

Νέες οδηγίες για την κολπική μαρμαρυγή από την Ευρωπαϊκή Καρδιολογική Έταιρεία. Ποιές απορίες ΔΕΝ θα σάς λύσουν οι νέες οδηγίες.

Γεώργιος Κ. Ανδρικόπουλος

Διευθυντής Α΄ Καρδιολογικής Κλινικής & Τμήματος Ηλεκτροφυσιολογίας & Βηματοδότησης,
Ερρικός Ντυνάν Hospital Center

Τὸ πρόσφατο συνέδριο τῆς Ευρωπαϊκῆς Καρδιολογικῆς Ἐταιρείας τὸ εὐλόγησε ὁ Πάπας κατὰ τὴν τελευταία ἡμέρα. Ἄρρησε. Θὰ ἦταν προτιμότερο νὰ τὸ εἶχε εὐλογήσει πρὶν ἀρχίσει. Ἴσως ἔτσι νὰ εἶχαμε ἀποφύγει τὴν ἔλλειψη ταξί, τὴν ἀνεπάρκεια τῶν μέσων μαζικῆς μεταφορᾶς, τὴ φωτιά στὸ μετρό, τὴν ἀνεπάρκεια τοῦ κλιματισμοῦ, τὸ χαοτικὸ ἐκθεσιακὸ κέντρο, τὸ φτωχὸ ἐπιστημονικὸ πρόγραμμα καὶ κυρίως τὴν ἐπιστημονικὴ πενία καὶ τὴν ἐπικοινωνιακὴ ἀνεπάρκεια τῶν περισσοτέρων παρουσιάσεων. Ἀπὸ τὴν ἄλλη πλευρά, τὸ συνέδριο διεξήχθη στὴν Αἰώνια Πόλη, ὅπου μιὰ μικρὴ βόλτα στὰ δρομάκια τῆς ἀρκεῖ γιὰ νὰ ἀναπνεύσεις τὴν ἱστορία τῆς, νὰ αἰσθανθεῖς τὴν ἱστορικὴ καὶ πολιτισμικὴ σχέση τῆς μὲ τὶς ρίζες τοῦ Δυτικοῦ πολιτισμοῦ. Τέλος, μιὰ πόλη πού, ὅσο κι ἂν προσπαθήσεις νὰ ἀποσεῖσεις τοὺς ἀπλοϊκοὺς ἱστορικοὺς συνειρμούς, δὲν μπορεῖς τελικὰ νὰ ἀποφύγεις νὰ τὴν αἰσθανθεῖς «οἰκεία». Ἡ πόλη αὐτὴ εἶναι γεμάτη εἰκόνες μὲ μιὰ χρονικὴ συνέχεια, δίχως τὰ δικά μας ἱστορικὰ χάσματα, εἰκόνες πού λές καὶ γεννήθηκαν στὴ σκιά τῆς Ἀκρόπολης καὶ στὸ Ἄττικὸ φῶς.

Σὲ αὐτὸ τὸ συνέδριο τῶν ἀντιθέσεων παρουσιάστηκαν καὶ οἱ νέες οδηγίες γιὰ τὴν κολπικὴ μαρμαρυγή. Θὰ τολμοῦσα νὰ πῶ ὅτι, σὲ ἀντίθεση μὲ τὸ συνέδριο, αὐτὲς δὲν πρόκειται νὰ προκα-

λέσουν ἔντονες ἀντιθέσεις. Σκοπὸς τοῦ ἄρθρου αὐτοῦ εἶναι νὰ θυμηθοῦμε καὶ νὰ σχολιάσουμε τὰ σημεῖα ἐκεῖνα στὴν ἀντιμετώπιση τῶν ἀσθενῶν μὲ κολπικὴ μαρμαρυγή, πού δὲν στηρίζονται ἀπὸ ἐπαρκῆ δεδομένα. Τὰ 19 αὐτὰ σημεῖα σχολιάζονται στὸ τελευταῖο κεφάλαιο τῶν ὁδηγιῶν καὶ ὁ σχολιασμός μας θὰ βασιστεῖ σὲ ὅσα γράφονται ἐκεῖ. Νομίζω ὅτι ἀποτελοῦν τὸ σημαντικότερο τμῆμα τῶν ὁδηγιῶν, ἐπεὶδὴ καθορίζουν τὰ ὅρια τῶν γνώσεών μας καὶ προκαθορίζουν τὶς κλινικὲς μελέτες καὶ τὶς ἀλλαγὲς στὴ θεραπευτικὴ πρακτικὴ, πού θὰ μᾶς ἀπασχολήσουν τὰ ἐπόμενα ἔτη.

