

Κολπική Μαρμαρυγή

(www.pegkaspanagiotis.gr)

Κολπική Μαρμαρυγή	1
Εισαγωγή	2
Μορφές κολπικής μαρμαρυγής	3
Ομάδες υψηλού κινδύνου - αίτια	4
Συμπτώματα - επιπλοκές	5
Κλινικοεργαστηριακός έλεγχος	6
Βασικές κατευθύνσεις της θεραπευτικής αντιμετώπισης	7
Φαρμακευτική αντιμετώπιση	9
Επεμβατική αντιμετώπιση	18
Καταγραφή της ΚΜ στην Ελλάδα	20
Χρήσιμες αλλαγές στον τρόπο ζωής - πρόληψη	20
Κολπική Μαρμαρυγή (ΚΜ) – οδηγίες ESC 2012	22

Εισαγωγή

Η καρδιά λειτουργεί με ρυθμό, που σ' έναν ενήλικα όταν βρίσκεται σε κατάσταση ηρεμίας, φυσιολογικά κυμαίνεται, από 60 έως 100 κτύπους το λεπτό.

Κάθε κατάσταση στην οποία υπάρχει διαταραχή του φυσιολογικού καρδιακού ρυθμού ονομάζεται καρδιακή αρρυθμία. Υπάρχουν διάφορων ειδών αρρυθμίες. Ορισμένες από αυτές είναι εντελώς αθώες, ωστόσο κάποιες μπορεί να είναι πολύ σοβαρές ενδεχομένως και θανατηφόρες.

Μία από τις συχνότερες και σημαντικότερες μορφές αρρυθμίας είναι η **κολπική μαρμαρυγή**.

Η συχνότητά εμφάνισης αυξάνεται όσο αυξάνεται και η ηλικία. Σε άτομα μέχρι την ηλικία των πενήντα ετών εκτιμάται ότι φτάνει περίπου στο 1% του γενικού πληθυσμού. Άνω των 80 ετών παρατηρείται σε ποσοστό που υπερβαίνει το 10%. Στη χώρα μας σήμερα υπολογίζουμε ότι υπάρχουν περίπου 40-50 χιλιάδες άτομα με κολπική μαρμαρυγή

[αρχή](#)

Μορφές κολπικής μαρμαρυγής

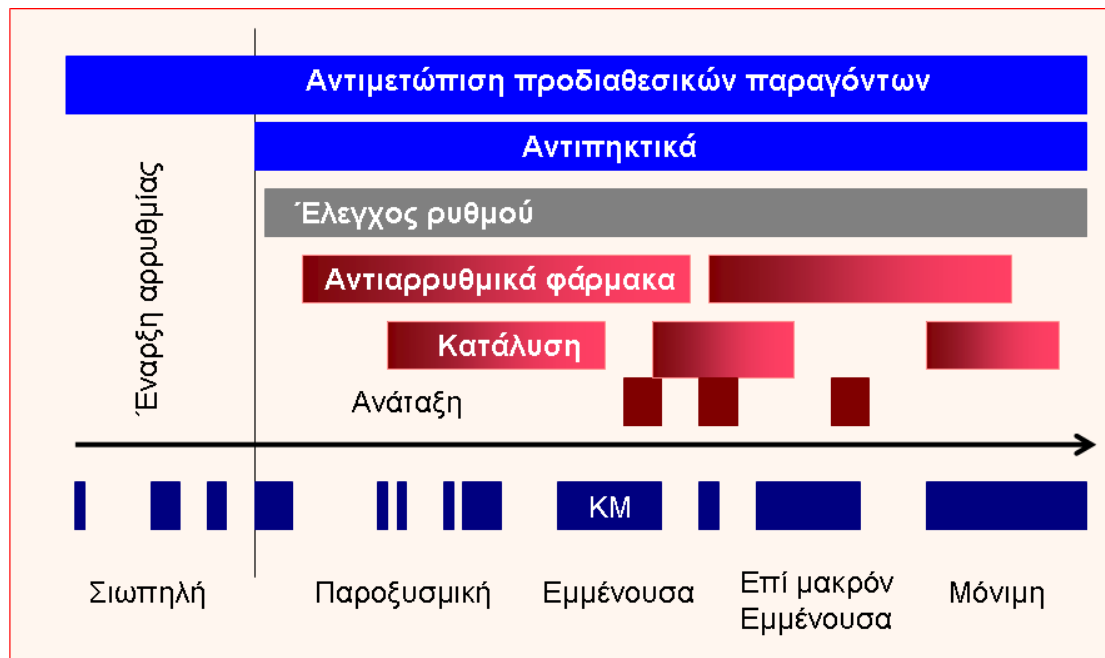
A. Η παροξυσμική. Διαρκεί λιγότερο από 1 εβδομάδα και αποκαθίσταται από μόνη της.

B. Εμμένουσα. Διαρκεί περισσότερο από 1 εβδομάδα και συνεχίζεται επ' αόριστον χωρίς ιατρική παρέμβαση.

Γ. Μόνιμη.

Δ. Νέοι ορισμοί στην κολπική μαρμαρυγή:

- Πρωτοδιαγνωσθήσα κολπική μαρμαρυγή.
- Επί μακρόν εμμένουσα κολπική μαρμαρυγή (διαρκεί > 1 έτος).
- Παροξυσμική κολπική μαρμαρυγή (αυτοτερματιζόμενη σε 48 ώρες).
- Σιωπηλή κολπική μαρμαρυγή.



Η ΚΜ δεν συνυπάρχει κατ' ανάγκη με κάποια οργανική καρδιακή νόσο.

[αρχή](#)

Ομάδες υψηλού κινδύνου - αίτια

A. Καρδιακά αίτια: Πέρα από τους ηλικιωμένους, που αποτελούν τη κύρια ομάδα, στις ομάδες υψηλού κινδύνου ανήκουν τα άτομα που έχουν κάποια καρδιακή πάθηση όπως για παράδειγμα:

- η καρδιακή ανεπάρκεια,
- η στεφανιαία νόσος,
- η υψηλή αρτηριακή πίεση,
- οι βαλβιδοπάθειες (κυρίως οι παθήσεις της μιτροειδούς βαλβίδας) και οι μυοκαρδιοπάθειες.

Επίσης οι καρδιακές αρρυθμίες στις οποίες συμμετέχουν παραπληρωματικά δεμάτια στο σύστημα παραγωγής και αγωγής του ηλεκτρικού ερεθίσματος. Στην περίπτωση αυτή τα παραπληρωματικά δεμάτια είναι ο τύπος παραγωγής «βραχυκυκλωμάτων» στην αγωγή του ηλεκτρικού ερεθίσματος με αποτέλεσμα να αυξάνεται ο κίνδυνος να δημιουργηθούν επεισόδια κολπικής μαρμαρυγής.

Πέρα από τα παραπάνω που είναι τα κυριότερα καρδιακά αίτια που μπορούν να προκαλέσουν κολπική μαρμαρυγή, υπάρχουν και τα:

B. Εξωκαρδιακά αίτια: Είναι για παράδειγμα:

- ο υπερθυρεοειδισμός,
- οι πνευμονοπάθειες,
- οι λοιμώξεις.

Στις περιπτώσεις εμφάνισης κολπικής μαρμαρυγής στις οποίες δεν ανευρίσκεται ούτε πρόβλημα καρδιάς ούτε κάποιο άλλο πρόβλημα υγείας, μιλάμε για **μονήρη (lone) κολπική μαρμαρυγή**.

Στα αίτια εμφάνισης κολπικής μαρμαρυγής έχουμε επίσης:

- την κατανάλωση καφεΐνης αλκοολούχων ποτών αλλά και
- τη χρήση ναρκωτικών ουσιών.

[αρχή](#)

Συμπτώματα - επιπλοκές

Η κολπική μαρμαρυγή μπορεί να μην εμφανίζει συμπτώματα. Το φτερούγισμα στο στήθος είναι ένα από τα συνηθέστερα.

Κολπική μαρμαρυγή με μεγάλη καρδιακή συχνότητα, σε ηλικιωμένους και καρδιοπαθείς, μπορεί να εκδηλωθεί με δύσπνοια, πόνο στο στήθος, ζάλη και γενική αδιαθεσία.

Είναι εξαιρετικά σπάνιες οι περιπτώσεις που η κολπική μαρμαρυγή προκαλεί έντονα συμπτώματα και μπορεί να οδηγήσει σε θάνατο. Συνήθως τέτοιες είναι οι περιπτώσεις εκείνες που η κολπική μαρμαρυγή οφείλεται σε σοβαρή οργανική καρδιακή νόσο ή συνδέεται με σύνδρομο Wolf-Parkinson-White.

Οι ασθενείς με κολπική μαρμαρυγή κινδυνεύουν όχι τόσο από την καρδιά τους αυτή καθ' εαυτή, αλλά για τον λόγο ότι αυξάνεται σημαντικά, (διπλασιάζεται έως τετραπλασιάζεται) η πιθανότητα να πάθουν αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Αυτό μπορεί να συμβεί επειδή, η καρδιά δε δουλεύει με συγχρονισμένο τρόπο, με αποτέλεσμα να παρέχονται ευκαιρίες μέσα της καρδιακής κοιλότητας, ιδιαίτερα στον αριστερό κόλπο, να δημιουργηθούν θρόμβοι αίματος που κάποια στιγμή, μπορεί να αποσπαστούν από το τοίχωμα του αριστερού κόλπου, που είναι προσκολλημένοι και να μουν στη γενική κυκλοφορία και να προκαλέσουν εμβολικό επεισόδιο είτε στον εγκέφαλο, οπότε έχουμε εγκεφαλικό επεισόδιο, είτε σε κάποια αρτηρία για παράδειγμα στο πόδι, οπότε προκαλούν οξεία απόφραξη αρτηρίας του κάτω άκρου, ή του εντέρου κλπ.

[αρχή](#)

Κλινικοεργαστηριακός έλεγχος

Ένα απλό καρδιογράφημα μπορεί να θέσει τη διάγνωση, όταν πρόκειται για μια μόνιμη χρόνια κολπική μαρμαρυγή.

Τοποθέτηση holter ρυθμού για περισσότερα από ένα 24ωρα, στις παροξυσμικές μορφές της κολπικής μαρμαρυγής για να γίνει καταγραφή της αρρυθμίας.

Υπερηχοκαρδιογράφημα καρδιάς για εντοπισμό παθολογικών προδιαθεσικών ευρημάτων.

Επιπλέον, αιματολογικές εξετάσεις, εξετάσεις για τον θυρεοειδή (έλεγχος θυρεοειδικών ορμονών) αλλά και έλεγχος ηλεκτρολυτών (K, Na).

