

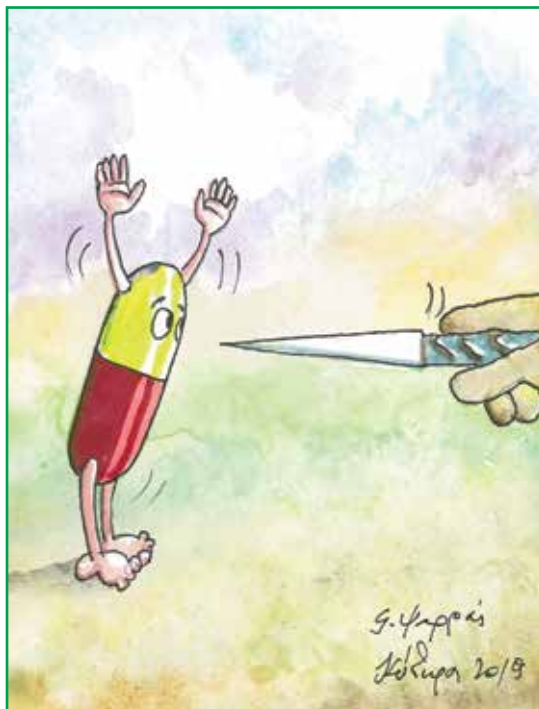
Διακοπή τῶν ἀντιπηκτικῶν πρὶν ἀπὸ ἐπεμβάσεις: Μὴν πυροβολεῖτε τὸν ἀσθενή!

Γεώργιος Γκουμᾶς

Διευθυντῆς Καρδιολογικῆς Κλινικῆς, Εὐρωκλινική Ἀθηνῶν

Οἱ περισσότεροι ἀσθενεῖς με κολπικὴ μαρμαρυγὴ ὀφείλουν νὰ λαμβάνουν ἀντιπηκτικὴ ἀγωγή, προκειμένου νὰ μειώσουν τὴν πιθανότητα νὰ ὑποστοῦν ἓνα ἰσχαιμικὸ ἀγγειακὸ ἐγκεφαλικὸ ἐπείσοδιο. Ἐπειδὴ ἡ ἀγωγή αὐτὴ αὐξάνει παράλληλα καὶ τὸν κίνδυνο γιὰ αἱμορραγία, οἱ ἀσθενεῖς πρέπει σὲ ὀρισμένες περιπτώσεις ὀδοντιατρικῶν ἢ χειρουργικῶν ἐπεμβάσεων νὰ διακόπτουν, γιὰ κάποιο χρονικὸ διάστημα, τὸ ἀντιπηκτικὰ, προκειμένου νὰ γίνουν οἱ ἐπεμβάσεις αὐτὲς με μεγαλύτερη ἀσφάλεια. Πολλὲς φορές ὅμως, κατὰ τὴ διάρκεια τῆς διαδικασίας αὐτῆς, δημιουργοῦνται διάφορα προβλήματα: γιὰ παράδειγμα, ὅταν κάποιος ἀσθενὴς με κολπικὴ μαρμαρυγὴ, ποὺ λαμβάνει ἀντιπηκτικὴ ἀγωγή, χρειάζεται νὰ ὑποβληθεῖ σὲ μία ἐξαγωγή δοντιοῦ. Τότε ὁ ὀδοντίατρος συστήνει τὴ διακοπὴ τῆς ἀντιπηκτικῆς ἀγωγῆς γιὰ μερικὲς ἡμέρες καὶ παραπέμπει τὸν ἀσθενὴ στὸν καρδιολόγο του, προκειμένου νὰ λάβει ὁδηγίες σχετικὰ με κάποιες ἀντιπηκτικὲς ἐνέσεις ποὺ θὰ πρέπει νὰ κάνει στὴ θέση τῆς κανονικῆς ἀντιπηκτικῆς ἀγωγῆς. Ὁ καρδιολόγος τότε ἐνδεχομένως διαφωνεῖ με τὴν ἀνάγκη διακοπῆς τοῦ φαρμάκου καὶ μέχρι νὰ συνεννοηθοῦν οἱ δύο τους καὶ νὰ ἀποφασίσουν, ὁ ἀσθενὴς γίνεται μπαλάκι καὶ βασανίζεται χωρὶς λόγο. Σὲ μία ἀντίστοιχη περίπτωση ὁ ἴδιος ἀσθενὴς, μετὰ ἀπὸ μία ἐπίσκεψη στὸν οὐρολόγο, λόγω τοῦ μεγάλου προβλήματος ποὺ ἀντιμετωπίζει στὸ νὰ οὐρεῖ κανονικὰ, ἐνημερώνεται ὅτι πρέπει νὰ ὑποβληθεῖ σὲ ἐπέμβαση ἀφαίρεσης τοῦ προστάτη. Μόλις ἀναφέρει ὅτι λαμβάνει ἀντιπηκτικὴ ἀγωγή γιὰ τὴν κολπικὴ μαρμαρυγὴ ἀπὸ τὴν ὁποία πάσχει, ὁ οὐρολόγος ἐκφράζει ἀνησυχία καὶ περιγράφει ἀμέσως τὴν ἀνάγκη διακοπῆς τῆς συγκεκριμένης ἀγωγῆς περιεχειρητικά. Πολλὲς φορές αὐτὴ ἡ διαδικασία, με τὴ διακοπὴ τῶν ἀντιπηκτικῶν φαρμάκων καὶ τὴν ἀντικατάστασή τους, τὰ ἐρωτήματα γιὰ τὴ χρονικὴ στιγμή τῆς ἐπανεναρξῆς τους καὶ οἱ κίνδυνοι ποὺ παραδοκοῦν ὅλο αὐτὸ τὸ διάστημα, τρομάζουν ἀκόμη περισσότερο καὶ ἀπὸ τὸ ἴδιο τὸ χειρουργεῖο!

