



Στο πρόσφατο πανευρωπαϊκό καρδιολογικό συνέδριο (2012) υπήρξε μια πρωτοφανής σε αριθμό ομοβροντία **6 νέων κατευθυντήριων οδηγιών (guidelines)**. Ανάμεσά τους, το μεγαλύτερο ίσως ενδιαφέρον τράβηξαν

οι αναθεωρημένες οδηγίες για την κολπική μαρμαρυγή, που ήρθαν να συμπληρώσουν εκείνες του 2010.

Τι αλήθεια άλλαξε μέσα σε δύο χρόνια; Δύο μείζονα γεγονότα, όπως γράφει και η εισαγωγή των νέων οδηγιών. Η επέλαση των

νέων αντιπηκτικών

πριν καλά καλά εγκριθούν για να κυκλοφορήσουν και η έντονη αμφισβήτηση της ασφάλειας της

δρονεδαρόνης (Multaq),

μετά τη διακοπή λόγω αυξημένου αριθμού θανάτων της μελέτης PALLAS και της αναφοράς περιστατικών σοβαρής ηπατοτοξικότητας του φαρμάκου.

Τα Guidelines του 2010 της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρείας για την κολπική μαρμαρυγή πιστεύω πως ήταν τα πρώτα που έπληξαν καιρία την αξιοπιστία τους, για να ακολουθήσουν και άλλα μέσα στην τελευταία τριετία.¹ **Η Ιατρική Βασισμένη σε Ενδείξεις (Evidence Based Medicine),** που θα έπρεπε να εκφράζουν, σημαίνει αντικειμενική εκτίμηση του πιθανού οφέλους σε σχέση με τον κίνδυνο αλλά και το κόστος. Αυτό επιτυγχάνεται με τον συνδυασμό της κλινικής εμπειρίας ομάδας ειδικών και των αποτελεσμάτων της επιστημονικής έρευνας. Η

εμπειρία της ομάδας των ειδικών δίνει τις **«classes of recommendations, I,IIa,IIb, III»**

και η έρευνα τα

«levels of evidence, A, B, C»

. Η αξιολόγηση της δρονεδαρόνης σαν

IA

φάρμακο στην διατήρηση του φλεβοκομβικού ρυθμού σε ασθενείς με παροξυσμική ή επίμονη κολπική μαρμαρυγή ή μετά από ανάταξη ήταν μια εξαιρετικά δυσάρεστη έκπληξη για μένα και για όσους είχαν διαβάσει προσεκτικά τις μελέτες για το φάρμακο που είχαν δημοσιευθεί μέχρι το 2010. Η μελέτη

ANDROMEDA

είχε περισσότερους θανάτους με τη δρονεδαρόνη παρά με το εικονικό φάρμακο, η μελέτη **DIONYSOS**

είχε βρει την αμιωδαρόνη δύο φορές αποτελεσματικότερη της δρονεδαρόνης, ενώ μόνο η μελέτη

ATHENA

έδειξε σε ασθενείς χαμηλού κινδύνου μια μικρή υπεροχή της δρονεδαρόνης έναντι του εικονικού φαρμάκου (placebo) στον αριθμό των εισαγωγών στο νοσοκομείο (hospitalization).

Δυστυχώς, στην τελευταία μελέτη οι συγγραφείς εκτός από τα

«**Greek names**»,

που έκαναν κάποιους στην Ελλάδα να δηλώσουν εθνικά υπερήφανοι, χρησιμοποίησαν και τα «**Greek**

statistics».

Αθροίζοντας ένα πρωτεύον καταληκτικό σημείο (θάνατος) με ένα δευτερεύον και για πολλούς τριτεύον (νοσηλεία), παρουσίασαν την δρονεδαρόνη στατιστικά ανώτερη του placebo στους «θανάτους και στις νοσηλείες».

