



Adam Sokal

Śląskie Centrum Chorób Serca Zabrze

Kardio-Med Silesia

Co możemy zaoferować chorym z
rozpoznanym migotaniem
przedsionków?
Możliwości terapii przeciwkrzepliwej.

AF i udar

U ok. 1 z 3 chorych z migotaniem przedsionków w ciągu życia wystąpi udar niedokrwienny mózgu.

U 2/3 z nich będzie to udar zatorowy, u 1/3 miażdżycopochodny

Problem udaru niedokrwienneego u chorego z AF

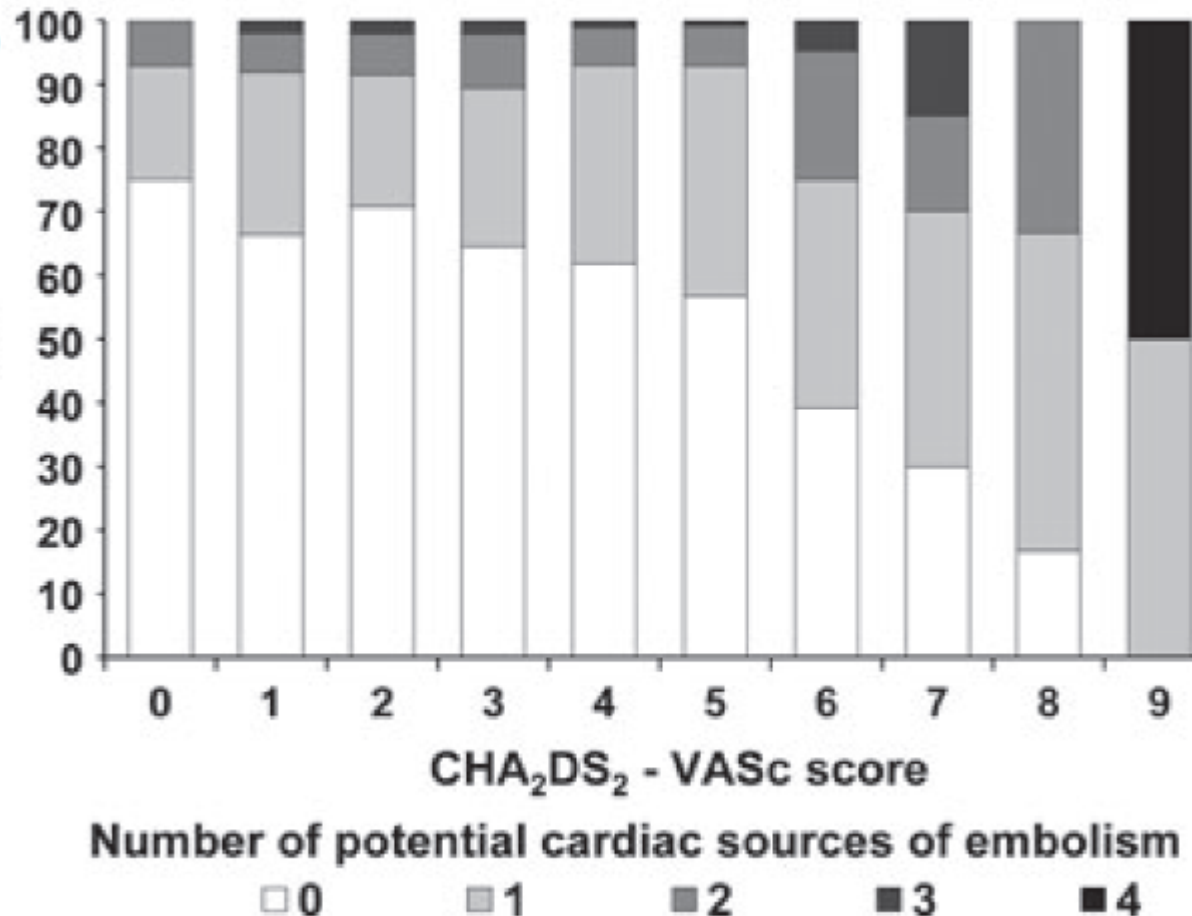
- Czynniki ryzyka udaru są systemowe a nie lokalne (nadciśnienie, cukrzyca, wiek, choroba nerek)
- Powiększenie LA nie jest czynnikiem ryzyka
- Istnieje wiele innych źródeł zatoru poza LAA
- Nieprawidłowe biomarkery wskazują na problem systemowy

Skala CHA₂DS₂-VASc

Risk Factor	Score	CHA ₂ DS ₂ - VASc Score	Adjusted Stroke Rate (%/year)
Congestive heart failure	1	0	0
Hypertension	1	1	0.7
Age ≥ 75 years	2	2	1.9
Diabetes mellitus	1	3	4.7
Stroke/TIA/thromboembolic event	2	4	2.3
Vascular disease	1	5	3.9
Aged 65-74 years	1	6	4.5
Sex category (i.e. female)	1	7	10.1
		8	14.2
		9	100

