

ΟΞΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑ του ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ :

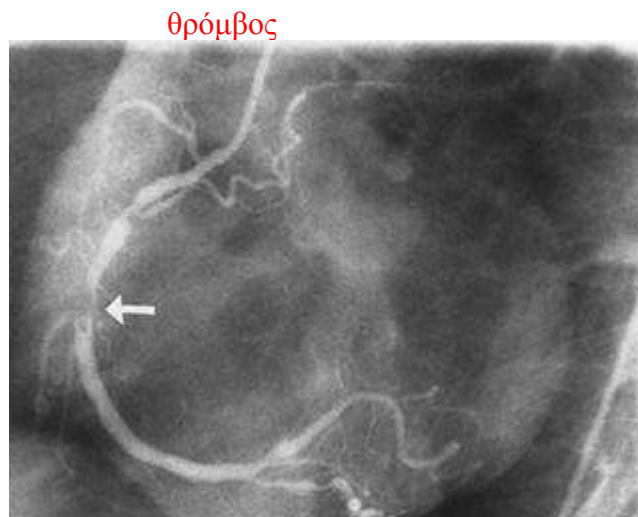
Αντιμετώπιση σε Νοσοκομείο χωρίς Αιμοδυναμικό Εργαστήριο

Βλάσης Ν. Πυργάκης MD FESC FACC

Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής Γεν. Νοσοκομείου Κορίνθου

Πρόεδρος της Ελληνικής Καρδιολογικής Εταιρείας

Ο παθοφυσιολογικός μηχανισμός του Οξέως Εμφράγματος του Μυοκαρδίου (OEM) περιλαμβάνει διάβρωση ή ρήξη αθηρωματικής πλάκας με επακόλουθο τον σχηματισμό θρόμβου εντός του αυλού, ο οποίος προκαλεί πλήρη απόφραξη του Στεφανιαίου αγγείου (Εικόνα 1).



Εικόνα 1 : Δεξιά Στεφανιαία Αρτηρία ασθενούς με OEM κατωτέρου τοιχώματος (απόφραξη στην μεσότητα με ύπαρξη θρόμβου)

Το Έμφραγμα του Μυοκαρδίου εξακολουθεί να είναι μία από τις σοβαρότερες παθήσεις με πολύ υψηλή θνητότητα (θνητότητα μηνός : 49% στους άνδρες και 51% στις γυναίκες).

Όμως η συντριπτική πλειοψηφία (60%) των θανάτων από OEM επέρχεται πριν ο ασθενής προλάβει να φθάσει στο Νοσοκομείο. Μάλιστα μεγαλύτερο κίνδυνο να πεθάνουν προνοσοκομειακά έχουν οι νεότεροι ασθενείς.

Τις τελευταίες δεκαετίες η Νοσοκομειακή θνητότητα του OEM έχει μειωθεί σημαντικά, και σήμερα είναι της τάξεως του 7% στην Ευρώπη (και την Ελλάδα) σαν αποτέλεσμα της βελτίωσης του τρόπου θεραπείας του.

Ακρογωνιαίος λίθος της σύγχρονης αντιμετώπισης του OEM αποτελεί η **επείγουσα Επαναιμάτωση** του ισχαιμούντος μυοκαρδίου, με αποκατάσταση της ροής στην αποφραχθείσα Στεφανιαία αρτηρία. Η επαναιμάτωση γίνεται είτε με φαρμακευτικό (Θρομβόλυση) η μηχανικό τρόπο (Αγγειοπλαστική – PCI).

Τά αποτελέσματα και των δύο μεθόδων επαναιμάτωσης είναι χρονοεξαρτώμενα. Όσο πιο γρήγορα τόσο περισσότερο μυοκάρδιο διασώζεται.

Για την **θρομβόλυση** τά τελευταία χρόνια χρησιμοποιούνται πολύ αποτελεσματικά θρομβολυτικά φάρμακα. Ενέχουν όμως κινδύνους (κυρίως Αιμορραγίες) και έχουν αρκετές αντενδείξεις. Επιτυγχάνουν βατότητα μόνο στο 15-20% , και κανονική ροή στο 40-60% των σχετιζομένων με το έμφραγμα στεφανιαίων αρτηριών. Η «Αχίλλειος πτέρνα» της θρομβόλυσης είναι το υψηλό ποσοστό επενέμφραξης του αγγείου (10-15%).

