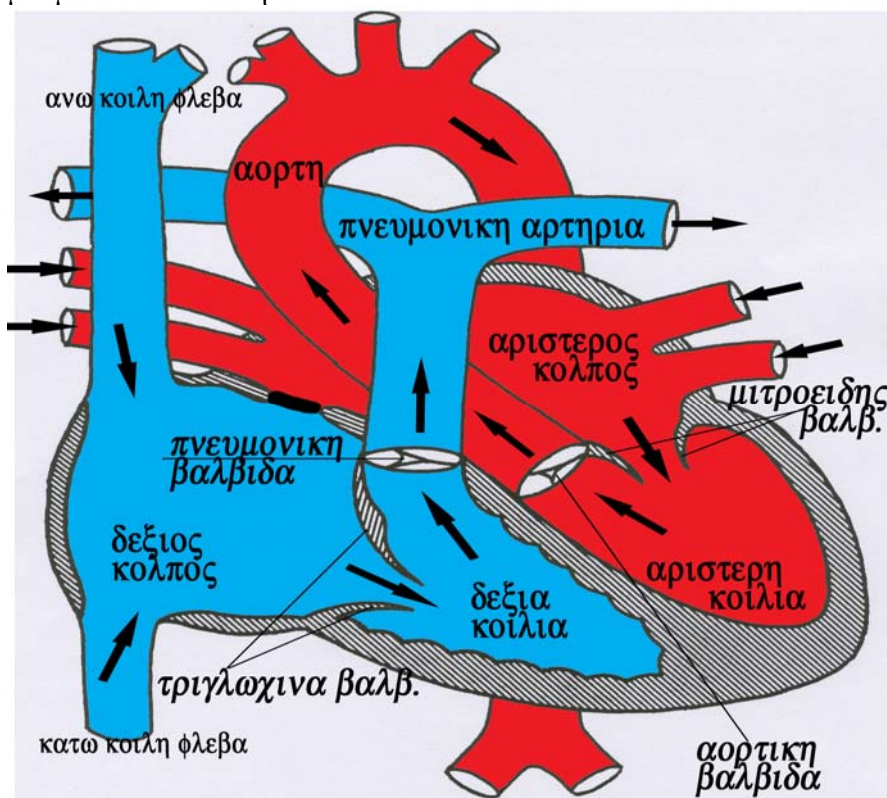




Επεμβατική σύγκλιση μεσοκοιλιακής επικοινωνίας και ανοικτού ωοειδούς τρήματος

Η φυσιολογική καρδιά

Η φυσιολογική καρδιά είναι μία αντλία φτιαγμένη από μυϊκό ιστό, που λειτουργεί εντατικά και συνεχώς. Έχει περίπου τις διαστάσεις μίας ανθρώπινης γροθιάς. Η καρδιά χωρίζεται σε τέσσερις κοιλότητες. Το επάνω τμήμα της καρδιάς χωρίζεται σε δύο κοιλότητες, τους κόλπους, ενώ το κάτω τμήμα σε άλλες δύο, τις κοιλίες. Το αίμα ρέει-προωθείται στο εσωτερικό της καρδιάς από τους κόλπους στις κοιλίες και από εκεί στα αγγεία. Οι βαλβίδες ανοίγουν και κλείνουν για να επιτρέψουν στο αίμα να κινείται προς μία μόνο κατεύθυνση.



