

Ύπερταση, κατάλυση - ablation κολπικής μαρμαρυγής, ανάσπαση του ST-κίνδυνος θανάτου.

Παύλος Κ. Τούτουζας

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



Αντιμετώπιση αρτηριακής υπέρτασης.

Η πίεσή μας, λοιπόν, να είναι χαμηλή, ή συστολική στα 130-120 ή ακόμη και 115 mmHg και η διαστολική να φθάνει μέχρι τα 85mmHg. Αυτό βέβαια δεν σημαίνει ότι εμείς πρέπει να φροντίζουμε, και μάλιστα με επιμονή, να φθάσουμε αυτούς τους στόχους. Είμαστε ευχαριστημένοι <140, 130mmHg ή συστολική και η διαστολική να είναι μέχρι 90mmHg. Σε διαβήτη στη μελέτη ACCORD ή θεραπεία της υπέρτασης ήταν έντατική, με στόχο τη συστολική πίεση να είναι <140, ακόμη και <120mmHg. Με τη θεραπεία αυτή μειώθηκε η πίεση κατά 14,2mmHg ή συστολική και 6 mmHg ή διαστολική, χωρίς όμως να ελαττωθούν επιπλοκές της υπέρτασης, ως ο καρδιαγγειακός θάνατος. Όμως παρατηρήθηκε σημαντική ελάττωση των έγκεφαλικών επεισοδίων, παρότι ο αριθμός αυτός ήταν μικρός.

• Σε παρόμοια έρευνα, στη μελέτη SPRINT, επί 9.361 υπέρτασικών ασθενών με έντατική θεραπεία ή συστολική πίεση έπεσε <120mmHg με μέσο όρο ελάττωσης κατά 14,8/7,6mmHg. Έδώ παρατηρήθηκε μείωση κατά 25% του κινδύνου εμφάνισης επιπλοκών της υπέρτασης, ως η όξεια στεφανιαία ανεπάρκεια και το έμφραγμα μυοκαρδίου, το έγκεφαλικό επεισόδιο, ή καρδιακή ανεπάρκεια και γενικά ο καρδιαγγειακός θάνατος.

• Από τη μελέτη SPRINT ή συμβουλή είναι ο θεράπων να είναι προσεχτικός, όταν πέφτει


σημαντικά ή αρτηριακή πίεση, για ένδεχόμενες επιπλοκές, ως η υπόταση, συγκοπική κρίση, ηλεκτρολυτικές διαταραχές με προσοχή στη νεφρική λειτουργία. Στις ίδιες αυτές συμβουλές καταλήγουν και οι συγγραφείς της μελέτης ACCORD.

• Επίσης, είναι και η μελέτη HOPE-3 (Heart Outcome Evaluation), κατά την οποία εξετάστηκε παρόμοια πληθυσμός, όπως στη μελέτη SPRINT, στην οποία τα πράγματα είναι πιο απλά για όλους μας. Στους υπέρτασικούς εξετασθέντες έδωσαν σταθερά ένα φάρμακο, συγκεκριμένα μία δόση αποκλειστή της αγγειοτασίνης και συνδυασμό διουρητικού-θειαζιδης σε μικρή δόση, και placebo στους μάρτυρες. Συνολικά δεν σημειώθηκε ελάττωση σοβαρών καρδιαγγειακών επεισοδίων, παρά μόνο σε εκείνους τους υπέρτασικούς, το 1/3 περίπου, που είχαν την υψηλότερη συστολική πίεση, συγκεκριμένα κατά μέσον όρο είχαν 154mmHg. Αυτοί οι υπέρτασικοί ωφελήθηκαν με ελάττωση κατά 27% των καρδιαγγειακών επιπλοκών, παρόλο που η ελάττωση της ΑΠ ήταν μικρή, κατά μέσον όρο 6/3mmHg. Οι έρευνητές είχαν φροντίσει ώστε να δίνουν συγχρόνως και στατίνη, η οποία φαίνεται ότι συνέβαλε πολύ στα κέρδη αυτής της ομάδος των θεραπευομένων με την υψηλότερη πίεση. Όστε από τη μελέτη HOPE-3 προκύπτει το συμπέρασμα ότι η επιθετική θεραπεία δεν συνιστάται στη μεγάλη ομάδα του πληθυσμού ενδιάμεσου κινδύνου. Σε αυτούς η

συνήθης θεραπεία είναι εξαιρετικά ασφαλής και, όταν χρειάζεται γίνεται πάλι επιτυχώς, με συμπληρωματική χορήγηση στατίνης. (E.M. Lonn et al, *Should Patients With Cardiovascular Risk Factors Receive Intensive Treatment of Hypertension to <120/80 mmHg Target? An Antagonist View From the HOPE-3 Trial (Heart Outcomes Evaluation-3)*, *Circulation* 2016;134:1311-1313).

Σοβαρή στένωση πνευμονικής φλέβας.

