

Η παρουσία της Καρδιολογικής Κλινικής του Ασκληπιείου Βούλας στο 36^ο
ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

Η ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΑΘΗΝΩΝ στα πλαίσια του 36^{ου}
Πανελληνίου Ιατρικού Συνεδρίου οργάνωσε Εκπαιδευτικό

Σεμινάριο με θέμα “Καρδιακά νοσήματα και Τρίτη
ηλικία” με συντονιστές τους κ. Δ Ματζουράτο, Δντη
του νοσοκομείου

Πατησίων και Χ Αντωνακούδη, Δντη Ασκληπιείου
Βούλας.

Εισηγητές ήταν ο κ. Χ Αντωνακούδης με
θέμα Αρτηριακή Υπέρταση και αντιμετώπισή της
στους ηλικιωμένους, κ. Κυφνίδης με θέμα: Η
υπερλιπιδαιμία και ο συνολικός καρδιαγγειακός
κίνδυνος, ο κ. Ι Φωτιάδης με θέμα: Διάγνωση και
αντιμετώπιση της στεφανιαίας νόσου.
Ιδιαιτερότητες στους ηλικιωμένους, ο κ. Γ

Κουργιανίδης με θέμα: Κολπική μαρμαρυγή και λοιπές αρρυθμίες στην τρίτη ηλικία, ο κ. Λ Πουλημένος με θέμα: Στένωση αορτής και λοιπές βαλβιδοπάθειες στην τρίτη ηλικία και ο κ. Χ Αντωνακούδης με θέμα: Καρδιακή ανεπάρκεια και τρίτη ηλικία. Διαιτητική συζήτηση με θέμα: Καρδιαγγειακά νοσήματα και Τρίτη ηλικία.

Σκοπός της παρούσης διαιτητικής συζήτησης είναι η ενημέρωση του Έλληνα κλινικού γιατρού στις ιδιαιτερότητες και τη σημασία των νοσημάτων αυτών. Το θέμα είναι ιδιαίτερα ενδιαφέρον καθώς η ειδικότητα της γηριατρικής δεν έχει ακόμα αναγνωρισθεί στην Ελλάδα, τη στιγμή που σε άλλες χώρες υφίσταται ήδη εξειδίκευση στη γηριατρική καρδιολογία.

Στη συνέχεια παραθέτουμε περίληψη των ομιλιών από τους

εισηγητές-στελέχη της καρδιολογικής κλινικής του Ασκληπιείου Βούλας.

□ Η Αρτηριακή Υπέρταση και η αντιμετώπισή της στους ηλικιωμένους

**Χ Αντωνακούδης, Δντης
Καρδιολογικής Κλινικής
Ασκληπιείου Βούλας**

Για τη σημαντική αύξηση

νοσηρότητας και θνητότητας στην Τρίτη ηλικία ευθύνονται κυρίως οι κλασσικοί παράγοντες κινδύνου (ΠΚ), αφού δεν μπορεί να αποδοθούν μόνο στη φυσιολογική γήρανση. Είναι παράδοξο όσο και επικίνδυνο το γεγονός ότι στους ηλικιωμένους οι ΠΚ δεν ελέγχονται και δεν αντιμετωπίζονται το ίδιο όπως στον υπόλοιπο γενικό πληθυσμό.

Ο ισχυρότερος ΠΚ είναι η συστολική

υπέρταση. Πάνω από τα 2/3 έχουν υπέρταση. Δυστυχώς στις ηλικίες αυτές παρατηρείται το χαμηλότερο ποσοστό ρύθμισης. Γενικά οι οδηγίες διαχείρισης της υπέρτασης είναι ίδιες με του γενικού πληθυσμού τουλάχιστον ως την ηλικία των 80 ετών. Αλλά και στους ογδοντάρηδες δεν θα πρέπει να διακόπτεται αγωγή που γίνεται καλά ανεκτή αν και δεν υπάρχουν πολλές μελέτες. Στόχος και στους

υπερήλικες πρέπει να είναι 140/90 mmHg, αν και είναι πιο δύσκολο να επιτευχθεί. Είναι αυξημένος ο κίνδυνος ορθοστατικής υπότασης. Ποτε δεν είναι αργά να αρχίσει αγωγή στους υπερήλικες επειδή έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο λόγω της ηλικίας και άτομα

με υψηλότερο κίνδυνο οφελούνται περισσότερο. Έτσι για να αποφύγουμε ένα θάνατο από καρδιαγγειακό

νόσημα πρέπει να
θεραπεύονται 205
υπερτασικοί αλλά μόλις 58
υπερήλικες.

