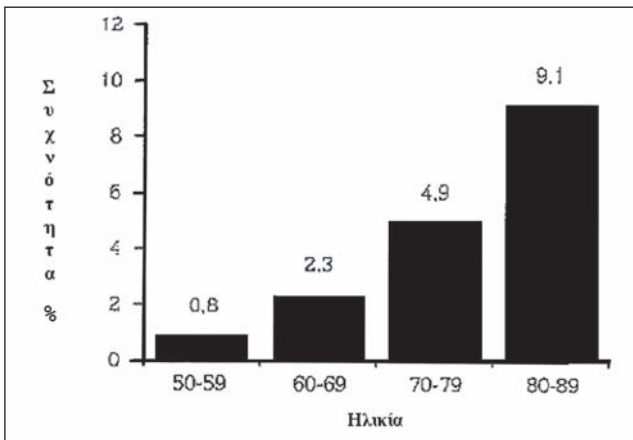


ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

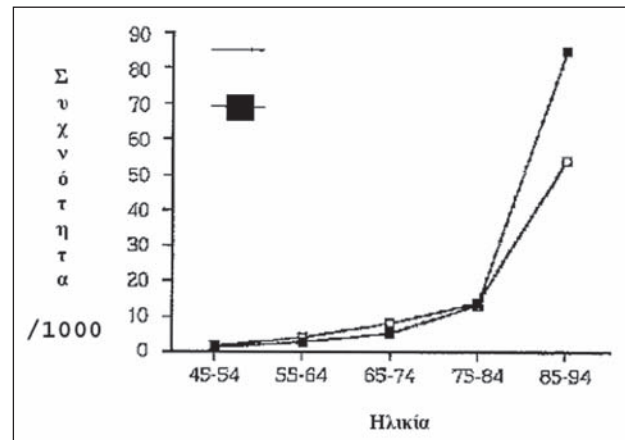
Κωνσταντίνος Δ. Μάλλιος

Α. Ε, Καθηγητής Καρδιολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών.
Διευθυντής Α΄ Καρδιολογικής Κλινικής Θεραπευτηρίου “ΥΓΕΙΑ”.

Ο επιπολασμός της καρδιακής ανεπάρκειας βαίνει παράλληλα προς την ηλικία και η αύξησή του είναι περισσότερο εμφανής μετά το 65ο έτος. Παρούσα σε 8 άτομα στα 1000 της πέμπτης δεκαετίας, αφορά τα 10 στα 1000 της όγδοης δεκαετίας. Τα 2/3 της ετήσιας επίπτωσης της αφορούν άτομα άνω των 75 χρόνων, ενώ από 1% που είναι στην έκτη δεκαετία, φθάνει το 10% στην ένατη με σαφή υπεροχή στο ανδρικό φύλο (εικ.1.2.).^{1,2} Στα 900 εκατομμύρια των κατοίκων των χωρών οι οποίες περιλαμβάνονται στην Ευρωπαϊκή Καρδιολογική Εταιρεία υπολογίζεται ότι τουλάχιστον 10 εκατομμύρια (1,1%) αμφοτέρων των φύλων πάσχουν από καρδιακή ανεπάρκεια.³



Εικ.1: Επιπολασμός της καρδιακής ανεπάρκειας (Μελέτη Framingham).



Εικ.2: Ετήσια επίπτωση της καρδιακής ανεπάρκειας ανά φύλο. (Μελέτη Framingham).

Η πρόγνωση της δυσοίωνα αυτή καθ' εαυτή, γίνεται βαρύτερη με την πάροδο της ηλικίας και συνδέεται άμεσα με την πάθηση που την προκαλεί και τη συνύπαρξη άλλων παθολογικών καταστάσεων, ενώ η διάγνωσή της με κλινικά και μόνο κριτήρια δεν είναι πάντα ευχερής. Η θνητότητα είναι μεγαλύτερη στα ηλικιωμένα άτομα και ιδιαίτερα στις γυναίκες στις οποίες η αύξηση ανά δεκαετία είναι περίπου 60%, έναντι 27% στους άνδρες.³

Με βάση τα δεδομένα της μελέτης Framingham² καθορίστηκαν ορισμένα κλινικά κριτήρια για τη διάγνωση της καρδιακής ανεπάρκειας, που διακρίνονται σε μείζονα και ελάσσονα (πιν. 1). Για να τεθεί δε η διάγνωση απαιτούνται δυο μείζονα ή ένα μείζον και δυο ελάσσονα.

