

Udary mózgu w przebiegu migotania przedsionków

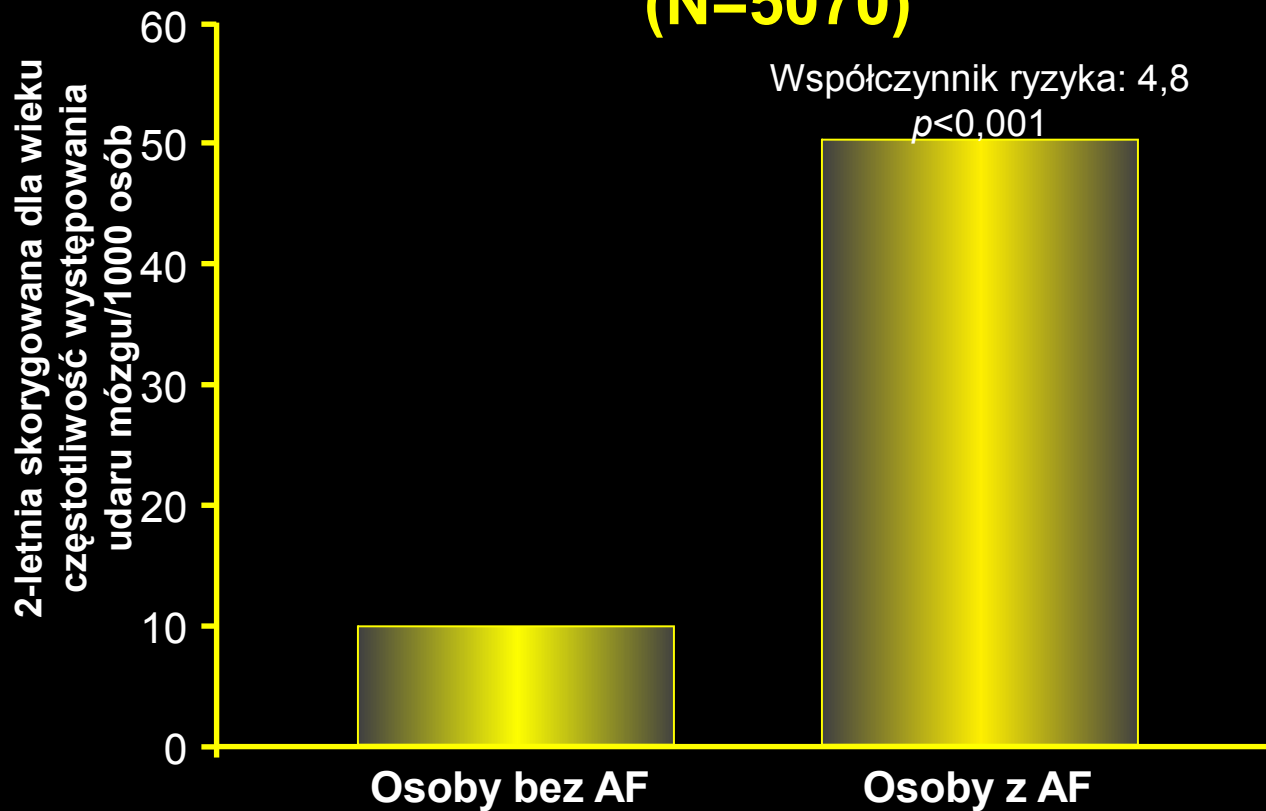


Dr hab. med. Adam Kobayashi

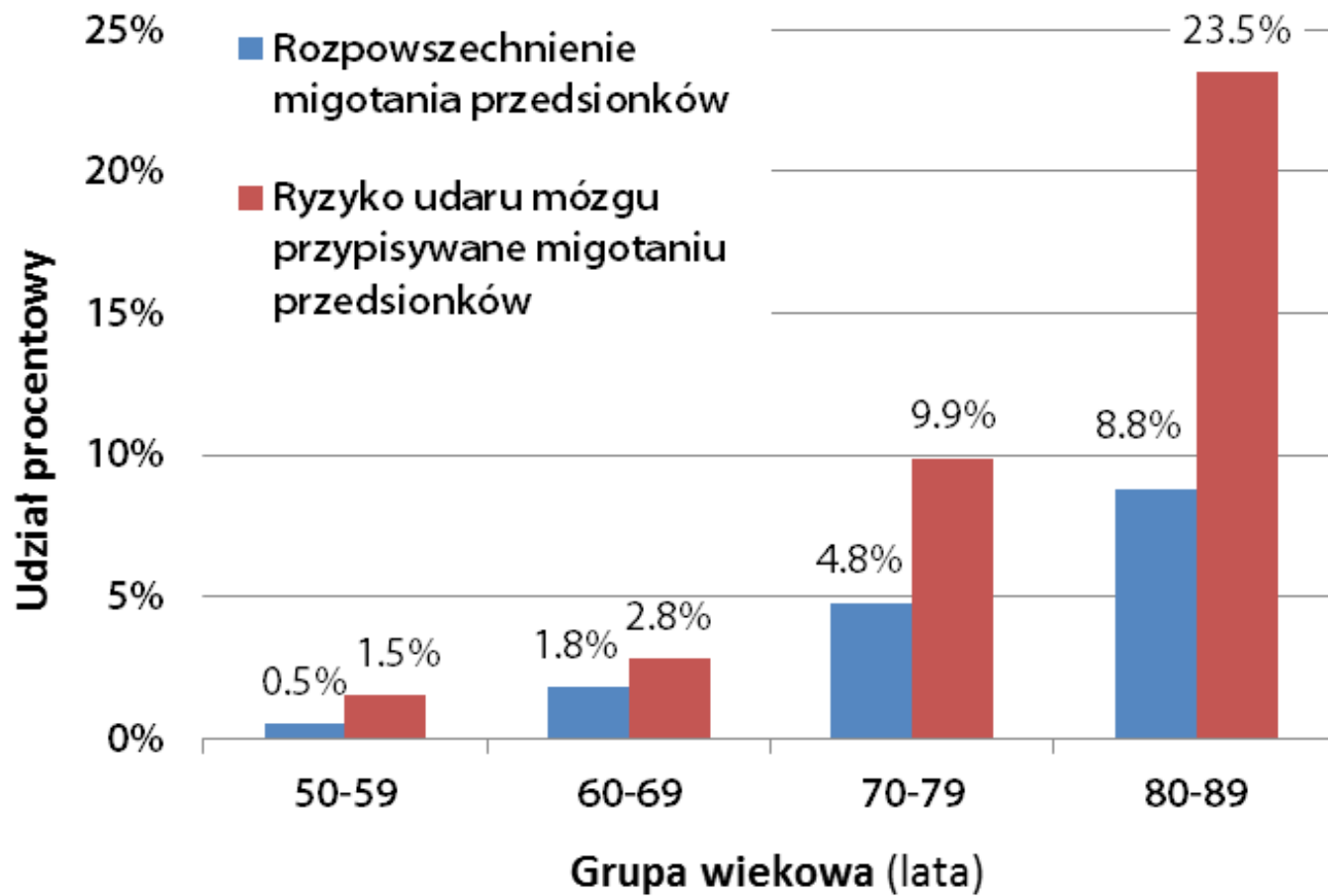
INSTYTUT PSYCHIATRII I NEUROLOGII,
WARSZAWA

Pacjenci z AF cechują się w pięciokrotnie większym ryzykiem udaru niedokrwiennego mózgu

Badanie Framingham Heart Study (N=5070)



Badanie Framingham



Możliwości profilaktyki udaru

- Antagoniści witaminy K (konieczność monitorowania INR)
 - Warfaryna, acenokumarol
- Nowe doustne leki przeciwkrzepliwe
 - Bezpośrednie inhibitory trombiny (dabigatran)
 - Inhibitory czynnika Xa (rywaroksaban, apiksaban)

Nowe doustne antykoagulanty w porównaniu z warfaryną - porównanie

Punkt końcowy	Dabigatran 150	Dabigatran 110	Rywaroksaban	Apiksaban
Redukcja udaru i zatorowości obwodowej (non-inferiority)	●	●	●	●
Redukcja udaru krwotocznego	●	●	●	●
Redukcja udaru niedokrwienego	●			
Redukcja śmiertelności	(●)			●

Dla kogo antagoniści witaminy K ?

