



# Ώφέλιμο το bypass, παροδικό έγκεφαλικό επεισόδιο-ΤΙΑ, φρουτοφαγία, διαδερμική αντικατάσταση τής αορτικής βαλβίδος


Παύλος Κ. Τούτουζας

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


 Κατά καιρούς επαναλαμβάνεται τὸ ἐρώτημα, ἐὰν **πράγματι εἶναι ὠφέλιμη ἡ ἐγχείρηση bypass**, ὡς πρόσθετο μέτρο τῆς συντηρητικῆς φαρμακευτικῆς θεραπείας ἀσθενῶν μὲ στεφανιαία νόσο. Σὲ πρόσφατη ἔρευνα, κατὰ τὴν περίοδο Ἰούλιος 2002 - Μάιος 2007, μελετήθησαν 1.212 πάσχοντες ἀπὸ στεφανιαία νόσο μὲ χαμηλὸ κλάσμα ἐξωθήσεως  $\leq 35\%$ . Οἱ πάσχοντες μοιράσθηκαν σὲ δύο ὁμάδες: τὴν πρώτη ὁμάδα μὲ 610 ἀσθενεῖς, οἱ ὁποῖοι ὑπεβλήθησαν σὲ ἐγχείρηση bypass καὶ τὴ δεύτερη ὁμάδα, 602 ἀσθενεῖς, οἱ ὁποῖοι ἀκολούθησαν μόνον συντηρητικὴ φαρμακευτικὴ θεραπεία. Ἡ μετεγχειρητικὴ παρακολούθηση ἦταν σχετικῶς μακρὰ, μὲ μέση διάρκεια 9,8 ἔτη. Ὁ κύριος στόχος τῆς παρακολούθησης εἶναι ἡ καταγραφή θανάτου ἀπὸ καρδιολογικὴ ἢ ἄλλη αἰτία. Παρατηρήθη ὅτι ὁ θάνατος ἀπὸ ὁποιαδήποτε αἰτία, καθὼς ἐπίσης ὁ θάνατος ἀπὸ καρδιαγγειακὴ νόσο, ἦσαν σημαντικὰ πιδὲ λίγιοι κατὰ τὰ πρῶτα 10 ἔτη μετὰ τὴν ἐγχείρηση bypass, συγκριτικὰ μὲ ἐκείνους οἱ ὁποῖοι ἐλάμβαναν μόνον συντηρητικὴ φαρμακευτικὴ θεραπεία, τὴν ὁποία βέβαια ἔκαναν καὶ οἱ χειρουργηθέντες. Συγκεκριμένα, ὁ θάνατος ἀπὸ καρδιαγγειακὴ νόσο συνέβη σὲ 467 χειρουργηθέντες ἀσθενεῖς, 76,6%, ἐνῶ ἀπὸ τὴν ὁμάδα τῆς συντηρητικῆς φαρμακευτικῆς ἀγωγῆς θάνατος συνέβη σὲ 524, 87%. Ἐν ἄλλοις λόγοις, δὲν ὑπάρχει “γκρίνια”, καλῶς ἔγινε ἡ χει-

ρουργικὴ θεραπεία στοὺς πάσχοντες ἀπὸ στεφανιαία νόσο. (E.J. Velazquez καὶ συν. - *STICHES Investigators, Coronary-Artery Bypass Surgery in Patients with Ischemic Cardiomyopathy, N Engl J Med 2016;374:1511-20*).

 Στὸ ἴδιο τεύχος τοῦ New England Journal of Medicine οἱ R. Guyton καὶ A. Smith σχολιάζοντας τὴν ἀνωτέρω μελέτη ἐντυπωσιάζονται ἀπὸ τὴν βελτίωση τῆς καρδιακῆς ἀνεπάρκειας ποὺ ἔφερε ἡ ἐγχείρηση bypass, πάντα βέβαια σὲ συνδυασμὸ μὲ συντηρητικὴ φαρμακευτικὴ ἀγωγή. Καὶ ὑποστηρίζουν ὅτι τὰ εὐρήματα τῆς μελέτης STICH, πέραν τῆς συντηρητικῆς φαρμακευτικῆς ἀγωγῆς, συνηγοροῦν καὶ γιὰ σύσταση χειρουργικῆς θεραπείας τῆς καρδιακῆς ἀνεπάρκειας ἀπὸ στεφανιαία νόσο.

