



ΟΞΕΑ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΣΥΝΔΡΟΜΑ

ΣΤΕΦΑΝΟΣ ΓΡ. ΦΟΥΣΑΣ

Συντονιστής Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά "Τζάνειο"

Aν τα οξέα στεφανιαία σύνδρομα, με κύριο εκφραστή το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, αποτελούν την κυριότερη αιτία θανάτου και έπονται τα τροχαία και συνολικά ο καρκίνος, όταν συνυπάρχουν και άλλες ασθένειες όπως καρδιακή ανεπάρκεια, αναιμία, σακχαρώδης διαβήτης, χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, τότε πραγματικά τα οξέα στεφανιαία αποτελούν τον σημερινό φονιά των πολιτισμένων κοινωνιών. Τα καρδιαγγειακά νοσήματα αποτελούν σήμερα την κύρια αιτία θανάτου στις αναπτυγμένες χώρες και αναμένεται να γίνει το ίδιο και στις αναπτυσσόμενες χώρες μέχρι το 2020. Ο όρος οξέα στεφανιαία σύνδρομα έχει εξελιχθεί σε ένα εύχρηστο και λειτουργικό μέσο για την περιγραφή κάθε συμπτωματολογίας συμβατής με οξεία μυοκαρδιακή ισχαιμία. Τα τελευταία χρόνια, σημαντικές πρόοδοι έχουν σημειωθεί τόσο στη διάγνωση, όσο και στη θεραπευτική αντιμετώπιση των οξέων στεφανιαίων συνδρόμων. Η συνύπαρξη και άλλων παθήσεων όπως η αναιμία, ο σακχαρώδης διαβήτης, η καρδιακή ανεπάρκεια και η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια αποτελούν ένα επιπρόσθετο πρόβλημα στην αντιμετώπιση των οξέων στεφανιαίων συνδρόμων.

Ο όρος οξέα στεφανιαία σύνδρομα αναφέρεται σε ένα φάσμα καταστάσεων συμβατών με οξεία μυοκαρδιακή ισχαιμία και/ή έμφραγμα που συνήθως οφείλεται σε απότομη μείωση της στεφανιαίας αιματικής ροής. Τα οξέα στεφανιαία σύνδρομα εμφανίζονται ως ασταθής στηθάγχη, ως έμφραγμα του μυοκαρδίου με ή χωρίς ανάσπαση του διαστήματος ST και ως αιφνίδιος θάνατος. Ένα βασικό σημείο είναι η ανάσπαση του διαστήματος ST ή ο νεοεμφανιζόμενος αποκλεισμός αριστερού σκέλους στο ηλεκτροκαρδιογράφημα, που αποτελούν ένδειξη για άμεση στεφανιογραφία και θεραπεία επαναγγείωσης, προκειμένου να αποκατασταθεί η ροή σε μια πλήρως αποφραγμένη στεφανιαία αρτηρία. Η απουσία επίμονης ανάσπασης του διαστήματος ST είναι

