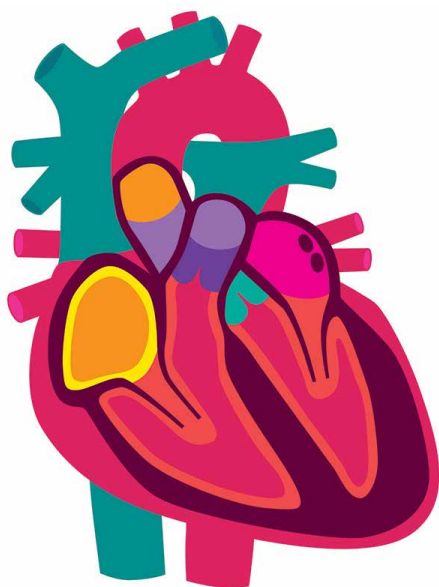


Επιστημονικά Ανάλεκτα
από το American College of
Cardiology (ACC) 2018
Annual Scientific Session



ACC.18™

67th Annual Scientific Session & Expo

Επιμέλεια: Δωροθέα Τσεκούρα

Ο εμβολιασμός κατά της γρίπης υποδιπλασιάζει το θάνατο ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια

Σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια, ο εμβολιασμός κατά της γρίπης μειώνει τον κίνδυνο θανάτου από οποιασδήποτε αιτία κατά την εποχή της γρίπης αλλά και κατά το υπόλοιπο του έτους, καθώς και τον κίνδυνο νοσηλείας για καρδιαγγειακά νοσήματα σύμφωνα με μια μεγάλη ανασκόπηση.

Σύμφωνα με τους ερευνητές παρά το ότι δεν υπάρχουν δημοσιευμένες τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες που να εξετάζουν την επίδραση του εμβολιασμού κατά της γρίπης τα αποτελέσματα του εμβολιασμού σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια έχουν εξεταστεί σε μελέτες παρατήρησης ενώ αυτή η μετα-ανάλυση είναι η πρώτη μετα-ανάλυση που μελετά την επίδραση του εμβολιασμού κατά της γρίπης στη θνησιμότητα των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια και υποστηρίζει σαφώς την ευρύτερη χρήση του εμβολίου κατά της γρίπης σε αυτούς τους ασθενείς.

Οι ερευνητές ανέλυσαν δεδομένα από πέντε σχετικές μελέτες παρατηρήσεις, συμπεριλαμβανομένων 78.882 παλαιότερων ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια. Οι ασθενείς ήταν ηλικίας 64 έως 75 ετών κατά μέσο όρο και η παρακολούθηση διήρκεσε από 1 έως 4 χρόνια.

Ο εμβολιασμός κατά της γρίπης μείωσε τον κίνδυνο θανάτου από οποιαδήποτε αιτία κατά 48% κατά τη διάρκεια της περιόδου γρίπης και κατά 21% κατά τη διάρκεια του υπολοίπου έτους.

Ο εμβολιασμός μείωσε επίσης τον κίνδυνο νοσηλείας για καρδιαγγειακά νοσήματα κατά 22%. (Πίνακας).

Είναι αξιοσημείωτο, είπε, ότι ο ρυθμός εμβολιασμού κατά των γρίπης μεταξύ των περιλαμβανόμενων μελετών διέφερε ευρέως, με ποσοστό κυμαινόμενο από 26% έως 86%, γεγονός που μπορεί να οφείλεται σε περιορισμένες κατευθυντήριες συστάσεις για εμβολιασμό κατά της γρίπης σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια".

Η Αμερικανική Εταιρεία Καρδιακής Ανεπάρκειας συνιστά τον ετήσιο εμβολιασμό κατά της γρίπης για όλους τους ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια επί απουσίας γνωστών αντενδείξεων. Το American College of Cardiology / American Heart Association (ACC / AHA) ενώ συνιστούν τον ετήσιο εμβολιασμό κατά της γρίπης για ασθενείς με καρδιαγγειακές παθήσεις, θέτουν συγκεκριμένη σύσταση σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια.

Πίνακας

Η θνησιμότητα και ο κίνδυνος νοσηλείας με εμβολιασμό κατά της γρίπης	
Καταληκτικό σημείο	Προσαρμοσμένος κίνδυνος τελικού σημείου (95% CI)
Η θνησιμότητα από όλες τις αιτίες κατά τη διάρκεια της εποχής της γρίπης	0,52 (0,39 - 0,69)
Η θνησιμότητα όλων των αιτιών εκτός της εποχής της γρίπης	0,79 (0,69 - 0,90)
Καρδιαγγειακή νοσηλεία κατά τη διάρκεια της περιόδου γρίπης	0,78 (0,68 - 0,89)

Επιμέλεια: Δωροθέα Τσεκούρα

CARES: Κίνδυνος αυξημένης θνησιμότητας για ασθενείς με υψηλό βιολογικό κίνδυνο που λαμβάνουν το φάρμακο ουρικής αρθρίτιδας Febuxostat

Σε πρόσφατη τυχαίοποιημένη μελέτη μη κατωτερότητας ο κίνδυνος για καρδιαγγειακά (ΚΑ) συμβάματα ήταν παρόμοιος, είτε οι ασθενείς με υψηλό καρδιαγγειακό κίνδυνο έλαβαν για τη θεραπεία ουρικής αρθρίτιδας φεμπουξοστάτη (Uloric, Takeda Pharmaceuticals) ή αλλοπουρινόλη.

Το πρωταρχικό αποτέλεσμα - σε μελέτη ασφάλειας που εγκρίθηκε από τις ρυθμιστικές αρχές των ΗΠΑ μετά την κυκλοφορία της φεμπουξοστάτης το 2009 - μετριάστηκε από το δευτερογενές εύρημα της σημαντικά αυξημένης θνησιμότητας όλων των αιτιών, που προκλήθηκε από καρδιαγγειακούς θανάτους το 2009 σε ασθενείς που ελάμβαναν το νεότερο φάρμακο σε σύγκριση με τη θνησιμότητα σε αυτούς που ελάμβαναν αλλοπουρινόλη.

Η σύγκριση των δύο αναστολέων της οξειδάσης της ξανθίνης μελετήθηκε στη μελέτη CARES (CARES- Mortality Risk Hinted for Patients at High CV Risk Receiving Gout Drug Febuxostat- Καρδιαγγειακή Ασφάλεια του Febuxostat και της Αλλοπουρινόλης σε Ασθενείς με Ουρική Αρθρίτιδα και Καρδιαγγειακή Συννοσηρότητα) στην οποία παρακολούθηθηκαν 6.190 ασθενείς που έλαβαν τα φάρμακα για μέσο όρο 2,5 ετών.