- Chorzy przewlekle leczeni AWK, mający INR w zalecanych granicach, mogą być nadal leczeni AWK.
- AWK zaleca się również u chorych z przewlekłą chorobą nerek i klirensem kreatyniny poniżej 30 (!) ml/ml, a także u osób z istotnym uszkodzeniem funkcji wątroby.

Dla kogo nowe leki przeciwkrzepliwe?

- Pacjenci, u których mimo podjętych prób leczenie AWK jest nieefektywne, co obrazują zmienne wartości INR (labilne INR).
- Pacjenci, u których zachodzi uzasadniona obawa co do braku możliwości skutecznego monitorowania INR.
- Pacjenci, u których mimo leczenia AWK i terapeutycznych wartości INR doszło do udaru niedokrwienego lub innych powikłań zatorowych
- Pacjenci z wysokim ryzykiem krwawienia śródczaszkowego.
- Pacjenci u których doszło do istotnych powikłań krwotocznych w trakcie stosowania AWK

Wpływ migotania przedsionków na rokowanie

- Pacjenci z migotaniem przedsionków doznający udaru
 - Są starsi
 - Mają bardziej nasilony zespół neurologiczny
 - Większe ognisko niedokrwienne
 - Podobny odsetek rekanalizacji
 - Wyższa umieralność (31% vs 12%, $p=0,04$)
 - Wyższy stopień niesprawności
- Migotanie przedsionków niezależnie od innych czynników
 - Zwiększa ryzyko ukwotoczenia ogniska: OR 6,90 (1,57-30,3)
 - Nie zwiększa ryzyka zgonu: OR 2,56 (0,83-7,85)



Udar niedokrwienny mózgu - aspiryna

- **IST – International Stroke Trial** (Lancet 1997)
 - 19.435 chorych, 300 mg ASA
- **CAST – Chinese Acute Stroke Trial** (Lancet 1997)
 - 21.106 chorych, 160 mg ASA
- **ASA powoduje:**
 - mniej o 9 zgonów lub nawrotów udaru na 1000 leczonych w ciągu pierwszych tygodni
 - mniej o 13 zgonów lub niezdolnych do samodzielnego funkcjonowania chorych na 1000 leczonych po kilku miesiącach
- **Leczenie ASA powinno być rozpoczęte jak najszybciej od wystąpienia udaru niedokrwiennego mózgu**
 - 2 krwawienia wewnątrzczaszkowe na 1000 leczonych
 - Heparyna nieskuteczna nawet u osób z AF (krwawienia)

AF a leczenie trombolityczne (rtPA)

- CHADS2 – im wyższa punktacja, tym gorsze rokowanie (niesprawność po 3 miesiącach) (Koga M et al. J Neurol Sci 2011, 306, 49 – 53)
- AF – gorsza rekanalizacja po leczeniu (27% v 62%, OR 9,3 CI 1,5-55,8)
(Kimura KJ et al. J. Neurol Sci 2008, 267, 57-61)
- AF w 85% przyczyną wczesnego nawrotu udaru (w czasie leczenia lub do 2 dni) (Awadh M et al. Stroke 2010, 41, 1990-95)
- INR < 1,7 nie wpływa na częstsze występowanie krwotoków domózgowych i gorsze rokowanie (Vergouwen M et al. Stroke 2011, 42, 1041-45)

Korzyści z leczenia trombolitycznego u chorych z AF

- Mniejsze korzyści z leczenia trombolitycznego w grupie chorych z AF

Arch Neurol. 2011;68:1454–1458;