Σε άτομα με στεφανιαία νόσο ή που έχουν πιθανότητες να έχουν στεφανιαία νόσο, εφόσον δε βρεθεί κάτι από τις προηγούμενες εξετάσεις θα πρέπει να γίνονται λειτουργικές δοκιμασίες, π.χ. δοκιμασία κοπώσεως, σπινθηρογράφημα μυοκαρδίου κ.ά.

[αρχή](#)

Βασικές κατευθύνσεις της θεραπευτικής αντιμετώπισης

Όσον αφορά την αρχική αντιμετώπιση λαμβάνουμε υπόψη τη συμπτωματολογία με βάση το EHRA score:

EHRA score στην συμπτωματική κολπική μαρμαρυγή	
Ταξινόμηση MK με βάση την συμπτωματολογία κατά EHRA	
EHRA class	Συμπτώματα:
ERHA I	Απουσία συμπτωμάτων
ERHA II	Μέτρια συμπτωματολογία: ανεπηρέαστη η καθημερινή σωματική δραστηριότητα
ERHA III	Σοβαρή συμπτωματολογία: επηρεασμένη η καθημερινή σωματική δραστηριότητα
ERHA IV	Δυσανεξία: Διακοπτόμενη η καθημερινή σωματική δραστηριότητα

Βασικό στοιχείο στη θεραπευτική αντιμετώπιση της κολπικής μαρμαρυγής είναι ο έλεγχος της καρδιακής συχνότητας. Στις περιπτώσεις που είναι εφικτό, προσπαθούμε να αποκατασταθεί ο φλεβοκομβικός ρυθμός.

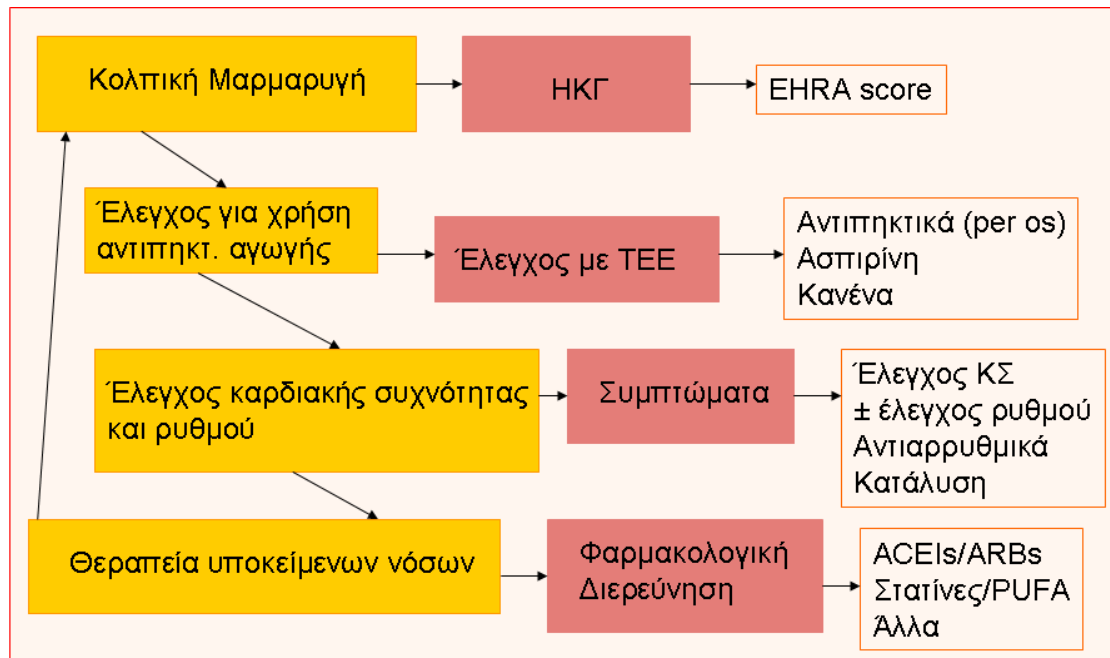
Η θεραπεία, που θα δώσουμε θα πρέπει:

- να μειώνει τον προαρρυθμικό κίνδυνο,
- να επιβραδύνει την εγκατάσταση εμμένουσας / μόνιμης ΚΜ και
- να ελέγχει την κοιλιακή ανταπόκριση.

Επιπλέον, προληπτικά, χορήγηση φαρμάκων ή άλλες ενέργειες προς αποφυγή υποτροπής της αρρυθμίας.

Σε μόνιμη ή υποτροπιάζουσα κολπική μαρμαρυγή χορηγούνται αντιπηκτικά ώστε να προληφθεί ένα πιθανό εγκεφαλικό επεισόδιο.

Η αντιθρομβωτική αγωγή είναι το πρώτο βήμα στη θεραπεία κάθε ασθενή με ΚΜ.



Η επιτυχία της θεραπευτικής αντιμετώπισης της κολπικής μαρμαρυγής πολλές φορές εξαρτάται από την αιτιολογία της.

Συχνά η κολπική μαρμαρυγή έχει να κάνει και με «ανατομικά» προβλήματα. Έτσι στις περιπτώσεις που έχουμε διατεταμένο αριστερό κόλπο (όπως π.χ σε στένωση μιτροειδούς βαλβίδας) είναι δύσκολο να αποκαταστήσουμε φλεβοκομβικό ρυθμό και αν το καταφέρουμε, συχνά υποτροπιάζει. Αντίθετα, όταν ο αριστερός κόλπος είναι μικρός, στη συντριπτική πλειοψηφία των περιπτώσεων μπορούμε να αποκαταστήσουμε το φυσιολογικό ρυθμό της καρδιάς.

[αρχή](#)

Φαρμακευτική αντιμετώπιση

Για να ελέγξουμε την καρδιακή συχνότητα έχουμε:

- τους β' αναστολείς,
- τους βραδυκαρδιακούς ανταγωνιστές ασβεστίου (Ca) και
- τη δακτυλίτιδα.

Φάρμακα για την ανάταξη της αρρυθμίας συνηθέστερα χρησιμοποιούμενα είναι:

- η αμιωδαρόνη,
- η σοταλόλη,
- η προπαφαιρόνη,
- η ιμπουτιλίδη,
- Η δρονεδαρόνη, ένα καινούργιο αντιαρρυθμικό φάρμακο, παράγωγο της αμιωδαρόνης, με παραπλήσιες ιδιότητες με αυτήν χωρίς τις παρενέργειες αυτής που οφείλονται κατά κύριο λόγο στο μόριο ιωδίου που περιέχει και προκαλεί διάφορα προβλήματα κυρίως στον θυρεοειδή.

Ορισμένα χορηγούνται χρονίως και για την πρόληψη της επανάληψης των κρίσεων.

Τονίζεται πως μετά την κατάλληλη αντιμετώπιση του κινδύνου για θρομβοεμβολικό επεισόδιο, πρώτο μέλημα είναι ο καλός έλεγχος της καρδιακής συχνότητας και όταν οι συνθήκες το επιτρέπουν προχωρούμε σε φαρμακευτική ή ηλεκτρική καρδιοανάταξη.

Στην ηλεκτρική συνιστάται η χρήση εξωτερικών διφασικών απινιδωτών με προσθοπίστια τοποθέτηση ηλεκτροδίων και φροντίζουμε να έχουμε χορηγήσει προηγουμένως αντιαρρυθμική αγωγή όπως: αμιωδαρόνη, ιμπουτιλίδη, σοταλόλη, φλαικαϊνίδη, προπαφαιρόνη.

Η αξιολόγηση του αιμορραγικού κινδύνου γίνεται πριν την έναρξη αντιπηκτικής αγωγής. με το **HAS-BLED score**. Τιμές ≥ 3 υποδηλώνουν αυξημένο κίνδυνο.

Η χρήση των **CHA2DS2VAsC score** και του **HAS-BLED score** βοηθούν τον κλινικό γιατρό να εξατομικεύσει την αντιθρομβωτική θεραπεία για τον ασθενή του.

Το **CHA2DS2VAsC score** είναι χρήσιμο στην καθημερινή κλινική πρακτική καθώς περιλαμβάνει κύριους και κλινικά σχετιζόμενους δευτερεύοντες παράγοντες κινδύνου για πρόκληση ΑΕΕ και θρομβοεμβολικού επεισοδίου.

Κύριοι παράγοντες κινδύνου είναι :

- ΑΕΕ,
- ΤΙΑ,
- ηλικία ≥ 75 (διπλάσιος κίνδυνος).

Κλινικά σχετιζόμενοι δευτερεύοντες παράγοντες κινδύνου είναι:

- συμφορητική ΚΑ,
- αρτηριακή υπέρταση,
- ΣΔ,
- αγγειακή νόσος,

- ηλικία 65–74 ετών και γυναικείο φύλο.

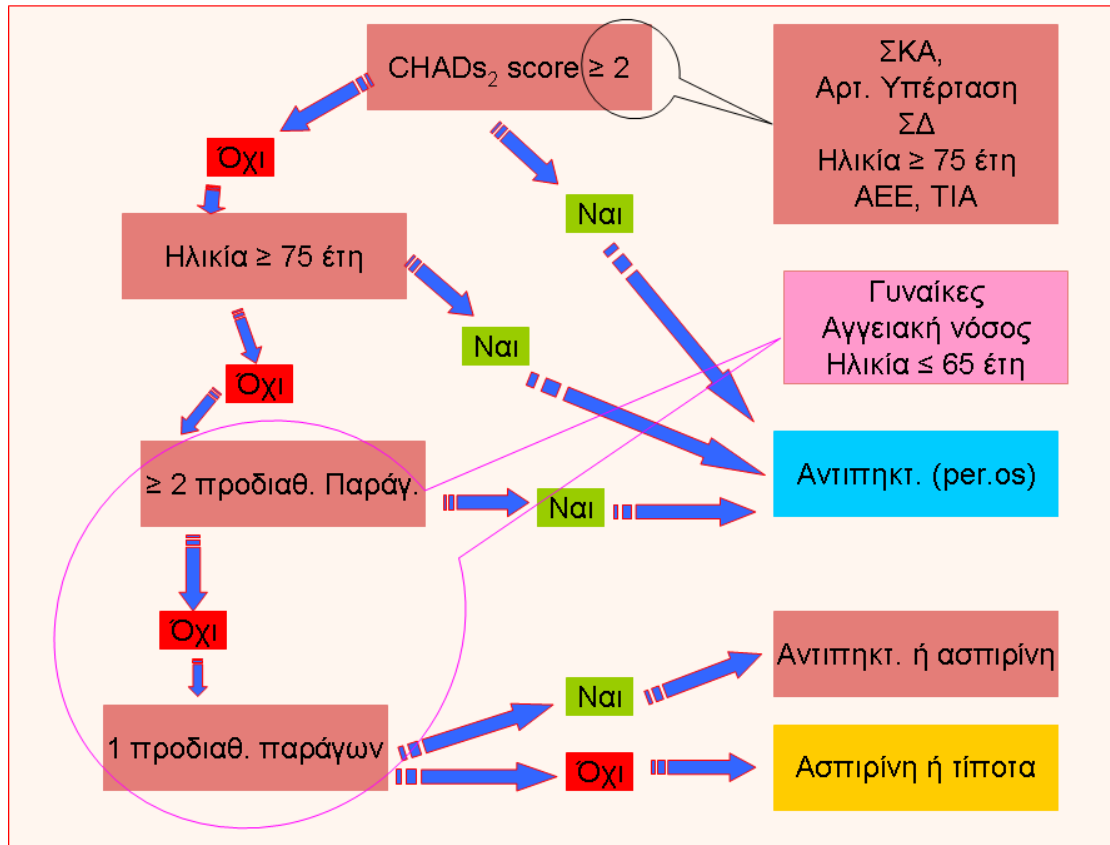
Η παρουσία ενός μείζονος παράγοντα κινδύνου ή ≥ 2 σχετικά κλινικά ελασσόνων παραγόντων κινδύνου, απαιτούν χρήση αντιπηκτικής αγωγής.

