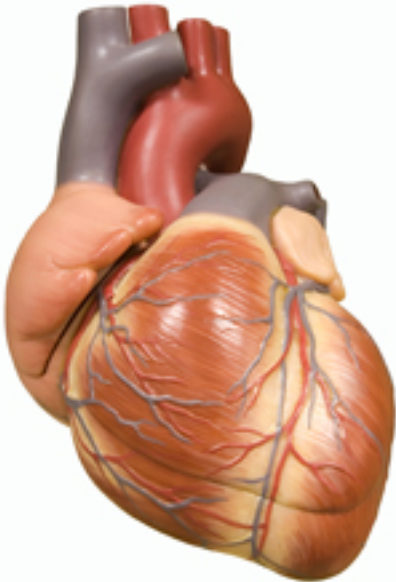


Διημερίδα Τζάνειου 2002

Άθληση και ποιότητα ζωής στις συγγενείς καρδιοπάθειες



Οι ασθενείς με συγγενή καρδιοπάθεια (ΣΚ) αποτελούν μια ιδιαίτερα ανομοιογενή ομάδα ασθενών όσον αφορά τη βαρύτητα της νόσου, από τις απλούστερες μορφές που δεν δημιουργούν συμπτώματα και χρειάζονται απλή παρακολούθηση, μέχρι τις ιδιαίτερα σοβαρές περιπτώσεις, στις οποίες, συνήθως, έχουν προηγηθεί μία ή περισσότερες χειρουργικές επεμβάσεις με παραμένουσες ανατομικές βλάβες ή βλάβες που προκλήθηκαν από τους χειρουργικούς χειρισμούς .

Τα νεαρά άτομα με ΣΚ (παιδιά , έφηβοι και νεαροί ενήλικοι) συχνά αντιμετωπίζουν ψυχολογικά προβλήματα, κυρίως με τη μορφή άγχους, κατάθλιψης, ανασφάλειας για την υγεία τους και αίσθημα μειονεξίας σε σχέση με τους συνομηλίκους τους. Η κυριότερη ίσως αιτία για τα παραπάνω είναι οι περιορισμοί που δικαιολογημένα ή αδικαιολόγητα συχνά τίθενται στη φυσική τους δραστηριότητα και στη συμμετοχή τους στην άθληση.

Σχετικά λίγες συγγενείς καρδιοπάθειες σχετίζονται με αιφνίδιο θάνατο στην άθληση. Οι πιο συχνές αιτίες είναι η υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια , οι συγγενείς ανωμαλίες των στεφανιαίων , το σύνδρομο Marfan, η στένωση του ισθμού της αορτής, η αρρυθμογόνος δεξιά κοιλία και η μυοκαρδίτιδα, ενώ λιγότερο συχνές είναι οι περιπτώσεις αιφνίδιου θανάτου στην άθληση σε στένωση της αορτικής βαλβίδας, πρόπτωση της μιτροειδούς βαλβίδας, σύνδρομο WPW, σύνδρομο μακρού Q-T, τετραλογία του Fallot, πλήρης μετάθεση των μεγάλων αγγείων, μονήρη κοιλία, καθώς και σε σύνδρομο Eisenmenger.

Η εκτίμηση κάθε ασθενούς κατά προτίμηση από τον θεράποντα καρδιολόγο, θα καθορίσει το είδος της επιτρεπόμενης με ασφάλεια άθλησης (ψυχαγωγική, ανταγωνιστική και ισοτονική, ισομετρική), αλλά και την ένταση και τη διάρκεια της σωματικής προσπάθειας. Θα πρέπει, επίσης , να λαμβάνονται υπόψη το ψυχολογικό stress των ανταγωνιστικών αθλημάτων, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις αρρυθμιών, καθώς και οι σωματικές κακώσεις από

τραυματισμούς ή συγκρούσεις σώμα με σώμα, ιδιαίτερα σε ασθενείς που λαμβάνουν αντιπηκτικά ή έχουν εμφυτευμένους βηματοδότες.

Ως γενική στάση, οι ασθενείς με ΣΚ πρέπει να ενθαρρύνονται να συμμετέχουν σε αθλητικές δραστηριότητες τόσο για ψυχολογικούς λόγους, όσο και για τη βελτίωση της φυσικής τους κατάστασης και της καρδιακής τους λειτουργίας, με τελικό αποτέλεσμα την καλύτερη ποιότητα ζωής που θα πρέπει να είναι και ο κυριότερος στόχος στη φροντίδα κάθε ασθενούς και ιδιαίτερα όταν πρόκειται για παιδιά και άτομα νεαρής ηλικίας,

Το ιστορικό, η προσεκτική κλινική εξέταση και οι συνήθεις αναιμακτες διαγνωστικές μέθοδοι (ΗΚΓ, ECHO, Holter ρυθμού) είναι συνήθως αρκετά για να καθορίσουν το επίπεδο της επιτρεπόμενης με ασφάλεια αθλητικής δραστηριότητας. Σε λίγες περιπτώσεις θα απαιτηθεί ηλεκτροφυσιολογικός έλεγχος ή καρδιακός καθετηριασμός. Στις περισσότερες περιπτώσεις είναι χρήσιμα η ανά έτος επανεκτίμηση, καθώς και ο έλεγχος σε τυχόν εμφάνιση ύποπτων συμπτωμάτων (ζάλη ή συγκοπτικό επεισόδιο, προκάρδιο άλγος, αίσθημα παλμών).

