


‘Υπερθυρεοειδισμός, από την ιστορία της στεφανιαίας νόσου, περιφερική αποφρακτική αρτηριοπάθεια.

Παύλος Κ. Τούτουζας


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

 **Θυρεοειδής και αιφνίδιος καρδιακός θάνατος.** Σε πρόσφατη μελέτη, διάρκειας 9,1 ετών, έγινε παρακολούθηση 10.318 πολιτών, ηλικίας ≥ 45 ετών, με εξέταση των τιμών της θυροξίνης, όρμονης διεγερτικής, της ελεύθερης θυροξίνης (FT4). Έδω παρατηρείτο αν υπήρχε σχέση των τιμών της FT4 με την εμφάνιση αιφνιδίου καρδιακού θανάτου, SCD, Sudden Cardiac Death στο μεγάλο αυτό αριθμό των προσώπων, οι όποιοι είχαν σχεδόν διατρέξει το πρώτο ήμισυ της ζωής. Ασφαλώς περιλαμβάνοντο και πλήθος εξετασθέντων “εϋθυρεοειδικών”, με φυσιολογικές τιμές θυροξίνης FT4 0,85-1,95 ng/dL (ή 11-25 pmol/L). Κατά την μελέτη γινόταν καταγραφή καρδιαγγειακών παραγόντων, που μπορεί να εϋθύνονται για αιφνίδιο καρδιακό θάνατο, συγκεκριμένα αρτηριακής υπέρτασης, χοληστερίνης αίματος, καπνίσματος, πλὴν τοῦ διαβήτη.

Κατά το πρωτόκολλο ο SCD γινόταν δεκτός στη μελέτη, εφόσον δεν προϋπήρχε καρδιακή πάθηση, παρουσία μάρτυρος ιατροῦ. Έν προκειμένω, ο θάνατος θα έπρεπε να εκδηλωθεί με αιφνίδια απώλεια συνειδήσεως, εντός του χρόνου μιᾶς μόνο ώρας από την έναρξη όξέων συμπτωμάτων. Περιλήφθησαν και περιπτώσεις χωρίς παρόντα τον μάρτυρα, αλλά με βεβαιωμένη την καλή και σταθερή γενική κατάσταση του απελθόντος ἐπὶ 24 ώρες πρὸ τοῦ αιφνιδίου θανάτου και εφόσον δὲν

υπήρχε έξωκαρδιακή αίτια θανάτου. Κατά την χρονική αυτή περίοδο των έννεα ετών συνέβησαν συνολικά 261 αιφνίδιοι καρδιακοὶ θάνατοι και παρατηρήθηκε σαφής σχέση τοῦ SCD με τις ύψηλότερες τιμές της FT4. Πάντως υπήρχε και μικρός αριθμός SCD σε πρόσωπα που είχαν φυσιολογικές τιμές θυροξίνης, χωρίς αυτό να αλλάζει τη σχέση των SCD με τις τιμές αυτής της όρμόνης: **περισσότεροι οί SCD όσο ύψηλότερες οί τιμές της θυροξίνης.**

Η μελέτη αυτή της λειτουργίας τοῦ θυρεοειδοῦς και τοῦ αιφνιδίου καρδιακού θανάτου είναι ή πρώτη που δημοσιεύεται σε έγκυρο περιοδικό, όπως το *Circulation*, και αναμφίβολα θα έχουμε και πληροφορίες από νέες μελέτες προσεχώς. Έτσι, πέραν της παχυσαρκίας, τοῦ καπνίσματος και τοῦ διαβήτη, της υπέρτασης και της υπερχοληστερολαιμίας, φαίνεται ότι σε πρώτη γραμμή θα έχουμε και τον θυρεοειδή, όχι μόνο ως πρὸς την κολπική μαρμαρυγή και την φλεβοκομβική ταχυκαρδία που παρατηροῦνται σε υπερθυρεοειδισμό ή την βραδυκαρδία σε χαμηλές τιμές της θυροξίνης. (*L. Chaker et al, Thyroid Function and Sudden Cardiac Death. A Prospective Population-Based Cohort Study, Circulation: 2016;134:713-722*).

 Ιστορικά ή **στεφανιαία νόσος** ήταν ελάχιστα γνωστή, χωρίς ούσιαστική αντιμετώπιση


κατά το πρώτο ήμισυ του 20ου αιώνας. Μετά το Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο, και για τη χώρα μας μετά τον εμφύλιο της δεκαετίας 1940-49, άρχισε η ιατρική να συνειδητοποιεί το πρόβλημα αυτής της νόσου και κατά την δεκαετία 1950-60 σημειώνονται σημαντικές αλλαγές στη ζωή μας. Ο κόσμος καπνίζει περισσότερο και με συμμετοχή των γυναικών, που μέχρι τότε δεν είχαν γνωρίσει το τσιγάρο. Όλοι τρώνε περισσότερο και κινούνται λιγότερο, δεν βαδίζουν τώρα όσο παλαιότερα με τα γεωργικά μηχανικά μέσα, αλλά και με την συνεχή είσοδο και ανάπτυξη του Ι.Χ. αυτοκινήτου. Αυτές όλες οι “θετικές” μεταβολές προόδου, όπως δυστυχώς τις θεωρούσαμε, ήταν η αιτία συχνότερης εμφάνισης εμφράγματος μυοκαρδίου και γενικά στεφανιαίας νόσου. Μετά τον πόλεμο αυτή η δεκαετία 1960-70 απέδειχθη κορυφαία στην προσβολή της καρδιάς και του θανάτου μέχρι σήμερα.

