

Τί δεν πρέπει να ξεχνάμε, όταν θεραπεύουμε ασθενείς με κολπική μαρμαρυγή: Συχνότητα και ρυθμός.

➡ Γεώργιος Σ. Γκουμάς

Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Ευρωκλινική Αθηνών

Η επιλογή της στρατηγικής διατήρησης του φλεβοκομβικού ρυθμού (με βάση τις τελευταίες οδηγίες του 2020 της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρείας, για την αντιμετώπιση της Κολπικής Μαρμαρυγής) αποτελεί ένδειξη τάξης Ι μόνο για τον έλεγχο των συμπτωμάτων και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής σε συμπτωματικούς ασθενείς με κολπική μαρμαρυγή. Επιπλέον, αναγνωρίζονται κάποιοι παράγοντες, που στους ασθενείς αυτούς θα ευνοήσουν την επιλογή της συγκεκριμένης στρατηγικής και είναι οι εξής: 1) μικρότερη ηλικία, 2) πρώτο επεισόδιο ή πρόσφατη έναρξη κολπικής μαρμαρυγής, 3) ταχυ-μυοκαρδιοπάθεια, 4) φυσιολογικός ή μέτρια διογκωμένος αριστερός κόλπος, 5) έλλειψη δομικής καρδιοπάθειας και συννοσηροτήτων, 6) δυσκολία στην επίτευξη ελέγχου της συχνότητας, 7) κολπική μαρμαρυγή που έχει προκληθεί από αναστρέψιμη αιτία-γεγονός, 8) επιλογή του ασθενή μετά από ενημέρωση.

- Η πραγματική αποτελεσματικότητα των αντιαρρυθμικών φαρμάκων, στην ανάταξη της κολπικής μαρμαρυγής προσφάτου ενάρξεως, δεν είναι δυνατό να εκτιμηθεί, δεδομένου ότι ένα ποσοστό, γύρω στο 80%, των ασθενών ανατάσσεται αυτόματα μέσα στις πρώτες 48 ώρες. Έτσι μια στρατηγική «αναμονής και παρακολούθησης», για ένα χρονικό διάστημα λογικά μικρότερο από 24 ώρες, αποτελεί λογική επιλογή σε επιλεγμένους ασθενείς με προσφάτου ενάρξεως

κολπική μαρμαρυγή. Αν στο διάστημα αυτό η κολπική μαρμαρυγή επιμένει, μπορούμε να προχωρήσουμε σε ηλεκτρική ή φαρμακευτική ανάταξη.

- Η προπαφενόνη χορηγείται σε δόση 450-600 mg για την ανάταξη, και σε δόση 150-300 mg, 3 φορές την ημέρα, ή σε δόση 225-425 mg 2 φορές την ημέρα, όταν πρόκειται για τη μορφή slow release, για την πρόληψη νέων επεισοδίων. Δεν πρέπει να χορηγείται σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια, ισχαιμική καρδιοπάθεια, σημαντική υπερτροφία της αριστερής κοιλίας, άσθμα και σοβαρή νεφρική ή ηπατική νόσο. Επειδή προκαλεί διεύρυνση του QRS, πρέπει αυτό να μετρείται στο ΗΚΓφ πριν την έναρξη της αγωγής, καθώς και 1-2 εβδομάδες αργότερα, και το φάρμακο να διακόπτεται, αν προκληθεί διεύρυνση πάνω από 25% ή πάνω από τα 120 msec, ή αν εμφανιστεί αποκλεισμός του αριστερού σκέλους. Προσοχή χρειάζεται, όταν χορηγείται σε ασθενείς με κολπικό πτερυγισμό, γιατί μπορεί να αυξήσει το μήκος κύκλου, οδηγώντας σε 1:1 κολποκοιλιακή αγωγή και μεγάλη αύξηση της κοιλιακής συχνότητας. Ο κίνδυνος αυτός μειώνεται με την ταυτόχρονη χορήγηση β αναστολέα, διλτιαζέμης ή βεραπαμίλης.

- Η φλεκαϊνίδη χορηγείται σε δόση 200-300 mg για την ανάταξη, και σε δόση 100-200 mg, 2 φορές την ημέρα, ή σε δόση 200 mg, 1 φορά την ημέρα, όταν πρόκειται για τη μορφή slow release για την πρόληψη νέων επεισοδίων. Ισχύουν και εδώ όλα αυτά

που αναφέρονται παραπάνω για την προπαφαινόνη. Αξίζει να αναφερθεί, ότι όταν τα δυο αυτά φάρμακα χορηγούνται σε ασθενείς, των οποίων έχει αξιολογηθεί σωστά ο προαρρυθμικός κίνδυνος, οδηγούν σε πολύ χαμηλό ποσοστό σε εμφάνιση προαρρυθμίας.