Η CARES δημοσιεύθηκε στις 12 Μαρτίου στο New England Journal of Medicine, με τον William B White ως κύριο συγγραφέα.

Οι εγγεγραμμένοι ασθενείς έπρεπε να έχουν ιστορικό καρδιαγγειακής νόσου που περιελάμβανε στεφανιαία νόσο, εγκεφαλική ή περιφερική αγγειακή νόσο ή διαβήτη με μικροαγγειοπάθεια.

Το τελικό καταληκτικό σημείο ήταν καρδιακή θνησιμότητα, το μη θανατηφόρο έμφραγμα του μυ-

οκαρδίου (ΟΕΜ), το μη θανατηφόρο εγκεφαλικό επεισόδιο και η ασεθής σπληνάγχη που απαιτούσε επείγουσα χειρουργική επέμβαση, η οποία έφτασε το 10,8% για τους ασθενείς που έλαβαν φεμπουξοστάτη και 10,4% για αυτούς που έλαβαν θεραπεία με αλλοπουρινόλη.

Ο προσαρμοσμένος κίνδυνος αιφνίδιου καρδιακού θανάτου ήταν 2,7% για το febuxostat και 1,8% για την αλλοπουρινόλη, αντίστοιχα, και τα ποσοστά καρδιαγγειακού θανάτου ήταν 4,3% και 3,2% (P = 0,03), αντίστοιχα.

Άγνωστος Μηχανισμός

Οι ερευνητές επεσήμαναν μια ανεξήγητη ιδιορρυθμία των αποτελεσμάτων, τον συνδυασμό ενός μη κατώτερου πρωτεύοντος καταληκτικού σημείου για τη φεμπουξοστάτη που περιελάμβανε τον καρδιαγγειακό θάνατο, αλλά δευτερευόντως ένα άλμα σε θνησιμότητα από όλες τις αιτίες και ιδιαίτερα του καρδιαγγειακού θανάτου.

Η εκτίμηση των κλινικών συμβάντων δεν έδειξε σημαντικές διαφορές μεταξύ των θεραπειών σε μη θανατηφόρα συμβάματα, συμπεριλαμβανομένου του ΟΕΜ, της επαναγγείωσης, της αρρυθμίας ή της νοσπλείας για καρδιακή ανεπάρκεια.

Εκτενείς προκλινικές μελέτες δεν κατέστησαν εμφανείς προαρρυθμικούς, προθρομβωτικούς, αθηροσκληρωτικούς ή καρδιακούς λειτουργικούς παράγοντες που μπορεί να προκαλούν αυτό το παράδοξο αποτέλεσμα.

Σύμφωνα με τους ερευνητές παρά τις ελάχιστες διαφορές στα μεμονωμένα μη θανατηφόρα

γεγονότα και με λίγη κατανόηση του μηχανισμού της βλάβης, τα αποτελέσματα της CARES εγείρουν συνεχείς ανησυχίες σχετικά με την ασφάλεια του febuxostat και παρόλο που η δοκιμή πληρούσε το τελικό σημείο μη κατωτερότητας είναι απαραίτητη η εστίαση στην πιθανότητα κινδύνου με το febuxostat.

Η FDA προειδοποιεί για τον κίνδυνο θνησιμότητας

Το βασικό μήνυμα των αποτελεσμάτων της CARES είχε ανακοινωθεί σε προκαταρκτική μορφή το Νοέμβριο του 2017 σε μια ανακοίνωση ασφαλείας από την αμερικανική Υπηρεσία Τροφίμων και Φαρμάκων (FDA), η οποία προειδοποίησε για μια έξαρση καρδιαγγειακών θανάτων και θανάτων από όλες τις αιτίες με τη φεμπουξοστάτη.

Η προειδοποίηση του FDA επεσήμανε επίσης ότι δεν υπήρξε παρόμοια αύξηση του κινδύνου για το πρωτεύον καταληκτικό σημείο.

Αυτό που θα κάνει ο οργανισμός με τα νέα δεδομένα της CARES είναι ακόμη άγνωστο. Οι επιλογές περιλαμβάνουν είτε μια νέα προειδοποίηση στην επισήμανση εκτός από εκείνη που ήδη υπάρχει, ή την απόσυρση της φεμπουξοστάτης από την αγορά.

Σύμφωνα με τους ερευνητές θα ήταν ευπρόσδεκτη μια ασφαλής εναλλακτική λύση της αλλοπουρινόλης για την ουρική αρθρίτιδα καθώς πολλοί ασθενείς με ουρική αρθρίτιδα και νεφρική νόσο δεν την ανέχονται ενώ η χρήση της σχετίζεται με δερματικές αντιδράσεις ευαισθησίας, ειδικά στους Αφροαμερικανούς. Αυτοί οι πληθυσμοί, υποστηρίζουν οι ερευνητές θα ήταν οι πληθυσμοί στους οποίους η φεμπουξοστάτη πιθανόν θα αποτελούσε καλύτερη επιλογή από την αλλοπουρινόλη. Αξιοσημείωτο δε είναι ότι οι ασθενείς με πιο προχωρημένη νεφροπάθεια τείνουν να έχουν καλύτερα κλινικά αποτελέσματα με τη φεμπουξοστάτη απ' ό,τι εκείνοι χωρίς νεφρική νόσο και μάλιστα δεν παρουσιάζουν σημαντική αύξηση της καρδιαγγειακής θνησιμότητας όπως παρατηρήθηκε στον πληθυσμό στο σύνολό του. Πολλά φάρμακα με χρήσιμους ρόλους έχουν δείξει κινδύνους. Εάν οι ρυθμιστικές αρχές θα τα

απέσυραν από την αγορά με βάση τέτοια σημεία τότε θα αφαιρούσαμε τη δυνατότητα ενός ασθενούς να πάρει μια τεκμηριωμένη απόφαση με τον θεράποντά του. Οι ρευματολόγοι ασχολούνται με μια ομάδα ασθενών σοβαρής χρόνιας νόσου και εάν κάποιο φάρμακο κάνει καλό έστω και σε κάποιους από αυτούς δεν πρέπει να το αποσύρουμε. Εάν ο κίνδυνος μπορεί να εντοπιστεί, τότε μπορεί να εξαρτηθεί από τους ασθενείς και τους θεράποντες εάν θα το επιλέξουν.

