

Άρθρο Σύνταξης

Σχόλια στις Ανανεωμένες Οδηγίες του 2012 της ESC για την Αντιμετώπιση της Κολπικής Μαρμαρυγής. Τι Καινούργιο Υπάρχει και τι Είναι Σημαντικό για τον Κλινικό Καρδιολόγο

ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΑΝΔΡΙΚΟΠΟΥΛΟΣ

Καρδιολογική κλινική Νοσοκομείο Ερρίκος Ντυνάν, Αθήνα, Ελλάδα

Λέξεις ευρετηρίου:
Κολπική
μαρμαρυγή, οδηγίες
της Ευρωπαϊκής
Καρδιολογικής
Εταιρείας.

Διεύθυνση
Επικοινωνίας:
Γεώργιος
Ανδρικόπουλος

Παρμενίωνος 18,
136 76
Θρακομακεδόνες
e-mail: andrikop@hotmail.com

Η κολπική μαρμαρυγή (ΚΜ) είναι μια συχνή αρρυθμία της οποίας η αντιμετώπιση είναι συχνά προβληματική, γιατί στερούμεθα αποτελεσματικών και ασφαλών φαρμάκων για την αντιμετώπισή της. Αξιοσημείωτο είναι ότι οι υποτροπές και οι επιπλοκές της ΚΜ επιφέρουν ένα τεράστιο κοινωνικοοικονομικό κόστος στους παρόχους υγείας. Επιπλέον, η πρόληψη των θρομβοεμβολικών επιπλοκών της είναι ακόμα μια ανικανοποίητη ανάγκη για την πλειοψηφία των ασθενών λαμβάνοντας υπόψη το μικρό ποσοστό των ασθενών που βρίσκονται σε δόκιμη αντιπηκτική αγωγή.¹⁻⁴

Σε αυτό το πλαίσιο, οι κατευθυντήριες οδηγίες της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρείας (ESC) είναι μεγάλης σημασίας και η επιρροή τους υπερβαίνει τα γεωγραφικά όρια της ηπείρου μας. Κατά συνέπεια, η πρόσφατα δημοσιευμένη το 2012 αναπροσαρμογή των οδηγιών της ESC για την αντιμετώπιση της ΚΜ μπορεί να έχει μια σημαντική επιρροή στους ασθενείς μας και λόγω αυτού του γεγονότος θα ήταν χρήσιμο να τις εξετάσουμε σε βάθος εστιάζοντας σε εκείνα τα ζητήματα που μπορεί να αλλάξουν την κλινική πρακτική μας.⁵

Γιατί η ESC έπρεπε να αναθεωρήσει τις οδηγίες για την αντιμετώπιση της ΚΜ

που δημοσιεύθηκαν μόλις πριν από δύο χρόνια; Κατά την άποψή μου ήταν σωστή κίνηση για τους λόγους που θα αναλυθούν παρακάτω. Εάν θα θέλαμε να απαριθμήσουμε εν συντομία τους σημαντικότερους εξ αυτών, θα μπορούσαμε να πούμε ότι οι οδηγίες έπρεπε να ενημερωθούν λόγω των αποτελεσμάτων των μελετών ROCKET-AF, ARISTOTLE, ASSERT, PALLAS και MANTRA-PAF. Αυτές οι καθοριστικές κλινικές μελέτες, που δημοσιεύθηκαν μετά από τις οδηγίες της ESC του 2010, μαζί με την αυξανόμενη εμπειρία από την ευρύτερη χρήση των νέων από του στόματος αντιπηκτικών (NOACs) έχουν συμβάλει κατά σε μεγάλο μέρος στην ανάγκη για την πρόσφατη αναπροσαρμογή των οδηγιών της ESC.

