

Όδηγίες της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Έταιρείας για την αντιμετώπιση της Κολπικής Μαρμαρυγής.

Γεώργιος Γκουμάς, Αν. Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Εύρωκλινική Αθηνών.

Πρόσφατα δημοσιεύθηκαν στο περιοδικό της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Έταιρείας οι καινούργιες οδηγίες του 2016 για τη θεραπεία των ασθενών με κολπική μαρμαρυγή. Η κολπική μαρμαρυγή αποτελεί την πιο συνηθισμένη άρρυθμία στην καθημερινή κλινική πράξη, αποτελώντας την αιτία στο ένα τρίτο των περιπτώσεων εισαγωγής στο νοσοκομείο για διαταραχές του καρδιακού ρυθμού. Κατά τη διάρκεια αυτής της άρρυθμίας, σταματάει ή λειτουργία του βασικού κέντρου παραγωγής ηλεκτρικών ερεθισμάτων στην καρδιά, του φλεβοκόμβου, ή παραγωγή των ερεθισμάτων γίνεται με τρόπο χαώδη από τον κόλπο και το τελικό αποτέλεσμα είναι η άρρυθμη και κατά κανόνα γρήγορη συνολική σύσπαση και λειτουργία της καρδιάς.

Η συχνότητα της κολπικής μαρμαρυγής αυξάνεται με την αύξηση της ηλικίας και ενώ στους ενήλικους άνω των 20 ετών άπαντα στο 3% των προσώπων, το ποσοστό αυτό αυξάνει στο 8% στους ηλικιωμένους άνω των 80 ετών και ακόμη περισσότερο σε αυτούς που πάσχουν από υπέρταση, καρδιακή ανεπάρκεια, στεφανιαία νόσο, βαλβιδοπάθεια, σακχαρώδη διαβήτη και χρόνια νεφρική ανεπάρκεια.

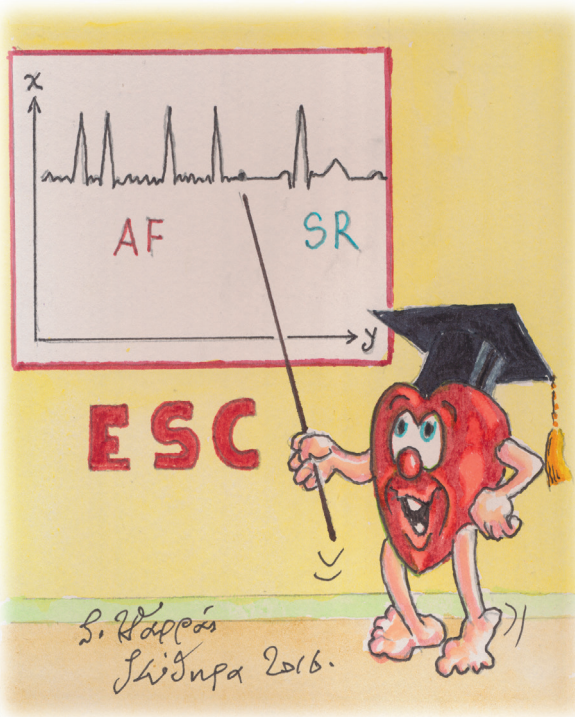
Η άρρυθμη λειτουργία του άριστερου κόλπου αποτελεί και την αιτία περιφερικής αρτηριακής έμβολης, που είναι βασική επιπλοκή της κολπικής μαρμαρυγής. Αυτό γίνεται επειδή το αίμα λιμνάζει στην κοιλότητα του κόλπου της καρδιάς και αυξάνεται η πιθανότητα δημιουργίας ενός πήγματος αίματος, που ονομάζεται **θρόμβος**. Αν αυτός ο θρόμβος μετακινηθεί από την καρδιά και ακολουθήσει την κυκλοφορία του αίματος, μπορεί να καταλήξει στον εγκέφαλο, προκαλώντας εγκεφαλικό επεισόδιο ή και σε οποιοδήποτε άλλο σημείο του σώματός μας προκαλώντας συστηματική έμβολη. Για το λόγο αυτό στην πλειονότητα

των ασθενών με κολπική μαρμαρυγή πρέπει να χορηγείται αντιπηκτική αγωγή.

