

Πρόσφατες σημαντικές δημοσιεύσεις σε περιοδικά κύρους

Πολυχρόνης Ε. Δηλαβέρης

Διευθυντής Ε.Σ.Υ., Α΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, "Ιπποκράτειο" Γ.Ν.Α.

Ενας σύγχρονος πρακτικός οδηγός για τη χρήση των νεότερων αντιπηκτικών φαρμάκων, που χορηγούνται σε ασθενείς με κολπική μαρμαρυγή, δημοσιεύθηκε πρόσφατα από την European Heart Rhythm Association.¹ Αποτελεί τη δεύτερη αναθεώρηση του πρακτικού οδηγού, που δημοσιεύθηκε αρχικά το 2013 [Heidbuchel et al. European Heart Rhythm Association Practical Guide on the use of new oral anticoagulants in patients with non-valvular atrial fibrillation. *Eurpace* 2013;15:625-651] και ακολουθώς το 2015 [Heidbuchel et al. Updated European Heart Rhythm Association Practical Guide on the use of non-vitamin K antagonist anticoagulants in patients with non-valvular atrial fibrillation. *Eurpace* 2015;17:1467-1507]. Τα νεότερα αντιπηκτικά φάρμακα (NOACs) αποτελούν εναλλακτική επιλογή αντί των ανταγωνιστών της βιταμίνης K, για την πρόληψη του αγγειακού έγκεφαλικού επεισοδίου σε ασθενείς με μη βαλβιδικής αιτιολογίας κολπική μαρμαρυγή και θεωρούνται προτιμητέα επιλογή σε ασθενείς στους οποίους χορηγούνται αντιπηκτικά φάρμακα για πρώτη φορά. Τόσο οι γιατροί όσο και οι ασθενείς έχουν αποκτήσει εμπειρία από τη χρήση των φαρμάκων αυτών στην κλινική πράξη. Ωστόσο, υπάρχουν αναπάντητες ερωτήσεις, όσον αφορά στην όρθη χρήση των φαρμάκων αυτών σε ειδικές κλινικές καταστάσεις. Η European Heart Rhythm Association σχεδίασε έναν ενοποιημένο

τόπο για την ενημέρωση των ιατρών, όσον αφορά στη χρήση των διαφορετικών NOACs. Ήπελέγησαν 20 θέματα, που αφορούσαν σε διαφορετικά κλινικά σενάρια, για τα οποία δόθηκαν πρακτικές, κατάλληλα τεκμηριωμένες απαντήσεις. Τα 20 κλινικά σενάρια ήσαν: (1) Καταλληλότητα των ασθενών να λάβουν NOACs. (2) Πρακτικός τρόπος έναρξης της αγωγής με NOACs και τρόπος παρακολούθησης. (3) Ήξασφάλιση της συμμόρφωσης του ασθενούς στο συνταγογραφούμενο NOAC. (4) Άλλαγή από το ένα στο άλλο NOAC. (5) Φαρμακοκινητική και αλληλεπιδράσεις των NOACs με άλλα φάρμακα. (6) Χρήση NOACs σε ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο ή σοβαρού βαθμού ήπατοπάθεια. (7) Πώς να μετρούμε την αντιπηκτική δράση των NOACs. (8) Μέτρηση των επιπέδων στο πλάσμα των NOAC: σπάνιες ένδειξεις, προφυλάξεις και πιθανά λάθη. (9) Πώς να αντιμετωπίσουμε τα λάθη στο δοσολογικό σχήμα. (10) Τί πρέπει να κάνουμε, όταν υπάρχει ισχυρή ύποψια για λήψη υπερβολικής δόσης του NOAC, χωρίς να υπάρχουν αιμορραγικά φαινόμενα. (11) Αντιμετώπιση της αιμορραγίας σε ασθενείς που λαμβάνουν NOAC. (12) Τί κάνουμε σε ασθενείς που υποβάλλονται σε προγραμματισμένη επεμβατική πράξη, έγχειρηση ή κατάλυση με καθετήρα. (13) Τι κάνουμε στους ασθενείς που απαιτείται επείγουσα χειρουργική παρέμβαση. (14) Τί κάνουμε σε ασθενείς με κολπική μαρμαρυγή και στεφανιαία νόσο. (15) Πώς να αποφεύγουμε τη σύγχυση

