

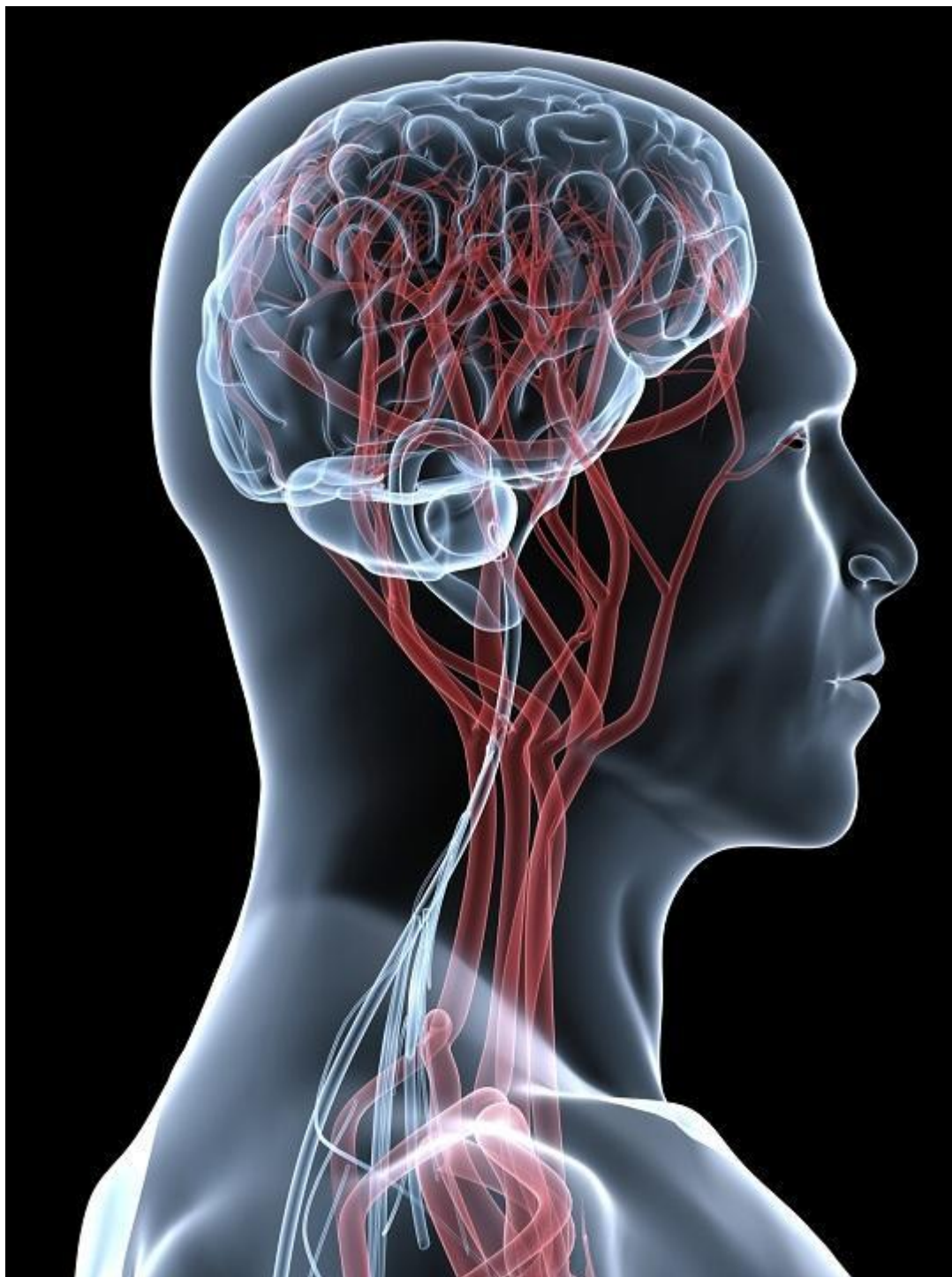
17 Σεπτεμβρίου 2016

Στένωση καρωτίδας

/ Επιστήμες, Τέχνες & Πολιτισμός

Image not found or type unknown





Φωτο
:thedoctors.gr

Τι είναι η στένωση της καρωτίδας

Γιατί είναι επικίνδυνη η στένωση της καρωτίδας

Ποιοι είναι οι παράγοντες κινδύνου που παίζουν ρόλο στη δημιουργία και την εξέλιξη μιας καρωτιδικής στένωσης