CHA₂DS₂VASc score και πιθανότητα ΑΕΕ

(α) Παράγοντες κινδύνου για ΑΕΕ και θρομβοεμβολικό επεισόδιο σε ΚΜ χωρίς βαλβιδική πάθηση	
Κύριοι παράγοντες κινδύνου	Κλινικά σχετιζόμενοι δευτερεύοντες παράγοντες κινδύνου
Προγενέστερο ΑΕΕ, ΤΙΑ ή συστηματικός εμβολισμός, ηλικία ≥ 75 ετών	Καρδιακή ανεπάρκεια ή μέτρια προς σοβαρή συστολική δυσλειτουργία ΑΚ (πχ ΑΚ ΚΕ $\leq 40\%$) Αρτηριακή υπέρταση – ΣΔ Γυναικείο φύλο – ηλικία 65 – 74 ετών Αγγειακή νόσος
(β) Παράγοντες κινδύνου με βάση το CHA₂DS₂VASc score (max score 9, η ηλικία μπορεί να πάει πμέσ 0,1,2)	
Παράγοντας κινδύνου	Score
Συμφορητική ΚΑ / δυσλειτουργία ΑΚ	1
Αρτηριακή υπέρταση	1
Ηλικία ≥ 75 ετών	2
ΣΔ	1
ΑΕΕ / ΤΙΑ / θρομβοεμβολικό επ.	2
Ηλικία 65 – 74 ετών	1
Αγγειακή νόσος	1
Γυναικείο φύλο	1
Maximum score	9

CHA₂DS₂VASc score και πιθανότητα ΑΕΕ

(γ) προσαρμογή του κινδύνου για ΑΕΕ με βάση το CHA₂DS₂VASc score		
CHA₂DS₂VASc score	Ασθενείς	Ετήσια εμφάνιση ΑΕΕ (%)
0	1	0%
1	422	1,3%
2	1230	2,2%
3	1730	3,2%
4	1718	4,0%
5	1159	6,7%
6	679	9,8%
7	294	9,6%
8	82	6,7%
9	14	15,2%



HAS – BLED bleeding risk score

Γράμμα	Κλινικό Χαρακτηριστικό	Βαθμοί
H	Αρτηριακή Υπέρταση	1
A	Νεφρική ± Ηπατική Ανεπ.	1 ή 2
S	ΑΕΕ	1
B	Αιμορραγία	1
L	Αρρυθμιστο INR	1
E	Ηλικία ≥ 65 ετών	1
D	Φάρμακα ± αλκοόλ	1 ή 2
		Μέγιστο 9 βαθμοί

Τα κουμαρινικά αντιπηκτικά φάρμακα χορηγούνται στους ασθενείς, που έχουν τις ενδείξεις, για την πρόληψη εμβολικών επεισοδίων.

Σχετικά με τον συνδυασμό αντιπηκτικών, ασπιρίνης – κλοπιδογρέλης στα οξέα ισχαιμικά επεισόδια έχουμε τα παρακάτω:

Αντιθρομβωτική θεραπεία σε ΚΜ + ΣΝ με βάση τον κίνδυνο αιμορραγίας			
Αιμορραγικός κίνδυνος	Παρούσα νόσος	Stent	Αντιπηκτική αγωγή
Χαμηλός ή μέτριος (HAS – BLED score 0 – 2)	Εξατομίκευση	Bare - metal	1 ^{ος} μήνας 3πλή αγωγή VKA (INR 2.0-2.5) + ασπιρίνη ≤ 100 mg + κλοπιδογρέλη 75mg 2 ^{ος} – 12 ^{ος} μήνας VKA (INR 2.0-2.5) + κλοπιδογρέλη 75mg (ή ασπιρίνη 100 mg) Δια βίου VKA (INR 2.0-3)
	Εξατομίκευση	Drug eluting	3 μήνες (-olimus) έως 6 μήνες (paclitaxel) 3πλή αγωγή VKA (INR 2.0-2.5) + ασπιρίνη ≤ 100 mg + κλοπιδογρέλη 75mg Μέχρι 12 ^ο μήνα VKA (INR 2.0-2.5) + κλοπιδογρέλη 75mg (ή ασπιρίνη 100 mg) Δια βίου VKA (INR 2.0-3)
	Οξύ στεφανιαίο σύνδρομο	Bare – metal / drug eluting	6 μήνες 3πλή αγωγή VKA (INR 2.0-2.5) + ασπιρίνη ≤ 100 mg + κλοπιδογρέλη 75mg Μέχρι 12 ^ο μήνα VKA (INR 2.0-2.5) + κλοπιδογρέλη 75mg (ή ασπιρίνη 100 mg) Δια βίου VKA (INR 2.0-3)
Υψηλός (HAS – BLED score ≥ 3)	Εξατομίκευση	Bare - metal	2 – 4 εβδομάδες 3πλή αγωγή VKA (INR 2.0-2.5) + ασπιρίνη ≤ 100 mg + κλοπιδογρέλη 75mg Δια βίου VKA (INR 2.0-3)
	Οξύ στεφανιαίο σύνδρομο	Bare - metal	4 εβδομάδες 3πλή αγωγή VKA (INR 2.0-2.5) + ασπιρίνη ≤ 100 mg + κλοπιδογρέλη 75mg Μέχρι 12 ^ο μήνα VKA (INR 2.0-2.5) + κλοπιδογρέλη 75mg (ή ασπιρίνη 100 mg) Δια βίου VKA (INR 2.0-3)

Η ασπιρίνη έχει υποδεέστερο ρόλο σε ασθενείς ≥ 75 ετών και συνδέεται συχνά με εμφάνιση επιπλοκών.

Δίνουμε ασπιρίνη με κλοπιδογρέλη όταν δεν μπορεί να δοθεί αντιπηκτική αγωγή.

Στην μακροχρόνια θεραπευτική αντιμετώπιση περιλαμβάνονται:

- πρόληψη θρομβοεμβολής,
- βελτίωση των συμπτωμάτων,
- αντιμετώπιση συνυπαρχουσών καρδιαγγειακών νόσων,
- έλεγχος της συχνότητας και εξομάλυνση των διαταραχών του ρυθμού.

Πρακτικά δεν έχουν προκύψει σημαντικές διαφορές όσον αφορά την κλινική εικόνα, την ποιότητα της ζωής στην προτίμηση ελέγχου συχνότητας ή ρυθμού παρά μόνο στην Athena Trial με την δρονεδαρόνη όσον αφορά τη θνητότητα και τις εισαγωγές για νοσηλεία.

Οδηγίες για έλεγχο συχνότητας και ρυθμού στην ΚΜ

Οδηγίες	Class	Level
Έλεγχος της συχνότητας σε ηλικιωμένα άτομα με ΚΜ και ελαφρά συμπτωματολογία	I	A
Έλεγχος ρυθμού, ακολούθως έλεγχος συχνότητας σε υποτροπιάζουσα ΚΜ	I	A
Έλεγχος ρυθμού σε συμπτωματικούς ασθενείς με ΚΜ (EHRA score ≥ 2)	I	B
Έλεγχος ρυθμού σε ασθενείς με ΚΜ και ΚΑ για βελτίωση της κλινικής εικόνας	IIa	B
Έλεγχος ρυθμού σε νέους συμπτωματικούς ασθενείς που δεν αποκλείονται να υποστούν κατάλυση	IIa	C
Έλεγχος ρυθμού σε ασθενείς με δευτεροπαθή ΚΜ οφειλόμενη σε ερέθισμα ή αναστρέψιμο παθολογικό υπόστρωμα (πχ.: ισχαιμία, υπερθυρεοειδισμός)	IIa	C

Με την κατάλληλη μακρόχρονη ρύθμιση της συχνότητας (<110 bpm), πετυχαίνουμε βελτίωση της κλινικής εικόνας, σε ασθενείς χωρίς σοβαρή συμπτωματολογία.

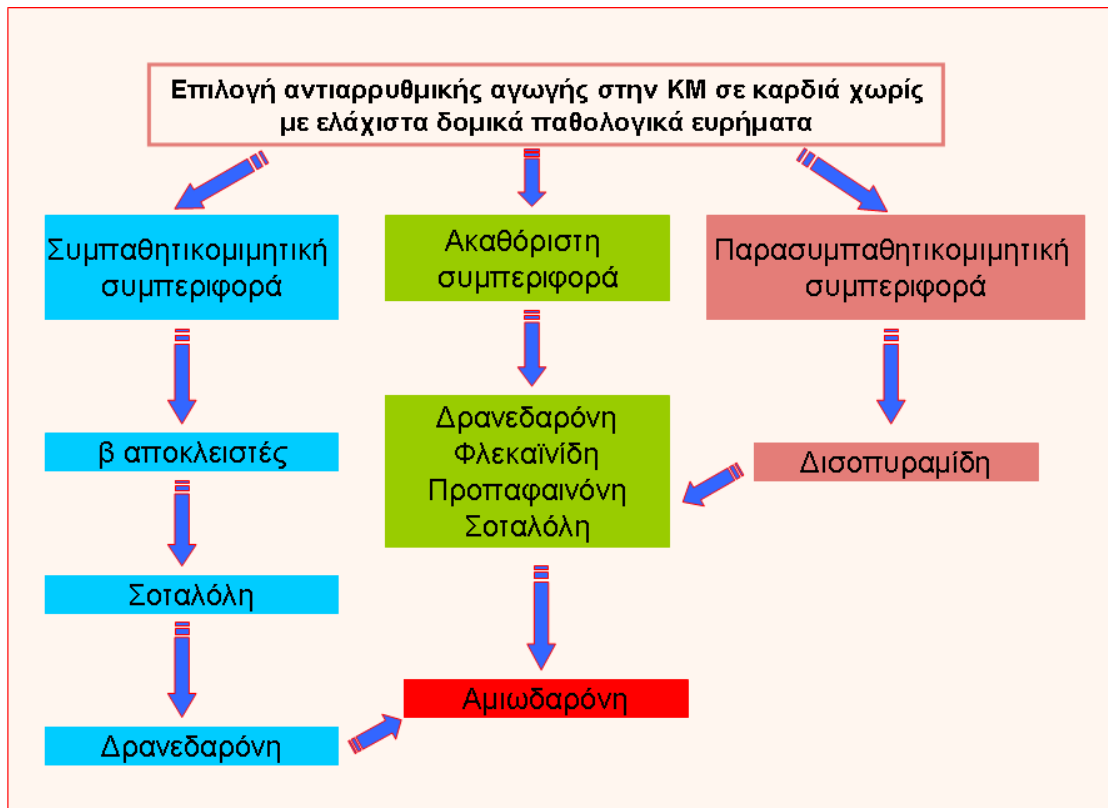
Οδηγίες για μακρόχρονο έλεγχο του ρυθμού στην ΚΜ

