



Ο κίνδυνος της «υπερδιάγνωσης» παθολογικών καταστάσεων σε υγιείς είναι ιδιαίτερα σοβαρός στη σύγχρονη ιατρική. Το πλήθος των προσφερόμενων διαγνωστικών εξετάσεων, σε συνδυασμό με την «αμυντική ιατρική» και την έλλειψη εκπαίδευσης στην επικοινωνία του γιατρού με τους ασθενείς και την κλινική εκτίμηση, οδηγεί συχνά στη δημιουργία «ιατρογενών» νόσων, που έχουν πολλές φορές χειρότερες συνέπειες από αρκετές πραγματικές ασθένειες. Αυτός ο κίνδυνος είναι ακόμα μεγαλύτερος στην καρδιολογική εκτίμηση παιδιών, όπου υπάρχει έντονη ψυχολογική φόρτιση ή και φόβος των παιδιάτρων και των καρδιολόγων. Παραδόξως όμως, αρκετά συχνά έχουμε «υπερδιαγνώσεις» σε παιδιά και από ειδικούς «παιδοκαρδιολόγους». Η αρνητική επίδραση αυτών των ψευδών διαγνώσεων στην ψυχική ισορροπία των παιδιών και ολόκληρης της οικογένειας είναι τεράστια, ενώ συχνά οδηγούν και σε «υπερθεραπείες».

Στη χώρα μας, ο καρδιολογικός έλεγχος στα παιδιά έχει πάρει αδικαιολόγητα πολύ μεγάλη έκταση τα τελευταία χρόνια. Η υπερβολή εκδηλώνεται κυρίως στους συχνούς προαθλητικούς και «προληπτικούς» ελέγχους και στη διερεύνηση των κατά κανόνα αθών φυσημάτων

της παιδικής ηλικίας, με αποκορύφωμα τον υποχρεωτικό προσχολικό έλεγχο στην πρώτη τάξη του δημοτικού, μια ελληνική παγκόσμια πρωτοτυπία, που ευτυχώς πρόσφατα καταργήθηκε. Αυτό το φαινόμενο έχει οδηγήσει σε χιλιάδες «ψευδείς διαγνώσεις», με αποτέλεσμα την αναίτια διακοπή της άθλησης των παιδιών και την δημιουργία άγχους και ανασφάλειας σε παιδιά και γονείς. Στο επίπεδο της πρόληψης επίσης, ενώ η έμφαση θα έπρεπε να δοθεί στην αντιμετώπιση της παχυσαρκίας, της έλλειψης άσκησης και στην αποφυγή του καπνίσματος, χιλιάδες παιδιά στιγματίζονται σαν «υπερχοληστεριναιμικά» ή και «υπερτασικά», χωρίς καμία επιστημονική τεκμηρίωση.

Προαθλητικός καρδιολογικός έλεγχος

Ο κάθε καρδιολόγος μπορεί και πρέπει να εξετάζει παιδιά. Παραπομπή σε «παιδοκαρδιολόγο» δικαιολογείται μόνο σε λίγες περιπτώσεις, όπως ισχύει και για παραπομπές σε άλλες υποειδικότητες της καρδιολογίας. Τα μεγαλύτερα μάλιστα παιδιά των «προαθλητικών ελέγχων» παρουσιάζουν ελάχιστες αποκλείσεις από τους ενήλικες στα ευρήματα της κλινικής εξέτασης, του καρδιογραφήματος και του υπερηχοκαρδιογραφήματος. Ο αιφνίδιος θάνατος στην άθληση είναι ένα ιδιαίτερα τραγικό, αλλά και σπάνιο γεγονός (λιγότερο από 1 στους 100.000 αθλούμενους ανά έτος), πολύ σπανιότερο από άλλες αιτίες θανάτου στους νέους (τροχαία, αυτοκτονίες, ναρκωτικά). Το ζητούμενο είναι να αποκλεισθεί η ύπαρξη παθήσεων, όπως η υπερτροφική και άλλες μυοκαρδιοπάθειες, το σύνδρομο Marfan, η σημαντική στένωση της αορτικής βαλβίδας και του ισθμού της αορτής, η ανώμαλη εκβολή των στεφανιαίων αρτηριών, το σύνδρομο WPW και άλλα σπανιότερα αίτια αιφνίδιου θανάτου στην άθληση. Όλοι οι καρδιολόγοι έχουν ή μπορούν να έχουν εξοικείωση και εμπειρία στη διάγνωση αυτών των παθήσεων.