Μελέτη Βόρειας Αμερικής

Η CARES συμπεριέλαβε ασθενείς με ουρική αρθρίτιδα και ιστορικό καρδιαγγειακής νόσου για να λαμβάνουν τον έναν ή τον άλλο παράγοντα, με διπλό τυφλό τρόπο, σε 320 κέντρα στις Ηνωμένες Πολιτείες, τον Καναδά και το Μεξικό. Η θεραπεία συνεχίστηκε έως και 6 χρόνια.

Οι 3.098 ασθενείς στην ομάδα της φεμπουξοστάτης έλαβαν το φάρμακο στα 40 έως 80 mg / ημέρα ανεξάρτητα από τη νεφρική λειτουργία. Οι 3.092 ασθενείς στην αλλοπουρινόλη έλαβαν 200 έως 600 mg / ημέρα ανάλογα με τα επίπεδα ουρικού οξέος του ορού.

Οι δύο ομάδες ήταν παρόμοιες σε σχέση με τα βασικά φαρμακευτικά σκευάσματα και τον επιπολασμό της προηγούμενης χρήσης φαρμάκων ουρικής αρθρίτιδας. Το 4,2% και στις δύο ομάδες είχε χρησιμοποιήσει προηγουμένως φεμπουξοστάτη.

Οι φλεγμονώδεις εκδηλώσεις κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης ήταν περίπου το ίδιο συχνές και στις δύο ομάδες: 0,68 και 0,63 ανά ασθενή-έτος για φεμπουξοστάτη και αλλοπουρινόλη αντίστοιχα.

Επιμέλεια: Οδυσσέας Καϊτόζης

Μελέτη Manage: Λιγότερα Καρδιαγγειακά Συμβάματα με τη χρήση της νταμπιγκατράνης μετά από μη Καρδιοχειρουργική Επέμβαση

Η μελέτη MANAGE (Management of Myocardial Injury After Noncardiac Surgery) είναι μια νέα ερευνητική μελέτη που παρουσιάστηκε στο American College of Cardiology (ACC) 2018. Η μελέτη αυτή συμπεριέλαβε ασθενείς που είχαν υποβληθεί σε μη καρδιοχειρουργική επέμβαση και διαγνώστηκαν με μυοκαρδιακή βλάβη (MINS- Myocardial Injury after Noncardiac Surgery). Το MINS ως σύνδρομο είναι εξ' ορισμού μυοκαρδιακή βλάβη ισχαιμικής αιτιολογίας και ανεξάρτητη από την ύπαρξη ή όχι συμπτωμάτων ισχαιμίας μυοκαρδίου. Στο 80% των ασθενών η διάγνωση έγινε με την ύπαρξη αυξημένων τιμών τροπονίνης ενώ στο υπόλοιπο 20% των ασθενών τέθηκε η διάγνωση του εμφράγματος του μυοκαρδίου σύμφωνα με τους καθιερωμένους ορισμούς. Η σημαντική πλειοψηφία των ασθενών (91%) δεν εμφάνιζε συμπτώματα ισχαιμίας μυοκαρδίου και σε αυτούς η διάγνωση του MINS πιθανότητα δεν θα ήταν δυνατή χωρίς την μετεπεμβατική μέτρηση της τροπονίνης.

Η μελέτη περιέλαβε 1754 ασθενείς σε 84 ερευνητικά κέντρα σε 19 χώρες από τον Ιανουάριο του 2013 έως τον Ιούλιο του 2017. Το 48% των ασθενών ήταν γυναίκες και η διάγνωση του MINS έγινε σε χρονικό διάστημα 35 ημερών μετά την επέμβαση. Ο υπό μελέτη πληθυσμός έλαβε είτε νταμπιγκατράνη (dabigatran) 110mg δύο φορές ημερησίως είτε εικονικό φάρμακο (placebo). Τα Ύ των ασθενών ελάμβαναν ασπιρίνη στη διάρκεια της περιόδου παρακολούθησης αλλά μόνο το 7% διπλή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή. Το 68% των ασθενών ελάμβαναν και στατίνη.

Διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς που έλαβαν νταμπιγκατράνη εμφάνισαν σημαντική μείωση 28% του κινδύνου για καρδιαγγειακά συμβάματα έναντι του placebo σε μία μέση περίοδο παρακολούθησης 16 μηνών. Η μείωση αυτή επιτεύχθηκε χωρίς αντίστοιχη αύξηση στις μείζονες αιμορραγίες ενώ παρατηρήθηκε αύξηση του κινδύνου για τις ελάσσονες αιμορραγίες στους ασθενείς που έλαβαν τον από του στόματος άμεσο αναστολέα της θρομβίνης.

Πιο συγκεκριμένα το πρωτογενές σύμπλοκο

καταληκτικό σημείο της μελέτης όσον αφορά την αποτελεσματικότητα ήταν έμφραγμα μυοκαρδίου, μη αιμορραγικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, θάνατος από αγγειακά αίτια, περιφερική αρτηριακή θρόμβωση, ακρωτηριασμός ή συμπτωματική φλεβική θρόμβωση/εμβολή. Αυτό παρατηρήθηκε στο 11% των ασθενών που έλαβαν νταμπιγκατράνη έναντι 15% της ομάδας του εικονικού φαρμάκου. Το πρωτογενές σύμπλοκο καταληκτικό σημείο της μελέτης όσον αφορά την ασφάλεια ήταν αιμορραγίες μείζονες, απειλητικές για τη ζωή ή κριτικού για τη ζωή οργάνου και παρατηρήθηκαν αντίστοιχα σε 3% στην ομάδα της νταμπιγκατράνης και 4% στην ομάδα του εικονικού φαρμάκου. (Πίνακας 1)

Πίνακας 1

ΚΑΤΑΛΗΚΤΙΚΟ ΣΗΜΕΙΟ	Hazard Ratio (95% CI)	P value
καταληκτικό σημείο αποτελεσματικότητας	0,72 (0,55-0,93)	0,012
καταληκτικό σημείο ασφάλειας	0,92 (0,55-1,53)	0,79

Στη συζήτηση που ακολούθησε για τις κλινικές εφαρμογές της μελέτης εκφράστηκαν όπως ήταν αναμενόμενο έντονες επιφυλάξεις για το κατά πόσο θα πρέπει να αλλάξουμε την καθημερινή κλινική πράξη και να θεωρήσουμε υποχρεωτική την μέτρηση τροπονίνης σε ασυμπτωματικούς ασθενείς που υποβάλλονται σε μη καρδιοχειρουργική επέμβαση-πόσο μάλλον την ανάγκη για μακροχρόνια αντιπηκτική αγωγή σε αυτούς τους ασθενείς. Κάτι τέτοιο άλλωστε θα αποτελούσε μείζονα αλλαγή του τρόπου θεώρησης της μυοκαρδιακής βλάβης και θα απαιτούσε περισσότερα δεδομένα. Αρκετοί πάντως θεωρούν ενδιαφέρουσα τη μελέτη καθώς δίνει δεδομένα για ασθενείς που δεν πληρούν τα καθιερωμένα κριτήρια ορισμού του εμφράγματος του μυοκαρδίου αλλά όπως αποδεικνύεται εμφανίζουν ιδιαίτερα υψηλότερο απ' ό,τι θεωρούσαμε κίνδυνο για καρδιαγγειακά συμβάματα βραχυπρόθεσμα.