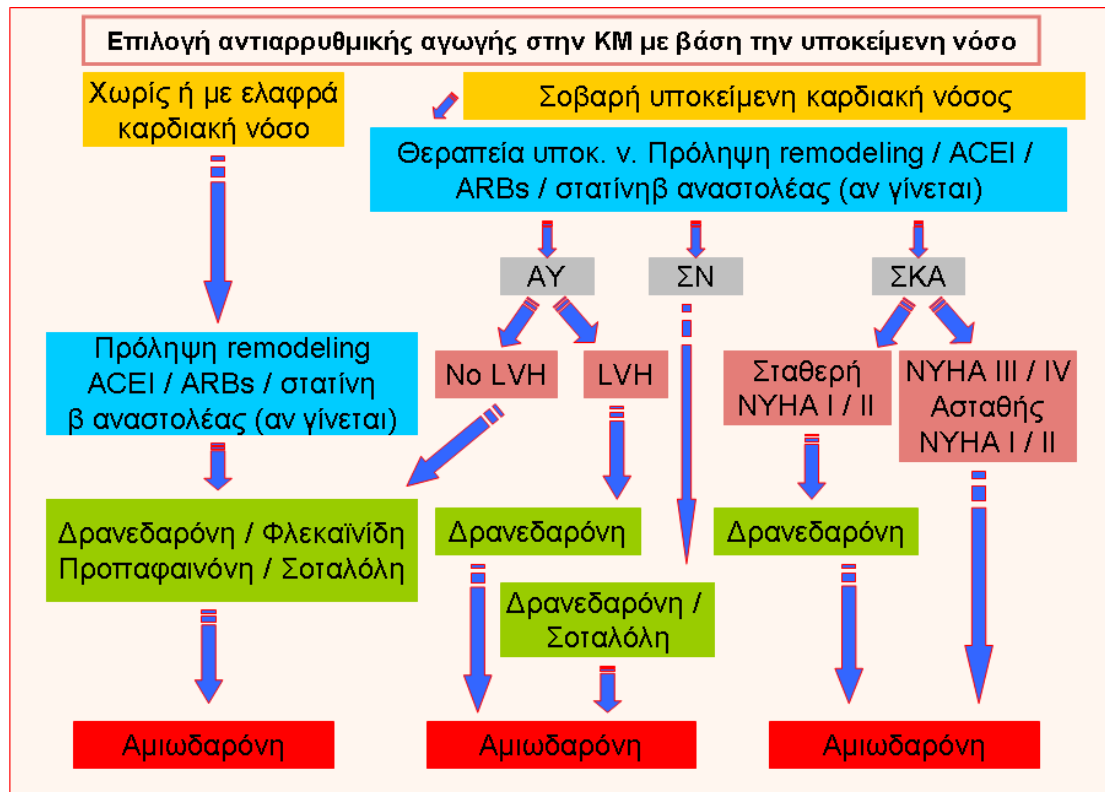
Οδηγίες	Class	Level
Φαρμακευτικός έλεγχος της συχνότητας (β αναστολείς, ανταγωνιστές ασβεστίου, δακτυλίπια ή συνδυασμοί), σε παροξυσμική, εμμένουσα ή μόνιμη ΚΜ. Η επιλογή εξατομικεύεται ώστε να μην έχουμε βραδυκαρδία	I	B
Έλεγχος συχνότητας σε συμπτωματική ΚΜ κατά την άσκηση – καθημερινή δραστηριότητα, επιτυγχάνοντας φυσιολογική χρονότροπη απάντηση χωρίς εμφάνιση βραδυκαρδίας	I	C
Έλεγχος ρυθμού με προπαφαιρόνη ή αμιωδαρόνη σε ασθενείς με εμφάνιση ΚΜ μετά από ερέθισμα ή με ιστορικό ΚΜ στο παρελθόν	I	C
Έλεγχος καρδιακής συχνότητας ≤ 110 ppm	IIa	B
Επίτευξη κατάλληλου περιορισμένου εύρους ΚΣ σε ασθενείς όπου σε ηρεμία έχουμε ΚΣ ≤ 80 ppm και σε σωματική δραστηριότητα ≤ 110 ppm με βάση την 24ωρη ΗΚΓκή καταγραφή	IIa	B
Προσθήκη δρανεδαρόνης για επίτευξη έλεγχου συχνότητας σε μη εμμένουσα ΚΜ εκτός των ασθενών με ΝΥΗΑ III-V ή ασταθή ΚΑ	IIa	B
Δακτυλίπια σε ΚΑ και δυσλειτουργία ΑΚ και σε υπερήλικα μη δραστήρια άτομα	IIa	C
Έλεγχος συχνότητας με από του στόματος χορήγηση αμιώδαρόνης, όταν τα άλλα μέσα αποτύχουν ή αντενδείκνυνται	IIb	C
Όχι δακτυλίπια ως μοναδικό παράγοντα για έλεγχο της συχνότητας σε παροξυσμική ΚΜ	III	B

Σε ανθιστάμενη ΚΜ με έντονα συμπτώματα η κατάλυση του κολποκοιλιακού κόμβου αποτελεί μια αποδεκτή λύση. Ο έλεγχος του ρυθμού γίνεται για βελτίωση των συμπτωμάτων.

Δεν χορηγούμε αντιαρρυθμικά σε ασυμπτωματική ΚΜ.

Προτιμάμε ένα πιο ασφαλές και λιγότερο αποτελεσματικό ανιαρρυθμικό φάρμακο από κάποιο περισσότερο αποτελεσματικό αλλά λιγότερο ασφαλές. Στα πλαίσια αυτά με βάση την Athena Trial προτιμάμε την δρνεδαρόνη από την αμιωδαρόνη.





Έτσι, μεταξύ αμιωδαρόνης και δρονεδαρόνης, η τελευταία αποτελεί πρώτη επιλογή στην συμπτωματική ΚΜ με υποκείμενη καρδιοαγγειακή νόσο και στην περίπτωση που αποτύχει να ελέγξει την βαρύτητα των συμπτωμάτων χρησιμοποιούμε την αμιωδαρόνη, παρά την τοξικότητά της κυρίως σε μεγάλες δόσεις χορήγησης.

Δεν δίνουμε δρονεδαρόνη σε ασθενείς με NYHA III – IV, ή πρόσφατη ασταθή καρδιακή ανεπάρκεια.

Οδηγίες για έλεγχο της συχνότητας στην ΚΜ με ΚΑ

Οδηγίες	Class	Level
β αναστολείς σε ασθενείς με ΚΑ και χαμηλό ΚΕ αριστερής κοιλίας.	I	A
Προσθήκη δακτυλίτιδας όταν η μονοθεραπεία δεν μπορεί να ελέγξει την καρδιακή συχνότητα.	I	B
Αμιοδαρόνη σε αιμοδυναμική αστάθεια σε ασθενείς με οξεία ΚΑ και χαμηλό ΚΕ αριστερής κοιλίας.	I	B
Αποκλειόμενου του παραπληρωματικού δεματίου η δακτυλίτιδα είναι εναλλακτική θεραπεία της αμιοδαρόνης σε ασθενείς με οξεία ΚΑ και χαμηλό ΚΕ αριστερής κοιλίας	I	C
Κατάλυση του κολποκοιλιακού κόμβου για έλεγχο της καρδιακής συχνότητας όταν τα άλλα μέσα αποτύχουν ή αντενδείκνυνται σε ασθενείς με μόνιμη ΚΜ και ένδειξη για επανασυγχρονισμό (NYHA III – IV, ΚΕ ≤ 35% και εύρος QRS ≥ 130 ms).	IIa	B
Σε ΚΑ με καλό ΚΕ αριστερής κοιλίας μπορεί να τεθεί μη διυδροπυριδινικός αναστολέας διαύλων ασβεστίου.	IIb	C
Σε ΚΑ με καλό ΚΕ αριστερής κοιλίας μπορεί να τεθεί β αναστολέας εναλλακτικά σε μη διυδροπυριδινικός αναστολέας διαύλων ασβεστίου.	IIb	C
Μη διυδροπυριδινικός αναστολέας διαύλων ασβεστίου αντενδείκνυνται έλεγχο καρδιακής συχνότητας σε ασθενείς με συστολική ΚΑ.	III	C

Οδηγίες για έλεγχο ρυθμού στην ΚΜ με ΚΑ

Οδηγίες	Class	Level
Καρδιοανάταξη σε ασθενείς με γρήγορη κοιλιακή ανταπόκριση ανθεκτική στην αντιαρρυθμική αγωγή, με ισχαιμία μυοκαρδίου, αρχόμενο ΟΠΟ, συμπτωματική αρτηριακή υπόταση.	I	C
Αμιοδαρόνη σε ΚΜ με NYHA III – IV ή προ μηνός ασταθή ΚΑ.	I	C
Αμιοδαρόνη για φαρμακευτική καρδιοανάταξη ή για διευκόλυνση ηλεκτρικής ανάταξης που θα ακολουθήσει.	IIa	B
Σε ΚΑ NYHA I – II, δρανεδρόνη για μείωση καρδιοαγγειακών νοσηλειών	IIa	C
Ηλεκτρική ανάταξη για αποκατάσταση φλεβοκομβικού ρυθμού σε συμπτωματική ΚΜ με ΚΑ παρά την ελεγχόμενη φαρμακευτικά κοιλιακή ανταπόκριση.	IIb	B
Κατάλυση (απομόνωση στην περιοχή των πνευμονικών φλεβών) σε μη ελεγχόμενη συμπτωματική ΚΜ με ΚΑ.	IIb	B

Σε αθλητές ο έλεγχος της συχνότητας δεν είναι εύκολος, επειδή η χρήση β αναστολέων δεν γίνεται εύκολα ανεκτή ή απαγορεύεται. Μπορούν να αθλούνται αρκεί στη μέγιστη κόπωση η καρδιακή συχνότητα να μην ξεπερνά τα επιτρεπτά όρια.