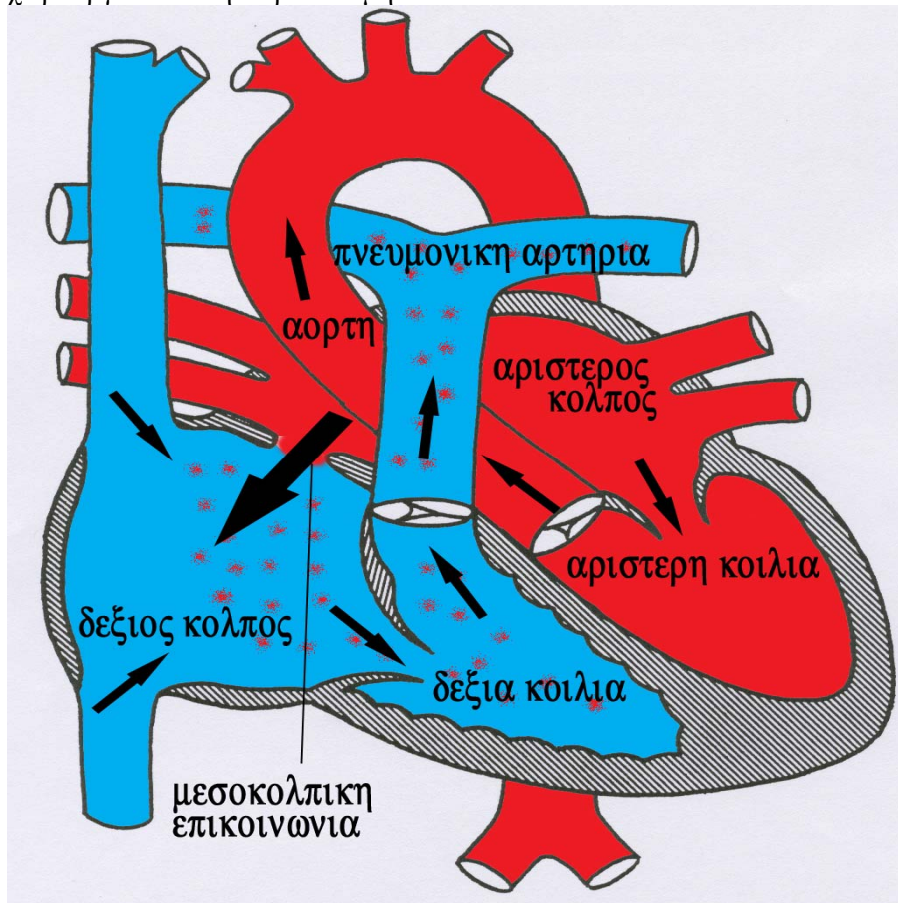
Μπλε είναι το φλεβικό μη οξυγονωμένο, κόκκινο το αρτηριακό οξυγονωμένο αίμα. Τα βέλη δείχνουν την ροή του αίματος. Το φλεβικό (μπλε) αίμα ρέει από τις δύο μεγάλες φλέβες (την άνω και κάτω κοίλη φλέβα) προς τον δεξιό κόλπο και από τον δεξιό κόλπο προς τη δεξιά κοιλία. Μεταξύ δεξιάς κοιλίας και δεξιού κόλπου, βρίσκεται η τριγλώχινα βαλβίδα. Η δεξιά κοιλία συστέλλεται και προωθεί το αίμα προς την πνευμονική αρτηρία μέσω της πνευμονικής βαλβίδας. Στους πνεύμονες ανταλλάσσεται οξυγόνο και διοξείδιο και το οξυγονωμένο (κόκκινο) αίμα επιστρέφει στην καρδιά-στον



αριστερό κόλπο. Από τον αριστερό κόλπο μέσω της μιτροειδούς βαλβίδας ρέει προς την αριστερή κοιλία. Η αριστερή κοιλία προωθεί το πλούσιο σε οξυγόνο αίμα μέσω της αορτικής βαλβίδας στην αορτή. Η αορτή διοχετεύει το αίμα σε όλο το σώμα.

Η μεσοκολπική επικοινωνία

Εάν υπάρχει τρύπα μεταξύ των δύο κόλπων, σημαντική ποσότητα πλούσιου σε οξυγόνο (κόκκινου) αίματος διαφεύγει από το αριστερό τμήμα (αριστερό κόλπο) προς το δεξιό (δεξιό κόλπο). Μετά προωθείται στους πνεύμονες, παρά το γεγονός ότι είχε ήδη καθαριστεί και εμπλουτισθεί με οξυγόνο. Αυτή η διαδικασία είναι προβληματική, δεδομένου ότι, αίμα που έχει καθαριστεί από τους πνεύμονες, επιστρέφει σε αυτούς. Πολλοί ασθενείς με μεσοκολπική επικοινωνία παρουσιάζουν ελάχιστα ή και καθόλου συμπτώματα. Το να κλείσει το μεσοκολπικό έλλειμμα νωρίς στην παιδική ηλικία, μπορεί να βοηθήσει στο να αποφευχθούν σοβαρά προβλήματα αργότερα στη ζωή. Η μακροπρόθεσμη πρόγνωση σε αυτή την περίπτωση είναι εξαιρετική. Τα τελευταία χρόνια όλο και πιο συχνά μπορούν να κλειστούν αυτές οι επικοινωνίες με διάφορες μικροσυσσκευές (ομπρέλες). Στην περίπτωση αυτή οι ασθενείς αποφεύγουν το χειρουργείο και τη θωρακοτομή.





