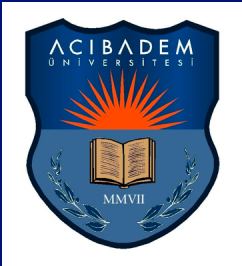


CHA₂DS₂VASc=1 olan hastada antikoagölasyon



Dr.Ahmet Akyol

Acibadem Üniversitesi Tıp Fakültesi

Kardiyoloji A.B.D

Atrial Fibrillasyon

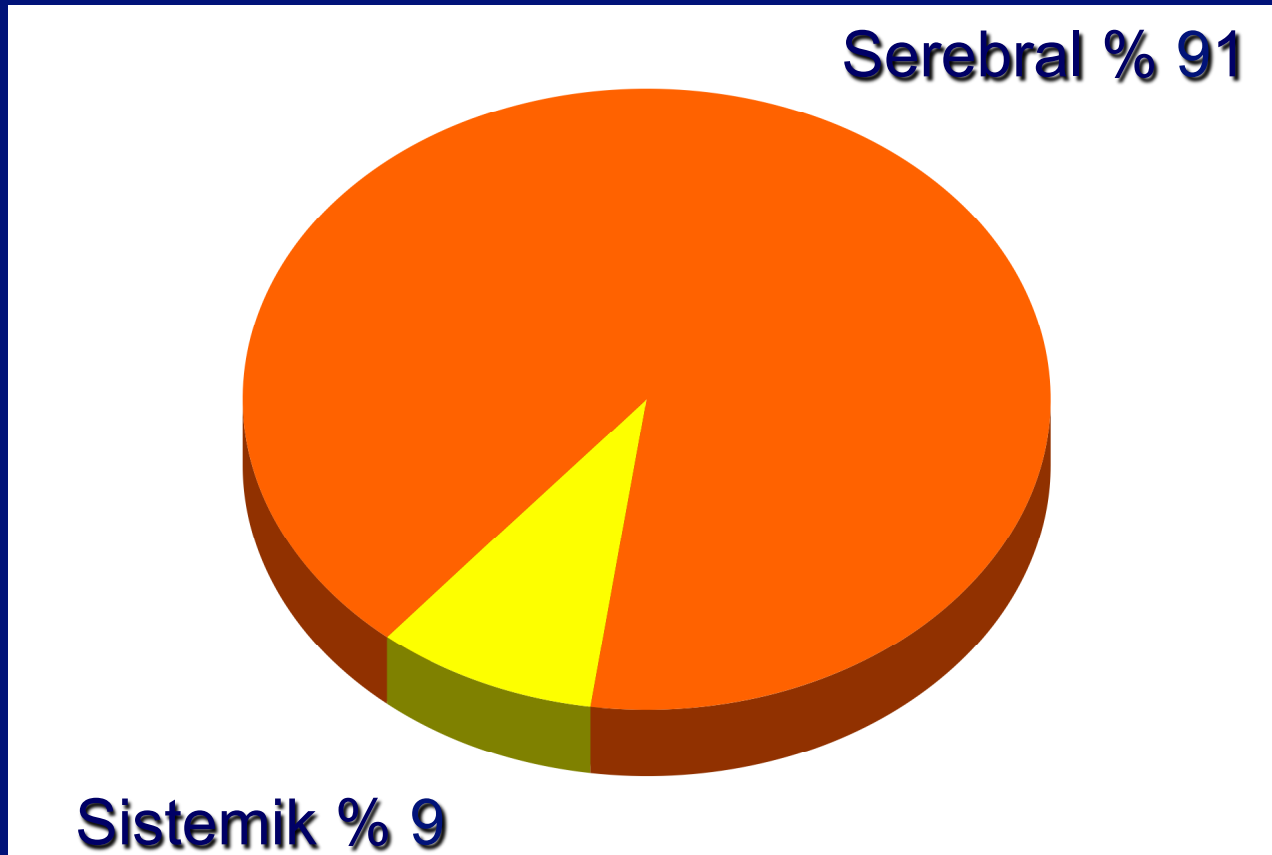
- Önemli bir morbidite sebebi
- Prevalans ve insidansı giderek artmakta⁺
- En önemli tehlike inmedir ve AF' u olan hastalarda görülme olasılığı olmayanlara göre 5 kat fazladır*.
- Romatizmal olmayan antikoagülan/antiplatelet tedavi almayan hastalarda AF' da yıllık iskemik inme riski %5^x

⁺*Naccarelli GV et al. Am J Cardiol 2009;104:1534-1539.*

**Kannel WB et al. Am J Cardiol 1998;82:2N-8N*

xArch Intern Med 1994;154(13):1449-1457.

