

**2019 AHA/ACC/HRS Focused Update of the 2014 AHA/ACC/HRS
Guideline for the Management of Patients With Atrial Fibrillation**

2019 Νέες οδηγίες για τη αντιμετώπιση της Κολπικής Μαρμαρυγής

JACC, Circulation January 2019

Επειδή προέκυψαν νέα δεδομένα από κλινικές μελέτες για νέα αντιπηκτικά και προστατευτικές συσκευές για θρομβοεμβολικά οι επιστημονικές εταιρείες AHA/ACC/HRA δημοσίευσαν αναβαθμισμένες ή αναθεωρημένες τις οδηγίες για τη κολπική μαρμαρυγή (ΚΜ) του 2014.

Αλλαγές προέκυψαν για την κατάλυση της ΚΜ με καθετήρα, αντιμετώπιση της ΚΜ που επιπλέκεται με ΟΣΣ, συσκευές ανίχνευσης υποκλινικής ΚΜ και απώλεια βάρους σε παχύσαρκους ασθενείς.

Οι συγγραφείς συμφώνησαν να μη ξαναχρησιμοποιηθεί ο όρος μη βαλβιδική ΚΜ και ο όρος αντιθρομβωτικά άλλαξε με τα αντιπηκτικά.

Γενικά ενώ στις προηγούμενες οδηγίες υποστήριζα ότι τα NOACs δεν ήταν κατώτερα των ΑΒΚ, σ' αυτές παίρνουν σαφή θέση ότι τα NOACs υπερέχουν (ένδειξη Ι).

Νέα αντιπηκτικά

Στο κατάλογο των τριών ήδη νέων από του στόματος μη βιταμίνης Κ ανταγωνιστών (NOACs) προστέθηκε και η εντοξαμπάνη (Class of Recommendation [COR] Ι, Επίπεδο τεκμηρίωσης Level of Evidence [LOE] Β-Ρ). Η ενδοξαμπάνη δεν κυκλοφορεί ακόμη στη χώρα μας.

Βαλβιδοπάθειες

Τα NOACs αντενδείκνυται σ' ασθενείς με μέτρια-σοβαρή στένωση μιτροειδούς βαλβίδας και προσθετική καρδιακή - μηχανική βαλβίδα (COR Ι, LOE Α). Τα συνιστούν στις βιοπροσθετικές βαλβίδες παρ' ότι τα δεδομένα είναι λίγα. Η κλασσική βραχυχρόνια χορήγηση αντιπηκτικών αποτελεί κοινή πρακτική. Για μακροχρόνια χορήγηση και αναλόγως του CHA₂DS₂-VASc score χρειάζονται πρισσότερα δεδομένα. Στην αντικατάσταση της αορτικής βαλβίδας σύμφωνα με συστάσεις του FDA συνιστάται INP 1.5-2 μαζί με ασπιρίνη (για 3 μήνες μετά την τοποθέτηση) βασισμένοι σε περιορισμένα κλινικά δεδομένα.

Τύπος Κολπικής Μαρμαρυγής

Η απόφαση για χρήση των NOACs δεν πρέπει να επηρεάζεται από τον αν η ΚΜ είναι παροξυσμική, εμμένουσα ή μόνιμη (COR I, LOE B).

Χρόνια Νεφρική Νόσος

Πριν την έναρξη των NOACs πρέπει να γίνεται έλεγχος της νεφρικής και ηπατικής λειτουργίας και στη συνέχεια άπαξ ετησίως (COR I, LOE B-NR). Σε ασθενείς με ΚΜ και CHA₂DS₂-VASc score ≥ 2 για τους άνδρες ή ≥ 3 στις γυναίκες και κάθαρση κρεατινίνης < 15 ml/min ή που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση θεωρείται λογική η χρήση βαρφαρίνη ή απιξαμπάνης (COR IIa, LOE B-NR). Για τους ασθενείς με κάθαρση κρεατινίνης 15 to 30 mL/ οι ABK ή NOACs σε μειωμένες δόσεις (ένδειξη IIb).

Παράγοντες αναστροφής

Συνιστάται η Idarucizumab για αναστροφή της δαμπιγκατράνης σε περίπτωση απειλητικής για τη ζωή αιμορραγία ή σε επείγουσα επέμβαση (COR I, LOE B-NR). Το Andexanet alfa (recombinant factor Xa) μπορεί να φανεί χρήσιμο στην αναστροφή της rivaroxaban και apixaban σε απειλητικές για τη ζωή αιμορραγίες (COR IIa, LOE B-NR).