Η θεραπευτική ablation-κατάλυσις της κολπικής μαρμαρυγής καλά κρατεί, αλλά υπάρχει πάντα το πρόβλημα επιπλοκής στένωσης πνευμονικής φλέβας. Γίνεται βέβαια αντιμετώπιση με διαστολή και τοποθέτηση stent, αλλά δεν γνωρίζουμε το τελικό αποτέλεσμα αυτής της επέμβασης. Πρόσφατη μελέτη αναφέρεται σε 124 ασθενείς, οι οποίοι μετά από ablation παρουσίασαν στην άξονική τομογραφία σοβαρή στένωση σε μία ή δύο φλέβες, συνολικά σε 219 φλέβες. Οι ασθενείς αυτοί σε ποσοστό 82% είχαν συμπτώματα, δύσπνοια 67%, βήχα 45%, κόπωση και μειωμένη άντοχη στην κόπωση 45%, αιμόπτυση 27%. Στους ασθενείς αυτούς 92 φλέβες θεραπεύτηκαν με αγγειοπλαστική-μπαλόνη, 86 με τοποθέτηση stent, ενώ σε 41 φλέβες δεν έγινε θεραπεία. Οι επιπλοκές αυτής της επέμβασης ήταν μείζονες σε μικρό ποσοστό 3,5% και ελάσσονες σε ποσοστό 13,3%. Τελικά, από όλες τις επεμβάσεις παρουσίασαν αργότερα επαναστένωση οι φλέβες σε ποσοστό 42%, κυρίως εκείνες στις οποίες είχε γίνει η επέμβαση με μπαλόνη και πολύ λιγότερες (27%) με stent. Το συμπέρασμα είναι, ότι η διάγνωση στενώσεως πνευμονικών φλεβών δεν είναι τόσο εύκολη, επειδή τα συμπτώματα των πασχόντων δεν είναι χαρακτηριστικά της πάθησης και υπάρχει ανάγκη καλής εικόνας των πνευμονικών φλεβών. Η θεραπευτική αντιμετώπιση είναι επιτυχής άρχικά, χωρίς να υπάρχει διαφορά με μπαλόνη ή με stent, αργότερα όμως είναι το stent, με το οποίο διατηρείται σημαντικά ή ελάττωση του κινδύνου επανεμφάνισης στένωσης της φλέβας. Μόνο με μπαλόνη ή θεραπεία δεν είναι ικανοποιητική. (E. A. Fender et al, *Severe Pulmonary Vein Stenosis Resulting From Ablation for Atrial Fibrillation. Presentation, Management and Clinical Outcomes*. *Circulation*, 2016;134:1812-1821).

 **Άνάσπαση του ST - αϊφνίδιος καρδιακός θάνατος.** Στην πόλη και τα προάστια, σε όλη την

εύρεια περιοχή των Παρισίων, κατά τα έτη 2006-2010 επείγουσες ιατρικές υπηρεσίες κατέγραψαν κατοίκους με μεγάλο κίνδυνο αϊφνιδίου θανάτου. Συνολικά, οι πάσχοντες ήταν 8.112, μέσης ηλικίας 60 ετών, οι οποίοι σε ποσοστό 78% ήταν άνδρες. Οι έρευνητές σημείωσαν ότι, στην προκειμένη έρευνα του καρδιακού θανάτου, οι ασθενείς ήταν νεότερης ηλικίας, χωρίς παχυσαρκία ή σακχαρώδη διαβήτη και παρουσίασαν δυσφορία ή και δύσπνοια, ενώ υπήρξε και μικρή χρονική καθυστέρηση μεταξύ έναρξης του θωρακικού συμπτώματος και κλήσης επείγουσας ιατρικής υπηρεσίας. Όλα αυτά οι έρευνητές θεωρούν πρόδρομα συμπτώματα του αϊφνιδίου θανάτου. Μάλιστα ο κίνδυνος αυτός βαθμολογήθηκε και ήταν διπλάσιος με σκώρ 10 έως 19, τετραπλάσιος σε άλλους που είχαν σκώρ 20-29 και πάνω από 18 φορές συχνότερος όταν το σκώρ ήταν >30, εν σχέσει με εκείνους που είχαν σκώρ <10. Σε εκείνους που είχαν >30, το ποσοστό του αϊφνιδίου θανάτου ήταν 28,9% των ασθενών, ενώ το ποσοστό θανάτου ήταν πολύ χαμηλό 1,6% σε ασθενείς ≤9.

Στα νοσοκομεία με καρδιολογική κλινική και μονάδα έντατικής θεραπείας, ο αϊφνίδιος θάνατος ασθενών με όξιο έμφραγμα του μυοκαρδίου, που εμφανίζουν ανάσπαση του τμήματος ST στο ΗΚΓγράφημα, έχει μειωθεί πάρα πολύ. Αντιθέτως, στους ασθενείς αυτούς ο αϊφνίδιος θάνατος παραμένει πολύ συχνός σε ύψηλο ποσοστό προ της εισαγωγής του ασθενούς στο νοσοκομείο. Στην ανωτέρω μελέτη, εκτός νοσοκομείου, από αϊφνίδιο θάνατο έφυγαν 452 ασθενείς (5,6%). Με το σκώρ που προτείνει η μελέτη μπορούν να διακριθούν αυτοί που έχουν χαμηλό κίνδυνο, ως αναφέρθη.

Όστε η νέα ηλικία, απουσία παχυσαρκίας, απουσία σακχαρώδη διαβήτη, δύσπνοια και κάποια καθυστέρηση μεταξύ έναρξης του πόνου και κλήσης επείγουσας ιατρικής υπηρεσίας είναι πέντε “προάγγελοι” του αϊφνιδίου θανάτου. Άν υπάρχουν σε επαγρύπνηση καλές ιατρικές υπηρεσίες, είναι βέβαιο ότι θα ελαττωθούν κάπως και οι θάνατοι από όξιο έμφραγμα μυοκαρδίου εκτός νοσοκομείου. (N. Karam et al, *Identifying Patients at Risk for Prehospital Sudden Cardiac Arrest at the Early Phase of Myocardial Infarction. The e-MUST study (Evaluation en Medecine d’Urgence des Strategies Therapeutiques des infarctus du myocarde)*. *Circulation* 2016;134:2074-2083).