

Άνάταξη κολπικής μαρμαρυγής. Τί δέον γενέσθαι;

Γεώργιος Κ. Ανδρικόπουλος

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

«Έξις δευτέρα φύσις» είχε πει ο Άριστοτέλης. Ο Φιοντόρ Νοστογιέφσκι, 2.000 χρόνια μετά, είχε διατυπώσει μια πιό χιουμοριστική προσέγγιση αυτής της αλήθειας, λέγοντας ότι «Μοῦ φαίνεται πὼς τὸ δεύτερο μισὸ τῆς ζωῆς ἐνὸς ἀνθρώπου δὲν ἀποτελεῖται ἀπὸ τίποτε ἄλλο παρὰ ἀπὸ τὶς συνήθειες ποὺ μάζεψε στὸ πρῶτο μισό».

Εἶναι γεγονός ὅτι στὴ ζωὴ τῶν ἰατρῶν, τῶν καρδιολόγων συμπεριλαμβανομένων, ἡ ζωὴ, μετὰ τὴν εἰδικότητα, ἀποτελεῖ ἕνα σαφῶς καθορισμένο «δευτερο μισό». Καὶ εἶναι ἀκόμα γεγονός, ὅτι στὸ δεύτερο αὐτὸ μισὸ συχνὰ ἀναπαράγουμε μὲ ἐπιμονὴ αὐτὰ ποὺ κάνουμε στὸ πρῶτο μισό. Ἐν προκειμένῳ, καὶ ὅσον ἀφορᾷ στὴν ἀντιμετώπιση τῆς κολπικῆς μαρμαρυγῆς, ἔχω σχηματίσει τὴν ἐντύπωση, ἀπὸ τὴ μακρὰ ἐνασχόλησή μου μὲ τὴν κολπικὴ μαρμαρυγὴ ἀλλὰ καὶ συζητήσεις μὲ συναδέλφους ἀπὸ ὅλη τὴ χώρα κατὰ τὴ διάρκεια ἐκπαιδευτικῶν ἐκδηλώσεων, ὅτι ὁ «μέσος καρδιολόγος», (ἐλπίζω νὰ μοῦ συγχωρήσετε τὴν ἐκφραση), κάνει τὰ ἀκόλουθα:

1. Στὸ νοσοκομεῖο:

Ἀμυδαρόνη ἐνδοφλεβίως σὲ μεγάλη ποικιλία δόσεων, μὲ ἢ χωρὶς φόρτιση καὶ ἀνεξαρτήτως τῶν χαρακτηριστικῶν τοῦ ἀσθενοῦς.

Σπανιότερα, καὶ μόνο σὲ κατάσταση σοβαρῆς αἰμοδυναμικῆς ἀστάθειας τοῦ ἀσθενοῦς, ἠλεκτρικὴ ἀνάταξη.

Περιορισμένη χρῆση ἰβουτιλίδης καὶ βερνα-

καλάντης.

Πολὺ περιορισμένη χρῆση φλεκαϊνίδης, προπαφαινόνης καὶ εὐτυχῶς σοταλόλης. Ὁ χαρακτηρισμὸς «εὐτυχῶς» γιὰ τὴ σοταλόλη ὀφείλεται στὸ γεγονός, ὅτι ἡ σοταλόλη ΔΕΝ προτείνεται γιὰ τὴν ἀνάταξη τῆς κολπικῆς μαρμαρυγῆς, λόγῳ τῆς μικρῆς ἀποτελεσματικότητος ἀλλὰ καὶ τοῦ τρόπου μὲ τὸν ὁποῖο δρᾷ. Συγκεκριμένα, ἡ δρᾶση τῆς ἔχει ἀνάστροφη σχέση μὲ τὴ συχνότητα χρῆσης τῶν κυτταρικῶν διαύλων (reverse use dependet action), δηλαδὴ μὲ τὴν καρδιακὴ συχνότητα, ποὺ συνήθως εἶναι αὐξημένη ἐπὶ παροξυσμῶν κολπικῆς μαρμαρυγῆς.