Υπάρχει μία τρύπα (μεγάλο βέλος) μεταξύ του δεξιού και του αριστερού κόλπου. Ποσότητα πλούσιου με οξυγόνο αίμα (κόκκινο) διαφεύγει από τον αριστερό κόλπο προς τα δεξιά. Στο δεξιό κόλπο αναμιγνύεται με το μπλε μη οξυγονωμένο αίμα το οποίο έχει επιστρέψει από το σώμα. Έτσι στη δεξιά κοιλία και στην πνευμονική αρτηρία ρέει αυξημένη ποσότητα αίματος. Η αυξημένη ποσότητα αίματος που ρέει σε δεξιό κόλπο και κοιλία θα μεγεθύνει τις κοιλότητες και θα συμβάλει στη δημιουργία αρρυθμιών. Αν περνά από τους πνεύμονες μεγάλη ποσότητα αίματος, θα αυξηθούν οι πιέσεις στην πνευμονική αρτηρία (πνευμονική υπέρταση).

Συχνότητα

Η μεσοκολπική επικοινωνία είναι μία ιδιαίτερα συχνή συγγενής καρδιοπάθεια. Η συχνότητας της ανέρχεται περίπου στο 1% του υγιούς πληθυσμού -περίπου στο 10% των συγγενών καρδιοπαθειών- ενώ η συχνότητα ενός βατού μικρού ωοειδούς τρήματος ανευρίσκεται στο 1:3 του πληθυσμού.

Συνέπειες

Η μεσοκολπική επικοινωνία οδηγεί ως επί το πλείστον σε αύξηση της αιμάτωσης της πνευμονικής κυκλοφορίας λόγω της διαφυγής αίματος που προκαλείται στο επίπεδο του μεσοκολπικού διαφράγματος. Οι συνέπειες της αύξησης αιμάτωσης των πνευμόνων είναι μακροπρόθεσμα η σκλήρυνση των πνευμονικών αγγείων με αποτέλεσμα την αύξηση των πιέσεων (πνευμονική υπέρταση). Κατ' αρχάς οι ασθενείς προσέρχονται με κλινική εικόνα επιβάρυνσης της πνευμονικής κυκλοφορίας, της δεξιάς κοιλίας, όπου η καρδιά και ιδιαίτερα η δεξιά κοιλία πρέπει να προωθήσει περισσότερο αίμα από ότι χρειάζεται. Η αύξηση όγκου αίματος που προωθείται από τον δεξιό κόλπο στη δεξιά κοιλία και κατόπιν στην πνευμονική αρτηρία οδηγεί μακροπρόθεσμα στην αύξηση των πιέσεων στα πνευμονικά αγγεία, κατόπιν αυτού στην αύξηση των πιέσεων στο δεξιό κόλπο με συνέπειες τη δεξιά καρδιακή ανεπάρκεια και την εμφάνιση αρρυθμιών ως επί το πλείστον από τους κόλπους (κολπική μαρμαρυγή).

Οι πνευμονικές λοιμώξεις είναι συχνότερες σε ασθενείς που έχουν μία μεσοκολπική επικοινωνία σε σχέση με τον υγιή πληθυσμό. Μία άλλη ανεπιθύμητη επιπλοκή μιας μεσοκολπικής επικοινωνίας ή ακόμα και ενός πολύ μικρού ωοειδούς τρήματος είναι η πνευμονική ή συστηματική εμβολή (παράδοξη εμβολή). Αυτό είναι ένα ιδιαίτερα ανεπιθύμητο συμβάν και ανέρχεται περίπου στο 10% του συνόλου των εγκεφαλικών επεισοδίων. Για την Αμερική γνωρίζουμε ότι από τα 600.000 εγκεφαλικά επεισόδια που καταγράφονται, τα 60.000 συνδέονται με την ύπαρξη μιας επικοινωνίας στο επίπεδο του μεσοκολπικού διαφράγματος.