- Η ενδοφλέβια χορήγηση αμιωδαρόνης ξεκινάει χορηγώντας αρχικά 300-500 mg i.v. (5-7 mg/kg), διαλυμένα σε 250 mL 5% dextrose, σε διάστημα 60-120 λεπτών, και κατά προτίμηση σε κεντρική φλέβα, και στη συνέχεια 50 mg/kg (max 1200 mg) i.v., σε 24 ώρες, διαλυμένα σε 500 – 1000 mL 5% dextrose, και πάλι, κατά προτίμηση, σε κεντρική φλέβα. Η κανονική δόση, όταν ξεκινάμε θεραπεία με αμιωδαρόνη από το στόμα, για πρόληψη υποτροπών, είναι ένα χάπι των 200 mg, 3 φορές την ημέρα, για ένα μήνα και στη συνέχεια ένα χάπι την ημέρα. Η αμιωδαρόνη είναι το πιο αποτελεσματικό από τα αντιαρρυθμικά φάρμακα, για την πρόληψη των παροξυσμών κολπικής μαρμαρυγής, και είναι το μοναδικό που μπορεί να χορηγηθεί σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια. Όμως, θέλει προσοχή για πιθανές παρενέργειες από τον πνεύμονα, το θυροειδή και το ήπαρ. Δεν την χορηγούμε σε κλινικά έκδηλο υπερθυροειδισμό, μειώνουμε τη δόση της δακτυλίτιδας σε συγχορήγηση και έχουμε το νου μας για ενδεχόμενη μυοπάθεια σε ταυτόχρονη λήψη στατινών. Πριν την έναρξη της αγωγής με αμιωδαρόνη ελέγχουμε στο ΗΚΓφημα, το διάστημα QT και επαναλαμβάνουμε τη μέτρηση 4 εβδομάδες αργότερα. Είναι σύνηθες, να προκληθεί παράταση του QT, αλλά αυτό σπάνια οδηγεί σε πολύμορφη κοιλιακή ταχυκαρδία (torsades de pointes), σε κάθε περίπτωση, όμως, η αγωγή πρέπει να διακόπτεται, αν το QT παραταθεί πέρα από τα 500 msec.

- Η ενδοφλέβια χορήγηση βερνακαλάντης αποτελεί την πιο γρήγορα αποτελεσματική επιλογή και γίνεται αρχικά με 3 mg/kg σε 10 λεπτά, ενώ μετά από διάστημα 10-15 λεπτών χορηγούνται άλλα 2 mg/kg, σε αντίστοιχο χρονικό διάστημα. Είναι πιο αποτελεσματική από την αμιωδαρόνη και τη φλεκαϊνίδη, μπορεί να χορηγηθεί σε ασθενείς με ήπια καρδιακή ανεπάρκεια και σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο, δεν πρέπει όμως να χορηγείται σε ασθενείς με υπόταση (<100 mmHg), πρόσφατο οξύ στεφανιαίο σύνδρομο, κλάση NYHA III-IV, παράταση QT ή σοβαρή στένωση

της αορτικής βαλβίδας.

- Η ενδοφλέβια χορήγηση ιβουτιλίδης γίνεται με 1 mg σε 10 λεπτά, ενώ μετά από διάστημα 10-20 λεπτών μπορεί να χορηγηθεί άλλο 1 mg, σε αντίστοιχο χρονικό διάστημα. Δεν πρέπει να χορηγείται σε ασθενείς με παράταση QT, σοβαρή υπερτροφία ή χαμηλό κλάσμα εξώθησης της αριστερής κοιλίας, και η χορήγηση της πρέπει να γίνεται σε καρδιολογική μονάδα, αφού μπορεί να παρατείνει το QT και να προκαλέσει πολύμορφη κοιλιακή ταχυκαρδία (torsades de pointes). Η παραμονή στη μονάδα συστήνεται για 4 ώρες μετά τη χορήγηση του φαρμάκου.

- Η σοταλόλη χορηγείται μόνο για την πρόληψη νέων επεισοδίων, σε δόση 80-160 mg, 2 φορές την ημέρα, αλλά δρα ως αντιαρρυθμικό τάξης III μόνο σε δόση 160 mg και πάνω. Δεν πρέπει να χορηγείται σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια και μειωμένο κλάσμα εξώθησης, σημαντική υπερτροφία της αριστερής κοιλίας, παράταση του QT, άσθμα, υποκαλιαιμία και κάθαρση κρεατινίνης κάτω από 50 mL/min. Γενικά, αν λάβουμε υπόψιν το προφίλ ασφάλειας και αποτελεσματικότητας της σοταλόλης, δεν αποτελεί πρώτη επιλογή και πρέπει να χρησιμοποιείται με προσοχή. Ο κίνδυνος για πρόκληση δοσοεξαρτώμενου torsades de pointes ξεπερνάει το 2% και η αγωγή πρέπει να διακόπτεται, αν το QT αυξηθεί πάνω από 60 msec ή ξεπεράσει τα 500 msec. ΗΚΓφημα πρέπει να γίνεται πριν την έναρξη της αγωγής, μετά από 1 ημέρα, καθώς και 1-2 εβδομάδες αργότερα.

