

Τα βήματα για την ολοκληρωμένη αντιμετώπιση της σταθερής ισχαιμικής καρδιακής νόσου

Κ. Φακιολάς, MD, FESC

Αιμοδυναμικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο «Τζάνειο», Πειραιάς.

(Επιστημονικά Χρονικά 2013;18(3): 134-137)

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η ακόλουθη στρατηγική προτείνεται για την αντιμετώπιση των ασθενών με σταθερή στηθάγχη :

1. Αξιολόγηση του κινδύνου με χρήση μη επεμβατικών μεθόδων. Πρέπει να εκτιμηθεί η συστολική λειτουργία της αριστερής κοιλίας [ΑΚ] με ηχοκαρδιογράφημα και τα ελλείμματα αιμάτωσης με ραδιοϊσοτοπική απεικόνιση. Οι ασθενείς με μικρά ελλείμματα ή μικρές ανωμαλίες της τοιχωματικής κινητικότητας, υψηλό ουδό ισχαιμίας, φυσιολογική λειτουργικότητα της ΑΚ και σταθερά συμπτώματα θα πρέπει να αντιμετωπίζονται φαρμακευτικά.
2. Αν τα συμπτώματα επιμένουν παρά τη βέλτιστη φαρμακευτική θεραπεία, θα πρέπει να διενεργηθεί στεφανιογραφία. Στεφανιογραφία επίσης απαιτείται για ασθενείς με ένδειξη μειωμένης αιμάτωσης σε πολλαπλές περιοχές του μυοκαρδίου, χαμηλό ουδό ισχαιμίας και μέτρια δυσλειτουργία της ΑΚ.
3. Ακόμα και μεταξύ ασθενών με πολυαγγειακή στεφανιαία νόσο, η φαρμακευτική θεραπεία παραμένει εναλλακτική λύση για εκείνους με φυσιολογική λειτουργικότητα της ΑΚ, ήπια συμπτώματα και σχετικά μικρότερες περιοχές μυοκαρδίου σε κίνδυνο.
4. Η απόφαση για πολυαγγειακή στεφανιαία αγγειοπλαστική [PCI] έναντι αορτοστεφανιαίας παράκαμψης [CABG] θα πρέπει να γίνεται σε ατομική βάση, λαμβάνοντας υπόψη την αγγειογραφική ανατομία, τη λειτουργικότητα της ΑΚ, τις συννοσηρότητες του ασθενούς, τον χειρουργικό κίνδυνο και την προτίμηση του ασθενούς.
5. Ανεξάρτητα από τη θεραπευτική στρατηγική, η επιθετική τροποποίηση των παραγόντων κινδύνου, η οποία περιλαμβάνει χρήση υπολιπιδαιμικών παραγόντων, αλλαγή του τρόπου ζωής και λήψη ασπιρίνης αποτελεί ουσιαστικό συστατικό της αγωγής.

Λέξεις ευρετηρίου : Σταθερή στηθάγχη, σταθερή ισχαιμική καρδιακή νόσος

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η σταθερή στεφανιαία νόσος χαρακτηρίζεται από επεισόδια αναστρέψιμης δυσαναλογίας απαιτήσεων / αιμάτωσης του μυοκαρδίου, τα οποία συνήθως προκαλούνται κατά την άσκηση, τη συγκίνηση ή άλλες φορτίσεις και είναι αναπαράγωγο, αλλά, μπορούν επίσης να εκδηλωθούν αυτόματα. Τέτοια επεισόδια ισχαιμίας / υποξίας συνήθως συνδυάζονται με παροδική δυσφορία στον θώρακα [στηθάγχη]. Η σταθερή στεφανιαία νόσος επίσης περιλαμβάνει τις σταθεροποιημένες, συχνά ασυμπτωματικές, φάσεις οι οποίες ακολουθούν ένα οξύ στεφανιαίο σύνδρομο.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΣΤΑΘΕΡΗΣ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΝΟΣΟΥ

Η αντιμετώπιση της σταθερής ισχαιμικής καρδιακής νόσου αποβλέπει στην επιβράδυνση της στεφανιαίας αθηροσκλήρωσης, στην πρόληψη του εμφράγματος και του θανάτου και στη βελτίωση των συμπτωμάτων και της ποιότητας ζωής. Επιπροσθέτως με τις οδηγίες για αλλαγή του τρόπου ζωής, η προληπτική αγωγή περιστρέφεται γύρω από τη θεραπεία με ασπιρίνη και στατίνες, καθώς και με φάρμακα για την αντιμετώπιση νοσημάτων και καταστάσεων, τα οποία αυξάνουν τον κίνδυνο και την πρόοδο της αθηροσκλήρωσης [π.χ. υπέρταση, διαβήτης]. Η αντιμετώπιση των συμπτωμάτων είναι επίσης πολύ σημαντικός στόχος της θεραπείας σε ασθενείς με σταθερή στηθάγχη.

Το κάπνισμα πρέπει να αποφεύγεται από όλους τους ασθενείς με στεφανιαία νόσο. Η διακοπή του καπνίσματος είναι δυναμικά το αποτελεσματικότερο από όλα τα προληπτικά μέτρα, συνδυαζόμενο με μείωση κατά 36% στη θνητότητα μετά από έμφραγμα μυοκαρδίου[1]. Η θεραπεία υποκατάστασης της νικοτίνης είναι ασφαλής στους ασθενείς με σταθερή στεφανιαία νόσο.

Η υγιεινή διατροφή μειώνει τον καρδιαγγειακό κίνδυνο. Η θερμιδική πρόσληψη πρέπει να περιορίζεται με στόχο την επίτευξη BMI<25 kg/m². Συνιστάται ιδιαίτερος η αποκαλούμενη “μεσογειακή διατροφή”, ακόμα και ως προληπτικό μέτρο ανάπτυξης στεφανιαίας νόσου[2].

Η συστηματική φυσική δραστηριότητα συνδυάζεται με μείωση στην καρδιαγγειακή νοσηρότητα και θνητότητα στους ασθενείς με στεφανιαία νόσο και η σωματική άσκηση θα πρέπει να ενσωματώνεται στις καθημερινές δραστηριότητες[3].

Οι ασθενείς με στεφανιαία νόσο θεωρούνται πολύ υψηλού κινδύνου για καρδιαγγειακά επεισόδια, για τον λόγο δε αυτό συνιστάται λήψη στατίνης, ανεξάρτητα από τα επίπεδα της LDL. Στόχος της θεραπείας είναι LDL χοληστερόλη <70 mg/dL ή >50% μείωση όταν αυτό δεν μπορεί να επιτευχθεί[4].

Η αρτηριακή υπέρταση αποτελεί μείζονα παράγοντα κινδύνου στεφανιαίας νόσου, για τον λόγο δε αυτό συνιστάται μείωση της συστολικής πίεσης <140 mmHg και της διαστολικής <90 mmHg σε υπερτασικούς ασθενείς με σταθερή ισχαιμική καρδιακή νόσο[5].

Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι ισχυρός παράγων κινδύνου καρδιαγγειακών επιπλοκών, αυξάνει τον κίνδυνο επιδείνωσης της στεφανιαίας νόσου και πρέπει να αντιμετωπίζεται με προσοχή, με καλό έλεγχο της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης [HbA1c<7.0%]. Η θεραπεία των διαβητικών ασθενών πρέπει πάντοτε να περιλαμβάνει ένα αναστολέα του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτενσίνης [αΜΕΑ] ή αναστολέα υποδοχέων ρενίνης-αγγειοτενσίνης [ARB] λόγω της νεφροπροστατευτικής δράσης τους[6].