Σε γενικές γραμμές πρέπει να αναφέρουμε ότι ένα αιμοδυναμικό σημαντικό έλλειμμα με διαφυγή αίματος από αριστερά προς τα δεξιά (περισσότερο από 30%) πρέπει να συγκλεισθεί. Υπάρχουν δύο δυνατότητες τις οποίες θα πρέπει να συζητήσετε με τον γιατρό σας: τη χειρουργική και την επεμβατική που διενεργείται με καθετηριασμό.



Υπό προϋποθέσεις και σε ποσοστό περίπου 80% είναι δυνατή η μη χειρουργική θεραπεία των κεντρικών ή δευτερογενών ελλειμμάτων. Η επεμβατική αντιμετώπιση της επικοινωνίας περιλαμβάνει την εμφύτευση μικροσυσκευής-ομπρέλας με την οποία θα συγκλείσουμε την επικοινωνία. Για να πραγματοποιηθεί η επεμβατική σύγκλειση πρέπει να υπάρξουν ορισμένες προϋποθέσεις ώστε ο ασθενής να μην ταλαιπωρηθεί με επιπλέον εξετάσεις και καθετηριασμούς.

Ωοειδές τρήμα

Η ύπαρξη ενός ανοικτού ωοειδούς τρήματος δεν έχει καμία κλινική συνέπεια ως επί το πλείστον. Σε ορισμένους ασθενείς, συνήθως μετά την ενηλικίωση, παρατηρούνται παράδοξες εμβολές όπου από το πόδι τους ή από την περιοχή της κοιλιάς, μικροί θρόμβοι αποκολλώνται και με τη ροή του αίματος παραδόξως περνούν τη μικρή αυτή επικοινωνία από δεξιά προς τα αριστερά και καταλήγουν σε κάποιο σημείο του κεντρικού νευρικού συστήματος. Η κατάσταση αυτή ορίζεται ιατρικά ως εγκεφαλική εμβολή και προκαλεί τις γνωστές συνέπειες. Τα εμβολικά επεισόδια σήμερα διακρίνονται σε αυτά τα οποία είναι παροδικά και σε αυτά που αφήνουν μόνιμες βλάβες. Σχετικά συχνά οι ασθενείς αυτοί παραπονιούνται για συχνές κεφαλαλγίες-ημικρανίες.

Ως επί το πλείστον οι ασθενείς αυτοί θεραπεύονται με αντιπηκτικά φάρμακα. Η χειρουργική αντιμετώπιση του ωοειδούς τρήματος πραγματοποιείται μόνον σε εξαιρέσεις, ενώ η επεμβατική τους σύγκλειση λαμβάνει όλο και συχνότερα χώρα.

Διενέργεια της σύγκλεισης

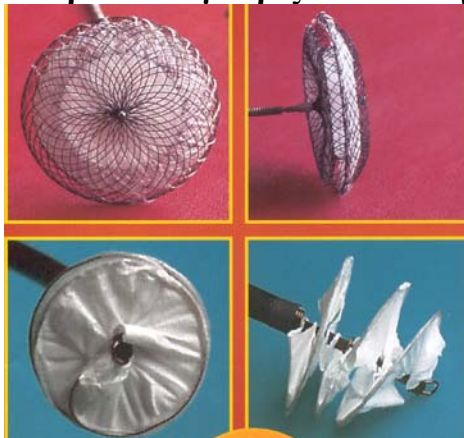
Η σύγκλειση της μεσοκοιλιακής επικοινωνίας πραγματοποιείται με καθετήρα μετά από παρακέντηση της δεξιάς μηριαίας φλέβας (η φλέβα στη βουβωνική περιοχή μεταξύ μηρού και κάτω κοιλιάς). Η δεξιά μηριαία φλέβα χρησιμοποιείται για να τοποθετηθεί ένας εισαγωγέας (θηκάρι) μέσα από τον οποίο προωθείται ένας λεπτός καθετήρας προς τον δεξιό κόλπο και κατόπιν αυτού προς τον αριστερό κόλπο. Αν και όλοι οι ασθενείς έχουν ελεγχθεί από τους παραπέμποντες ιατρούς και στο νοσοκομείο, η καταλληλότητα για σύγκλειση επανελέγχεται με τη διοισοφαγίου υπερηχογραφία στο αιμοδυναμικό εργαστήριο. Η ένδειξη τίθεται εκ νέου μετά τον οξυμετρικό έλεγχο και τον υπολογισμό του ποσοστού διαφυγής στο επίπεδο της τρύπας, όπως επίσης αποκλείονται και πιθανές άλλες συγγενείς διαμαρτίες-βλάβες της καρδιάς μετά από έγχυση σκιαγραφικού υλικού στη πνευμονική αρτηρία.