Przyczyny i mechanizmy udaru u chorych z niezastawkowym AF

Prospektywny rejestr udarów: 5493 pts, w tym 860 pts z niezastawkowym AF

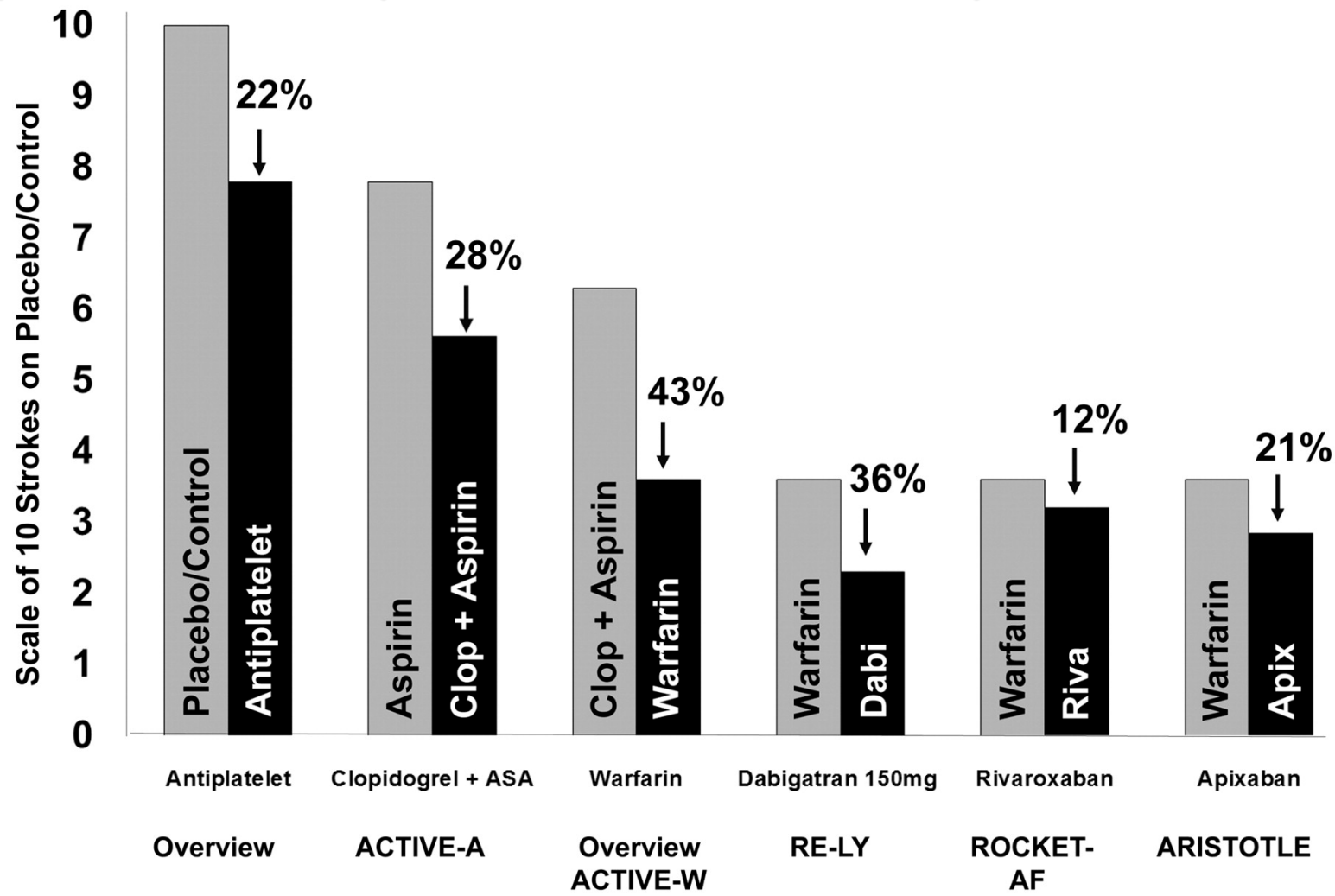


Analizowano przyczyny i mechanizmy udaru oraz skale CHADS₂ i CHA₂DS₂-VASc

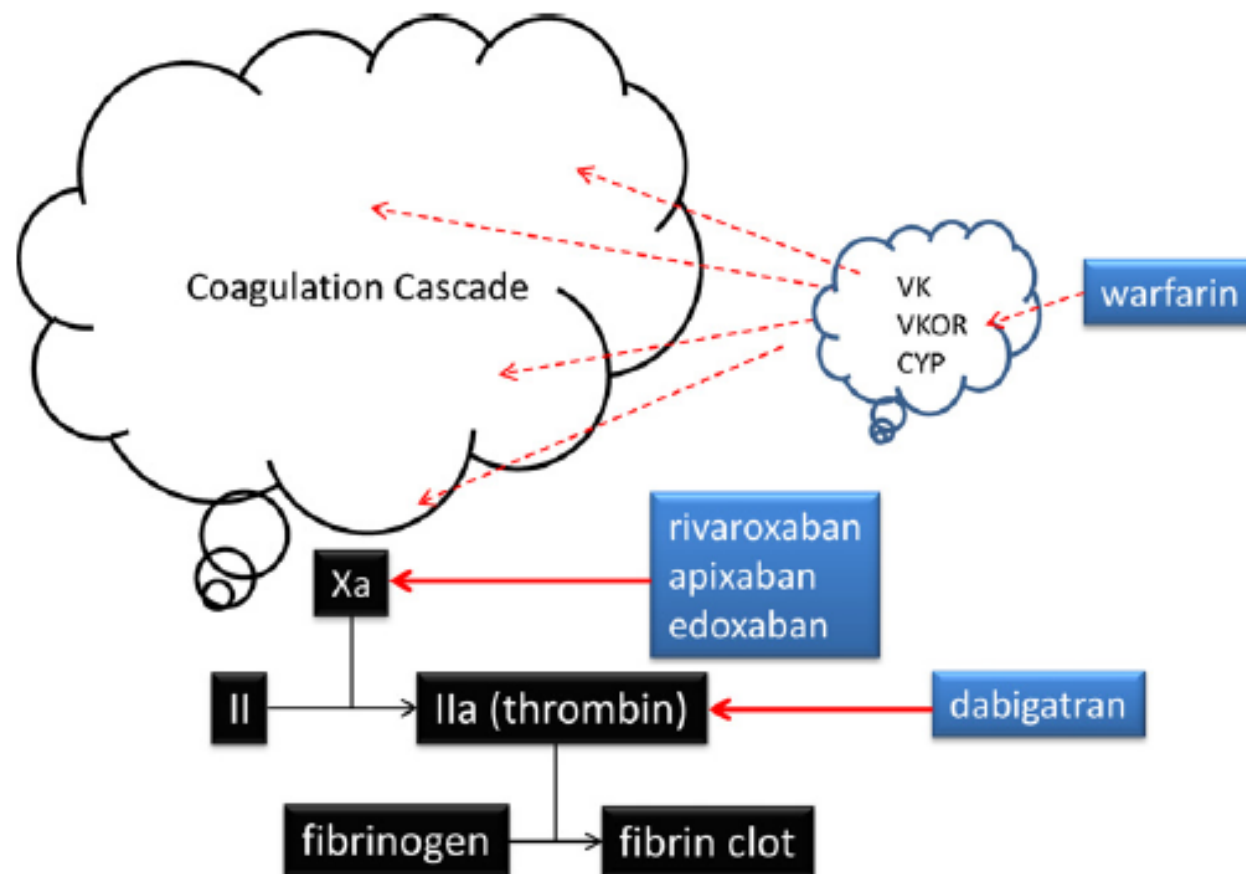
Więcej niż 1 potencjalna sercowa przyczyna u 38,8% badanych