Η φαρμακευτική θεραπεία για την ανακούφιση από τα συμπτώματα [στηθάγχη] βασίζεται στη χρήση β-αναστολέων, ανταγωνιστών ασβεστίου και νιτρικών παρατεταμένης δράσης. Εν τούτοις, η αποτελεσματικότητά τους υπολείπεται από του να χαρακτηριστεί βέλτιστη. Αυτό, τουλάχιστον εν μέρει, οφείλεται στο ότι πολύ συχνά οι ασθενείς δεν τιτλοποιούνται στη μέγιστη αποτελεσματική δόση. Νέα φάρμακα, όπως η ρανολαζίνη και η ιβαβραδίνη, έχουν προσφάτως εισαχθεί στην κλινική πράξη και έχουν δείξει αντιστηθαγγική

δράση.

Ένα άλλο ζήτημα το οποίο έχει αναγνωρισθεί μόνο τελευταία είναι το γεγονός ότι στη σταθερή ισχαιμική καρδιακή νόσο τα συμπτώματα δεν αντιστοιχούν πάντοτε στην παρουσία στένωσης η οποία περιορίζει τη ροή σε μεγάλα στεφανιαία αγγεία. Σε πολλούς ασθενείς, μπορεί να υπάρχει διαταραχή της στεφανιαίας μικροκυκλοφορίας, η οποία συνεισφέρει στα συμπτώματα της μειωμένης μυοκαρδιακής αιμάτωσης με μηχανισμό ο οποίος μπορεί να μην ανταποκρίνεται στην αγωγή με “κλασσικά” αντιστηθαγγικά φάρμακα. Αυτό είναι ιδιαίτερα αληθές σε ορισμένους πληθυσμούς ασθενών, όπως γυναίκες ή διαβητικοί. Με αυτή την προσέγγιση έχει επίσης επιχειρηθεί να ερμηνευθεί η “επιμονή” ή η “υποτροπή” των στηθαγγικών συμπτωμάτων παρά την προφανώς επιτυχή επαναγγείωση.

Είναι συνεπώς σαφές ότι τα αντιστηθαγγικά φάρμακα και οι επεμβάσεις επαναγγείωσης δεν θα πρέπει να θεωρούνται αντίπαλοι, αλλά μάλλον [παράλληλα με τις αλλαγές του τρόπου ζωής και την αντιμετώπιση των παραγόντων κινδύνου] αναγκαίες συμπληρωματικές προσεγγίσεις για την επιτυχή αντιμετώπιση των ασθενών με σταθερή ισχαιμική καρδιακή νόσο.

Υπάρχουν αδιαμφισβήτητες ενδείξεις για το κλινικό όφελος της επαναγγείωσης σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο σε ομάδες υψηλού κινδύνου όπως το οξύ έμφραγμα με ανάρσταση του τμήματος ST στο ηλεκτροκαρδιογράφημα [STEMI] ή τα υψηλού κινδύνου οξεία στεφανιαία σύνδρομα χωρίς ανάρσταση του ST, στα οποία η ισχαιμία είναι παρούσα και η ένοχη βλάβη σχεδόν πάντοτε αποκαλύπτεται με ακρίβεια. Θεωρείται ότι οι ασθενείς με σταθερή ισχαιμική καρδιακή νόσο μπορούν επίσης να ωφεληθούν από επαναγγείωση όταν υπάρχει ένδειξη εκτεταμένης στεφανιαίας νόσου 3 αγγείων, ιδιαίτερα όταν περιλαμβάνεται ο πρόσθιος κατιών ή όταν υπάρχει αποδεδειγμένη εκτεταμένη μυοκαρδιακή ισχαιμία, όπου μόνο εκείνες οι βλάβες που προκαλούν ισχαιμία αντιμετωπίζονται επιλεκτικά με επαναγγείωση είτε μέσω καθετήρα είτε χειρουργικά, αλλά αυτό μένει να αποδειχθεί, ιδιαίτερα καθώς η παθοβιολογία των οξέων στεφανιαίων συνδρόμων [στα οποία κυριαρχεί η ρήξη ήπια στενωτικών πλακών] διαφέρει ουσιαστικά από εκείνη της σταθερής ισχαιμικής καρδιακής νόσου στην οποία οι σημαντικές στενωτικές βλάβες παίζουν κυρίαρχο ρόλο.