Τὰ προβλήματα αὐτὰ δὲν εἶναι κάτι σπάνιο καὶ ἀφοροῦν σὲ ἓνα μεγάλο ἀριθμὸ ἀσθενῶν ποὺ πάσχουν ἀπὸ κολπικὴ μαρμαρυγὴ. Συγκεκριμένα, οἱ μελέτες ἔχουν δείξει, ὅτι τὸ 25% τῶν ἀσθενῶν, ποὺ λαμβάνει ἀντιπηκτικὴ ἀγωγή, χρειάζεται νὰ τὴν διακόψει προσωρινὰ σὲ διάστημα δύο ἐτῶν. Τὰ χαρακτηριστικὰ κάθε ἀσθενοῦς καὶ τὸ εἶδος τῆς ἐπέμβασης, ποὺ πρόκειται νὰ γίνῃ, εἶναι αὐτὰ ποὺ καθορίζουν τὴν ἀνάγκη ἢ ὄχι γιὰ διακοπὴ τῆς ἀντιπηκτικῆς ἀγωγῆς, τὴ διάρκεια τῆς διακοπῆς καὶ τὸ ἂν θὰ συστηθεῖ προσωρινὴ ὑποκατάσταση με ἀντιπηκτικὰ βραχείας δρᾶσεως, ποὺ χορηγοῦνται