Im wyższa punktacja CHA₂DS₂-VASc tym większe ryzyko różnych mechanizmów udaru

Redukcja ryzyka udaru i zatoru systemowego u chorych z AF: wyniki randomizowanych badań klinicznych

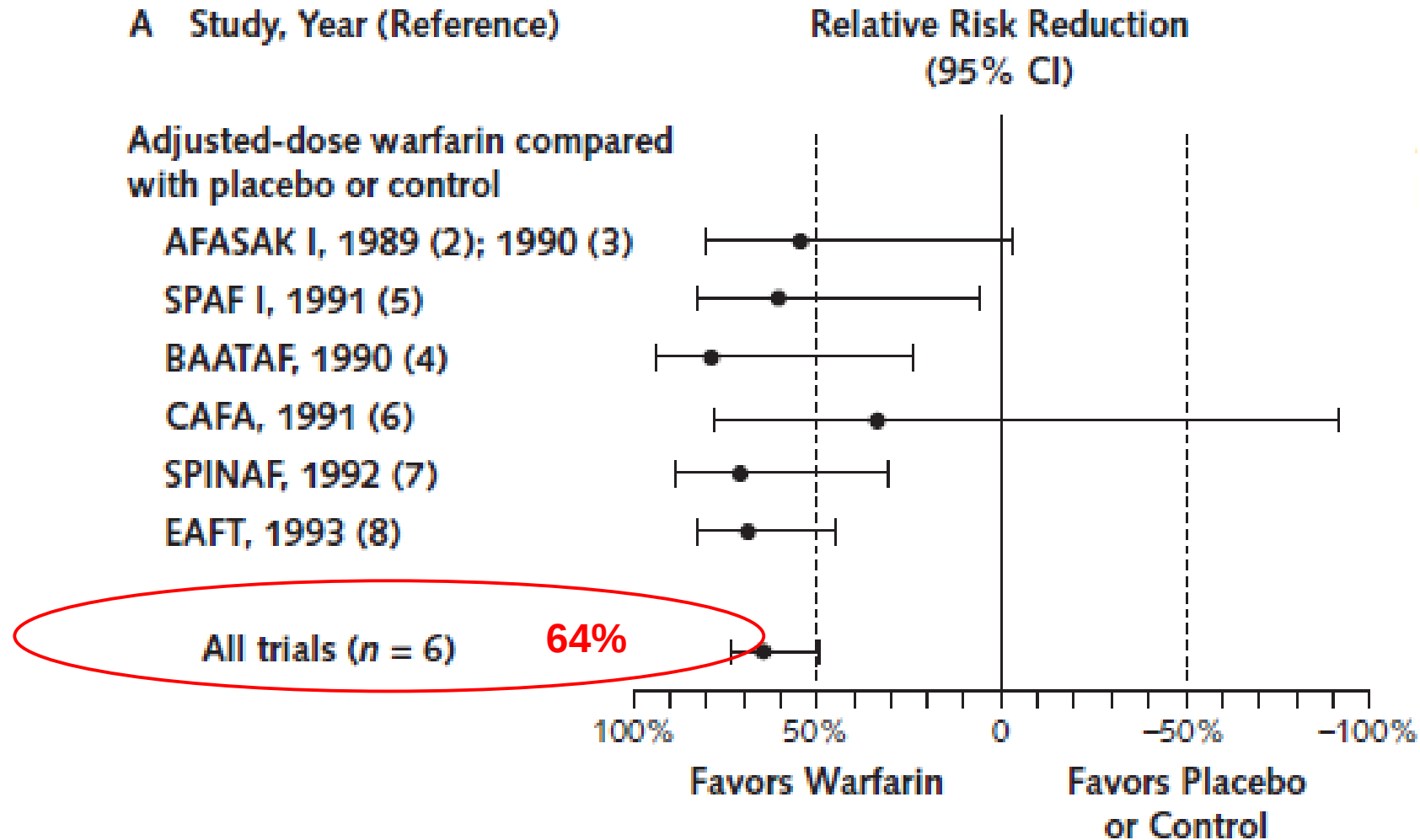


Doustne antykoagulanty

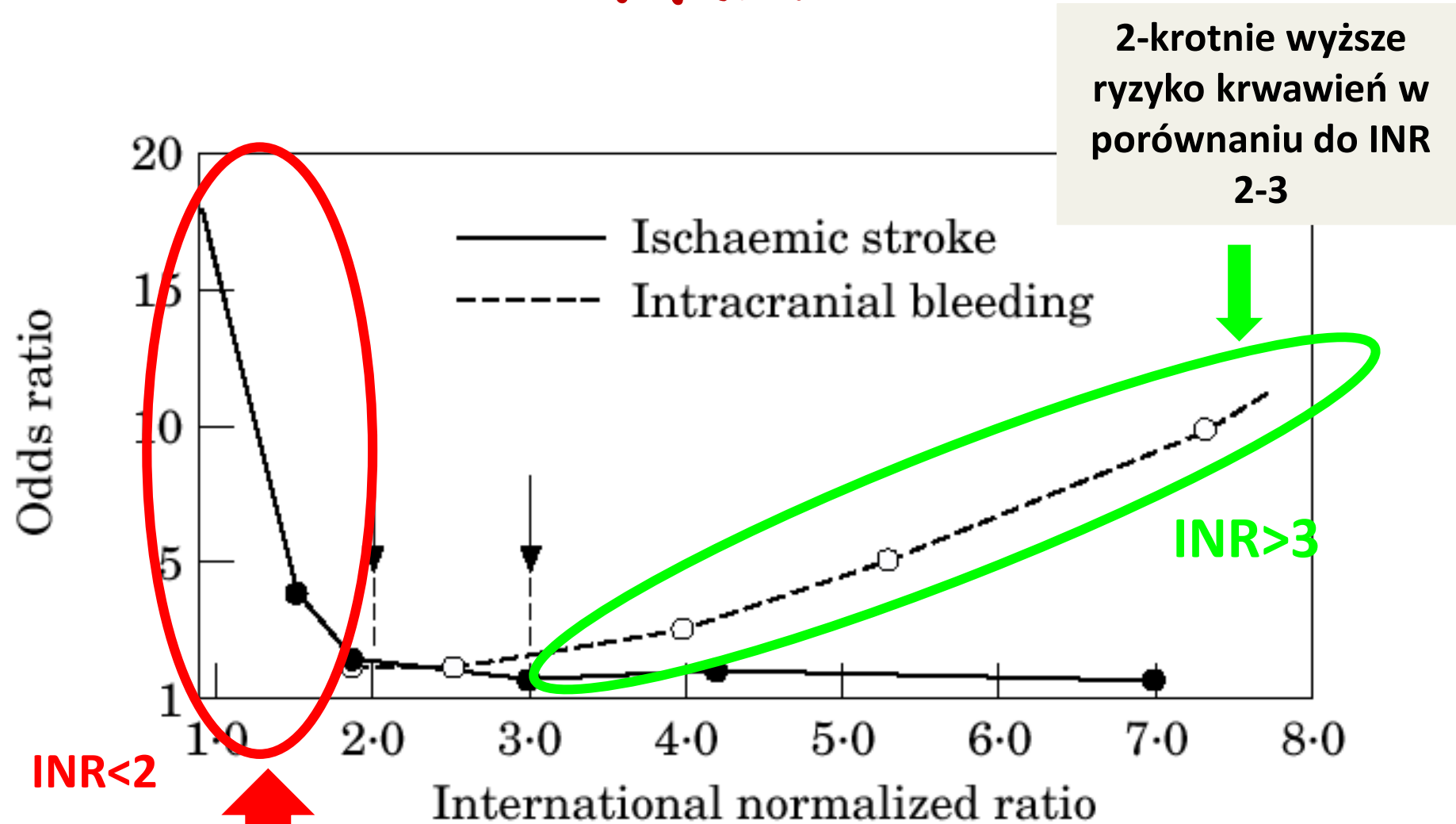


Skuteczność OAC vs placebo w prewencji udarów mózgu u chorych z AF

metanaliza (6 badań)



VKA



INR<2