1

Στις απλές και συχνότερες συγγενείς καρδιοπάθειες, επίσης ο καρδιολόγος μπορεί να κάνει διάγνωση και να εκτιμήσει τη βαρύτητά τους. Οι μεσοκολπικές επικοινωνίες χωρίς διάταση της δεξιάς κοιλίας δεν απαιτούν σύγκλιση και δεν χρειάζεται κανένας περιορισμός της αθλητικής δραστηριότητας. Το ίδιο ισχύει και για τις μεσοκοιλιακές

επικοινωνίες και τον ανοικτό αρτηριακό πόρο, όταν δεν προκαλούν αιμοδυναμική επιβάρυνση. Η δίπτυχη αορτική βαλβίδα συνήθως δεν απαιτεί κανένα περιορισμό στην παιδική ηλικία, όπως και οι ήπιες ή και μέτριες στενώσεις της πνευμονικής. Οι σοβαρότερες και σύνθετες συγγενείς καρδιοπάθειες κατά κανόνα έχουν διαγνωσθεί στη γέννηση και παρακολουθούνται σε ειδικά κέντρα ή σε ειδικούς στις συγγενείς καρδιοπάθειες παιδιών και ενηλίκων.

Σε όλα σχεδόν τα παιδιά ακούμε το αθώο (φυσιολογικό) φύσημα της παιδικής ηλικίας σε διάφορες φάσεις της ανάπτυξης τους. Ένα καρδιογράφημα σε υποψία παθολογικού φυσήματος είναι συνήθως αρκετό, αν και δύσκολα θα αποφύγει κανείς και ένα υπερηχοκαρδιογράφημα, που συνήθως απαιτούν οι αγχωμένοι από κάποιες εκφοβιστικές δημοσιεύσεις παιδίατροι και οι ανήσυχοι γονείς. Με τη σημερινή ευκολία της εξέτασης και του μεγάλου αριθμού καρδιολόγων και μηχανημάτων αυτό δεν είναι απαραίτητα κακό, αρκεί να μην οδηγεί σε «νόσο των υπερήχων», δηλαδή σε ψευδείς διαγνώσεις. Τα παιδιά έχουν πολύ καλό «ακουστικό παράθυρο», με αποτέλεσμα να απεικονίζονται εύκολα οι φυσιολογικές διαφυγές από τις κολποκοιλιακές βαλβίδες και την πνευμονική. Ακόμα και μικρή διαφυγή σε τρίπτυχη φυσιολογική αορτική βαλβίδα, δε φαίνεται να έχει παθολογική σημασία και δεν είναι σπάνιο εύρημα σε αθλητές. Επομένως, δε δικαιολογείται να αναγράφεται στο συμπέρασμα της μελέτης αντί για την καθαρή διατύπωση, «φυσιολογικά ευρήματα», διάγνωση του τύπου: «ήπια ανεπάρκεια ή διαφυγή μιτροειδούς, ή τριγλώχινας, ή πνευμονικής». Τέτοιες διατυπώσεις στο συμπέρασμα της μελέτης δημιουργούν σύγχυση και ανασφάλεια σε γονείς, παιδίατρος και γυμναστές.

Πρόπτωση της μιτροειδούς βαλβίδας στα παιδιά

Η διάγνωση της πρόπτωσης της μιτροειδούς βαλβίδας δε θα πρέπει να μπαίνει στα παιδιά, όπως και στους ενήλικες, εάν δεν υπάρχει εμφανής πάχυνση των γλωχίνων από έκδηλη

περίσσεια ιστού, λόγω μυξωματώδους εκφύλισης. Οι ευκίνητες βαλβίδες των παιδιών, λόγω και της υπερκινητικής κυκλοφορίας, συχνά δίνουν την εντύπωση «πρόπτωσης», ιδιαίτερα όταν οι υπερηχοκαρδιογραφικές λήψεις είναι έστω και ελαφρά τροποποιημένες. Ένας ιδιαίτερα μεγάλος αριθμός παιδιών έχουν χαρακτηρισθεί και εξακολουθούν να χαρακτηρίζονται λανθασμένα ως πάσχοντα από πρόπτωση της μιτροειδούς βαλβίδας και επίσης λανθασμένα τους έχουν γίνει συστάσεις για περιορισμό της αθλητικής δραστηριότητας και χημειοπροφύλαξη.

Η επίπτωση της πρόπτωσης της μιτροειδούς βαλβίδας στα παιδιά είναι γύρω στο 1% και η πορεία της νόσου στην παιδική ηλικία είναι σχεδόν πάντα καλοήθης.