Τα οφέλη έχουν
αποδειχθεί από πολλές
μελέτες όπως η μελέτη E
WRHH
(
European
Working

Party
Programs
HYVET

(
Hypertension
in
the
very
Elderly
Trial
) , η μετα-ανάλυση
INDANA

,

MRC

-

elderly

κλπ. φαρμάκων είναι

αποτελεσματική,

χρειάζεται προοδευτική

τιτλοποίηση. Όλες οι

κατηγορίες

αντι-υπερτασικών

φαρμάκων μπορεί να

χρησιμοποιηθούν. Διουρητικ

ά και ανταγωνιστές

ασβεστίου προτιμώνται

αλλά στις τελευταίες

Οδηγίες διουρητικά και τα φάρμακα που αποκλείουν το σύστημα ρενίνης-αγγειοτασίνης-αλδοστερόνης θεωρούνται ως πρώτη επιλογής φάρμακα. Η θεραπεία πάντως έχει δυσκολίες λόγω της πολυφαρμακίας

Σημαντικός

κίνδυνος από την
αντιυπερτασική θεραπεία
είναι η ορθοστατική
υπόταση (80% των
συγκοπτικών επεισοδίων
στους υπερήλικες
οφείλονται σε
ορθοστατική υπόταση),
βραδυαρρυθμίες,
ηλεκτρολυτικές
διαταραχές. Η
ορθοστατική υπόταση

είναι συχνή και οδηγεί σε
δραματική αύξηση
καρδιαγγειακών
συμβαμμάτων και
πτώσεις σε κατάγματα.

Σημαντικά οφέλη
αναμένονται και από τη
μη φαρμακευτική
αγωγή. Στη μελέτη TON

E
ial
of
Non
Pharmacologic
Interventions
in
the
Elderly
)

(Tr

φάνηκε ότι η μείωση της πρόσληψης νατρίου μείωσε κατά 31% την επίπτωση υπέρτασης ή καρδιαγγειακών συμβαμμάτων, μείωση του βάρους κατά 30% και ο συνδυασμός του κατά 53%. Ειδικά, ως προς το αλάτι επιβάλλεται ιδιαίτερη προσοχή επειδή οπι

ηλικιωμένοι έχουν
μειωμένη ευαισθησία
στη γεύση και τρώνε
περισσότερο αλάτι.

Πρέπει πάντως
να τονισθεί ότι μπορεί η
υπέρταση να είναι ο
συχνότερος ΠΚ αλλά
σήμερα στόχος είναι ο

συνολικός
καρδιαγγειακός
κίνδυνος.

**Η υπερλιπιδαιμία
και ο συνολικός**

καρδιαγγειακός κίνδυνος

**Κ Κυφνίδης, Δντης
Καρδιολογικής
Κλινικής
Ασκληπιείου
Βούλας**

Η αυξημένη νοσηρότητα των ηλικιωμένων ατόμων αποτελεί ένα πολύ μεγάλο ιατρικό, κοινωνικό αλλά και οικονομικό πρόβλημα. Οι τεράστιες οικονομικές

επιπτώσεις
αποτελούν σοβαρό
δημοσιονομικό
πρόβλημα και σε
όλο τον κόσμο
απειλούν με
κατάρρευση όλα τα
συστήματα υγείας
και ασφάλισης. Η
ηλικία είναι ο πιο

ισχυρός
ανεξάρτητος
παράγων για
καρδιαγγειακά
νοσήματα. Από τους
γνωστούς
κλασσικούς
παράγοντες
κινδύνου (ΠΚ) ο
σημαντικότερος

είναι η αρτηριακή υπέρταση αλλά και η υπερλιπιδαιμία και όλοι οι άλλοι ΠΚ έχουν σημασία αν και δεν έχουν μελετηθεί επαρκώς. Το θέμα είναι ιδιαίτερα ενδιαφέρον αφού

σήμερα στόχος
είναι η
αντιμετώπιση του
συνολικού
καρδιαγγειακού
κινδύνου.