Πίν. 1: Κλινικά διαγνωστικά κριτήρια καρδιακής ανεπάρκειας².

Μείζονα	Ελάσσονα
Παροξυσμική νυχτερινή δύσπνοια ή ορθόπνοια.	Περιφερικά οιδήματα
Διάταση των φλεβών του τραχήλου	Νυχτερινός βήχας
Υγροί ρόγχοι	Δύσπνοια προσπάθειας
Μεγαλοκαρδία	Διόγκωση ήπατος
Τρίτος τόνος	Ταχυκαρδία (120>min)
Ηπατοσφαγιδιτική παλινδρόμηση	Μείωση ζωτικής χωρητικότητας
Αύξηση φλεβικής πίεσης >16cm H ₂ O	Πλευριτική συλλογή

Η ορθολογική αξιοποίηση των ανωτέρω κριτηρίων θέτει τη διάγνωση στο 80% περίπου των ατόμων με καρδιακή ανεπάρκεια συλλήβδην όλων των ηλικιών.

Ισχύουν όμως τα ίδια κριτήρια για τη διάγνωση της καρδιακής ανεπάρκειας και στα άτομα της τρίτης ηλικίας; Πόσο είναι εφικτή η τεκμηρίωσή της από την κλινική εξέταση στο σπίτι του ασθενούς;

Και στα δυο ερωτήματα η απάντηση είναι **ΝΑΙ**, με ορισμένες όμως επιφυλάξεις που απορρέουν αφ' ενός μεν από την εικόνα της εκδήλωσής της στα ηλικιωμένα άτομα, αφ' ετέρου δε από την δυσκολία ή και αδυναμία εργαστηριακής επιβεβαίωσής της στην οικία του ασθενούς.

Η διάγνωση της καρδιακής ανεπάρκειας στα άτομα προχωρημένης ηλικίας είναι δυσκολότερη απ' ότι ισχύει στις νεότερες ηλικίες. Οι συνυπάρχουσες συχνά παθολογικές καταστάσεις σε συνδυασμό με την αδυναμία αξιολόγησης ή περιγραφής των υποκειμενικών ενοχλημάτων από τους αρρώστους δυσχεραίνουν τη διάγνωση, η οποία γίνεται πιο επισφαλής από την άτυπη συμπτωματολογία ή και την ανεπαρκή εκδήλωση των αποδεικτικών κλινικών σημείων.

Η λήψη λεπτομερούς ιστορικού από τον ασθενή και η ορθή αξιολόγησή του θεωρούνται εκ των ων ουκ άνευ για τη διάγνωση. Έτσι π. χ. η ύπαρξη στεφανιαίας νόσου, αρτηριακής υπέρτασης, βαλβιδοπάθειας, σακχαρώδους διαβήτη ή άλλων παθήσεων πρέπει να ληφθούν σοβαρά υπόψη και αποτελούν την αφετηρία προσανατολισμού προς τη σωστή διάγνωση.

Η διαγνωστική συνεισφορά των προαναφερθέντων μειζόνων και ελασσόνων κριτηρίων είναι εν προκειμένω η εξής:

Δύσπνοια-Βήχας: Από τα υποκειμενικά συμπτώματα η δύσπνοια κατά την προσπάθεια είναι στοιχείο δύσκολης εκτίμησης στα ηλικιωμένα άτομα, λόγω αφ' ενός μεν της ελαττωμένης κινητικότητάς τους, αφ' ετέρου δε των παθολογικών καταστάσεων που συχνά συνυπάρχουν (αναιμία, πνευμονοπάθεια). Η δύσπνοια ηρεμίας συνήθως απουσιάζει και μόνο η ορθόπνοια και η παροξυσμική νυχτερινή αποτελούν αξιόπιστα διαγνωστικά στοιχεία. Ο νυχτερινός βήχας, βοηθάει στη διάγνωση, αφού όμως αποκλειστούν άλλες καταστάσεις που ενδεχομένως τον προκαλούν.