Διερεύνηση κολπικής μαρμαρυγής

Ποια είναι η σημαντικότερη καινοτόμος σύσταση που έχει συμπεριλήφθη στις πρόσφατες οδηγίες της ESC για την ΚΜ; Για πολλούς καρδιολόγους, συμπεριλαμβανομένου και εμού, η σύσταση (κλάση I, επίπεδο απόδειξης B) για την ανίχνευση της ΚΜ στα άτομα ηλικίας ≥ 65 ετών η σύσταση λήψης του περιφερικού σφυγμού και ακολούθως η λήψη ενός ηλεκτροκαρδιογραφήματος (ΗΚΓ) είναι το σημα-

ντικότερο σημείο των νέων οδηγιών. Αυτή η οδηγία υπογραμμίζει τη σημασία των σύντομων επεισοδίων της ασυμπτωματικής ΚΜ στην παθογένεια του αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου (ΑΕΕ) και της ανάγκης για την έγκαιρη διάγνωση της ΚΜ στο γενικό πληθυσμό.^{6,7} Είναι αξιοσημείωτο ότι οι δοκιμασίες ανίχνευσης της ΚΜ στο γενικό πληθυσμό έχουν τη δυνατότητα να αλλάξουν την πρακτική μας με τέτοιο τρόπο όπως η δοκιμασία κοπώσεως τριάντα χρόνια πριν επηρέασε την έγκαιρη διάγνωση της στεφανιαίας νόσου. Εντούτοις, πρέπει να λάβουμε υπόψη ότι αυτή η σύσταση βασίστηκε στα στοιχεία που προέκυψαν με το συνεχή έλεγχο του καρδιακού ρυθμού. Δύο χρόνια πριν είχαμε υποστηρίξει το σημαντικό ρόλο που μπορούν να έχουν οι συσκευές καταγραφής ρυθμού στη διάγνωση και στην αντιμετώπιση της ΚΜ.⁸ Η μελέτη ASSERT απέδειξε την αξία της δυνατότητας συνεχούς καταγραφής των συσκευών διαχείρισης του καρδιακού ρυθμού αλλά η υπέρμετρη αισιοδοξία για το ρόλο της συνεχούς καταγραφής του καρδιακού ρυθμού μετριαάζεται από την πραγματικότητα.⁷ Οι συσκευές στην παρούσα μορφή τους δεν μπορούν και δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται για να διευκολύνουν την περιστασιακή διερεύνηση της ΚΜ και η λήψη του σφυγμού που ακολουθείται από ΗΚΓ δεν πρέπει να αναμένεται να εντοπίσει τη μεγάλη πλειοψηφία των ασθενών με σύντομα επεισόδια ασυμπτωματικής ΚΜ.

Πρόληψη του ΑΕΕ

Η πρόληψη του ΑΕΕ είναι εξαιρετικά σημαντική για την αντιμετώπιση της ΚΜ. Το ανθρώπινο κόστος και οι κοινωνικοοικονομικές δαπάνες που σχετίζονται με την πλημμελή αντιμετώπιση του καρδιοεμβολικού κινδύνου έχουν εξεταστεί στην αναπροσαρμογή των οδηγιών της ESC του 2012 για την αντιμετώπιση της ΚΜ. Αυτό το τμήμα των ενημερωμένων οδηγιών είναι ιδιαίτερης αξίας δεδομένου ότι τα διαθέσιμα στοιχεία υπογραμμίζουν την πλημμελή αντιπηκτική αγωγή όχι μόνο στην Ελλάδα^{3,9} αλλά και στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες συμπεριλαμβανομένων και των χωρών με προηγμένο εθνικό σύστημα υγείας όπως η Δανία και η Σουηδία.^{10,11}

Τα πιο σημαντικά σημεία στην πρόληψη ΑΕΕ και του αιμορραγικού κινδύνου για το κλινικό γιατρό είναι τα ακόλουθα:

Ο όρος «βαλβιδική ΚΜ» αναφέρεται αυστηρά στην ΚΜ που συσχετίζεται με ρευματική βαλβιδοπάθεια (κυρίως στένωση μιτροειδούς) ή με προσθετικές καρδιακές βαλβίδες.