1. Ἀκόμα δὲν γνωρίζουμε τὴν παθοφυσιολογία τῆς κολπικῆς μαρμαρυγῆς. Γνωρίζουμε πολλοὺς μηχανισμούς, ἀλλὰ ὄχι αὐτὸν πού εὐθύνεται γιὰ τὴν κολπικὴ μαρμαρυγὴ στὸν ἀσθενῆ μας. Ἐνα μέρος τῆς θεραπευτικῆς ἀποτυχίας, νὰ ἐλέγξουμε τὸ ρυθμὸ, ὀφείλεται στὸ γεγονὸς ὅτι ἐφαρμόζουμε τὴν ἴδια θεραπεία γιὰ διαφορετικὲς μορφὲς τῆς νόσου.

2. Ἀκόμα δὲν γνωρίζουμε μὲ ἀκρίβεια, ποῖο εἶναι τὸ φορτίο τῆς κολπικῆς μαρμαρυγῆς πού «ἀπαιτεῖ» θεραπεία. Χρησιμοποιοῦμε τὰ 30 δευτερόλεπτα γιὰ τὸν ὀρισμὸ, ἀλλὰ δὲν ὑπάρχει τεκμηριωμένο χρονικὸ διάστημα γιὰ τὴν ἀνάγκη φαρμακευτικῆς ἢ ἐπεμβατικῆς θεραπείας ἢ γιὰ τὴν ἀνάγκη λήψης μόνιμης ἀντιπηκτικῆς ἀγωγῆς.

Ευτυχώς είναι σε εξέλιξη μελέτες, που θα τό προσδιορίσουν στο άμεσο μέλλον.

3. Τα βραχεία επεισόδια κολπικών (συχνά ρυθμικών) ταχυκαρδιών, που δεν πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια της κολπικής μαρμαρυγής ή του κολπικού περφυγισμού, γνωρίζουμε ότι αυξάνουν τον κίνδυνο αγγειακού έγκεφαλικού επεισοδίου, αλλά δεν γνωρίζουμε αν πρέπει να χορηγούμε αντιπηκτική άγωγή. Υπάρχουν σε εξέλιξη μελέτες με το ερώτημα αυτό, αλλά μέχρι τότε συνιστάται αυτοσυγκράτηση. Και βέβαια η άσπιρίνη δεν έχει θέση εδώ.

4. Είναι πολλές ακόμα οι υποομάδες του πληθυσμού, που δεν γνωρίζουμε τον ακριβή τους θρομβοεμβολικό κίνδυνο. Φύλο, φυλή, συμπαρομαρτούσες θεραπείες είναι ακόμα υπό μελέτη.

5. Στους άσθενείς με σοβαρή νεφρική δυσλειτουργία, ο Ευρωπαϊκός Όργανισμός Φαρμάκου (EMA) έχει επιτρέψει τη χορήγηση κάποιων νεότερων αντιπηκτικών και των κουμαρινικών αντιπηκτικών (σε GFR<30 ml/min), αλλά δεν υπάρχουν δεδομένα από προοπτικές τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες για το πραγματικό όφελος αυτών των άσθενών. Μεγάλη προσοχή λοιπόν στην έπιλογή των θεραπειών και προτεραιότητα στην ασφάλεια.

6. Οι συσκευές σύγκλεισης του άριστερου ώτιου πρέπει να μελετηθούν έναντι των νεότερων αντιπηκτικών. Μέχρι τότε δεν μπορούν να αποκτήσουν μια σημαντική θέση στην κλινική πράξη.

7. Η αντιπηκτική άγωγή μετά από ισχαιμικό ή από αίμορραγικό αγγειακό έγκεφαλικό επεισόδιο είναι ακόμα υπό μελέτη. Υπάρχει μια μεγάλη μελέτη σε εξέλιξη και αναμένονται κι άλλες. Έν τω μεταξύ καθίσταται όλο και πιο πολύ αποδεκτό, ότι ακόμα και μετά από αίμορραγικό επεισόδιο ο μεγαλύτερος κίνδυνος για την πλειονότητα των άσθενών είναι να υποστούν ισχαιμικό αγγειακό επεισόδιο, γι' αυτό δεν πρέπει να εγκαταλείπεται ή αντιπηκτική άγωγή.

