



Η κλοπιδογρέλη (με το πιο γνωστό εμπορικό όνομα **Plavix**), φάρμακο απαραίτητο μέχρι πρόσφατα, μαζί με την ασπιρίνη, για ασθενείς με τοποθέτηση stent στα στεφανιαία αγγεία, βρέθηκε ξανά στο στόχαστρο **των νέων ευρωπαϊκών κατευθυντήριων οδηγιών (guidelines) για το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου**

. Οι νέες αυτές οδηγίες συστήνουν τη χρήση της μόνο στην περίπτωση που δεν είναι διαθέσιμα ή αντενδείκνυται τα νέα αντιαιμοπεταλιακά φάρμακα,

η πρασουγρέλη (Efient)

και

η τικαγκρελόρη (Brilique)

.
1

Η σύσταση αυτή

έρχεται σε αντίθεση με τις επίσης πρόσφατες οδηγίες της αμερικανικής καρδιολογικής εταιρείας (AHA),

οι οποίες συστήνουν τη χρήση και των τριών φαρμάκων, τα οποία θεωρούν ισάξια, σε ασθενείς με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου και τοποθέτηση stent.

2

Η σαφής προτίμηση των ευρωπαϊκών οδηγιών στα νέα αντιαιμοπεταλιακά είχε φανεί, με την ίδια διατύπωση και στις οδηγίες του 2011 για τα οξέα στεφανιαία σύνδρομα.

3

Που στηρίζουν οι ευρωπαϊκές οδηγίες την τόσο ισχυρή, μέχρι εξαφανίσεως της κλοπιδογρέλης, προτίμησή τους στα νέα αντιαιμοπεταλιακά; Θα περίμενε κανείς, με βάση τα κριτήρια που τα ίδια τα guidelines αναφέρουν στην εισαγωγή τους, τα μέλη των ειδικών της «task force»

να έχουν επαρκή και μακρόχρονη εμπειρία με τα νέα φάρμακα καθώς και περισσότερες από μια μελέτες σύγκρισης των νέων φαρμάκων με την κλοπιδογρέλη. Για το πρώτο δε μπορεί να γίνει ούτε λόγος, γιατί

τα νέα φάρμακα είναι τόσο νέα, που οι «οδηγίες» σχεδόν προηγήθηκαν της κυκλοφορίας τους.

Επίσης, κάθε ένα από τα νέα αντιαιμοπεταλιακά έχει **από μια μόνο πολυκεντρική μελέτη,**

την οποία πραγματοποίησε η φαρμακευτική εταιρεία που τα παρασκευάζει. Είναι αλήθεια τόσο συγκλονιστικά τα αποτελέσματα αυτών των μελετών που να δικαιολογούν τέτοια ενθουσιώδη υποδοχή και

παραβίαση των ίδιων των κανόνων και αρχών των «κατευθυντήριων οδηγιών» από τους συγγραφείς τους;

Η πρασουγρέλη, στη μελέτη TRITON-TIMI 38, έδειξε μια μικρή υπεροχή έναντι της κλοπιδογρέλης στα τελικά σημεία, με κόστος όμως περισσότερα αιμορραγικά επεισόδια. Ότι περίπου δηλαδή κερδήθηκε σε θρόμβωση του stent, χάθηκε σε περισσότερες αιμορραγίες. Σε άτομα μάλιστα με ιστορικό εγκεφαλικού επεισοδίου η πρασουγρέλη είχε χειρότερα αποτελέσματα, ενώ ασθενείς μεγαλύτεροι των 75 ετών καθώς και με μικρό σωματικό βάρος δεν είχαν κανένα όφελος.

4

Η τικαγκρελόρη, στη μελέτη PLATO,

έδειξε μια πιο σαφή υπεροχή στην αποτελεσματικότητα με μικρότερη παραδόξως από την πρασουγρέλη επιβάρυνση σε αιμορραγίες, ενώ παρατηρήθηκε σημαντική αύξηση των επεισοδίων δύσπνοιας και καρδιακών παύσεων στους ασθενείς που χορηγήθηκε.