Τα συμπτώματα της καρωτιδικής στένωσης

Χρειάζεται να κάνω προληπτικό έλεγχο (screening) για πιθανή στένωση της καρωτίδας;

Οι απαραίτητες εξετάσεις για να γίνει διάγνωση και να προγραμματιστεί η ενδεχόμενη θεραπεία

Ενδείξεις για θεραπεία

Τι είναι και πως γίνεται η χειρουργική αποκατάσταση μιας στένωσης της καρωτίδας

Τι είναι και πως γίνεται η ενδοαυλική αποκατάσταση μιας στένωσης της καρωτίδας

Χρειάζεται ιατρική παρακολούθηση και φαρμακευτική αγωγή μετά την θεραπεία;

Τι είναι η στένωση της καρωτίδας

Οι καρωτίδες είναι οι βασικές αρτηρίες που τροφοδοτούν με αίμα τον εγκέφαλο. Βρίσκονται στον τράχηλο όπου ανεβαίνουν, η καθεμία προς το αντίστοιχο ημισφαίριο του εγκεφάλου με σκοπό την οξυγόνωσή του.

Η καρωτιδική νόσος οφείλεται στη δημιουργία αθηρωματικής πλάκας, η οποία προκαλεί στένωση στο διχασμό της καρωτίδας (η κοινή καρωτίδα χωρίζεται στην έσω καρωτίδα που αιματώνει τον εγκέφαλο και την έξω καρωτίδα που αιματώνει τον τράχηλο και το πρόσωπο).

Όταν η αθηρωματική πλάκα μεγαλώσει σημαντικά, μπορεί να οδηγήσει σε εγκεφαλικό επεισόδιο λόγω αθηροεμβολής ή λόγω απότομης απόφραξης της έσω καρωτίδας.

Αθηρωματική στένωση της καρωτίδας

Ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο

Επιστροφή

Γιατί είναι επικίνδυνη η στένωση της καρωτίδας

Η αθηρωματική στένωση της καρωτίδας είναι επικίνδυνη γιατί μπορεί να οδηγήσει σε ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο:

Λόγω αθηροεμβολής: μικρά κομμάτια της πλάκας αποκολλούνται και οδηγούνται με τη ροή του αίματος στον εγκέφαλο όπου προκαλούν την απόφραξη πιο μικρών αρτηριών.

Λόγω απότομης απόφραξης της έσω καρωτίδας. Η θρόμβωση της έσω καρωτίδας μπορεί να μειώσει σημαντικά την αιμάτωση του εγκεφάλου και να προκαλέσει ισχαιμικό εγκεφαλικό.

Τα ισχαιμικά εγκεφαλικά επεισόδια αποτελούν την τρίτη αιτία θνητότητας και την πρώτη αιτία αναπηρίας στην Ευρώπη.

Επιστροφή

Ποιοι είναι οι παράγοντες κινδύνου που παίζουν ρόλο στη δημιουργία και την εξέλιξη μιας καρωτιδικής στένωσης

Πολλοί από τους παράγοντες κινδύνου που παίζουν ρόλο στη δημιουργία και την εξέλιξη μιας καρωτιδικής στένωσης είναι σήμερα γνωστοί:

Οι πιο σημαντικοί παράγοντες κινδύνου είναι:

Η αυξημένη ηλικία

Το κάπνισμα

Ο σακχαρώδης διαβήτης

Η αρτηριακή υπέρταση

Η υπερχοληστερολαιμία

Η συνύπαρξη πολλών παραγόντων κινδύνου αυξάνει σημαντικά την πιθανότητα σοβαρής καρωτιδικής νόσου.

Επιστροφή

Τα συμπτώματα της καρωτιδικής στένωσης

Όταν η στένωση της καρωτίδας δεν είναι σημαντική συνήθως δεν προκαλεί συμπτώματα. Πρόκειται για ασυμπτωματική στένωση.

Μιλάμε για συμπτωματική στένωση όταν η αθηρωματική στένωση της καρωτίδας οδηγήσει σε ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο.

Τα νευρολογικά συμπτώματα εξαρτώνται από την περιοχή του εγκεφάλου που έχει προσβληθεί.

