

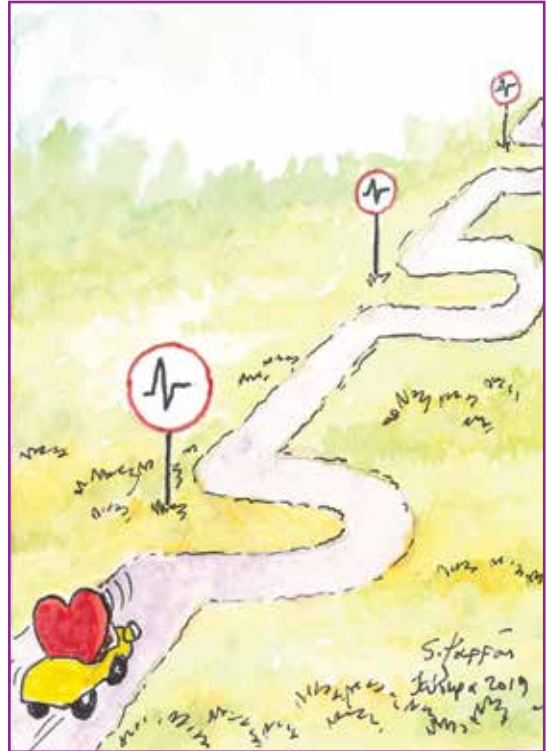
Συχνές ιδιοπαθείς έκτακτες κοιλιακές συστολές: Συνέπειες στην πρόγνωση τών ασθενών και αντιμετώπισή τους.

Σωκράτης Παστρωμάς

Αναπληρωτής Διευθυντής Α΄ Καρδιολογικού Τμήματος Ήλεκτροφυσιολογίας και Βηματοδότησης, Ερρίκος Ντυνάν Hospital Center.

Οι έκτακτες κοιλιακές συστολές (ΕΚΣ) αποτελούν μία από τις συχνότερες αρρυθμίες στους ενήλικες και εμφανίζονται τόσο σε ασθενείς με δομική καρδιοπάθεια όσο και σε ανθρώπους υγείς χωρίς κανένα καρδιολογικό ιστορικό. Πρόκειται για συστολές, που παρεμβάλλονται ούσιαστικά στο φυσιολογικό ρυθμό, προκαλώντας ένα σύμπτωμα "κενού" ή "χτύπου", όπως χαρακτηριστικά αναφέρεται από τους ασθενείς, αλλά μπορεί να είναι και πλήρως ασυμπτωματικές και να ανακαλύπτονται σε τυχαίο καρδιολογικό έλεγχο. Σε ό,τι αφορά τους ασθενείς με οργανική καρδιοπάθεια, δηλαδή ασθενείς με έμφραγμα μυοκαρδίου, καρδιακή ανεπάρκεια και άλλες μυοκαρδιοπάθειες, οι ΕΚΣ, όταν είναι συχνές και με διαφορετικές μορφολογίες, συνοδεύονται συχνά από αύξημένο αρρυθμικό κίνδυνο. Στην πλειονότητα, όμως, τών περιπτώσεων, οι συχνές ΕΚΣ εμφανίζονται σε ασθενείς χωρίς οργανική καρδιοπάθεια και τότε χαρακτηρίζονται ως ιδιοπαθείς κοιλιακές έκτακτες συστολές, έχοντας συγκεκριμένα χαρακτηριστικά τόσο ηλεκτροκαρδιογραφικά όσο και κλινικά. Οι ασθενείς, στην πλειονότητα τών περιπτώσεων, δεν έχουν κίνδυνο αιφνιδίου καρδιακού θανάτου και οι ΕΚΣ θεωρούνται καλοήθειες. Έμφανίζονται κύρια στις ηλικίες μεταξύ 20 και 50 ετών και είναι πιο συχνές στις γυναίκες. Η προέλευσή τους είναι συνήθως από το χώρο εξόδου της δεξιάς κοιλίας (60-80% τών περιπτώσεων) και πιο σπάνια από το χώρο εξόδου της άριστερης κοιλίας. Σπανιότερα, οι ΕΚΣ μπορεί να προέρχονται από άλλες ανατομικές δομές του μυοκαρδίου, όπως είναι οι ηθλοειδείς μύες, το έπικαρδιο ή το σύστημα ινών Purkinje της άριστερης κοιλίας. Με τη διενέργεια ενός απλού ηλεκτροκαρδιογραφήματος 12 άπαγωγών μπορούμε να εντοπίσουμε, με μεγάλη σχετικά ακρίβεια, την εστία προέλευσης τών ΕΚΣ. Συνήθως, οι ΕΚΣ εξαφανίζονται σε ύψηλες καρδιακές συχνότητες >100 bpm και σπανιότερα έκδηλώνονται με τη μορφή έμμένουσας κοιλιακής ταχυκαρδίας. Ένα ποσοστό τών ασθενών δηλώνουν ασυμπτωματικοί, αν και η λήψη ενός λεπτομερούς καρδιολογικού ιστορικού μπορεί να αποκαλύψει συμπτώματα, όπως, π.χ. εύκολη κόπωση.