Σε καρδιακή βαλβιδική νόσο, προτιμούμε έλεγχο καρδιακής συχνότητας γιατί η επίτευξη φλεβοκομβικού ρυθμού δεν μπορεί να διατηρηθεί σε βάθος χρόνου.

Επείγουσα ηλεκτρική ανάταξη εφαρμόζουμε σε οξύ ισχαιμικό σύνδρομο και ισχαιμία ή αιμοδυναμική αστάθεια.

Β αναστολείς ή μη διυδροπυριδικοί ανταγωνιστές διαύλων ασβεστίου είναι κατάλληλοι για έλεγχο της καρδιακής συχνότητας.

Δακτυλίτιδα με ή χωρίς ενδοφλέβια χρήση αμιωδαρόνης είναι ένα κατάλληλο σχήμα σε ασθενείς με οξύ ισχαιμικό σύνδρομο και σοβαρή δυσλειτουργία αριστερής κοιλίας, καρδιακή ανεπάρκεια.

Η συνύπαρξη ΚΜ και ΣΔ επιδεινώνει την πρόγνωση των ασθενών αυξάνοντας την θνητότητα και τα καρδιοαγγειακά συμβάματα.

Σε εγκύους που πριν την εγκυμοσύνη έχει αναφερθεί παροδική εμφάνιση ΚΜ, μπορεί να παρουσιαστούν υποτροπές ΚΜ κατά την κύηση. Η ηλεκτρική ανάταξη είναι ασφαλής για το έμβρυο, ενώ οι β αναστολείς και η δακτυλίτιδα παρουσιάζουν τοξικότητα.

Η μετεγχειρητικά εμφανιζόμενη ΚΜ μπορεί να προληφθεί με λήψη β αναστολέων, αμιωδαρόνης. Αιμοδυναμικά σταθεροί ασθενείς μεταπίπτουν αυτόματα σε φλεβοκομβικό ρυθμό σε 24 ώρες.

Φροντίζουμε να αντιμετωπίζουμε τους προδιαθεσικούς παράγοντες.

Σε έντονα συμπτωματικούς ασθενείς προχωράμε σε ηλεκτρική ή φαρμακευτική ανάταξη. Αντιπηκτική αγωγή με ηπαρίνη ή κουμαρινικά χορηγούμε όταν η ΚΜ παραμένει > 48 ώρες.

Σε υπερθυρεοειδισμό, πρώτα καθιστούμε τον ασθενή ευθυρεοειδικό και ακολούθως ασχολούμεθα με την ανάταξη της αρρυθμίας.

Σε ασθενείς με **Wolff–Parkinson–White σύνδρομο** με **υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια** υπολογίζουμε τον κίνδυνο αιφνίδιου θανάτου στην θεραπευτική μας επιλογή μεταξύ αντιαρρυθμικής αγωγής ή κατάλυσης.

Η ΚΜ εμφανίζεται συχνά σε αναπνευστικούς ασθενείς, ιδίως σε καταστάσεις υποξίας. Φροντίζουμε να βελτιώσουμε όσο το δυνατόν την αναπνευστική λειτουργία ώστε τα αντιαρρυθμικά φάρμακα να είναι αποτελεσματικά.

Σε ασθενείς με αντένδειξη για χρόνια αντιπηκτική αγωγή, θα πρέπει να εξετάζεται η επιλογή περίδεσης του ωτίου του αριστερού κόλπου.

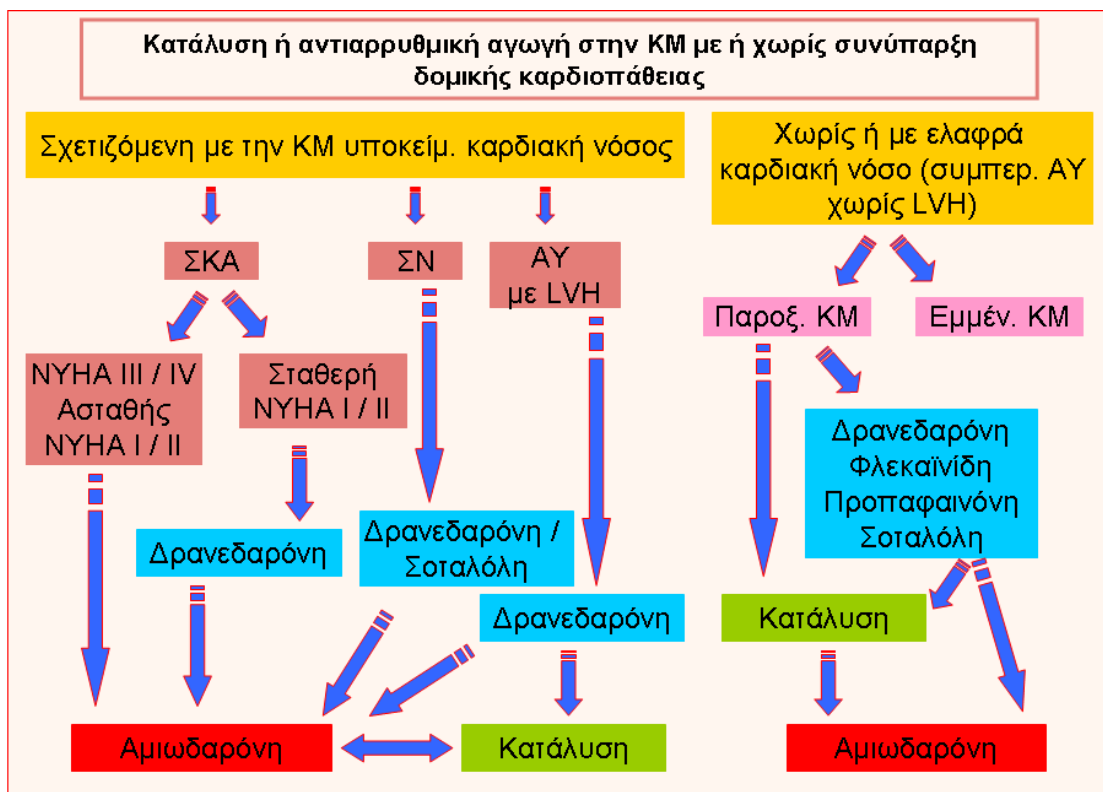
[αρχή](#)

Επεμβατική αντιμετώπιση

Στις περιπτώσεις εκείνες όπου με τα φάρμακα δε μπορεί να αποκατασταθεί ο φλεβοκομβικός ρυθμός προχωρούμε σε συγχρονισμένη ηλεκτρική απινίδωση. Τέτοιες είναι για παράδειγμα οι περιπτώσεις ασθενών που εμφανίζουν πολύ συχνές υποτροπές και δεν μπορούν να προληφθούν με φάρμακα. Οι ασθενείς αυτοί οδηγούνται στο ηλεκτροφυσιολογικό εργαστήριο για κατάλυση των έκτοπων εστιών που πυροδοτούν την δημιουργία της ΚΜ, με πιθανότητες επιτυχίας που φτάνει το 70-90%.

Σε έντονα συμπτωματική παροξυσμική ΚΜ προχωρούμε σε κατάλυση του αριστερού κόλπου. Σημεία που λαμβάνονται υπόψη είναι:

- η κατάσταση του αριστερού κόλπου,
- η υποκείμενη καρδιαγγειακή νόσος,
- οι εναλλακτικές στρατηγικές (αντιαρρυθμικά φάρμακα, έλεγχος συχνότητας),
- η προτίμηση του ασθενή,
- η εμπειρία του ιατρού στην διενέργεια της κατάλυσης.



Οι κατευθυντήριες οδηγίες δεν συνιστούν κατάλυση σε ασθενείς με μόνιμη ΚΜ ή επί μακρόν εμμένουσα ΚΜ και χωρίς ή μικρής βαρύτητας καρδιακή νόσο.

Πότε να κάνουμε κατάλυση στον αριστερό κόλπο

Οδηγίες	Class	Level
Παρουσία κολπικού πτερυγισμού κατά τη διενέργεια κατάλυσης σε ΚΜ.	I	B
Συμπτωματική ΚΜ μη ανεκτή από τον ασθενή ανθεκτική στη αντιαρρυθμική αγωγή.	IIa	A
Εμμένουσα συμπτωματική ΚΜ μη ανεκτή από τον ασθενή ανθεκτική στη αντιαρρυθμική αγωγή.	IIa	B
Μετά την κατάλυση προσθήκη LMWH ή UFH (i.v.) σαν αγωγή γέφυρα πριν τη συστηματική αντιπηκτική αγωγή (η τελευταία να διαρκεί ≥ 3 μήνες), υπολογίζοντας και τον κίνδυνο για ΑΕΕ από τη χορήγηση της τελευταίας.	IIa	C
Αντιπηκτική αγωγή μετά την κατάλυση όταν συνυπάρχουν ≥ 1 μείζονες παράγοντες κινδύνου ή ≥ 2 ελάσσονες (πχ CHA ₂ DS ₂ -VASc score ≥ 2).	IIa	B
Σε ΚΜ με ΚΑ ανθεκτική στην αντιαρρυθμική αγωγή συμπεριλαμβανομένης της αμιοδαρόνης .	IIb	B
Πριν την χρήση αντιαρρυθμικής αγωγής σε ανεκτή συμπτωματική παροξυσμική ΚΜ χωρίς υποκείμενη καρδιακή νόσο.	IIb	B
Σε συμπτωματική εμμένουσα ΚΜ ανθεκτική στην αντιαρρυθμική αγωγή.	IIb	C

Η καρδιακή ανεπάρκεια αποτελεί πρόσφορο έδαφος για ΚΜ.

Η ΚΜ αποτελεί ισχυρό ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για εμφάνιση καρδιακής ανεπάρκειας.

Σε ΚΜ με ΚΑ δεν υπάρχει προτίμηση μεταξύ ελέγχου συχνότητας ή ρυθμού, ενώ η κατάλυση του αριστερού κόλπου προσφέρει μεγαλύτερη κλινική βελτίωση και καλύτερευση της λειτουργικότητας της αριστερής κοιλίας.

Κατά τη διενέργεια καρδιοχειρουργικών επεμβάσεων πχ διόρθωση μιτροειδούς, η αποκατάσταση του φλεβοκομβικού ρυθμού με χειρουργικό ablation, βελτιώνει το αποτέλεσμα και μειώνει την πιθανότητα για καρδιακές επιπλοκές και ΑΕΕ.

