

## Ενδεχόμενη Χρήση Υποδοσολογίας Νεώτερων Αντιπηκτικών Περιεπεμβατικά Κατά την Κατάλυση Κολπικής Μαρμαρυγής

ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΑΘΑΝΑΣΟΠΟΥΛΟΣ

**Π**αρά την εισαγωγή των νέων τεχνολογιών κατάλυσης και την ευρεία χρήση της συστηματικής αντιπηκτικής αγωγής με ηπαρίνη, ο κίνδυνος περιεπεμβατικής, κατά την κατάλυση της κολπικής μαρμαρυγής, θρομβοεμβολής παραμένει αξιοσημείωτος, φθάνοντας περίπου το 1% -2% σε μεγάλες σειρές.

Σύμφωνα με τις τρέχουσες κατευθυντήριες οδηγίες,<sup>1</sup> στους ασθενείς που ήδη λαμβάνουν συμβατική αγωγή με δικουμαρινικά αντιπηκτικά, θα πρέπει να συνεχιστεί η ίδια αγωγή κατά τη διάρκεια κατάλυσης της κολπικής μαρμαρυγής (με προβλεπόμενο επιθυμητό INR μεταξύ 2-3).

Η αντιπηκτική αγωγή με νεότερα μη κουμαρινικά αντιπηκτικά (NOACs) είναι πλέον μια ισοδύναμη εναλλακτική λύση ως προς τα κουμαρινικά αντιπηκτικά.

Δεν υπάρχει ένδειξη μειωμένης ασφαλείας από τη χρήση αδιάλειπτης αγωγής με NOACs κατά την διενέργεια κατάλυσης κολπικής μαρμαρυγής σε έμπειρα κέντρα.

Η πρώτη τυχαίοποιημένη μελέτη που συνέκρινε τη συσκευή χορηγησης NOACs με τα κουμαρινικά αντιπηκτικά, με ισοδύναμα αποτελέσματα, χρησιμοποίησε ριβαροξαμπάνη,<sup>2</sup> ενώ ακολούθησαν παρόμοια αποτελέσματα με τη δαβιγατράνη όσο και την απιξαμπάνη.

Σύμφωνα με τις οδηγίες κατά την διάρκεια της επεμβάσεως πρέπει να χορηγείται μη κλασματική ηπαρίνη με στόχο το δείκτη ACT (activated clotting time /ενεργοποιημένο χρόνος πήξης / ) μεταξύ 300-350 seconds.

Αντιπηκτική αγωγή θα πρέπει να διατηρηθεί για τουλάχιστον 8 εβδομάδες μετά την διενέργεια της κατάλυσης για όλους τους ασθενείς.

Η πραγματική συχνότητα εμφάνισης θρομβοεμβολικών επεισοδίων μετά την κατάλυση κολπικής μαρμαρυγής δεν έχει ποτέ συστηματικά μελετηθεί και η αναμενόμενη πιθανότητα θρομβωτικού εγκεφαλικού επεισοδίου έχει υποθετηθεί κατά αναλογία και προβολή από γενικές ομάδες ασθενών με κολπική μαρμαρυγή που δεν είχαν υποστεί κατάλυση.

Παρά το γεγονός ότι μελέτες παρατήρησης δείχνουν σχετικά χαμηλό ποσοστό εγκεφαλικού επεισοδίου κατά τα πρώτα χρόνια μετά επέμβαση κατάλυσης της κολπικής μαρμαρυγής, εν τούτοις τόσο ο μακροπρόθεσμος κίνδυνος επανεμφάνισης κολπικής μαρμαρυγής όσο και η ασφάλεια της αντιπηκτικής αγωγής πρέπει να ληφθούν υπόψη με συντηρητικό και επιφυλακτικό τρόπο λόγω της απουσίας τυχαίοποιημένων μελετών.

Η αντιπηκτική αγωγή μετά την κατάλυση θα πρέπει να ακολουθεί τις γενικές συστάσεις, ανεξαρτήτως του εικαζόμενου αποτελέσματος της επεμβάσεως κατάλυσης.

Επιθετική διαχείριση των τροποποιήσιμων παραγόντων κινδύνου (υπέρταση, σακχαρώδης διαβήτης, υπνική άπνοια, παχυσαρκία, υπερβολικό αλκοόλ, κάπνισμα, υπερθυρεοειδισμός, πνευμονική νόσος, ρύπανση του

αέρα, και, ενδεχομένως υπερβολική άσκηση) μετά επιτυχή επέμβαση καταλύσεως μειώνει τις πιθανότητες των επαναλαμβανόμενων κολπικών μαρμαρυγών και είναι ένα σημαντικό στοιχείο της μετεπεμβατικής φροντίδας.<sup>3</sup>

Όσον αφορά τον ορισμό της τυπικής δόσης των νεώτερων αντιπηκτικών, σαν τέτοια τυπική δόση είναι η συνιστώμενη δόση για ασθενείς χωρίς νεφρική διαταραχή.

Υπο-δοσολογία μπορεί να οριστεί ως μία δόση χαμηλότερη από τη συνήθη δόση σε ασθενείς χωρίς νεφρική διαταραχή.

Λίγες μελέτες έχουν αναφέρει σχετικά με την αποτελεσματικότητα του dabigatran μικρότερης δόσης για την αντιπηκτική αγωγή στην κολπική μαρμαρυγή κατά την διενέργεια κατάλυσης.

Η παρούσα μελέτη συνεισέφερε στην διασάφιση του ενδεχομένου χορηγήσεως μειωμένων δόσεων NOACs κατά την περιεπεμβατική περίοδο κατάλυσης κολπικής μαρμαρυγής.

Ωστόσο, σκόπιμη είναι η διατήρηση της τρέχουσας διαχείρισης της αντιπηκτικής αγωγής όπως αυτή προβλέπεται από τις κατευθυντήριες οδηγίες, έως ότου οι προτεινόμενες πρακτικές υποδοσολογίας τεκμηριωθούν σε ευρεία κλίμακα μετά από συστηματικές κλινικές δοκιμές. Επιπροσθέτως, πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι η κλινική διάθεση άμεσων αναστροφέων της δράσεως των NOACs (όπως ήδη συμβαίνει ήδη με τη δαβιγατράνη), διευκολύνει την αντιμετώπιση επιπλοκών, μειώνοντας έτσι την ανάγκη συστηματικής χρήσεως υποδοσολογίας.

## Βιβλιογραφία

1. 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS European Heart Journal (2016) 37, 2893–2962
2. Uninterrupted rivaroxaban vs. uninterrupted vitamin K antagonists for catheter ablation in non-valvular atrial fibrillation Cappato R, Marchlinski FE, Hohnloser SH, Naccarelli GV, Xiang J, Wilber DJ, Ma CS, Hess S, Wells DS, Juang G, Vijgen J, Hugel BJ, Balasubramaniam R, De Chillou C, Davies DW, Fields LE, Natale A, VENTURE-AF Investigators. Eur Heart J 2015;36:1805–1811.
3. Ablation of Atrial Fibrillation: Patient Selection, Periprocedural Anticoagulation, Techniques, and Preventive Measures After Ablation. Link MS, Haïssaguerre M, Natale A. Circulation. 2016 Jul 26;134(4):339-527.