Όταν

συνυπάρχουν
πολλοί ΠΚ ο
κίνδυνος
καρδιαγγειακών
νοσημάτων
αυξάνεται
δραματικά. Είναι
γνωστό ότι 65%
των υπέρτασικών

έχουν και
υπερλιπιδαιμία και
ότι μείωση 10%
της υπέρτασης

και 10% της
χοληστερόλης
μειώνει κατά 45%
τον κίνδυνο

στεφανιαίας
νόσου. Επίπεδα
ολικής
χοληστερόλης και
LDL
αυξάνουν μέχρι τα
65 αλλά μετά
μειώνονται. Στη
μελέτη

NHANES

η μέση τιμή ολικής
χοληστερόλης
στην ηλικία 55-64
ήταν 221

mg

/

dl

στα 75

205

mg

/

dl

και η

LDL

142 και 132

αντίστοιχα. Στη
μελέτη
Framingham
διαπιστώθηκε
θετική συσχέτιση
επιπέδων
χοληστερόλης

και

καρδιαγγειακών
επεισοδίων στην
τρίτη ηλικία ενώ
άλλες μικρότερες
μελέτες δεν
έδειξαν κάποια
συσχέτιση και
μερικές αρνητική
συσχέτιση.

Συνολικά πάντως
φαίνεται ότι έχουν
προγνωστική
σημασία

μέχρι τα 80 και
αυτό
αποδεικνύεται ότι
υπάρχουν

σημαντικά οφέλη
από τη θεραπεία
με στατίνες.

Υπάρχει πάντως
σαφής συσχέτιση
με

αθηροθρομβωτικά
ισχαιμικά

επεισόδια. Η χρήση
στατινών είναι
σίγουρα
απαραίτητη σε
υψηλού κινδύνου
ασθενείς. Το
ATPIII
συνιστά μη
φαρμακευτική

αντιμετώπιση σε
ηλικιωμένους χωρίς
σοβαρή
αθηροκληρωτική
νόσο και
φαρμακοθεραπεία
σε υψηλού
κινδύνου με στόχο
100

mg

/

dl

▪

Σημαντικό
ς είναι ο ρόλος

για την
πρωτογενή
πρόληψη
ΑΕΕ και από τις
σχετικές μελέτες
(
CARE
,
LIPID

;

MIRACLE

;

HPS

;

PROSPER

;

WOSCOPS

;

ASCOT

-

LLA

,

CARDS

,.....) έχει

βρεθεί

μείωση από
19-50%. Στη
δευτερογενή
πρόληψη ΑΕΕ η
μελέτη
SPARCL

έδειξε 16%
μείωση νέου ΑΕΕ.

Στη διπλή τυφλή
αυτή μελέτη η
μέση ηλικία ήταν
63 έτη και
χρησιμοποιήθηκε
ατορραστατίνη
80
mg
/

dl

.Τέλος μικρές
μελέτες έχουν
δείξει όφελος από
τις στατίνες στη
μείωση
ανευρύσματος,
της περιφερικής
αρτηριοπάθειας,

στένωση
νεφρικής
αρτηρίας,
στένωση

αορτής και
μείωση της
γνωστικής
δυσλειτουργίας –

άνοιας. Δυστυχώς
οι στατίνες
υποχρησιμοποιούν
ται και ακόμη και
υψηλού κινδύνου
ασθενείς δεν
πετυχαίνουν το
συνιστώμενο
στόχο.

Στένωση αορτής και λοιπές βαλβιδοπάθειες στην Τρίτη ηλικία

Λ

Πουλημένος,ε

πιμελητής

Καρδιολογικής

Κλινικής

Ασκληπιείου

Βούλας □

Ο ομιλητής
αναφέρθηκε
κυρίως στην
αορτική
στένωση
τονίζοντας: Η
αορτική
στένωση είναι

μακράν η
συχνότερη
πάθηση σήμερα
και με τη
σχεδόν πλήρη
εξαφάνιση του
ρευματικού
πυρετού η

αιτιολογία της
είναι στην
πλειονότητα
των ασθενών
εκφυλιστική με
παθοφυσιολογί
α παρόμοια με
αυτή της

αθηρωματικής
νόσου. Συχνά
στους
ηλικιωμένους
τα συμπτώματα
(που θα
οδηγήσουν και
τον ασθενή στο

χειρουργείο)
είναι
αλλοιωμένα ή
και
απουσιάζουν
παντελώς
κυρίως λόγω
χαμηλού

λειτουργικού
σταδίου. Από
τη στιγμή που
θα
εμφανιστούν,
τα περιθώρια
συντηρητικών
παρεμβάσεων