Μόνο σε σπάνιες περιπτώσεις σημαντικής ανεπάρκειας της μιτροειδούς ή αξιόλογων αρρυθμιών δικαιολογείται περιορισμός της αθλητικής δραστηριότητας στα παιδιά, κυρίως της ισομετρικής (στατικής) άσκησης.

Ανοικτό ωοειδές τρήμα

Το ανοικτό ωοειδές τρήμα (PFO), αν αναζητηθεί με υπερβάλλοντα ζήλο, μπορεί να βρεθεί στα περισσότερα παιδιά. Είναι ένα φυσιολογικό εύρημα και πρέπει να περιγραφεί ως τέτοιο στην υπερηχοκαρδιογραφική μελέτη. Δε χρειάζεται καμιά περαιτέρω διερεύνηση και κανένας περιορισμός δραστηριότητας ή άλλη σύσταση. Είναι απαράδεκτο να γίνεται αναφορά για πιθανή μελλοντική ανάγκη τοποθέτησης «ομπρέλας». Τέτοιες αναφορές δεν έχουν καμία επιστημονική βάση και πλήττουν καίρια τη ψυχική ισορροπία μιας ολόκληρης οικογένειας. Η τυχαία ανεύρεση ανοικτού ωοειδούς τρήματος είναι τυπικό παράδειγμα «ιατρογενούς νόσου των υπερήχων», που ενδημεί στη χώρα μας.

Υπέρταση και υπερχοληστερολαιμία στην παιδική ηλικία

Η αρτηριακή υπέρταση στα παιδιά είναι σπάνια και κατά κανόνα δευτεροπαθής, κυρίως σε στένωση του ισθμού της αορτής και σε νεφροπάθειες. Τα κριτήρια «πρωτοπαθούς» υπέρτασης στα παιδιά είναι αυθαίρετα, καθώς δε βασίζονται σε τεκμηριωμένες μελέτες. (βλέπε άρθρο:

[Υπέρταση στα παιδιά, επιδημία φόβου](#)

). Η αύξηση της αρτηριακής πίεσης, κυρίως σε παχύσαρκα ή αγχωμένα παιδιά, δεν προδικάζει την ανάπτυξη αρτηριακής υπέρτασης στην ενήλικη ζωή. Το «screening» για αρτηριακή υπέρταση σε παιδιά έχει ιδιαίτερα αρνητικές επιπτώσεις. Στιγματίζει χιλιάδες παιδιά με μικρές αποκλίσεις από τις αυθαίρετες «φυσιολογικές» τιμές και οδηγεί σε πλήθος αχρείαστων ή και επικίνδυνων εξετάσεων.

Μετά το βρετανικό NICE και οι πρόσφατες αμερικανικές οδηγίες απορρίπτουν το «screening» για αρτηριακή υπέρταση στα παιδιά, κάτι που γίνεται δυστυχώς σήμερα στη χώρα μας, δημιουργώντας πλήθος ψευδών διαγνώσεων και μεγάλη ταλαιπωρία στα παιδιά και τους γονείς τους.

3,4

Το ίδιο αυθαίρετες και αμφισβητούμενες είναι και οι «φυσιολογικές» τιμές της χοληστερόλης στα παιδιά. Η Αμερικανική Καρδιολογική Εταιρεία (AHA) τονίζει ότι δεν γνωρίζουμε τις φυσιολογικές τιμές των λιπιδίων και της αρτηριακής πίεσης στα παιδιά και τους νέους, καθώς αποτελούν «κινούμενους στόχους», μετακινούμενοι στις διάφορες ηλικίες και σε διάφορα στάδια ανάπτυξης.

5 Επομένως, δεν ωφελεί να μπει η «ταμπέλα» της υπερχοληστερολαιμίας ή της υπέρτασης σε ένα παιδί και η έμφαση πρέπει να δοθεί στην πρόληψη και αντιμετώπιση της παχυσαρκίας και του καπνίσματος, καθώς και στην αύξηση της φυσικής δραστηριότητας. Ακριβώς επειδή η χοληστερόλη είναι πολύτιμη και αναντικατάστατη δομική ουσία για την ανάπτυξη των παιδιών

και ιδιαίτερα για την σύνθεση ορμονών, κυτταρικών μεμβρανών, καθώς και την ανάπτυξη του εγκεφάλου και όλου του νευρικού συστήματος, υπάρχει ευρεία διακύμανση των τιμών της χοληστερόλης του αίματος, ανάλογα με τις φάσεις ανάπτυξης του παιδιού ή του έφηβου. Εκτός από την «οικογενή υπερχοληστερολαιμία»

, μια μεταβολική διαταραχή που υπάρχει σε ένα στα 500 παιδιά και τα εκθέτει σε αυξημένο κίνδυνο καρδιοπάθειας στην ενήλικη ζωή, πολύ συχνότερα στις μέρες μας τα παιδιά και οι οικογένειές τους υποφέρουν από «ιατρογενή υπερχοληστερολαιμία».

