

Άντιπηκτική άγωγή σε υπερήλικες με κολπική μαρμαρυγή: υπάρχει λόγος να διστάζουμε;

Γεώργιος Γκουμάς

Άν. Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Εύρωκλινική Αθηνών

Τα τελευταία χρόνια, η σημαντική πρόοδος που έχει γίνει στη διάγνωση και τη θεραπευτική αντιμετώπιση των διαφόρων παθήσεων, αλλά και η βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης, έχει οδηγήσει στην αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και του ποσοστού των ανθρώπων που ζούν πολλά χρόνια. Έτσι, αυτή τη στιγμή, πάνω από το 15% του ποσοστού των κατοίκων της Γης είναι μεγαλύτεροι των 65 ετών, ενώ περίπου το 2% είναι μεγαλύτεροι των 85 ετών. Επίσης, αν στα επόμενα χρόνια δεν αλλάξει κάτι δραματικά, μέχρι το 2035 τα αντίστοιχα ποσοστά θα έχουν φτάσει το 22% και το 4%, αντίστοιχα. Η κολπική μαρμαρυγή είναι μία άρρυθμία, που κατά κανόνα όφειλεται στη φυσιολογική φθορά που φέρνει ο χρόνος στην καρδιά μας: έτσι, όσο μεγαλώνουμε τόσο αυξάνεται η πιθανότητα να την εμφανίσουμε. Ένω στις ηλικίες 55 έως 59 ετών μόνο το 1% παρουσιάζει κολπική μαρμαρυγή, μετά τα 85 έτη το ποσοστό αυτό ξεπερνάει το 15%. Από όλα τα παραπάνω στοιχεία καταλαβαίνει κανείς γιατί αυξάνεται σταθερά ο αριθμός των πασχόντων από κολπική μαρμαρυγή και γιατί τα επόμενα χρόνια θα συνεχίσει να αυξάνεται, με τους υπολογισμούς να δείχνουν, ότι μέχρι το 2050 οι περισσότεροι από τους μισούς ασθενείς με κολπική μαρμαρυγή θα είναι μεγαλύτεροι των 80 ετών! Η βασική έμπλοκή της κολπικής μαρμαρυγής είναι το έμβολο-ισχαιμικό αγγειακό έγκεφαλικό επεισόδιο και αυτός είναι ο λόγος που είναι απαραίτητη η χορήγηση στους πάσχοντες αντιπηκτικής άγωγής. Ποιές είναι όμως οι ιδιαιτερότητες αυτής της θεραπευτικής παρέμβασης στους ηλικιωμένους;

Αυτό που χωρίς άμφιβολία χαρακτηρίζει τους ηλικιωμένους, είναι η παρουσία, ταυτόχρονα, αυξημένου κινδύνου να νοσήσουν από μία ασθένεια, αλλά και αυξημένου κινδύνου να εμφανίσουν έμπλοκές και παρενέργειες από τις θεραπευτικές παρεμβάσεις που στοχεύουν τη συγκεκριμένη ασθένεια. Η κολπική μαρμαρυγή δεν αποτελεί εξαίρεση σε αυτόν τον κανόνα. Άν θέλει κανείς να το περιγράψει, με όσο γίνεται πιο άπλά λόγια, θα μπορούσε να το πει ως εξής: ένας ηλικιωμένος ασθενής με κολπική μαρμαρυγή έχει πολλαπλό κίνδυνο να υποστεί ένα έμβολο-αγγειακό έγκεφαλικό επεισόδιο, συγκριτικά με έναν ασθενή, μικρότερης ηλικίας, με αντίστοιχα κλινικά χαρακτηριστικά. Ταυτόχρονα, όμως, είναι και περισσότερο εύθραυστος, με αποτέλεσμα, όταν λαμβάνει την απαραίτητη αντιπηκτική άγωγή, να κινδυνεύει περισσότερο να υποστεί κάποια αιμορραγική έμπλοκή. Γιατί, λοιπόν, να δίνουμε αντιπηκτικά στους ηλικιωμένους με κολπική μαρμαρυγή, αφού κινδυνεύουν να παρουσιάσουν μία