[αρχή](#)

Καταγραφή της ΚΜ στην Ελλάδα

Στη χώρα μας στοιχεία για την καταγραφή της κολπικής μαρμαρυγής, θα προκύψουν με πρωτοβουλία της Ελληνικής Καρδιολογικής Εταιρείας από την μελέτη R.A.F.T.I.N.G.

[αρχή](#)

Χρήσιμες αλλαγές στον τρόπο ζωής - πρόληψη

Η μόνιμη κολπική μαρμαρυγή απαιτεί η δια βίου θεραπευτική αγωγή.

Γενικότερα όσοι αντιμετωπίζουν πρόβλημα κολπικής μαρμαρυγής θα πρέπει να:

- διακόψουν το κάπνισμα
- περιορίσουν ή και να διακόψουν την κατανάλωση καφέ, τσαγιού, αναψυκτικών τύπου κόλα που περιέχουν καφεΐνη
- περιορίσουν την κατανάλωση αλκοόλ
- συμβουλευονται τον θεράποντα γιατρό τους πριν λάβουν κάποιο φάρμακο που ενδεχομένως επηρεάσει τον καρδιακό ρυθμό.

Είναι σκόπιμο με την «upstream» αγωγή να προλάβουμε ή να καθυστερήσουμε την μυοκαρδιακή αναδιαμόρφωση στην αρτηριακή υπέρταση, καρδιακή ανεπάρκεια, την εμφάνιση ΚΜ ή την καθυστέρηση εμφάνισης μόνιμης ΚΜ. Κατηγορίες φαρμάκων αυτής της αγωγής είναι:

- ACEIs
- ARBs
- Ανταγωνιστές αλδοστερόνης
- Στατίνες
- Πολυακόρεστα λιπαρά οξέα

Οδηγίες για πρωτογενή πρόληψη ΚΜ με “upstream” θεραπεία

Οδηγίες	Class	Level
ACEIs και ARBs σε ασθενείς με ΚΑ και μειωμένο κλάσμα εξώθησης ΑΚ για πρόληψη έναρξης ΚΜ.	IIa	A
ACEIs και ARBs σε ασθενείς με ΑΥ και υπερτροφία ΑΚ.	IIa	B
Στατίνες μετά αορτοστεφανιαία παράκαμψη με ή χωρίς επέμβαση στις βαλβίδες.	IIa	B
Στατίνες σε υποκείμενη καρδιακή νόσο ιδίως σε ΚΑ.	IIb	B
ACEIs, ARBs και στατίνες δεν συνιστώνται για πρωτογενή πρόληψη έναρξης ΚΜ χωρίς συνύπαρξη καρδιοαγγειακής νόσου.	III	C

Περίπου στο 10% των ατόμων ηλικίας > 80 ετών παρουσιάζουν ΚΜ, λόγος που επιβάλλει τακτικό ηλεκτροκαρδιογραφικό έλεγχο για έγκαιρη κατάδειξη της αρρυθμίας.

Οδηγίες για δευτερογενή πρόληψη ΚΜ με “upstream” θεραπεία

Οδηγίες	Class	Level
ACEIs και ARBs σε ασθενείς με υποτροπιάζουσα ΚΜ πριν τη διενέργεια κατάλυσης και λήψης αντιαρρυθμικής αγωγής.	IIa	B
ACEIs και ARBs μπορεί να είναι χρήσιμα στην υποτροπιάζουσα ΚΜ ή στην εμμένουσα ΚΜ απουσία σημαντικής δομικής καρδιακής πάθησης και μάλιστα όταν η χορήγησή τους ενδείκνυται για άλλες παθήσεις πχ. Αρτηριακή υπέρταση.	IIa	B

[αρχή](#)

Κολπική Μαρμαρυγή (ΚΜ) – οδηγίες ESC 2012

- Καλό είναι για ηλικίες ≥ 65 να γίνεται ΗΚΓκός έλεγχος για έγκαιρη διάγνωση.
- Η ασπιρίνη, ως μονοθεραπεία, περιορίζεται σε ασθενείς που αρνούνται κάθε αντιθρομβωτική από του στόματος αγωγή και τους είναι δύσκολα ανεκτός ο συνδυασμός ασπιρίνης – κλοπιδογρέλης όπως για παράδειγμα λόγω εμφάνισης αιμορραγικών εκδηλώσεων από τη λήψη τους.
- Η ασπιρίνη έχει θέση σε ασθενείς που πάσχουν από καρδιαγγειακή νόσο.
- Για θεραπευτικούς λόγους διακρίνουμε την **κολπική μαρμαρυγή σε βαλβιδικού** (κυρίως ρευματικής αιτιολογίας στένωση μιτροειδούς και προσθετική βαλβίδα μιτροειδούς) και **μη βαλβιδικού** τύπου.
- Πρακτικά, χαμηλού κινδύνου ασθενείς με κολπική μαρμαρυγή για αγγειακό ισχαιμικού τύπου εγκεφαλικό έμφρακτο, είναι ασθενείς ηλικίας \leq των 65 ετών χωρίς άλλη καρδιακή πάθηση (lone AF). Έτσι για παράδειγμα γυναίκα με ηλικία \leq των 65, με lone AF (**CHA2DS2-VASc score**: 1) δεν χρειάζεται αντιθρομβωτική θεραπεία.
- Το **CHA2DS2-VASc score** – αποτελεί συντόμευση των: Congestive heart failure/left ventricular dysfunction, Hypertension, Age ≥ 75 [doubled], Diabetes, Stroke [doubled] – Vascular disease, Age 65–74, and Sex category [female]- μπορεί να ταυτοποιήσει καλύτερα, τους με πραγματικά χαμηλό κίνδυνο για αγγειακό ισχαιμικού τύπου εγκεφαλικό έμφρακτο, ασθενείς με ΚΜ.
- Το **HAS-BLED score** – αποτελεί συντόμευση των: (Hypertension, Abnormal renal/liver function, Stroke, Bleeding history ή predisposition, Labile International Normalized Ratio, Elderly, Drugs/alcohol concomitantly) εκτιμά βοηθητικά στο **CHA2DS2-VASc score** τον κίνδυνο για αιμορραγία. Τιμή score ≥ 3 σημαίνει αυξημένο κίνδυνο και ίσως θα πρέπει να επανεκτιμήσουμε την φαρμακευτική μας αγωγή.

Ασθενείς με ΚΜ που έχουν ≥ 1 παράγοντες κινδύνου και ηλικία ≥ 65 και μάλιστα ακόμα περισσότερο εάν είναι ηλικίας > 75 κινδυνεύουν για αγγειακό ισχαιμικού τύπου εγκεφαλικό έμφρακτο. Καλό είναι να λαμβάνουν από το στόμα αντιθρομβωτική αγωγή είτε με κουμαρινικά (I.N.R.: 2-3) είτε με τα νέα από του στόματος αντιθρομβωτικά.

- Τα **νέα από του στόματος** αντιθρομβωτικά τα διακρίνουμε σε από του στόματος αναστολείς της θρομβίνης (πχ dabigatran) και σε από του στόματος αναστολείς του ενεργοποιητή του παράγοντα X (πχ rivaroxaban, apixaban, edoxaban κλπ). Τα φάρμακα αυτά σε αντίθεση με τα κουμαρινικά που μπλοκάρουν τον σχηματισμό των εξαρτώμενων από την βιταμίνη K ενεργοποιητών (παράγοντες II, VII, IX και X), μπλοκάρουν μόνο έναν «κρίκο» στην «αλυσίδα» της πήξης του αίματος. Τα φάρμακα αυτά χωρίς να είναι κατώτερα σε αποτελεσματικότητα των κουμαρινικών – είναι περισσότερο ασφαλή, δεν απαιτούν ρύθμιση της δοσολογίας - καλό είναι να προτιμώνται στις περιπτώσεις ασθενών όχι μεγάλης ηλικίας με μη βαλβιδικού τύπου ΚΜ.

Βεβαίως σε μεγαλύτερης ηλικίας ασθενείς λόγω συνύπαρξης άλλων φαρμάκων και παθήσεων, χρειάζεται μεγαλύτερη προσοχή και η επιλογή τους είναι πιο δύσκολη.

- Κανένα από τα φάρμακα αυτά έχουν κάποιο ειδικό αντίδοτο. Τα dabigatran και arixaban, χορηγούνται σε 2 δόσεις την ημέρα και έχουν αλληλεπιδράσεις με άλλα φάρμακα. Ειδικότερα για το dabigatran, χρειάζεται προσοχή στη νεφρική λειτουργία του ασθενή. Καλό είναι μία φορά το χρόνο να παρακολουθείται η κάθαρση κρεατινίνης όταν αυτή είναι φυσιολογική (CrCl ≥ 80 mL/min) ή ελαφρά επηρεασμένη (CrCl 50– 79 mL/min) και 2-3 φορές εάν είναι μετρίως επηρεασμένη (CrCl 30–49 mL/min). Το dabigatran μπορεί να προκαλέσει δυσπεψία, γι αυτό προτείνεται να λαμβάνεται με το γεύμα και αν χρειαστεί να συγχορηγείται αναστολέας αντλίας πρωτονίων για το στομάχι. Όλα αυτά τα νέα αντιθρομβωτικά φάρμακα έχουν δρουν γρήγορα και δεν απαιτούν φόρτιση ή συγχορήγηση με κάποιο άλλο αντιθρομβωτικό φάρμακο κατά την έναρξή τους. Επίσης, έχουν βραχύ χρόνο ημιζωής και πρακτικά δεν έχουν δράση μετά από 5 – 17 ώρες από τη λήψη τους.
- Ο χειρισμός της αιμορραγίας που τυχόν προκαλέσουν είναι καθαρά υποστηρικτικός των λειτουργιών του οργανισμού.
- Το αντιθρομβωτικό αποτέλεσμα των από του στόματος αναστολέων των ενεργοποιητών του παράγοντα X μπορεί να γίνει με μία anti-Xa ανάλυση.
- Στην προσπάθεια ανάταξης σε φλεβοκομβικό ρυθμό σε ασθενή με ΚΜ έναρξης ≥ 48 ωρών ή άγνωστης έναρξης, χορηγούμε κουμαρινικά (INR 2-3) ή dabigatran για ≥ 3 εβδομάδες πριν και για ≥ 4 εβδομάδες μετά την ανάταξη (ηλεκτρική ή φαρμακευτική).
- Η σύγκλειση του αριστερού ωτίου αποτελεί μια εναλλακτική λύση όταν ο θρομβοεμβολικός κίνδυνος δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί με τα από του στόματος αντιθρομβωτικά.
- Το **vernakalant** είναι αποτελεσματικό για την ανάταξη ΚΜ που εμφανίστηκε σε λιγότερο από 7 ημέρες ή σε λιγότερο από 3 ημέρες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση παρέχοντας αντιαρρυθμικό αποτέλεσμα περίπου 50%, αλλά αντενδείκνυται σε αρτηριακή υπόταση (ΣΑΠ < 100 mmHg), πρόσφατο οξύ στεφανιαίο επεισόδιο (< 30 ημέρες), NYHA class III ή IV, σοβαρή στένωση αορτής και παράταση του QT (μη διορθωμένο QT .440 ms).
- Η **δρονεδαρώνη** συνιστάται στην υποτροπιάζουσα ΚΜ και αποτελεί καλό αντιαρρυθμικό φάρμακο για τη διατήρηση του φλεβοκομβικού ρυθμού. Δεν χορηγείται σε ασθενείς με NYHA class III ή IV.
- Έλεγχος του ρυθμού τόσο φαρμακευτικά όσο ηλεκτρικά προκρίνεται για την ανακούφιση της συμπτωματικής ΚΜ.
- Τα αντιαρρυθμικά είναι καλό να δίνονται για 4 εβδομάδες μετά την ανάταξη σε φλεβοκομβικό ρυθμό και να διακόπτονται. Στην μόνιμη ΚΜ χορηγούνται μόνο όταν αποτύχουν τα άλλα φάρμακα για τον έλεγχο της συχνότητας.
- Η **κατάλυση**, με παράλληλη λήψη κουμαρινικών, αποτελεί καλό μέσο για περαιτέρω έλεγχο της συμπτωματικής παροξυσμικής ΚΜ, ασθενών που βρίσκονται ήδη σε αντιαρρυθμική αγωγή (αμιωδαρόνη, δρονεδαρώνη, φλεκαϊνίδη, προπαφαινόνη, σοταλόλη).
- Η κατάλυση του αριστερού κόλπου, αποτελεί θεραπεία εκλογής στην παροξυσμική ΚΜ, όταν δεν συνυπάρχει άλλη καρδιακή νόσος.