8. Θεωρούμε ασφαλή την ανάταξη εντός 48 ωρών από την έναρξη της κολπικής μαρμαρυγής. Φαίνεται όμως ότι τα χρονικά περιθώρια της ασφαλούς, χωρίς προστασία, ανάταξης είναι 24 ή και 12 ώρες. Έν αναμονή δεδομένων κι εδώ.

9. Ποιος φταίει για το αγγειακό έγκεφαλικό επεισόδιο, όταν συνυπάρχουν και άλλες παθή-

σεις (π.χ. στένωση καρωτίδων); Άκόμα δεν γνωρίζουμε και αναγκαζόμαστε να χορηγούμε διπλή άγωγή με αντιπηκτικά και αντιαιμοπεταλιακά. Η ένδαρτηρικτομή ίσως βοηθήσει στην άποφυγή διπλής θεραπείας και του συνοδοῦ αύξημένου αίμορραγικού κινδύνου.

10. Κολπική μαρμαρυγή και βαλβιδοπάθειες. Παρά την πενία δεδομένων φαίνεται ότι τελικά η ρευματικής αιτιολογίας στένωση μιτροειδούς θα παραμείνει το μόνο κάστρο που θα αντισταθεί στα νεότερα αντιπηκτικά.

11. Αντιπηκτική άγωγή μετά από έπιτυχημένη επέμβαση κατάλυσης της κολπικής μαρμαρυγής (ablation). Υπάρχει μια μεγάλη μελέτη σε εξέλιξη (EAST-AFNET 4). Μέχρι τότε ως αντιμετώπιζουμε με καχυποψία τη διακοπή των αντιπηκτικών, ακόμα κι όταν ο άσθενής δηλώνει με αυτοπεποίθηση ότι η κολπική μαρμαρυγή εξαφανίστηκε έντελως. Ο πειρασμός της διακοπής είναι μεγάλος, αλλά προς το παρόν υπάρχει πλήρης έλλειψη ποιοτικών υποστηρικτικών δεδομένων. Και σε αυτά δεν συμπεριλαμβάνω την πληθώρα μελετών από μελέτες παρατήρησης.

12. Τα φάρμακα για τον έλεγχο της συχνότητας είναι λίγα και η επίδρασή τους στην πρόγνωση των άσθενών δεν είναι τεκμηριωμένη. Η μελέτη RATE-AF θα μάς δώσει περισσότερα δεδομένα. Μέχρι να έχουμε περισσότερη γνώση πρέπει να έχουμε τη δέουσα έγγρατεια στους στόχους (<110 BPM και όχι <80 BPM) αλλά και στους τρόπους (όχι αντιαρρυθμικά για τον έλεγχο της συχνότητας και προσοχή στη χρήση διγοξίνης).

13. Η επέμβαση κατάλυσης (ablation) στην από μακροῦ έμμένουσα κολπική μαρμαρυγή δεν έχει άποδείξεις για το μακροχρόνιο όφελος που προσφέρει στους άσθενείς. Είναι στο επίκεντρο πολλών μελετών που βρίσκονται σε εξέλιξη. Μικρό καλάθι λοιπόν και προσεκτική έπιλογή άσθενών προς το παρόν.

14. Δεν έχει καθοριστεί ακόμα, ποια είναι η καλύτερη μέθοδος για το δεύτερο ablation κολπικής μαρμαρυγής στους άσθενείς αυτούς που οδηγούνται σε αυτό μετά από τυχοῦσα ύποτροπή της. Πάντως, εκ των τεχνικών που έχουν προταθεί, δεν υπάρχει κάποια, πλην της περιφερικής απομόνωσης των πνευμονικών φλεβών, που να έχει άποδείξει την άποτελεσματικότητά της.

Ἐξάλλου, τὸ τυχὸν παραπάνω ὄφελος ἀπὸ τὴ χορήγηση ἐκτεταμένων βλαβῶν σὲ ἄλλους στόχους μετριάζεται ἀπὸ τὴς αὐξημένες ἐπιπλοκὲς τῶν ἀπαιτητικῶν χρονοβόρων ἐπεμβάσεων.