λιγότερο ή περισσότερο σοβαρή αιμορραγία; Τό κάνουμε, γιατί άπλοστάτα το όφελος από τη μείωση του κινδύνου, για ένα ισχαιμικό αγγειακό έγκεφαλικό, είναι σαφώς μεγαλύτερο από τη ζημιά μίας πιθανής αιμορραγίας. Είναι σημαντικός ο αριθμός των μελετών που έχουν δείξει, ότι ακόμη και οι ηλικιωμένοι με μεγάλο αιμορραγικό κίνδυνο και κολπική μαρμαρυγή ώφελούνται, όταν λαμβάνουν αντιπηκτική άγωγή. Αυτό που όμως, είναι επίσης σημαντικό, είναι ο αριθμός των ιατρών, που ακόμη και σήμερα διστάζουν να χορηγήσουν την απαραίτητη αντιπηκτική άγωγή σε αυτούς τους ασθενείς. Ο λόγος είναι άπλος και άπόλυτα λογικός: αν ένας υπερήλικας, με κολπική μαρμαρυγή, που κακώς δεν λαμβάνει αντιπηκτικά, υποστεί έμβολο-αγγειακό έγκεφαλικό επεισόδιο, οί οικείοι του θα τό θεωρήσουν κάτι σχεδόν φυσιολογικό, «έτσι τό ήθελε ο Θεός», ή άπλά «ήταν ή ώρα του». Άν, όμως, ο ίδιος ασθενής λάβει πολύ σωστά την αντιπηκτική άγωγή που χρειάζεται και πεθάνει από μία σοβαρή αιμορραγία, τότε είναι πολύ πιθανό να κατηγορηθεί ο ιατρός που τό την χορήγησε. Στη σύγχρονη έποχή των συνεχώς αυξανόμενων δικαστικών διεκδικήσεων έναντίον των ιατρών, δυστυχώς ή Ιατρική έχει γίνει περισσότερο άμυντική από ποτέ και αυτό δεν είναι πάντα για τό συμφέρον των ασθενών.