Τα έρωτήματα που τίθενται, έπομένως, είναι άφηνός ποιοί ασθενείς πρέπει να λάβουν θεραπεία και, άφετέρου ποιά είναι η ένδειξη έμνην θεραπεία. Σύμφωνα με τις τελευταίες κατευθυντήριες όδηγιές τής Εύρωπαϊκής Καρδιολογικής Έταιρείας, ασθενείς με συχνές ιδιοπαθείς έκτακτες κοιλιακές συστολές, έφόνον έχον συμπτώματα, θα πρέπει



να λαμβάνουν θεραπεία. Αυτή είναι είτε φαρμακευτική, συνήθεστερα με β-αποκλειστές ή άποκλειστές διαύλων άσβεστίου, είτε έπεμβατική με κατάλυση (ablation) με ύψισυχο ρεύμα. Η άνταπόκριση στη φαρμακευτική άγωγή είναι συνήθως πωχή, μιάς και τὰ ποσοστά άποτελεσματικότητας στη βιβλιογραφία αναφέρονται κάτω του 50%. Άντίθετα, τὸ ablation συνοδεύεται από μεγαλύτερα ποσοστά έλάττωσης του φορτίου τών ΕΚΣ, πού, είδικά στην περίπτωση προέλευσής τους από τὸ χώρο εξόδου τής δεξιάς κοιλίας, φτάνουν τὸ 90-95%.

Για πολλά χρόνια η εμφάνιση ιδιοπαθών ΕΚΣ, σε άσθενείς χωρίς δομική καρδιοπάθεια, θεωρούνταν καλοήθειες, χωρίς αύξημένο κίνδυνο. Πλέον, με βάση πολλές κλινικές μελέτες, ξέρουμε πώς τὸ αύξημένο φορτίο ΕΚΣ, σε συμπτωματικούς άσθενείς, σχετίζεται μακροχρόνια με αύξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρδιακής ανεπάρκειας και αύξημένα

ποσοστά νοσηρότητας. Η μορφή της καρδιακής ανεπάρκειας, που έμφανίζεται στην κατηγορία αυτή των ασθενών, αποδίδεται με τον όρο "ταχυ-μυοκαρδιοπάθεια". Η άκριβης αιτιολογία της ταχυ-μυοκαρδιοπάθειας και η παθοφυσιολογία της δεν είναι απόλυτα κατανοητή στη βιβλιογραφία. Αυτό που συμβαίνει είναι πώς η ηλεκτρική ενεργοποίηση της καρδιάς, μέσω των κοιλιακών συστολών, οδηγεί σε μία μορφή δυσσυγχρονισμού της άριστερης κοιλίας της καρδιάς, με συνέπεια την ελάτπωση της λειτουργικότητάς της και την εμφάνιση συμπτωμάτων καρδιακής ανεπάρκειας, όπως είναι η εύκολη κόπωση και η δύσπνοια. Το όριο του ποσοστού των ΕΚΣ, επί του συνολικού αριθμού συστολών, σε 24ωρη καταγραφή Holter, πάνω από το οποίο αυξάνει ο κίνδυνος εμφάνισης ταχυ-μυοκαρδιοπάθειας, είναι το 10%, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία. Σε πρόσφατες μελέτες φάνηκε, πώς ο κίνδυνος αυξάνεται σημαντικότερα, όταν το ποσοστό των ΕΚΣ είναι μεγαλύτερο του 20%.