ΜΕΛΕΤΗ VEST: ΧΩΡΙΣ ΜΕΙΩΣΗ ΑΙΦΝΙΔΙΟΥ ΚΑΡΔΙΑΚΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΟΞΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΑΠΙΝΙΔΩΤΗ ΤΟΠΟΘΕΤΗΜΕΝΟΥ ΣΕ ΓΙΛΕΚΟ (LifeVest)

Η μελέτη VEST (Vest Prevention of Early Sudden Death) παρουσιάστηκε στο American College of Cardiology (ACC) 2018. Η μελέτη αυτή συμπεριελάβε ασθενείς με χαμηλό κλάσμα εξώθησης της αριστερής κοιλίας που έφεραν μέσα σε 7 ημέρες μετά από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου έναν εξωτερικό απινιδωτή τοποθετημένο σε γιλέκο, το LifeVest (ZOLL Medical).

Είναι γνωστό ότι οι κατευθυντήριες οδηγίες δεν προτείνουν τη χρήση εμφυτεύσιμου απινιδωτή για την πρωτογενή πρόληψη του αιφνιδίου καρδιακού θανάτου την περίοδο των πρώτων 40 ημερών μετά από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (ή των πρώτων 90 ημερών εάν έχει γίνει πρωτογενής αγγειοπλαστική). Η πρόταση αυτή στηρίζεται σε δεδομένα από τις μελέτες DINAMIT και IRIS οι οποίες έδειξαν ότι η χρήση των εμφυτεύσιμων απινιδωτών σε αυτήν την πρώιμη μετεμφραγματική περίοδο δεν προσφέρει καμία βελτίωση στην επιβίωση και μάλιστα πιθανώς να αυξάνει την ολική θνητότητα.

Στην συνέχεια υπήρξαν δεδομένα από μελέτες παρατήρησης σε 8000 ασθενείς για την χρήση του εξωτερικού απινιδωτή τοποθετημένου σε γιλέκο (LifeVest) σε αυτήν την πρώιμη μετεμφραγματική περίοδο. Σύμφωνα με αυτά, η συσκευή ενεργοποιήθηκε στο 1,4% των ασθενών με πρόσφορη απινιδωσιμότητα. Ακολουθώντας αυτά τα δεδομένα σχεδιάστηκε η μελέτη VEST με την ένταξη 2302 ασθενών σε περισσότερα από 100 κέντρα στην Ευρώπη και την Αμερική οι οποίοι τυχαιοποιήθηκαν 2:1 στη χρήση ή όχι του LifeVest (1524 και 778 ασθενείς αντίστοιχα).

Η μελέτη αυτή δεν ανέδειξε μείωση του πρωτογενούς καταληκτικού σημείου που ήταν ο αιφνίδιος θάνατος στους 3 μήνες παρακολούθησης (1,6% ομάδα της συσκευής έναντι 2,4% στην ομάδα ελέγχου), αλλά μειώθηκε ο ολικός θάνατος από οποιαδήποτε αιτία (3,2% έναντι 4,9% αντίστοιχα, με μείωση σχετικού κινδύνου 35,5%). (Πίνακας 2)

Στην ομάδα των ασθενών που έλαβε τη συσκευή, 13 ασθενείς έλαβαν μία πρόσφορη απινιδωσιμότητα στην διάρκεια της περιόδου παρακολούθησης και 7 ασθενείς τουλάχιστον δύο (1,4% είχαν τουλάχιστον ένα επεισόδιο που χρειάστηκε απινιδωσιμότητα και 2 ασθενείς αντίστοιχα είχαν ένα ή περισσό-

Πίνακας 2. Πρωτογενή και δευτερογενή καταληκτικά σημεία στις 90 ημέρες

ΚΑΤΑΛΗΚΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ	LifeVest	Ομάδα ελέγχου	p
Αιφνίδιος καρδιακός θάνατος	1,6	2,4	0,18
Μη αιφνίδιος θάνατος	1,4	2,2	0,15
Θάνατος από καρδιακή ανεπάρκεια	0,7	0,6	1,0
Θανατηφόρο έμφραγμα μυοκαρδίου	0,1	0,1	1,0
Θανατηφόρο ΑΕΕ	0,0	0,5	0,01
Θάνατος από οποιαδήποτε αιτία	3,1	4,9	0,04
Νοσηλεία από καρδιαγγειακά αίτια	22	22	0,81

τερα επεισόδια απρόσφορης απινιδωσιμότητας (0,6% των ασθενών με τουλάχιστον ένα επεισόδιο απρόσφορης απινιδωσιμότητας). Αξίζει να σημειωθεί ότι το 19% των ασθενών που τυχαιοποιήθηκαν να λάβουν τη συσκευή την αρνήθηκαν.

Στη συζήτηση που ακολούθησε τονίστηκε ότι η μελέτη είναι αρνητική για το πρωτογενές καταληκτικό της σημείο. Ακόμα και αν πιστέψουμε τη μείωση της θνητότητας από οποιαδήποτε αίτιο θα πρέπει να λάβουμε υπόψη το σημαντικό κόστος της συσκευής και το μεγάλο αριθμό των ασθενών που πρέπει να θεραπεύσουμε για να έχουμε μία πρόσφορη απινιδωσιμότητα. Από την άλλη υπήρξε και η άποψη ότι με τα αποτελέσματα της μελέτης VEST μπορούμε να συμπεράνουμε ότι δεν πρέπει όλοι οι μετεμφραγματικοί ασθενείς με κλάσμα εξώθησης αριστερής κοιλίας κάτω από 35% να λάβουν τη συσκευή. Θα πρέπει όμως να συνεχίσουμε την προσπάθεια να αναγνωρίσουμε τους υψηλού κινδύνου για αρρυθμολογικό θάνατο μετεμφραγματικούς ασθενείς (ασθενείς με συχνές πρώιμες έκτακτες κοιλιακές συστολές ή επεισόδια μη εμμένουσας κοιλιακής ταχυκαρδίας) οι οποίοι πιθανώς να ωφεληθούν από τη χρήση παρόμοιων συσκευών.