Brak ochrony przed
udarem mózgu

A prospective survey in European Society of Cardiology member countries of atrial fibrillation management: baseline results of EURObservational Research Programme Atrial Fibrillation (EORP-AF) Pilot General Registry

Gregory Y.H. Lip^{1*}, Cécile Laroche², Gheorghe-Andrei Dan³, Massimo Santini⁴,

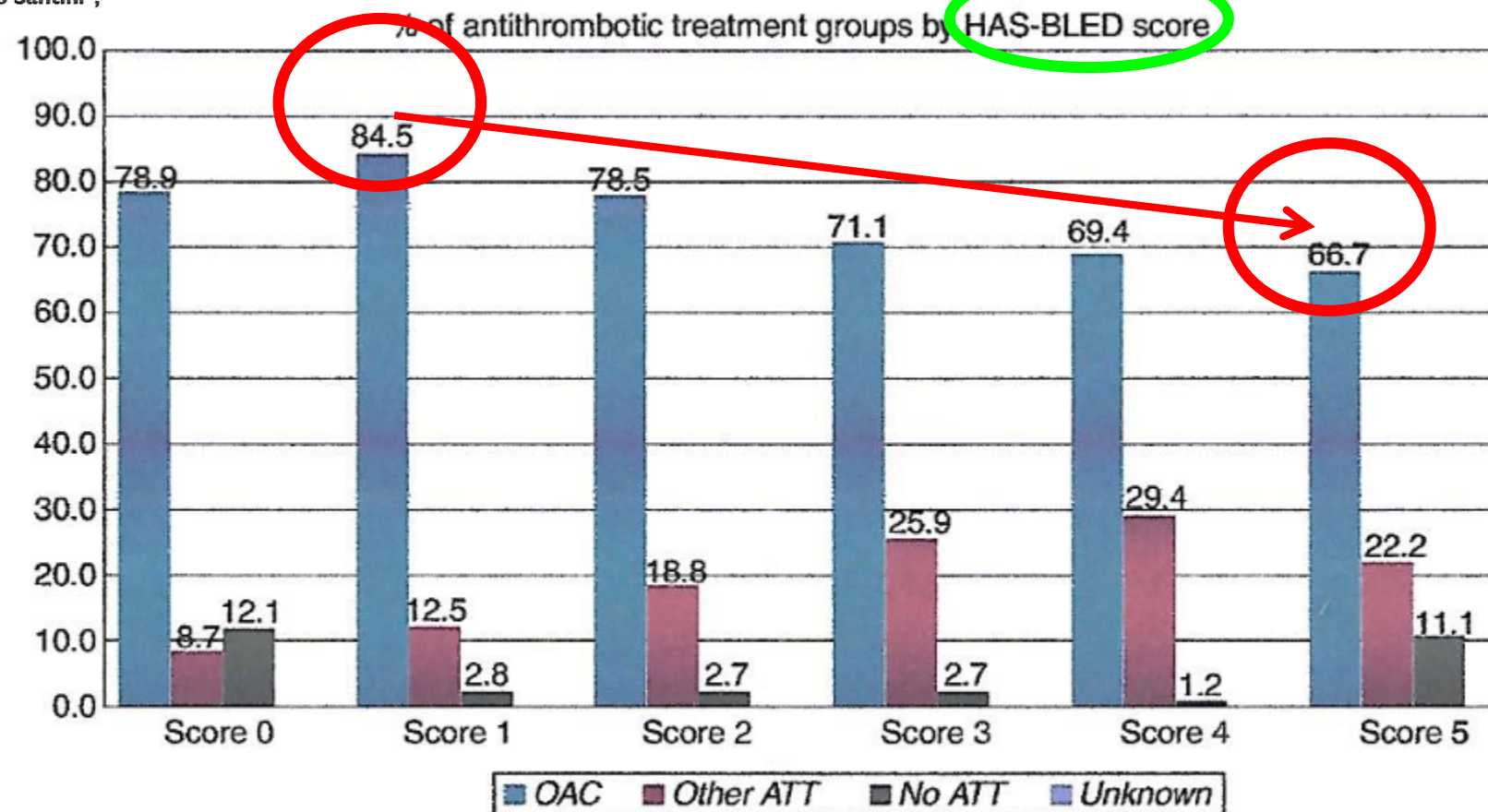
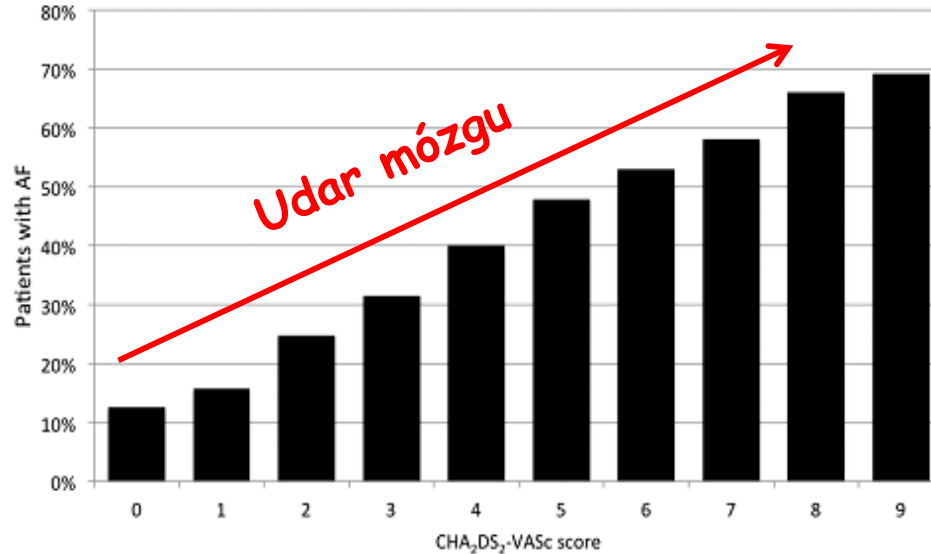