 **Παροδικὸ ἐγκεφαλικὸ επεισόδιο - ΤΙΑ.** Μὲ ἓνα τέτοιο ΤΙΑ, Transient Ischemic Attack, ὑπάρχει φόβος νέου ἐγκεφαλικοῦ επεισοδίου κατὰ τοὺς ἐπόμενους μῆνες. Μελέτες τῆς περιόδου 1997 - 2003 ἀναφέρουν ὅτι ὁ κίνδυνος νέου ἐγκεφαλικοῦ επεισοδίου ἢ/ καὶ ὀξείας στεφανιαίας ἀνεπάρκειας ἀνέρχεται στὸ ποσοστὸ 12-20% κατὰ τοὺς πρῶτους 3 μῆνες. Πρόσφατη δημοσίευση ἀναφέρεται σὲ μεγάλη μελέτη, κατὰ τὰ ἔτη 2009-2001 τῶν P. Amarengo καὶ συν., οἱ ὁποῖοι

έξήτασαν 4.789 ασθενείς με όξυ έγκεφαλικό έπεισόδιο από 61 νοσηλευτικά κέντρα σε 21 χώρες. Ποσοστό 33,4% των ασθενών είχαν όξυ έμφρακτο έγκεφάλου, 23,2% τουλάχιστον μία έξωκρανιακή ή ένδοκρανιακή στένωση αρτηρίας  $\geq 50\%$  και 10,4% έπασχαν από κολπική μαρμαρυγή. Έπί του συνόλου των ασθενών ποσοστό 78,4% εξέτάσθηκε εντός 24 ώρων από ειδικό ιατρό των έγκεφαλικών έπεισοδίων μετά την έναρξη των συμπτωμάτων. **Κατά την παρακολούθηση των ασθενών έπι ένα έτος σημειώθηκε νέο έγκεφαλικό έπεισόδιο σε ποσοστό 5,1%.** Αυτό το ποσοστό έγκεφαλικού-καρδιαγγειακού έπεισοδίου μετά από ΤΙΑ είναι σημαντικά μικρότερο από τα αναφερόμενα στο παρελθόν. (*P. Amarenco και συν., One-Year Risk of Stroke after Transient Ischemic Attack or Minor Stroke, N Engl J Med 2016;374:1533-42*).

 **Η στένωση της άορτικής βαλβίδος είναι συχνή πάθηση στους ήλικιωμένους.** Το άορτικό στόμιο έχει φυσιολογική επιφάνεια 2-3 cm<sup>2</sup>, ενώ σε στένωση της άορτικής βαλβίδος κατέρχεται <1 cm<sup>2</sup>, και σε πολύ σοβαρές περιπτώσεις φθάνει τα 0,5 cm<sup>2</sup>. Στις περιπτώσεις αυτές υπάρχει σημαντική αύξηση της συστολικής πίεσης της άριστερης κοιλίας και παρατηρείται κλίση συστολικής πίεσης μεταξύ άριστερης κοιλίας και άορτης – gradient, ή όποια μπορεί να φθάσει τα 100 mmHg ή περισσότερο. Δηλαδή υπάρχει άνωμαλία μεγάλη. Φυσιολογικά ή συστολική πίεση της άριστερης κοιλίας είναι ίση με τη συστολική πίεση που παίρνουμε στον βραχίονα με το πιεσόμετρο. Και τώρα άνεβαίνει πολύ ψηλά ή συστολική πίεση άριστερης κοιλίας, ενώ στην άορτή και τον βραχίονα ή πίεση παραμένει φυσιολογική. Λόγω αυτής της ύψηλης συστολικής πίεσης, το μυοκάρδιο της άριστερης κοιλίας υπερτρέφεται και σε σοβαρές περιπτώσεις βαθμηδόν έλαττώνεται ή λειτουργική άπόδοση του μυοκαρδίου της άριστερης κοιλίας, με κατάληξη την καρδιακή άνεπαρκεια. Οί πτυχές της άορτικής βαλβίδος είναι παχές άπο αύξηση του ίνώδους ιστού και έναπόθεση άσβεστίου, δέν κινούνται καλά, συγκολλούνται μεταξύ τους, δέν άνοίγουν έπαρκώς, τελικά ή βαλβίδα γίνεται σκληρή και άσβεστομένη, φθάνει στο σημείο να μίν κινείται σχεδόν καθόλου. Τότε ή επιφάνεια του άορτικού στόμιου έχει έλαττωθεί πάρα πολύ, φθάνει τα 0,6 ή/και 0,5 cm<sup>2</sup>. Σε

