



"Περίληψεις ομιλιών του 2ου Επιστημονικού Συμποσίου με θέμα «Οδηγίες Αντιμετώπισης Καρδιαγγειακού Κινδύνου στην καθ' ημέρα πράξη» της Εταιρείας Παθολογίας Βορείου Ελλάδος που πραγματοποιήθηκε στις 20-22 Σεπτεμβρίου 2013 στο Βόλο."

Στεφανιαία Νόσος - Καρδιακή Ανεπάρκεια

2014: 104 : 213-214

Γεώργιος Γιαννακούλας

Εισαγωγή

Η χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια (ΧΚΑ) επηρεάζει 5 εκατομμύρια ασθενείς στις Ηνωμένες Πολιτείες και είναι υπεύθυνη για 1 εκατομμύριο νοσοκομειακές νοσηλείες και 300.000 θανάτους ετησίως. Με τη γήρανση του πληθυσμού και τη μείωση της θνησιμότητας από τις άλλες μορφές των καρδιαγγειακών παθήσεων, είναι πιθανό ότι η επίπτωση των ΧΚΑ και οι επιπτώσεις της στη δημόσια υγεία να συνεχίσουν να αυξάνονται.

Τα αποτελέσματα της μελέτης Framingham Heart Study υποδηλώνουν ότι η πιο συχνή αιτία της ΧΚΑ δεν είναι πλέον η αρτηριακή υπέρταση ή η βαλβιδική καρδιακή νόσος, όπως ήταν στις προηγούμενες δεκαετίες, αλλά μάλλον η στεφανιαία νόσος. Στις 24 πολυκεντρικές μελέτες θεραπείας ΧΚΑ που δημοσιεύτηκαν στο περιοδικό New England Journal of Medicine από το 1986 έως το 2005, με >43.000 ασθενείς, η στεφανιαία νόσος ήταν η βασική αιτία της ΧΚΑ σε σχεδόν στο 65% των ασθενών. Αυτή η μεταβολή μπορεί να σχετίζεται με βελτιωμένη επιβίωση ασθενών μετά από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (ΕΜ). Κατά τα τελευταία 40 χρόνια στις Ηνωμένες Πολιτείες, οι πιθανότητες του προηγούμενου ΕΜ ως αιτία για ΧΚΑ αυξήθηκε κατά 26% ανά δεκαετία στους άνδρες και 48% ανά δεκαετία στις γυναίκες. Αντιθέτως, υπήρξε μια μείωση κατά 13% ανά δεκαετία για την υπέρταση ως αιτία της ΧΚΑ

σε άνδρες και μια μείωση 25% στις γυναίκες, καθώς και μια μείωση στην βαλβιδική νόσο κατά 24% ανά δεκαετία στους άνδρες και 17% στις γυναίκες.

Σε ασθενείς με ΧΚΑ, η παρουσία της στεφανιαίας νόσου στο ιστορικό συνδέεται ανεξάρτητα με χειρότερο μακροπρόθεσμο αποτέλεσμα σε πολλές μελέτες. Τα ευρήματα αυτά υπογραμμίζουν τη σημασία της ακριβούς διάκρισης μεταξύ ισχαιμικής και μη ισχαιμικής αιτίας της ΧΚΑ, καθώς και τον δυνητικά ευεργετικό ρόλο της επαναγγείωσης σε ασθενείς με ισχαιμική μυοκαρδιοπάθεια.

Τα τελευταία χρόνια, μεγάλης κλίμακας κλινικές μελέτες έχουν τεκμηριώσει τα οφέλη των φαρμακολογικών θεραπειών για την περίοδο μετά το ΕΜ με στόχο τον περιορισμό της αναδιαμόρφωσης της αριστερής κοιλίας, της υποτροπιάζουσας ισχαιμίας, και της πρόοδου της στεφανιαίας νόσου. Η θεραπεία με αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοστενσίνης (αΜΕΑ) είναι ευεργετική για όλους τους ασθενείς με μέτρια έως σοβαρή καρδιακή ανεπάρκεια και μειωμένη συστολική λειτουργία της αριστερής κοιλίας, αλλά μπορεί να έχουν πρόσθετα οφέλη για τα ισχαιμικά επεισόδια σε ασθενείς με υποκείμενη στεφανιαία νόσο. Η χρήση των αΜΕΑ μετά από ένα οξύ ΕΜ μπορεί να μειώσει την θνητότητα, την αναδιαμόρφωση της αριστερής κοιλίας και το επανέμφραγμα. Σε μία προκαθορισμένη ανάλυση των μελετών CHARM- Alternative και CHARM-Added