Figure 2 Proportions of patients treated with antithrombotic drugs by HAS-BLED score.

High Prevalence of Atrial Fibrillation Among Patients With Ischemic Stroke

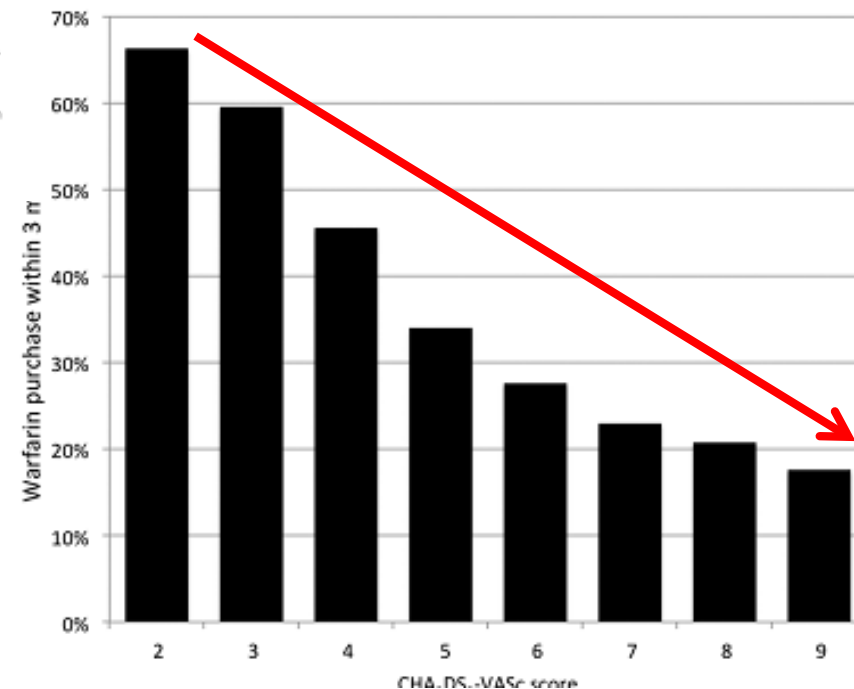
Leif Friberg, PhD; Mårten Rosenqvist, PhD; Arne Lindgren, PhD; Andreas Terént, PhD;
Bo Norrving, PhD; Kjell Asplund, PhD

Stroke 2014 Sep;45(9):2599-605.



Im wyższy CHADSVASc tym
większa częstość ICS

Paradoksalnie: im wyższy
CHA₂DS₂VASc tym rzadziej
stosowane OAC



NOAC: badania kliniczne III fazy - jaki efekt w porównaniu z warfaryną?



	RE-LY		ROCKET AF	ARISTOTLE
Lek i dawka	dabigatran 2x150 2x110		rywaroksaban 1x20 (1x15)	apiksaban 2x5 (2x2,5)
Udar lub zator obwodowy	lepszzy	nie gorszy	nie gorszy	lepszzy
Udar niedokrwienny	lepszzy	podobny	podobny	podobny
Duże krwawienie	podobne	rzadsze	podobne	rzadsze
Krwawienie śródczaszkowe	rzadsze	rzadsze	rzadsze	rzadsze
Śmiertelność	mniejsza p=0,051	podobna	podobna	mniejsza p=0,047

NOAC vs warfaryna - podsumowanie skuteczności (redukcja udarów i zatorowości obwodowej) oraz bezpieczeństwa

NOAC	co najmniej równy	lepszy	Redukcja udarów krwotocznych/ krwawień wewnątrzczaszkowych	Redukcja dużych krwawień	Redukcja śmiertelności całkowitej
Dabigatran 110	✓		✓	✓	
Dabigatran 150	✓	✓	✓		
Rywaroksaban	✓		✓		
Apiksaban	✓	✓	✓	✓	✓