Ημιπάρεση, ημιπληγία

Απώλεια έκφρασης (αφασία/δυσαρθρία).

Απώλεια όρασης στο ένα μάτι.

Τα ισχαιμικά εγκεφαλικά επεισόδια ταξινομούνται ανάλογα με τη διάρκειά τους:

Σε παροδικά όταν έχουν διάρκεια < 24 ώρες. Σε αναστρέψιμα όταν έχουν διάρκεια > 24 ώρες και < 21 ημέρες. Σε εγκατεστημένα όταν έχουν διάρκεια > 21 ημέρες με μερική ή χωρίς αποκατάσταση.

Σημαντική στένωση της έσω καρωτίδας στην αρτηριογραφία
Αθηρωματική πλάκα με θρόμβο: αυξημένος κίνδυνος εγκεφαλικού
Επιστροφή

Χρειάζεται να κάνω προληπτικό έλεγχο (screening) για πιθανή στένωση της καρωτίδας;

Ο προληπτικός έλεγχος με triplex για τη διάγνωση πιθανής στένωσης της καρωτίδας προτείνεται:

Στους ασυμπτωματικούς ασθενείς με υποψία καρωτιδικής στένωσης:

Παρουσία τραχηλικού φυσύματος.

Παρουσία αποφρακτικής αρτηριοπάθειας κάτω άκρων.

Παρουσία ισχαιμικής καρδιοπάθειας.

Παρουσία τουλάχιστον δύο παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου.

Σε όλους τους συμπτωματικούς ασθενείς που παρουσιάζουν νευρολογικά συμπτώματα που αντιστοιχούν σε περιοχές του εγκεφάλου που αιματώνονται από την έσω καρωτίδα.

Ακρόαση καρδιάς και στη συνέχεια τραχήλου
Ιστορικό ισχαιμικής καρδιοπάθειας
Επιστροφή

Οι απαραίτητες εξετάσεις για να γίνει διάγνωση και να προγραμματιστεί η ενδεχόμενη θεραπεία

Το Triplex (υπερηχογράφημα Duplex), συνδυάζει την υπερηχογραφική απεικόνιση με την ανάλυση της ροής του αίματος. Είναι η πρώτη εξέταση που συνήθως ζητείται για την αξιολόγηση της στένωσης. Δίνει σημαντικές πληροφορίες για την ύπαρξη αποφρακτικών βλαβών και την αιμοδυναμική σημασία τους καθώς και πληροφορίες για την υφή της πλάκας.

Η αξονική και η μαγνητική αγγειογραφία οι οποίες είναι πολύ αποτελεσματικές μέθοδοι αγγειακής απεικόνισης. Δίνουν πληροφορίες για τον βαθμό της στένωσης και για την ύπαρξη άλλων αποφρακτικών βλαβών στις αρτηρίες του εγκεφάλου.

Η αρτηριογραφία η οποία είναι επεμβατική μέθοδος και για τον λόγο αυτό πραγματοποιείται συνήθως στην περίπτωση ενδαγγειακής θεραπείας.

Επιστροφή

Ενδείξεις για θεραπεία

Η φαρμακευτική αγωγή ενδείκνυται σε όλους τους ασθενείς με στένωση της καρωτίδας. Συνδυάζει τη λήψη αντιαιμοπεταλιακών φαρμάκων, στατίνης και τη βελτίωση των παραγόντων κινδύνου της αθηρωματικής νόσου (κάπνισμα, σάκχαρο κτλ).

Η ένδειξη για χειρουργική ή ενδαγγειακή αντιμετώπιση εξαρτάται από το βαθμό της στένωσης, τη μορφολογία της αθηρωματικής πλάκας και τη συμπτωματολογία.

Σε γενικές γραμμές η επεμβατική αντιμετώπιση προτείνεται για στένωση της καρωτίδας > 70%.

Είναι σημαντική η βελτίωση των παραγόντων κινδύνου της αθηρωματικής νόσου
Το triplex δείχνει με αξιοπιστία το βαθμό της στένωσης

Επιστροφή

Τι είναι και πως γίνεται η χειρουργική αποκατάσταση μιας στένωσης της καρωτίδας

Η χειρουργική αντιμετώπιση είναι η μέθοδος εκλογής που επικρατεί για τους ασθενείς που παρουσιάζουν σημαντικό βαθμό στένωση (συνήθως > 70 %).