εξαφανίζονται,
(σε μια πάθηση
που η μόνη
θεραπεία είναι
χειρουργική),
κάνοντας πιο
«εύκολη» την
απόφαση

αντικατάσταση
της βαλβίδας
ακόμα και σε
90ντάχρονους.
Παρά το σαφώς
υψηλότερο
περιεγχειρητικ
ό κίνδυνο σ

αυτές τις
ηλικίες, εφόσον
ο ασθενής
ξεπεράσει την
πρώιμη – και
πιο επικίνδυνη
μετεγχειρητική
φάση – θα έχει

επιβίωση
ταυτόσημη
αλλά ίσως και
ανώτερη των
συνομηλίκων
του. Ήδη
σήμερα, σε
επιλεγμένους

ασθενείς
υψηλού
εγχειρητικού
κινδύνου,
εφαρμόζεται η
νέα και πολλά
υποσχόμενη
τεχνική της

διαδερμικής
εμφύτευσης
αορτικής
βαλβίδας με
αξιόλογα
αποτελέσματα.
Ακολουθως
παρουσίασε vid

εο
με την
διαδερμική
εμφύτευση
βαλβίδος, που
πραγματικά
εντυπωσίασε
το ακροατήριο.

Τέλος τόνισε
ότι ιδιαίτερα
προβλήματα
στους
ηλικιωμένους
βαλβιδοπαθείς
έχει ο
χειρισμός της

αντιπηκτικής
αγωγής σε
παρουσία
μηχανικών
προσθετικών
βαλβίδων, ιδίως
όταν απαιτείται
διακοπή της για

κάποιο
εξωκαρδιακό
χειρουργείο και
των επιπλοκών
των
προσθετικών
βαλβίδων
(αιμόλυση,

θρόμβωση,
εμβολικά,
ενδοκαρδίτιδες
) δίνοντας
χρήσιμες και
πρακτικές
οδηγίες.

Καρδιακή ανεπάρκεια και Τρίτη ηλικία

Χ Γ

Αντωνακούδη ς, Δντης Καρδιολογική ς Κλινικής Ασκληπιείου Βούλας

Επιδημιολογικ ά δεδομένα

Η επίπτωση
και ο

επιπολασμός
της
καρδιακής
ανεπάρκειας(
ΚΑ)
αυξάνεται
σημαντικά με

την
ηλικία. Όπως
υπολογίζεται
ενώ αφορά
περίπου το
2% των
ενηλίκων το

Ποσοστό
φθάνει στο
6-10% των
υπερηλίκων
και το θέμα
αποτελεί
σήμερα

τεράστιο
ιατρικό,
κοινωνικό και
οικονομικό
πρόβλημα.

Παθοφυσιολο

γία

Παράγοντες
που οδηγούν
σε ΚΑ εκτός
από την

ηλικία είναι
η συστολική
υπέρταση, η
ισχαιμική
καρδιοπάθεια
, ο διαβήτης, η

μειωμένη
φυσική
ικανότητα
κυρίως λόγω
μη άσκησης
με συχνότερη

αιτία την
υπέρταση. Οι
μεταβολές
λόγω ηλικίας
σε άλλα
οργανικά

συστήματα,
ιδιαίτερα σε
νεφρούς και
πνεύμονες,
επιηρεάζουν
όχι μόνο την

παθοφυσιολο
γία αλλά και
τη διάγνωση,
θεραπεία και
πρόγνωση. Οι
μειωμένες

καρδιακές
εφεδρείες
έχουν σαν
αποτέλεσμα
διάφορα ήπια
αίτια, όπως

υπέρταση,
ισχαιμία,
υπερφόρτωσ
η
υγρών,.....ΠΟΥ
γίνονται

καλώς
ανεκτά σε
νεότερα
άτομα
μπορεί να
προκαλέσουν

οξεία ΚΑ σε ηλικιωμένους

▪

Διάγνωση

Η διάγνωση
δυσχεραίνεται
από το
γεγονός ότι
μπορεί
άλλες

παθήσεις να
δίνουν
παρόμοια
συμπτώματ
α. Δύσπνοια
και

ακροαστικά
ευρήματα
μπορεί να
οφείλονται
σε
πνευμονοπιά

θεις. Τα
οιδήματα
μπορεί να
είναι
ιδιοπαθή ή
να

οφείλονται

σε

φλεβική, νεφ

ρική, ηπατική

ανεπάρκεια,

ή σε

φάρμακα. Η
κόπωση
μπορεί να
οφείλεται
σε αναιμία,
υποθυρεοειδ

ισμό,
κατάθλιψη,
παχυσαρκία,
κακή φυσική
κατάσταση.

