


Στεφανιαία νόσος-στηθάγχη, χειρουργική θεραπεία, αϊφνίδιος θάνατος σε παιδιά και νέους

Παύλος Κ. Τούτουζας

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

 Η **χρόνια σταθερή στηθάγχη** παραμένει στο επίκεντρο του καρδιολογικού έργου επί πολλές δεκαετίες, ίσως από την εποχή του Alfred Nobel (1833-1896) με την ανακάλυψη της νιτρογλυκερίνης. Είναι πάθηση των ενηλίκων και σήμερα οι Άμερικανοί υπολογίζουν ότι έχουν περισσότερο από 7 εκατομμύρια πασχόντων από στηθάγχη προσπαθείας. Στους ασθενείς αυτούς υπάρχει κίνδυνος εμφράγματος μυοκαρδίου ή θανάτου, ο οποίος αυξάνεται στην προχωρημένη ηλικία. Η σοβαρή στηθάγχη εμφανίζεται με μικρή προσπάθεια και συχνά συνυπάρχει σοβαρή πάθηση, π.χ. διαβήτης, χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, καρδιακή ανεπάρκεια. Υπάρχει αδυναμία του ασθενούς να υποβληθεί σε ένα τεστ κοπώσεως. Η στηθαγχική κρίση εμφανίζεται κατά τη σωματική προσπάθεια, σε έντονη συγκίνηση ή ψυχικό στρές. Σχεδόν σταθερά υποχωρεί με τη διακοπή της σωματικής προσπάθειας - ανάπαυση και λήψη υπογλωσσίου νιτρογλυκερίνης. Επιπλέον, με λήψη αυτού του υπογλωσσίου μπορεί να προληφθεί ή στηθαγχική κρίση κατά τη σωματική προσπάθεια, ως συμβαίνει συχνά, π.χ. το πρωί. Ο πάσχων παίρνει ένα χάπι έξορχόμενος από το σπίτι, χωρίς τώρα να σταματάει στο δρόμο από τέτοια κρίση. Υπενθυμίζεται ότι η στηθάγχη, όπως και το έμφραγμα, συχνότερα εμφανίζονται μετά την πρωινή αφύπνιση.


- Οι παράγοντες που επιδεινώνουν τη σταθερή στηθάγχη και γενικά τη στεφανιαία νόσο είναι γνωστοί: υπέρταση, υπερχοληστεριναμία, κάπνισμα, διαβήτης, υπερχολερυθριναιμία. Είναι επιτακτικός ο έλεγχος αυτών των παραγόντων. Σε πρόσφατη μελέτη SPRINT - Systolic Blood Pressure Intervention, διαπιστώθηκε ότι στους στηθαγχικούς ασθενείς ο κίνδυνος εμφάνισης επιπλοκών, ως το έμφραγμα μυοκαρδίου, έγκεφαλικό, καρδιακή ανεπάρκεια ή θάνατος καρδιαγγειακής αιτίας, ήταν 25% μικρότερος με ελάττωση της συστολικής πίεσεως <120 mmHg συγκριτικά με εκείνους στους οποίους ο στόχος ήταν μείωση <140 mmHg. Επίσης, οι Bittner et al, 2015, J Am Coll Cardiol 66:765-73 διεπίστωσαν ελάττωση της θνησιμότητας από καρδιαγγειακή νόσο σε πάσχοντες από σταθερή στηθάγχη και διαβήτη με θεραπευτική αντιμετώπιση όλων των παραγόντων κινδύνου. Από φαρμακευτικής πλευράς χορηγούνται τα γνωστά: β-αναστολείς, νιτρούδη με δράση μακράς διάρκειας, αναστολείς του άσβεστιού, καθώς επίσης η ρανολαζίνη. Η ρανολαζίνη κυκλοφορεί σε δισκία 375, 500 και 750 mg, χορηγείται, π.χ. των 500 mg σε δισκία 1x2.

- Η διάγνωση και κυρίως η πρόγνωση της σταθερής χρόνιας στηθάγχης απαιτεί παρακλινικό έλεγχο. Η δοκιμασία κόπωσης εμφανίζει ισχυαμικές αλλοιώσεις σε ποσοστό 40-70% στο


ΗΚΓγράφημα και τὸ ὑπερηχοκαρδιογράφημα. Τὸ σπινθηρογράφημα εἶναι ἐπίσης καλὸ γιὰ τὴν ἀντικειμενικὴ ἐξέταση ἰσχαϊμίας τοῦ μυοκαρδίου. Ἡ σωματικὴ κόπωση τοῦ πάσχοντος, μεγάλης ἡλικίας ἢ μὲ κάποιο ἄλλο πρόβλημα, ἀποφεύγεται μὲ φαρμακολογικὴ δοκιμασία. Χορηγείται ἐνδοφλεβίως δοβουταμίνη ἢ ἀδενοσίνη, μὲ τὸν ἀσθενὴ κατακεκλιμένο καὶ ἐλέγχεται ἡ καρδιακὴ λειτουργία κατὰ τὴν προϋφῆσα αὐξηση τῶν καρδιακῶν παλμῶν.