Μέ δεδομένη λοιπόν την ύπαρξη αυτού του «συνδρόμου

εύθραυστότητας) τῶν ηλικιωμένων προσώπων, αυτό που θα πρέπει να κάνουμε είναι όχι να τους στερήσουμε μία αποδεδειγμένα χρήσιμη θεραπευτική παρέμβαση, αλλά να διορθώσουμε και να βελτιώσουμε, όπου γίνεται, τις παραμέτρους εκείνες, που αυξάνουν τὸν αἰμορραγικό τους κίνδυνο. Ἔνα βασικό πρόβλημα, γιὰ παράδειγμα, εἶναι οἱ συχνές πτώσεις. Ἡ μείωση τῆς μυϊκῆς μάζας, μετὴν πάροδο τῆς ἡλικίας, καὶ ἡ κακή διατροφή ὀδηγοῦν σὲ μυϊκὴ ἀδυναμία. Αυτό, σὲ συνδυασμὸ με διαταραχὲς τῆς ἰσορροπίας καὶ τὴ συχνὴ παρουσία ὀρθοστατικῆς ὑπότασης ὀδηγεῖ πολλοὺς ἡλικιωμένους σὲ συχνές πτώσεις στὸ ἔδαφος, μετ' ἀποτέλεσμα ἐλαφρότερους ἢ σοβαρότερους τραυματισμοὺς καὶ αἰμορραγίες, ὅχι ὅμως μετ' τὴ συχνότητα ποὺ πολλοὶ φοβοῦνται. Ἀπὸ μελέτες ποὺ ἔχουν γίνῃ, φαίνεται ὅτι τὰ πρόσωπα μετὰ τὰ 65 ἔτη ἔχουν ἓνα κίνδυνο πτώσης 1-2% τὸ χρόνο, ὥστόσο ἀπὸ αὐτὲς τῆς πτώσεις μόνον τὸ 5% καταλήγει σὲ κάποιο κάταγμα ἢ ἀνάγκη γιὰ νοσηλεία στὸ νοσοκομεῖο. Εἰδικὰ οἱ τραυματισμοὶ τῆς κεφαλῆς, μετ' πρόκληση ὑποσκληριδίας αἰμορραγίας, εἶναι ἀκόμη πιὸ σπάνιοι. Μία πολὺ ἐνδιαφέρουσα μελέτη ὑπολόγισε ὅτι ἓνας ἡλικιωμένος, ποὺ λαμβάνει ἀντιπηκτικὴ ἀγωγή, θὰ πρέπει νὰ πέσει 295 φορές σὲ ἓνα χρόνο, προκειμένου ὁ κίνδυνος γιὰ ὑποσκληριδίου αἱμάτωμα νὰ εἶναι μεγαλύτερος ἀπὸ τὸ ὄφελος τῆς ἀντιπηκτικῆς ἀγωγῆς. Σὲ κάθε περίπτωση ὅμως, ἐπειδὴ καμία πτώση δὲν εἶναι ἀκίνδυνη, θὰ πρέπει νὰ φροντίζουμε ὥστε οἱ εὐθραυστοὶ ἡλικιωμένοι ἀσθενεῖς μας νὰ κάνουν αὐτὰ ποὺ πρέπει, γιὰ νὰ μειωθοῦν, ὅσο εἶναι δυνατὸ, οἱ πιθανότητες ἐνὸς τέτοιου συμβάντος. Προγράμματα μυϊκῆς ἐνδυνάμωσης τῶν κάτω ἄκρων σὲ συνδυασμὸ με ἀσκῆσεις ἰσορροπίας, κάτω ἀπὸ τῆς ὀδηγίης ἐμπειρῶν γυμναστῶν, μποροῦν νὰ εἶναι ἐξαιρετικὰ ἀποτελεσματικὰ γιὰ τὴν πρόληψη τῶν πτώσεων. Σὲ περιπτώσεις ποὺ ὁ ἡλικιωμένος λαμβάνει φαρμακευτικὴ ἀγωγή γιὰ ἀρτηριακὴ ὑπέρταση θὰ πρέπει νὰ ἐλέγχεται γιὰ ὀρθοστατικὴ ὑπόταση, δηλαδὴ γιὰ μεγάλη καὶ ἀπότομη πτώση τῆς πίεσης, σὲ περιπτώσεις ποὺ ἀπὸ τὴν κατακεκλιμένη ἢ τὴν καθιστὴ θέση σηκώνεται ὀρθιος. Ἄν αὐτὸ συμβαίνει, κὶ ἐπειδὴ ὁ κίνδυνος ἐντονης ζάλης ἢ καὶ λιποθυμίας εἶναι μεγάλος, θὰ πρέπει νὰ ἐπανεξετάζεται

καὶ νὰ μειώνεται ἡ ἔνταση τῆς φαρμακευτικῆς ἀγωγῆς. Ἄν, παρὰ τὰ παραπάνω μέτρα, οἱ πτώσεις συνεχίζονται θὰ πρέπει οἱ ἡλικιωμένοι νὰ ἀποφεύγουν νὰ βγαίνουν ἐκτὸς σπιτιοῦ μόνον τους. Ἐπιπλέον, θὰ πρέπει μετ' ἀσφάλειας νὰ ἐπιβάλουν τὴν οἰκίαν τους νὰ εἶναι ὅσο γίνεται πιὸ ἀσφαλές, μετ' ἀπομάκρυνση εἰδικὰ τῶν μικρότερων ἀλλὰ καὶ ὅλων ἴσως τῶν χαλιῶν, τὴν κάλυψη τῶν ἐπικίνδυνων γωνιῶν τῶν ἐπίπλων καὶ τὴν ἐξασφάλιση ἀσφαλῶν συνθηκῶν στὰ μπάνια.