© 2014

Ελληνική Ιατρική Επιθεώρηση 104: 213-214
Hellenic Journal of Medicine. 104: 213-214



σε ασθενείς με κλάσμα εξώθησης $\leq 40\%$, η καντε-σαρτάνη μείωσε τη συνολική θνητότητα, την καρδιαγγειακή θνητότητα και την εισαγωγή στο νοσοκομείο για καρδιακή ανεπάρκεια. Τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες έχουν δείξει επίσης τα σωτήρια αποτελέσματα της θεραπείας με β-αναστολείς σε ασθενείς με ήπια έως σοβαρή ΧΚΑ. Σε αυτές τις μελέτες, $>60\%$ των ασθενών είχαν ΧΚΑ ισχαιμικής αιτιολογίας. Οι επιδράσεις των ανταγωνιστών αλδοστερόνης σε ασθενείς μετά από ΕΜ που περιπλέκεται από καρδιακή ανεπάρκεια με μειωμένο κλάσμα εξώθησης έχουν ελεγχθεί στην μελέτη EPHEUS. Στη μελέτη τυχαιοποιήθηκαν ασθενείς που νοσηλεύονται με έμφραγμα του μυοκαρδίου σε επλερενόνη ή ει-κονικό φάρμακο πέρα από την τυπική ιατρική θεραπεία. Η επλερενόνη (μέση δόση 43 mg ημερησίως), προκάλεσε σημαντικές μειώσεις στην θνητότητα από κάθε αιτία (κατά 15%) και στο σύνθετο τελικό σημείο του καρδιαγγειακού θανάτου ή νοσηλείας για καρδιαγγειακά αίτια (κατά 13%). Τέλος στη μελέτη SHIFT η ιβαμπραδίνη ένας ειδικός παράγοντας μείωσης της καρδιακής συχνότητας χορηγήθηκε σε ασθενείς με μέτρια έως σοβαρή συστολική ΧΚΑ και καρδιακή συχνότητα πάνω από 70 bpm και μείωσε το πρωτεύον τελικό σημείο, σύνθετο καρδιαγγειακού θανάτου ή νοσηλείας λόγω επιδείνωσης της καρδιακής ανεπάρκειας, κατά 18%.

Σημαντικά στοιχεία δείχνουν ότι η προφυλακτι-

κή εμφύτευση απινιδιστή (ICD) σε ασθενείς με προηγούμενο ΕΜ και σοβαρή δυσλειτουργία της αριστερής κοιλίας βελτιώνει την επιβίωση. Έτσι, η θεραπεία με ICD συνιστάται σε τέτοιους ασθενείς που βρίσκονται πέρα από την οξεία φάση του ΕΜ. Οι αμφικοιλιακοί βηματοδότες-απινιδιστές αποτελούν συσκευές που έχουν μειώσει τον κίνδυνο θανάτου και νοσηλείας με παρόμοια αποτελεσματικότητα στους ασθενείς με ή χωρίς στεφανιαία νόσο. Έτσι, θεραπεία καρδιακού επανασυγχρονισμού θα πρέπει να εξετάζεται σε συνδυασμό με έναν ICD σε κατάλληλους ασθενείς με ΧΚΑ, μειωμένο κλάσμα εξώθησης και ένδειξη δυσσυγχρονισμού της αριστερής κοιλίας. Χειρουργικές θεραπείες για την ΧΚΑ που προκαλείται από στεφανιαία νόσο περιλαμβάνουν επαναγγείωση, επιδιόρθωση μιτροειδούς βαλβίδας και χειρουργική αποκατάσταση της αριστερής κοιλίας. Η πρόσφατα δημοσιευμένη τυχαιοποιημένη μελέτη STITCH έδειξε ότι δεν υπήρχε σημαντική διαφορά μεταξύ φαρμακευτικής θεραπείας μόνο και φαρμακευτικής θεραπείας συν αορτοστεφανιαίας παράκαμψης σχετικά με το πρωτογενές τελικό σημείο του θανάτου από οποιαδήποτε αιτία. Οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε αορτοστεφανιαία παράκαμψη, σε σύγκριση με αυτούς που είχαν ανατεθεί μόνο σε φαρμακευτική θεραπεία, είχαν χαμηλότερα ποσοστά θανάτου από καρδιαγγειακά αίτια και θανάτου από οποιαδήποτε αιτία ή νοσηλεία για καρδιαγγειακά αίτια.