5

Μειονέκτημα επίσης του φαρμάκου είναι

η ανάγκη χορήγησης σε δυο ημερήσιες δόσεις,

που γενικά μειώνει τη συμμόρφωση των αρρώστων. Επίσης, σημαντικά περισσότεροι ασθενείς σε αγωγή με τικαγκρελόρη διέκοψαν την αγωγή, συγκριτικά με τους ασθενείς σε κλοπιδογρέλη. Με βάση τα αποτελέσματα της PLATO, το όφελος είναι υπαρκτό αλλά όχι εντυπωσιακό, μιας και για πρόληψη ενός θανάτου θα πρέπει να θεραπευθούν 91 ασθενείς με τικαγκρελόρη αντί για κλοπιδογρέλη (NNT = 91). Και οι δύο μελέτες περιελάμβαναν

γενικά στεφανιαίους ασθενείς

, ενώ το ποσοστό των ασθενών με οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου (STEMI) στις δύο μελέτες ήταν 26% και 40% αντίστοιχα.

Ειδικά όμως στους ασθενείς με αγγειοπλαστική μετά από ένα οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου (πρωτογενή) και στους οποίους αναφέρονται αποκλειστικά οι νέες κατευθυντήριες οδηγίες του 2012, και τα δύο νέα φάρμακα δεν έδειξαν στατιστική υπεροχή έναντι της κλοπιδογρέλης ούτε στους θανάτους, ούτε στα νέα εμφράγματα, ούτε στα νέα εγκεφαλικά επεισόδια!

6

Και μόνο από τα παραπάνω τίθεται ένα τεράστιο θέμα αξιοπιστίας και εγκυρότητας των ευρωπαϊκών guidelines, ακόμα και από εκείνους που δέχονται χωρίς κριτική διάθεση τα αποτελέσματα των κλινικών μελετών. Όλοι σχεδόν οι ομιλητές των ιατρικών συνεδρίων, ακόμα και εκείνοι που έχουν οικονομικές σχέσεις με τις παρασκευάστριες εταιρείες των νέων φαρμάκων, εκφράζουν την απορία τους και δε μπορούν να δικαιολογήσουν τη «βιασύνη» για την τέτοια ενθουσιώδη αποδοχή των νέων φαρμάκων και την αντίστοιχη απόρριψη της κλοπιδογρέλης.

Όμως, ακόμη και αυτά τα φτωχά αποτελέσματα των δύο μελετών, στα οποία στηρίχθηκαν οι νέες «ενθουσιώδεις» οδηγίες, δέχθηκαν ισχυρή αμφισβήτηση για την εγκυρότητά τους.

Γνωστοί συγγραφείς και ερευνητές υποστηρίζουν πως τα αποτελέσματα των δύο μελετών από κάθε κέντρο αλλοιώθηκαν σε σημαντικό βαθμό σε δεύτερη φάση από επιτροπές προς όφελος των νέων φαρμάκων.

7,8

Οι νέες αμερικανικές κατευθυντήριες οδηγίες, όπως είπαμε στην αρχή, θεωρούν ισάξια τα νέα φάρμακα με την κλοπιδογρέλη και συστήνουν ισότιμα και τα τρία σε ασθενείς με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου και πρωτογενή αγγειοπλαστική.

Το FDA μάλιστα πείσθηκε πολύ δύσκολα, μετά από δύο απορριπτικές αποφάσεις και μεγάλο διάστημα διαβουλεύσεων, να επιτρέψει ακόμα και την κυκλοφορία της τικαγκρελόρης στις ΗΠΑ.

Αιτία αυτής της αρνητικής στάσης και καχυποψίας, απέναντι στο τελευταίο και υποθετικά ισχυρότερο νέο φάρμακο, ήταν αυτό που ονομάστηκε

«American paradox» ή «American anomaly».

Ποιο ήταν όμως το παράδοξο και η «ανωμαλία» με το νέο φάρμακο στην Αμερική αλλά και στον Καναδά; Σε αυτές τις δύο χώρες

η κλοπιδογρέλη είχε σε όλους τους στεφανιαίους ασθενείς της μελέτης PLATO καλύτερα αποτελέσματα από την τικαγκρελόρη!

Αντίθετα στην πρώην ανατολική Ευρώπη και ιδιαίτερα στην Πολωνία και την Ουγγαρία, όπου σε αυτές μόνο τις δύο χώρες ήταν αναλογικά ένας πολύ μεγάλος αριθμός ασθενών της μελέτης (το 21%), υπήρχε υπερβολικά μεγάλη υπεροχή του νέου φαρμάκου. Αυτό όμως δεν χαρακτηρίστηκε Πολωνο-Ουγγρικό φαινόμενο ή ανωμαλία.