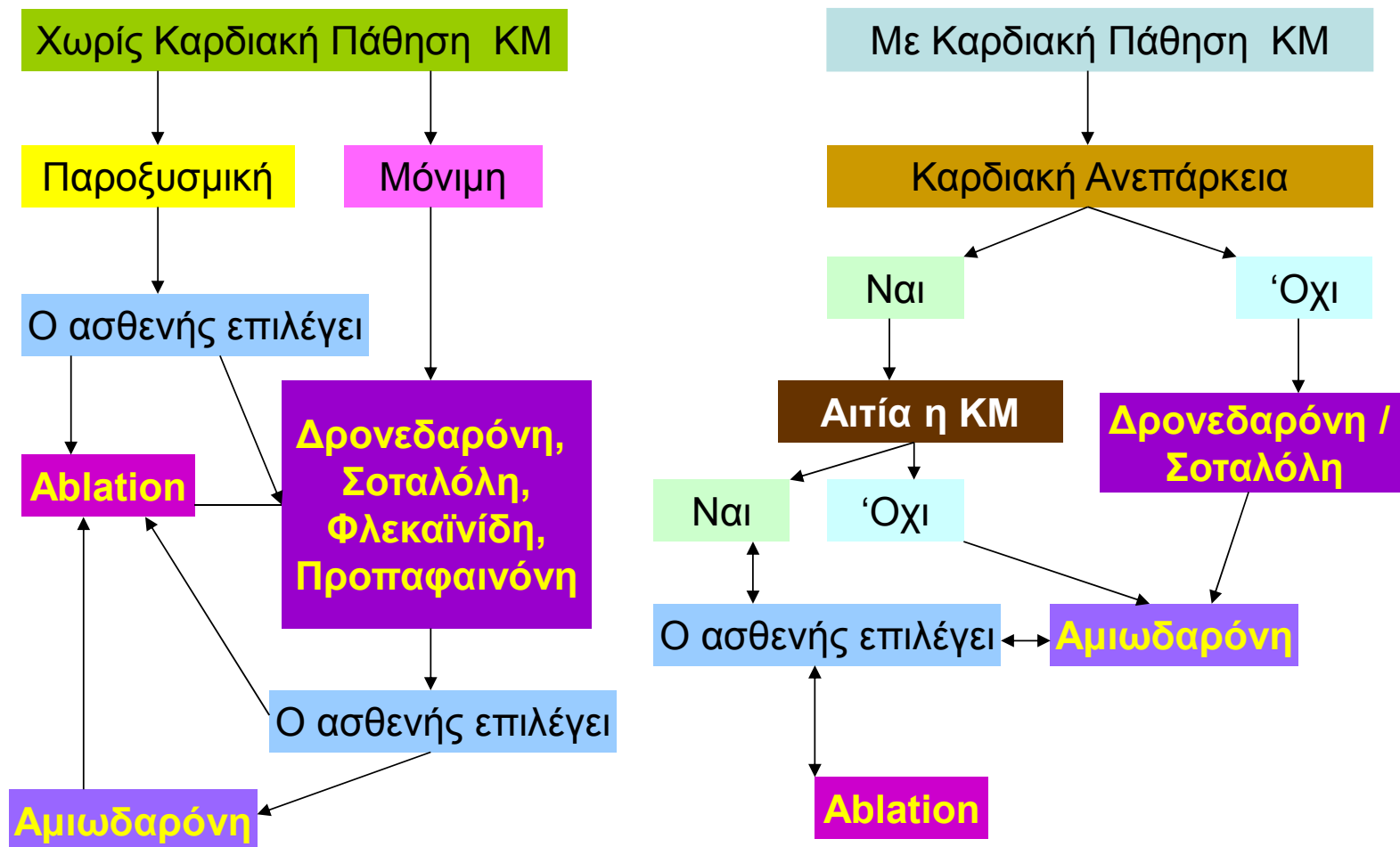
Πίνακας κλινικών μελετών όπου συγκρίνονται τα νέα από του στόματος αντιθρομβωτικά με τα κουμαρινικά, για την πρόληψη αγγειακού ισχαιμικού τύπου εγκεφαλικού έμφρακτου σε ασθενείς με μη βαλβιδική ΚΜ.

	Dabigatran (RE-LY) ^{70,71}	Rivaroxaban (ROCKET-AF) ³	Apixaban (ARISTOTLE) ⁴				
Drug characteristics							
Mechanism	Oral direct thrombin inhibitor	Oral direct factor Xa inhibitor	Oral direct factor Xa inhibitor				
Bioavailability, %	6	60–80	50				
Time to peak levels, h	3	3	3				
Half-life, h	12–17	5–13	9–14				
Excretion	80% renal	2/3 liver, 1/3 renal	25% renal, 75% faecal				
Dose	150 mg b.i.d.	20 mg o.d.	5 mg b.i.d.				
Dose in renal impairment	110 mg b.i.d.	15 mg o.d. (if CrCl 30-49 mL/min)	2.5 mg b.i.d.				
Special considerations	Intestinal absorption is pH-dependent and is reduced in patients taking proton pump inhibitors Increased risk of bleeding in patients taking verapamil/amiodarone/quinidine/ketoconazole	Higher levels expected in patients with renal or hepatic failure Activity lower in fasted patients so should be taken after food					
Study characteristics							
Study design	Randomized, open-label	Randomized, double-blind	Randomized, double-blind				
Number of patients	18 111	14 264	18 201				
Follow-up period, years	2	1.9	1.8				
Randomized groups	Dose-adjusted warfarin vs. blinded doses of dabigatran (150 mg b.i.d., 110 mg b.i.d.)	Dose-adjusted warfarin vs. rivaroxaban 20 mg o.d.	Dose-adjusted warfarin vs. apixaban 5 mg b.i.d.				
Baseline patient characteristics							
Age, years	71.5 ± 8.7 (mean ± SD)	73 (65–78) [median (interquartile range)]	70 (63–76) [median (interquartile range)]				
Male sex, %	63.6	61.3	64.5				
CHADS ₂ (mean)	2.1	3.5	2.1				
Outcomes (% per year)							
	Warfarin (n = 6022)	Dabigatran 150 (n = 6076)	Dabigatran 110 (n = 6015)	Warfarin (n = 7133)	Rivaroxaban (n = 7131)	Warfarin (n = 9081)	Apixaban (n = 9120)
		(RR, 95% CI; P value)	(RR, 95% CI; P value)		(HR, 95% CI; P value)		(HR, 95% CI; P value)
Stroke/systemic embolism	1.69	1.11 (0.66, 0.53–0.82; P for superiority <0.001)	1.53 (0.91, 0.74–1.11; P for non-inferiority <0.001)	2.4	2.1 (0.88, 0.75–1.03; P for non-inferiority <0.001, P for superiority = 0.12) (ITT)	1.6	1.27 (0.79, 0.66–0.95; P <0.001 for non-inferiority, P = 0.01 for superiority)
Ischaemic stroke	1.2	0.92 (0.76, 0.60–0.98; P = 0.03)	1.34 (1.11, 0.89–1.40; P = 0.35)	1.42	1.34 (0.94; 0.75–1.17; P = 0.581)	1.05	0.97 (0.92, 0.74–1.13; P = 0.42)
Haemorrhagic stroke	0.38	0.10 (0.26, 0.14–0.49; P <0.001)	0.12 (0.31, 0.17–0.56; P <0.001)	0.44	0.26 (0.59; 0.37–0.93; P = 0.024)	0.47	0.24 (0.51, 0.35–0.75; P <0.001)
Major bleeding	3.36	3.11 (0.93, 0.81–1.07; P = 0.31)	2.71 (0.80, 0.69–0.93; P = 0.003)	3.4	3.6 (P = 0.58)	3.09	2.13 (0.69, 0.60–0.80; P <0.001)
Intracranial bleeding	0.74	0.30 (0.40, 0.27–0.60; P <0.001)	0.23 (0.31, 0.20–0.47; P <0.001)	0.7	0.5 (0.67; 0.47–0.93; P = 0.02)	0.80	0.33 (0.42, 0.30–0.58; P <0.001)
Extracranial bleeding	2.67	2.84 (1.07, 0.92–1.25; P = 0.38)	2.51 (0.94, 0.80–1.10; P = 0.45)	–	–	–	–

	Dabigatran (RE-LY) ^{70,71}		Rivaroxaban (ROCKET-AF) ³		Apixaban (ARISTOTLE) ⁴		
Outcomes (% per year)							
Gastrointestinal bleeding	1.02	1.51 (1.50, 1.19–1.89; <i>P</i> < 0.001)	1.12 (1.10, 0.86–1.41; <i>P</i> = 0.43)	2.2	3.2 (<i>P</i> < 0.001)	0.86	0.76 (0.89, 0.70–1.15; <i>P</i> = 0.37)
Myocardial infarction	0.64	0.81 (1.27, 0.94–1.71; <i>P</i> = 0.12)	0.82 (1.29, 0.96–1.75; <i>P</i> = 0.09)	1.1	0.9 (0.81; 0.63–1.06; <i>P</i> = 0.12)	0.61	0.53 (0.88, 0.66–1.17; <i>P</i> = 0.37)
Death from any cause	4.13	3.64 (0.88, 0.77–1.00; <i>P</i> = 0.051)	3.75 (0.91, 0.80–1.03; <i>P</i> = 0.13)	2.2	1.9 (0.85; 0.70–1.02; <i>P</i> = 0.07)	3.94	3.52 (0.89, 0.80–0.99; <i>P</i> = 0.047)
% Discontinuation at the end of follow-up	10.2	15.5	14.5	22.2	23.7	27.5	25.3
% Discontinuation/year	5.1	7.8	7.3	11.7	12.5	15.3	14.1

AF O atrial fibrillation; b.i.d. O bis in die (twice daily); CHADS₂ O congestive heart failure, hypertension, age ≥75, diabetes, stroke/TIA [doubled]; CI O confidence interval; CrCl O creatinine clearance; HR O hazard ratio; ITT O intention-to-treat; o.d. O once daily; RR O relative risk; SD O standard deviation; TIA O transient ischaemic attack; VKA O vitamin K antagonist.

