

Πρόληψη, διάγνωση και σύγχρονη θεραπεία των αγγειακών παθήσεων



ΤΟΥ
ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ ΓΙΑΝΝΟΥΚΑ
MSc, MD, PhD, FEBVS
Καθηγητής Αγγειοχειρουργικής
Τμήματος Ιατρικής
Πανεπιστημίου Θεσσαλίας
Διευθυντής Αγγειοχειρουργικής Κλινικής
Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Λάρισης

Οι αρτηριακές παθήσεις όπως στένωση των καρωτιδίων, στένωση των αρτηριών στα πόδια, στένωση της κοιλιακής αορτής αποτελούν όλες εκδηλώσεις της αθηρωματικής νόσου, της ίδιας πάθησης που προκαλεί και τη στένωση των στεφανιαίων αρτηριών στην καρδιά. Πολλές φορές συνυπάρχει στεφανιαία νόσος με νόσους των καρωτιδίων ή των αρτηριών στα πόδια. Ο κίνδυνος θανάτου από έμφραγμα του μυοκαρδίου ή από εγκεφαλικό είναι το ίδιο αυξημένος ανεξάρτητα από το πού εμφανίζεται η νόσος, στην καρδιά, τις καρωτιδές ή στις αρτηρίες των ποδιών.

■ Οι παράγοντες κινδύνου και η πρόληψη

Παράγοντες κινδύνου για εμφάνιση αθηρωματικής νόσου είναι: η ηλικία, η κάπνισμα, η υπερίπιδαιμία, η υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης και βεβαίως αν στο στενό οικογενειακό συγγενικό περιβάλλον υπάρχουν άτομα που έχουν αρτηριακά προβλήματα ή απεβίωσαν από αυτά. Σημαντική είναι πρόληψη και για τον λόγο αυτό άνδρες ηλικίας άνω των 45 ετών και γυναίκες άνω των 55 ετών, ιδιαίτερα αν είναι καπνιστές και υπάρχει οικογενειακό ιστορικό στεφανιαίας ή άλλης αρτηριακής νόσου, θα πρέπει να υποβάλλονται σε προληπτικές εξετάσεις. Είναι σημαντικό να ανακαλυφθούν πολύ νωρίς και να αντιμετωπισθούν οι γνωστοί παράγοντες κινδύνου όπως υπέρταση, υπερίπιδαιμία, σακχαρώδης διαβήτης ενώ θα πρέπει αυστηρά να διακοπεί το κάπνισμα. Επίσης είναι σημαντικό να υιοθετηθεί ένας διαφορετικός τρόπος ζωής με καθημερινή άσκηση (βάδισμα για 1 ώρα αρχίει) και υγιεινή διατροφή με μικρή κατανάλωση λιπαρών παχυνών σημαντικό προστατευτικό ρόλο.