Właściwości farmakologiczne NOAC

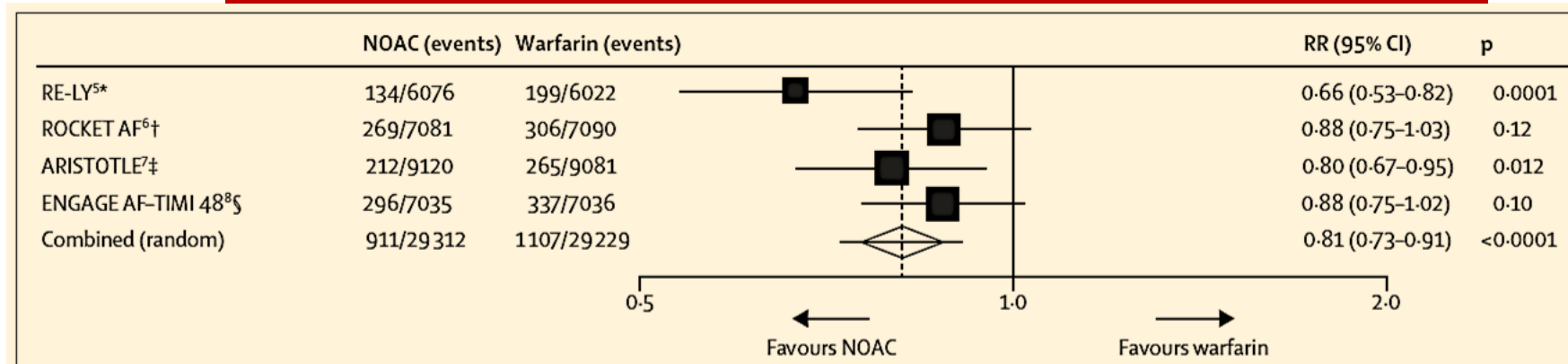
Antykoagulant	Dawka/dobę	Dawka zależna od wieku	C _{max}	Okres półtrwania (h)	Interakcje lekowe	Wydalanie przez nerki	Niewydolność nerek (CCr ml/min)	Rutynowe monitorowanie krzepności
Dabigatran	2x	≥80 lat	0,5-2	11-14	niskie (P-gp)	85%	30-49* <30**	-
Rivaroxaban	1x	nie	2-4	7-11	niskie (CYP3A4, P-gp)	33%	30-49* <30** <15	-
Apixaban	2x	≥80 [#] lat	3-4	12	niskie (CYP3A4, P-gp)	27%	<30* <15	-

jeżeli towarzyszy waga ≤ 60 kg lub kreatynina ≥ 133 μmol/l

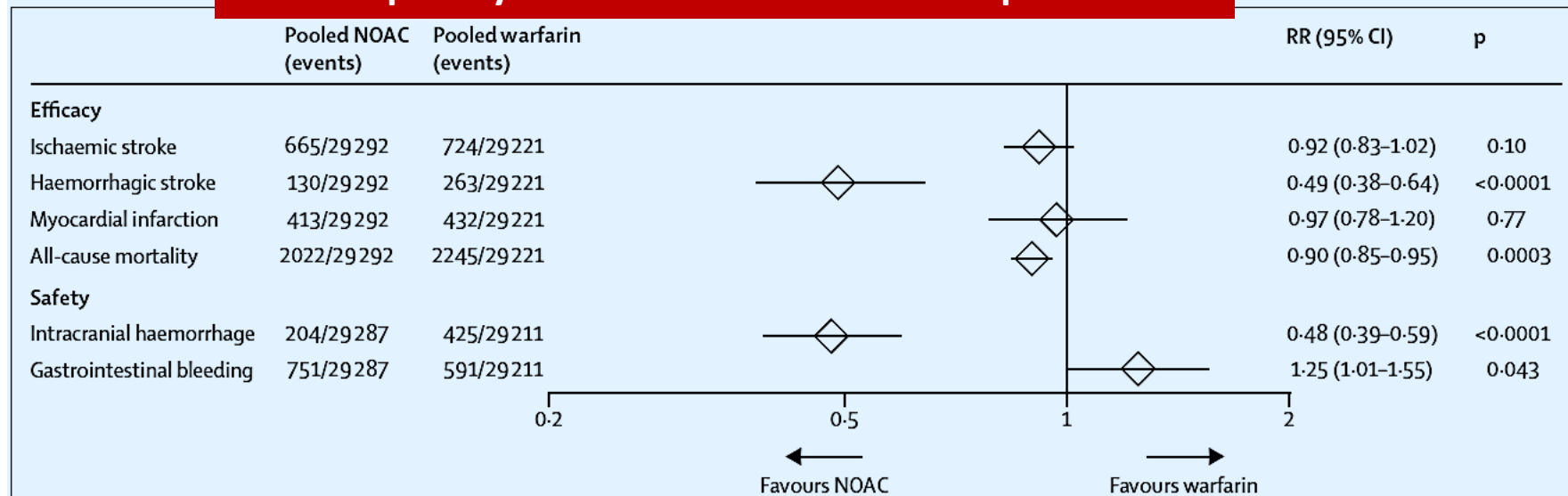
* według wytycznych ESC dawka zredukowana, ** nie należy stosować
nie stosować według charakterystyk produktów