2. Στὸ ἰατρεῖο:

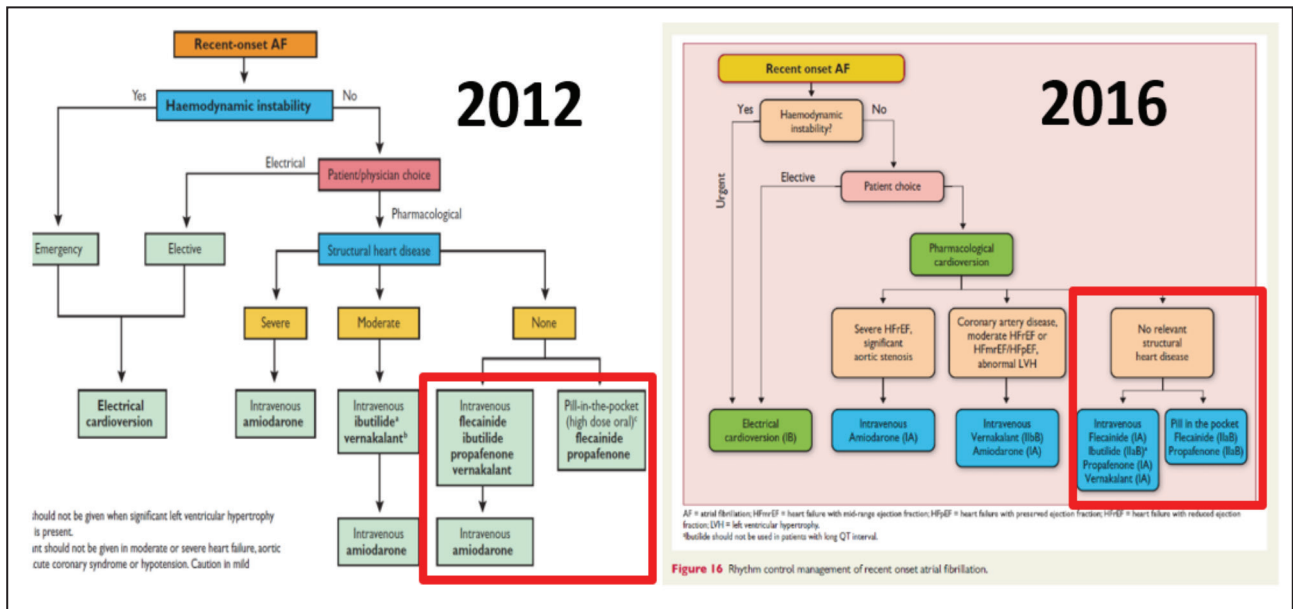
Προτιμᾶται γενικὰ ἡ ΜΗ ἀνάταξη καὶ ἡ ἀποφυγὴ ἰατρικῶν πράξεων μὲ πιθανότητα ἐκδήλωσης ἀνεπιθύμητων ἐνεργειῶν.

Συχνότερα συστήνεται ἡ προσπάθεια ἀνάταξης σὲ νοσοκομεῖο.

Σπανιότερα χρησιμοποιοῦνται ἐντὸς τοῦ ἰατρείου ἀντιαρρυθμικὰ φάρμακα τῆς ὁμάδας IC καὶ κυρίως ἡ φλεκαϊνίδη ἄμεσης ἀποδέσμευσης καὶ ἡ προπαφαινόνη καὶ εὐτυχῶς ἀκόμα σπανιότερα συστήνεται ἡ ἀποφυγὴ ἀνάταξης.

3. Στὸ σπίτι τοῦ ἀσθενοῦς:

Συνήθως οἱ ἀσθενεῖς χρησιμοποιοῦν, μετὰ ἀπὸ ὁδηγίες τῶν θεραπόντων ἰατρῶν βεβαίως, β-ἀποκλειστές, διγοξίνη ἢ/καὶ ἀνταγωνιστὲς ἀσβεστίου γιὰ ἔλεγχο τῆς καρδιακῆς συχνότητος



Πίνακας 1. Ο αλγόριθμος που προτείνεται από τις οδηγίες της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Έταιρείας για την αντιμετώπιση της κοιλιακής μαρμαρυγής. Συγκριτική παρουσίαση των οδηγιών του 2012 και των πλέον πρόσφατων του 2016. Το κόκκινο πλαίσιο είναι προσθήκη του γράφοντος, για να εστιαστεί ή προσοχή στους ασθενείς χωρίς οργανική καρδιοπάθεια, που αποτελούν και την πλειονότητα των ασθενών.