Επιμέλεια: Οδυσσέας Καϊτόζης

Ο Ρόλος του Καρδιολόγου στην Πρόληψη και Θεραπεία του Αγγειακού Εγκεφαλικού Επεισοδίου

(από κείμενο θέσεων του Συμβουλίου για το Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρείας)

Το Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο (ΑΕΕ) είναι μία αγγειακή νόσος με εγκεφαλικές επιπλοκές στην οποία η καρδιά κατέχει βασικό ρόλο. Ορίζεται ως ένα κλινικό σύνδρομο με τυπικά ταχέως εξελισσόμενα σημεία εστιακής ή συνολικής δυσλειτουργίας των εγκεφαλικών λειτουργιών που διαρκούν περισσότερο από 24 ώρες ή οδηγούν στο θάνατο χωρίς άλλη εμφανή αιτία εκτός από την αγγειακή νόσο. Η επίπτωση του ΑΕΕ κυμαίνεται μεταξύ 100-400 ανά 100.000 ατόμων το χρόνο και αποτελεί το δεύτερο αίτιο θνητότητας μετά τη στεφανιαία νόσο. Πέρα από τη θνητότητα το ΑΕΕ είναι το συχνότερο αίτιο φυσικής αναπηρίας στους ενήλικες, η δεύτερη (μετά τη νόσο του Alzheimer) αιτία άνοιας και αίτιο μείζονος κατάθλιψης, πτώσεων στο έδαφος και επιληψίας στους ηλικιωμένους. Αποτελεί συνολικά τεράστιο πρόβλημα τόσο για τους ασθενείς όσο και για τις οικογένειές τους και το σύστημα υγείας. Παρά τη μείωση της θνητότητάς του τα τελευταία χρόνια, παρατηρείται αύξηση των νοσηλειών λόγω ΑΕΕ. Το 85% των ΑΕΕ είναι ισχαιμικής ενώ το 15-20% είναι αιμορραγικής αιτιολογίας. Το 25% των ισχαιμικών ΑΕΕ είναι ξεκάθαρης καρδιοεμβολικής προέλευσης ενώ υπάρχει ένα επιπλέον 20-25% με υποψία καρδιακής προέλευσης ή συμμετοχής. Σε κάθε περίπτωση θα πρέπει να τονιστεί ότι το ΑΕΕ αναγνωρίζεται ως μία νόσος που είναι δυνατόν να προληφθεί.

Πρόληψη ΑΕΕ

ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΚΑΙ ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

Η πρόληψη του ΑΕΕ περιλαμβάνει την αναγνώριση όλων των γνωστών παραγόντων κινδύνου : αρτηριακή υπέρταση, καρδιακή νόσος (συμπεριλαμβανομένων των αρρυθμιών), κάπνισμα, παχυσαρκία και έλλειψη φυσικής δραστηριότητας, σακχαρώδης διαβήτης, κατάχρηση αλκοόλ, άγχος και κατάθλιψη.

Η πρωτογενής πρόληψη του ΑΕΕ θα πρέπει να είναι μία ευρύτερη πρωτοβουλία των πολιτικών, των Μέσω Μαζικής Ενημέρωσης, των παρόχων υγείας και των ιατρών της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην οποία ο καρδιολόγος (σε συνεργασία με άλλες ειδικότητες όπως ο νευρολόγος) θα συμμετέχει φυσικά στην επιμόρφωση των ασθενών για τη σημασία της μείωσης της Στεφανιαίας Νόσου και του ΑΕΕ με την άθληση και αύξηση της φυσικής δραστηριότητας.

Η δευτερογενής πρόληψη όμως αποτελεί έργο των εξειδικευμένων ιατρών και περιλαμβάνει την αναγνώριση και θεραπεία των παραγόντων κινδύνου. Η βέλτιστη δευτερογενής πρόληψη επιτυγχάνεται όταν η αιτιολογία του ΑΕΕ ερευνηθεί και αντιμετωπιστεί. Τα καρδιαγγειακά αίτια του ΑΕΕ όπως είναι φυσικό αυξάνουν το κίνδυνο για άλλα καρδιαγγειακά συμβάματα και η αποτελεσματική αντιμετώπισή τους είναι καθοριστικής σημασίας και πέρα από την δευτερογενή πρόληψη νέου ΑΕΕ. Αξίζει να σημειωθεί ότι μελέτες έχουν αποδείξει πως ένα χρόνο μετά από ΑΕΕ τα καρδιαγγειακά αίτια αποτελούν την κύρια αιτία θανάτου σε αυτούς τους ασθενείς.

Παρά την γενική κατανόηση της συσχέτισης καρδιάς-εγκεφάλου στα ΑΕΕ, ο αλγόριθμος της αποτελεσματικής διαγνωστικής πρακτικής μετά από ΑΕΕ δεν έχει καθιερωθεί στην καθημερινή κλινική πράξη και οι εξειδικευμένοι ιατροί περιορίζονται στο προκαθορισμένο αντικείμενο έρευνας τους. Στα περισσότερα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας δεν υπάρχει εξειδικευμένη μακροχρόνια φροντίδα και παρακολούθηση για αυτούς τους ασθενείς όπως συμβαίνει σε άλλες χρόνιες νόσους. Οι ασθενείς που νοσηλεύονται για ΑΕΕ μετά την έξοδό τους από το Νοσοκομείο παραπέμπονται για παρακολούθηση σε ιατρούς πρωτοβάθμιας υγείας (παθολόγους ή γενικούς ιατρούς) χωρίς καμία συμμετοχή των καρδιολόγων και των νευρολόγων.

Το ΑΕΕ αποτελεί μία εκδήλωση της αθηρωματικής αγγειακής νόσου και είναι σημαντικό έκτος

από την αντιμετώπιση των παραγόντων κινδύνου να αξιολογείται ο συνολικός κίνδυνος του ασθενή. Ο συστηματικός έλεγχος για στεφανιαία νόσου δεν προτείνεται για ασυμπτωματικούς ασθενείς. Σε ασθενείς όμως που είχαν συμπτωματική στεφανιαία νόσο προ του ΑΕΕ ή σε αυτούς που έχουν χαρακτηριστικά υψηλού κινδύνου όπως σακχαρώδη διαβήτη, νεφρική ανεπάρκεια, μεγάλο ισχαιμικό ΑΕΕ, κρίνεται απαραίτητη η καρδιολογική παρακολούθηση. Η πρώτη διάγνωση άλλωστε πολλών παραγόντων κινδύνου (αρτηριακή υπέρταση, δυσλιπιδαιμία, σακχαρώδη διαβήτης) γίνεται με την εκδήλωση του ΑΕΕ.

ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ ΑΕΕ

Η αρτηριακή υπέρταση είναι πολύ σημαντική γιατί σχετίζεται αιτιολογικά και με τους δύο τύπους ΑΕΕ (ισχαιμικό και αιμορραγικό) μέσω πολλαπλών άμεσων και έμμεσων μηχανισμών. Η υψηλή πίεση στις ενδοκράνιες αρτηρίες συνεισφέρει στην αιμορραγία σε «αδύναμα» σημεία όπως ανευρύσματα και αγγειακές δυσμορφίες. Επίσης όλες οι μορφές ισχαιμικών ΑΕΕ έχουν συσχετιστεί με υψηλή αρτηριακή πίεση. Η υψηλές πιέσεις στην αριστερή κοιλία και στον αριστερό κόλπο, που παρατηρούνται σχεδόν σε όλους τους υπερτασικούς ασθενείς, μπορούν να προκαλέσουν διάταση του αριστερού κόλπου, ίνωση, μυοπάθεια και καρδιακή ανεπάρκεια και να οδηγήσουν σε κολπική μαρμαρυγή και σχηματισμό θρόμβων. Η αποτελεσματική αντιυπερτασική αγωγή είναι γνωστό ότι μειώνει σημαντικά τον κίνδυνο για ΑΕΕ.

Είναι απαραίτητο να γίνει διαχωρισμός ανάμεσα στην αντιυπερτασική αγωγή στην οξεία φάση του ΑΕΕ και στην αγωγή μετά την οξεία φάση στην περίοδο παρακολούθησης. Στην οξεία φάση του ισχαιμικού ΑΕΕ η υψηλή αρτηριακή πίεση είναι αποδεκτή αν όχι και επιθυμητή με σκοπό να εξασφαλιστεί επαρκής ενδοκράνια πίεση αιμάτωσης του εγκεφάλου. Μια méta-ανάλυση 26 μελετών και 17.011 ασθενών απέτυχε να δείξει ότι η αυστηρή μείωση της αρτηριακής πίεσης στην οξεία φάση του ΑΕΕ βελτιώνει την έκβαση. Μάλιστα η μείωση της πίεσης τις πρώτες ώρες του ισχαιμικού ΑΕΕ μπορεί να είναι επιβλαβής. Η επιθυμητή αρτηριακή πίεση στην οξεία φάση εξαρτάται από τον τύπο του εγκεφαλικού και από τις συνοσπρότητες του κάθε ασθενή. Η επιλογή της αντιυπερτασικής αγωγής κυρίως στους στεφανιαίους ασθενείς απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή. Η απότομη διακοπή των β-αποκλειστών σε ασθενείς

με στεφανιαία νόσο ή καρδιακή ανεπάρκεια μπορεί να προκαλέσει το αντίθετο αποτέλεσμα (φαινόμενο rebound) αυξάνοντας το strain στο μυοκάρδιο στην οξεία φάση. Μετά την οξεία φάση η αρτηριακή πίεση θα πρέπει να γίνει στόχος της αγωγής ως παράγοντας κινδύνου. Η έναρξη αντιυπερτασικής αγωγής 24 ώρες μετά το ΑΕΕ θεωρείται σχετικά ασφαλής και ενδεδειγμένη κυρίως σε γνωστούς υπερτασικούς ασθενείς που είναι νευρολογικά σταθεροί. Δεν υπάρχουν επαρκή δεδομένα για πλεονεκτήματα στην επιλογή συγκεκριμένης κατηγορίας φαρμάκου στην αντιυπερτασική αγωγή.

ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ ΑΕΕ

Η κολπική μαρμαρυγή (ΚΜ) είναι γνωστό ότι αποτελεί παράγοντα κινδύνου για ΑΕΕ. Παρά τον ξεκάθαρο παθοφυσιολογικό της ρόλο στην δημιουργία θρόμβου εντός του ωτίου του αριστερού κόλπου (καρδιοεμβολική αιτιολογία ΑΕΕ), υπάρχει συνεχιζόμενη αντιπαράθεση για το εάν η ΚΜ είναι πραγματικό αίτιο για ΑΕΕ ή απλά ένα δείκτης επικινδυνότητας για ΑΕΕ. Ειδικότερα η αποδεδειγμένη έλλειψη άμεσης χρονικής συσχέτισης των επεισοδίων ΚΜ με το ΑΕΕ συντηρεί αυτή τη συζήτηση.

Αρκετές μελέτες έχουν αποδείξει ότι μία παρατεταμένη καταγραφή του ηλεκτροκαρδιογραφήματος οδηγεί σε αύξηση της διάγνωσης της ΚΜ με τον ετήσιο ρυθμό διάγνωσης να κυμαίνεται στο 10-15%. Αυτό αποδεικνύει τη σημασία της μακροχρόνιας καταγραφής του ηλεκτροκαρδιογραφήματος σε ασθενείς με ισχαιμικό ΑΕΕ απροσδιόριστης αιτιολογίας. Επιπλέον υπάρχουν σαφή δεδομένα ότι τα περισσότερα ΑΕΕ απροσδιόριστης αιτιολογίας είναι στην πραγματικότητα θρομβοεμβολικά. Οι πρόσφατες μελέτες CRYSTAL-AF και EMBRACE απέδειξαν ότι τα περισσότερα θεωρούμενα κρυπτογενή ΑΕΕ οφείλονται σε παροξυσμική κολπική μαρμαρυγή. Άλλα πιθανά αίτια εμβολισμού σε κρυπτογενή ΑΕΕ ελιαν η μιτροειδής και η αορτική βαλβίδα, οι αριστερές καρδιακές κοιλότητες, οι εγκεφαλικές αρτηρίες εγγύς του αορτικού τόξου αι το φλεβικό σύστημα με παράδοση εμβολή.

Αντίστοιχα τα τελευταία χρόνια έχει εισαχθεί ο όρος εμβολικό εγκεφαλικό μη καθορισμένης προέλευσης (embolic stroke of undetermined source - ESUS). Αποτελεί αντικείμενο έρευνας εάν τα ESUS (πρώην κρυπτογενή) εγκεφαλικά είναι απαραίτητο να αντιμετωπίζονται με αντιπηκτική αγωγή με τις αρχικές πρόσφατες μελέτες (NAVIGATE ESUS στην οποία χρησιμοποιήθηκε η ριβαροξαμπάνη) να αποδεικνύονται αρνητικές.