- Η δισοπυραμίδη χορηγείται σε δόση 100-400 mg, 2-3 φορές την ημέρα (μέγιστη ημερήσια δόση 800 mg), όμως αποτελεί σπάνια επιλογή αντιαρρυθμικού, αφού έχει βρεθεί σε μελέτες ότι αυξάνει σημαντικά τη θνησιμότητα. Δεν χορηγείται, σε καμία περίπτωση, σε ασθενείς με δομική καρδιοπάθεια και μπορεί να αποτελέσει επιλογή στην κολπική μαρμαρυγή από διέγερση του παρασυμπαθητικού (αθλητές, κατά τη διάρκεια του ύπνου), ενώ έχει διαπιστωθεί ότι μειώνει την απόφραξη του χώρου εξόδου της αριστερής κοιλίας και τα συμπτώματα σε ασθενείς με υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια.

- Δεν χορηγούμε αντιαρρυθμικά φάρμακα σε ασθενείς με μόνιμη κολπική μαρμαρυγή, στους οποίους γίνεται έλεγχος της συχνότητας, καθώς και σε ασθενείς με προχωρημένες διαταραχές αγωγής,

εκτός αν έχουν μόνιμο βηματοδότη. Στους ασθενείς με μόνιμη κολπική μαρμαρυγή, στους οποίους η καρδιακή συχνότητα δεν ελέγχεται με συνδυασμό φαρμάκων (β-αναστολείς, βεραπαμίλη ή διλτιαζέμη, δακτυλίτιδα), μπορεί να χορηγηθεί αμιωδαρόνη ως τελευταία επιλογή, ειδικά αν δεν είναι υποψήφιοι για μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις, όπως είναι η κατάλυση του κολποκοιλιακού κόμβου με τοποθέτηση βηματοδότη. Αξίζει να αναφερθεί, ότι ο στόχος της συχνότητας σε μόνιμη κολπική μαρμαρυγή δεν χρειάζεται να είναι πολύ αυστηρός, τουλάχιστον στην αρχή, αφού μια ρύθμιση σε παλμούς κάτω από 110 το λεπτό σε ηρεμία φαίνεται να είναι επαρκής. Μόνο αν ο ασθενής μας παρουσιάζει συμπτώματα, έχει νόημα να επιδιώξουμε να είναι σταθερά κάτω από 80 παλμούς ανα λεπτό η καρδιακή συχνότητα. Στην παραπάνω βασική αρχή, εξαιρέσεις αποτελούν η παρουσία ταχυμυοκαρδιοπάθειας και η παρουσία αμφικοιλιακού βηματοδότη ή απινιδωτή ως θεραπεία επανασυγχρονισμού, όπου η πιο επιθετική μείωση της συχνότητας εξασφαλίζει την αμφικοιλιακή βηματοδότηση. Δεν χορηγούμε

βεραπαμίλη ή διλτιαζέμη σε ασθενείς με κλάσμα εξωθήσεως αριστερής κοιλίας μικρότερο από 40%.

- Όταν σε οξείες φάσεις θέλουμε άμεσα να μειώσουμε την καρδιακή συχνότητα σε ασθενείς με κολπική μαρμαρυγή, και εφόσον αποκλείσουμε την παρουσία εμπύρετης λοίμωξης ή αναιμίας, οι πιο απλές επιλογές μας είναι: μετοπρολόλη 2.5 - 5 mg i.v. bolus αργά μέχρι και 4 δόσεις, βεραπαμίλη 2.5 - 10 mg i.v. bolus μέσα σε 5 λεπτά, δακτυλίτιδα (digoxin) 0.5 mg i.v. bolus και μέχρι 3 αμπούλες σε διάστημα 24 ωρών. Σε βαρέως πάσχοντες ασθενείς, καθώς και σε αυτούς με σοβαρή συστολική δυσλειτουργία της αριστερής κοιλίας, μπορεί να χρησιμοποιηθεί και η αμιωδαρόνη, χορηγώντας αρχικά 300 mg i.v., διαλυμένα σε 250 mL 5% dextrose, σε διάστημα 30-60 λεπτών, και κατά προτίμηση σε κεντρική φλέβα, και στη συνέχεια 900-1200 mg i.v., σε 24 ώρες, διαλυμένα σε 500 - 1000 mL 5% dextrose, και πάλι κατά προτίμηση σε κεντρική φλέβα. Δεν χορηγούμε βεραπαμίλη ή διλτιαζέμη σε ασθενείς με κλάσμα εξωθήσεως αριστερής κοιλίας μικρότερο από 40%. ■