Najważniejsza meta-analiza: NOAC - 42 411, warfaryna - 29 272

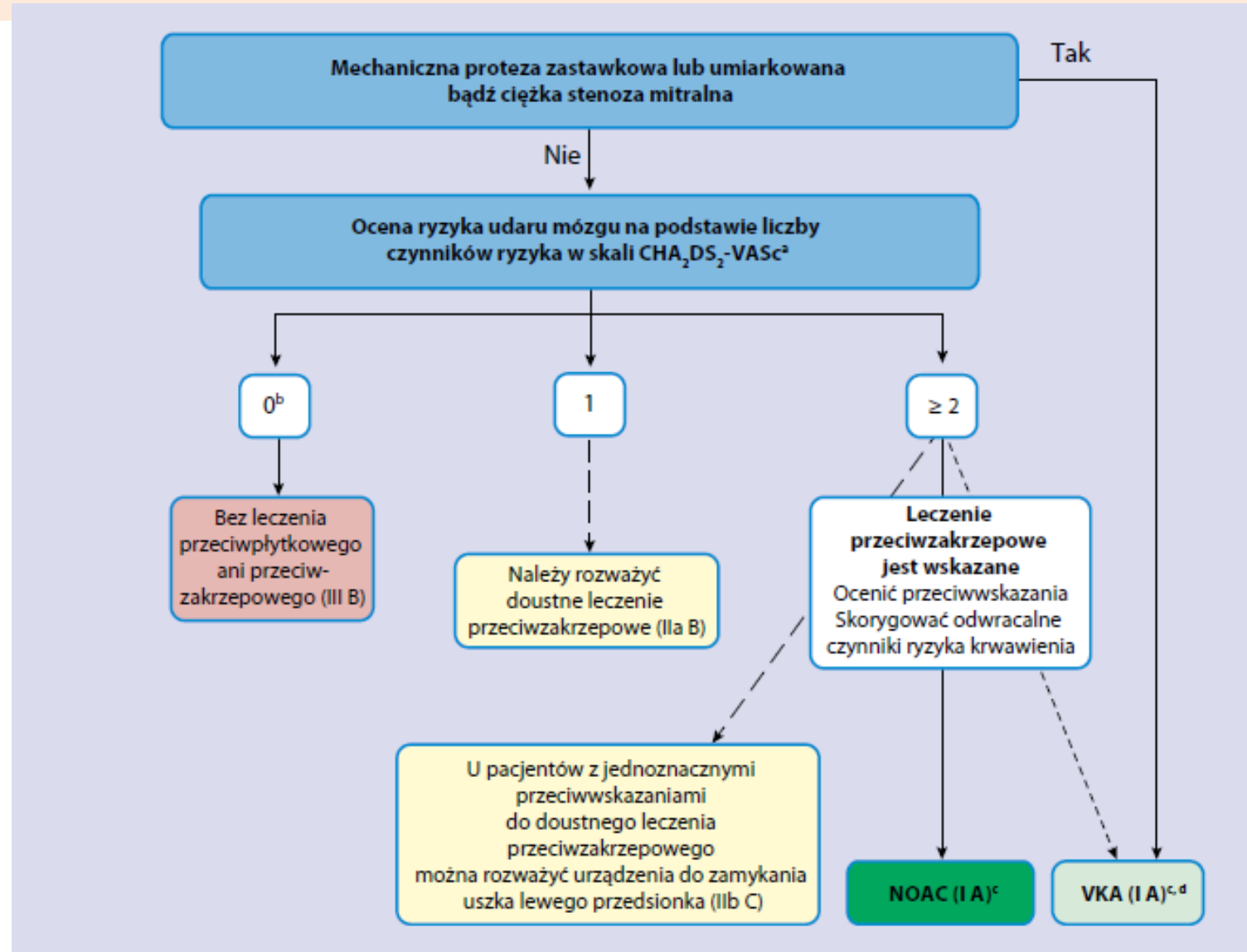
Pierwotny punkt końcowy: udar lub zator obwodowy: większe dawki