Πίνακας 1: Ο ρόλος του καρδιολόγου στη διάγνωση ΑΕΕ

ΟΞΕΙΑ ΦΑΣΗ	Διάγνωση ΗΚΓ (αρρυθμίες, έμφραγμα μυοκαρδίου)
	Διάγνωση καρδιακής ανεπάρκειας, ενδοκαρδίτιδας, βαλβιδοπαθειών, αορτικού ανευρύσματος)
ΝΟΣΗΛΕΙΑ	Εκτίμηση και τιτλοποίηση αρτηριακής υπέρτασης
	Αναγνώριση οξέων καρδιακών συννοσηροτήτων
	Διάγνωση ΚΜ
	Υπερηχοκαρδιογραφικός έλεγχος (δομικές καρδιοπάθειες)
ΜΕΤΑ ΕΞΙΤΗΡΙΟ	Παρακολούθηση, θεραπεία παραγόντων κινδύνου

ΠΟΤΕ ΝΑ ΕΚΤΕΛΟΥΝΤΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΣΤΟ ΑΕΕ

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ	ΣΕ ΠΟΙΟΥΣ	ΠΟΤΕ
ΗΚΓ 12 απαγωγών	Σε όλους	Στην εισαγωγή
Βραχυχρόνια ΗΚΓ παρακολούθηση	Σε όλους	Πρώτες 24 ώρες
Μακροχρόνια ΗΚΓ παρακολούθηση	ESUS	Μετά εξιτήριο
Διαθωρακικό υπερηχ/μα	Ισχ. ΑΕΕ με παθολογικό ΗΚΓ	Πρώτες 72 ώρες
Διοισοφάγειο υπερηχ/μα	Υποψία δομικής καρδιοπάθειας	Άμεσα
Στεφανιογραφικός έλεγχος	Υποψία οξ.στεφανιαίου συν/μο	Εξατομικευμένη απόφαση

Ο έλεγχος για σιωπηλή ΚΜ σε όλους τους ασθενείς με ΑΕΕ παραμένει αδιευκρίνιστο εάν είναι cost-effective, εάν δηλαδή το όφελος από τη διαδικασία είναι μεγαλύτερο από το κόστος. Επίσης δεν έχει ακόμα διευκρινιστεί η κλινική σημασία της διάγνωσης των μικρής χρονικής διάρκειας επεισοδίων παροξυσμικής κοιλιακής μαρμαρυγής.

ΔΟΜΙΚΕΣ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ ΑΕΕ

Οι δομικές καρδιοπάθειες που σχετίζονται με ΑΕΕ είναι οι βαλβιδοπάθειες (συμπεριλαμβανομένων των προσθετικών βαλβίδων), οι συγγενείς καρδιοπάθειες, το ανοικτό ωοειδές τρήμα, το ανεύρυσμα μεσοκοιλιακού διαφράγματος, η λοιμώδης ενδοκαρδίτιδα, μυοκαρδιοπάθειες, το ανεύρυσμα της αριστερής κοιλίας και οι καρδιακοί όγκοι. Ο υψηλότερος κίνδυνος αντιστοιχεί στην παρουσία προσθετικής βαλβίδας και στη ρευματικής αιτιολογίας στένωση της μιτροειδούς βαλβίδας.

Η Συμβολή του Καρδιολόγου στη Διάγνωση του ΑΕΕ

Η έγκαιρη διάγνωση του ΑΕΕ είναι απαραίτητη για τη ρεαλιστική πιθανότητα της επιτυχούς αποκατάστασης του ασθενούς. Το οξύ ΑΕΕ είναι μία θεραπεύσιμη νόσος εάν αντιμετωπιστεί ως υπερεπειγούσα κατάσταση στην οποία κάθε λεπτό μετράει όπως το τραύμα, η αιμορραγία και το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου. (Πίνακας 1). Η διάγνωση στηρίζεται στο ιστορικό του ασθενούς, στη νευρολογική εξέταση και στην απεικόνιση του εγκεφάλου συνήθως από νευρολόγους και εξειδικευμένους απεικονιστές (νευροακτινολόγους). Οι καρδιολόγοι θα πρέπει να είναι μέλη της ομάδας διάγνωσης σε εξειδικευμένα κέντρα ΑΕΕ και η συμβολή τους μπορεί να είναι καθοριστική στην πρώιμη αναγνώριση της αιτιολογίας του ΑΕΕ ως καρδιοεμβολικό.

οκαρδίου. (Πίνακας 1). Η διάγνωση στηρίζεται στο ιστορικό του ασθενούς, στη νευρολογική εξέταση και στην απεικόνιση του εγκεφάλου συνήθως από νευρολόγους και εξειδικευμένους απεικονιστές (νευροακτινολόγους). Οι καρδιολόγοι θα πρέπει να είναι μέλη της ομάδας διάγνωσης σε εξειδικευμένα κέντρα ΑΕΕ και η συμβολή τους μπορεί να είναι καθοριστική στην πρώιμη αναγνώριση της αιτιολογίας του ΑΕΕ ως καρδιοεμβολικό.

Θεραπευτική προσέγγιση ΑΕΕ

ΑΝΤΙΘΡΟΜΒΩΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Η αντιθρομβωτική (αντιαιμοπεταλιακή ή αντιπηκτική) αγωγή δεν θα πρέπει να χρησιμοποιείται στην οξεία φάση (24 ώρες) των ασθενών που αντιμετωπίστηκαν με θρομβόλυση αλλά είναι ύψιστης σημασίας στη δευτερογενή πρόληψη μετά από ισχαιμικό ΑΕΕ. Χρειάζονται φυσικά περισσότερα δεδομένα από μελέτες που θα καθορίσουν τις ενδείξεις, τη δοσολογία, το χρόνο έναρξης και την επιλογή του φαρμάκου όπως επίσης και σε ποιους ασθενείς είναι προτιμότερη η αντιαιμοπεταλιακή και σε ποιούς η αντιπηκτική αγωγή. Σε γενικές γραμμές θα πρέπει να γίνεται έναρξη της ασπιρίνης σε 24-48 ώρες μετά από ανεπίπλεκτο ισχαιμικό ΑΕΕ εάν δεν είναι καρδιοεμβολικής αιτιολογίας ενώ ο χρόνος επανέναρξης της αντιπηκτικής αγωγής σε ασθενείς με ΚΜ μένει ακόμα να διευκρινιστεί. Οι κατευθυντήριες

οδηγίες της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρείας προτείνουν την αναβολή της αντιπηκτικής αγωγής για μία έως κάποιες ημέρες (παροδικό ή ήπιο ΑΕΕ) και για 6-14 ημέρες σε μέτριας και σοβαρά ισχαιμικά ΑΕΕ. Η υποδόρια ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους και η ενδοφλέβια ηπαρίνη δεν απέδειξαν κανένα κλινικό όφελος καθώς ο κίνδυνος για αιμορραγίες ήταν μεγαλύτερος από την μείωση στην υποτροπή του ΑΕΕ και κατά συνέπεια δεν θα πρέπει να χρησιμοποιούνται. Χαμηλής δόσης ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την πρόληψη της εν τω βάθει φλεβοθρόμβωσης.