Το αντιαιμοπεταλιακά γενικά και η ασπιρίνη ειδικά έχουν λαθεμένα υπερχρησιμοποιηθεί για την πρόληψη του ΑΕΕ στους ασθενείς με ΚΜ.^{12,13} Οι οδηγίες της ESC υπογράμμισαν ότι «ο κίνδυνος σημαντικής αιμορραγίας ή ενδοκρανιακής αιμορραγίας με την ασπιρίνη δεν είναι σημαντικά διαφορετικός απ' αυτόν των από του στόματος αντιπηκτικών (ΟΑΚ), ειδικά στους ηλικιωμένους ασθενείς». Επιπλέον έχει τεκμηριωθεί ότι «η θεραπεία συνδυασμού ασπιρίνης-κλοπιδογρέλης παρουσιάζει πρόσθετη αποτελεσματικότητα, συγκριτικά με τη μονοθεραπεία με ασπιρίνη, αλλά εμφανίζει πρόσθετο κίνδυνο για σημαντική αιμορραγία. Κατά συνέπεια, η μονοθεραπεία με ασπιρίνη πρέπει να περιοριστεί σε εκείνους που αρνούνται οποιαδήποτε από του στόματος αντιπηκτική αγωγή και δεν μπορούν να ανεχτούν τη θεραπεία συνδυασμού ασπιρίνης- κλοπιδογρέλης λόγω, π.χ. του αυξημένου κινδύνου αιμορραγίας». Συμπερασματικά, τα αντιαιμοπεταλιακά δεν πρέπει να θεωρηθούν ως τμήμα του οπλοστασίου μας για την αποτροπή του ΑΕΕ στους ασθενείς με ΚΜ με εξαίρεση τους ασθενείς που αδυνατούν να λάβουν οποιαδήποτε από του στόματος αντιπηκτική αγωγή. Αυτό το μήνυμα είναι σαφές και σύμφωνο με τα διαθέσιμα στοιχεία στη βιβλιογραφία.

Τα πλεονεκτήματα του CHA₂DS₂-VASc score έναντι του CHADS₂ score, ειδικά στον προσδιορισμό των «αληθινά χαμηλού κινδύνου» ασθενών, είναι τώρα καλά τεκμηριωμένα και έτσι πρέπει να προτιμάται στην αξιολόγηση του θρομβοεμβολικού κινδύνου. Ομοίως, το HAS-BLED αιμορραγικό σκορ έχει επικυρωθεί σε διάφορες ανεξάρτητες ομάδες. Τιμές HAS-BLED ≥3 δείχνουν υψηλό κίνδυνο αιμορραγίας.

Η θεραπεία με από του στόματος αντιπηκτικά πρέπει να είναι η θεραπεία εκλογής για τους ασθενείς με CHA₂DS₂-VASc score ≥1 με μια σημαντική εξαίρεση. Οι γυναίκες με μόνο παράγοντα κινδύνου το φύλο τους (πρακτικά όλες οι ασθενείς με ηλικία <65 ετών και ιδιοπαθή ΚΜ) είναι καλύτερο να μη λάβουν αντιθρομβωτική θεραπεία. Αυτό είναι μια νέα σύσταση που μπορεί να λύσει τα κλινικά προβλήματα που αντιμετωπίζαμε με τις νέες γυναίκες που πάσχουν συχνά από αναιμία λόγω της εμμηνου ρύσεως.

Όσον αφορά στην από του στόματος αντιπηκτική αγωγή, η αναπροσαρμογή των οδηγιών της ESC του 2012 για την αντιμετώπιση της ΚΜ συνοψίζει αποτελέσματα από πρόσφατες κλινικές μελέτες, τη συσσωρευμένη εμπειρία από την κλινική πράξη και τις συστάσεις από τις άλλες ιατρικές ενώσεις