Κολπική Μαρμαρυγή (ΚΜ), έλεγχος του ρυθμού



Κολπική Μαρμαρυγή (ΚΜ), επιλογή αντιαρρυθμικής αγωγής με βάση την υποκείμενη νόσο

Χωρίς Σημαντική Καρδ. Πάθ.

**Δρονεδρόνη,
Σοταλόλη,
Φλεκαϊνίδα,
Προπαφαινόνη**

Αμιωδαρόνη

Με Σημαντική Καρδ. Πάθ.

**Θεραπεία & πρόληψη αναδιαμόρφωσης
ΑΜΕΑ, ΑRB, στατίνες**

ΑΠ

ΣΝ

ΚΑ

LVH

No LVH

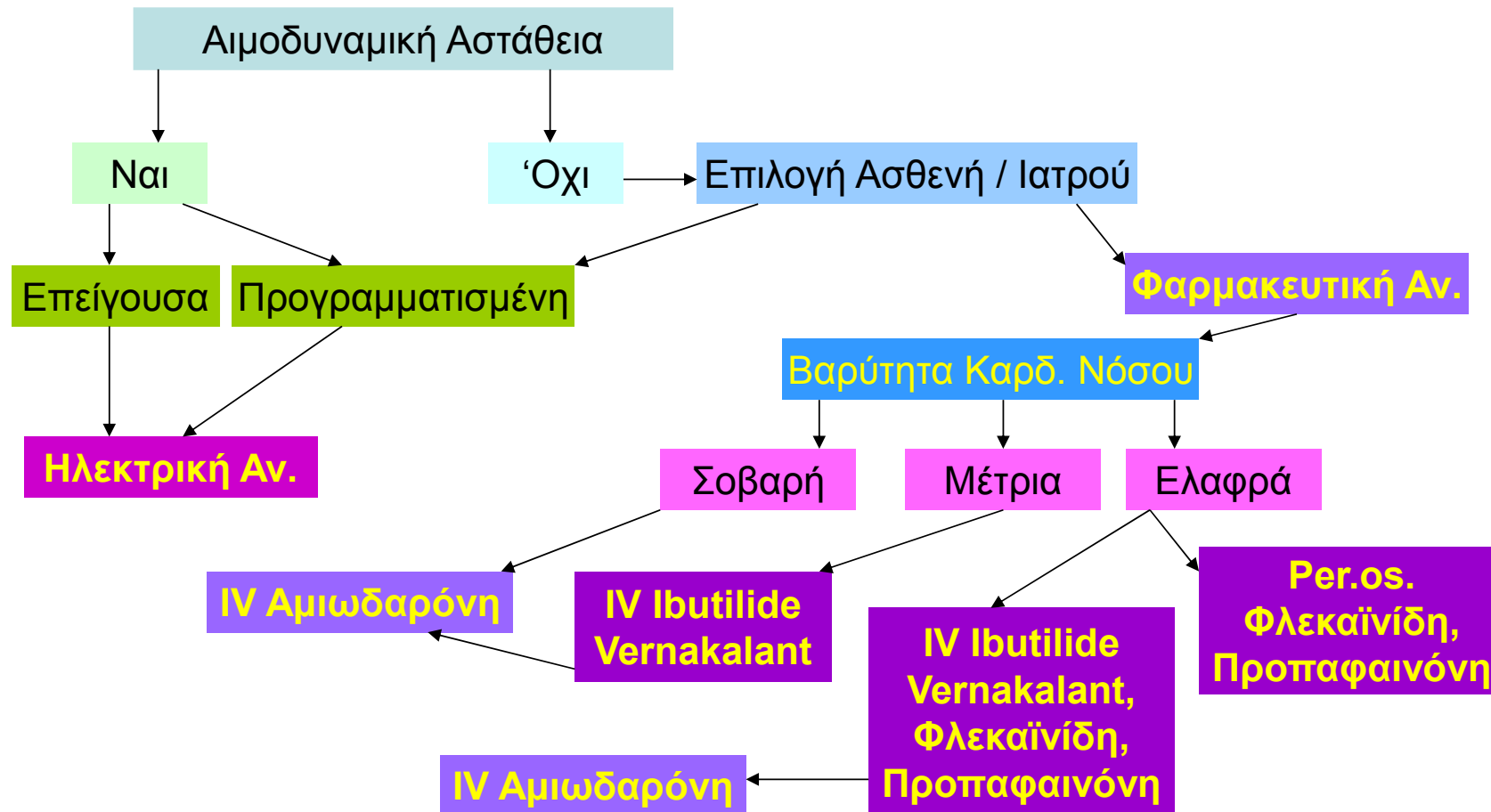
Σοταλόλη

Δρονεδρόνη

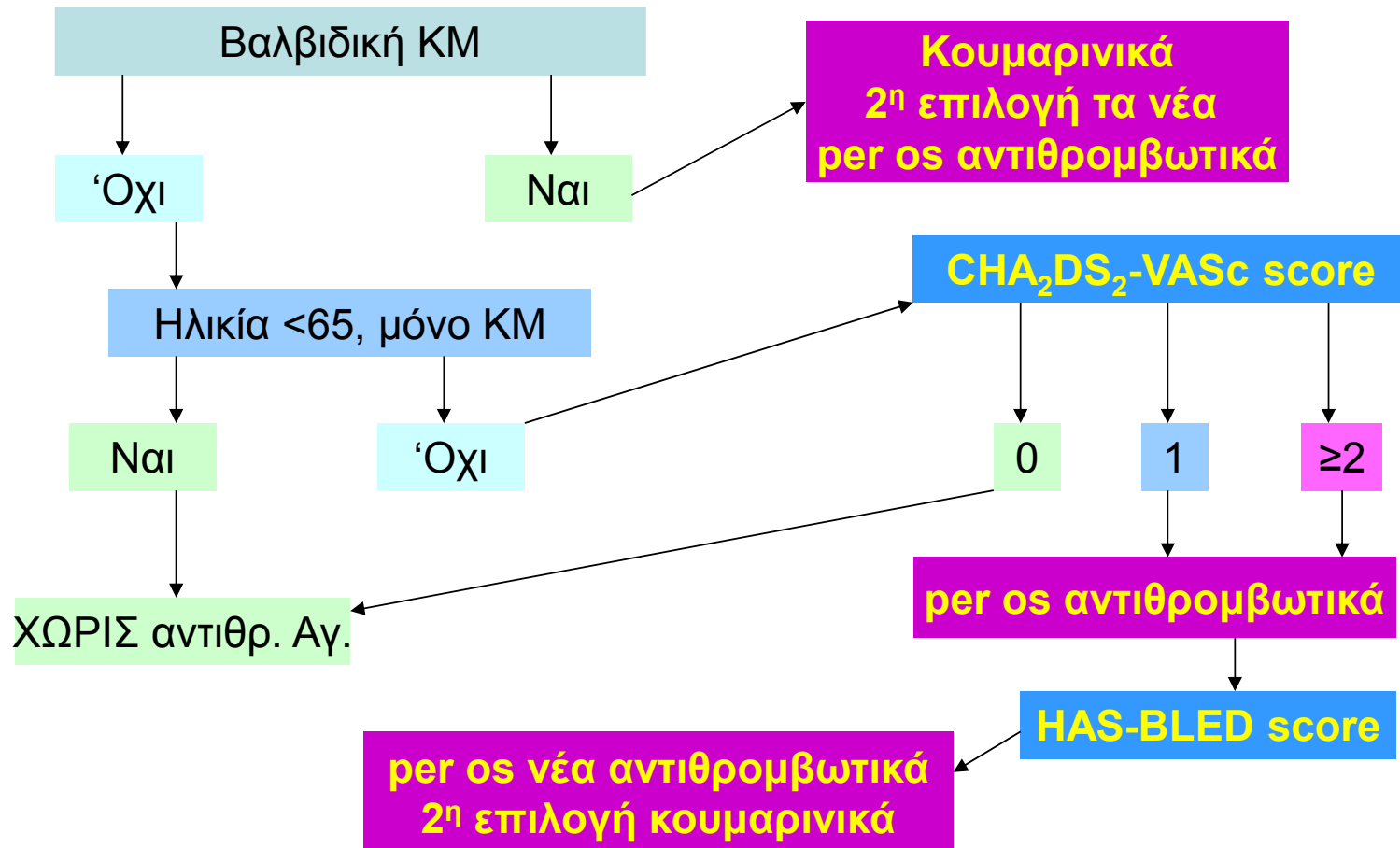
Αμιωδαρόνη

Αμιωδαρόνη

Κολπική Μαρμαρυγή (ΚΜ), επιλογή τρόπου καρδιοανάταξης με βάση την υποκείμενη νόσο



Κολπική Μαρμαρυγή (ΚΜ), επιλογή αντιπηκτικού



Διαχείριση αιμορραγίας λόγω χρήσης νέων per os αντιθρομβωτικών

Αιμοδυναμικός έλεγχος, βασικός αιμορραγικός έλεγχος (πχ aPTT για dabigatran, PT ή anti Xa δραστηριότητα για rivaroxaban), έλεγχος νεφρικής λειτουργία κλπ.

Μικρή αιμορραγία

Καθυστέρηση λήψης επόμενης δόσης ή διακοπή λήψης

Μέτρια προς σοβαρή αιμορραγία

Υποστηρικτική αγωγή, μηχανική πίεση αναπλήρωση υγρών, μετάγγιση αίματος ενεργός άνθρακας σε πρόσφατη λήψη

Σοβαρή αιμορραγία

Ανασυνδυασμέμος ενρργοποιητής παραγ.VII ή χορήγηση προθρομβίνης, ενεργός άνθρακας αιμοδιύλιση

[αρχή](#)