Στη συνέχεια αναφέρονται με συντομία συστάσεις για τις κυριότερες ΣΚ χωρίς ή μετά από χειρουργική διόρθωση. Ως γενική κατεύθυνση, στις ήπιες μορφές των κοινών ΣΚ επιτρέπεται, συνήθως, κάθε μορφή αθλητικής δραστηριότητας. Στις μέσης βαρύτητας κοινές ΣΚ επιτρέπεται μέσης βαρύτητας άθληση με συχνή ιατρική παρακολούθηση, ενώ στις σοβαρού βαθμού επιτρέπεται μόνο ήπια φυσική δραστηριότητα.

Μεσοκολπική επικοινωνία

Σε άτομα με μικρές μεσοκολπικές επικοινωνίες (QP/QS<1.5/1) χωρίς διάταση της δεξιάς κοιλίας και χωρίς πνευμονική υπέρταση, επιτρέπεται η συμμετοχή σε αθλητική δραστηριότητα χωρίς περιορισμούς.

Σε ασθενείς με αιμοδυναμικά σημαντική μεσοκολπική επικοινωνία (QP/QS>1.5/1 και διάταση της δεξιάς κοιλίας), αλλά χωρίς ανάπτυξη πνευμονικής υπέρτασης, επιτρέπεται μέτριου βαθμού αθλητική δραστηριότητα, αλλά συστήνεται χειρουργική ή επεμβατική διόρθωση.

Σε ασθενείς με ανάπτυξη πνευμονικής υπέρτασης, συστήνεται μόνο ήπια σωματική δραστηριότητα.

Σε ασθενείς με χειρουργηθείσα μεσοκολπική επικοινωνία, επιτρέπεται πλήρης αθλητική δραστηριότητα (6μήνες μετά την επέμβαση), με την προϋπόθεση να μην υπάρχουν πνευμονική υπέρταση, σημαντικές αρρυθμίες και ενδείξεις μυοκαρδιακής δυσλειτουργίας (κυρίως ασθενείς που χειρουργούνται σε μεγάλη ηλικία)'. .

Μεσοκοιλιακή επικοινωνία

Ασθενείς με μικρές μεσοκοιλιακές επικοινωνίες (QP/QS <1.5/1) χωρίς διάταση της αριστερής κοιλίας και χωρίς πνευμονική υπέρταση, δύναται να συμμετέχουν χωρίς περιορισμούς σε κάθε αθλητική δραστηριότητα.

Ασθενείς με αιμοδυναμικά σημαντικές μεσοκοιλιακές επικοινωνίες (QP/QS>1.5/1 και διάταση της αριστερής κοιλίας), αλλά χωρίς ανάπτυξη πνευμονικής υπέρτασης, δύναται να συμμετέχουν σε μέτριου βαθμού αθλητική δραστηριότητα, ενώ συστήνεται χειρουργική διόρθωση.

Στους λίγους ασθενείς που έχουν αναπτύξει πνευμονική υπέρταση, επιτρέπεται ήπια μόνο

σωματική άσκηση.

Στους 6 μήνες μετά από χειρουργική διόρθωση επιτρέπεται, συνήθως, πλήρης αθλητική δραστηριότητα, εφόσον δεν υπάρχουν ενδείξεις πνευμονικής υπέρτασης, σοβαρών αρρυθμιών ή παραμένουσας σημαντικής μεσοκοιλιακής επικοινωνίας.

Ανοικτός αρτηριακός πόρος

Σε άτομα με ανοικτό αρτηριακό πόρο μικρής διαμέτρου (QP/QS<1.5/1), χωρίς διάταση της αριστερής κοιλίας και χωρίς ανάπτυξη πνευμονικής υπέρτασης, επιτρέπεται κάθε αθλητική δραστηριότητα. Σε περιπτώσεις ανοικτού αρτηριακού πόρου με σημαντικές αιμοδυναμικές επιπτώσεις, συστήνεται πρώτα η επεμβατική ή χειρουργική διόρθωση, ενώ η άθληση επιτρέπεται συνήθως 3 μήνες μετά την επιτυχή σύγκλειση.