με μια σφαιρική προοπτική. Η επιτροπή οδηγιών του 2012 συστήνει τα νέα από του στόματος αντιπηκτικά (NOACs) «ως ευρέως προτιμητέα» σε σχέση με τα κουμαρινικά αντιπηκτικά στη μεγάλη πλειοψηφία των ασθενών με μη βαλβιδική ΚΜ. Αν και η επιτροπή οδηγιών προτείνει ότι η προσκόλληση στις εγκεκριμένες ενδείξεις και η προσεκτική παρακολούθηση τους συστήνονται έντονα, είναι προφανές ότι τα NOACs αντιπροσωπεύουν τη θεραπεία εκλογής για την πλειοψηφία των ασθενών μας. Ως αποτέλεσμα αυτής της σύστασης, η συσσωρευμένη κλινική εμπειρία (το dabigatran έχει υπερβεί ήδη τους 1.000.000 ασθενείς/έτος στη θεραπεία), η ευρύτερη διαθεσιμότητα και το χαμηλότερο κόστος θα ωθήσουν σίγουρα την ευρύτερη εφαρμογή των νεότερων αντιπηκτικών στην πλειοψηφία των ασθενών με ΚΜ σε όλη την Ευρώπη. Ενδεχομένως, αυτό είναι η σημαντικότερη συμβολή που μπορούμε να αναμείνουμε από τα NOACs. Με βάση τα επιδημιολογικά στοιχεία θα μπορούσαμε να υποστηρίξουμε ότι η χορήγηση από του στόματος αντιπηκτικών στους ασθενείς που δεν έλαβαν κουμαρινικά αντιπηκτικά (VKAs) για διάφορους λόγους μπορεί να είναι σημαντικότερη από τη βελτιστοποίηση της αντιπηκτικής αγωγής με τροποποίηση της δόσης των VKAs.

Οι οδηγίες δικαίως υποστηρίζουν ότι δεν υπάρχει κανένα στοιχείο διαθέσιμο από την άμεση σύγκριση μεταξύ του dabigatran, του rivaroxaban και του apixaban, ενώ αναλύσεις οικονομικής αποτελεσματικότητας έχουν δημοσιευθεί για το dabigatran. Πράγματι, δεν υπάρχει κανένα συγκεκριμένο, ευρέως διαθέσιμο αντίδοτο, για τα NOACs.

Τα από του στόματος αντιπηκτικά εκλογής στους σταθερούς ασθενείς με στεφανιαία νόσο εξακολουθούν να είναι τα VKAs. Το κύριο πλεονέκτημα των VKAs είναι το γεγονός ότι μπορούν να χορηγηθούν ως μονοθεραπεία στους σταθερούς ασθενείς με στεφανιαία νόσο και ΚΜ ελαχιστοποιώντας τον κίνδυνο αιμορραγίας. Εντούτοις, η αναπροσαρμογή των οδηγιών της ESC του 2012 προτείνει ότι «... μετά από ένα έτος, η αγωγή μπορεί να γίνεται με OAC μόνο στους σταθερούς ασθενείς, όπου OAC μπορεί να είναι θεραπεία με VKA ή πιθανώς ένα NOAC.» Πράγματι, δεν υπάρχει αμφιβολία ότι τα NOACs θα λάβουν το ρόλο της μονοθεραπείας στους σταθερούς στεφανιαίους ασθενείς, αλλά προς το παρόν δεν υπάρχουν στοιχεία για να δικαιολογηθεί μια τέτοια σύσταση. Πρέπει να είμαστε πολύ προσεκτικοί για να επεκτείνουμε τα συμπεράσματα από τις αναλύσεις των υποομάδων των 3 κεντρικών μελετών (RELY, ROCKET-AF και ARISTOTLE) στοχεύο-

ντας να επεκτείνουμε τις ενδείξεις των NOACs. Η λέξη πιθανώς που επιλέχθηκε από τους συντάκτες των οδηγιών είναι ενδεικτική των επιφυλάξεων που πρέπει να έχουμε σε αυτό το ζήτημα. Από την άλλη πλευρά, σε περιπτώσεις με υψηλό κίνδυνο ΑΕΕ στους στεφανιαίους ασθενείς που δεν είναι ικανοί να λάβουν VKAs ή τους ασθενείς που δεν μπορούν να επιτύχουν ικανοποιητικό INR, τα NOACs πρέπει δικαίως να θεωρηθούν ως λογική θεραπευτική επιλογή.

Η επεμβατική αντιμετώπιση του κινδύνου ΑΕΕ πρέπει να εξεταστεί μόνο για λίγους ασθενείς. Συγκεκριμένα η επιτροπή προτείνει ότι η επεμβατική διαδερμική σύγκλιση του ωτίου του αριστερού κόλπου μπορεί να εξεταστεί ως πιθανότητα μόνο στους ασθενείς με έναν υψηλό κίνδυνο ΑΕΕ και αντένδειξη για μακροχρόνια λήψη από του στόματος αντιπηκτικών (κατηγορία IIb, επίπεδο Β), ενώ η χειρουργική εκτομή του ωτίου του αριστερού κόλπου μπορεί να εξεταστεί για τους ασθενείς που υποβάλλονται σε σύγχρονη χειρουργική αντιμετώπιση καρδιαγγειακής νόσου (κατηγορία IIb, επίπεδο Γ).