Η λήψη
ιστορικού
έχει
δυσκολίες.
Η ΚΑ μπορεί
να μην

εκδηλώνεται
με τα
τυπικά
συμπτώματ
α αλλά με
συμπτώματ

α όπως
σύγχυση,
αδυναμία,
γαστρεντερι
κές
διαταραχές.

Οι ασθενείς
αυτοί
ενδεχομένω
ς δεν
αντιλαμβάνο
νται την

μείωση της
ανοχής στην
κόπωση την
οποία
αποδίδουν
στην ηλικία

και
προσαρμόζο
υν τις
δραστηριότη
ητες
ανάλογα.

Σημαντική
είναι η
χρησιμότητ
α του
υπερηχογρα
φήματος για

τη διάγνωση
και τη
θεραπεία.
Να
σημειωθεί
ότι είναι

συχνή η
διαστολική
ΚΑ και οι
ασθενείς
αυτοί
μπορεί

εύκολα να
εκδηλώσουν
οξύ
πνευμονικό
οίδημα
καθώς και

ότι ενεργός
ισχαιμία
μπορεί να
εκδηλώνεται
ως ΚΑ

Πρόγνωση

Η

πρόγνωση

της νόσου

είναι

πτωχή. Σε
διαβιούντες
σε ιδρύματα
η θνητότητα
σε 10
χρόνια είναι

περίπου
60%. Μετά
από μια
νοσηλεία σε
νοσοκομείο
η ετήσια

Θνητότητα
είναι 33%
και η 5ετής
75%. Κακοί
προγνωστικ
οί δείκτες

Εκτός από
την ηλικία
είναι η
πρόσφατη
νοσηλεία σε
νοσοκομείο,

Ο
διαβήτης, η
μεγάλη
διάταση
αριστεράς
κοιλίας με

χαμηλό
κλάσμα
εξώθησης
και η
υπονατριαι
μία.

Θεραπεία

Στόχος

της

θεραπείας

της ΚΑ
είναι η
ανακούφισ
η από τα
συμπτώμα

τα,
βελτίωση
της
ποιότητας
ζωής,

μείωση
εισαγωγών
σε
νσοκομεία
και

παράταση
επιβίωσης.

Σημαντικό
ατομείο είναι

ο ρόλος
της μη
φαρμακευτ
ικής
αγωγής.

Ασθενείς
και
συγγενείς
πρέπει να
είναι

ενήμεροι

για θέματα

διατροφής

και κυρίως

τη χρήση
άλατος

και για τη
χρήση

διουρηθικώ ν. Όλα τα άλλα γνωστά μέτρα

όπως
περιορισμό
ς
καπνίσματ
ος, αλκοόλ,

αντιγριπικ
ό εμβόλιο
και εμβόλιο
για τον
πνευμονιόκ

ΟΚΟ
συμβάλλου
ν
σημαντικά
στην

καλύτερη
αντιμετώπι
ση. Για τη
φαρμακευτ
ική αγωγή

οι οδηγίες
για τη
θεραπεία
της ΚΑ
ισχύουν και

για τους
ηλικιωμένο
υς αν και
δεν
υπάρχουν

πολλές
μελέτες
για άτομα
άνω των 80
ετών και

ειδικά σε
άτομα που
ζουν σε
γηροκομεία
.σημαντικό

πρόβλημα
είναι το
γεγονός
ότι πολλά
από τα

φάρμακα
υπο-χρησιμ
οποιούνται
. Πρόβλημα
στη

Θεραπεία της ΚΑ των ηλικιωμένων αποτελεί

η

πολυφαρμ

ακία η

οποία

αυξάνει

την
πιθανότητα
α
παρενεργει

ών με
συχνότερε
ς την
ορθοστατικ
ή υπόταση

(που είναι
συχνή
αιτία
συγκοπτική

ών

επεισοδίων

),

βραδυαρρυθ

θμίες

, τοξικός
δακτυλιδισ
μός
, ηλεκτρολυ
τικές

διαταραχές

ς.