Η αντιμετώπιση της ταχυ-μυοκαρδιοπάθειας γίνεται, κατά κύριο λόγο, με το ablation των ΕΚΣ. Αυτό γίνεται με τη χρήση συστημάτων ηλεκτροανατομικής χαρτογράφησης και ειδικούς καθετήρες, που μάς βοηθάνε να εντοπίσουμε, με μεγάλη ακρίβεια, το σημείο από το οποίο προέρχονται οι ΕΚΣ και στη συνέχεια να το καυτηριάσουμε. Ο στόχος είναι ιδανικά η εξάλειψη των ΕΚΣ ή η ελάτπωση του φορτίου της άρρυθμίας. Και στις δυο περιπτώσεις, εφόσον η καρδιακή ανεπάρκεια οφείλεται αποκλειστικά στο μεγάλο φορτίο ΕΚΣ, παρατηρείται άμεση βελτίωση της λειτουργικότητας της καρδιάς εντός των πρώτων δύο εβδομάδων και περαιτέρω βελτίωση του κλάσματος εξώθησης της άριστερης κοιλίας, το επόμενο χρονικό διάστημα, που ιδανικά φυσιολογικοποιείται. Ταυτόχρονα, παρατηρείται άμεση βελτίωση της κλινικής εικόνας και των συμπτωμάτων του ασθενούς. Στις κλινικές μελέτες, που συγκρίθηκε η χορήγηση φαρμάκων (β-αποκλειστές ή άναστολείς διαύλων άσβεστίου) με το

ablation, σε ασθενείς με ταχυ-μυοκαρδιοπάθεια, καταγράφηκε σαφής υπεροχή του ablation, σε ότι αφορά τη φυσιολογικοποίηση της καρδιακής λειτουργίας. Δεν πρέπει ακόμη να παραβλέπουμε, πώς τα προαναφερθέντα φάρμακα, σε μακροχρόνια χορήγηση, σχετίζονται σε κάποιους ασθενείς με παρενέργειες, όπως, π.χ. φλεβοκομβική βραδυκαρδία ή αίσθημα εύκολης κόπωσης. Έπιπλέον, το ablation στις ημέρες μας είναι μία πολύ ασφαλής επέμβαση, που γίνεται μόνο με τοπική αναισθησία και με εξαιρετικά χαμηλό ποσοστό επιπλοκών, οι οποίες σχετίζονται κύρια με το σημείο της αγγειακής προσπέλασης στα μηριαία αγγεία και είναι απόλυτα αντιμετώπισιμες. Έπιπλέον, στα σύγχρονα ηλεκτροφυσιολογικά εργαστήρια αντιμετωπίζουμε πλέον, με μεγάλα ποσοστά επιτυχίας και ασφάλειας, περιπτώσεις ασθενών, που η προέλευση των ΕΚΣ είναι από το επικάρδιο, από το έξωτερικό κέλυφος, δηλαδή, της καρδιάς. Μπορούμε να προσεγγίσουμε το επικάρδιο, πάλι με τοπική αναισθησία και παρακέντηση ύποξφοειδικά (κάτω δηλαδή από το στέρνο), όποτε με τη χρήση κατάλληλου καθετήρα κάνουμε έπικαρδιακή χαρτογράφηση των ΕΚΣ, εντοπίζοντας πάλι την εστία τους, την οποία και καυτηριάζουμε στη συνέχεια.

Συνοψίζοντας, πρέπει να τονίσουμε, πώς οι ιδιοπαθείς ΕΚΣ είναι συνήθως καλοήθεις, όταν, όμως, είναι πολύ συχνές, και προκαλούν συμπτώματα στον ασθενή, απαιτούν αντιμετώπιση. Έπιπλέον, σε τέτοιες περιπτώσεις αυξάνει ή πιθανότητα εμφάνισης ταχυ-μυοκαρδιοπάθειας, με τον ασθενή να έχει κλινική εικόνα καρδιακής ανεπάρκειας. Θεραπευτικά το ablation υπερερεί της φαρμακευτικής αγωγής, ιδίως όταν αυτή έχει αποτύχει, και θα πρέπει να εφαρμόζεται πάντα στους ασθενείς αυτούς μετά από σωστή αξιολόγηση όλων των παραμέτρων, από το ηλεκτροκαρδιογράφημα, το Holter ρυθμού 24ωρου και το υπερηχοκαρδιογράφημα, όπως συστήνεται άλλωστε και από τις κατευθυντήριες οδηγίες. ☉