Καρδιομετατροπή της κολπικής μαρμαρυγής

Η επιτροπή των οδηγιών συστήνει το Vernakalant για τη φαρμακευτική καρδιομετατροπή στους ασθενείς χωρίς ή ήπια καρδιακή νόσο. Το Vernakalant αντενδείκνυται στους ασθενείς με υπόταση, ΑΠ < 100 mm Hg, πρόσφατο (< 30 ημέρες) οξύ στεφανιαίο σύνδρομο, καρδιακή ανεπάρκεια κατηγορίας NYHA III και IV, σοβαρή αορτική στένωση, και παράταση του QT διαστήματος (μη διορθωμένο QT > 440 ms). Το Vernakalant φαίνεται να παρουσιάζει ικανοποιητική αποτελεσματικότητα και ασφάλεια. Περίπου το 50% των ασθενών επανακτούν φλεβοκομβικό ρυθμό μέσα σε 90 λεπτά μετά από την έναρξη της θεραπείας. Εντούτοις, το υψηλό κόστος του Vernakalant αντιπροσωπεύει το σοβαρότερο παράγοντα που περιορίζει την ευρύτερη χρήση του.

Ανταρρυθμική φαρμακευτική αγωγή

Η ανταρρυθμική θεραπεία για την πρόληψη της κολπικής μαρμαρυγής δεν έχει προχωρήσει όσο σε άλλους τομείς κατά τη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας. Είναι τώρα σαφές ότι η χρήση των ανταρρυθμικών μπορεί να αυξήσει τη νοσηρότητα ή/και τη θνησιμότητα σε ποικίλες κλινικές καταστάσεις.¹⁴

Η περίπτωση της δρονεδαρόνης είναι διδακτική. Οι συντάκτες των κατευθυντηρίων οδηγιών της

ESC του 2010 για την κολπική μαρμαρυγή, που ενθαρρύνθηκαν από τα εντυπωσιακά αποτελέσματα της μελέτης ATHENA πρότειναν τη δρονεδαρόνη ως πρώτη επιλογή για την πλειοψηφία των ασθενών με παροξυσμική κολπική μαρμαρυγή. Στην πρόσφατη αναπροσαρμογή του 2012 η δρονεδαρόνη είναι ακόμα η πρώτη επιλογή για την πλειοψηφία των ασθενών. Εντούτοις, η σοταλόλη (που ακολουθείται από η δρονεδαρόνη) συστήνεται ως φάρμακο επιλογής για τους ασθενείς με στεφανιαία νόσο και η αμιοδαρόνη συστήνεται ως η μόνη επιλογή για τους ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια. Η δρονεδαρόνη, που δεν είναι δυστυχώς διαθέσιμη στη χώρα μας, είναι αποδεδειγμένα το μόνο αντιαρρυθμικό φάρμακο που βελτίωσε την καρδιαγγειακή πρόγνωση σε ασθενείς με ΚΜ (μελέτη ATHENA) αλλά τα αποτελέσματά της ήταν απογοητευτικά λόγω επιδείνωσης των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια όπως φάνηκε από τη μελέτη ANDROMEDA¹⁶ και τη μελέτη PALLAS.¹⁷ Ειδικότερα, η μελέτη PALLAS που συμπεριέλαβε ασθενείς με μόνιμη κολπική μαρμαρυγή σταμάτησε πρόωρα με την εγγραφή 3236 ασθενών, ενώ είχαν αρχικά προγραμματιστεί 10.800 ασθενείς.