Βιβλιογραφία

1. Velazquez EJ, Lee KL, Deja MA, Jain A, Sopko G, Marchenko A, Ali IS, Pohost G, Gradinac S, Abraham WT, Yui M, Prabhakaran D, Szwed H, Ferrazzi P, Petrie MC, O'Connor CM, Panchavinnin P, She L, Bonow RO, Rankin GR, Jones RH, Rouleau JL; STICH Investigators. Coronary-artery bypass surgery in patients with left ventricular dysfunction. *N Engl J Med.* 2011;364:1607-16
2. Gheorghiade M, Sopko G, De Luca L, Velazquez EJ, Parker JD, Binkley PF, Sadowski Z, Golba KS, Prior DL, Rouleau JL, Bonow RO. Navigating the crossroads of coronary artery disease and heart failure. *Circulation.* 2006;114:1202-13.

Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια και κάπνισμα

2014: 104 : 215-216

Σπυράτος Διονύσης

Εισαγωγή

Η Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) είναι μία συχνή νόσος η οποία είναι δυνατόν να προληφθεί και να αντιμετωπιστεί. Η προσβολή του αναπνευστικού συστήματος χαρακτηρίζεται από περιορισμό στην εκπνευστική ροή του αέρα που δεν είναι πλήρως αναστρέψιμος, είναι συνήθως προοδευτικά επιδεινούμενος και σχετίζεται με ενισχυμένη (enhanced) φλεγμονώδη απόκριση του πνεύμονα έναντι τοξικών αερίων ή σωματιδίων (π.χ. καπνός τσιγάρου, καύση βιομάζας, επαγγελματικοί ρύποι). Οι παροξύνσεις και οι συννοσηρότητες συμβάλλουν στη συνολική βαρύτητα της νόσου σε συγκεκριμένους ασθενείς.

Υπολογίζεται ότι από τη νόσο πάσχει το 10% περίπου του γενικού πληθυσμού ενώ ο επιπολασμός στη χώρα κυμαίνεται στο 6-8%. Η νόσος είναι συχνότερη σε ηλικιωμένα άτομα και σχετίζεται σαφώς με τη βαρύτητα του καπνισματικού ιστορικού. Η υποδιάγνωση της ΧΑΠ, λόγω της προοδευτικής φύσης της νόσου και της αδυναμίας εύκολης πρόσβασης των ιατρών της πρωτοβάθμιας περίθαλψης σε αξιόπιστη σπιρομέτρηση, υπολογίζεται ότι ξεπερνά το 50% ιδιαίτερα σε άτομα <65 ετών καθώς και στα αρχικά στάδια όπου η φαρμακευτική παρέμβαση φαίνεται να είναι πιο αποτελεσματική.