■ Η πρόοδο της τεχνολογίας για τη διάγνωση

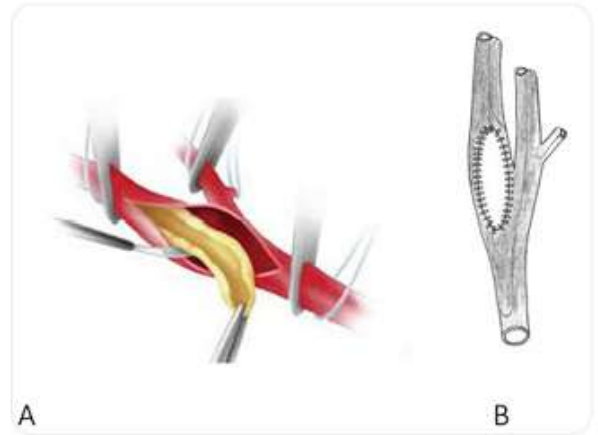
Σήμερα με την πρόοδο της τεχνολογίας η διάγνωση γίνεται κλινικά σε συνδυασμό με την έγχρωμη υπερηχογραφία. Τρίπλεξ και αν απαιτηθεί επεμβατική θεραπεία απαιτείται και αξονική αγγειογραφία. Για την θεραπεία της στένωσης των καρωτιδίων όταν έχει προηγηθεί μικρό ή μεγάλο εγκεφαλικό επεισόδιο ή σε περίπτωση συμπτωματικής στένωσης πάνω από 80% καλύτερη θεραπεία αποτελεί η ενδαρτηριακτομή, δηλαδή ανοικτή επέμβαση αφαίρεσης της αθηρωματικής πλάκας (Εικ. 1). Για την αποφρακτική νόσο στις αρτηρίες στα κάτω μέλη η θεραπεία μπορεί να γίνει με ενδαγγειακές τεχνικές (αγγειοπλαστική, stent) που δεν απαιτούν μεγάλη νοσηλεία και δεν επιβαρύνουν πολύ τον ασθενή. Βέβαια όταν η νόσος είναι εκτεταμένη μπορεί να απαιτηθεί ανοικτή χειρουργική επέμβαση ή συνδυασμός ανοικτής και ενδαγγειακής επέμβασης. Είναι σημαντικό όμως να τονισθεί ότι και μετά την όποια επέμβαση, η φαρμακευτική θεραπεία και ο σωστός τρόπος διαβίωσης με άσκηση και υγιεινή διατροφή θα πρέπει να συνεχισθούν γιατί η στένωση των αγγείων μπορεί να παρουσιασθεί ξανά είτε στο ίδιο σημείο είτε σε διαφορετικό.

■ Ανεύρυσμα της κοιλιακής αορτής

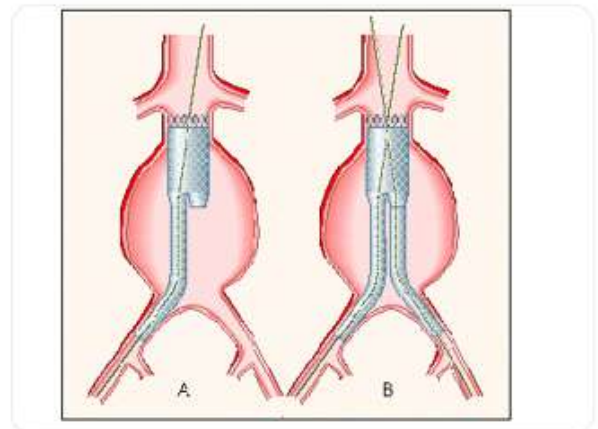
Μια άλλη συχνή πάθηση είναι το ανεύρυσμα της κοιλιακής αορτής, που συνήθως δεν δίνει συμπτώματα μέχρι να γίνει ρήξη, οπότε αν συμβεί αυτό το 50% πεθαίνει πριν φθάσει στο νοσοκομείο και από το 50% που θα φθάσει στο νοσοκομείο οι μισοί μόνο θα επιβιώσουν από την επέμβαση. Και εδώ σημαντικό ρόλο έχει η πρόληψη κυρίως η διακοπή του καπνίσματος και η ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης. Άνδρες ή γυναίκες καπνιστές ηλικίας άνω των 60 θα πρέπει να υποβάλλονται σε ένα έγχρωμο υπερηχογράφημα Τρίπλεξ της κοιλιακής αορτής. Αν όμως υπάρχει θετικό οικογενειακό ιστορικό τότε αυτό θα πρέπει να γίνεται νωρίτερα, στην ηλικία των 45-50 ετών. Σήμερα με την πρόοδο της τεχνολογίας και της αναισθησιολογίας η ενδαγγειακή θεραπεία με stent (Εικ. 2) έχει πολύ μικρή θνητότητα (1-2%) με παραμονή 2-3 ημερών στο νοσοκομείο και γρήγορη επάνοδο στην συνήθισμένη δραστηριότητα.