ενδεικτική των NSTEMI-ACS. Τα NSTEMI-ACS μπορούν να υποδιαιρεθούν περαιτέρω με βάση τους δείκτες μυοκαρδιακής νέκρωσης (κυρίως της τροπονίνης). Εάν οι δείκτες αυτοί είναι αυξημένοι και η κλινική εικόνα κατάλληλη, ο ασθενής θεωρείται ότι παρουσιάζει NSTEMI. Αντίθετα, εάν οι δείκτες είναι αρνητικοί ο ασθενής παρουσιάζει ασταθή στηθάγχη. Η κατάσταση του ST, η παροδική ανάσπαση του ST και/ή η αναστροφή των κυμάτων T, μπορεί να εμφανίζονται αλλά δεν απαιτούνται για την διάγνωση του NSTEMI. Οι ηλεκτροκαρδιογραφικές αλλοιώσεις ή η αύξηση των τροπονινών μεμονωμένα δεν επαρκούν για την διάγνωση των οξέων στεφανιαίων συνδρόμων, και θα πρέπει να συνεκτιμώνται με την κλινική εικόνα. Το NSTEMI και η ασταθής στηθάγχη έχουν παρόμοια παθογένεια και κλινική εικόνα, αλλά ποικίλουν σε σοβαρότητα. Στο NSTEMI η ισχαιμία είναι αρκετά σοβαρή ώστε να προκαλέσει μυοκαρδιακή βλάβη, η οποία οδηγεί σε ανιχνεύσιμες ποσότητες δεικτών μυοκαρδιακής νέκρωσης. Η ασταθής στηθάγχη μπορεί να παρουσιαστεί χωρίς αντικειμενικά σημεία ισχαιμίας (φυσιολογικό ηλεκτροκαρδιογράφημα και αρνητική τροπονίνη), οπότε η διάγνωση εξαρτάται από την κλινική εικόνα του ασθενούς και την ερμηνεία και την κρίση του ιατρού. Ωστόσο, με την αύξηση της ευαισθησίας των δοκιμασιών ανίχνευσης της τροπονίνης, η διάγνωση της ασταθούς στηθάγχης γίνεται ολοένα και πιο σπάνια.

Η στεφανιαία νόσος, παγκοσμίως, είναι η συχνότερη αιτία θανάτου. Πάνω από επτά εκατομμύρια άνθρωποι πεθαίνουν κάθε χρόνο από στεφανιαία νόσο, που αντιπροσωπεύουν το 12,8% του συνόλου των θανάτων. Κάθε έκτος άντρας και κάθε έβδομη γυναίκα στην Ευρώπη πεθαίνουν από έμφραγμα του μυοκαρδίου. Στις Ηνωμένες Πολιτείες η μέση ηλικία των ασθενών με οξέα στεφανιαία σύνδρομα είναι τα 68 έτη, και η αναλογία αντρών-γυναικών είναι περίπου 3:2. Μερικοί ασθενείς έχουν ιστορικό σταθερής στηθάγχης, ενώ σε άλλους τα οξέα στεφανιαία

σύνδρομα είναι η αρχική εκδήλωση της στεφανιαίας νόσου. Εκτιμάται ότι στις Ηνωμένες Πολιτείες κάθε χρόνο περισσότερα από 780.000 άτομα θα βιώσουν ένα οξύ στεφανιαίο επεισόδιο, και από αυτά περίπου το 70% παρουσιάζουν NSTEMI-ACS. Οι ασθενείς με NSTEMI-ACS συνήθως έχουν περισσότερα συνοδά νοσήματα, καρδιακά και μη, σε σχέση με τους ασθενείς με STEMI. Στην Ευρώπη η πιο ολοκληρωμένη μελέτη καταγραφής για STEMI είναι πιθανότατα στη Σουηδία, όπου η επίπτωση είναι 66 STEMI/100.000/έτος. Παρόμοια στοιχεία αναφέρθηκαν επίσης στην Τσεχία, στο Βέλγιο και στις Η.Π.Α. Η επίπτω-

ACS ακολουθείται πρώιμη επεμβατική στρατηγική, που περιλαμβάνει στεφανιογραφία και έγκαιρη επαναγγείωση του μυοκαρδίου που βρίσκεται σε κίνδυνο. Η έκβαση των ασθενών βελτιώνεται όταν στην επεμβατική αντιμετώπιση προστεθεί επιθετική αγωγή με αντιπαικτικά, αντιαιμοπεταλιακά, αντιπηκτικά και υπολιπιδαιμικά φάρμακα.

Τα τελευταία χρόνια, η αύξηση της χρήσης των τεκμηριωμένων θεραπευτικών επιλογών στα STEMI συνοδεύτηκε από μείωση της θνησιμότητας. Ωστόσο, απαιτούνται επιπρόσθετες προσπάθειες προκειμένου να βελτιωθεί η πρόγνωση των ασθενών.