Ὁ ἡλικιωμένος ἀσθενής, μετ' κολπικὴ μαρμαρυγή, ποὺ λαμβάνει ἀντιπηκτικὴ ἀγωγή, θὰ πρέπει ἐπίσης νὰ προσέχει καὶ κάποια ἄλλα πράγματα, ἂν θέλει νὰ μειώσει τὸν κίνδυνο μίας αἰμορραγικῆς ἐπιπλοκῆς. Ἄν λαμβάνει τὸ παλιότερο ἀντιπηκτικὸ, τὸ Sintrom, θὰ πρέπει νὰ γνωρίζει ὅτι αὐτὸ ἀλληλεπιδρᾷ μετ' πολλὰ ἄλλα φάρμακα, ἀλλὰ καὶ μετ' κάποια φαγητὰ. Ἔτσι, ἂν ἀλλάξει κάτι στὴ φαρμακευτικὴ του ἀγωγή, ἂν διακόψει ἓνα φάρμακο ποὺ ἔπαιρνε ἢ ξεκινήσει κάποιο καινούργιο φάρμακο, ἀκόμη κὶ ἂν αὐτὸ πρόκειται νὰ γίνῃ γιὰ σύντομο χρονικὸ διάστημα, ὅπως, γιὰ παράδειγμα, συμβαίνει στὴν περίπτωση τῶν ἀντιβίωσεων, θὰ πρέπει νὰ ἐνημερώσει τὸν καρδιολόγο του, νὰ γίνῃ ἐλεγχος τοῦ χρόνου προθρομβίνης καὶ νὰ τροποποιηθεῖ, ἂν εἶναι ἀπαραίτητο, ἡ δόση τοῦ ἀντιπηκτικοῦ. Ἐπειδὴ ἡ δρᾶση τοῦ Sintrom ἐπιρρεάζεται πολὺ ἀπὸ τὰ πράσινα λαχανικά, καλὸ θὰ ἦταν, ὁ ἀσθενής νὰ ἐπιλέξει τὴν ποσότητα αὐτῶν τῶν τροφῶν ποὺ θέλει νὰ καταναλῶναι σὲ ἐβδομαδιαία βάση, καὶ νὰ φροντίζει νὰ εἶναι συνεπῆς στὴν ποσότητα αὐτῆ, ἀφοῦ ὅποιαδήποτε ἀλλαγὴ θὰ ὀδηγήσει σὲ μείωση ἢ αὐξηση τῆς ἀποτελεσματικότητος τοῦ φαρμάκου, μετ' ἀπρόβλεπτα ἀποτελέσματα. Τέλος, ἂν ὁ ἡλικιωμένος ἀσθενής μας λαμβάνει κάποιο ἀπὸ τὰ νεότερα ἀντιπηκτικά, θὰ πρέπει ἐπίσης νὰ ἐνημερώνει τὸν καρδιολόγο του γιὰ τὴν ὑπόλοιπη φαρμακευτικὴ ἀγωγή του, ἀφοῦ ἂν καὶ οἱ ἀλληλεπιδράσεις στὴν περίπτωση αὐτῆ εἶναι πολὺ μικρότερες, ὥστόσο δὲν εἶναι ἀνύπαρκτες. Ἐπίσης, ἐπειδὴ τὰ νεότερα ἀντιπηκτικὰ ἀποβάλλονται λιγότερο ἢ περισσότερο ἀπὸ τὰ νεφρά, θὰ πρέπει σὲ συνεργασία μετ' τὸν καρδιολόγο νὰ παρακολουθεῖ, ὅποτε χρειάζεται, τὴ νεφρική του λειτουργία, ὥστε νὰ προσαρμῶνται σωστὰ οἱ δόσεις τῶν φαρμάκων αὐτῶν. ●