Αν θέλουμε να σεβόμαστε τις βασικές αρχές της βασισμένης σε αποδείξεις ιατρικής, πρέπει να αξιολογήσουμε τα στοιχεία από τις 3 κεντρικές μελέτες της δρονεδαρόνης (ATHENA, ANDROMEDA και PALLAS) με έναν ισορροπημένο τρόπο. Δεν υπάρχει καμία αμφιβολία ότι η δρονεδαρόνη δεν πρέπει να χορηγηθεί σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια και σε ασθενείς με μόνιμη κολπική μαρμαρυγή, αλλά συγχρόνως πρέπει να δεχτούμε το γεγονός ότι τα αποτελέσματα της δρονεδαρόνης στους ασθενείς χωρίς ή με ήπια καρδιακή νόσο είναι μοναδικά στον τομέα της αντιαρρυθμικής θεραπείας. Σε αυτό το πλαίσιο οι συστάσεις των κατευθυντήριων οδηγιών του 2012 είναι βασισμένες σε αποδείξεις και καλά ισορροπημένες.

Οι νοσοκομειακοί γιατροί πρέπει να γνωρίζουν τις παρενέργειες της αντιαρρυθμικής θεραπείας και πρέπει να προστατεύσουν τους ασθενείς τους από την έκθεση σε πολλαπλούς προαρρυθμικούς παράγοντες (π.χ. ταυτόχρονη χρήση άλλων προαρρυθμικών φαρμάκων) σε σχέση με τα αντιαρρυθμικά φάρμακα. Λάβετε υπόψη ότι με εξαίρεση τη μελέτη GESICA, η οποία συμπεριέλαβε 516 με μη ισχαιμική μυοκαρδιοπάθεια, κυρίως λόγω της νόσου του Lyme, καμία άλλη μελέτη, δεν έχει δείξει ότι η αντιαρρυθμική θεραπεία μπορεί να βελτιώσει την πρόγνωση των ασθενών μας σε ποικίλες κλινικές καταστάσεις.¹⁸

Κατάλυση κολπικής μαρμαρυγής

Η κατάλυση της κολπικής μαρμαρυγής έχει αναβαθμιστεί στην αναπροσαρμογή του 2012 των οδηγιών της ESC για την ΚΜ. Ο λόγος για αυτόν είναι η συσσωρευμένη εμπειρία από την ευρύτερη εφαρμογή της μεθόδου στην Ευρώπη και τα αποτελέσματα από τις μελέτες MANTRA-PAF και RAAFT II.^{19,20}

Η κατάλυση της κολπικής μαρμαρυγής πρέπει να εκτελείται σε καλά οργανωμένα κέντρα από έμπειρους ηλεκτροφυσιολόγους. Οι οδηγίες υπογραμμίζουν ακόμα τα αποτελέσματα της πιλοτικής μελέτης για την κατάλυση της κολπικής μαρμαρυγής στα πλαίσια του προγράμματος EURObservational Research Programme, το οποίο παρουσίασε την έκβαση περισσότερων από 1000 καταλύσεων που πραγματοποιήθηκαν σε διακεκριμένα κέντρα σε όλη την Ευρώπη. Σε αυτή τη μελέτη, οι σοβαρές οξείες επιπλοκές ήταν 0,6% για ΑΕΕ, 1,3% για επιπωματισμό, 1,3% για επιπλοκές στα περιφερικά αγγεία, και περίπου 2% για περικαρδίτιδα.²¹ Εντούτοις, είναι σαφώς εμφανές ότι η κατάλυση της κολπικής μαρμαρυγής βελτιώνει την ποιότητα ζωής, μειώνει την εισαγωγή στο νοσοκομείο και είναι σίγουρα αποτελεσματικότερη από οποιαδήποτε διαθέσιμη φαρμακευτική θεραπεία.

Για πρώτη φορά οι οδηγίες της ESC (ακολουθώντας το παράδειγμα της Heart Rhythm Society των ΗΠΑ) συστήνουν την κατάλυση της κολπικής μαρμαρυγής ως θεραπεία πρώτης εκλογής. Συγκεκριμένα, οι κατευθυντήριες οδηγίες του 2012 συστήνουν την κατάλυση της κολπικής μαρμαρυγής σε επιλεγμένους ασθενείς με παροξυσμική κολπική μαρμαρυγή ως εναλλακτική λύση στην αντιαρρυθμική θεραπεία φαρμάκων, ανάλογα με την επιθυμία του ασθενούς, το όφελος, και τον κίνδυνο. (class IIa, επίπεδο B).