Αμέσως βέβαια κάποιοι πρόσεξαν, ανάμεσα και σε άλλα ύποπτα σημεία της μελέτης PLATO,

πως

στις ΗΠΑ και στον Καναδά, όπου η κλοπιδογρέλη βρέθηκε καλύτερη, υπήρχε ανεξάρτητη αρχή ελέγχου των αποτελεσμάτων

, ενώ στις χώρες με τη σαφή υπεροχή της τικαγκρελόρης τα αποτελέσματα ελέγχονταν από την παρασκευάστρια εταιρεία!

9

Αν πείτε, που είναι επομένως το «παράδοξο» και το γνωστό «τι κάνει νιάου-νιάου στα κεραμίδια» εννοώ ντας τη γάτα, θα σας πω ότι, αν δεν έχεις δει τη γάτα δε μπορείς να το αποδείξεις επιστημονικά. Μπορεί να είναι ένας ιδιόρρυθμος σκύλος που κάνει τη γάτα και προκαλεί την αμερικανική «ανωμαλία». Έψαξαν λοιπόν εντατικά οι ενδιαφερόμενοι επιστήμονες και βρήκαν έναν περιφερόμενο στη γειτονιά της μελέτης PLATO, αλλά όχι στα κεραμίδια, «σκύλο». Ήταν η ασπιρίνη που παίρνουν πάντα αυτοί οι ασθενείς και ειδικά η δόση που χρησιμοποιήθηκε στις δύο χώρες της Βόρειας Αμερικής. Ήταν κάπως μεγαλύτερη από εκείνη που έπαιρναν στην ανατολική Ευρώπη και ισχυρίστηκαν πως αυτή ήταν η αιτία για το «παράδοξο». Βεβαίως κανένας δε μπορεί να το αποκλείσει, παρ'ότι κανένας δε μπορεί και να το εξηγήσει φαρμακοδυναμικά. Για να το ερευνήσει επομένως κανείς, θα πρέπει να παρακολουθήσει το σκύλο, για να δει αν ανεβαίνει στα κεραμίδια να νιαουρίσει. Να κάνει δηλαδή, όπως και προτάθηκε, **μια νέα μελέτη μόνο στις ΗΠΑ και στον Καναδά,** με τη «σωστή» μικρή δόση ασπιρίνης και βέβαια με ανεξάρτητη αρχή παρακολούθησης των αποτελεσμάτων.

10

Τέτοια μελέτη δεν έγινε ποτέ, παρ'ότι ήταν ιδιαίτερα εύκολο.

Δε χρειαζόντουσαν 18.000 ασθενείς που συμμετείχαν στη μελέτη PLATO. Το πολύ 1800 ασθενείς ήταν αρκετοί, όσοι ήταν στις δυο χώρες στη μελέτη PLATO και παρακολούθηση 12 μηνών. Η ίδια η εταιρεία έπρεπε από ευθιξία και για να αποδείξει την υπεροχή του νέου φαρμάκου, εφ'όσον την πιστεύει, να πάρει την πρωτοβουλία για αυτή τη νέα, περιορισμένης κλίμακας, μελέτη. Αντί για αυτό, τελικά επικράτησε ο συμβιβασμός την τρίτη φορά

με το FDA, να μπει το φάρμακο στην αμερικανική αγορά, χωρίς όμως κανένα πλεονέκτημα έναντι της κλοπιδογρέλης και με ελάχιστη μέχρι σήμερα αποδοχή και χρήση από τους καρδιολόγους της Αμερικής.

Έτσι δε θα μάθουμε ποτέ αν κάνει ο σκύλος νιάου-νιάου στα κεραμίδια για να εκθέσει τη γάτα.