Συσκευές Σύγκλισης

Η διαδερμική σύγκλιση του ωτίου του αριστερού κόλπου με **Watchman device** μπορεί να τεθεί υπο σκέψη σε υψηλού κινδύνου ασθενείς με ΚΜ με αντένδειξη σε μακροχρόνια χορήγηση αντιπηκτικών (COR IIb, LOE B-NR).

Κατάλυση με καθετήρα

Η με καθετήρα κατάλυση της ΚΜ φαίνεται λογική σε συμπτωματικούς ασθενείς με μειωμένο ΚΕ καρδιακή ανεπάρκεια για μείωση της θνητότητας και νοσηλειών για ΚΑ. (COR IIb, B-R). Για την ώρα η πιο ισχυρή σύσταση για κατάλυση της ΚΜ είναι η μείωση των συμπτωμάτων.

Κολπική Μαρμαρυγή και Στεφανιαία Νόσος

Οι οδηγίες του 2014 συνιστούσαν μόνο ABK. Στις αναθεωρημένες συνιστώνται και τα NOACs. Στους ασθενείς με ΚΜ **CHA₂DS₂-VASc risk score ≥ 2** και ΟΣΣ που υποβλήθηκαν σε τοποθέτηση stent, στις στεφανιαίες αρτηρίες η διπλή θεραπεία με clopidogrel και rivaroxaban (15 mg daily) ή dabigatran (150 δυο φορές την ημέρα) είναι λογική για μείωση

του αιμορραγικού κινδύνου σε σύγκριση με την τριπλή θεραπεία (COR IIa, B-R). Η ένδειξη IIa για την διπλή εξ αρχής, ενώ η τριπλή ακόμη γαι ACS/STEMI είναι για 4-6 εβδομάδες και μετάβαση σε διπλή (ένδειξη IIβ). Στο τριπλό συνδιασμό η προτίμηση της κλοπιδογρέλης έναντι της τικαγρελόρης και πρασουγρέλης είναι IIa.

Απώλεια Βάρους

Στους παχύσαρκους με ΚΜ συνιστάται απώλεια βάρους μαζί με τροποποίηση των παραγόντων κινδύνου (COR I, LOE B-R).

Κολπική Μαρμαρυγή που εντοπίσθηκε σε συσκευές

Οι νέες οδηγίες δεν δίνουν πολύ πληροφόρηση για τις περιπτώσεις που επεισόδια ΚΜ εντοπίζονται σε συσκευές (βηματοδότες, απινιδωτής). Οι μελέτες παρατηρήσης και οι οδηγίες της American Society of Chest Physicians συνιστούν αντιπηκτικά όταν η διάρκεια της ΚΜ ξεπερνάει τις 24 ώρες και με τον ανάλογο CHA2DS2-VASc score. Όταν στους ασθενείς με κρυπτογενή ΑΕΕ η εξωτερική παρακολούθηση δεν είναι διαγνωστική, συνιστάται εμφύτευση συσκευής καρδιακής παρακολούθησης (ILR) για εντόπιση υποκλινικής ΚΜ (COR IIa, B-R).

Φύλο

Οι οδηγίες συνιστούν απόλυτα αντιπηκτικά για άνδρες με CHA2DS2-VASc score 2 και γυναίκες με CHA2DS2-VASc score of 3 (class I). Για CHA2DS2-VASc 0 ή 1 για γυναίκες η χορήγηση αντιπηκτικών αντενδείκνυται. Για CHA2DS2-VASc 1 για τους άνδρες ή 2 για τις γυναίκες υπάρχει αβεβαιότητα για τη χορήγηση αντιπηκτικών (IIβ). Οι οδηγίες αυτές έρχονται σε αντίθεση με τις οδηγίες του American Association of Chest Physicians το 2018 όπου τα συνιστούν έντονα σε αυτή την κατηγορία. Οι γυναίκες με ΚΜ συνήθως είναι πιο ηλικιωμένες και έχουν αυξημένο κίνδυνο για ΑΕΕ. Το θήλυ φύλο από μόνο του δεν έχει αυξημένο κίνδυνο επί απουσίας άλλων παραγόντων κινδύνου και αντιμετωπίζεται σαν τροποποιητής δείκτης.

Καρδιοανάταξη

Βελτιώθηκαν οι ενδείξεις για τη χρήση των NOACs στις ανατάξεις ΚΜ διάρκειας < 48 ώρες ή μετά τις 48 ώρες.