Η αντιθρομβωτική αγωγή στην οξεία φάση αυξάνει τον κίνδυνο αιμορραγικής μεταπλασίας του εγκεφαλικού έμφρακτου και η διάρκεια της αγωγής θα πρέπει να συυπολογίζει τον κίνδυνο αιμορραγίας. Ενώ η σημασία της αντιπηκτικής αγωγής στην ΚΜ είναι ξεκάθαρη, ο ρόλος αυτής σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια και φλεβοκομβικό ρυθμό είναι λιγότερο σαφής.

ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ-ΘΡΟΒΕΚΤΟΜΗ

Τα τελευταία χρόνια η πρόοδος στην επεμβατική θεραπεία του ΑΕΕ καθιέρωσε τη θρομβεκτομή (επιπρόσθετα της βέλτιστης φαρμακευτικής αγωγής) σαν ένδειξη ΙΑ θεραπεία ΑΕΕ που προκαλείται από θρόμβωση μεγάλου αγγείου και είναι δυνατόν να αντιμετωπιστεί τις πρώτες 6 ώρες από την έναρξη των συμπτωμάτων. Η μελέτη DAWN έδειξε ότι με τη χρήση της μαγνητικής τομογραφίας, το θεραπευτικό παράθυρο μπορεί να επεκταθεί στις 24 ώρες. Σήμερα πάνω από το 10% των ασθενών με ΑΕΕ είναι κατάλληλοι για ενδαγγειακή θεραπεία αλλά περισσότερα δεδομένα από μελέτες και η αυξανόμενη κλινική εμπειρία θα αποδείξουν τις πλήρεις δυνατότητες της μεθόδου.

ΑΓΓΕΙΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΚΑΡΩΤΙΔΩΝ

Η ανοικτή καρωτιδική ενδαρτηρεκτομή (CEA) και η αγγειοπλαστική των καρωτιδών έχουν επί πολλά χρόνια μελετηθεί στην πρωτογενή πρόληψη του ΑΕΕ (εκτός της οξείας φάσης) και μετά από παροδικά ή ελαφρά ΑΕΕ. Και οι δύο μέθοδοι είναι αποτελεσματικοί στην πρόληψη νέων ΑΕΕ. Η αγγειοπλαστική των καρωτιδών και η ενδαρτηρεκτομή έχουν την ίδια αποτελεσματικότητα σε ασθενείς κάτω των 70 ετών ενώ η CEA φαίνεται να είναι πιο αποτελεσματική σε μεγαλύτερους ασθενείς. Ιδανικά η επέμβαση πρέπει να γίνεται στις πρώτες 2 εβδομάδες από τα τελευταία συμπτώματα του ασθενούς.

ΑΝΟΙΚΤΟ ΩΟΕΙΔΕΣ ΤΡΗΜΑ

Το ανοικτό ωοειδές τρήμα έχει επί πολλά χρόνια

μελετηθεί ως αίτιο κρυπτογενών ΑΕΕ. Προηγούμενες μελέτες είχαν αποτύχει να δείξουν κλινικό όφελος από τη σύγκλεισή του με ειδικές συσκευές. Πρόσφατες μελέτες όμως (RESPECT, CLOSE, GORE REDUCE) απέδειξαν κλινικά οφέλη κυρίως σε ασθενείς με μεγάλο ανοικτό ωοειδές τρήμα και ανεύρυσμα μεσοκοιλιακού διαφράγματος, γεγονός που οδήγησε στην αναθεώρηση των κατευθυντήριων οδηγιών.

ΑΠΟΜΟΝΩΣΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΩΝ ΦΛΕΒΩΝ

Η πρόσφατη πρόοδος στην επεμβατική αντιμετώπιση της ΚΜ με την απομόνωση των πνευμονικών φλεβών έχει αποδειχθεί ότι μειώνει τον κίνδυνο υποτροπής της ΚΜ. Μένει να αποδειχθεί εάν οι τεχνικές κατάλυσης της ΚΜ μπορούν να επηρεάσουν τον κίνδυνο για ΑΕΕ. Η κατάλυση δεν εξαφανίζει την ανάγκη για αντιπηκτική αγωγή, η οποία σε υψηλού κινδύνου ασθενείς θα πρέπει να συνεχίζεται εφ' όρου ζωής. Επιπρόσθετα δεν είναι ξεκάθαρος ο ρόλος της μεθόδου σε ηλικιωμένους ασθενείς με πολλές συννοσηρότητες.

ΣΥΓΚΛΕΙΣΗ ΩΤΙΟΥ ΑΡΙΣΤΕΡΟΥ ΚΟΛΠΟΥ

Η σύγκλειση του ωτίου μελετάται ως θεραπευτική επιλογή εναλλακτικά της μακροχρόνιας αντιπηκτικής αγωγής σε ασθενείς με υψηλό αιμορραγικό κίνδυνο ή απόλυτη αντένδειξη στην μακροχρόνια χρήση αντιπηκτικών. Ο ρόλος ατής της μεθόδου είναι προς το παρόν αμφιλεγόμενος και είναι απαραίτητα περισσότερα δεδομένα από μελέτες.

Συμπεράσματα

Οι καρδιολόγοι θα πρέπει να έχουν ενεργό συμμετοχή στη διάγνωση και θεραπεία του ΑΕΕ με στόχο να βοηθήσουν τους άλλους ειδικούς στη βελτίωση της έκβασης των ασθενών με ΑΕΕ. Όσον αφορά τη διάγνωση και θεραπεία της ΚΜ και τη διαγνωστική προσπέλαση των καρδιακών αιτιών του ΑΕΕ ο ρόλος των καρδιολόγων είναι ουσιώδης, ενώ σε άλλους τομείς είναι περισσότερο συμπληρωματικός. Η συνεργασία των ειδικών ιατρών μπορεί να βελτιώσει την πρόγνωση των ασθενών και μειώσει την επίπτωση του ΑΕΕ στο γενικό πληθυσμό.