σοβαρή στένωση της άορτης ή χειρουργική άντικατάσταση της άορτικής βαλβίδος στη χώρα μας γίνεται άπο τη δεκαετία του 1960, όπως και στην Ευρώπη. Στα πρώτα χρόνια το πρόβλημα ήταν ή τεχνητή βαλβίδα, αλλά βαθμηδόν βελτιωνόταν ή κατασκευή της και φθάσαμε στους καιρούς μας να έχουμε άκόμη και τεχνητή βαλβίδα λειτουργική, ή όποια να τοποθετείται όχι με έγχείρηση του θώρακος της καρδιάς, αλλά με καθετηριασμό. Να γίνεται, δηλαδή, διαδερμική **άντικατάσταση της στένωσης της άορτικής βαλβίδος.** Άρχικά, ή διαδερμική αυτή επέμβαση είχε περισσότερες δυσκολίες και τα πράγματα έχουν διευκολυνθεί σήμερα. Η διαδερμική άντικατάσταση της βαλβίδος άρχικά είχε σύσταση για τη θεραπεία ασθενών, στους όποιους ή έγχείρηση ήταν ύψηλου κινδύνου και αυτοί οί άρρωστοι παρέμειναν πρακτικά χωρίς θεραπεία. Πριν λίγα χρόνια ή διαδερμική αυτή άντικατάσταση της άορτικής βαλβίδος με καθετηριασμό – TAVI άρχισε να γίνεται στη Γαλλία σε μη έγχειρήσιμους ασθενείς. Αυτή ή διαδικασία εξελίχθηκε γρήγορα διεθνώς και μέχρι το 2011 είχαν θεραπευθεί περι τους 25.000 ασθενείς παγκοσμίως, το νούμερο αυτό να έχει φθάσει στις 65.000 το 2016 και να άναμένεται στις 90.000 μέχρι το 2018. Για την επέμβαση αυτή TAVI κυριαρχούν δύο τεχνητές βαλβίδες, ή Edwards SAPIEN και ή CoreValve, ενώ άναπτύσσονται και νέες βαλβίδες, όπως ή BSC Lotus. Η τοποθέτηση της βαλβίδος διαδερμικώς με όδηγο καθετήρα γίνεται μέσω άρτηρίας άπο τον μηρό ή ψηλά στο θώρακα άπο την ύποκλείδιο άρτηρία. Μπορεί επίσης να γίνει άπο την κορυφή της καρδιάς ή το μεσοκοιλιακό διάφραγμα της καρδιάς. Τα άποτελέσματα είναι άριστα και ή έπεμβατική θνησιμότητα είναι ίση ή μικρότερη άπο εκείνη της χειρουργικής άντικατάστασης. Για το λόγο αυτό σήμερα έχει άρχισει να γίνεται και σε ασθενείς, οί όποιοι δέν έχουν πρόβλημα να χειρουργηθούν, αλλά προτιμούν τη διαδερμική μέθοδο. (*K.Toutouzas και συν., One Year outcomes after direct transcatheter aortic valve implantation with a self-expanding bioprosthesis. A two-center international experience, Int. J. Cardiol 2016;202 631-5, K.Toutouzas και συν., The requirement of extracorporeal circulation system for transluminal aortic valve replacenet: Do we really need it in the catheterization laboratory? Catheter Cardiovasc Interv. 2015*).

Ως γνωστόν, **η φρουτοφαγία συνδυάζεται με χαμηλότερο κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου**. Αυτά έχουν βεβαιωθεί επανειλημμένως στην Ευρώπη και Αμερική. Όμως, τί συμβαίνει στην Κίνα, οί όποιοι τρώνε λίγα φρούτα και από ιατρικής πλευράς έχουν συχνά έγκεφαλικά επεισόδια; Κατά την περίοδο 2004-2008 μελετήθηκε ή φρουτοφαγία σέ 512.891 πρόσωπα, ήλικίας 30-79 ετών, από δέκα διαφορετικές περιφέρειες τής Κίνας. Σημειώθηκαν 5.173 θάνατοι από καρδιαγγειακά νοσήματα, 2.551 πάσχοντες από όξεϊα καρδιαγγειακή νόσο, 14.579 με ισχαμικά

επεισόδια του έγκεφάλου, 3.523 με έγκεφαλικά αίμορραγία, και όλοι αυτοί οί πάσχοντες δέν είχαν ιστορικό καρδιαγγειακής νόσου, ούτε υποβάλλοντο σέ θεραπεία υπερέτασεως. Έδώ ή ύψηλή κατανάλωση φρούτων παρατηρήθη ότι είχε σχέση με μείωση τής αρτηριακής πίεσης και τής τιμής του σακχάρου αίματος. Σημειώθηκε, επίσης, ότι, ανεξάρτητα από άλλους διαιτητικούς παράγοντες, ήταν χαμηλότερος ό κίνδυνος μείζονος καρδιαγγειακού επεισοδίου. (*H. Du και συν., Fresh Fruit Consumption and Major Cardiovascular Disease in China, N Engl J Med 2016;374:1332-43*).



«Μπουκέτο με λουλούδια σέ τοπίο»

André Bauchant