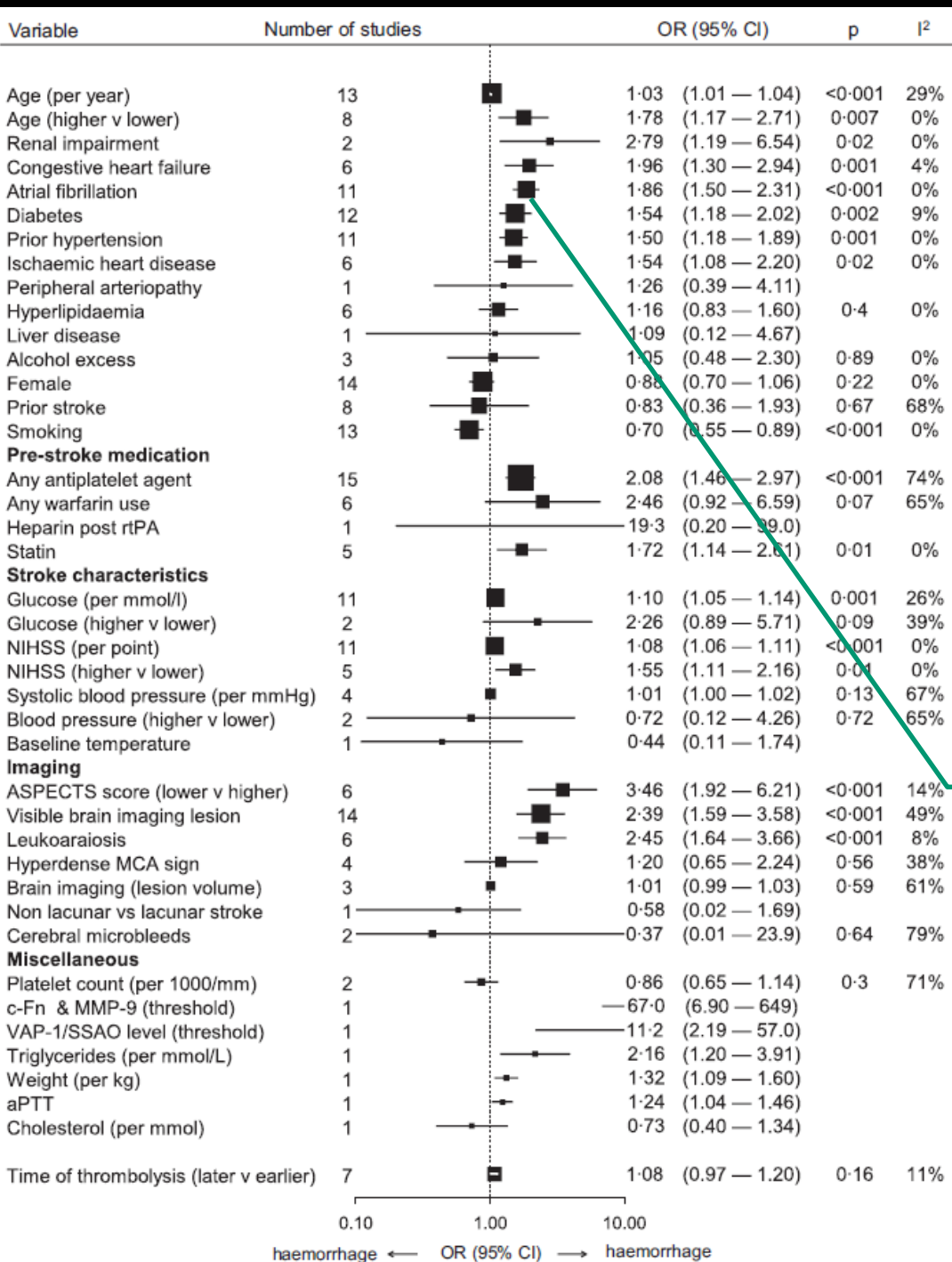
Stroke. 2010;41:1990–1995.

Neurol Res. 2010;32:353–358.