Wtórne punkty końcowe skuteczności i bezpieczeństwa

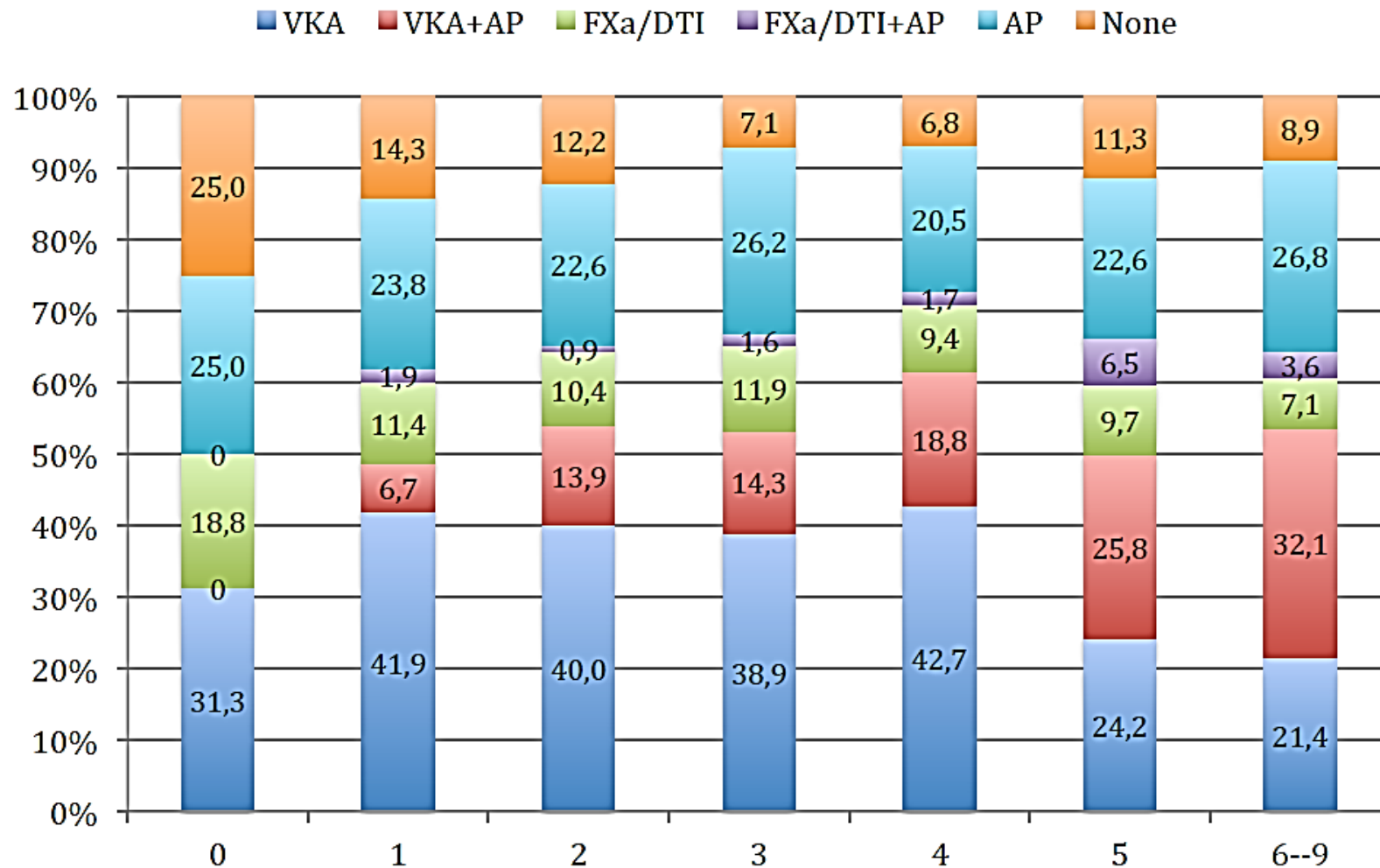


Zalecenia ESC 2016 dotyczące profilaktyki zakrzepowo-zatorowej u chorych z AF



GARFIELD 2 w Polsce

Prewencja udaru zależnie od punktacji w skali CHA2DS-VASc



W Polsce odsetek chorych otrzymujących antykoagulację sięga 70%

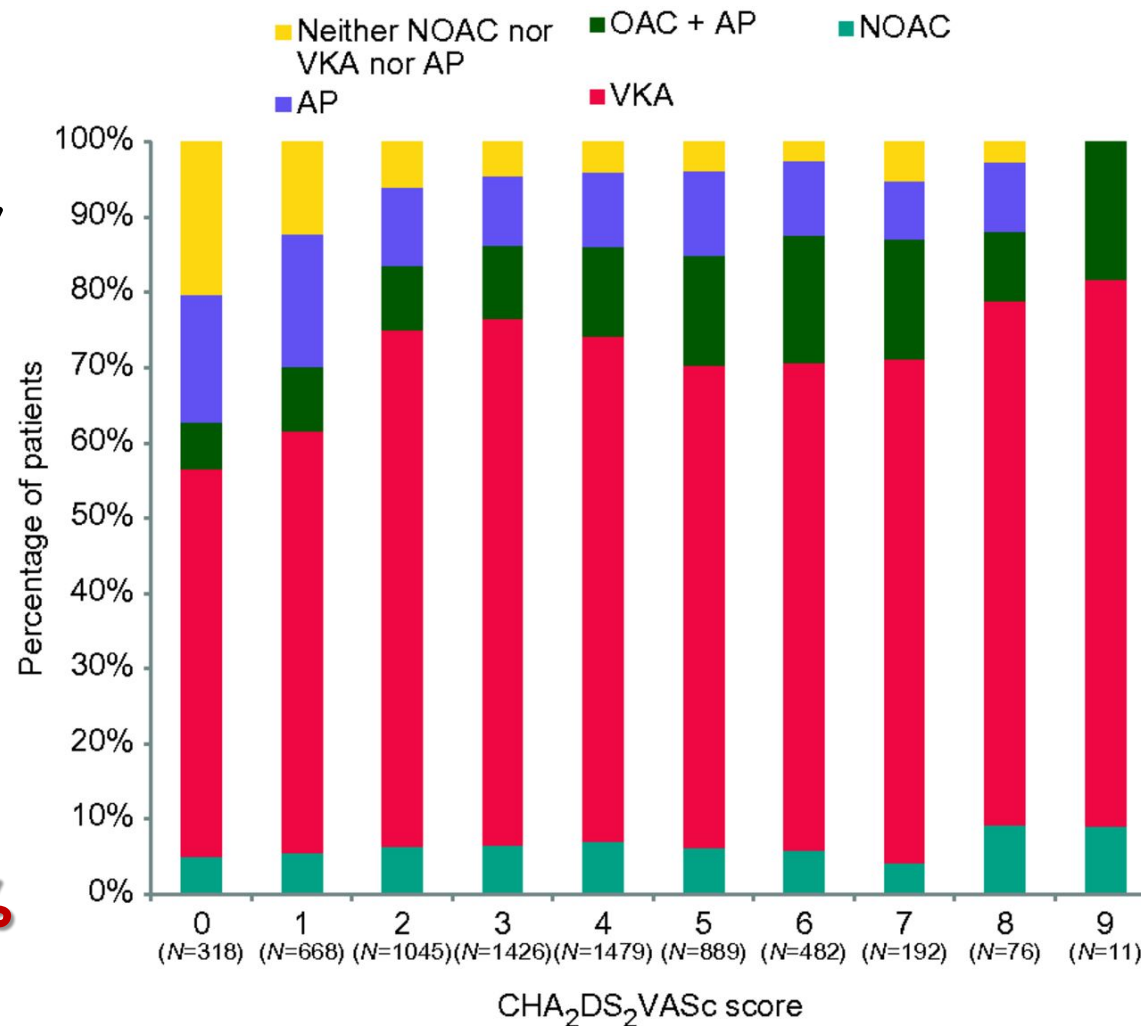
PREFER in AF registry

Rejestr AF prowadzony w
7 krajach (Austria, Niemcy,
Szwajcaria, Włochy,
Francja, UK, Hiszpania) dla oceny
wdrażania
wytycznych z 2010 r

01.2012 - 01.2013
7243 pts

Mężczyźni: 60%
Wiek: 71,5l
CHA₂DS₂VASc: 3,4

**VKA lub NOAC >80%
pts wymagających
leczenia**



Wnioski

- Leczenie przeciwzakrzepowe w FA skutecznie zmniejsza zarówno śmiertelność jak i chorobowość
- NOAK wykazują większą lub porównywalną skuteczność w stosunku do VKA w redukcji śmiertelności i chorobowości w niezastawkowym FA
- Bezpieczeństwo stosowania NOAC jest porównywalne lub lepsze niż VKA
- Zarówno sposób jak i zakres leczenia przeciwkrzepliowego w Polsce i krajach Europy zachodniej jest zbliżony. Wciąż pozostaje obszar wymagający poprawy.