Απουσία οριστικής ένδειξης από τυχαίοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες, οι κοινές οδηγίες των Ευρωπαϊκών και Αμερικανικών Επιστημονικών

Εταιρειών [ESC – EACS – ACC – AHA] σήμερα συνιστούν επαναγγείωση με ένδειξη κατηγορίας I και επίπεδο ένδειξης B σε ασθενείς με αποδεδειγμένη ισχαιμία περιλαμβάνουσα >10% της αριστερής κοιλίας, με βάση τη μελέτη ACIP[7], τη μελέτη COURAGE[8] και μελέτες παρατήρησης. Από την άλλη πλευρά, έχουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον τα αποτελέσματα πρόσφατης μελέτης, η οποία έδειξε ότι η μακροχρόνια θνητότητα σε ασθενείς με ανθεκτική στηθάγχη είναι εκπληκτικά χαμηλή, κάτω του 4% κατ' έτος, και πλησιάζει εκείνη των ασθενών με χρόνια σταθερή στηθάγχη [1.5%] οι οποίοι τείνουν να έχουν λιγότερες συννοσηρότητες και διατηρημένο κλάσμα εξώθησης[9].

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η σταθερή στηθάγχη είναι η κορυφή του παγόβουνου της στεφανιαίας νόσου, μια συστηματική, πολυπαραγοντική κατάσταση η οποία απαιτεί σφαιρική προσέγγιση, από τη σωστή διάγνωση μέχρι την επαναγγείωση επιλεγμένων στενώσεων των στεφανιαίων αρτηριών. Για την αξιολόγηση όλων των ασθενών με ύποπτη ή επιβεβαιωμένη στηθάγχη απαιτούνται :

1. Σωστή διάγνωση και ποσοτική εκτίμηση της ισχαιμίας. Προς τούτο επιλέγονται κατάλληλες δοκιμασίες και/ή στεφανιογραφία ανάλογα με την περίπτωση.
2. Αποκάλυψη και αντιμετώπιση επιβαρυντικών παραγόντων [αναιμία, υπέρταση, αρρυθμίες, κλπ].
3. Αποκάλυψη και αντιμετώπιση παραγόντων κινδύνου [κάπνισμα, υπερχοληστερολαιμία, διαβήτης και υπέρταση].
4. Εκτίμηση και συμβουλές σχετικά με τον τρόπο ζωής και τη διαίτα, ακόμα και για τη συμμετοχή του ασθενούς σε πρόγραμμα αποκατάστασης αν είναι απαραίτητο.
5. Η βέλτιστη φαρμακευτική αγωγή είναι κρίσιμο

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Critchley J, Capewell S. Smoking cessation for the secondary prevention of coronary heart disease. Cochrane Database Syst Rev 2004(1):CD003041
2. Estruch R, Ros E, Salas-Salvado J, et al. Primary Prevention of Cardiovascular Disease with a Mediterranean Diet. N Engl J Med 2013;368(14):1279-90
3. Perk J, De Backer G, Gohlke H, et al. European Guidelines on Cardiovascular

θέμα σε ασθενείς με στηθάγχη. Συνιστάται θεραπεία με στατίνη και τουλάχιστον ένα αντιαιμοπεταλιακό σε όλους τους ασθενείς για δευτερογενή πρόληψη. Η αντιισχαιμική θεραπεία θα πρέπει να στοχεύει στον έλεγχο των ισχαιμικών συμπτωμάτων με τη χρήση σωστού συνδυασμού αντιισχαιμικών φαρμάκων [Πίνακας 1][10].