Η αντιμετώπιση αυτού του κακού άρχισε με σοβαρή προσπάθεια, με κατανόηση της σημασίας που είχε ο τρόπος ζωής - lifestyle. Και εδώ έγινε αισθητή η σπουδαία σημασία που είχαν το κάπνισμα, η υπέρταση, η χοληστερόλη, γενικά οι παράγοντες κινδύνου, περιλαμβανομένης φυσικά και της παχυσαρκίας. Ο στόχος των έρευνών ήταν να προσδιορισθεί η αιτία του κακού, αυτής της στεφανιαίας νόσου και τα άνωτέρω, ως οι παράγοντες κινδύνου κ.ά., να αντιμετωπισθούν δεόντως.

Βέβαια ο στόχος μέχρι και σήμερα δεν έχει επιτευχθεί. Όμως, η πεποίθηση είναι ότι η έρευνα καλά κρατεί με ευδιάκριτες επισημάνσεις. Από την δεκαετία του 1970 προσδιορίζονται τρόποι μείωσης των επεισοδίων στεφανιαίας νόσου και της θνητότητας. Έμφανίζεται η καρδιοαναπνευστική ανάνηψη (cardiopulmonary resuscitation) και βαθμδόν η μεγάλη σημασία των παραγόντων κινδύνου. Βελτιώνεται η αντιμετώπιση του όξέος επεισοδίου και γίνεται δευτεροπαθής πρόληψη κρίσης στεφανιαίας νόσου. Έτσι, από τη δεκαετία του 1970 εμφανίζονται σαφώς θετικά σημεία της αντιμετώπισης και από το 1980 παρατηρείται μείωση των καρδιακών επεισοδίων. Πρόβλημα παραμένει ο αίφνιδιος θάνατος, ο οποίος ίσως είναι συχνότερος εντός παρά εκτός νοσοκομείου. Και ο αίφνιδιος θάνατος εκτός του νοσοκομείου φαίνεται να είναι συχνότερος, άνω του 50% της καρδιαγγειακής θνησιμότητας. Το άλλο πρόβλημα είναι ότι ο αίφνιδιος αυτός θάνατος συχνά παρατηρείται σε

άνθρώπους οι οποίοι δεν γνωρίζουν ότι πάσχουν από στεφανιαία νόσο. Έδώ θα πρέπει να γίνεται τέστ κοπώσεως σε ηλικία 35-40 ετών, όποσδήποτε αν έχουν δύο παράγοντες κινδύνου ή και ένα, αν είναι άνδρες.

Τελικά, μελέτες από σπουδαία καρδιολογικά κέντρα, ως εκείνη της πόλεως Tromso (Tromso Study), δείχνουν ότι κατά τις τελευταίες δεκαετίες έχει συμβεί ελάττωση του αίφνιδιου θανάτου εκτός νοσοκομείου και είναι μειωμένη ή ανασπαση του τμήματος ST στους νοσηλευμένους για όξυ έμφραγμα μυοκαρδίου. Η συνολική επίπτωση της στεφανιαίας νόσου προοδευτικά ελαττώνεται κατά 3% ετησίως επί 25 και πλέον έτη. (R.V. Luepker, *Falling Coronary Heart Disease Rates. A Better Explanation?*, *Circulation*:2016;133:8-11).

 **Θεραπεία Περιφερικής Αποφρακτικής Αρτηριοπάθειας.** Οι πάσχοντες από περιφερική αποφρακτική αρτηριοπάθεια δεν πρέπει να έχουν ικανοποιηθεί από την προσφερόμενη φαρμακευτική θεραπεία. Υπάρχουν όρισμένοι, οι οποίοι σταματούν το βάδισμα μετά από μεγάλη απόσταση άνω των 1.000 μ. και δεν διαμαρτύρονται πολύ, ιδίως όταν αυτό το βάδισμα του χιλιόμετρου είναι ζωηρό. Όμως είναι πολλοί περισσότεροι οι έχοντες πιδ σοβαρή την πάθηση και το μέλλον τους είναι ζοφερό, αφού βλέπουν ότι κάθε τόσο, κάθε λίγους μήνες, βαδίζουν ελεύθερα όλο και λιγότερο. Τελικά προκύπτει απογοήτευση, όταν τα πόδια είναι κρύα, κιτρινίζουν, βαθμηδόν γίνονται λίγο κυανὰ στα δάχτυλα και ο πάσχων δεν μπορεί να υποφέρει την κατάληξη, που είναι η γάγγραινα και ο άκρωτηριασμός. Η ιατρική βοήθεια είναι μικρή, με άσκηση και φάρμακα να βελτιώσει τη διαλείπουσα χωλότητα. Έπεμβατική ένδαγγειακή θεραπεία μπορεί να ελαττώσει τον πόνο και να βελτιώσει την ποιότητα ζωής και με αύξηση της απόστασης βαδίσματος χωρίς χωλότητα. Αυτή η θεραπεία, η ένδαγγειακή, μπορεί να ελαττώσει και την τελική επίπλοκή, τον άκρωτηριασμό. Σήμερα υπάρχουν μελέτες με περιόδους διάρκειας 5 ετών, από τις οποίες υπάρχουν προσδοκίες διατηρήσεως ικανοποιητικής κυκλοφορίας σε σοβαρές περιπτώσεις και, κυρίως, προσδοκίες αποφυγής άκρωτηριασμού. (M.H. Shishehbor et al, *Percutaneous Therapies for Peripheral Artery Disease*, *Circulation* 2016;134:2008-2027).