Η **πρωτογενής Αγγειοπλαστική (PCI)** αποκαθιστά κανονική ροή στο 90% των περιπτώσεων, δίνει ανατομικές πληροφορίες πού μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την περαιτέρω διαχείριση του ασθενή και προσφέρει καλύτερα άμεσα και μακροχρόνια αποτελέσματα έκβασης συγκριτικά με την θρομβόλυση (μικρότερη θνητότητα, επανέμφραγμα και Αγγειακό Εγκεφαλικό επεισόδιο).

Η υπεροχή της PCI είναι σαφέστερη στους ασθενείς πού καθυστερούν να προσέλθουν στο Νοσοκομείο.

Οι ασθενείς με OEM οι οποίοι ιδιαιτέρως ωφελούνται από την στρατηγική πρωτογενούς PCI είναι αυτοί πού βρίσκονται σε υψηλότερο κίνδυνο, όπως : υπερήλικες (> 75 ετών), αυτοί πού εμφανίζουν καρδιογενές shock, Καρδιακή ανεπάρκεια, πρόσθιο Έμφραγμα η έχουν υποβληθεί στο παρελθόν σε χειρουργική επέμβαση επαναιμάτωσης του μυοκαρδίου (by pass).

Πρέπει να τονισθεί ότι η **πρωτογενής Αγγειοπλαστική (PCI)** πλεονεκτεί σημαντικά έναντι της **Θρομβόλυσης** μόνο όταν ο έπιπρόσθετος χρόνος πού απαιτείται για την διενέργειά της δεν υπερβαίνει την μία ώρα.

Σύμφωνα με τις μεγαλύτερες Επιστημονικές Ενώσεις του κόσμου (ESC, AHA, ACC) **« Η PCI είναι η προτιμητέα μέθοδος θεραπείας του OEM εάν διενεργείται ταχέως από έμπειρο παρεμβατικό καρδιολόγο σε κατάλληλα οργανωμένο εργαστήριο»**

Οι ασθενείς με αποτυχημένη θρομβόλυση και όλοι οι ασθενείς υψηλού κινδύνου πρέπει να υποβάλλονται επείγοντως σε **Επείγουσα PCI ή PCI Διάσωσης**.

Με βάση τά ανωτέρω :

(A) Όλοι οι ασθενείς πού προσέρχονται σε **Νοσοκομείο με δυνατότητα διενέργειας PCI** πρέπει να υποβάλλονται σε PCI το ταχύτερο δυνατόν. (Χρόνος στόχος < 90 min).

(B) Η στρατηγική επαναιμάτωσης στα **Νοσοκομεία χωρίς δυνατότητα διενέργειας PCI** πρέπει να είναι η ακόλουθη:

- 1) Ασθενείς πού προσέρχονται εντός 3 ωρών από την εκδήλωση του OEM υποβάλλονται σε Θρομβόλυση με ένα από τά νεώτερα Θρομβολυτικά (tPA, TNK, rPA).
- 2) Επί αποτυχίας τής Θρομβόλυσης : άμεση μεταφορά του ασθενούς σε τριτοβάθμιο Νοσοκομείο για **Επείγουσα PCI ή PCI Διάσωσης**.
- 3) Άμεση μεταφορά ενδείκνυται και για τους ασθενείς πολύ υψηλού κινδύνου (καρδιογενές Shock, καρδιακή ανεπάρκεια).
- 4) Ασθενείς με επιτυχημένη Θρομβόλυση στους οποίους όμως διαπιστώνονται στοιχεία τά οποία δείχνουν ότι πρόκειται περί ασθενών πού βρίσκονται σε σχετικά υψηλό κίνδυνο (πρόσθια εμφράγματα, κατώτερα εμφράγματα με συμμετοχή της Δεξιάς κοιλίας, ασθενείς με μετεμφραγματική ισχαιμία) μεταφέρονται εντός του πρώτου 24-ώρου για την διενέργεια PCI.
- 5) Τέλος οι ασθενείς με OEM πού προσέρχονται καθυστερημένα (3-12 ώρες) ή έχουν αντενδείξεις Θρομβόλυσης μεταφέρονται άμεσα για PCI.