μέ τη δόση των NOAC σε διαφορετικές ένδειξεις. (16) Ηλεκτρική ανάταξη σε ασθενή που λαμβάνει NOAC. (17) Ασθενείς με κολπική μαρμαρυγή που εμφανίζουν άγγειακό έγκεφαλικό επεισόδιο, ενώ λαμβάνουν NOAC. (18) Χορήγηση NOAC σε ειδικές περιπτώσεις ασθενών. (19) Χορήγηση αντιπηκτικής άγωγης σε ασθενείς με κολπική μαρμαρυγή που εμφάνισαν κακοήθεια. (20) Βελτιστοποίηση του δοσολογικού σχήματος των ανταγωνιστών της βιταμίνης K. VKA. Περισσότερες πληροφορίες (και σε διαφορετικές γλώσσες) στο website (www.NOACforAF.eu).

● Το αρχείο καταγραφής μυοκαρδιοπαθειών του EURObservational Research Programme αποτελεί ένα προοπτικό, πολυεθνικό μητρώο καταγραφής διαδοχικών ασθενών, που πάσχουν από τέσσερις τύπους μυοκαρδιοπάθειας: υπερτροφική, διατακτική, περιοριστική και άρρυθμιογενή δυσπλασία της δεξιάς κοιλίας.² Σε 69 κέντρα από 18 χώρες κατεγράφησαν 3.208 ασθενείς, 1.739 με υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια, 1.260 με διατακτική μυοκαρδιοπάθεια, 66 με περιοριστική μυοκαρδιοπάθεια και 143 ασθενείς με άρρυθμιογενή δυσπλασία της δεξιάς κοιλίας. Διαφορές ανάμεσα στους διαφορετικούς τύπους μυοκαρδιοπάθειας παρατηρήθηκαν, όσον αφορά στην ηλικία που είχαν οι ασθενείς, όταν έτέθη η διάγνωση, το οικογενειακό ιστορικό, το ιστορικό έμμένουσας κοιλιακής άρρυθμίας, τη χρήση μαγνητικής τομογραφίας ή γενετικής ανάλυσης για τη διάγνωση και την εμφύτευση άπινιδιστών. Οι συγγενείς των πασχόντων είχαν μικρότερη ηλικία κατά τη διάγνωση, αλλά παρόμοια συχνότητα συμπτωμάτων ή λήψη άπινιδιστών. Οι ασθενείς, που κατεγράφησαν σε έξειδικευμένα κέντρα, είχαν συχνότερα οικογενή νόσο, συχνότερα έπασχαν από σπάνια νοσήματα και συχνότερα λάμβαναν έναν εμφυτεύσιμο άπινιδιστή. Οι ασθενείς, που προέρχονταν από τη Νότια Ευρώπη, είχαν συχνότερα οικογενή νόσο ή έπασχαν από σπάνιο υποκείμενο νόσημα. Έπομένως, ο χειρισμός των ασθενών με μυοκαρδιοπάθειες απαιτεί πολύπλοκα διαγνωστικά μέσα και συνεργασία ανάμεσα σε διαφορετικές ειδικότητες. Στο μητρώο αυτό των ασθενών με μυοκαρδιοπάθεια στην Ευρώπη τεκμηριώνονται οι διαφορές που παρατηρούνται στις χορηγούμενες υπηρεσίες ανάμεσα στις διαφορετικές χώρες, ούτως ώστε να εξασφαλίζονται σε όλους τους ασθενείς τεκμηριω-

μένες διαγνωστικές διαδικασίες και θεραπευτικές προσεγγίσεις.