Με αυτά τα δεδομένα και χωρίς ακόμα κλινική εμπειρία του φαρμάκου η ομάδα των ειδικών των Guidelines έδωσε στο φάρμακο ένδειξη IA! Η δρονεδαρόνη δέσποζε στα guidelines για την κολπική μαρμαρυγή του 2010, εκτός στις περιπτώσεις με σοβαρού βαθμού καρδιακή ανεπάρκεια και στον έλεγχο της συχνότητας στην

μόνιμη κολπική μαρμαρυγή. Επειδή όμως

η απληστία είναι πολύ κακός σύμβουλος,

η παρασκευάστρια εταιρεία του φαρμάκου αποφάσισε να διενεργήσει και άλλη κλινική μελέτη για την τελευταία περίπτωση, δηλαδή για την μόνιμη κολπική μαρμαρυγή, για την οποία υπάρχουν τόσα καλά και φτηνά φάρμακα, όπως οι β-blockers και η δακτυλίτιδα.

Έτσι ξεκίνησε

την μελέτη PALLAS, για να τη διακόψει πρόωρα λόγω εμφάνισης διπλάσιου αριθμού θανάτων στην ομάδα της δρονεδαρόνης συγκριτικά με την ομάδα του placebo.

Η δρονεδαρόνη στη χημική της σύσταση είναι ουσιαστικά η αμιωδαρόνη (Angoron) χωρίς το Ιώδιο. Η αφαίρεση όμως του χημικού δακτυλίου που περιέχει το Ιώδιο φαίνεται πως προκάλεσε και τον **ευνουχισμό του φαρμάκου.** Η δρονεδαρόνη **δεν**

ανατάσσει την κολπική μαρμαρυγή

σε αντίθεση με την αμιωδαρόνη και άλλα φάρμακα, όπως η

προπαφαινόνη (Ρυθμονόρμ)

. Όπως αναμενόταν για φάρμακο που δεν ανατάσσει την κολπική μαρμαρυγή, οι μελέτες έδειξαν

πολύ μικρότερη αποτελεσματικότητα και στη διατήρηση του φλεβοκομβικού ρυθμού συγκριτικά με την αμιωδαρόνη, την προπαφαινόνη και άλλα αντιαρρυθμικά.

Σαν να μην έφθανε αυτό, η «ευνουχισμένη αμιωδαρόνη» έβγαλε και πολύ κακία!

Η θεραπεία με δρονεδαρόνη είχε περισσότερους θανάτους και σοβαρή

ηπατοτοξικότητα.

2

Και όμως, το σύνθημα που δέσποζε στο Πανευρωπαϊκό Καρδιολογικό Συνέδριο του 2010 ήταν το

«**safety first**»

. Θεωρούσαν δηλαδή το μειονέκτημα της αμιωδαρόνης

να προκαλεί σε κάποιο ποσοστό αναστρέψιμες

διαταραχές

της λειτουργίας του θυρεοειδούς σημαντικότερο στοιχείο από την πολύ μικρότερη θεραπευτική δράση αλλά και τους θανάτους της δρονεδαρόνης! Το κόστος επίσης του νέου φαρμάκου ήταν πολύ σοβαρό πρόβλημα. Σχεδόν 100 φορές ακριβότερο από την αμιωδαρόνη! Όταν το 2010

υπήρχε στον ακαδημαϊκό κόσμο της καρδιολογίας μεγάλος ενθουσιασμός για το «νέο φάρμακο με τις ίδιες δράσεις της αμιωδαρόνης χωρίς τις παρενέργειες», την είχα βαπτίσει

δρоне(δάνειο)νη,

υπολογίζοντας πως θα χρειαζόμαστε μια δόση δανείου μόνο γι' αυτό το φάρμακο. Είχα επίσης

πολλές φορές συγκρουσθεί στα συνέδριά μας ,αλλά και στα Πανευρωπαϊκά συνέδρια του 2010 και 2011 και για την αποτελεσματικότητα του φαρμάκου, με ενθουσιώδεις υποστηρικτές και διαφημιστές της δρονεδαρόνης, μεταξύ των οποίων και τον πρόεδρο της «task force» των guidelines. Οι ίδιοι οι άρρωστοι είχαν ξεσηκωθεί και περίμεναν με αγωνία το νέο φάρμακο που θα τους απάλλαζε από

τις ενοχλητικές υποτροπές της κολπικής μαρμαρυγής και ταυτόχρονα θα ήταν χωρίς παρενέργειες, όπως τους πληροφορούσαν οι «ειδικοί» από τα μέσα ενημέρωσης.