Η σύγκλειση της επικοινωνίας λαμβάνει χώρα στο αιμοδυναμικό εργαστήριο με ακτινοσκόπηση και ταυτόχρονη διενέργεια διοισοφαγίου υπερηχογραφήματος. Η ανάγκη χρήσης του διοισοφαγίου υπερηχογραφήματος για μεγάλο χρονικό διάστημα όπως επίσης και η πιθανότητα εμβολής μας οδηγούν στην απόφαση να πραγματοποιούμε τις περισσότερες από αυτές τις εμφυτεύσεις υπό αναισθησιολογική



κάλυψη. Δεδομένου ότι υπάρχει η πιθανότητα μη πλήρους σύγκλεισης ενός ελλείμματος μπορεί η προσπάθεια να διακοπεί.

Τι πρέπει να γνωρίζει ο ασθενής



Μικροσυσκευές- ομπρέλες

Δύο παραδείγματα από τις συχνότερα χρησιμοποιούμενες μικροσυσκευές για σύγκλειση μιας μεσοκοιλιακής επικοινωνίας ή ενός ανοικτού ωοειδούς τρήματος.

Με τις ομπρέλες, υπό προϋποθέσεις, μπορούμε να κλείσουμε και μια επικοινωνία έως 40mm.

Ο ασθενής πρέπει να γνωρίζει ότι η εμφυτευόμενη μικροσυσκευή θα ενδοθηλιοποιηθεί (θα καλυφθεί από στοιβάδα κυττάρων) εντός ορισμένων εβδομάδων. Η μηχανική σταθερότητα όπως επίσης και οι πιθανές επιπλοκές-όρια δυνατότητας εμφύτευσης έχουν ελεγχθεί σε πολλές χιλιάδες ασθενείς μέχρι τώρα.

Σε ορισμένες περιπτώσεις δεν είναι δυνατή η ιδεώδης τοποθέτηση της μικροσυσκευής έτσι που αυτή θα πρέπει να αφαιρεθεί είτε με κάποιο καθετήρα είτε και χειρουργικά. Μακροπρόθεσμα αποτελέσματα (πέραν των 10 ετών) δίδουν τις πληροφορίες ότι τα χρησιμοποιούμενα υλικά (πλαστικά, μεταλλικά, Teflon, νάιλον) στη βραχυπρόθεσμη όπως και μακροπρόθεσμη ζωή τους στερούνται παρενεργειών. Παρόλα αυτά υπάρχουν πιθανές επιπλοκές οι οποίες αναγράφονται κατωτέρω λεπτομερώς.

Σε κάθε χειρουργικό χειρισμό ή υπόνοια μιας βακτηριακής λοίμωξης θα πρέπει να χορηγούνται περισσότερο από κάθε άλλη φορά αντιβιοτικά για το επόμενο εξάμηνο μετά την εμφύτευση.

Πιθανές επιπλοκές

1. Διαταραχές του ρυθμού

Όπως σε κάθε καρδιακό καθετηριασμό μπορεί να παρουσιαστούν αρρυθμίες οι οποίες ως επί το πλείστον μπορούν να ελεγχθούν κατά τη διάρκεια του καθετηριασμού. Στο σημείο αυτό πρέπει να επαναλάβουμε, ότι η ύπαρξη μιας μεσοκοιλιακής επικοινωνίας συνδέεται με αρρυθμίες - έχει αρρυθμογόνο φύση- λόγω της διάτασης του δεξιού κόλπου και της δεξιάς κοιλίας. Έτσι λοιπόν αυτές οι αρρυθμίες οι οποίες μπορεί να



προϋπάρχουν με τον ίδιο τρόπο μπορούν και να εμφανισθούν σε μικρό χρονικό διάστημα ή ακόμα και χρόνια μετά την εμφύτευση της μικροσυσκευής.

2. Αλλεργία στο σκιαγραφικό υλικό

Θεωρητικά υπάρχει η πιθανότητα αλλεργικής αντίδρασης σε κάθε ουσία- φάρμακο το οποίο χορηγείται κατά τη διάρκεια του καθετηριασμού. Η εμφάνιση βαριών αλλεργιών ανέρχεται σε ποσοστό <1%. Αλλεργικές αντιδράσεις, οι οποίες όμως μπορούν να οδηγήσουν σε αλλεργικό σοκ είναι ιδιαίτερα σπάνιες και δεν παρατηρούνται ως επί το πλείστον.