Η κλοπιδογρέλη είναι μέχρι σήμερα ένα φάρμακο με τεράστια εμπορική επιτυχία, λόγω της ευρείας χρήσης αλλά και κατάχρησης που έγινε σε παγκόσμιο επίπεδο. Η αξία της φάνηκε κυρίως με την έλευση των επικαλυμμένων stents (DES), όπου έχει και την κύρια ένδειξη. Η κατάχρηση των DES όμως σε όλο τον κόσμο, αλλά και στην πατρίδα μας που τα πληρώναμε μάλιστα περίπου 4 φορές ακριβότερα μιας και ήμασταν, όταν είχαμε δανεικά λεφτά, ανοιχτοχέρηδες, χουβαρντάδες και κιμπάρηδες, (ή κάτι άλλο;), παρέσυρε και τη χρήση της κλοπιδογρέλης στα ύψη.

Επίσης η κλοπιδογρέλη, ένα ακριβό φάρμακο, άρχισε να χρησιμοποιείται σε ευρεία κλίμακα και εκεί που η απλή, ταπεινή, ιδιαίτερα φτηνή, αλλά θαυματουργή ασπιρίνη έχει μόνη της την ίδια ή και καλύτερη δράση!

Να θυμίσω επ'ευκαιρία πως η ασπιρίνη είναι το μόνο φάρμακο που μπορεί να σώζει ζωές με την έναρξη του εμφράγματος. Αρκεί κανείς να την έχει και να τη μασήσει.

Μαζί με την κατάχρηση της κλοπιδογρέλης ήρθε και

η κατάχρηση μιας άλλης κατηγορίας ακριβών φαρμάκων, για «γαστροπροστασία»,

των γνωστώ ν PPI.

Έχει δεν έχει πρόβλημα με το στομάχι του ο ασθενής, πολύ πιθανόν, θα πάρει και τον PPI του για να μην αποκτήσει! Αν αναλογισθούμε τη σπατάλη μόνο από τα stents και τα παραπάνω φάρμακα, μαζί με την ιλιγγιώδη κατάχρηση των στατινών, μπορεί να καταλάβει την εκτίναξη της ιατροφαρμακευτικής δαπάνης, μέχρι και πριν λίγο διάστημα, μόνο από το χώρο της καρδιολογίας.

Η λήξη της πατέντας της κλοπιδογρέλης μείωσε την τιμή της και έφερε τις γενόσημες μορφές της, που τουλάχιστον οι ελεγμένες δεν φαίνονται να υστερούν σε αποτελεσματικότητα από την πρωτότυπη μορφή. Βελτίωσε αυτό το οικονομικό κόστος; Στην Ελλάδα όχι, το αύξησε!

Πρώτον γιατί η τιμή δεν έπεσε σημαντικά, αλλά και γιατί η κατανάλωση αυξήθηκε κατακόρυφα, να μη κρυβόμαστε, με τη λεγόμενη «προκλητή ζήτηση»

, που ήδη υπήρχε και με την πρωτότυπη μορφή. Η γενόσημη κλοπιδογρέλη άρχισε να χορηγείται μαζικά, όχι μόνο αντί για ασπιρίνη, αλλά και γενικά για το «κυκλοφοριακό!». Σε διεθνές επίπεδο τώρα, καθώς πλησίαζε η λήξη της πατέντας της κλοπιδογρέλης και προχωρούσε η αναζήτηση νέων αντιαιμοπεταλιακών φαρμάκων, πλήθαιναν και οι δημοσιεύσεις για πιθανά προβλήματα στην αποτελεσματικότητα του φαρμάκου. Ανάπτυξη ανοχής, γενετικές διαφοροποιήσεις στην ανταπόκριση, αδρανοποίηση από κάποιους PPI. Η κλοπιδογρέλη, με την προοπτική να φτηνώνει, έγινε ιδιαίτερα ύποπτη και άρχισε να περνά εξονυχιστικούς ελέγχους.

Πέρασαν μερικά χρόνια έντονης αμφισβήτησης, για να αποδειχθεί με νέες μελέτες, πως τίποτα από τα παραπάνω δεν είχε αξιολογή κλινική σημασία.
11,12,13

Νέες μελέτες μάλιστα δείχνουν την ίδια αποτελεσματικότητα της κλοπιδογρέλης με εκείνη της πρασουγρέλης σε ασθενείς με οξέα στεφανιαία σύνδρομα χωρίς αγγειοπλαστική (TRILOGY), αλλά και περιορισμένη αντιαιμοπεταλιακή δράση και των δύο νέων φαρμάκων εκεί που υποτίθεται υπερέχουν, στην πρωτογενή αγγειοπλαστική σε οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου.
14,15

