

Διάγνωση Καρδιακής Ανεπάρκειας στην τρίτη ηλικία...Οίκει

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ Δ. ΜΑΛΛΙΟΣ

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 1.000 της πέμπτης δεκαετίας, αφορά στα 10 στα 1.000 της όγδοης δεκαετίας. Τα 2/3 της ετήσιας επίπτωσής της αφορούν σε άτομα άνω των 75 χρόνων, ενώ από 1% που είναι στην έκτη δεκαετία, φθάνει το 10% στην ένατη, με σαφή υπεροχή στο ανδρικό φύλο (εικόνες 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 ανεπάρκεια³.

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 διάγνυσή 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 άνδρες³.

Με βάση τα δεδομένα της μελέτης Framingham² καθο-

ρίστηκαν ορισμένα κλινικά κριτήρια για τη διάγνωση της καρδιακής ανεπάρκειας, που διακρίνονται σε μείζονα και ελάσσονα (πίνακας 1). Για να τεθεί δε η διάγνωση απαιτούνται δυο μείζονα ή ένα μείζων και δυο ελάσσονα.

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

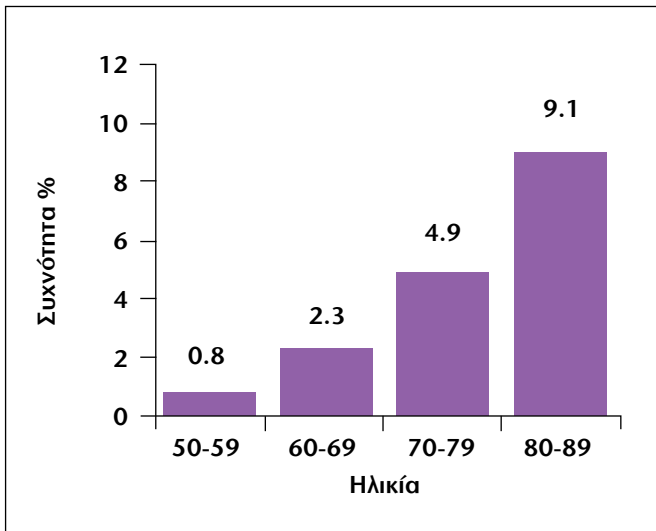
Ισχύουν όμως τα ίδια κριτήρια για τη διάγνωση της καρδιακής ανεπάρκειας και στα άτομα της τρίτης ηλικίας; Πόσο είναι εφικτή η τεκμηρίωσή της από την κλινική εξέταση στο σπίτι του ασθενούς;

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 τη δυσκολία ή και αδυναμία εργαστηριακής επιβεβαίωσής της στην οικία του ασθενούς.

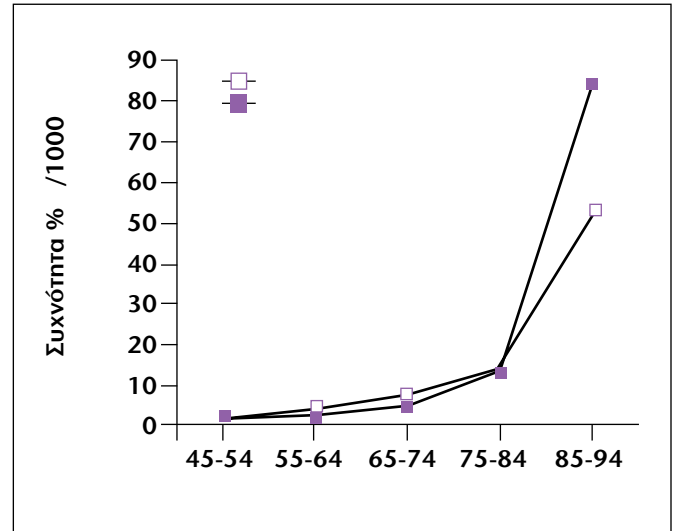
Η διάγνωση της καρδιακής ανεπάρκειας στα άτομα προχωρημένης ηλικίας είναι δυσκολότερη απ' ό,τι ισχύει στις νεότερες ηλικίες. Οι συνυπαρ-

Πίνακας 1. Κλινικά διαγνωστικά κριτήρια καρδιακής ανεπάρκειας²

Μείζονα	Ελάσσονα
Παροξυσμική νυκτερινή δύσπνοια ή ορθόπνοια	Περιφερικά οιδήματα, Νυκτερινός βήχας
Διάταση των φλεβών του τραχήλου	Δύσπνοια προσπάθειας
Υγροί ρόγχοι	Διόγκωση ήπατος
Μεγαλοκαρδία	Ταχυκαρδία (>120/min)
Τρίτος τόνος	Μείωση ζωτικής χωρητικότητας
Ηπατοσφαγιδική παλινδρόμηση	Πλευριτική συλλογή
Αύξηση φλεβικής πίεσης >16cm H2O	



Εικόνα 1. Επιπολασμός της καρδιακής ανεπάρκειας (Μελέτη Framingham).



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

χουσες 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 μειζώνων 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 δύσπνοια αποτελούν αξιόπιστα διαγνωστικά στοιχεία. Ο νυχτερινός βήχας βοηθάει στη διάγνωση, αφού όμως αποκλειστούν άλλες καταστάσεις που ενδεχομένως τον προκαλούν.

Περιφερικά οίδημα

Τα οίδημα των κάτω άκρων, σφυρών ή και των άνω άκρων 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 κλινικούς ασθενείς δύνανται να εντοπίζονται στην οσφυοϊερά περιοχή. Ετερόπλευρο περιφερικό οίδημα αποκλείει εκ προοιμίου την ύπαρξη καρδιακής ανεπάρκειας.

Η διάγνωση της καρδιακής ανεπάρκειας στα άτομα προχωρημένης ηλικίας είναι δυσκολότερη απ' ό,τι 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

Ηπατομεγαλία

Η επώδυνη διόγκωση του ήπατος, που αποτελεί εύρημα δυσλειτουργίας της δεξιάς κοιλίας, βοηθάει στη διάγνωση ιδίως όταν υπάρχει ηπατοσφαγιδική 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 ηθελμένο 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' ό,τι 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 δε 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 παρα-

γωγής 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 όσο 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 το «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 καρ-

διακή ανεπάρκεια παρουσιάζει τουλάχιστον και άλλες έξι διάφορες παθήσεις^{4,5}.

Επιπρόσθετα, αναφέρεται 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 της⁶.

Βιβλιογραφία

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. Pulmonare 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, comorbidities, polypharmacy and treatment dilemmas. Eur Heart J 2002; 4:91-8. ■