Το φάρμακο όμως ήταν ήδη γνωστό πως είχε μια μικρή παρενέργεια.

Περισσότερους θανάτους!

Μετά την διακοπή της μελέτης PALLAS, την εμφάνιση σοβαρής ηπατοτοξικότητας του φαρμάκου, τις αναφορές αιφνιδίων θανάτων και επιδείνωσης της καρδιακής ανεπάρκειας και τις προειδοποιήσεις του FDA και του EMA, **θα περίμενε κανείς την απόσυρση του φαρμάκου** ή έστω την σοβαρή του υποβάθμιση στα guidelines του 2012. Αλλωστε είπαμε, το σύνθημα του φαρμάκου ήταν «**safety first!**»

Αμ δε! Τελικά νίκησε το «

money first!

».

Η δρονεδαρόνη βρίσκεται και πάλι φάτσα κάρτα με ένδειξη IA στα

«αναθεωρημένα» guidelines του 2012 σαν να μη συνέβη

τίποτα!

3

Η ομάδα των ειδικών και υπεύθυνων των guidelines αντί να ζητήσουν συγνώμη για την αδικαιολόγητη αξιολόγηση του φαρμάκου σαν IA στα guidelines του 2010, και να διορθώσουν το λάθος τους,

ψάχνουν δικαιολογίες, χωρίς επιτυχία, στον σχεδιασμό της μελέτης PALLAS που η ίδια η παρασκευάστρια εταιρεία σχεδίασε και πραγματοποίησε, (όπως βέβαια και τις προηγούμενες μελέτες του φαρμάκου!). Όσο για την σοβαρή

ηπατοτοξικότητα της δρονεδαρόνης συστήνουν απλώς στα νέα guidelines "συχνό έλεγχο της ηπατικής λειτουργίας!".

Που αλήθεια να χρησιμοποιήσει κανείς ένα τόσο ακριβό, αναποτελεσματικό και επικίνδυνο φάρμακο;

Σε ασθενείς χωρίς καρδιακή ανεπάρκεια και στεφανιαία νόσο

η

προπαφαινόνη

είναι πιο αποτελεσματική και έχει το πλεονέκτημα της άμεσης ανάταξης

με εφάπαξ λήψη

(pill in pocket).

Σε περίπτωση καρδιακής ανεπάρκειας η

αμιοδαρόνη

είναι αποτελεσματικότερη και ασφαλέστερη. Σε στεφανιαία νόσο οι

β-blockers

είναι επίσης αποτελεσματικότεροι, ασφαλέστεροι και δρουν θεραπευτικά στη βασική νόσο.

Ευχαριστούμε αλλά δεν θα πάρουμε. Τους αγαπάμε τους αρρώ στους μας!

Οι ειδικοί των guidelines του 2012 υποδέχθηκαν **τα νέα «novel» αντιπηκτικά** με τον ίδιο ενθουσιασμό και αντικειμενικότητα

του 2010 για την δρονεδαρόνη. Ίσως για να μην κάνουν διακρίσεις

. Χωρίς κλινική εμπειρία και μόνο με μια μελέτη για το καθένα, που πραγματοποίησε βέβαια η παρασκευάστρια εταιρεία και τα σύγκρινε με ασθενείς κακορρυθμισμένους σε βαρφαρίνη, τα βαθμολόγησαν όλα IA!

Με μια μάλιστα μοναδική πρωτοτυπία

. Πιο IA από το IA της βαρφαρίνης!

