

Πρόσφατα δημοσιεύθηκαν οι πρακτικές στο Αιμοδυναμικό Εργαστήριο, που στηρίζονται σε επιστημονικά στοιχεία, από το American Heart Association.

Κ. Τούτουζας Καθηγητής Καρδιολογίας ΕΚΠΑ

Επειδή αφορά όλους του Καρδιολόγους, επεμβατικούς και μη, συνοψίζουμε τα σημαντικότερα στοιχεία. Σε κάθε θέμα αναφέρεται η τωρινή πρακτική και στη συνέχεια η νέα σύσταση.

Τωρινή πρακτική έναντι νέων συστάσεων

1. *Νηστεία πριν τον καρδιακό καθετηριασμό:*

- Τωρινή πρακτική: Νηστεία από το προηγούμενο βράδυ ή αρκετές ώρες πριν τον καρδιακό καθετηριασμό.
- Σύσταση: Δυνατότητα λήψης υγρών έως 2 ώρες, και λήψης στερεάς τροφής έως 6 ώρες πριν τον καρδιακό καθετηριασμό. Η αποφυγή της νηστείας φαίνεται μη κατώτερη της νηστείας, ωστόσο υπάρχει ακόμα πεδίο έρευνας.

2. *Μετορμίνη:*

- Τωρινή πρακτική: Διακοπή της μετορμίνης την ημέρα του καθετηριασμού και για 48 ώρες μετά τον καρδιακό καθετηριασμό.
- Σύσταση: Συστήνεται πλέον η συνέχιση της θεραπείας με μετορμίνη πριν και μετά τον καρδιακό καθετηριασμό σε όσους έχουν κάθαρση κρεατινίνης $>45 \text{ mL} \cdot \text{min}^{-1} \cdot 1.73 \text{ m}^{-2}$.

3. *Αντιδιαβητικά φάρμακα:*

- Τωρινή πρακτική: Διακοπή των αντιδιαβητικών δισκίων και μείωση κατά το ήμισυ της δόσης της ινσουλίνης πριν τον καρδιακό καθετηριασμό.
- Σύσταση: Συστήνεται να μην διακόπτονται τα αντιδιαβητικά δισκία. Δεν υπάρχουν αρκετά δεδομένα για τον χειρισμό της ινσουλίνης (μισή έναντι πλήρους δόσης), ενώ δεν υπάρχουν συγκεκριμένες οδηγίες για τον χειρισμό των αναστολέων SGLT2.

4. *Αναστολείς των υποδοχέων ρενίνης-αγγειοτενσίνης:*

- Τωρινή πρακτική: Διακοπή των αναστολέων του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτενσίνης ή/και των ανταγωνιστών των υποδοχέων της Αγγειοτενσίνης II πριν τον καρδιακό καθετηριασμό για την αποφυγή της οξείας νεφρικής βλάβης από σκιαγραφικό.
- Σύσταση: Συστήνεται η διακοπή των φαρμάκων του άξονα πριν τον καθετηριασμό και η επανέναρξή τους λίγες μέρες μετά τον καθετηριασμό, αν η κάθαρση κρεατινίνης είναι $<60 \text{ mL} \cdot \text{min}^{-1}$.

5. *Από του στόματος αντιπηκτικά:*

- Τωρινή πρακτική: Διακοπή των αντιπηκτικών φαρμάκων πριν τον καρδιακό καθετηριασμό.
- Σύσταση: Συστήνεται να μην διακόπτονται πριν από διαγνωστικές πράξεις σε ασθενείς υψηλού θρομβωτικού κινδύνου, ιδιαίτερα εφόσον χρησιμοποιηθεί η κερκιδική προσπέλαση. Σε περίπτωση που χρειάζεται αλλαγή πρόσβασης, να προτιμάται η άλλη κερκιδική ή η ωλένιος αρτηρία, πριν επιχειρηθεί πρόσβαση από τη μηριαία αρτηρία. Σε ασθενείς δε με μηχανική βαλβίδα ή ιστορικό κολπικής μαρμαρυγής και ισχαιμικού ΑΕΕ, συστήνεται η συνέχιση της αντιπηκτικής αγωγής ακόμα και σε αγγειοπλαστική.

6. *Αλλεργικές αντιδράσεις:*

- Τωρινή πρακτική: Χορήγηση αντιαλλεργικής αγωγής για την πρόληψη αλλεργικών αντιδράσεων σε ασθενείς με ιστορικό αλλεργίας στα οστρακοειδή.