με ἔνεση. Ὅταν ἀναφερόμαστε στὰ χαρακτηριστικὰ τοῦ ἀσθενοῦς, ἐννοοῦμε οὐσιαστικὰ τὸν κίνδυνο ποὺ ἔχει νὰ ὑποστῇ ἓνα ἰσχαιμικὸ ἀγγειακὸ ἐγκεφαλικὸ ἐπείσοδιο, λόγω τῆς κολπικῆς μαρμαρυγῆς. Γιὰ παράδειγμα, ὁ κίνδυνος αὐτὸς εἶναι πολὺ μεγάλος σὲ κάποιον ποὺ ἔχει ὑποστῇ πρόσφατα κάποιο ἰσχαιμικὸ ἐγκεφαλικὸ. Ὅσο μεγαλύτερος εἶναι ὁ κίνδυνος αὐτὸς τόσο δυσκολότερα πρέπει νὰ παίρνομε τὴν ἀπόφαση διακοπῆς τῆς ἀντιπηκτικῆς ἀγωγῆς περιεχειρητικά. Σημαντικὸ ρόλο στὴν ἐπιλογὴ μας παίζει βέβαια καὶ τὸ εἶδος τῆς ἐπέμβασης. Ὑπάρχουν ἐπεμβάσεις κατὰ τὴς ὁποῖες δὲν χρειάζεται διακοπὴ τῆς ἀντιπηκτικῆς ἀγωγῆς καὶ τέτοιες εἶναι οἱ περισσότερες ὀδοντιατρικὲς ἐπεμβάσεις, ὅπως οἱ ἐξαγωγὲς ἐνὸς ἕως καὶ τριῶν δοντιῶν, οἱ διανοίξεις ἀποστημάτων, ἡ τοποθέτηση ἐμφυτευμάτων, οἱ ἐπεμβάσεις στὸν πρόσθιο ὀφθαλμὸ, ὅπως εἶναι αὐτὲς γιὰ καταρράκτη καὶ γλαύκωμα, οἱ ἐνδοσκοπήσεις χωρὶς χειρουργικὴ ἐπέμβαση καὶ οἱ μικρὲς δερματολογικὲς ἐπεμβάσεις. Ἀντίθετα, ὑπάρχουν ἐπεμβάσεις ποὺ παρουσιάζουν ὑψηλὸ αἱμορραγικὸ κίνδυνο καὶ σὲ αὐτὲς εἶναι μονόδρομος ἡ διακοπὴ τῆς

άντιπηκτικής άγωγής. Παραδείγματα τέτοιων έπεμβάσεων είναι τὰ χειρουργεία στὸ έσωτερικὸ τοῦ θώρακα καὶ τῆς κοιλίας, τὰ μείζονα ὀρθοπαιδικὰ χειρουργεία, ἡ διουρηθρική προστατεκτομή, ἡ βιοψία ἥπατος καὶ ἡ χορήγηση ραχιαίας ἢ ἐπισκληρίδιας ἀναισθησίας. Ἀνάμεσα στὶς δυὸ αὐτὲς κατηγορίες ὑπάρχουν οἱ ἐπεμβάσεις μὲ χαμηλὸ αἰμορραγικὸ κίνδυνο, ὅπου ἡ ἀπόφαση γιὰ τὴ διακοπὴ ἢ ὄχι τῆς ἀντιπηκτικῆς ἀγωγῆς θὰ στηριχθεῖ στὴν προσεκτικὴ ἐκτίμηση ἀπὸ τὴ μία τοῦ αἰμορραγικοῦ καὶ ἀπὸ τὴν ἄλλη τοῦ θρομβωτικοῦ κινδύνου τοῦ ἴδιου τοῦ ἀσθενούς.