Η τελευταία προσλαμβάνει ενδημικές διαστάσεις στη χώρα μας, με σοβαρές επιπτώσεις στη ψυχική αλλά και στη σωματική υγεία των παιδιών, καθώς υποβάλλονται αναίτια σε αυστηρούς και επιβλαβείς διαιτητικούς περιορισμούς και τους χορηγούνται χωρίς ένδειξη στατίνες και άλλα φάρμακα, που δεν γνωρίζουμε τις μακροχρόνιες παρενέργειές τους

στους παιδικούς οργανισμούς. (Βλέπε άρθρο:

[Παιδιά, χοληστερίνη και στατίνες. Επικίνδυνες θεραπείες σε τρυφερές ηλικίες;](#)

).

Κάποιοι «ειδικοί» χορηγούν με απίστευτη ευκολία φαρμακευτική αγωγή σε παιδιά, σε τόσο μικρές ηλικίες και με τέτοια κριτήρια, που κανένας διεθνής οργανισμός ή επίσημη οδηγία από ιατρικές εταιρείες δεν συστήνει. Ακόμα όμως και αυτές οι οδηγίες που παραβιάζονται έχουν δεχθεί έντονη κριτική ως αδικαιολόγητα επιθετικές.

6,7

Η εκπαίδευση και η εξοικείωση των καρδιολόγων με την εξέταση παιδιών πρέπει να βελτιωθεί, έτσι ώστε να μην αγχώνει τους ίδιους και κυρίως να μη προκαλεί «ιατρογενείς νόσους» στα παιδιά. Οι παιδίατροι επίσης δε θα πρέπει να παραπέμπουν τόσο εύκολα για ασήμαντα ενοχλήματα ή εργαστηριακά ευρήματα τα παιδιά σε «ειδικούς». Δεν επιτρέπεται να θεραπεύουμε εργαστηριακές εξετάσεις αντί για αρρώστους, όπως συχνά συμβαίνει στην ιατρική σήμερα. 8

Τα παιδιά είναι το μέλλον της χώρας μας και αναλογικά είναι όλο και λιγότερα. Τα ίδια και οι οικογένειές τους αντιμετωπίζουν σήμερα σοβαρά οικονομικά και κοινωνικά προβλήματα. Δεν τους βοηθάμε όταν τους τρομάζουμε με ανύπαρκτες ασθένειες, αλλά όταν τους ενθαρρύνουμε και τους πείθουμε να ακολουθήσουν συνήθειες, που όχι μόνο δεν τους στερούν ευχαρίστηση, αλλά στοχεύουν ακριβώς στη χαρά της ζωής.

(Δημοσιεύθηκε –άρθρο σύνταξης- στην Ελληνική Καρδιολογική Επιθεώρηση, 2014, τόμος 55, τεύχος 2, σελ. 130-132)

Βιβλιογραφία

1. Corrado D, Pollicia A, Bjornstad H, et al. Cardiovascular pre-participation screening of young competitive athletes for prevention of sudden death: proposal for a common European protocol. *Eur Heart J*, 2005; 26: 516-524
2. Χ. Ντέλλος. Κανένα όφελος και σημαντικοί κίνδυνοι από τη σύγκλειση του ανοικτού ωοειδούς τρήματος (PFO). *Καρδιολογική Γνώμη*, 2013, 8(2): 133-135
3. NSC, UK National Screening Committee. Screening for hypertension in children. External review against programme appraisal criteria for the UK National Screening Committee. Dec. 2010
4. U. S. Preventive Services. Task Force Final Recommendation on Screening for Hypertension in Children and Adolescents. Oct. 2013
5. Steinberger J, Daniels SR, Eckel RH, et al. Progress and challenges in metabolic syndrome in children and adolescents. A scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 2009; 119:628-647

6. Shroeder A, Redberg R. Cholesterol screening and management in children and young adults should start early – NO! Clin. Cardiol. 2012; 35:665-668

7. Newman TB, Pletcher MJ, Hulley SB. Overly aggressive new guidelines for lipid and lipoprotein screening in children: evidence of a broken process. Pediatrics, 2012, 130(2):349-352

8. Schroeder AR, Harris SJ, Newman TB. Safely doing less: a missing component of the patient safety dialogue. Pediatrics, 2011; 128(6):e1596-e1597