15. Ἡ συνδυασμένη θεραπεία μετὰ ἀπὸ ἐπέμβαση κατάλυσης με ἀντιαρρυθμικά δὲν ἔχει μελετηθεῖ ποτὲ σὲ εἰδικὰ σχεδιασμένη κλινικὴ δοκιμή, παρὰ τὸ γεγονὸς ὅτι στὴν κλινικὴ πράξη πολλοὶ ἄσθενεῖς ἀνταποκρίνονται πολὺ καλὰ στὴν ἀγωγή αὐτή.

16. Τὸ πιθανὸ ὄφελος ἐπιβίωσης ἀπὸ τὴ στρατηγικὴ ἐλέγχου τοῦ ρυθμοῦ μὲ ἐπέμβαση κατάλυσης ἢ/καὶ νεότερα φάρμακα εἶναι ὑπὸ μελέτη αὐτὰ τὰ χρόνια (μελέτες CABANA καὶ EAST-AFNET4), ἀλλὰ χρειάζονται κι ἄλλες μελέτες γιὰ τὸ σκοπὸ αὐτὸ καὶ ἴσως μελέτες πὸ νὰ συμπεριλαμβάνουν καὶ τὸ χειρουργικὸ ablation.

17. Τὸ θωρακοσκοπικὸ χειρουργικὸ ablation δὲν ἔχει μελετηθεῖ ποτὲ σὲ σύγκριση μὲ τὸ διαφλέβιο ablation καὶ τὰ ἀντιαρρυθμικά φάρμακα. Μιὰ τέτοια μελέτη εἶναι ἀπαραίτητη γιὰ τὴν κλινικὴ ἀξιολόγηση τῶν ἀποτελεσμάτων του.

18. Ὁ χειρουργικὸς ἀποκλεισμὸς τοῦ ὠτίου τοῦ ἀριστεροῦ κόλπου εἶναι ὑπὸ ἐξέταση μὲ τὴ μελέτη LAAOS (Left Atrial Appendage Occlusion

Study) III, πὸν βρῖσκεται σὲ ἐξέλιξη. Ἴδωμεν λοιπὸν, ἂν θὰ βρεθεῖ μόνιμη λύση γιὰ τοὺς ἄσθενεῖς, πὸν δὲν μποροῦν νὰ λάβουν ἀντιπηκτικά.

19. Ἡ χειρουργικὴ ἀντιμετώπιση τῆς κολπικῆς μαρμαρυγῆς, γενικότερα, δὲν ἔχει ποτὲ μελετηθεῖ στὸ πλαίσιο τυχαιοποιημένων προοπτικῶν μελετῶν. Ἀνάλογες μελέτες θὰ δοῦμε τὰ προσεχῆ χρόνια. Μέχρι τότε συνιστᾶται κλινικὴ σφραγισμὴ καὶ ὀρθὴ χρῆση τῶν ὑπαρχουσῶν θεραπευτικῶν ἐπιλογῶν. Ἡ υἰοθέτηση ἀπὸ τὴν Εὐρωπαϊκὴ Καρδιολογικὴ Ἑταιρεία τοῦ ρόλου τοῦ AF Heart Team γιὰ τὸν συντονισμὸ τῶν ἀνωτέρω θεραπειῶν εἶναι ἐνδεικτικὴ τῆς σημασίας πὸν ἀποδίδεται ἀπὸ αὐτὲς τὴς ὁδηγίες στὴ συνεργασία καρδιολόγων-καρδιοχειρουργῶν.

Σὲ ὅλες τὴς παραπάνω περιπτώσεις δικαιούστε νὰ ἔχετε ἰσχυρὴ προσωπικὴ ἀποψη, νὰ ἐξατομικεύεται τὴ θεραπεία σας, ἀλλὰ δὲν δικαιούστε, πρὸς τὸ παρόν, νὰ ἀπαιτεῖτε ἀπαντήσεις βασισμένες σὲ ἀποδείξεις. Αὐτὲς θὰ ἔρθουν στὸ κοντινὸ μέλλον καὶ θὰ κάνουν τὴν θεραπεία τῆς κολπικῆς μαρμαρυγῆς πὸ ἀποτελεσματικὴ, ἀλλὰ ἴσως καὶ λιγότερο ἐνδιαφέρουσα. Ἡ συμμερφωση μὲ τὰ δεδομένα ἔχει κι αὐτὴ τὸ κόστος της.



Ἡ «Αἰώνια Πόλη»