3. Αιμορραγίες

Κατά τη διάρκεια της εισαγωγής του καθετήρα σε ένα αγγείο μπορεί να δημιουργηθεί αιμάτωμα στην περιοχή παρακέντησης. Σε ορισμένες περιπτώσεις, η αιμορραγία είναι σημαντική παρά τη χρήση φαρμάκων ή του πιεστικού επιδέσμου ο οποίος χρησιμοποιείται μετά τον καθετηριασμό. Η ανάγκη μιας χειρουργικής αντιμετώπισης αυτής της επιπλοκής ή της χορήγησης αίματος είναι σπάνια και ανέρχεται επίσης στο ποσοστό 1%. Αποφράξεις αγγείων, θρομβώσεις ή πνευμονικές εμβολές είναι επίσης σπανιότατες επιπλοκές που μπορούν να παρατηρηθούν κατά τη σύγκλειση ενός ελλείμματος.

4. Λοιμώξεις

Τα υλικά τα οποία χρησιμοποιούνται και εμφυτεύονται είναι αποστειρωμένα. Παρότι η διενέργεια ενός καρδιακού καθετηριασμού πραγματοποιείται υπό «αποστειρωμένες συνθήκες» υπάρχει ο κίνδυνος λοίμωξης δεδομένου ότι κατά τη διάρκεια του καθετηριασμού υπάρχει επικοινωνία του περιβάλλοντος-αέρα με τα υλικά τα οποία θα χρησιμοποιηθούν και θα εμφυτευτούν. Σε ιδιαίτερα σπάνιες περιπτώσεις είναι δυνατόν να προκληθεί σοβαρή λοίμωξη η οποία μπορεί να οδηγήσει στην ανάγκη αφαίρεσης της μικροσυσκευής. Γι' αυτόν τον λόγο, τα τελευταία χρόνια χορηγούνται αντιβιοτικά πριν όπως επίσης και μετά την εμφύτευση της μικροσυσκευής. Σε υπόνοια βακτηριακής λοίμωξης θα πρέπει να χορηγούνται αντιβιοτικά περισσότερο από κάθε άλλη φορά για το επόμενο εξάμηνο μετά την εμφύτευση.

5. Τραυματισμός ιστού

Σπανιότατα είναι δυνατόν να προκληθεί είτε από τους καθετήρες, τα σύρματα τα οποία χρησιμοποιούνται ως οδηγοί για την τοποθέτηση της μικροσυσκευής ή και από αυτή την ίδια τη μικροσυσκευή τραυματισμοί των τοιχωμάτων της καρδιάς ή και των βαλβίδων. Έχει περιγραφεί σε ορισμένους ασθενείς ότι αυτές οι επιπλοκές μπορεί να παρατηρηθούν ακόμα και μήνες μετά την τοποθέτηση της μικροσυσκευής. Ιδιαίτερα σπάνια οδηγούνται αυτοί οι ασθενείς σε επέμβαση. Η συχνότητα των ανωτέρω επιπλοκών ανέρχεται στο 1%.

6. Θραύση της μικροσυσκευής

Μήνες έως και χρόνια μετά την τοποθέτηση της μικροσυσκευής μπορεί σπανιότατα να παρατηρήσουμε σπάσιμο-αλλαγή της μορφολογίας της μικροσυσκευής. Ως επί το πλείστον αυτή η σπάνια επιπλοκή δεν επηρεάζει το αποτέλεσμα της σύγκλεισης, διότι η συσκευή είναι πλήρως επιθηλιοποιημένη 3 έως 6 μήνες μετά την εμφύτευση.