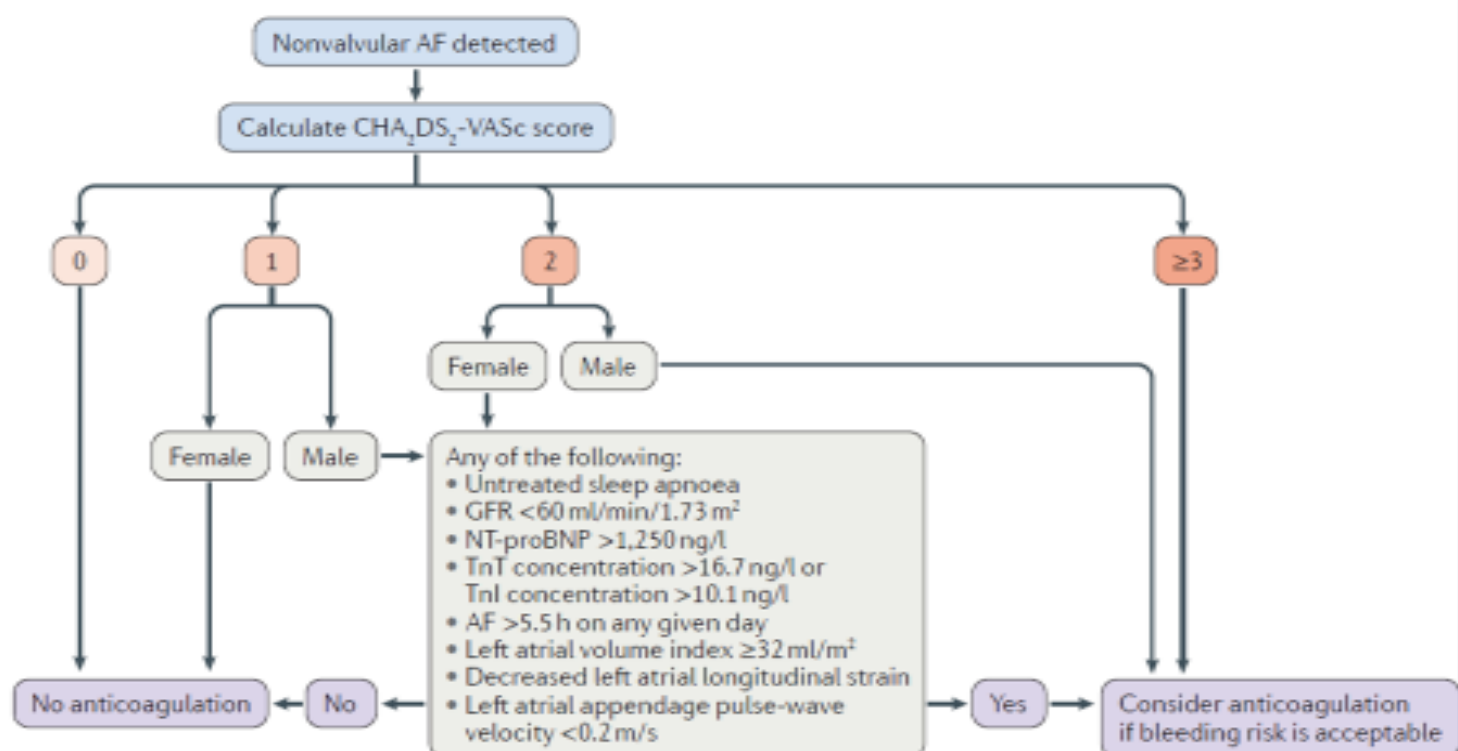


Figure 5 | Proposed algorithm for stroke risk assessment in atrial fibrillation (AF). Male patients with a

Change in Guideline Recommendations (Only major included)	
2014	2019
The term “nonvalvular AF” is no longer used	
Section 4.1.1 - Selection of Antithrombotic Regimen	
Oral anticoagulants recommended for high risk patients now include edoxaban.	
Exclusion criteria for CHA ₂ DS ₂ -VASc assessment and use of NOACs now defined as moderate to severe mitral stenosis or a mechanical heart valve.	
For patients with AF and end-stage chronic kidney disease, the direct thrombin inhibitor dabigatran, or the factor Xa inhibitors rivaroxaban OR edoxaban are not recommended.	
Section 6.1.1 - Prevention of Thromboembolism	
For patients with AF or atrial flutter of 48 hours' duration or longer, or when the duration of AF is unknown, anticoagulation with warfarin (INR 2.0 to 3.0), a factor Xa inhibitor, or direct thrombin inhibitor is recommended for at least 3 weeks before and at least 4 weeks after cardioversion.	Upgraded to Class I Recommendation
For patients with AF or atrial flutter of <48 hours' duration with a CHA ₂ DS ₂ -VASc score of ≥2 in men and ≥3 in women, administration of heparin, a factor Xa inhibitor, or a direct thrombin inhibitor is reasonable as soon as possible before cardioversion, followed by long term anticoagulation therapy.	Downgraded to Class IIa Recommendation