ή επειδή, έσφαλμένα πιστεύουν ότι η μείωση της καρδιακής συχνότητας οδηγεί σε ηλεκτρική ανάταξη.

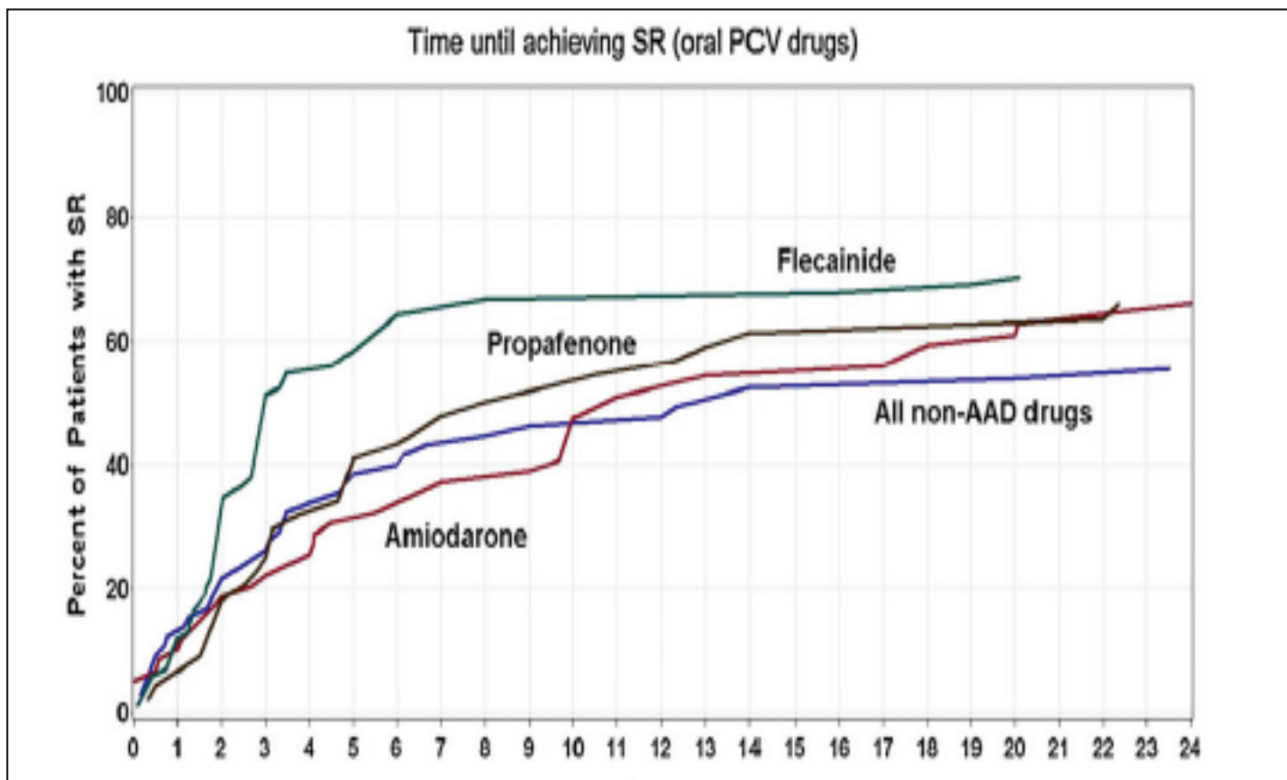
Σπανιότερα, αλλά συχνότερα κατά τα τελευταία χρόνια, οί ασθενείς έχουν αρχίσει να χρησιμοποιούν φλεκαϊνίδη ή προπαφαινόνη (άμεσης αποδέσμευσης άμφότερα), προκειμένου να επιτευχθεί ή ανάταξη (pill in the pocket strategy). Είναι μια στρατηγική, που γενικά υποχρησιμοποιείται, αλλά και όταν υιοθετείται, συχνά γίνεται χρήση πολύ μικρών δόσεων, που οδηγούν σε ανάιρεση της αποτελεσματικότητάς της. Για να γίνει αντιληπτό το παραπάνω, υπενθυμίζω ότι στη μελέτη των Alboni P. και συνεργατών (N Engl J Med 2004;351:2384-91), που έθεσε τα θεμέλια της καλούμενης «pill in the pocket strategy», η μέση δόση φλεκαϊνίδης ήταν 263 mg (δηλαδή 2,6 tab άμεσης αποδέσμευσης) και προπαφαινόνης 555 mg (δηλαδή 3,7 tab άμεσης αποδέσμευσης).