7. Θρόμβωση

Η μικροσυσκευή είναι ένα ξένο σώμα το οποίο τοποθετείται μέσα στην καρδιά και το οποίο μήνες-εβδομάδες έως μήνες μετά την εμφύτευση επιθηλιοποιείται. Σε όλο αυτό το χρονικό διάστημα είναι δυνατόν να δημιουργηθούν μικροθρόμβοι στην επιφάνεια



της μικροσυσκευής οι οποίοι μπορεί να οδηγήσουν σε πνευμονικά ή εγκεφαλικά επεισόδια. Κατά τη διάρκεια του καρδιακού καθετηριασμού χορηγείται ηπαρίνη ούτως ώστε να μην δημιουργηθούν μικροθρόμβοι στην επιφάνεια της ομπρέλας. Για αυτόν τον λόγο χορηγείται επιπλέον μετά την τοποθέτηση της συσκευής ασπιρίνη ή κάποιο άλλο αντιαιμοπεταλιακό φάρμακο για ένα εξάμηνο. Σπάνια είναι αναγκαίο να χορηγήσουμε και άλλα ισχυρότερα αντιθρομβωτικά φάρμακα όπως επί παραδείγματι κουμαρίνη για έξι με δώδεκα μήνες.

8. Εμβολή της μικροσυσκευής

Κάτω από ορισμένες συνθήκες μπορεί να παρατηρηθεί εμβολισμός της μικροσυσκευής. Αυτό παρατηρείται σε καταστάσεις οριακές όταν οι ιστοί στήριξης της μικροσυσκευής δεν είναι επαρκείς έτσι που η τοποθέτηση της ομπρέλας δεν είναι σωστή. Ένας εμβολισμός του συστήματος είναι δυνητικά επικίνδυνος για τη ζωή και πρέπει να αφαιρεθεί άμεσα, διότι μπορεί να αποφράξει κάποιο ιδιαίτερα σημαντικό αγγείο ή και βαλβίδα. Για αυτόν τον λόγο οι μικροσυσκευές είναι συνδεδεμένες με ένα σύστημα (συνδετικό σύρμα-καλώδιο ή ακόμα και ένα λάσο) ούτως ώστε σε περίπτωση μη ιδεώδους τοποθέτησης να μπορούν να αφαιρεθούν. Εάν η αφαίρεση της μικροσυσκευής σε περίπτωση εμβολισμού δεν είναι δυνατή, τότε πρέπει να γίνει επείγουσα χειρουργική αφαίρεση της μικροσυσκευής και ταυτόχρονη σύγκλιση του ελλείμματος. Στη διεθνή βιβλιογραφία η επιπλοκή αυτή ανέρχεται μεταξύ του 1% και 1% στις οριακές περιπτώσεις που οι ιστοί στήριξης δεν είναι ιδεώδεις.

9. Εμβολή αέρος

Οι μικροσυσκευές προωθούνται στην περιοχή τοποθέτησής τους με καθετήρες. Μέσω του καθετήρα αυτού είναι δυνατόν να διαφύγει μικρή ποσότητα αέρος η οποία μπορεί να οδηγήσει σε εμβολή αέρος σε κάποια περιοχή της μεγάλης ή και σπανιότατα της μικρής κυκλοφορίας. Στην περίπτωση αυτή πρέπει να αναφερθεί η χειρότερη επιπλοκή που είναι αυτή η μικρή ποσότητα αέρα να καταλήξει σε κάποιο στεφανιαίο αγγείο και οδηγήσει σε έμφραγμα μυοκαρδίου. Παρά τον λεπτομερή εξαερισμό αναφέρονται στη διεθνή βιβλιογραφία επιπλοκές μεταξύ του 1% και 1% με περιπτώσεις εμβολισμού αέρα.

Εναλλακτική μέθοδος

Η εναλλακτική μέθοδος για τη σύγκλιση των επικοινωνιών είναι η χειρουργική αντιμετώπιση αυτών. Ο κίνδυνος αυτής της εγχείρησης είναι ουσιαστικά μηδενικός στα χέρια εμπειρών καρδιοχειρουργών. Υπάρχει εμπειρία 40 ετών τουλάχιστον στη χειρουργική σύγκλιση των επικοινωνιών. Παρόλα ταύτα και στη χειρουργική αντιμετώπιση των συγγενών αυτών καρδιοπαθειών παρατηρούνται επιπλοκές τις οποίες λεπτομερώς θα αναφέρει ο καρδιοχειρουργός με τον οποίο θα πρέπει να μιλήσετε πριν αποφασίσετε για τη χειρουργική αποκατάσταση του ελλείμματος. Τα μειονεκτήματα της χειρουργική αντιμετώπισης συνδέονται με τη χειρουργική διάνοιξη του θώρακος, το άνοιγμα-καρδιοτομή της καρδιάς και στη σύγκλιση του ελλείμματος με τη βοήθεια της εξωσωματικής κυκλοφορίας υπό τη χορήγηση ξένου αίματος.