- Badanie IST-3

Atrial fibrillation						0.574
No	440/1042 (42.2%)	436/1078 (40.4%)		1.09 (0.83–1.43)		
Yes	114/473 (24.1%)	98/440 (22.3%)		1.20 (0.76–1.90)		

- Konieczna meta-analiza indywidualnych danych o chorych z 12 badań RCT – Wardlaw 2012



Ryzyko krwawienia
śródczaszkowego w
przebiegu leczenia rt-PA

AF: OR=1,86

Pacjenci II Kliniki Neurologicznej IPiN:

1995-2002

antagoniści wit. K w udarze mózgu

	Pierwszy udar n=1050	Kolejny udar n=233	P
Wiek (lata)	70,8±12,7	72,4±11,8	0,078
Płeć żeńska	53%	54%	0,776
Migotanie przedsionków	23,4%	30,9%	0,017
Antagoniści wit. K przed przyjęciem do szpitala	7,8%	13,0%	<0,001
Antagoniści wit. K			
- przy wypisie		32,9%	
- po 3 mies.		23,4%	
- po 12 mies.		22,8%	

Pacjenci II Kliniki Neurologicznej IPiN:

2008-2011

	Udar pierwotny n=579	Udar powtórny n=110	P
Migotanie przedsionków	137 (23,7%)	32 (29,1%)	<0,001
Przyjmujący leki przeciwplatekcyjne *	59 (43,1%)	17 (53,1%)	0,176
Przyjmujący antagonistów wit. K przed udarem *	46 (33,6%)	9 (28,1%)	0,807
- INR [mediana, IQR]	1,52 (1,15-2,45)	1,40(1,21-1,66)	0,379
- INR 2-3	14%	12%	
- INR <2	67%	88%	
- INR >3	19%	0%	

* Odsetek dotyczy podgrupy z migotaniem przedsionków.

Pacjenci II Kliniki Neurologicznej IPiN:

2008-2011

charakterystyka przy przyjęciu do szpitala

	Udar niedokrwienny n=653	Udar krwotoczny n=86
Migotanie przedsionków	160 (24,5%)	13 (15,1%)
Przyjmujący leki przeciwplatekcyjne *	75 (46,9%)	3(23,1%)
Przyjmujący antagonistów wit. K przed udarem *	50 (31,3%)	6 (46,2%)
- INR [mediana, IQR]	1,46 (1,18-1,76)	4,13 (3,13-8,40)
- INR 2-3	15%	0%
- INR <2	78%	17%
- INR >3	7%	83%

* Odsetek dotyczy podgrupy z migotaniem przedsionków.

Pacjenci II Kliniki Neurologicznej IPiN (2008-2011)

- Nowo zdiagnozowane przypadki migotania przedsionków
 - 6,1% udarów niedokrwiennych
 - 2,3% udarów krwotocznych
- Migotanie przedsionków stwierdzone przy wypisie
 - 30,3% udarów niedokrwiennych
 - 17,4% udarów krwotocznych
- Podczas pobytu w szpitalu antagonistów wit. K włączono u 37,4% chorych z udarem niedokrwiennym i migotaniem przedsionków

Od czego zależy włączenie antagonistów wit. K

po udarze mózgu u chorych z migotaniem przedsionków

- Podczas pobytu w Klinice antagonistów wit. K włączono u 37,4% chorych z udarem niedokrwiennym mózgu i migotaniem przedsionków

	Włączone n=74	Nie włączone n=144	P
Wiek (lata)	76,4±10,0	78,7±9,6	0,119
Płeć żeńska	59%	63%	0,599
Nasilenie objawów udaru mózgu przy przyjęciu (NIHSS)	9,8	11,2	0,394
Sprawność w czynnościach dnia codziennego (mRS 0-2) przy wypisie	40%	38%	0,801

Wnioski

- AF jest nie tylko czynnikiem ryzyka udaru, ale też wiąże się z gorszym rokowaniem
- Profilaktyka przeciwzakrzepowa jest konieczna, jednak może utrudnić wdrożenie terapii swoistej w udarze
- Leczenie w ostrej fazie udaru mózgu wiąże się z wyższym odsetkiem powikłań u chorych z AF
- Leczenie antykoagulacyjne jest zbyt rzadko wdrażane po świeżym udarze mózgu

**MAY IS NATIONAL
STROKE
AWARENESS MONTH**

STOP Stroke • Act F.A.S.T. • Spread HOPE



10 Maja – Światowy Dzień Profilaktyki Udaru Mózgu