● Η θεραπεία του καρδιακού επανασυγχρονισμού [Cardiac resynchronisation therapy (CRT)] μειώνει τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα σε κατάλληλα επιλεγμένους ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια και έχει ισχυρή ένδειξη για αυτούς τους ασθενείς με βάση τις σύγχρονες κατευθυντήριες οδηγίες. Προηγούμενη έρευνα της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Έταιρείας, που πραγματοποιήθηκε τα έτη 2008-2009, έδειξε σημαντικές διαφορές στην εφαρμογή των κατευθυντήριων οδηγιών και σημαντικές διαφοροποιήσεις τόσο σε τοπικό όσο και σε εθνικό επίπεδο, όσον αφορά στην επιλογή των ασθενών, στην τεχνική της εμφύτευσης και στη μακροχρόνια παρακολούθηση. Ακολούθως, η European Heart Rhythm Association και η Heart Failure Association σχεδίασαν μία δεύτερη προοπτική μελέτη καταγραφής της σύγχρονης κλινικής πρακτικής, όσον αφορά στη θεραπεία του καρδιακού επανασυγχρονισμού.³ Στο μητρώο αυτό κατεγράφησαν, από τον Οκτώβριο του 2015 έως τον Δεκέμβριο του 2016, 11.088 ασθενείς, που αντιπροσώπευαν το 11% του συνολικού αριθμού των αναμενόμενων εμφυτεύσεων για τις 42 μετέχουσες χώρες κατά την περίοδο της καταγραφής. Από τους ασθενείς αυτούς, 32% ήταν ≥75 ετών, 28% των επεμβάσεων ήταν αναβαθμίσεις παλαιότερα εμφυτευθέντων βηματοδοτών ή άπινιδιστών και το 30% ήταν άμφικολιακοί βηματοδότες παρά άμφικολιακοί βηματοδότες - άπινιδιστές. Οι περισσότεροι (88%) ασθενείς είχαν διάρκεια QRS συμπλέγματος ≥130 ms, 73% είχαν αποκλεισμό του άριστερου σκέλους και 26% ήταν σε κολπική μαρμαρυγή κατά την εμφύτευση. Το μητρώο αυτό καταγραφής επιτρέπει την αξιολόγηση του βαθμού εφαρμογής των σύγχρονων κατευθυντήριων οδηγιών και αναδεικνύει την παρουσία σημαντικών διαφοροποιήσεων ως προς την επιλογή των ασθενών, την αντιμετώπισή τους, την τεχνική της εμφύτευσης και τη στρατηγική της περαιτέρω παρακολούθησης.³

● Συγκοπή είναι η παροδική απώλεια της συνείδησης, που προκαλείται από μειωμένη παροχή αίματος στον εγκέφαλο. Ένα στα δύο άτομα αναμένεται να εμφανίσει ένα συγκοπτικό επεισόδιο κατά τη διάρκεια της ζωής του. Ο πιο συ-

χνός τύπος συγκοπής είναι η νευροκαρδιογενής, που πυροδοτείται από το φόβο, τη θέα αίματος ή την παρατεταμένη όρθοστασία. Η πρόκληση για τους ιατρούς είναι να εντοπίσουν τη μειοψηφία των ασθενών με συγκοπή, που οφείλεται σε δυνητικά θανατηφόρο καρδιοπάθεια. Οι τελευταίες κατευθυντήριες οδηγίες⁴ προτείνουν έναν νέο αλγόριθμο για τη διαστρωμάτωση των ασθενών που προσέρχονται με συγκοπή στα εξωτερικά ιατρεία. Οι ασθενείς ενδιάμεσου ή και ύψηλου κινδύνου μπορεί να υποβληθούν σε κατάλληλο διαγνωστικό έλεγχο στα εξωτερικά ιατρεία ή σε ειδική μονάδα συγκοπής, ενώ οι χαμηλού κινδύνου ασθενείς μπορούν να φύγουν από το νοσοκομείο. Ο νέος διαγνωστικός αλγόριθμος για τη συγκοπή αναμένεται να μειώσει τις περιττές πολυέξοδες νοσηλείες, ενώ διασφαλίζει την όρθη διάγνωση και θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενών.

