

Antikoagulační léčba v sekundární prevenci ischemické cévní mozkové příhody a tranzitorní ischemické ataky kardioembolické etiologie

Informace pro pacienty

Adoptovaný doporučený postup pro péči o pacienty s cévní mozkovou příhodou 2017
Australian Stroke Foundation
Kapitola 4 Sekundární prevence; Antikoagulační léčba

Autoři: prof. MUDr. Josef Bednařík, CsC., FCMA (garant); prim. MUDr. Aleš Tomek, Ph.D., FESO; doc. MUDr. Michal Bar, Ph.D., FESO; prim. MUDr. Jiří Neumann; doc. MUDr. Danile Šaňák, Ph.D., FESO
(pracovní tým)
(metodický tým) MUDr. Mgr. Radim Líčeník, Ph.D.; MUDr. Tomáš Nečas; PhDr. Petra Bůřilová; Mgr. Jitka Klugarová, Ph.D.; PhDr. Miloslav Klugar, Ph.D.
Verze: 3.0
Datum: 12. 06. 2019

Informace pro pacienty

Kompletní klinický doporučený postup pro cévní mozkovou příhodu je dostupný [zde](#).

Základní informace

Před více než dvaceti lety byly **cévní mozkové příhody (CMP, lidově „mrtvice“)** považovány za neléčitelné onemocnění. V posledních letech, především díky rozvoji rekanalizační léčby (obnovení průtoku krve tepnou uzavřenou trombonem nebo embolem¹) a preventivních strategií, došlo k výraznému posunu ve výsledcích péče o pacienty s ischemickými i hemoragickými cévními mozkovými příhodami. V roce 2016, kdy pátým rokem v České republice existovala fungující síť iktových center a rekanalizační léčba byla standardem, zemřelo na cévní nemoci mozku 8 795 osob, což je pokles o 48,5 % za 20 let. Stále však jde o **třetí nejčastější příčinu úmrtí v ČR. Ischemické cévní mozkové příhody (iCMP)** tvoří 88 % všech CMP, zbylých 12 % připadá na hemoragické CMP (krvácení do mozku).

iCMP jsou způsobeny okluzí nebo stenózou (uzavřením či zhoršením průchodnosti) mozkové tepny v jejím intrakraniálním (nitrolebečním) či extrakraniálním (mimo-lebečním) průběhu, dochází tak k nedokrvení mozku. iCMP mohou vznikat různými mechanismy. Nejčastějším typem iCMP je kardioembolická (zdroj krevní sraženiny je v srdci) CMP s výskytem 18–47 %. V nedávné české studii HISTORY byla kardioembolická příčina detekována jako nejčastější (43–46 %). Druhým nejčastějším etiologickým podtypem jsou iCMP neurčené etiologie, u které se vyšetřeními nenajde jasná příčina, příčin je více nebo není dokončen vyšetřovací program. Výskyt iCMP neurčené etiologie za poslední roky díky rozvoji a dostupnosti vyšetřovacích metod významně poklesl, přesto zůstává příčinou asi 25 % iCMP.

Nejčastější příčinou **kardioembolické iCMP** je nevalvulární (příčinou není jasné onemocnění srdeční chlopně) fibrilace síní (rychlé a nekoordinované stahování srdečních síní – FS) nebo flutter síní (kmitání síní). FS je nejčastější **arytmií** v dospělé populaci s významnými dopady na zdraví obyvatelstva a zdravotní péči na celém světě. Výskyt a mortalita (úmrtnost) přímo spojená s FS signifikantně a nepřetržitě narůstá. Odhadovaná prevalence FS v populaci starší 20 let činí 3 %. Výskyt FS přibývá s věkem – ve věku do 40–50 let postihuje 0,12–0,16 % obyvatel, ve věkové kategorii 60–70 let 3,7–4,2 % a ve věku nad 80 let dosahuje až 10–17 %. FS častěji postihuje muže než ženy, v poměru 1,2 : 1. Riziko onemocnění FS pro jedince staršího 40–50 let je cca 25 %.

Pro **primární a sekundární prevenci iCMP u pacientů s FS** je indikována **antikoagulační terapie** (snižování stažlivosti krve). Perorální antikoagulancia snižují riziko vzniku iCMP i celkové mortality.

V současné době jsou k dispozici dvě skupiny perorálních antikoagulancií, které snižují riziko kardioembolické iCMP. První, již déle užívanou možností, jsou antagonisté vitamínu K² (VKA), z nich je u nás již jediný používaný **warfarin**. Druhou skupinou jsou **přímá perorální antikoagulancia** (DOAC; angl. direct oral anticoagulants) inhibitory faktoru Xa apixaban, edoxaban, rivaroxaban a inhibitor faktoru IIa (trombinu) dabigatran.

¹ Trombus je krevní sraženina uvnitř cévy, která brání toku krve. V případě, že se trombus uvolní z místa svého vzniku a začne putovat krevním řečištěm, označujeme jej jako embolus.

² Vitamin K je potřebný pro proces srážení krve, jeho antagonisté snižují jeho působení.

Čtyři velké mezinárodní randomizované kontrolované studie prokázaly, že DOAC mají stejný nebo dokonce vyšší efektivitu v prevenci iCMP a systémových embolických příhod než warfarin, navíc s nižším rizikem intrakraniálního krvácení.

I přesto, že je dostupný dostatek kvalitních důkazů pro zavedení antikoagulační terapie v prevenci kardioembolických iCMP, není mnoho pacientů léčeno optimálně či nejsou léčeni vůbec, jak v primární, tak i sekundární prevenci iCMP.

V České republice je 53–55 % pacientů s iCMP léčeno warfarinem, zatímco přímá perorální antikoagulancia užívá přibližně 25 % pacientů. K přerušení nebo ukončení antikoagulační terapie často vede už samotné vědomí rizika krvácení, riziko krvácení samotného nebo hlavně v případě warfarinu snížená compliance (míra dodržování doporučených léčebných postupů) pacientů i ošetřujících lékařů pro obtížnost vedení léčby s nutností pravidelných kontrol efektivity léku a velkému množství dietních i lékových interakcí a omezení. Riziko iCMP ale převyšuje riziko krvácení, a to i v populaci starších pacientů.

Doporučení pro pacienty

Pro dlouhodobou sekundární prevenci u pacientů po ischemické cévní mozkové příhodě nebo TIA s fibrilací síní (paroxysmální – záchvatová, nebo permanentní) jsou doporučena **perorální antikoagulancia**.

Silné doporučení PRO (doporučeno udělat) ⊕⊕⊕⊕

U pacientů s nevalvulární fibrilací síní a dostatečnými renálními funkcemi (funkce ledvin) by mělo být upřednostněno zahájení léčby přímými **perorálními antikoagulancii** před warfarinem.

Silné doporučení PRO (doporučeno udělat) ⊕⊕⊕⊕

U pacientů s valvulární fibrilací síní nebo nedostatečnými renálními funkcemi by měl být použit **warfarin** (cílové INR 2,5, rozmezí 2,0–3,0). U pacientů s mechanickými srdečními chlopněmi nebo jinými indikacemi antikoagulační léčby by měl být použit warfarin.

Silné doporučení PRO (doporučeno udělat) ⊕⊕⊕⊕