Τα πρώτα αντιπηκτικά, που έχουν χρησιμοποιηθεί εδώ και πολλά χρόνια στην κολπική μαρμαρυγή, είναι τα κουμαρινικά αντιπηκτικά, με βασικό αντιπρόσωπο αυτής της κατηγορίας στη χώρα μας το Sintrom. Τα φάρμακα αυτά είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικά, αφού έχει φανεί ότι

μειώνουν την πιθανότητα εγκεφαλικού κατά τα δυο τρίτα. Παράλληλα, όμως, παρουσιάζουν αρκετά προβλήματα στη χρήση τους, επειδή απαιτούν τακτικό αιματολογικό έλεγχο για τη ρύθμιση της δόσης και η δράση τους επηρεάζεται αρκετά από άλλα συγχρησιμοποιούμενα φάρμακα, καθώς και από τις τροφές. Αυτή είναι η βασική αιτία, που ένας μεγάλος αριθμός ασθενών με κολπική μαρμαρυγή, και ιδιαίτερα οι ηλικιωμένοι, είτε δεν λαμβάνουν κάποιο αντιπηκτικό είτε λαμβάνουν λανθασμένα ασπιρίνη, που η λήψη της είναι πολύ πιο εύκολη, όμως τους προστατεύει πολύ λιγότερο από εγκεφαλικό, έχοντας αντίστοιχο κίνδυνο με το Sin-

trom για αιμορραγικές επιπλοκές. Με βάση τις καινούργιες οδηγίες, το Sintrom αποτελεί τη μοναδική επιλογή στους ασθενείς με μεταλλική προσθετική βαλβίδα καρδιάς και σε αυτούς με μέτρια προς σοβαρή στένωση μιτροειδούς, που συνήθως είναι ρευματικής αιτιολογίας. Για όλους τους υπόλοιπους ασθενείς με κολπική μαρμαρυγή, που πρέπει να ξεκινήσουν αντιπηκτικό, συνιστάται η πρώτη επιλογή να είναι τα νεότερα από το στόμα αντιπηκτικά, όπως είναι οι αναστολείς του παράγοντα IIa (νταμπιγκατράνη) και οι αναστολείς του παράγοντα Xa (ριβαροξαμπάνη, άπιξαμπάνη και έντοξαμπάνη). Στη χώρα μας κυκλοφορούν ή νταμπιγκατράνη (Pradaxa), ή ριβαροξαμπάνη (Xarelto) και η άπιξαμπάνη (Eliquis). Τα αντιπηκτικά



αυτά χορηγούνται σε συγκεκριμένη δόση, χωρίς να χρειάζονται τακτικές εξετάσεις αίματος για τη ρύθμισή της, ενώ οι άλληλεπιδράσεις τους με άλλα φάρμακα είναι πολύ λιγότερες από αυτές του Sintrom. Επίσης, δεν παρουσιάζουν άλληλεπιδράσεις με τροφές και οι άσθενείς που τα λαμβάνουν μπορούν να τρώνε όσα πράσινα λαχανικά επιθυμούν. Προκαλούν έντυπωσιακά πιάσνια από το Sintrom την πιο σοβαρή επιπλοκή των αντιπηκτικών, που είναι η έγκεφαλική αιμορραγία. Το Pradaxa και το Eliquis χορηγούνται δυο φορές την ημέρα, ενώ το Xarelto μόνο μία. Οι άσθενείς που λαμβάνουν ήδη Sintrom, καλά είναι να παραμείνουν στην άγωγή αυτή, αν είναι καλά ρυθμισμένοι και το INR παραμένει στα επιθυμητά όρια 2,0 με 3,0 στις περισσότερες μετρήσεις, όμως στην αντίθετη περίπτωση μπορούν και αυτοί να αλλάξουν σε ένα από τα νεότερα από το στόμα αντιπηκτικά. Πρέπει να γνωρίζουμε ότι υπάρχουν άσθενείς με κολπική μαρμαρυγή που δεν χρειάζεται να λαμβάνουν αντιπηκτικά: αυτοί είναι που δεν έχουν παράγοντες κινδύνου για έγκεφαλικό, όπως προχωρημένη ηλικία, αρτηριακή υπέρταση, σακχαρώδη διαβήτη, συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, αγγειακή νόσο και ιστορικό ισχαιμικού αγγειακού έγκεφαλικού ή άλλου θρομβοεμβολικού επεισοδίου. Επίσης η χορήγηση μονοθεραπείας με αντιαιμοπεταλιακό φάρμακο, όπως συνήθως είναι η άσπιρίνη, δεν συνιστάται σε κανένα άσθενή με κολπική μαρμαρυγή είτε είναι ύψηλου είτε χαμηλού κινδύνου.