■ Οι φλεβικοί κίρσοι των κάτω άκρων

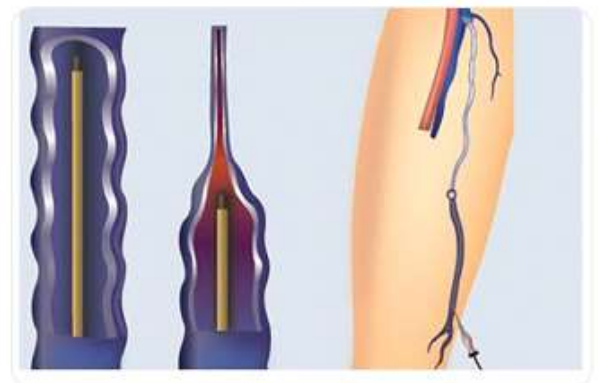
Τέλος, οι φλεβικοί κίρσοι των κάτω άκρων αποτελούν μία πολύ συχνή πάθηση στο γενικό πληθυσμό, ενώ η αιτία για την ανάπτυξη τους έχει γενετικό υπόβαθρο μιας και υπάρχει κληρονομική προδιάθεση στην ανάπτυξη κίρσων. Η νόσος μπορεί να εμφανιστεί από την εφηβική ηλικία και να εξελιχθεί αργότερα ή να εμφανιστεί μετά την ενήλικηση, πολλές φορές με αφορμή κάποιο γεγονός όπως για παράδειγμα στις γυναίκες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Άλλοι παράγοντες που μπορεί να αναδείξουν την υπάρχουσα προδιάθεση είναι η παχυσαρκία, η λήψη αντισυλληπτικών φαρμάκων, η παρατεταμένη ορθοστάσια κ.α. Εκτός από την κλινική εξέταση, το Τρίπλεξέγχρωμο υπερηχογράφημα φλεβών αποτελεί τη βασική εξέταση για τη διάγνωση. Για τη θεραπεία στα αρχικά στάδια συστήνονται η αποφυγή ορθοστάσιος, η εφαρμογή ελαστικής κάλτσας, η απώλεια σωματικού βάρους και το φλεβοτονικό φάρμακο για την μείωση της φλεγμονής του φλεβικού τοιχώματος. Στα πιο προχωρημένα στάδια (κίρσοι, οίδημα, δερματικές αλλοιώσεις) συστήνεται επεμβατική αντιμετώπιση. Σήμερα έχει καθιερωθεί η ενδαγγειακή θεραπεία με τη χρήση Laser (Εικ. 3) ή ραδιοσυχνότητας, οι οποίες γίνονται με τοπική αναισθησία και χωρίς νοσηλεία στο νοσοκομείο. Ο ασθενής μετά από ενδαγγειακή θεραπεία των κίρσων, μπορεί να επανέλθει στην καθημερινή του δραστηριότητα σε 1-2 μέρες από την επέμβαση. Υποτροπή των φλεβικών κίρσων μπορεί να συμβεί μετά την πάροδο ετών, κυρίως εξαιτίας της πρόοδου της νόσου, ωστόσο δεν συνοδεύεται με σημαντικά ενδοκλήματα και μπορεί να αντιμετωπιστεί με αλκηροθεραπεία με αφέρι ή με τοπική κίρσοεκτομή με τοπική αναισθησία. Σε όλες τις αγγειακές παθήσεις συνιστάται η επίσκεψη σε ειδικευμένο αγγειοχειρουργό προκειμένου να γίνουν οι απαραίτητες εξετάσεις για να εκτιμηθεί η σοβαρότητα της νόσου και να σχεδιασθεί η κατάλληλη θεραπεία.



Εικ. 1 Ενδαρτηριακτομή καρωτιδίας για αφαίρεση της αθηρωματικής πλάκας (A) και σύγκλειση της αρτηρίας με εμφύλωμα (B)



Εικ. 2 Ενδαγγειακή αντιμετώπιση ανευρύσματος κοιλιακής αορτής



Εικ. 3 Θεραπεία φλεβικών κίρσων με Laser