Στένωση της αορτικής βαλβίδας

Ασθενείς με ήπιου βαθμού αορτική στένωση (μέγιστη συστολική κλίση πίεσης <20mmHg) μπορούν να συμμετέχουν σε αθλητικές δραστηριότητες χωρίς ιδιαίτερους περιορισμούς, με την προϋπόθεση ότι έχουν φυσιολογικό ΗΚΓ, φυσιολογική ανοχή στην άσκηση στη δοκιμασία κόπωσης, χωρίς ανάπτυξη αρρυθμιών ή συμπτωμάτων.

Σε ασθενείς με μέτριου βαθμού αορτική στένωση (κλίση πίεσης =21-49mmHg), επιτρέπεται μέχρι μέτριου βαθμού δυναμική και μέχρι ήπιου βαθμού στατική άσκηση.

Ασθενείς με σοβαρού βαθμού αορτική στένωση και υπερτροφία της αριστερής κοιλίας εμφανίζουν σημαντικό κίνδυνο αιφνίδιου θανάτου στην άσκηση και η αθλητική δραστηριότητα πρέπει να αποφεύγεται.

Τα παραπάνω ισχύουν επίσης και στη σταθερού τύπου (discrete) υποβαλβιδική και στην υπερβαλβιδική αορτική στένωση.

Στένωση της πνευμονικής βαλβίδας

Ασθενείς με κλίση πίεσης <50mmHg, ασυμπτωματικοί και με φυσιολογική λειτουργικότητα της δεξιάς κοιλίας, δύναται να συμμετέχουν σε αθλητικές δραστηριότητες χωρίς ιδιαίτερους περιορισμούς. Ασθενείς με σοβαρότερου βαθμού στένωση μπορούν, επίσης, να αρχίσουν να αθλούνται 1 μήνα μετά από επιτυχή βαλβιδοπλαστική ή 3μήνες μετά από επιτυχή χειρουργική διάνοιξη.

Συγγενείς ανωμαλίες των στεφανιαίων αρτηριών

Η έκφυση του στελέχους της αριστερής στεφανιαίας αρτηρίας από τον δεξιό κόλπο του Valsava είναι η συχνότερη συγγενής ανωμαλία των στεφανιαίων σε αιφνίδιο θάνατο σε αθλητές. Η «σχισμοειδής» έκφυση του αγγείου υπό γωνία και η πορεία του ανάμεσα στην αορτή και την πνευμονική αρτηρία, δημιουργούν τις συνθήκες ανεπαρκούς αιμάτωσης στη διάρκεια άσκησης. Σε λίγες περιπτώσεις, άλλες συγγενείς ανωμαλίες των στεφανιαίων έχουν ενοχοποιηθεί για αιφνίδιο θάνατο στην άθληση, όπως η έκφυση της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας από τον αριστερό κόλπο του Valsava, η έκφυση του στελέχους της αριστερής στεφανιαίας αρτηρίας από την πνευμονική αρτηρία και υποπλαστικές στεφανιαίες αρτηρίες.

Η διάγνωση αυτών των ανωμαλιών στον συνήθη προληπτικό καρδιολογικό έλεγχο σε αθλητές είναι εξαιρετικά δύσκολη. Ο αιφνίδιος θάνατος είναι, συνήθως, η πρώτη και τελευταία εκδήλωση της ανατομικής ανωμαλίας των στεφανιαίων. Στις περιπτώσεις που υπάρχουν πιθανά πρόδρομα συμπτώματα, όπως στηθαγχικού τύπου ενοχλήματα, συγκοπτικά επεισόδια και κοιλιακές αρρυθμίες στην άσκηση θα πρέπει να τίθεται η κλινική υποψία και επιβάλλεται πλήρης αναίμακτος διαγνωστικός έλεγχος (ηχοκαρδιογράφημα, δοκιμασία κόπωσης, Holter) και επί ενδείξεων, στεφανιογραφία. Αξίζει να σημειωθεί, ότι σε παιδιά και νεαρά άτομα είναι αρκετά εύκολη η ηχοκαρδιογραφική απεικόνιση της έκφυσης των στεφανιαίων αρτηριών.

Σύνδρομο Marfan-Στένωση του ισθμού της αορτής

Η ρήξη ή, συνηθέστερα, ο διαχωρισμός του αορτικού τοιχώματος αποτελεί σημαντική αιτία αιφνίδιου θανάτου στην άθληση. Εκτός από το σύνδρομο Marfan, η στένωση του ισθμού της αορτής και η ανεπάρκεια σε δίπτυχη αορτική βαλβίδα, έχουν ενοχοποιηθεί σε μερικές περιπτώσεις διαχωρισμού ή ρήξης της αορτής σε έντονη σωματική προσπάθεια.