Περιφερικά οίδηματα: Τα οίδηματα των κάτω άκρων, σφυρών ή και ανωτέρω, απαντούν συχνά στα άτομα της τρίτης ηλικίας και δεν αποτελούν παθογνωμονικό εύρημα καρδιακής ανεπάρκειας. Φλεβική ανεπάρκεια, νεφρική δυσλειτουργία, λεμφοίδημα ή κακή διατροφή είναι οι συχνότερες εξωκαρδιακές αιτίες της εκδήλωσής τους. Στους κλινήρεις ασθενείς δύνανται να εντοπίζονται στην οσφυοϊερά περιοχή. Ετερόπλευρο περιφερικό οίδημα αποκλείει εκ προοιμίου την ύπαρξη καρδιακής ανεπάρκειας.

Ηπατομεγαλία: Η επώδυνη διόγκωση του ήπατος, που αποτελεί εύρημα δυσλειτουργίας της δεξιάς κοιλίας, βοηθάει στη διάγνωση ιδίως όταν υπάρχει **ηπατοσφαγιδιτική παλινδρόμηση**. Η

διαπίστωση όμως της τελευταίας μερικές φορές είναι δυσχερής λόγω της χαλαρότητας του δέρματος στην τραχηλική περιοχή που παρατηρείται συχνά στα άτομα μεγάλης ηλικίας. Η προαναφερθείσα δερματική δυσμορφία μπορεί επίσης να επικαλύψει και τη συνυπάρχουσα **διάταση των τραχηλικών φλεβών** με αποτέλεσμα να μην αξιοποιηθεί η ύπαρξή της στη διάγνωση της καρδιακής ανεπάρκειας.

Υγροί ρόγχοι-Πλευριτική συλλογή. Η ύπαρξη υγρών ή υποτριζόντων εισπνευστικών ρόγχων δεν αποτελεί αποδεικτικό στοιχείο καρδιακής ανεπάρκειας στα ηλικιωμένα άτομα, διότι απαντούν και σε πολλές αναπνευστικές παθήσεις (π.χ. πνευμονική ίνωση). Μεγαλύτερη διαγνωστική αξία αποκτούν όταν επισημαίνονται ή επιτείνονται μετά από ηθελημένο έντονο βήχα, διότι τότε βελτιώνεται ο κυψελιδικός υποαερισμός που συνυπάρχει ιδιαίτερα στις πνευμονικές βάσεις. Παρά ταύτα η απουσία τους απομακρύνει την πιθανότητα ύπαρξης δυσλειτουργίας της αριστεράς κοιλίας. Η παρουσία υγρού στην υπεζωκοτική κοιλότητα αποτελεί εκδήλωση προχωρημένης συνήθως καρδιακής ανεπάρκειας και ανευρίσκεται συχνότερα στο δεξιό ημιθώρακιο απ' ότι στο αριστερό. Η μικρή ποσότητα υγρού μπορεί να διαφύγει της κλινικής εξέτασης, ενώ συγχρόνως πρέπει να αποκλειστούν διάφορες πνευμονοπάθειες που δύνανται να την προκαλέσουν.

Τρίτος τόνος. Ο τρίτος τόνος (καλπαστικός ρυθμός), εύρημα μεγάλης διαγνωστικής σημασίας, ενίοτε, δεν ανευρίσκεται στα νοσούντα άτομα της τρίτης ηλικίας. Η παραμόρφωση του θώρακος που υπάρχει συχνά, συμβάλλει στη μη διαπίστωσή του. Αντίθετα κατά την ακρόαση διαπιστώνονται αρκετά συχνά ευρήματα βλάβης των βαλβίδων (συστολικά, διαστολικά ή συστολοδιαστολικά φυσήματα) που μπορεί να συνδέονται αιτιολογικά με την εμφάνιση της ανεπάρκειας.