Οι κατευθυντήριες οδηγίες της ευρωπαϊκής καρδιολογικής εταιρείας δεν είναι εντολές του ΔΝΤ, που αναγκαζόμαστε να υπακούσουμε για να πάρουμε τη δόση μας. Σ' αυτούς δε χρωστάμε τίποτα! Άλλωστε οι προηγούμενες εκδόσεις των guidelines ενθάρρυναν τη δημιουργία «εθνικών οδηγιών προσαρμοσμένων στις κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες της κάθε χώρας». Οι καινούργιες βέβαια δίνουν έμφαση στο «implementation»

, στην πιστή δηλαδή και χωρίς παρεκκλίσεις εφαρμογή από όλους των σοφών «κατευθυντήριων οδηγιών»,
ακόμα και όταν βρίσκονται από άποψη τεκμηρίωσης στη σφαίρα της επιστημονικής

φαντασίας.

Άγγλοι, Γάλλοι, Πορτογάλοι, στο ίδιο τσουβάλι μαζί με τους Έλληνες και τους άλλους σε βαθειά οικονομική κρίση λαούς του νότου, και τους βασανισμένους της ανατολικής Ευρώπης, θα πρέπει κατά τη γνώμη τους να πάρουν τις ίδιες, πανάκριβες, νέες και «καινοτόμες» θεραπείες.

Πρόσφατα κυκλοφόρησαν οι «Ελληνικές κατευθυντήριες οδηγίες για την αντιαιμοπεταλιακή αγωγή» υπό την αιγίδα της Ελληνικής Καρδιολογικής Εταιρείας.¹⁶ Χάρηκα όταν το είδα, γιατί ιδιαίτερα η χώρα μας χρειάζεται «εθνικές οδηγίες προσαρμοσμένες στις κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες». Άλλωστε είχα ακούσει βασικούς συγγραφείς του κειμένου να απορούν για τις θέσεις των ευρωπαϊκών οδηγιών σε σχέση με τα νέα αντιαιμοπεταλιακά ή και να διαφοροποιούνται.

Χάρηκα λοιπόν όταν τις είδα αλλά απογοητεύθηκα όταν τις διάβασα.

Ενώ στην εισαγωγή λένε ότι έλαβαν υπόψη τις οδηγίες της Αμερικανικής και της Ευρωπαϊκής καρδιολογικής εταιρείας

,
μαζί με την εμπειρία των συγγραφέων,

δεν αναφέρονται καθόλου στη σαφή διαφοροποίηση των αμερικανικών οδηγιών, που θεωρούν ισοδύναμη την κλοπιδογρέλη με τα νέα αντιαιμοπεταλιακά.

Επίσης, μέσα σ' ένα τόσο μεγάλο και κουραστικό κείμενο 50 δίστηλων, πυκνογραμμένων σελίδων,

δεν αναφέρεται πουθενά η κριτική που έγινε στις μελέτες για τα νέα φάρμακα

, η μη ένδειξη υπεροχής των νέων φαρμάκων στα κύρια καταληκτικά σημεία έναντι της κλοπιδογρέλης στην πρωτογενή αγγειοπλαστική μετά από έμφραγμα,

η στάση του FDA και το «American paradox»

που τόσες συζητήσεις προκάλεσε διεθνώς

. Όλο το κείμενο κινείται στο μοτίβο των ευρωπαϊκών οδηγιών

, ίσως για να μη φανούμε λιγότερο Ευρωπαίοι, τοποθετώντας σε σειρά προτίμησης σε κάθε ευκαιρία πρώτη την τικαγκρελόρη, δεύτερη την πρασουγρέλη και τελευταία, σαν το φτωχό συγγενή, την κλοπιδογρέλη, στην οποία αναγνωρίζουν ευτυχώς το ελαφρυντικό του «προτέρου εντίμου βίου» και την απαλλάσσουν από τις γνωστές κατηγορίες του παρελθόντος. Αλήθεια,

τι εμπειρία μπορεί να είχαν οι συγγραφείς με τα νέα φάρμακα

όταν έγραφαν τις «Ελληνικές κατευθυντήριες οδηγίες», όταν το δεύτερο και «καλύτερο» δεν είχε καλά, καλά κυκλοφορήσει;

Το σημαντικότερο, για χώρα σε συνθήκες οικονομικής καταστροφής, οι «Ελληνικές κατευθυντήριες οδηγίες» δεν ασχολούνται καθόλου με τη θέμα του κόστους των θεραπειών που προτείνουν!

