

Κολπική μαρμαρυγή: Δείτε όλες τις ένοχες αιτίες

/ [Επιστήμες, Τέχνες & Πολιτισμός](#)

Image not found or type unknown



Φωτο:υγείας δρομοι

Κολπική μαρμαρυγή: Δείτε όλες τις ένοχες αιτίες

Η κολπική μαρμαρυγή είναι μία καρδιακή αρρυθμία κατά την οποία αποδιοργανώνεται η ηλεκτρική διέγερση στους κόλπους της καρδιάς. Τα μυοκαρδιακά κύτταρα των κόλπων αντί να συστέλλονται με οργανωμένη αλληλουχία (σειρά) συστέλλονται ανεξάρτητα και τυχαία με αποτέλεσμα την κατάργηση της κολπικής συστολής.

Συμπτώματα - Διάγνωση

Συνήθως ένα έντονο αίσθημα παλμών (‘φτερούγισμα στο στήθος’), ενδεχομένως μαζί με λιποθυμική τάση, είναι το ειδοποιητήριο της κολπικής μαρμαρυγής. Αν προσπαθήσουμε να ψηλαφήσουμε το σφυγμό στο χέρι μας θα βρεθεί γρήγορος και ακανόνιστος. Τα συμπτώματα όμως εξαρτώνται και από την ύπαρξη άλλης

υποκείμενης καρδιοπάθειας, έτσι σε περιπτώσεις στένωσης μιτροειδούς, εμφράγματος του μυοκαρδίου, σοβαρής καρδιακής ανεπάρκειας ή σοβαρής υπερτροφικής μυοκαρδιοπάθειας, η έντονη και επιδεινούμενη δύσπνοια μπορεί να είναι, λίγο μετά την εισβολή της κολπικής μαρμαρυγής, το κύριο σύμπτωμα. Τούτο συμβαίνει γιατί στις περιπτώσεις αυτές μπορεί να προκαλέσει οξεία καρδιακή κάμψη, ιδιαιτέρως αν παρατείνεται η διάρκεια της. Σε κάθε περίπτωση, αν την υποπτευθούμε θα πρέπει να απευθυνθούμε αμέσως για ιατρική βοήθεια. Το ηλεκτροκαρδιογράφημα είναι η εξέταση με την οποία θα τεθεί οριστικά η διάγνωση.

Οι συνέπειες της κολπικής μαρμαρυγής.

Η λειτουργία των κόλπων είναι υποβοηθητική της καρδιακής συστολής, έτσι μετά την παύση της λειτουργίας τους, εξ αιτίας της κολπικής μαρμαρυγής, η καρδιακή συστολή συνεχίζεται μόνο από τις κοιλίες, που ασκούν το κύριο καρδιακό έργο. Όμως ή εγκατάσταση της κολπικής μαρμαρυγής συνεπάγεται ορισμένες δυσάρεστες συνέπειες όπως είναι η συνοδός ταχυκαρδία, η ελάττωση της καρδιακής εφεδρείας, και η αυξημένη θρομβογένεση

α) συνοδός ταχυκαρδία: Παράγονται πολύ περισσότερα ηλεκτρικά ερεθίσματα από τα φυσιολογικά και παρ' όλο ότι δεν περνούν όλα στις κοιλίες για να τις διεγείρουν (απορρίπτονται αρκετά από αυτά στον κολποκοιλιακό κόμβο) παρά τούτα την στιγμή της εισβολής της κολπικής μαρμαρυγής μπορεί να έχουμε 100-170 σφύξεις/λεπτό αντί του φυσιολογικού 60-80/λεπτό.

β) ελάττωση της καρδιακής εφεδρείας: Η κολπική συστολή πληρώνει (γεμίζει) τις κοιλίες και αυτό συμβάλλει σημαντικά στη δική τους αποτελεσματικότερη συστολή. Έτσι η απώλεια της κολπικής συστολής κάνει 'πιο αδύνατη' και την κοιλιακή συστολή. Αυτό φαίνεται περισσότερο σε αδύνατες ή αντίθετα υπερτροφικές καρδιές και σε περιπτώσεις που απαιτείται αυξημένο καρδιακό έργο (για παράδειγμα βάδισμα σε ανήφορο).