Τα οξέα στεφανιαία σύνδρομα παρά τις σημαντικές εξελίξεις των τελευταίων χρόνων στην διάγνωση και την θεραπεία τους, παραμένουν η κύρια αιτία νοσηρότητας και θνητότητας παγκοσμίως. Η συνεχής έρευνα με στόχο την καλύτερη κατανόηση των μηχανισμών των οξέων στεφανιαίων συνδρόμων και παράλληλα την ανάπτυξη νέων θεραπευτικών στρατηγικών θα οδηγήσει στην καλύτερη αντιμετώπιση τους.

ση των STEMI (ανά 100.000) μειώθηκε μεταξύ του 1997 και του 2005 από 121 σε 77, ενώ η επίπτωση των NSTEMI αυξήθηκε ελαφρώς από 126 σε 132. Η ενδονοσοκομειακή θνητότητα μη επιλεγμένων ασθενών με STEMI σε εθνικές μελέτες καταγραφής στις χώρες της Ευρώπης κυμαίνεται μεταξύ 6% και 14%. Αρκετές πρόσφατες μελέτες κατέδειξαν πτώση στην οξεία και μακροπρόθεσμη θνησιμότητα στα STEMI, παράλληλα με την αύξηση της χρήσης της θεραπείας επαναιμάτωσης, της πρωτογενούς αγγειοπλαστικής, της σύγχρονης αντιθρομβωτικής θεραπείας και της δευτερογενούς πρόληψης.

Η διάγνωση των STEMI βασίζεται στην κλινική εικόνα και στην επίμονη ανάσπαση του διαστήματος ST στο ηλεκτροκαρδιογράφημα. Οι ασθενείς με STEMI θα πρέπει να αντιμετωπίζονται άμεσα με θεραπεία επαναιμάτωσης, δηλαδή με πρωτογενή αγγειοπλαστική ή με θρομβόλυση. Η πρωτογενής αγγειοπλαστική είναι η προτιμώμενη θεραπεία, αλλά δεν είναι πάντοτε διαθέσιμη. Η θεραπεία επαναιμάτωσης μαζί με την αντιαιμοπεταλιακή και αντιπηκτική αγωγή, αποτελούν την κύρια θεραπευτική αντιμετώπιση. Στους ασθενείς υψηλού κινδύνου με NSTEMI-

Η καθυστέρηση από την έναρξη των συμπτωμάτων μέχρι την ενεργοποίηση των μηχανισμών αντιμετώπισης του STEMI παραμένει μεγάλη, και θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στην μείωση του συνολικού ισχαιμικού χρόνου από την έναρξη των συμπτωμάτων μέχρι την επαναιμάτωση. Η άμεση κλήση του εθνικού κέντρου άμεσης βοήθειας από τον ασθενή θα μειώσει την καθυστέρηση στην μεταφορά. Συνεπώς, απαιτείται προσπάθεια για ενημέρωση, εκπαίδευση και εγρήγορηση των ασθενών υψηλού κινδύνου και των οικογενειών τους. Η υπηρεσία του ασθενοφόρου θα πρέπει εκτός από την μεταφορά να συμμετέχει και στην διάγνωση και αντιμετώπιση του οξέος εμφράγματος. Η τηλεδιάσκεψη μεταξύ του ασθενοφόρου και του καρδιολογικού κέντρου αναφοράς θα ήταν ιδανική, αλλά είναι διαθέσιμη σε λίγες χώρες. Υπάρχουν στοιχεία που δείχνουν ότι κατάλληλα εκπαιδευμένο παραϊατρικό προσωπικό μπορεί να διαγνώσει το οξύ έμφραγμα και να χορηγήσει έγκαιρα θεραπεία επαναιμάτωσης, και ότι ασθενοφόρα επανδρωμένα με ιατρούς (που είναι διαθέσιμα σε λίγες χώρες) δεν είναι απαραίτητα για την αποτελεσματική προνοσοκομειακή αντιμετώπι-