Άφου κάναμε μια βραχεία ανασκόπηση της κλινικής πραγματικότητας στη χώρα μας, έλπιζω χωρίς να πήραμε αποστάσεις από την πραγματικότητα αυτή καθ' αυτή, ως ρίξουμε μια ματιά στις οδηγίες της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Έταιρεί-

ας, όπως αυτές διαμορφώθηκαν το 2016 σε σύγκριση με τις προηγούμενες οδηγίες, προκειμένου να αποκτήσουμε και μια αίσθηση των αλλαγών που συνοδεύουν τη διαχρονική τους εξέλιξη (Πίνακας 1).

Άλλαγές στις οδηγίες του 2016 σε σχέση με τις οδηγίες του 2012

Η πιο μεγάλη και προφανής αλλαγή στους δύο Πίνακες είναι η απόλειψη της άμωδαρόνης από την ανάταξη των ασθενών χωρίς οργανική καρδιοπάθεια, που αποτελούν και την πλειονότητα των ασθενών που καλούμαστε να ανατάξουμε στις πρόσφατες οδηγίες. Η απόλειψη αυτή δεν οφείλεται μόνο στη μειωμένη αποτελεσματικότητα της άμωδαρόνης στην ανάταξη της κοιλιακής μαρμαρυγής, αλλά και στην καθυστερημένη δράση αυτής. Είναι γνωστό ότι η άμωδαρόνη, κατά το πρώτο 24ωρο, δεν διαφέρει σημαντικά από το εικονικό φάρμακο στην πιθανότητα ανάταξης και μόνο κατά το δεύτερο 24ωρο υπερέχει αυτού. Παραθέτω τα συμπεράσματα της τελευταίας μεγάλης μελέτης για την ανάταξη της κοιλιακής μαρμαρυγής προσφάτου ενάρξεως, της μελέτης RHYTHM-AF (Crijns HJ, et al. Int J Cardiol. 2014 Apr 1;172(3):588-94).



Πίνακας 2. Αποτελεσματικότητα των από το στόματος φαρμάκων που χρησιμοποιήθηκαν για την ηλεκτρική ανάταξη της κοιλιακής μαρμαρυγής στη μελέτη RHYTHM-AF (δεδομένα από Crijns HJ, et al. *Int J Cardiol.* 2014 Apr 1;172(3):588-94).

(**Conclusions:** Mode of CV varied significantly, but both PCV and ECV were safe and effective. Class Ic drugs were most effective conversion drugs, but amiodarone is used most frequently, despite providing merely rate control rather than shorten time to conversion. **Συμπεράσματα:** Ο τρόπος ανάταξης ποικίλει σημαντικά, αλλά τόσο η φαρμακευτική όσο και η ηλεκτρική ανάταξη ήταν ασφαλής και αποτελεσματική. Τα φάρμακα Ic ήταν τα πιο αποτελεσματικά, αλλά η αμιωδαρόνη χρησιμοποιείται πιο συχνά, παρά το γεγονός ότι περισσότερο προσφέρει έλεγχο της συχνότητας παρά βραχύνει το χρόνο της ανάταξης).

Πιο πάνω (Πίνακας 2) παραθέτω τον πίνακα, όπου συγκρίνεται η αποτελεσματικότητα των από το στόματος φαρμάκων που χρησιμοποιήθηκαν για την ηλεκτρική ανάταξη της κοιλιακής μαρμαρυγής στη μελέτη RHYTHM-AF, προκειμένου να έχουμε μια ένδειξη τόσο της αποτελεσματικότητάς τους (απόσταση από τη μωβ γραμ-

μή, που δείχνει την επίδραση των φαρμάκων που δεν ανατάσσουν) όσο και του χρόνου που απαιτείται για την ανάταξη.