Πολλοί όμως Έλληνες ασθενείς σήμερα δυσκολεύονται να πάρουν ακόμα και ασπιρίνη.

Τέλος, δε νοούνται κατευθυντήριες οδηγίες

χωρίς δήλωση των οικονομικών συμφερόντων των συγγραφέων

σε σχέση με το αντικείμενο των οδηγιών. Όποιος ανατρέξει στις δηλώσεις των συγγραφέων των μεταλλαγμένων τα τελευταία χρόνια ευρωπαϊκών οδηγιών, μπορεί τουλάχιστον να πληροφορηθεί για τους σπόνσορες του καθενός, και δόξα το Θεό, πολλοί

έχουν καμιά δεκαριά.

Οι «Ελληνικές κατευθυντήριες οδηγίες» γιατί κυκλοφορούν χωρίς δήλωση των οικονομικών συμφερόντων των συγγραφέων;

Είναι σα να κυκλοφορεί όχημα χωρίς πινακίδες κυκλοφορίας!

Σήμερα, με ότι προηγήθηκε και κυρίως με αυτό που ζει η ελληνική κοινωνία, δεν έχουμε καμιά δικαιολογία να μην υπολογίζουμε το οικονομικό κόστος της κάθε θεραπείας. Δεν επιτρέπεται να χορηγούμε κλοπιδογρέλη αντί για ασπιρίνη, PPI εκεί που δε χρειάζεται και βέβαια **να θυμόμαστε και τα απλά, γυμνά stents** εκεί που έχουν ένδειξη.

Τα νέα αντιαίμοπεταλιακά δεν έχουν αποδείξει κλινική ανωτερότητα και πολύ πιθανό να μην την αποδείξουν ποτέ, σε σύγκριση με την κλοπιδογρέλη

. Γενικά τα νέα φάρμακα είναι σαν τις νέες σχέσεις και τις νέες κυβερνήσεις. Στην αρχή υπόσχονται πολύ περισσότερα από όσα μπορούν να κάνουν. Ακόμα όμως και αν η τικαγκρελόρη στις μελέτες που χορηγήθηκε δωρεάν μπορούσε να σώσει, όπως ισχυρίζονται αλλά δε φαίνεται και πολύ πιθανό, ένα στους 91 ασθενείς, πόσο σίγουροι είμαστε, όταν το μηνιαίο κόστος του φαρμάκου είναι σήμερα 110 ευρώ και το αντίστοιχο της κλοπιδογρέλης 26, ότι δε θα χάσουμε ασθενείς που θα διακόψουν τη θεραπεία για οικονομικούς λόγους ή αντί για δυο χάπια ημερησίως θα χρησιμοποιήσουν το ένα; Μη ξεχνάμε ότι ο ίδιος άρρωστος παίρνει επίσης στατίνη, συνήθως σε μεγάλη δόση και επομένως μεγάλη τιμή, πιθανότατα PPI, αλλά και διάφορα επιπλέον φάρμακα.

Αλήθεια, ενημερώνουν αντικειμενικά, όπως οφείλουν από τον κώδικα ιατρικής δεοντολογίας, τους ασθενείς για το κόστος- όφελος της θεραπείας με τα νέα φάρμακα και παίρνουν τη συγκατάθεσή τους

όσοι τα συνταγογραφούν «για να αυξήσουν την εμπειρία τους» ή να παρουσιάσουν «μελέτες» και «registries»;

Πάντα πρέπει να θυμόμαστε πως μετά από ένα έμφραγμα, εκείνο που μετράει πολύ περισσότερο για την πορεία του αρρώστου, δεν είναι το αν θα πάρει φτηνά ή ακριβά φάρμακα, αλλά αν θα τον πείσουμε

να σταματήσει να καπνίζει, να περπατάει και να προσέχει τη διατροφή του.

Και εδώ έχουμε πολύ μεγάλη ευθύνη σαν καρδιολόγοι.