Η σύσταση για τους ασθενείς υπό αντιαρρυθμική θεραπεία είναι η ακόλουθη: Η «κατάλυση της συμπτωματικής παροξυσμικής κολπικής μαρμαρυγής συστήνεται στους ασθενείς που έχουν συχνά επεισόδια ΚΜ παρά την αντιαρρυθμική θεραπεία (αμιοδαρόνη, δρονεδαρόνη, φλεκαϊνίδη, προπαφενόνη, σοταλόλη) και που επιθυμούν τον έλεγχο του ρυθμού, όταν εκτελείται από ένα ηλεκτροφυσιολόγο που έχει λάβει την κατάλληλη κατάρτιση και η επέμβαση γίνεται σε ένα κέντρο με εμπειρία (κατηγορία I, επίπεδο A). Οι λέξεις κλειδί για τον κλινικό καρδιολόγο είναι συμπτωματική παροξυσμική κολπική μαρμαρυγή και κέντρο με εμπειρία.

Τελικές παρατηρήσεις

Ο συγγραφέας αυτών των σχολίων της αναπροσαρμογής των κατευθυντήριων οδηγιών της ESC του 2012 για τη διαχείριση της κολπικής μαρμαρυγής είναι πεπεισμένος ότι αυτές οι οδηγίες είναι σημαντικότερες από ό,τι φαίνεται. Οι σημαντικότερες καινοτομίες είναι οι συστάσεις για το συστηματικό έλεγχο μετά την ηλικία 65 ετών, ο ρόλος των νεότερων αντιπηκτικών που προτιμώνται γενικά έναντι των ανταγωνιστών της βιταμίνης Κ για την πρόληψη του ΑΕΕ και η αποδοχή της κατάλυσης της κολπικής μαρμαρυγής ως θεραπείας πρώτης γραμμής.

Αν και ήδη νέες και ενημερωμένες πρόσφατα, οι οδηγίες της ESC για την κολπική μαρμαρυγή αναμένεται για να ανανεωθούν σύντομα. Ο λόγος γι' αυτό είναι ο γρήγορα εξελισσόμενος τομέας της φαρμακευτικής θεραπείας για την πρόληψη του ΑΕΕ και τα αναμενόμενα νέα στοιχεία στον τομέα της αντιαρρυθμικής θεραπείας. Επιπλέον περισσότερες τυχαioποιημένες μελέτες για μακροχρόνια αποτελεσματικότητα της κατάλυσης αναμένονται μέσα στα επόμενα 2 έτη (π.χ. η μελέτη CABANA). Εν τω μεταξύ, πρέπει να προσπαθήσουμε να ευθυγραμμίσουμε την αγωγή των ασθενών μας με ΚΜ με το πνεύμα των οδηγιών της ESC. Βεβαίως, πρέπει πάντα να σκεφτόμαστε ότι οι κατευθυντήριες οδηγίες είναι ένα μείγμα επιστήμης και διπλωματίας, το οποίο δεν ισχύει για τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και τις ανάγκες όλων των ασθενών μας. Η εξατομικευμένη προσέγγιση μερικών ασθενών όχι μόνο επιτρέπεται σε συγκεκριμένες περιπτώσεις αλλά συχνά είναι επιτακτική ανάγκη.