γ) αυξημένη θρομβογένεση: Η ακινησία των κολπικών τοιχωμάτων και η

επιβράδυνση της ροής του αίματος στους καρδιακούς κόλπους είναι ευνοϊκές συνθήκες για τη δημιουργία θρόμβων, που μεταφερόμενοι με την κυκλοφορία του αίματος μπορεί να προκαλέσουν εμβολές σε διάφορα όργανα με πολύ δυσάρεστες συνέπειες όπως για παράδειγμα εγκεφαλικό επεισόδιο ή εμβολή στους νεφρούς.

Τι προκαλεί την κολπική μαρμαρυγή;

Η εκφύλιση με την πρόοδο της ηλικίας του ερεθισματογωγού συστήματος των κόλπων είναι η αιτία σε αρκετές περιπτώσεις. Υπάρχουν όμως και καταστάσεις που προκαλούν ανατομικές και λειτουργικές μεταβολές στους κόλπους (αυξημένο μέγεθος, αυξημένες πιέσεις) που με τη σειρά τους ευνοούν την εγκατάσταση κολπικής μαρμαρυγής. Τέτοιες προδιαθεσικές παθήσεις της καρδιάς είναι οι βαλβιδοπάθειες, η υπέρταση, η καρδιακή ανεπάρκεια, οι μυοκαρδιοπάθειες, και η μεσοκολπική επικοινωνία. Υπάρχουν όμως και εξωκαρδιακές προδιαθεσικές αιτίες όπως ο υπερθυρεοειδισμός, η υπερβολική λήψη αλκοόλ, οι λοιμώξεις ή οι όγκοι των πνευμόνων κ.α. .

Χαρακτήρας και πορεία της κολπικής μαρμαρυγής

Μετά την εγκατάσταση της, η κολπική μαρμαρυγή θα ακολουθήσει μία πορεία που αφ' ενός θα εξαρτηθεί από το ανατομικό και λειτουργικό υπόστρωμα που την έχει προκαλέσει και αφ' ετέρου από την ιατρική παρέμβαση. Έτσι μπορεί μετά από μία σύντομη διαδρομή ωρών ή ημερών να αυτοϊαθεί. Αν μετά την αρχική ιατρική ή αυτόματη αποκατάσταση ακολουθήσουν νέα επεισόδια τότε ομιλούμε για παροξυσμική κολπική μαρμαρυγή. Αν μετά την αρχική εισβολή καθυστερήσει πολύ (πέραν του 6μήνου) η ιατρική παρέμβαση, η αποκατάσταση της μπορεί να καταστεί ανέφικτη και να καταστεί μόνιμη κατάσταση - χρόνια κολπική μαρμαρυγή.

Θεραπευτικοί στόχοι

Πρώτο μέλημα μετά από μία κρίση κολπικής μαρμαρυγής είναι αποκατάσταση

φυσιολογικού καρδιακού ρυθμού. Διαθέτουμε αποτελεσματικά φάρμακα (προπαφαινόνη, αμιωδαρόνη, κ.α.) με την βοήθεια των οποίων επιτυγχάνουμε αποκατάσταση σε λίγες ώρες ή 24ωρα. Αν επειγόμαστε υπάρχει η δυνατότητα άμεσης ηλεκτρικής ανάταξης (απινίδωσης). Αν ο ασθενής εμφανισθεί με καθυστέρηση (περισσότερο από 48 ώρες) τότε η άμεση ανάταξη είναι επικίνδυνη καθώς μπορεί να έχουν δημιουργηθεί θρόμβοι που με την επανέναρξη της κολπικής συστολής είναι δυνατόν να αποσπασθούν από τα κολπικά τοιχώματα και να προκαλέσουν εμβολικό επεισόδιο. Στις περιπτώσεις αυτές πριν την ανάταξη προηγείται προσεκτική αντιπηκτική αγωγή για 30-45 ημέρες. Σε κάθε περίπτωση πριν από την όποια προσπάθεια ανάταξης πρέπει να γίνει υπερηχογραφική μελέτη της καρδιάς και κλινική εκτίμηση για τις αιτίες που την προκάλεσαν. Αν για παράδειγμα οι διαστάσεις του αριστερού κόλπου βρεθούν μεγάλες η ανάταξη είναι ματαιοπονία, αφού η υποτροπή είναι βέβαια. Αν πάλι συνυπάρχει υπερθυρεοειδισμός, η ανάταξη θα επιχειρηθεί μόνο μετά από την διόρθωση του.