Σωστά διαβάσατε. Τονίζουν και ξανατονίζουν πόσο πιο πολύ θα πρέπει να προτιμήσουμε αυτά τα νέα άγνωστα σε μας και σε κείνους

IA

φάρμακα από το τόσο γνωστό μας IA φάρμακο, τη βαρφαρίνη! Στους πίνακες με τους αλγόριθμους μάλιστα υπάρχει και το πρωτοφανές αστείο εύρημα, τα βελάκια που οδηγούν στα IA φάρμακα να είναι τα μισά ακέραια (αυτά που στοχεύουν τα νέα αντιπηκτικά)

και τα μισά διακεκομμένα (αυτά που στοχεύουν την βαρφαρίνη!). Αν ήταν οδικός χάρτης θα νόμιζες πως τα πρώτα ήταν λεωφόρος και τα δεύτερα χωματόδρομος!

Γιατί υποτιμούν τόσο πολύ τη νοημοσύνη μας; Γιατί υποβιβάζουν τόσο πολύ το κύρος τους;

Σε αυτό το σημείο, για την ανάλυση των νέων αντιπηκτικών και των αντίστοιχων μελετών, θα ήθελα να παραπέμψω, τους αναγνώστες που δεν το έχουν διαβάσει, στο πρόσφατο άρθρο της ιστοσελίδας μου: [Νέα αντιπηκτικά για την κολπική μαρμαρυγή. Πρόοδος ή επικίνδυνη σπατάλη;](#) Από τα στοιχεία που αναφέρω εκεί και

την βιβλιογραφία που παραπέμπω είναι φανερό πως

η βαρφαρίνη,

υπό την κατάλληλη ιατρική παρακολούθηση που κάθε φάρμακο πρέπει να έχει,

είναι αποτελεσματικότερη και ασφαλέστερη από τα νέα αντιπηκτικά

. Ιδιαίτερα εν μέσω

σοβαρής οικονομικής κρίσης στη χώρα μας

είναι ιδιαίτερα επικίνδυνο για τους ασθενείς μας να τους βάζουμε σε δαπανηρές θεραπείες που δεν έχουν μάλιστα

δοκιμαστεί στην κλινική πράξη.

Ερχόμαστε τώ ρα στην επεμβατική κατάλυση με καθετήρα της κολπικής μαρμαρυγής (ablation). Νομίζω πως αυτά τα guidelines θα πρέπει να ανακηρυχθούν σαν τα πιο γενναιόδωρα όλων των εποχών. Σαν κάποιους καθηγητές φυσικής αγωγής στο γυμνάσιο που μας έβαζαν όλους άριστα, έτσι και αυτά βάζουν **και στο ablation βαθμό IA, ανεξάρτητα από το υπόστρωμα της νόσου του αρρώ στου!**

Αν μάλιστα ο ασθενής το θέλει, αν δηλαδή είναι τόσο ευκολόπιστος, ανυποψίαστος και αθώς και τον πείσουμε, μπορεί να προχωρήσει αμέσως στο ablation, χωρίς να προηγηθεί φαρμακευτική αγωγή! Βεβαίως τονίζουν και πάλι το «

safety first»!

Το κέντρο και οι ηλεκτροφυσιολόγοι πρέπει να είναι υψηλών προδιαγραφών! Οι επεμβάσεις όμως κατάλυσης της κολπικής μαρμαρυγής,

αντίθετα από τα καλά αποτελέσματα σε άλλες αρρυθμίες, έχουν μέτρια αποτελεσματικότητα και σημαντικό κίνδυνο σοβαρών επιπλοκών ακόμα και σε προσεκτικά επιλεγμένους ασθενείς.