Πρόκειται γιὰ ἀποφάσεις, ποὺ εἶναι ἰδιαίτερα σημαντικὲς καὶ θὰ πρέπει νὰ λαμβάνονται μετὰ ἀπὸ συνεργασία τοῦ ἀσθενούς μὲ τὸν καρδιολόγο καὶ τὸ χειρουργό. Εἶναι λάθος, σὲ αὐτὴν τὴν περίπτωση, ὁ ἀσθενὴς νὰ γίνεται μπαλάκι ἀνάμεσα στοὺς δυὸ ἰατροὺς, ἀντίθετα, θὰ πρέπει καὶ ὁ ἴδιος νὰ ἐπιδιώκει νὰ τοὺς φέρεῖ σὲ ἐπαφῇ, προκειμένου νὰ πάρουν μία κοινὴ ἀπόφαση. Ἡ ἀπόφαση αὐτὴ, σὲ περίπτωση διακοπῆς τῆς ἀντιπηκτικῆς ἀγωγῆς, πρέπει νὰ περιλαμβάνει τὴ διάρκεια πρὶν καὶ μετὰ τὴν ἐπέμβαση, καθῶς καὶ τὴ χρῆση ἢ ὄχι ὑποκατάστασης μὲ ἀντιπηκτικὰ βραχείας δρᾶσεως, ποὺ χορηγοῦνται μὲ ἔνεση. Ἡ χρῆση ἡπαρίνης χαμηλοῦ μοριακοῦ βάρους, ὡς γέφυρα ἀνάμεσα στὴ διακοπὴ καὶ τὴν ἐπανεναρξὴ τῆς ἀντιπηκτικῆς ἀγωγῆς, εἶναι μία τακτικὴ ποὺ χρησιμοποιεῖται εὐρέως στοὺς ἀσθενεῖς ποὺ ἔχουν ὑψηλὸ θρομβωτικὸ κίνδυνο, ὅμως μελέτες, ὅπως ἡ BRUISE CONTROL καὶ ἡ COMPARE, ἀμφισβητοῦν τὴ χρησιμότητά της στὴν πλειοψηφία τῶν ἀσθενῶν. Ἡ μελέτη αὐτὲς ἔδειξαν, στοὺς ἀσθενεῖς ποὺ λαμβάνουν ἀντιπηκτικὴ ἀγωγή μὲ κουμαρινικὰ γιὰ κολπικὴ μαρμαρυγῇ, ὅτι ἡ περιεχειρηθρική χρῆση χαμηλοῦ μοριακοῦ βάρους ἡπαρίνης ὄχι μόνον δὲν μείωσε τὴν πιθανότητα νὰ γίνει κάποιο μόνιμο ἢ παροδικὸ ἐγκεφαλικό, ἀλλὰ ταυτόχρονα αὐξήσε τὸν περιεχειρηθρικό αἰμορραγικὸ κίνδυνο, συγκριτικὰ μὲ τὴ συνέχιση τῶν κουμαρινικῶν ἀντιπηκτικῶν χωρὶς διακοπὴ γιὰ τὸ χειρουργεῖο. Ἀντίστοιχα στοιχεῖα ἔχουμε καὶ γιὰ τὰ νεότερα ἀντιπηκτικὰ ὅπως ἡ ριβαροξαμπάνη, ποὺ στὴ μελέτη VENTURE-AF ἢ μὴ διακοπὴ της, κατὰ τὴ διάρκειά ἐπέμβασης γιὰ κατάλυση κολπικῆς μαρμαρυγῆς, δὲν συνοδεύθηκε ἀπὸ αὐξημένο κίνδυνο οὔτε γιὰ αἰμορραγία, οὔτε γιὰ ἐμβολικὰ ἐπεισόδια.

Ὁ χρόνος διακοπῆς τῆς ἀντιπηκτικῆς ἀγωγῆς, στὴν περίπτωση ποὺ αὐτὸ θεωρηθεῖ ἀπαραίτητο, ἐξαρτᾶται

ἐπίσης ἀπὸ τὸ εἶδος τοῦ ἀντιπηκτικοῦ. Στὴν περίπτωση ποὺ ὁ ἀσθενὴς λαμβάνει Sintrom, τότε καλὸ θὰ ἦταν, μία ἐβδομάδα πρὶν τὴν ἐπέμβαση, νὰ γίνει ἔλεγχος τοῦ INR καὶ νὰ καθορισθεῖ τὸ ἀπαραίτητο διάστημα ὡς ἑξῆς: 3 ἡμέρες ἂν τὸ INR εἶναι 1.5 μὲ 1.9, 5 ἡμέρες ἂν τὸ INR εἶναι 2.0 μὲ 3.0 καὶ τοῦλάχιστον 5 ἡμέρες ἂν τὸ INR εἶναι πάνω ἀπὸ 3.0, καὶ βέβαια, ἂν ἡ ἐπέμβαση εἶναι πολὺ ὑψηλοῦ κινδύνου γιὰ αἰμορραγία τότε μέσα στὸ προηγούμενο 24ωρο καλὸ θὰ εἶναι νὰ γίνει ἐπανελέγχος τοῦ INR, γιὰ νὰ ἐπιβεβαιωθεῖ ὅτι εἶναι στὰ φυσιολογικὰ ὅρια. Στὴν περίπτωση ποὺ ὁ ἀσθενὴς λαμβάνει κάποιο ἀπὸ τὰ νεότερα ἀντιπηκτικὰ, τότε ἡ ἀπόφαση λαμβάνεται μὲ βάση τὸ εἶδος τοῦ ἀντιπηκτικοῦ, τὸ εἶδος τῆς αἰμορραγίας καὶ τὸν αἰμορραγικὸ κίνδυνο τῆς ἐπέμβασης. Ὁ χρόνος διακοπῆς εἶναι ἀπὸ 1 ἕως 4 ἡμέρες καὶ δὲν χρειάζεται ποτὲ μὲ τὰ νεότερα ἀντιπηκτικὰ νὰ γίνεται περιεχειρηθρική χρῆση ἡπαρίνης χαμηλοῦ μοριακοῦ βάρους. Ὁ λόγος εἶναι ὅτι ἔχουν ἄμεση ἔναρξὴ τῆς δράσης τους μετὰ τὴν ἐκ νέου χορήγησή τους, σὲ ἀντίθεση μὲ τὸ SINTROM ποὺ χρειάζεται γιὰ αὐτὸ ἀρκετὲς ἡμέρες.