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Αντιισχαιμικά φάρμακα

- ✓ Β-αναστολείς αν δεν υπάρχουν αντενδείξεις
- ✓ Νιτρώδη μακράς δράσεως
- ✓ Επί επιμονής των συμπτωμάτων προσθήκη αναστολέων Ca αν δεν υπάρχουν αντενδείξεις
- ✓ Ιβραραδίνη αν η καρδιακή συχνότητα παραμένει >70/min
- ✓ Αν επιμένουν τα συμπτώματα συζητείται η χορήγηση ρανολαζίνης [ιδιαίτερα σε ασθενείς με διαβήτη και μετά από οξύ στεφανιαίο σύνδρομο]

6. Αποκάλυψη συννοσηροτήτων και εξειδικευμένη θεραπεία. Οι συννοσηρότητες είναι συχνές σε ασθενείς με ισχαιμία.
7. Συζητείται επαναγγείωση σε επιλεγμένες περιπτώσεις, κυρίως σε ασθενείς υψηλού κινδύνου και σε εκείνους με εμμένουσα ισχαιμία η οποία εμποδίζει μια φυσιολογική καθημερινή δραστηριότητα.
8. Ο ρόλος του ίδιου του ασθενούς πρέπει να επισημαίνεται και να εξηγείται.
9. Απαιτείται καλή συνεργασία του ασθενούς με τον γιατρό του και με τον καρδιολόγο.
10. Η αντιμετώπιση από ιατρική ομάδα είναι απαραίτητη, ιδιαίτερα όταν λαμβάνονται αποφάσεις για επαναγγείωση.

Disease Prevention in Clinical Practice. Eur Heart J 2012;33:1635-1701

4. Reiner Z, Catapano AL, De Backer G, et al. ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias. Eur Heart J 2011;32:1769-1818
5. Perk J, De Backer G, Gohlke H, et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice [version 2012] : Eur Heart J 2012;33:1635-1701

6. Mancia G FR, Narkiewicz K, Redon J, et al. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J* 2013 [Epub ahead of print]
7. Davies R, Goldberg D, Forman S, et al, for the ACIP Investigators. Asymptomatic Cardiac Ischemia Pilot (ACIP) Study Two-Year Follow-up. Outcomes of Patients Randomized to Initial Strategies of Medical Therapy Versus Revascularization. *Circulation*. 1997; 95: 2037-2043
8. Boden W, O'Rourke R, Teo K, et al, for the COURAGE Trial Research Group. Optimal Medical Therapy with or without PCI for Stable Coronary Disease. *N Engl J Med*. 2007; 356:1503-1516
9. Henry T, Satran D, Hodges J, et al. Long-term survival in patients with refractory angina. *Eur Heart J*. 2013;34:2683-2688.
10. Mukherjee D. Management of refractory angina in the contemporary era. *Eur Heart J*. 2013;34:2655-2657.

REVIEW

“ROAD MAPPING” FOR INTEGRATED MANAGEMENT OF STABLE ISCHEMIC HEART DISEASE

Constantine Fakiolas, MD, FESC

Hemodynamic Department, Tzaneio General Hospital, Piraeus, Greece

(*Scientific Chronicles* 2013;18(3):134-137)

ABSTRACT

The following approach is suggested for the treatment of patients with stable angina :

1. Risk stratification using non invasive techniques. Left ventricular [LV] systolic function should be assessed with echocardiography and perfusion defects with nuclear isotope imaging. Patients with small perfusion defects or small wall-motion abnormalities, high threshold for ischemia, normal LV systolic function and clear symptoms should be treated with medication.
2. If symptoms continue after medical therapy is maximized, coronary angiography should be planned. Coronary angiography should also be performed for patients with evidence of impaired perfusion involving multiple territories, a low threshold for ischemia and moderate LV systolic dysfunction.
3. Even among patients with multivessel coronary artery disease, medical treatment remains an alternative for those with normal LV systolic function, mild symptoms and relatively smaller areas of myocardium at risk.
4. The decision for multivessel PCI versus CABG should be made on an individual basis, taking into consideration the angiographic anatomy, LV function, patient comorbidities, surgical risk and patient preference.
5. Regardless of treatment strategy, aggressive risk factor modification, including use of lipid-lowering agents, lifestyle modification and aspirin therapy, is an essential component of management.

Keywords: Stable angina, stable coronary artery disease