Συνεχίζοντας τις διαπιστώσεις μας για τη διαχρονική μεταβολή των όδηγιών που αφορούν στην ανάταξη, θα ήταν σκόπιμο να παρατηρήσουμε, ότι στους σχετικούς πίνακες λείπει ή αναφορά στην ίβουτιλίδη σε ασθενείς με «μέτρια οργανική καρδιοπάθεια». Αν εξαιρέσουμε τον εμπνευσμένο νεολογισμό των συγγραφέων των όδηγιών του 2012, περί της μέτριας οργανικής καρδιοπάθειας, ενώ ακόμα δεν έχει καθοριστεί η έννοια της οργανικής καρδιοπάθειας αυτής, ο περιορισμός της χρήσης της ίβουτιλίδης μόνο σε ασθενείς χωρίς οργανική καρδιοπάθεια είναι λογικός και υποστηρίζεται από τον πολύ υψηλό κίνδυνο προαρρυθμίας της ίβουτιλίδης, αλλά και από την ανάγκη συνεχούς ηλεκτροκαρδιογραφικής παρακολούθησης των ασθενών που την λαμβάνουν.

Τὸ δέον.....

Ίατρικῶς, λοιπόν, καθίσταται τουλάχιστον ἐρμηνεύσιμη ἢ ἀπάλειψη τῆς ἀμιωδαρόνης ἀπὸ τὸν θεραπευτικὸ ἀλγόριθμο τῆς ἀνάταξης τῶν ἀσθενῶν μὲ κολπικὴ μαρμαρυγὴ προσφάτου ἐνάρξεως καὶ ἀπουσία ὀργανικῆς καρδιοπάθειας.

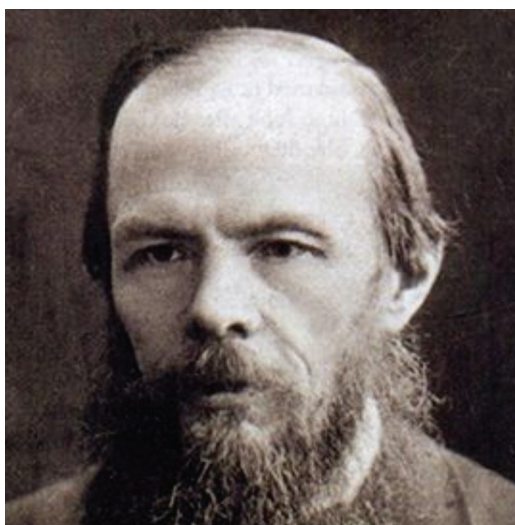
Ἀπὸ τὴν ἄλλη πλευρά, εἶναι ἀπολύτως λογικὴ, ἀναγκαία καί, γιὰ νὰ εἶμαστε ἀκριβεῖς, ἀναντικατάστατη ἢ χρησιμοποίησις τῆς ἀμιωδαρόνης γιὰ τοὺς ἀσθενεῖς μὲ ὀργανικὴ καρδιοπάθεια, ποὺ πρέπει νὰ ὑποβληθοῦν σὲ φαρμακευτικὴ ἀνάταξις τῆς κολπικῆς μαρμαρυγῆς.