ση του εμφράγματος. Δεδομένου ότι η προνοσοκομειακή θρομβόλυση αποτελεί μια ελκυστική επιλογή σε ασθενείς που παρουσιάζονται γρήγορα μετά την έναρξη των συμπτωμάτων, ιδίως όταν ο χρόνος που απαιτείται για την μεταφορά είναι μεγάλος, η εκπαίδευση του παρ'ιατρικού προσωπικού για την χορήγηση θρομβόλυσης είναι επιθυμητή ακόμα και στην εποχή της πρωτογενούς αγγειοπλαστικής. Το προσωπικό του ασθενοφόρου θα πρέπει να είναι σε θέση να καταγράψει ένα ηλεκτροκαρδιογράφημα και είτε να το ερμηνεύσει ή να το διαβιβάσει άμεσα σε εξειδικευμένο προσωπικό σε καρδιολογικό κέντρο. Η καταγραφή, η ερμηνεία ή και η τηλεμετάδοση ενός καρδιογραφήματος πριν την άφιξη στο νοσοκομείο, μπορεί σε μεγάλο βαθμό να επιταχύνει την ενδονοσοκομειακή αντιμετώπιση και να αυξήσει την πιθανότητα έγκαιρης και αποτελεσματικής επαναιμάτωσης.

Στους ασθενείς υψηλού κινδύνου με NSTEMI-ACS, στους οποίους έχει διαπιστωθεί σημαντική απόφραξη στεφανιαίας αρτηρίας, υπάρχει γενική αποδοχή ότι θα πρέπει να αντιμετωπίζονται με πρώιμη επεμβατική θεραπεία. Χαμηλού κινδύνου ασθενείς με NSTEMI-ACS, είναι τεκμηριωμένο ότι ωφελούνται σημαντικά από την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή που περιλαμβάνει διπλή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή, αντιπηκτική αγωγή, β-αποκλειστές, αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτενσίνης ή ανταγωνιστές των υποδοχέων της αγγειοτενσίνης II και στατίνες. Νεότερα, πιο ισχυρά αντιαιμοπεταλιακά φάρμακα ενδείκνυται ανεξάρτητα από την αρχική θεραπευτική στρατηγική. Η χρήση της υψηλής ευαισθησίας καρδιακής τροπονίνης βοήθησε σημαντικά στην διάγνωση, ωστόσο συνοδεύτηκε από υψηλότερα ποσοστά αυξημένης τροπονίνης που δεν σχετίζεται με ρήξη αθηρωματικής πλάκας. Το διαγνωστικό δίλλημα που θέτουν αυτές οι διαπιστώσεις, απαιτεί περαιτέρω έρευνα για να διευκρινιστεί η βέλτιστη χρήση του προχωρημένου αυτού βιοδείκτη.

Συνοψίζοντας, τα οξεία στεφανιαία σύνδρομα παρά τις σημαντικές εξελίξεις των τελευταίων χρόνων στην διάγνωση και την θεραπεία τους, παραμένουν η κύρια αιτία νοσηρότητας και θνητότητας παγκοσμίως. Η συνεχής έρευνα με στόχο την καλύτερη κατανόηση των μηχανισμών των οξέων στεφανιαίων συνδρόμων και παράλληλα την ανάπτυξη νέων θεραπευτικών στρατηγικών θα οδηγήσει στην καλύτερη αντιμετώπιση τους. Είναι απαραίτητη τόσο η ενημέρωση των ασθενών, όσο και η οργάνωση και ο συντονισμός του συστήματος υγείας προκειμέ-

νου να επιτευχθεί η γρήγορη διάγνωση και η έγκαιρη αντιμετώπιση. Τέλος, βασικό μέλημα παραμένει η πρόληψη που απαιτεί την υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής και την αντιμετώπιση των τροποποιήσιμων παραγόντων κινδύνου.