4

Εκεί που έχουν τα καλύτερα αποτελέσματα είναι εκεί που λιγότερο χρειάζονται. Δηλαδή σε νέους ανθρώπους χωρίς οργανική νόσο, που με αλλαγή του τρόπου ζωής (αποφυγή οινοπνεύματος, έντονης άσκησης και stress), σε συνδυασμό με περιστασιακή φαρμακευτική αγωγή, όπως β-blockers ή pill in rocket (προπαφαινόνη), μπορούν να λύσουν το πρόβλημά τους. Στις άλλες περιπτώσεις με δομικές παθήσεις της καρδιάς, όπως είχα πει σε κάποια επιστημονική συνάντηση, είναι **σα να προσπαθείς να φτιάξεις τα ηλεκτρικά ενός ετοιμόρροπου κτηρίου αδιαφορώντας για**

τα στατικά του.

Το μόνο που μπορείς να πετύχεις είναι να καταρρεύσει πάμφωτο!

Βεβαίως η πιθανότητα να χρειασθεί και δεύτερη ή και τρίτη κατάλυση ο άρρωστος είναι μεγάλη. Η ταλαιπωρία του απεριγράπτη. «Αν το ήξεραν δεν θα καθόταν κανένας», όπως είπε φίλος πολύ καλός ηλεκτροφυσιολόγος, ενώ ασθενής σε τυχαία εξέταση το περιέγραψε σαν μια από τις χειρότερες εμπειρίες της ζωής του. Αυτή την εποχή μάλιστα οι ασθενείς με την κοιλιακή μαρμαρυγή όταν ακούσουν και το κόστος κινδυνεύουν να μεταπέσουν σε κοιλιακή μαρμαρυγή.

Αλλά είπαμε, «safety first!». Ο λογαριασμός θα πηγαίνει πάνω σε απινιδωτή!

Το vernakalant □ για την φαρμακευτική ανάταξη της κοιλιακής μαρμαρυγής το βλέπω δύσκολα να καθιερώνεται σαν

εύχρηστη και αποτελεσματική λύση για τις περιπτώσεις που άλλα αποτελεσματικότερα φάρμακα αποτύχουν. Οι πολλές επίσης προφυλάξεις και αντενδείξεις στη χρήση του και η πτωχή πρώιμη εμπειρία πρέπει να μας κάνουν

επιφυλακτικούς και βλέπουμε.

Τα νέα guidelines πάντως, σαν νέο φάρμακο, δεν είχαν κανένα πρόβλημα να το βαθμολογήσουν IA, διότι ως γνωστόν οι νέοι θέλουν ενθάρρυνση!

Τα καλύτερα (τρόπος του λέγειν) στα νέα guidelines σας το άφησα τελευταία, αν και αναφέρονται πρώτα στο κείμενο. Εάν δεν το έχετε μάθει ακόμα, σας πληροφορώ πως **όλοι μας έχουμε κοιλιακή μαρμαρυγή μέχρις αποδείξεως του εναντίου! Δεν ψάχνουμε ποιος έχει, ψάχνουμε ποιος δεν έχει!**

Όχι, αυτό δεν το βρήκα σε βιβλίο του George Orwell, το λένε και το τονίζουν τα νέα guidelines της κοιλιακής μαρμαρυγής! Και όχι απλώς μόνιμη «σιωπηρή»

κοιλιακή μαρμαρυγή, αλλά **και κάθε παροδικό μικρό επεισόδιο ανεξαρτήτως διάρκειας,**

δεδομένου πως και σε αυτές τις περιπτώσεις ο κίνδυνος εγκεφαλικού επεισοδίου αυξάνει, έστω και λίγο, όπως ανακαλύφθηκε πρόσφατα, συμπτωματικά μαζί με τα νέα αντιπηκτικά. Οι ύποπτοι, δηλαδή αυτοί με πολύ ή λίγο ανώμαλο σφυγμό, παραπέμπονται για καρδιογράφημα ή και συνεχή καταγραφή Holter.

Ο έλεγχος αυτός δεν θα γίνεται μόνο στα ιατρεία, άλλωστε

όλοι οι γιατροί κάθε ειδικότητας ελέγχουν τον σφυγμό, δεν είναι ανάγκη να τους το πουν τα guidelines.