Ο συνολικός χρόνος παραμονής σε περίπτωση χειρουργικής αντιμετώπισης μιας μεσοκολπικής επικοινωνίας ανέρχεται έως και σε 10, σπανιότατα 14 ημέρες σε



αντιδιαστολή των 24 έως 36 ωρών που ο ασθενής πρέπει να παραμείνει στο νοσοκομείο μετά την επεμβατική σύγκλιση.

Στο σημείο αυτό πρέπει να αναφερθούν και οι πιθανότητες ψυχολογικού τραυματισμού ιδιαίτερα ενός νεαρού ατόμου από την παραμονή του στο νοσοκομείο όπως επίσης και από την ουλή της θωρακοτομής.

Ακόμα και μετά από μία αποτυχή προσπάθεια σύγκλισης ενός ελλείμματος επεμβατικά είναι δυνατόν να προγραμματισθεί η χειρουργική αντιμετώπιση της συγγενούς καρδιοπάθειας.

Εξετάσεις μετά την επεμβατική σύγκλιση.

Μετά την επεμβατική σύγκλιση πρέπει να διενεργούνται σε τακτά χρονικά διαστήματα ορισμένες εξετάσεις (ακτινογραφία θώρακος, υπέρηχος, σπάνια διενέργεια διοισοφαγίου υπερηχογραφήματος, σπανιότατα εκ νέου καθετηριασμός). Η κλινική αξιολόγηση του ασθενούς είναι εκ των ων ουκ άνευ. Μετά την πάροδο εξαμήνου ή έτους, τα μεσοδιαστήματα επαναξιολόγησης του ασθενούς αυτού αραιώνουν. Την παρακολούθηση μετά την εμφύτευση αναλαμβάνει οποιοσδήποτε καρδιολόγος αρκεί να διενεργεί κατά χρονικά διαστήματα 1-2 έως 5 ετών Holter ρυθμού, υπέρηχο και ηλεκτροκαρδιογράφημα ηρεμίας.

Προετοιμασία για καθετηριασμό και σύγκλιση επικοινωνίας

Αν αποφασίσατε για την επεμβατική σύγκλιση πρέπει να προγραμματίσετε ορισμένες εξετάσεις πριν την εισαγωγή σας.

Απαραίτητες αιματολογικές εξετάσεις:

- Κρεατινίνη, ουρικό οξύ, ολική χοληστερίνη, HDL, LDL, τριγλυκερίδια
- Γενική αίματος
- Αντιγόνο ηπατίτιδας Β (Αυστραλιανό)
- Αντίσωμα S ηπατίτιδας Β
- Αντίσωμα ηπατίτιδας C
- HIV I-II
- Αντιθρομβίνη FT3, Πλασμινογόνο FT4, PT / PTT

Σε περίπτωση που στο ιστορικό σας αναφέρεται εγκεφαλικό ή κάποιο θρομβοεμβολικό επεισόδιο, σκόπιμο είναι να εξετασθείτε από αιματολόγο και να αξιολογηθούν τουλάχιστον οι κατωτέρω εξετάσεις.

- Ινωδογόνο
- Φερριτίνη
- Τριωδοθυρονίνη (T3)
- Θυροξίνη (T4)
- Θυρεοειδοτρόπος Ορμόνη (TSH)
- Ομοκυστεΐνη
- Έλεγχος γονιδίου Προθρομβίνης (G2021A)
- Έλεγχος γονιδίου MTHFR
- Παράγων Leiden (FV506)



**ΩΝΑΣΕΙΟ
ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ
ΚΕΝΤΡΟ**

- Αντιθρομβωτικά
- Αντιμικροσωματικά
- IgG, IgM Αντισώματα έναντι καρδιολιπίνης
- α₂-Αντιπλάσμίνη c
- D-R.V.V. time Ratio
- Πρωτεΐνη C c
- Πρωτεΐνη S c
- N-APC.Resistance Ratio
- Συγκόλληση αιμοπεταλίων

Τέλος, πριν τη διενέργεια του καθετηριασμού και την σχεδιαζόμενη επεμβατική σύγκλειση θα πρέπει να υπογράψετε συγκατάθεση και ότι γνωρίζεται τους κινδύνους παρουσία του ιατρού που θα διενεργήσει τον καθετηριασμό.