Ταχυκαρδία. Η ταχυκαρδία αυτή καθ' εαυτή δεν βοηθάει στη διάγνωση εκτός και αν πρόκειται περί ειδικής διαταραχής του ρυθμού, όπως λ. χ. κολπικής μαρμαρυγής. Επιπλέον η ύπαρξή της δεν είναι συχνή λόγω των διαταραχών της παραγωγής και αγωγής του ερεθίσματος που παρατηρούνται στα άτομα των προχωρημένων ηλικιών.

Από τα προαναφερθέντα διαγνωστικά κριτήρια της καρδιακής ανεπάρκειας η διαπίστωση μεγαλοκαρδίας και ο προσδιορισμός τόσο της ζωτικής χωρητικότητας όσον και του ύψους της φλεβικής πίεσης, όπως είναι ευνόητο, απαιτούν ειδικό εργαστηριακό έλεγχο, η διενέργεια του οποίου δεν είναι εύκολη στην οικία του ασθενούς.

Επισημαίνεται ότι πέραν των ανωτέρω, συχνό εύρημα καρδιακής ανεπάρκειας στα άτομα που διέπλευσαν τον "Ρουβίκωνα" ποταμό (τρίτη ηλικία) είναι το εκσεσημασμένο αίσθημα αδυναμίας και καταβολής των δυνάμεων που παρουσιάζουν και το οποίο οφείλεται στη χαμηλή καρδιακή παροχή. Γενικότερα συμπτώματα και σημεία, όπως σύγχυση, διαταραχές συμπεριφοράς, ύπνου, προσανατολισμού και κινητικές δυσκολίες μπορεί να συνδέονται με την ύπαρξη της καρδιακής ανεπάρκειας, αλλά και να αποτελούν κλινικές εκδηλώσεις διάφορων παθολογικών καταστάσεων που συχνά συνυπάρχουν και αυξάνουν αλματωδώς με την πάροδο της ηλικίας. Έτσι ένας στους τρεις ασθενείς ηλικίας περίξ των 85 χρόνων που πάσχει από καρδιακή ανεπάρκεια παρουσιάζει τουλάχιστον και άλλες έξι διάφορες παθήσεις.^{4,5}

Επιπρόσθετα ανφέρεται ότι από τις παρακλινικές εξετάσεις μόνον η λήψη ΗΚΓ/φήματος είναι ευχερής στο σπίτι του ασθενούς και αποτελεί εξέταση της καθ' ημέρα πράξης. Φυσιολογικό μόνο στο 5% των υπερηλικών ατόμων με καρδιακή ανεπάρκεια, συμβάλλει έμμεσα στη διάγνωσή της καθ' ότι από τα ευρήματά του μπορεί να διαπιστωθούν καρδιακές παθήσεις που ενδεχομένως ευθύνονται για την ύπαρξή της.⁶

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Delahaye F et al: Epidemiologie et impact economique de l' insuffisance cardiaque en France.

- Arch. Mal. Coeur. 1998; 91:1307-14.
2. Givertz ML et al: Clinical aspects of the heart failure. Pulmonary edema High-output heart failure.. In: Heart Disease. Braunwald E E, Elsevier-Saunders Co. New York, 7th Ed. 2005, p:539-66.
 3. Celand JGF et al: The Euroheart Failure Survey Programme - a Survey on the Quality of Care among Patients with Heart Failure in Europe. Eur. Heart J. 2003; 24: 442-63.
 4. Gambassi G et al: Management of heart failure among very old persons living in long-term care: has the voice of trials spread? The SAGE Study Group. Am Heart J 2000; 139:85-93.
 5. Tresch D. The clinical diagnosis of heart failure in older patients. JAGS, 1997; 45:1125-30.
 6. Lien CT et al: Heart failure in frail elderly patients: diagnostic, difficulties, co-morbidities, polypharmacy and treatment dilemmas. Eur. Heart J. 2002; 4:91-8.