους ειδικούς σε

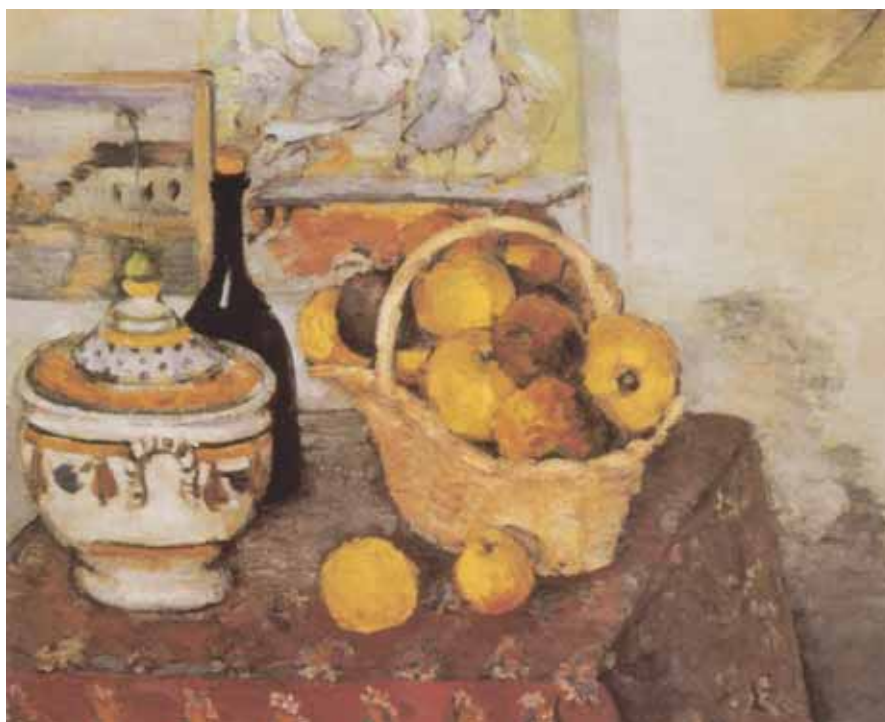
πρόσφατο άρθρο του New England Journal of Medicine τονίζεται ότι τα πράγματα δεν είναι έτσι και θα πρέπει να επανέλθει αυτή η παλαιά ορμονική θεραπεία με προσοχή, ώστε να μην υποφέρει ή πάσχουσα. Βέβαια, πέραν από την ορμονική υπάρχει άλλη θεραπεία, με την οποία μπορούν να απαλλάσσονται από τα συμπτώματα. Πρόκειται για νέα ουσία, την **παροξετίνη**, έλκεκτικό αναστολέα της 5HT-σεροτονίνης, η οποία είναι αποτελεσματική (*J. Manson et al, Menopause Management-Getting Clinical Care Back on Track, New Engl J Med 2016;374:803-806*).

 Σε πρόσφατη μελέτη το ερώτημα είναι εάν μπορεί να παίρνει **άσπιρίνη** ο πάσχων προ της χειρουργικής του θεραπείας για τη στεφανιαία νόσο. Μελέτησαν 2.100 ασθενείς, εκ των οποίων οι 1.047 έπαιρναν κανονικά άσπιρίνη προεγχειρητικά και 1.053 placebo. Έσημειώθη πρωτοπαθής αγγειακή επιπλοκή σε 202 ασθενείς που έπαιρναν άσπιρίνη προεγχειρητικά (19,3%) και 215 στην άλλη ομάδα του placebo (20,4%). Μείζον αιμορραγικό επεισόδιο, που οδήγησε σε επανεγχείρηση, συνέβη σε ποσοστό 1,8% των ασθενών που έπαιρναν άσπιρίνη και 2,1% στην ομάδα του placebo. Το συμπέρασμα είναι ότι η άσπιρίνη δεν οδηγεί σε ελάττωση της χειρουργικής θνησιμότητας ή επιπλοκή θρομβώσεως, ούτε και σε αύξηση του κινδύνου αιμορραγίας συγκριτικά με ασθενείς που παίρνουν χάπι placebo. Έν άλλους λόγους ή χορήγηση της άσπιρίνης 100 mg ημερησίως μπορεί να χορηγείται και τις προεγχειρητικές ημέρες, κατά τη μελέτη αυτή Αυστραλίας και Ν. Ζηλανδίας (*P. Myles et al: Stopping vs Continuing Aspirin before Coronary Artery Surgery, N Engl J Med 2016;374:728-37*).

 Η **παχυσαρξία** είναι σοβαρό πρόβλημα στις ανεπτυγμένες χώρες, παγκόσμια πανδημία global pandemic, όπως τονίζουν συγγραφείς. Κατά την έγκυμοσύνη στις Ηνωμένες Πολιτείες το ένα τρίτο (1/3) των γυναικών είναι παχύσαρκες και αυτό βέβαια είναι επικίνδυνο με συνέπειες δι' άμφότερους, μητέρα και βρέφος. Τα συνήθη μέτρα με δίαιτα και βελτιωμένο τρόπο ζωής (lifestyle) δεν είναι τόσο αποδοτικά. Σε πρόσφατη δημοσίευση με ελληνική συμμετοχή έπετεύχθη απώλεια βάρους σε παχύσαρκες μη διαβητικές γυναίκες με χορήγηση **μετφορμίνης** κατά την έγκυμοσύνη. Από την παρακολούθηση 202 εγκύων γυναικών, που έλαβαν μετφορμίνη 12-18 εβδομάδες μέχρι τον τοκετό, και 198 εγκύων που έπαιρναν placebo, δεν παρε-

τηρήθη διαφορά στο μέσο όρο σωματικού βάρους του βρέφους κατά τον τοκετό μεταξύ των δύο ομάδων της μετρορμίνης και του placebo. Όμως, με χορήγηση της μετρορμίνης σημειώθηκε ελάττωση του σωματικού βάρους της παχύσαρκης μητέρας, καθώς επίσης και μείωση της προεκλαμψίας (3%), συγκριτικά πάντα με την ομάδα του placebo (5,5%). Κατά τα άλλα δεν παρατηρήθηκαν διαφορές ως

πρός τις επιπλοκές της έγκυμοσύνης ή του βρέφους. Ωστε η χορήγηση μετρορμίνης επί εβδομάδες μέχρι τον τοκετό προκαλεί ελάττωση του σωματικού βάρους στις παχύσαρκες μη διαβητικές γυναίκες, χωρίς όμως να ελαττώνεται το βάρος του νεογέννητου (*Argyro Syngelaki et al: Metformin versus Placebo in Obese Pregnant Women without Diabetes Mellitus, N Engl J Med 2016;374:434-43*).



«Νεκρή Φύση με Σουπιέρα»

Paul Cézanne