- **Σύσταση:** Συστήνεται η χορήγηση προφυλακτικής αντιαλλεργικής αγωγής εφόσον υπάρχει ιστορικό οξείας αλλεργικής αντίδρασης σε σκιαγραφικό. Ωστόσο, έχει αξία να τονισθεί ότι η ατοπική προδιάθεση, συμπεριλαμβανομένης της τροφικής αλλεργίας και του αλλεργικού άσθματος, μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο για άλλες αλλεργικές αντιδράσεις, μεταξύ αυτών και στο σκιαγραφικό.
- 7. Οδός χορήγησης των αντιαλλεργικών φαρμάκων:**
- **Τωρινή πρακτική:** Ταχεία ενδοφλέβια χορήγηση κορτικοστεροειδών και αντιϊσταμινικών για την πρόληψη της αλλεργίας από σκιαγραφικό, σε ασθενείς με αντίστοιχο ιστορικό.
 - **Σύσταση:** Δεν έχει αποδειχθεί η αποτελεσματικότητα της ενδοφλέβιας χορήγησης των κορτικοστεροειδών. Να προτιμάται η από του στόματος χορήγηση 50 mg πρεδνιζολόνης σε 3 δόσεις (13, 7 και 1 ώρα) ή 32 mg μεθυλπρεδνιζολόνης σε 2 δόσεις (12 και 2 ώρες) πριν από τον καρδιακό καθετηριασμό.
- 8. Αναισθητική – Αναλγητική αγωγή:**
- **Τωρινή πρακτική:** Χρήση αναισθησίας με κοκτέιλ βενζοδιαζεπίνες και οπιοειδών.
 - **Σύσταση:** Η χρήση αναισθησίας πρέπει να εξατομικεύεται βάσει της ηλικίας, της γενικής κατάστασης και του κινδύνου για εθισμό των ασθενών.
- 9. Κερκιδική πρόσβαση σε ασθενείς με ιστορικό μαστεκτομής:**
- **Τωρινή πρακτική:** Αποφυγή χρήσης της ομόπλευρης κερκιδικής πρόσβασης σε ασθενής με προηγούμενη μαστεκτομή.
 - **Σύσταση:** Μπορεί να χρησιμοποιηθεί η ομόπλευρη κερκιδική αρτηρία με μικρό κίνδυνο για λοίμωξη ή άλλες επιπλοκές. Προτείνεται η εξατομικευμένη προσέγγιση μετά από εκτεταμένη συζήτηση με την ασθενή.
- 10. Κερκιδική πρόσβαση σε ασθενείς με διαταραγμένο αρτηριακό δίκτυο άνω άκρου:**
- **Τωρινή πρακτική:** Έλεγχος της βατότητας της κερκιδικής αρτηρίας με τη δοκιμασία Allen ή Barbeau.
 - **Σύσταση:** Δεν χρειάζεται να ελέγχονται όλοι οι ασθενείς, καθώς δεν προβλέπουν τον κίνδυνο ισχαιμίας του άκρου.
- 11. Κερκιδική προσπέλαση σε ασθενείς υποψήφιους για αορτοστεφανιαία παράκαμψη ή αιμοκάθαρση.**
- **Τωρινή πρακτική:** Προβληματισμός για την χρήση της κερκιδικής πρόσβασης σε ασθενείς υποψήφιους για καρδιοχειρουργική επέμβαση αόρτο-στεφανιαίας παράκαμψης (bypass) ή ένταξης σε τεχνητό νεφρό.
 - **Σύσταση:** Συστήνεται η προτίμηση διαφορετικής πρόσβασης, που περιλαμβάνει την κερκιδική αρτηρία του επικρατούντος χεριού, την άπω κερκιδική αρτηρία, την ωλένιο αρτηρία ή την μηριαία αρτηρία.
- 12. Μηριαία αρτηριακή προσπέλαση**
- **Τωρινή πρακτική:** Χρήση της μηριαίας αρτηρίας χωρίς υπερηχογραφική καθοδήγηση για την παρακέντηση.
 - **Σύσταση:** Εκτιμάται ότι η υπερηχογραφική καθοδήγηση θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί για μια ασφαλή πρόσβαση στη μηριαία αρτηρία.
- 13. Αλλεργία σε μεταλλικές συσκευές:**
- **Τωρινή πρακτική:** Η χρήση των stent σε ασθενείς με αλλεργία στο νικέλιο θα πρέπει να γίνεται με ιδιαίτερη προσοχή.
 - **Σύσταση:** Συστήνεται η χρήση stent με σταθερό πολυμερές για την αποφυγή της έκθεσης των μεταλλικών πλεγμάτων του stent, όπως στο βιοαπορροφήσιμο πολυμερές.

14. Διενέργεια μαγνητικής τομογραφίας σε ασθενείς με πρόσφατη εμφύτευση ενδοστεφανιαίου κριόματος.

- Τωρινή πρακτική: Αποφυγή διενέργειας μη επείγουσας μαγνητικής τομογραφίας (MRI) 4-6 εβδομάδες μετά από εμφύτευση stent.
- Σύσταση: Η χρήση των stent δεν αποτελεί αντένδειξη για διενέργεια MRI σε καμία χρονική περίοδο.