- Ἐὰν ἡ δοκιμασία κόπωσης μὲ ὑπερήχους ἢ σπινθηρογράφημα καὶ ΗΚΓγράφημα δεῖξει ἰσχαϊμία ἀπὸ στένωση κατὰ τὸ ἀρχικὸ τμήμα τοῦ πρόσθιου κατιόντος κλάδου τῆς ἀριστερῆς στεφανιαίας ἀρτηρίας, τότε θὰ πρέπει νὰ γίνῃ καρδιακὸς καθετηριασμὸς μὲ στόχο τὴν ἐπαναγγείωση, μπαλόνι-stent ἢ ἐγγχείρηση by pass.

- Σὲ περίπτωσι πλὴν ἡπιασ στεφανιαίας νόσου θὰ γίνῃ συζήτηση μὲ τὸν πάσχοντα γιὰ τὴν ἀντιμετώπιση τῆς πάθησης. Νὰ αὐξηθεῖ ἡ φαρμακευτικὴ θεραπεία μὲ προσθήκη, π.χ. ρανολαζίνης στὴν ἀγωγή, ποὺ γίνεταί μὲ νιτρώδη, β-ἀναστολεῖς καὶ ἀναστολεῖς Ca. Ἐὰν καὶ αὕτῃ ἡ θεραπεία δὲν εἶναι ἐπαρκής, τότε τὸ λόγο ἔχει ἡ ἀγγειοπλαστικὴ καὶ ἐὰν οἱ βλάβες δὲν προσφέρονται, τότε καλεῖται πάλι ὁ χειρουργός. (*E. Magnus Ohman: Chronic Stable Angina, N Engl J Med 2016;374:1167-76*)

 Ἀπὸ τὸ 2000 μέχρι τὸ 2008 σὲ 117 ἰατρικὰ κέντρα τῶν ΗΠΑ καὶ Καναδᾶ ἔγιναν 477 ἐγγχειρήσεις καὶ 224 ἐπεμβάσεις μὲ μπαλόνι-stent σὲ πάσχοντες ἀπὸ στένωση καρωτίδος. Οἱ ἀσθενεῖς αὐτοὶ παρακολουθοῦντο κάθε 6 μῆνες ἐπὶ 10 ἔτη, τόσο ἀπὸ πλευρᾶς κλινικῆς εἰκόνας καὶ ἐνδεχόμενες ἐπιπλοκὲς τῆς ἐπέμβασης, ὅσο καὶ ἀπὸ πλευρᾶς παραγόντων κινδύνου, ὡς ἡ ὑπέρταση, ὁ διαβήτης, ἡ ὑπερχοληστερολαϊμία, τὸ κάπνισμα. **Κατὰ τὴν μακρὰ αὐτὴ μετεγγχειρητικὴ περίοδο δὲν σημειώθηκε σημαντικὴ διαφορὰ στατιστικῶς μεταξὺ τῶν δύο αὐτῶν ἐπεμβάσεων μὲ stent ἢ ἐγγχειρητικὴ ἐνδαρτηριεκτομή.** Ἐπίσης καὶ ὡς πρὸς τοὺς παράγοντες κινδύνου δὲν ὑπῆρχε σημαντικὴ διαφορὰ μεταξὺ τῶν δύο ομάδων. Ἡ δυσλιπιδαιμία κατὰ μέσον ὄρο διεπιστώθη σὲ 82,9% τῶν ἀσθενῶν ποὺ ἔβαλαν stent, ἔναντι 85,8% τῆς ομάδας ἐκείνων ποὺ ἔκαναν χειρουργικὴ ἐνδαρτηριεκτομή. Ἡ ἡλικία τῶν ἀσθενῶν ἦταν 69±9 ἔτη. Ὡς πρὸς τὸ ἄθροισμα μειζόνων ἐπιπλοκῶν

ἐγκεφαλικοῦ ἐπεισοδίου, ἐμφράγματος μυοκαρδίου, θανάτου, στὸ τέλος τῆς δεκαετίας μετὰ τὴν ἐπέμβαση δὲν ὑπῆρχε στατιστικὴ διαφορὰ μεταξὺ ἀγγειοπλαστικῆς (11,8%) καὶ χειρουργικῆς ἐνδαρτηριεκτομῆς (9,9%). (*T.G. Brott et al: Long-Term Results of Stenting versus Endarterectomy for Carotid-Artery Stenosis, N Engl J Med 2016;374:1021-31*).