Ἐδῶ πρέπει νὰ ἀναφερθεῖ, ὅτι ὑπάρχουν καὶ ἄλλες αἰτίες, ἐκτὸς ἀπὸ τὴν κολπικὴ μαρμαρυγῇ, γιὰ τὶς ὁποῖες οἱ ἀσθενεῖς λαμβάνουν ἀντιπηκτικὰ. Κάποιες ἀπὸ αὐτὲς, ὅπως ἡ παρουσία προσθετικῶν μεταλλικῶν βαλβίδων, καὶ εἰδικὰ ὅταν μιλάμε γιὰ προσθετικὴ βαλβίδα μιτροειδοῦς, ἀπαιτοῦν ὅπως ὁ ἀσθενὴς μείνει ἀκάλυπτος ἀπὸ ἀντιπηκτικὴ ἀγωγή γιὰ τὸν ἐλάχιστο ἀπαραίτητο χρόνο. Σὲ αὐτὲς τὶς περιπτώσεις, λοιπὸν, ἡ διακοπὴ τοῦ SINTROM, στὰ πλαίσια μίας ἐπέμβασης μὲ μέτριο ἢ μεγάλο αἰμορραγικὸ κίνδυνο, πρέπει νὰ συνοδευθεῖ ἀπὸ περιεχειρηθρική χρῆση ἡπαρίνης χαμηλοῦ μοριακοῦ βάρους. Ἡ τελευταία θὰ ἀρχίσει τὴν ἐπόμενη ἡμέρα ἀπὸ τὴ διακοπὴ τοῦ SINTROM καὶ θὰ γίνει μέχρι καὶ τὸ πρῶτὸ τῆς προηγούμενης τῆς ἐπέμβασης ἡμέρας. Στὴ συνέχεια, θὰ ἀρχίσει ἐκ νέου, ὅταν ὁ μετεχειρηθρικός αἰμορραγικός κίνδυνος ὑποχωρήσει σὲ ἀποδεκτὰ ἐπίπεδα καὶ θὰ ἀντικατασταθεῖ ἀπὸ τὸ SINTROM, ὅταν δὲν ὑπάρχει πιά αἰμορραγικός κίνδυνος. Σὲ κάθε περίπτωση, θὰ πρέπει νὰ ἐξετάζονται καὶ νὰ σταθμίζονται κάθε στιγμὴ τόσο ὁ αἰμορραγικός ὅσο καὶ ὁ θρομβωτικός κίνδυνος καὶ νὰ λαμβάνονται οἱ ἀντίστοιχες ἀποφάσεις. Δύσκολες καὶ πολὺπλοκες ἀποφάσεις, ποὺ, ὅμως, μποροῦν νὰ γίνουν πολὺ εὐκολες μὲ τὴ σωστὴ συνείδηση καὶ συνεργασία τοῦ ἀσθενούς καὶ τῶν θεραπόντων ἰατρῶν. ●