

Αιφνίδιος Καρδιακός Θάνατος: Υπάρχουν προειδοποιητικά σημάδια; Η πρόληψη που σώζει

Επιστήμες, Τέχνες & Πολιτισμός / Υγεία και ιατρικά θέματα



Για τον αιφνίδιο καρδιακό θάνατο μιλά στο ygeiamou.gr ο κύριος Σπυρίδων Παπαϊωάννου, Καρδιολόγος, Διευθυντής Β' Καρδιολογικής Κλινικής ΝΝΑ, Πρόεδρος Ελληνικής Εταιρίας Αθλητικής Καρδιολογίας και Διδάκτωρ ΑΠΘ



Man with chest pain suffering from heart attack in

Ο Αιφνίδιος Καρδιακός Θάνατος είναι μια απρόσμενη διακοπή της καρδιακής λειτουργίας, με την επικείμενη διακοπή της κυκλοφορίας του αίματος, και συνήθως οφείλεται σε κακοήθεις αρρυθμίες-ταχυκαρδίες (εμμένουσες κοιλιακές ταχυκαρδίες). Σε περίπτωση που αυτές (ταχυκαρδίες) τερματιστούν εγκαίρως, αυτόματα ή μέσω θεραπευτικών παρεμβάσεων, τότε πρόκειται για τον αποτραπέντα αιφνίδιο καρδιακό θάνατο.

Όσον αφορά στον γενικό πληθυσμό, τα συνηθέστερα αίτια αιφνίδιου καρδιακού θανάτου οφείλονται σε υποκείμενη καρδιακή νόσο, διαγνωσμένη ή μη. Η συνηθέστερη υποκείμενη νόσος είναι η στεφανιαία νόσος και ο αιφνίδιος θάνατος

μπορεί να εκδηλωθεί με την μορφή οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου, ή και στα πλαίσια ενός παλαιού (προυπάρχοντος) εμφράγματος. Σε ασθενείς ελεύθερου ιστορικού στεφανιαίας νόσου, συνήθως υποβόσκουν άλλες δομικές καρδιακές νόσοι, κληρονομικές ή επίκτητες, όπως η διατακτική μυοκαρδιοπάθεια, η υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια, αρρυθμιολογικός μυοκαρδιοπάθεια δεξιάς κοιλίας, βαλβιδοπάθειες, ακόμα και μια οξεία μυοκαρδίτιδα.

Εν απουσία υποκείμενης καρδιακής νόσου, σε μικρότερο ποσοστό, συνήθως το αίτιο του αιφνιδίου καρδιακού θανάτου εντοπίζεται σε διαταραχές στο ερεθισματογωγό (ηλεκτρικό) σύστημα της καρδιάς, όπως το σύνδρομο Brugada, το σύνδρομο μακρού ή βραχέος QT, της κατεχολαμινεργικής πολύμορφης κοιλιακής ταχυκαρδίας, ή του συνδρόμου Wolff – Parkinson – White.

Όσον αφορά στους νέους, εννοώντας άτομα κάτω 35 ετών, αξίζει να αναφερθεί ότι βάσει επιδημιολογικών μελετών σε ΗΠΑ, Δανία και Νορβηγία αντίστοιχα η ετήσια επίπτωση ήταν 1,3-3,2 συμβάντα αιφνιδίου καρδιακού θανάτου ανά 100.000 νέους, με το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών να είναι άρρενες (75%). Η συνηθέστερη αιτία αιφνιδίου καρδιακού θανάτου σε αυτό τον πληθυσμό είναι ένας πρωτογενώς αρρυθμιολογικός καρδιακός θάνατος, σε ποσοστό περί το 31%. Επίσης, η ανώμαλη έκφυση στεφανιαίων αρτηριών, η υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια και η μυοκαρδίτιδα αποτελούν αιτίες αιφνιδίου καρδιακού θανάτου στους νέους.

Συμπτώματα- Προειδοποιήσεις

Τα συμπτώματα που μπορεί να εκδηλωθούν ως «προειδοποιητικά σημεία» στον ασθενή σχετίζονται άμεσα με την πιθανή υποκείμενη καρδιακή νόσο. Ωστόσο, κάθε ασθενής, αθλητής που αισθάνεται πόνο στο στήθος (στηθάγχη), δυσκολία στην αναπνοή (δύσπνοια-όχι λαχάνιασμα), ευκολία στην κόπωση, αίσθημα παλμών (φτερουγίσματα) ή λιποθυμικά επεισόδια(συγκοπή), οφείλει να αναζητήσει καρδιολογική εκτίμηση.

Διαγνωστική προσέγγιση- Πρόληψη

Το πλέον πολύτιμο εργαλείο είναι το παραδοσιακό ηλεκτροκαρδιογράφημα, το οποίο μπορεί να παρέχει πληθώρα πληροφοριών στον εκάστοτε ιατρό. Συμπληρωματικά, το ηχωκαρδιογράφημα (triplex), holter ρυθμού(σε περιπτώσεις αισθήματος παλμών), η δοκιμασία κοπώσεως αλλά και οι νεώτερες υπερηχοκαρδιογραφικές απεικονιστικές μέθοδοι, βοηθούν στην έγκαιρη διάγνωση δομικών παθήσεων. Η μαγνητική καρδιάς αποτελεί ένα εξαιρετικά ευαίσθητο εργαλείο στην ανάδειξη βλαβών στον καρδιακό μυ, ενώ η αξονική στεφανιογραφία

και η (επεμβατική) ηλεκτροφυσιολογική μελέτη αναδεικνύονται χρήσιμα εργαλεία στην διάγνωση πολλών υποκείμενων καρδιακών παθήσεων.

Σε ασθενείς που έχουν επιβιώσει από αιφνίδιο καρδιακό θάνατο, η εμφύτευση μόνιμου απινιδωτή είναι απαραίτητη και ενδείκνυται άμεσα.

Τέλος, ο προαθλητικός έλεγχος είναι εξαιρετικά χρήσιμος και πρέπει να διενεργείται ενδελεχώς από καρδιολόγο.

Τα πρόσφατα και επαναλαμβανόμενα επεισόδια αιφνιδίων καρδιακών θανάτων στην χώρα μας υπερθεματίζουν την αναγκαιότητα της τακτικής καρδιολογικής παρακολούθησης των ασθενών αλλά και των νέων αθλητών, ειδικά εκείνων με συμπτώματα όπως τα προαναφερθέντα. Όπως συνηθίζω να λέω, είναι προτιμότερο να διαγνώσουμε εγκαίρως ένα υποκείμενο καρδιακό νόσημα, παρά να χρειαστεί να το αντιμετωπίσουμε, ιδίως σε εξωνοσοκομειακές εγκαταστάσεις.

Τονίζεται ότι τα παραπάνω δεδομένα θα αναλυθούν διεξοδικά στο 3ο διεθνές συνέδριο Αθλητικής Καρδιολογίας που θα διεξαχθεί 23-25 Σεπτεμβρίου στο Αμφιθέατρο του Πολεμικού Μουσείου Αθηνών.

*Ο κύριος Σπυρίδων Παπαϊωάννου είναι Καρδιολόγος, Διευθυντής Β' Καρδιολογικής Κλινικής ΝΝΑ, Πρόεδρος Ελληνικής Εταιρίας Αθλητικής Καρδιολογίας, Διδάκτωρ ΑΠΘ και Πλοίαρχος.

Πηγή: ygeiamou.gr