Αυτό που συστήνουν και μάλιστα σαν προτεραιότητα τα νέα guidellines είναι

ο σε κάθε ευκαιρία έλεγχος του σφυγμού (opportunistic screening) σε άτομα άνω των 65 ετών ν!

Θα δούμε σε λίγο διάφορα συνεργεία «μη κερδοσκοπικών οργανώσεων» και ιδρυμάτων «καρδιοφοβίας», όπως ήδη κάνουν για την υπέρταση, την χοληστερίνη και τον διαβήτη, υπό την καθοδήγηση έμπειρων opportunist συναδέλφων, να εξορμούν προς τους δύστυχους ηλικιωμένους σε δρόμους και σε πλατείες, γηροκομεία και ΚΑΠΗ, σταθμούς του ΜΕΤΡΟ και λαϊκές αγορές για να τους σώσουν από το εγκεφαλικό. Ήδη η προεργασία και οι πρώτες δοκιμές έχουν γίνει. Γιατί όχι, θα τους τονίσουν πως μπορούν και μόνοι τους να ελέγχουν τον σφυγμό τους σε κάθε ευκαιρία. Οι περισσότεροι είναι συνταξιούχοι, δουλειά δεν έχουν, γιατί να μην ασχοληθούν καθημερινά εκτός από τη πίεση, το σάκχαρο και τη χοληστερίνη και με το σφυγμό τους; **Άλλωστε σε όσα μπλόκα του opportunistic screening και να πέσουν πάλι ένα μικρό επεισόδιο δευτερολέπτων μπορεί εύκολα να ξεφύγει.**

Όταν λοιπόν θα έχουν φοβηθεί αρκετά, έχουν όλο το χρόνο αντί να παίζουν άσκοπα με ένα κομπολόι ή να πλέκουν, να παρακολουθούν το σφυγμό τους. Στον καναπέ, ιδιαίτερα στις βραδινές ειδήσεις της τηλεόρασης, στο κρεβάτι, στο παγκάκι, στην στάση του λεωφορείου ή και μέσα στο λεωφορείο, καθιστός ή και όρθιος με το ένα χέρι στην χειρολαβή και το άλλο στον σφυγμό.

Με την κατάλληλη εκπαίδευση ο ηλικιωμένος θα προστατεύει την υγεία του σύμφωνα με την τελευταία λέξη της επιστήμης, δηλαδή των guidelines του 2012. Αφήστε που θα ξεχνάει και τη φτώχεια του και τα άνεργα παιδιά του και θα είναι ευχαριστημένος που δεν έχει πάθει ακόμα κολπική μαρμαρυγή και εγκεφαλικό.

Έτσι, σε μερικά χρόνια προβλέπεται πως θα έχει μπει η διάγνωση της κολπικής μαρμαρυγής σε όλο τον πληθυσμό άνω των 65 ετών ν, αλλά και σε μεγάλο ποσοστό πολύ μικρότερων

. Εδώ επεισόδια δευτερολέπτων και λεπτών ανακαλύπτουμε σε υγιή παιδιά και νέους, στους ηλικιωμένους θα

δυσκολευτούμε;

Όταν συλληφθεί ο ασθενής ή «κρυπτοασθενής» οποιασδήποτε ηλικίας με κολπική μαρμαρυγή, μόνιμη, παροδική ή στιγμιαία,

τι λένε οι σοφοί των guidelines πως πρέπει να γίνει;

Και πάλι δεν ψάχνουμε ποιος θα πάρει αντιπηκτική αγωγή, αλλά την σπάνια περίπτωση που δε θα πάρει!

Αμέσως ο ασθενής θα βαθμολογηθεί με το νέο

εύηχο

CHA2DS2-VASc score

που κυμαίνεται από 0 – 9 βαθμούς.

Πιο εύκολα θα κερδίσει λαχείο παρά θα πάρει μηδέν στο score και θα αποφύγει την σύσταση για αντιπηκτική αγωγή, κατά προτίμηση βεβαίως με τα «novel» αντιπηκτικά.