Τα περισσότερα συγκοπτικά επεισόδια δεν αυξάνουν τον κίνδυνο θανάτου, αλλά μπορούν να προκαλέσουν τραυματισμούς λόγω των πτώσεων ή να γίνουν επικίνδυνα σε όρισμένα επαγγέλματα, όπως οι πιλότοι αεροσκαφών. Οι τελευταίες κατευθυντήριες οδηγίες προτείνουν τρόπους για την πρόληψη της συγκοπής, οι οποίες περιλαμβάνουν την επαρκή ενυδάτωση, την αποφυγή χώρων με υψηλή θερμοκρασία και έντονο συνωστισμό, την αύξηση της τάσης στους μύς ή τη λήψη της ύπτιας θέσης. Συμβουλές παρέχονται και για την οδήγηση σε ασθενείς με ιστορικό συγκοπτικού επεισοδίου, παρά το ότι ο κίνδυνος άτυχηματος είναι μικρός.⁴

Το κείμενο δίνει έμφαση στη λήψη καταγραφής video στο νοσοκομείο ή στο σπίτι του ασθενούς που αναφέρει ύποτροπιάζοντα συγκοπτικά επεισόδια, για τη ενίσχυση της διάγνωσης. Ένα άλλο διαγνωστικό εργαλείο είναι το έμφυτευσιμο καταγραφικό άγκυλης (Holter), που εισάγεται κάτω από το δέρμα, στο θώρακα του ασθενούς, και καταγράφει τα ηλεκτρικά σήματα της καρδι-

ας. Οι κατευθυντήριες οδηγίες συστήνουν να επεκταθεί η χρήση του για τη διαγνωστική προσέγγιση σε ασθενείς με ανεξήγητες πτώσεις, πιθανή επιληψία ή ύποτροπιάζοντα επεισόδια ανεξήγητης συγκοπής, σε ασθενείς με χαμηλό κίνδυνο για αιφνίδιο καρδιακό θάνατο. Στις τελευταίες κατευθυντήριες οδηγίες προστέθηκε και ένα κεφάλαιο με πρακτικές οδηγίες για την όρθη πραγματοποίηση και αξιολόγηση των διαγνωστικών εξετάσεων.

Βιβλιογραφία

1. Steffel J, Verhamme P, Potpara TS, Albaladejo P, Antz M, Desteghe L, Haeusler KG, Oldgren J, Reinecke H, Roldan-Schilling V, Rowell N, Sinnaeve P, Collins R, Camm AJ, Heidbüchel H; ESC Scientific Document Group. The 2018 European Heart Rhythm Association Practical Guide on the use of non-vitamin K antagonist oral anticoagulants in patients with atrial fibrillation. *Eur Heart J*. 2018 Apr 21;39(16):1330-1393.
2. Charron P, Elliott PM, Gimeno JR, Caforio ALP, Kaski JP, Tavazzi L, Tendera M, Maupain C, Laroche C, Rubis P, Jurcut R, Calò L, Heliö TM, Sinagra G, Zdravkovic M, Kavoliuniene A, Felix SB, Grzybowski J, Losi MA, Asselbergs FW, García-Pinilla JM, Salazar-Mendiguchia J, Mizia-Stec K, Maggioni AP; EORP Cardiomyopathy Registry Investigators. The Cardio-myopathy Registry of the EURObservational Research Programme of the European Society of Cardiology: baseline data and contemporary management of adult patients with cardiomyopathies. *Eur Heart J*. 2018 Jan 24. [Epub ahead of print].
3. Dickstein K, Normand C, Auricchio A, Bogale N, Cleland JG, Gitt AK, Stellbrink C, Anker SD, Filippatos G, Gasparini M, Hindricks G, Blomström Lundqvist C, Ponikowski P, Ruschitzka F, Botto GL, Bulava A, Duray G, Israel C, Leclercq C, Margitfalvi P, Cano Ó, Plummer C, Sarigul NU, Sterlinski M, Linde C. CRT Survey II: a European Society of Cardiology survey of cardiac resynchronisation therapy in 11,088 patients-who is doing what to whom and how? *Eur J Heart Fail*. 2018 Feb 19. [Epub ahead of print].
4. Brignole M, Moya A, de Lange FJ, Deharo JC, Elliott PM, Fanciulli A, Fedorowski A, Furlan R, Kenny RA, Martín A, Probst V, Reed MJ, Rice CP, Sutton R, Ungar A, van Dijk JG; ESC Scientific Document Group. 2018 ESC Guidelines for the diagnosis and management of syncope. *Eur Heart J*. 2018 Mar 19. [Epub ahead of print].