Η ΧΑΠ αποτελεί μια από τις πρωταρχικές αιτίες νοσηρότητας και θνησιμότητας παγκοσμίως ενώ η επιβάρυνση που προκαλεί σε κοινωνικό επίπεδο και στους προϋπολογισμούς υγείας είναι τεράστιο και διαρκώς αυξανόμενο. Στην Ευρωπαϊκή Ένωση το άμεσο κόστος λόγω της ΧΑΠ φαίνεται να καλύπτει >50% των δαπανών υγείας που αντιστοιχούν στα νοσήματα του αναπνευστικού ενώ παράλληλα το έμμεσο αποδιδόμενο κόστος (π.χ. χαμένες ώρες εργασίας, απώλεια εισοδήματος λόγω αναπηρίας,

πρώιμη θνητότητα) προσεγγίζει το ίδιο ποσό. Στα αρχικά στάδια της νόσου το μεγαλύτερο ποσοστό της οικονομικής επιβάρυνσης αφορά τη φαρμακοθεραπεία ενώ σε βαρύτερα ασθενείς τις εισαγωγές στο νοσοκομείο. Υπολογίζεται ότι θα αποτελεί την 3η αιτία θανάτου παγκοσμίως το 2020. Η αύξηση της συχνότητας του καπνίσματος μεταξύ των γυναικών στις αναπτυσσόμενες χώρες, η μείωση της θνητότητας άλλων βασικών νοσημάτων (π.χ. στεφανιαία νόσος), η έλλειψη αποτελεσματικών φαρμάκων που τροποποιούν τη φυσική πορεία της καθώς και η γήρανση του πληθυσμού εξηγούν την αυξητική τάση που παρουσιάζει τις τελευταίες δεκαετίες.

Θα πρέπει να τίθεται η κλινική υποψία της ΧΑΠ σε κάθε ασθενή που παρουσιάζεται με δύσπνοια κατά την άσκηση, χρόνια παραγωγικό βήχα και ιστορικό έκθεσης σε παράγοντες κινδύνου. Τα κλινικά σημεία είναι συνήθως παρόντα σε προχωρημένο στάδιο ενώ η απουσία τους δεν αποκλείει τη νόσο. Παρατηρείται βαρελοειδής διαμόρφωση του θώρακα λόγω της υπερδιάτασης, ταχύπνοια, αναπνοή με μισόκλειστα χείλη (προκειμένου να παρατείνουν το χρόνο εκπνοής), ρηχές αναπνοές, εκπνευστικός συριγμός ή απουσία αναπνευστικού ψιθυρίσματος (σε εμφύσημα). Σε τελικό στάδιο της νόσου ή κατά τη διάρκεια παρόξυνσης είναι δυνατόν να παρατηρηθεί κυάνωση, χρήση επικουρικών αναπνευστικών μυών ή περιφερικά οιδήματα.

Η διάγνωση επιβεβαιώνεται με τη σπιρομέτρηση η οποία είναι μία απλή, μη επεμβατική και φθηνή εξέταση. Βασίζεται στη μέτρηση της εκπνευστικής ροής και όγκου κατά τη διάρκεια μιας μέγιστης εκπνευστικής προσπάθειας. Ο λόγος βίαια εκπνεόμενου όγκου στο 1ο δευτερόλεπτο (FEV1) / βίαιη ζωτική χωρητικότητα (FVC) μετά χορήγηση βρογχοδιαστολής (π.χ. 400 μg σαλβουταμόλης) <0,7 επι-

βεβαιώνει την παρουσία απόφραξης στη ροή του αέρα η οποία δεν είναι πλήρως αναστρέψιμη.

Η βαρύτητα της νόσου βασίζεται στο σπιρομετρικό στάδιο, τη συχνότητα και βαρύτητα των παροξύνσεων, το βαθμό δύσπνοιας, την παρουσία συνοδών νοσημάτων (π.χ. καρδιαγγειακή νόσος, μεταβολικά νοσήματα, αρτηριακή υπέρταση), αναπνευστικής ανεπάρκειας, πνευμονικής υπέρτασης καθώς και της ικανότητας για άσκηση όπως εκτιμάται με βάση αντικειμενικές μεθόδους (εξάλεπτη δοκιμασία βάδισης, καρδιοπνευμονική δοκιμασία άσκησης).