Βιβλιογραφία

- Khaykin Y, Shamiss Y. Cost of Atrial Fibrillation: Invasive vs Non-Invasive Management in 2012. *Curr Cardiol Rev*. 2012 Aug 17. [Epub ahead of print].
- Pisters R, Lane DA, Marin F, Camm AJ, Lip GY. Stroke and thromboembolism in atrial fibrillation. *Circ J*. 2012; 76: 2289-2304. Epub 2012 Sep 19.
- Korantzopoulos P, Andrikopoulos G, Vemmos K, Goudevenos JA, Vardas PE. Atrial fibrillation and thromboembolic risk in Greece. *Hellenic J Cardiol*. 2012; 53: 48-54.
- Karampli E, Athanasakis K, Ollandezos M, Pavi E, Kyriopoulos J. Management of atrial fibrillation in the Greek healthcare setting. *Hellenic J Cardiol*. 2012; 53: 273-278.
- Camm AJ, Lip GY, De Caterina R, et al. 2012 focused update of the ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation: An update of the 2010 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation. *Europace*. 2012; 14: 1385-1413.
- Binici Z, Intzilakis T, Nielsen OW, Kober L, Sajadieh A. Excessive supraventricular ectopic activity and increased risk of atrial fibrillation and stroke. *Circulation*. 2010; 121: 1904-1911.
- Healey JS, Connolly SJ, Gold MR, et al; ASSERT Investigators. Subclinical atrial fibrillation and the risk of stroke. *N Engl J Med*. 2012; 366: 120-129.
- Andrikopoulos G, Tzeis S, Theodorakis G, Vardas P. Monitoring capabilities of cardiac rhythm management devices. *Europace*. 2010; 12: 17-23.
- Vassilikos VP, Mantziari A, Goudis CA, et al. Differences in management of atrial fibrillation between cardiologists and non-cardiologists in Greece. *Hellenic J Cardiol*. 2010; 51: 113-121.
- Olesen JB, Lip GY, Lindhardsen J, et al. Risks of thromboembolism and bleeding with thromboprophylaxis in patients with atrial fibrillation: A net clinical benefit analysis using a "real world" nationwide cohort study. *Thromb Haemost*. 2011; 106: 739-749.
- Friberg L, Rosenqvist M, Lip GY. Net clinical benefit of warfarin in patients with atrial fibrillation: a report from the Swedish atrial fibrillation cohort study. *Circulation*. 2012; 125: 2298-307.
- Mant J, Hobbs FD, Fletcher K, et al; BAFTA investigators; Midland Research Practices Network (MidReC). Warfarin vs aspirin for stroke prevention in an elderly community population with atrial fibrillation (the Birmingham Atrial Fibrillation Treatment of the Aged Study, BAFTA): a randomized controlled trial. *Lancet*. 2007; 370: 493-503.
- Rash A, Downes T, Portner R, Yeo WW, Morgan N, Chaner KS. A randomized controlled trial of warfarin vs. aspirin for stroke prevention in octogenarians with atrial fibrillation (WASPO). *Age Ageing* 2007; 36: 151-156.
- Freemantle N, Lafuente-Lafuente C, Mitchell S, Eckert L, Reynolds M. Mixed treatment comparison of dronedarone, amiodarone, sotalolol, flecainide, and propafenone, for the management of atrial fibrillation. *Europace*. 2011; 13: 329-345.
- Hohnloser SH, Crijns HJ, van Eickels M, et al; ATHENA Investigators. Effect of dronedarone on cardiovascular events in atrial fibrillation. *N Engl J Med*. 2009; 360: 668-678.
- Køber L, Torp-Pedersen C, McMurray JJ, et al. Dronedarone Study Group. Increased mortality after dronedarone therapy for severe heart failure. *N Engl J Med*. 2008; 358: 2678-2687.
- Connolly SJ, Camm AJ, Halperin JL, et al; PALLAS Investigators. Dronedarone in high-risk permanent atrial fibrillation. *N Engl J Med*. 2011; 365: 2268-2276.
- Doval HC, Nul DR, Grancelli HO, et al. Randomised trial of low-dose amiodarone in severe congestive heart failure. Grupo de Estudio de la Sobrevida en la Insuficiencia Cardíaca en Argentina (GESICA). *Lancet*. 1994; 344: 493-498.
- Cosedis Nielsen J, Johannessen A, Raatikainen P, et al. A randomized comparison of radiofrequency ablation and antiarrhythmic drug therapy as first line treatment in paroxysmal atrial fibrillation. *N Engl J Med*. 2012: in press.
- Morillo C, Verma A, Kuck KH, et al. Radiofrequency Ablation vs. Antiarrhythmic Drugs as First-Line Treatment of Symptomatic Atrial Fibrillation: (RAAFT 2): A randomized trial. *Heart Rhythm Society 2012 Scientific Sessions*; 2012; Boston, MA. Abstract LB02-1.
- Arbela E, Brugada J, Hindricks G, et al; on behalf of the Atrial Fibrillation Ablation Pilot Study Investigators. ESC-EURObservational research programme: the atrial fibrillation ablation pilot study, conducted by the European Heart Rhythm Association. *Europace*. 2012; 14: 1094-1103.