Η ασπιρίνη σαν παλιό και φτηνό φάρμακο παραπέμπεται στο χρονοντούλαπο της ιστορίας της ιατρικής, γιατί ξαφνικά ανακαλύφθηκε, συμπτωματικά και δω με την έλευση των νέων αντιπηκτικών, ότι έχει πολλά κακά και κανένα καλό από αυτά που ξέραμε. Η μόνη περίπτωση να συσταθεί είναι σε συνδυασμό με κλοπιδογρέλη σε ιδιαίτερα ξεροκέφαλους αρρώστους που αρνούνται μέχρι τέλος την χορήγηση αντιπηκτικών, ιδιαίτερα των «novel».

«Η κολπική μαρμαρυγή πουλάει!». Μια φράση «της αγοράς» που μου έκανε εντύπωση όταν την άκουσα στην ομιλία ενός πολύ ειδικού στις αρρυθμίες.

Ποιος πουλάει και ποιος αγοράζει τόσο ακριβά την κολπική μαρμαρυγή σήμερα στην Ελλάδα, που ο κόσμος δεν μπορεί να προμηθευτεί τα απαραίτητα;

Οι «καταναλωτές» υγείας, όπως αποκαλούν τους αρρώστους οι έμποροι υγείας, δικαιολογημένα φοβούνται ένα εγκεφαλικό επεισόδιο πιο πολύ από ένα καρδιακό έμφραγμα, ή ακόμα και τον θάνατο, γιατί απειλεί περισσότερο τις σωματική και πνευματική τους ικανότητα και την ανθρώπινη αξιοπρέπειά τους

. Και βέβαια είναι καθήκον μας να τους προστατεύσουμε από κάτι τέτοιο και το ξέραμε πολύ καλά και πριν τα guidelines του 2010 και 2012

όπως ξέραμε και τους τρόπους να το πετύχουμε.

Ελέγχουμε την αρτηριακή πίεση και τους άλλους παράγοντες κινδύνου. Είμαστε επίμονοι και πειστικοί στη διακοπή του καπνίσματος. Θεραπεύουμε σωστά την τυχόν καρδιακή νόσο του αρρώστου

Χρησιμοποιούμε τα διαθέσιμα χρήσιμα αντιαρρυθμικά φάρμακα με όλες τις αδυναμίες τους. Μακάρι να υπήρχαν νέα καλύτερα, αλλά ακόμα δεν υπάρχουν. Δίνουμε βαρφαρίνη στους αρρώστους που την χρειάζονται και

ξέρουμε να τους ρυθμίζουμε πολύ καλύτερα από τη ρύθμιση στις «πολυκεντρικές μελέτες» των εταιρειών ν.

Μακάρι να πειστούμε στο μέλλον ότι υπάρχουν καλύτερα αντιπηκτικά και βλέπουμε μετά αν μπορούν

οι άρρωστοί μας να τα πάρουν.

Και το κυριότερο, θεραπεύουμε, δεν δημιουργούμε αρρώστους, για να τους «θεραπεύσουμε» μετά, με ότι ακριβότερο κυκλοφορεί στην «αγορά»! Είμαστε γιατροί και όχι dealers υγείας!

Αναφορές □ □

1. Camm AJ, Kirchhof P, Lip GY, et al. Guidelines for the management of atrial fibrillation: the Task force for the Management of Atrial Fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC). *Europace* 2010;12:1360-1420
2. Food and Drug Administration. FDA drug safety communication: Severe liver injury associated with the use of dronedarone (marked as Multaq). January 14, 2011
3. Camm AJ, Lip GY, Caterina DR, et al. 2012 focused update of the ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation. *European Heart Journal*. 2012;33, 2719-27473.
4. Shah RU, et al. Procedural complications,rehospitalizations, and repeat procedures after catheter ablation for atrial fibrillation. *J Am Coll Cardiol* 2012;59: 143-149