Η κλινική υποψία συνδρόμου Marfan συχνά τίθεται από τις σκελετικές ανωμαλίες, ενώ η επιβεβαίωση της διάγνωσης γίνεται με την οφθαλμολογική εξέταση και το ηχοκαρδιογράφημα. Στην παιδική ηλικία, συνήθως, προέχουν οι εκδηλώσεις από τη μιτροειδή βαλβίδα (πρόπτωση και ανεπάρκεια), ενώ η διάταση της αορτικής ρίζας είναι προοδευτική κατά τη διάρκεια της εφηβείας και της ενήλικης ζωής. Ο κίνδυνος του διαχωρισμού φαίνεται να είναι ανάλογος του βαθμού της διάτασης της αορτής, αλλά δυστυχώς συμβαίνει και σε ήπιες διατάσεις. Ιδιαίτερη προσοχή, επομένως, θα πρέπει να δίνεται σε νεαρά υψηλά άτομα με μυωπία και σκελετικές ανωμαλίες τόσο στον έλεγχο ρουτίνας, όσο και στις περιπτώσεις που παραπονούνται για θωρακικό ή και κοιλιακό άλγος (όχι απαραίτητα έντονο).

Αθλητική δραστηριότητα σε σύνδρομο Marfan δεν επιτρέπεται, ακόμη και στις περιπτώσεις χωρίς αξιολογη διάταση της αορτικής ρίζας.

Στη στένωση του ισθμού της αορτής, τα ακροαστικά ευρήματα μπορεί να είναι πολύ φτωχά. Στην κλινική εξέταση των αθλητών, αλλά και γενικά νέων ατόμων, δεν θα πρέπει ποτέ να παραλείπονται η ψηλάφηση των μηριαίων αρτηριών και η μέτρηση της αρτηριακής πίεσης στο δεξιό χέρι (σε ασθενείς με στένωση του ισθμού πριν την έκφυση της αριστερής υποκλείδιας αρτηρίας, το αριστερό χέρι εμφανίζει φυσιολογική αρτηριακή πίεση).

Αθλητισμός με αρκετούς περιορισμούς επιτρέπεται μετά τη χειρουργική διόρθωση σε στένωση του ισθμού της αορτής, με την προϋπόθεση ότι η μετεγχειρητική κλίση πίεσης δεν υπερβαίνει τα 20mmHg και η αρτηριακή πίεση είναι φυσιολογική, χωρίς υπερβολική αύξηση στη δοκιμασία κόπωσης.

Χειρουργηθείσες κυανωτικές συγγενείς καρδιοπάθειες

Στην τετραλογία Fallot καθοριστικής σημασίας παράγοντες για την ανάπτυξη θανατηφόρων κοιλιακών αρρυθμιών στην άσκηση είναι η ηλικία στην οποία έγινε η χειρουργική διόρθωση και η ύπαρξη ανατομικών βλαβών που παρέμειναν ή δημιουργήθηκαν κατά την επέμβαση. Η ανάπτυξη συνδετικού ιστού στο μυοκάρδιο των ασθενών που χειρουργήθηκαν μετά την πρώτη παιδική ηλικία, η σημαντικού βαθμού υπολειπόμενη στένωση της πνευμονικής, η μεγάλη διάταση της δεξιάς κοιλίας (συνήθως λόγω σοβαρού

βαθμού ανεπάρκειας της πνευμονικής βαλβίδας), η παραμένουσα αιμοδυναμικά σημαντική μεσοκοιλιακή επικοινωνία και η παράταση του QRS διαστήματος (>180ms), θεωρούνται σημαντικοί προδιαθεσικοί παράγοντες αιφνίδιου θανάτου. Η άθληση με μέτρο επιτρέπεται στις περιπτώσεις που στον ετήσιο έλεγχο, ο οποίος περιλαμβάνει ηχοκαρδιογράφημα, δοκιμασία κόπωσης και καταγραφή Holter, δεν ανευρίσκονται τα παραπάνω ή σύνθετες κοιλιακές αρρυθμίες.

Στη μετάθεση των μεγάλων αγγείων μετά από χειρουργικές επεμβάσεις κατά Mustard Senning και (atrial switch), οι συχνές υπερκοιλιακές αρρυθμίες (κυρίως ο κολπικός πτερυγισμός), αλλά και κολποκοιλιακοί αποκλεισμοί, η διάταση της δεξιάς κοιλίας που υφίσταται το φορτίο της συστηματικής κυκλοφορίας, και η απόφραξη σε μερικές περιπτώσεις των πνευμονικών ή των συστηματικών φλεβών, καθιστούν απαγορευτική την αθλητική δραστηριότητα, λόγω του ιδιαίτερα αυξημένου κινδύνου αιφνίδιου θανάτου. Σε ασθενείς με πλήρη ανατομική διόρθωση (arterial switch or Jatene operation), δεν υπάρχει ακόμη επαρκής εμπειρία για τους πιθανούς κινδύνους στην άθληση.