Ἐνας ἄλλος σημαντικὸς παράγων, ποὺ πρέπει νὰ λάβουμε ὑπ' ὄψιν μας γιὰ τοὺς ἀσθενεῖς χωρὶς ὀργανικὴ καρδιοπάθεια, εἶναι καὶ τὸ κοινωνικὸ καὶ οἰκονομικὸ κόστος τῆς προσπάθειας ἀνάταξης. Ἔτσι, λοιπόν, εἶναι λογικὸ νὰ ἀποφεύγουμε πρακτικῶς ποὺ παρατείνουν τὴν παραμονὴ στὸ νοσοκομεῖο (π.χ. ἀμιωδαρόνη) ἢ χρησιμοποιοῦν δαπανηρῶς μεθόδους παρεμβάσεων, ὅπως εἶναι ἡ μονάδα ἐντατικῆς θεραπείας, ἢ κινήτοποίηση ἄλλων ειδικοτήτων (π.χ. ἀναισθησιολόγων) καὶ ἡ χρῆσις πολὺ δαπανηρῶν φαρμάκων (π.χ. βερνακαλάντη). Νὰ σημειωθεῖ, ὅτι ἡ παραμονὴ στὸ νοσοκομεῖο εἶναι ὁ κυριότερος τρόπος μὲ τὸν ὁποῖο αὐξάνει ἢ δαπάνη γιὰ τὴν ἀντιμετώπιση τῆς κολπικῆς μαρμαρυγῆς καὶ ἡ χρῆσις κρεβατιῶν ἐντατικῆς παρακολούθησις εἶναι μὴ ἐφικτὴ τόσο γιὰ τὰ δημόσια νοσοκομεῖα (εἶδος ἐν ἀνεπαρκείᾳ) ὅσο καὶ γιὰ τὰ ἰδιωτικὰ (ὑψηλὸ κόστος χρῆσις).

Καὶ τὸ ἐφικτὸν

Εἶναι ἐφικτό, δόκιμο καὶ νομίζω ἀποτελεσματικὸ, νὰ προσανατολίσουμε τὴν κλινικὴ μας πράξις περισσότερο πρὸς τὶς ὁδηγίαις τῆς Εὐρωπαϊκῆς Καρδιολογικῆς Ἑταιρείας. Γιὰ τοὺς ἀσθενεῖς χωρὶς ὀργανικὴ καρδιοπάθεια χρειαζόμεστε μεγαλύτερη χρῆσις ἀπὸ τοῦ στόματος φλεκαϊνίδης καὶ προπαφαινόνης ἄμεσης ἀπορρόφησις γιὰ τὴν ἀνάταξις καὶ λιγότερη χρῆσις ἀμιωδαρόνης. Ἡ ἰβουτιλίδη καὶ ἡ βερνακαλάντη, γιὰ διαφορετικοὺς λόγους ἕκαστη, ὀδηγοῦνται οὕτως ἢ ἄλλως σὲ περιθωριοποίησις. Γιὰ τοὺς ἀσθενεῖς μὲ ὀργανικὴ καρδιοπάθεια πρέπει νὰ ἐπικεντρωθοῦμε στὴν ὀρθὴ χρῆσις τῆς ἀμιωδαρόνης.

Γιὰ ὅλους τοὺς ἀσθενεῖς μὲ κολπικὴ μαρμαρυγὴ προσφάτου ἐνάρξεως, ποὺ φτάνουν σὲ κάποια δευτεροβάθμια ἢ τριτοβάθμια μονάδα ὑγείας, πρέπει νὰ αὐξηθεῖ ὁ ἀριθμὸς τῶν ἀσθενῶν ποὺ ὑποβάλλονται σὲ ἠλεκτρικὴ ἀνάταξις, ὅπως γίνεται καὶ στὶς περισσότερες χώρες μὲ ἀναπτυγμένα συστήματα ὑγείας. Ἀλλὰ γιὰ τὸν τρόπο μὲ τὸν ὁποῖο μπορεῖ καὶ πρέπει νὰ γίνεται ἡ ἠλεκτρικὴ ἀνάταξις, καθὼς καὶ πρακτικῶς ὁδηγίαις γιὰ τὸν τρόπο ποὺ πρέπει νὰ γίνεται ἡ φαρμακευτικὴ ἀνάταξις στὸ ἱατρεῖο ἢ/καὶ στὸ σπίτι, θὰ ἀναφερθοῦμε στὸ προσεχῆς ἄρθρο. Μέχρι τότε ἅς θυμηθοῦμε τὸν Ντοστογιέφσκι καὶ ἅς προσπαθήσουμε νὰ τοῦ ἀποδείξουμε, ὅτι ὅταν ἡ γνώσις μάχεται τὴν ἔξις, κερδίζει ἡ γνώσις..... καὶ οἱ ἀσθενεῖς μας.



Φιόντορ Μιχάηλοβιτς Ντοστογιέφσκι (1821-1881)
Ρώσος συγγραφέας, κορυφαία μορφή τῆς παγκόσμιας λογοτεχνίας, γιὸς ἱατροῦ.