Η αντιπηκτική άγωγή στους άσθενείς με κολπική μαρμαρυγή μειώνει έντυπωσιακά τον κίνδυνο έμβολικού αγγειακού έγκεφαλικού επεισοδίου και σώζει ζωές, όμως αυτό δεν γίνεται δυστυχώς χωρίς αντίτιμο και αυτό είναι η αύξηση του αιμορραγικού κινδύνου. Η αντιπηκτική άγωγή δεν θα είναι η ίδια ή αιτία της αιμορραγίας, όμως θα διευκολύνει την εμφάνισή της και θα αυξήσει το μέγεθός της όταν εμφανιστεί. Με πιο απλά λόγια, τα αντιπηκτικά φάρμακα δε θα προκαλέσουν ένα σκίσιμο στο πόδι μας, όμως αν αυτό γίνει για παράδειγμα σε ένα άτύχημα, η αιμορραγία θα είναι μεγαλύτερη. Στις καινούργιες Ευρωπαϊκές Όδηγιες, για την κολπική μαρμαρυγή, δίνεται και πάλι έμφαση στους παράγοντες εκείνους που κάνουν τους άσθενείς μας υπό αντιπηκτική άγωγή πιο εύάλωτους στις αιμορραγικές επιπλοκές. Επιπλέον, συστήνεται να γίνεται κάθε προσπάθεια προκειμένου να τροποποιηθούν κάποιοι από αυτούς τους παράγοντες με στόχο τη μείωση του αιμορραγικού κινδύνου. Έτσι,

στους άσθενείς με αρτηριακή υπέρταση, που δεν είναι καλά ρυθμισμένοι, θα πρέπει να γίνει προσπάθεια, ώστε οι τιμές της πίεσης να είναι μέσα σε φυσιολογικά όρια και σε κάθε περίπτωση να μη ξεπερνούν τα 160 mmHg. Για τους άσθενείς που βρίσκονται σε άγωγή με Sintrom και το INR δεν είναι καλά ρυθμισμένο, πότε είναι χαμηλότερο από 2,0 και πότε μεγαλύτερο από 3,0 με παραμονή στα σωστά θεραπευτικά πλαίσια του 2,0-3,0 στη μειοψηφία των μετρήσεων, υπάρχουν δυο επιλογές: ή να γίνονται συχνότερες μετρήσεις και καλύτερη εκπαίδευση του άσθενούς, ειδικά στο θέμα της κατανάλωσης πράσινων λαχανικών, ή να γίνει αλλαγή του Sintrom σε κάποιο από τα νεότερα αντιπηκτικά. Μια άλλη πολύ συνηθισμένη αιτία αύξησης του αιμορραγικού κινδύνου είναι η ταυτόχρονη λήψη με τα αντιπηκτικά και άλλων φαρμάκων, που επίσης προδιαθέτουν σε αιμορραγίες, όπως είναι τα αντιαιμοπεταλιακά-άσπιρίνη, κλοπιδογρέλη κ.ά. και τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη. Τα αντιαιμοπεταλιακά δεν πρέπει να χορηγούνται μαζί με αντιπηκτικά, παρά μόνο σε εξαιρετικές περιπτώσεις, ενώ στους άσθενείς, που συνήθως για όρθοπαδικά προβλήματα έχει συστηθεί ή λήψη μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών, θα πρέπει να δίνονται οδηγίες λήψης πιο άθωων παυσίπονων, όπως για παράδειγμα είναι η παρακεταμόλη. Προσοχή ιδιαίτερη απαιτείται σε αναιμία, παθολογική νεφρική και ήπατική λειτουργία και χαμηλά αιμοπετάλια, που είναι καταστάσεις που διευκολύνουν τις αιμορραγίες και θα πρέπει να γίνεται κάθε προσπάθεια να διορθωθούν, ειδικά στους άσθενείς που θεραπεύονται με αντιπηκτικά φάρμακα. Τέλος, υπάρχουν και καταστάσεις που επίσης αυξάνουν τον αιμορραγικό κίνδυνο, όμως δεν είναι δυνατόν να αλλάξουν ή να αντιστραφούν: η μεγάλη ηλικία, το ιστορικό μεγάλης αιμορραγίας ή έγκεφαλικού επεισοδίου στο παρελθόν, η κίρρωση του ήπατος, η τελικού σταδίου νεφρική ανεπάρκεια και η μεταμόσχευση νεφρού και η παρουσία κακοήθειας. Ειδικά στους άσθενείς με κολπική μαρμαρυγή, που λόγω της νεφρικής τους ανεπάρκειας υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, οι θεραπευτικές αποφάσεις είναι αρκετά δύσκολες, αφού τόσο ο έμβολικός, όσο και ο αιμορραγικός κίνδυνος είναι πολύ ύψηλος. Σε αυτούς τους άσθενείς έχουν γίνει λίγες μελέτες και τα αποτελέσματα είναι αντικρουόμενα. Έτσι, η απόφαση για το αν θα χορηγηθεί ή όχι αντιπηκτική άγωγή θα πρέπει να στηρίζεται στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά κάθε άσθενούς και στην κλινική έμπειρία του θεράποντος ιατρού. ●