Αν η ανάταξη πρόκειται να καθυστερήσει ή πρόκειται για χρόνια κολπική μαρμαρυγή, τότε μεγάλη σημασία έχει η αποκατάσταση ικανοποιητικής συχνότητας (με οπωσδήποτε λιγότερες από 90-100 σφύξεις/λεπτό) και διαθέτουμε προς τούτου επίσης αποτελεσματικά φάρμακα (β-αναστολείς, διγοξίνη κ.α.).

Ο επόμενος (και όχι τρίτος σε σημασία) θεραπευτικός στόχος στην περίπτωση της χρόνιας ή συχνά υποτροπιάζουσας κολπικής μαρμαρυγής είναι η προστασία από τα εμβολικά επεισόδια. Τούτο επιτυγχάνεται με χορήγηση χρονίως αντιπηκτικής αγωγής. Για πολλά χρόνια ήταν αναγκαίο προς τούτο η χορήγηση κουμαδινικών αντιπηκτικών φαρμάκων, με εξατομικευμένη δόση για κάθε ασθενή και συχνούς ελέγχους της πηκτικότητας. Σήμερα διαθέτουμε πλέον και νέες φαρμακευτικές ουσίες (dabigatran) εξ ίσου αποτελεσματικές (αλλά δυστυχώς ακριβές) και απαλλαγμένες από την ανάγκη εξατομικευμένης δόσης και ελέγχων.

Σε μερικές ενοχλητικές περιπτώσεις με συχνές υποτροπές, είναι δυνατή η θεραπεία με εξουδετέρωση (ablation) του κολπικού μυοκαρδίου που είναι υπεύθυνο. Η μέθοδος αυτή γίνεται επεμβατικά με καθετηριασμό χωρίς ανοικτή χειρουργική επέμβαση.

Σήμερα δοκιμάζονται και συσκευές με τις οποίες κλείνεται και απομονώνεται το

ωτίον του αριστερού κόλπου (μία κολπική πτυχή στην οποία ευνοείται η δημιουργία και κατακράτηση θρόμβων) σε μια προσπάθεια πιο ριζικής και μόνιμης αντιμετώπισης του θρομβοεμβολικού προβλήματος της κολπικής μαρμαρυγής.

Όπως και σε κάθε άλλη περίπτωση η πρόληψη είναι προτιμότερη. Έτσι δεν πρέπει να αφήνουμε αθεράπευτες καταστάσεις όπως ή υπέρταση, ή καρδιακή ανεπάρκεια, οι βαλβιδοπάθειες ή ο υπερθυρεοειδισμός που είναι δυνατόν έτσι να οδηγήσουν στην εκδήλωση κολπικής μαρμαρυγής.

Η κολπική μαρμαρυγή είναι μία καρδιακή αρρυθμία κατά την οποία αποδιοργανώνεται η ηλεκτρική διέγερση στους κόλπους της καρδιάς. Τα μυοκαρδιακά κύτταρα των κόλπων αντί να συστέλλονται με οργανωμένη αλληλουχία (σειρά) συστέλλονται ανεξάρτητα και τυχαία με αποτέλεσμα την κατάργηση της κολπικής συστολής.

Αντώνιος Δ. Βραχάτης

Επεμβατικός Καρδιολόγος – τέως Διευθυντής Γ.Ν.Α. «Γ.Γεννηματάς»

Πηγή: kardiologiko.gr