Η επέμβαση μπορεί να γίνει με τοπική ή γενική αναισθησία.

Η ενδαρτηρεκτομή και αγγειοπλαστική με εμφύλωμα αποτελεί την επικρατέστερη χειρουργική θεραπεία, με εξαιρετικά μακροχρόνια αποτελέσματα.

Με την ενδαρτηρεκτομή αφαιρείται η αθηρωματική πλάκα από την αρτηρία, της οποίας ο αυλός στη συνέχεια διευρύνεται επιπλέον με την τοποθέτηση συνθετικού εμφυλώματος (patch). Το εμφύλωμα τοποθετείται μεταξύ της κοινής καρωτίδας και της έσω καρωτίδας.

Υπάρχουν και άλλες χειρουργικές τεχνικές όπως η ανάστροφη ενδαρτηρεκτομή ή η τοποθέτηση παράκαμψης αλλά πραγματοποιούνται πιο σπάνια.

Η επέμβαση διαρκεί μία με δύο ώρες και η νοσηλεία κατά μέσον όρο τρεις ημέρες.

Επιστροφή

Τι είναι και πως γίνεται η ενδοαυλική αποκατάσταση μιας στένωσης της καρωτίδας

Η ενδαγγειακή θεραπεία με τη συνεχή εξέλιξη της τεχνολογίας και την εμπειρία που έχουμε αποκτήσει τα τελευταία χρόνια επιτρέπει πλέον την αντιμετώπιση

στενώσεων της καρωτίδας.

Η επέμβαση πραγματοποιείται στο χειρουργείο ή στην αίθουσα επεμβατικής ακτινολογίας με τοπική αναισθησία και μέθη.

Η πιο συχνή μέθοδος ενδοαυλιακής αντιμετώπισης μιας καρωτιδικής στένωσης γίνεται με τον ακόλουθο τρόπο:

διαδερμική παρακέντηση της κοινής μηριαίας αρτηρίας στη βουβωνική χώρα.

εισαγωγή θηκαριού σε οδηγό σύρμα και πραγματοποίηση αρτηριογραφίας.

προώθηση του σύρματος μέσα από την στένωση της καρωτίδας.

αγγειοπλαστική με μπαλόνι stenting.

έλεγχος του αποτελέσματος με αγγειογραφία.

αφαίρεση του θηκαριού και των καθετήρων.

Πρέπει να σημειωθεί ότι πριν να γίνει η αγγειοπλαστική γίνεται τοποθέτηση ενός ειδικού φίλτρου το οποίο εμποδίζει τυχόν κομματάκια της αθηρωματικής πλάκας να φύγουν με τη ροή του αίματος στον εγκέφαλο.

Αγγειοπλαστική με μπαλόνι stenting

Stenting της έσω καρωτίδας

Επιστροφή

Χρειάζεται ιατρική παρακολούθηση και φαρμακευτική αγωγή μετά την θεραπεία;

Η χειρουργική ή η ενδοαυλική θεραπεία της καρωτιδικής στένωσης χρειάζεται μετεγχειρητικά συνεπή ιατρική παρακολούθηση.

Ο επανέλεγχος είναι απαραίτητος τις πρώτες 30 ημέρες μετά την επέμβαση και στη συνέχεια μετά από 6 μήνες και ετησίως. Περιλαμβάνει κλινική εξέταση και πραγματοποίηση triplex.

Είναι απαραίτητη η λήψη φαρμακευτικής αγωγής και η τροποποίηση των παραγόντων κινδύνου της αθηρωματικής νόσου:

Η αντιαιμοπεταλιακή θεραπεία (ασπιρίνη ή clopidogrel) είναι κανόνας για όλους τους ασθενείς.

Η διακοπή του καπνίσματος, ο έλεγχος της υπέρτασης (διατήρηση της αρτηριακής πίεσης < 140/90), ο έλεγχος της γλυκαιμίας (η τιμή της HbA1c θα πρέπει να είναι < 7%), η μείωση του σωματικού βάρους σε περίπτωση παχυσαρκίας, η υπολιπιδαιμική αγωγή (LDL-cholesterol < 2.59 mmol/L).

Πηγή: dr-paraskevas.com