Η μόνη ιατρική παρέμβαση που είναι δυνατόν να τροποποιήσει τη φυσική πορεία της νόσου αποτελεί η διακοπή του καπνίσματος. Η εκτίμηση της καπνισματικής συνήθειας θα πρέπει να γίνεται σε κάθε ιατρική επίσκεψη ανεξαρτήτως ειδικότητας και να παρέχονται στον ασθενή επαρκείς πληροφορίες για τη δυνατότητα διακοπής μέσω οργανωμένων ιατρείων για αυτό το σκοπό.

Οι φαρμακευτικές παρεμβάσεις θεωρείται ότι βελτιώνουν την ποιότητα ζωής, αυξάνουν της ικανότητα για άσκηση και ελαττώνουν τις παροξύνσεις χωρίς όμως να μειώνουν τη θνητότητα ή το ρυθ-

μό έκπτωσης της αναπνευστικής λειτουργίας μακροχρόνια. Τα εισπνεόμενα βρογχοδιασταλτικά μακράς δράσης (αντιχολινεργικά, β2-αγωνιστές) θεωρούνται τα φάρμακα πρώτης εκλογής ενώ τα εισπνεόμενα κορτικοστεροειδή και η ροφλουμιλάστη έχουν κυρίως ένδειξη για ασθενείς με συχνές παροξύνσεις.

Η μακροχρόνια οξυγονοθεραπεία, οι παρεμβάσεις μείωσης πνευμονικού όγκου (χειρουργικά ή βρογχοσκοπικά) και η μεταμόσχευση πνεύμονα αποτελούν λύσεις για ασθενείς τελικού σταδίου. Τέλος οργανωμένα προγράμματα πνευμονικής αποκατάστασης τα οποία περιλαμβάνουν συνεδρίες ελεγχόμενης άσκησης, διατροφικές παρεμβάσεις, ψυχολογική υποστήριξη και εκπαίδευση σχετικά με τη νόσο έχει αποδειχτεί ότι βελτιώνουν σημαντικά την ποιότητα ζωής αυτών των ασθενών και ελαττώνουν τη βαρύτητα των παροξύνσεων.

Εθνικές στρατηγικές κατά του καπνίσματος, αυξημένη κλινική υποψία των γιατρών της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και καμπάνιες στα μέσα μαζικής ενημέρωσης αποτελούν τις βάσεις για πρόληψη, έγκυρη διάγνωση και έγκαιρη αντιμετώπιση της Χρόνιας Αποφρακτικής Πνευμονοπάθειας.

Βιβλιογραφία

1. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global strategy for the diagnosis, management and prevention of COPD, Updated 2013. Available from: www.goldcopd.com.
2. Buist AS, McBurnie MA, Vollmer WM et al. International variation in the prevalence of COPD (the BOLD Study): a population-based prevalence study. *Lancet* 2007;370:741-50
3. Tzanakis N, Anagnostopoulou U, Filaditaki V et al. Prevalence of COPD in Greece. *Chest* 2004;125:892-900
4. Sichletidis L, Tsiotsios I, Gavriilidis A et al. Prevalence of chronic obstructive pulmonary disease and rhinitis in northern Greece. *Respiration* 2005;72:270-7
5. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med*. 2006;3:e442.
6. Mannino DM, Homa DM, Akinbami LJ, Ford ES, Redd SC. Chronic obstructive pulmonary disease surveillance--United States, 1971-2000. *MMWR Surveill Summ*. 2002;51:1-16.
7. Kohansal R, Cambor PM, Agustí A et al. The natural history of chronic airflow obstruction revisited. An analysis of the Framingham Offspring Cohort. *Am J Respir Crit Care Med* 2009;180:3-10
8. Anthonisen NR, Connett JE, Murray RP. Smoking and lung function of Lung Health Study participants after 11 years. *Am J Respir Crit Care Med* 2002;166:675-9
9. Tashkin DP, Celli B, Senn S, et al. A 4-year trial of tiotropium in chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med* 2008;359:1543-54.
10. Calverley PM, Anderson JA, Celli B et al. Efficacy of salmeterol and fluticasone propionate on mortality in chronic obstructive pulmonary disease: the TORCH survival trial. *N Engl J Med* 2007;356:775-89.