 Ὡς πρὸς τὸν **αἰφνίδιο καρδιακὸ θάνατο** ἐνὸς παιδιοῦ ἢ ἐφήβου στὰ μείζονα ἰατρικὰ κέντρα τῆς Αὐστραλίας καὶ Νέας Ζηλανδίας, κατὰ τὴν χρονικὴ περίοδο Ἰαν. 2010 - Δεκ. 2012, ἐρευνητὲς κατέγραψαν κλινικὰ δεδομένα 490 προσώπων, ἡλικίας 1-35 ἐτῶν, ποὺ ἔφυγαν μὲ αἰφνίδιο καρδιακὸ θάνατο. Δηλαδή ἡ συχνότητα ἐμφάνισης αἰφνίδιου θανάτου στὶς χώρες αὐτὲς ἦταν 1,3 περιπτώσεις σὲ 100.000 προσώπων κατ' ἔτος. Περισσότεροι ἦσαν οἱ αἰφνίδιοι θάνατοι σὲ ἡλικία 31-35 ἐτῶν. Ἡ αἰτία τοῦ θανάτου ἦταν ἄγνωστη σὲ μεγάλη συχνότητα σὲ πρόσωπα ἡλικίας 16-20 ἐτῶν. Συνολικὰ στὸ ὑψηλὸ ποσοστὸ 40% ἔφθασαν οἱ περιπτώσεις, στὶς ὁποῖες δὲν μποροῦσε νὰ διαπιστωθεῖ αἰτία τοῦ αἰφνιδίου καρδιακοῦ θανάτου (unexplained sudden cardiac death). Σὲ πληθυσμὸ ἡλικίας 1-30 ἐτῶν διαπιστώθηκε αἰτία θανάτου ἢ στεφανιαία νόσος, σὲ ποσοστὸ 24% καὶ συγγενῆς - κληρονομικὴ μυοκαρδιοπάθεια σὲ ποσοστὸ 16%. Στὴ μεγαλύτερη ἡλικία 31-35 ἐτῶν ἢ πλὴν συχνὴ αἰτία ἦταν ἡ στεφανιαία νόσος. Μία ἄλλη ἐνδιαφέρουσα παρατήρηση ἦταν ὅτι σὲ νεότερη ἡλικία ὁ θάνατος κατὰ τὴν νύχτα συνηθέστερα ἦταν ἀνεξήγητος γιὰ τὴν αἰφνίδια καρδιακὴ προσβολή. Ὡς πρὸς τὴν γονιδιακὴ μετάλλαξη, διαπιστώθηκε σὲ 31 ἀπὸ 113 περιπτώσεις αἰφνιδίου καρδιακοῦ θανάτου ὅτι δὲν ὑπῆρχε συγκεκριμένη αἰτία. Ἡ κλινικὴ διάγνωση κληρονομικῆς καρδιαγγειακῆς νόσου ὑπῆρξε σὲ ποσοστὸ 13% οἰκογενειῶν, στὶς ὁποῖες δὲν διαπιστώθηκε αἰτία αἰφνιδίου καρδιακοῦ θανάτου. Λεπτομερέστερα, σὲ νέα ἡλικία ὁ αἰφνίδιος θάνατος μπορεῖ νὰ ὀφείλεται σὲ δομικὴ μυοκαρδιακὴ νόσο, ὅπου περιλαμβάνονται ἡ ὑπερτροφικὴ μυοκαρδιοπάθεια, ἡ διαστολικὴ μυοκαρδιοπάθεια, ἀρρυθμιόγόνος μυοκαρδιοπάθεια ἀριστερᾶς κοιλίας, πρωτοπαθεῖς διαταραχὲς ἐμφάνισης ἀρρυθμιῶν, ὅπως εἶναι τὸ συγγενὲς σύνδρομο παρατεταμένου - μακροῦ διαστήματος QT, καθὼς ἐπίσης καὶ πάθηση πο-

λυμορφική με κρίσεις κοιλιακής ταχυκαρδίας από μεγάλη αύξηση των κατεχολαμινών (υπερκατεχολαμιναμία). Σε γνωστή πάθηση από τις αναφερθείσες χορηγούνται φάρμακα χωρίς ικανοποιητικό αποτέλεσμα, όπως ρυθμίζεται και η ηλεκτρική θεραπεία, συνήθως με τοποθέτηση άπινιδωτή.

Όμως δεν είμαστε ευχαριστημένοι μέχρι σήμερα. Καί τὸ συμπέρασμα εἶναι ὅτι σὲ τρεῖς πρώτες δεκαετίες τῆς ζωῆς ὑπάρχει σημαντικό κενὸ στὴν Καρδιολογία. (R.D. Bagnal et al, *A Prospective Study of Sudden Cardiac Death among Children and Young Adults*, *N Engl J Med* 2016;374:2441-52).



«Δρόμος στὸ Louveciennes»

Camille Pissaro