Τελικά αυτό που μας μένει να κάνουμε σα γιατροί είναι, **ο καθένας να φτιάξει τις δικές του «κατευθυντήριες οδηγίες», βασισμένος στις γνώσεις του, στην εμπειρία του και πάνω απ' όλα στη συνείδησή του.**

Δυστυχώς τα «guidelines» μας βοηθάνε όλο και λιγότερο, καθώς το marketing κερδίζει συνεχώς έδαφος από την evidence based medicine. (βλέπε και άρθρο:

[Οι νέες κατευθυντήριες οδηγίες για την κολπική μαρμαρυγή και το τέλος της αθωότητας](#)

[των guidelines](#)

).

Τουλάχιστον στις διαφημίσεις, όταν ακούμε ότι «29 κατασκευαστές πλυντηρίων συνιστούν SKIP», ξέρουμε ότι οι κατασκευαστές είχαν αρκετό χρόνο να χρησιμοποιήσουν το προϊόν

πριν για οποιοδήποτε λόγο το συστήσουν.

Όσο για την Ευρωπαϊκή Καρδιολογική Εταιρεία, κάποιος πρέπει να τη σταματήσει από τον ολισθηρό κατήφορο που έχει πάρει τα τελευταία χρόνια, πριν το ESC, αντί για European Society of Cardiology, αρχίζει να παραπέμπει σε European Society of Corruption.

Αναφορές

1. ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with persistent S-T segment elevation. European Heart Journal 2012, 33, 2569-2619
2. 2013 ACCF/AHA for the management of acute myocardial infarction: Executive summary: A report of the American College of Cardiology Foundation / American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Circulation 2013
3. ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without S-T segment elevation. European Heart Journal 2011, 32, 2999-3054
4. Wiviott SD, Braunwald, et al. Prasugrel versus clopidogrel in patients with acute coronary syndromes. N Engl J Med. 2007; 357: 2001-2015
5. Wallentin L, Becker RC, Budahj A, et al. Ticagrelor versus clopidogrel in patients with acute coronary syndrome. N Eng J Med 2009; 361:1045-1057
6. Steg PG, James S, et al. Ticagrelor versus clopidogrel in patients with ST-elevation acute coronary syndromes intended for reperfusion with primary percutaneous coronary intervention; A platelet inhibition and patient outcomes (PLATO) trial subgroup analysis. Circulation 2010; 122: 2131-2141
7. Serebruany VL, Atar D. Viewpoint: Central adjudication of myocardial infarction in outcome-driven clinical trials – Common patterns in TRITON, RECORD, and PLATO? Thromb Hemost 2012
8. Verheugt FWA. Outcomes of positive randomised controlled clinical trials: Double-blind or double vision? Thromb Hemost 2012
9. Serebruany VL. Paradoxical excess mortality in the PLATO trial should be independently

verified. Thromb Haemost 2011

10. Ohman EM and Roe MT. Explaining the unexpected: insights from the PLATelet inhibition and clinical Outcomes (PLATO) trial comparing ticagrelor and clopidogrel. Thromb Haemost 2011

11. Bhatt DL, Cryer BL et al. Clopidogrel with or without omeprazole in coronary heart disease (COGENT-trial). N Engl J Med 2010

12. Holmes MV, Perel P et al. CYP2C19 genotype, clopidogrel metabolism, platelet function and cardiovascular events. A systematic review and meta-analysis. JAMA 2011; 306:2704-2714

13. Stone GW. ADAPT-DES one year: A large-scale, multicenter, prospective, observational study of the impact of clopidogrel and aspirin hyporesponsiveness on patient outcomes. TCT 2012

14. Roe MT, Armstrong PW, et al. Prasugrel versus clopidogrel for acute coronary syndromes without revascularization. N Engl J Med 2012

15. Alexopoulos D, Xanthopoulos I, et al. Randomized assessment of ticagrelor versus prasugrel antiplatelet effect in patients with ST elevation myocardial infarction. Circ Cardiovasc Interv 2012

16. Γουδέβενος Ι, Καλαντζή Κ, Αλεξόπουλος Δ, κ.α. Κατευθυντήριες οδηγίες για την αντιαιμοπεταλιακή αγωγή στην πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη της καρδιαγγειακής νόσου. Ελληνική Καρδιολογική Επιθεώρηση Δεκ. 2012