Tromboembolism



İnme ve AF

- Virchow' un tromboenez triadi*;

Damar duvarı anormallikleri (yapısal kalp hastalığı)

Anormal kan akımı (staz)

Anormal kan elemanları (pıhtılaşma ve platelet anormallikleri)

*Watson T et al. Lancet 2009;373:155-166

İnme ve AF

- Daha yüksek mortalite ve morbidite*
- Daha ciddi sekel*
- Daha uzun hastanede yatış süresi*
- Daha az eve taburculuk oranı*

**Lamassa M et al. The European Community Stroke Project Stroke 2001;32:392-398*

Lin HJ et al. Stroke 1996;27:1760-4

Jorgensen HS et al. Stroke 1996;27:1765-9

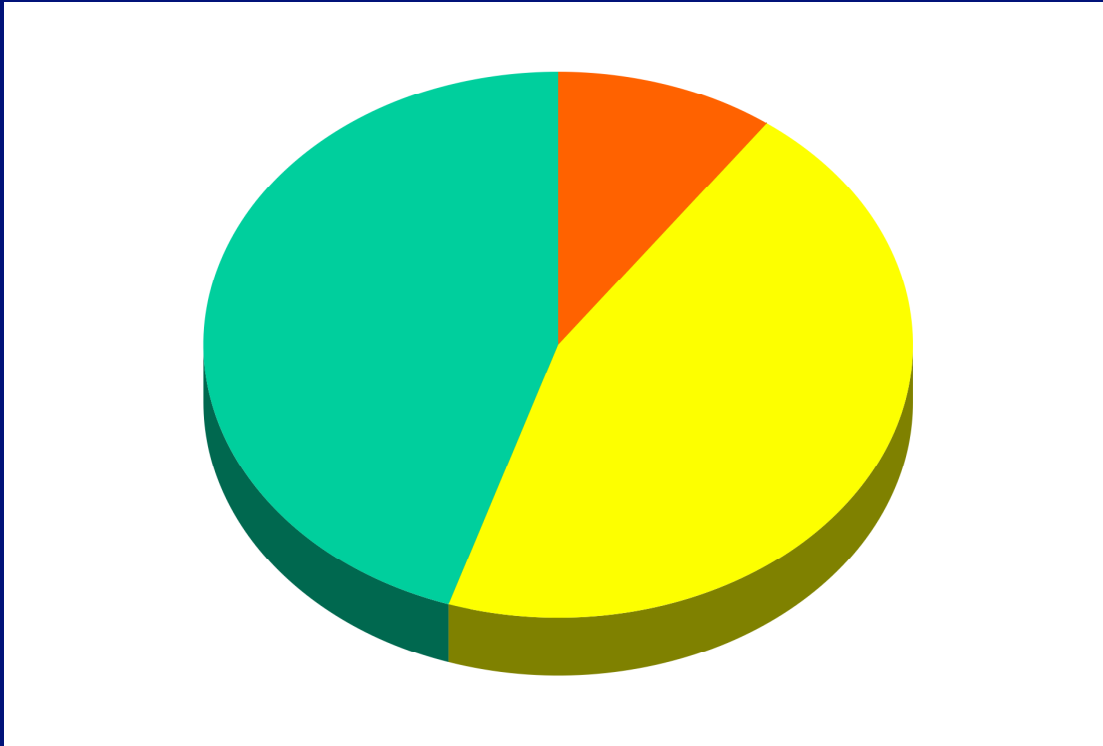
Marini C et al. Stroke 2005;36:1115-9.

Steger C et al. Eur Heart Journal 2004;25:1734-40.

AF Hastalarında İskemik Stroke Şiddeti

Orta ve ciddi stroke % 45

Ölümcül stroke % 10



Hafif % 45

CHADS₂ ve CHA₂DS₂-VASc Risk Skorlama sistemleri

CHADS ₂		CHA ₂ DS ₂ -VASc	
KKY	1	KKY	1
Hipertansiyon	1	Hipertansiyon	1
Yaş (>75 y)	1	Yaş >75 y; 65-74 y	1,2
DM	1	DM	1
İnme/GİA/ tromboemboli	2	İnme/GİA/tromboemboli	2
		Vasküler hastalık	1
		Cinsiyet (Bayan)	1
Maksimum skor	6		9

CHADS₂ ve CHA₂DS₂-VASc Risk Skorlama sistemleri

Olay Oranı (/100 kişi-yıl)				
Skala	Düşük Risk (0)	Orta Risk (1)	Yüksek Risk (>1)	C-istatistik (%95 CI)
1.yıl				
CHADS ₂	1.7	4.8	12	0.72 (0.69-0.75)
CHA ₂ DS ₂ -VASc	0.78	2.0	8.8	0.85 (0.83-0.87)
5.yıl				
CHADS ₂	1.3	3.7	8.3	0.80 (0.78-0.81)
CHA ₂ DS ₂ -VASc	0.69	1.5	6.0	0.88 (0.87-0.89)
10.yıl				
CHADS ₂	1.2	3.6	8.0	0.81 (0.80-0.83)
CHA ₂ DS ₂ -VASc	0.66	1.5	5.7	0.89 (0.88-0.90)

Kılavuzların önerisi ? CHA2DS2-VASc=1 veya klinik olarak majör olmayan risk faktörü varlığında

ESC 2010	OAK veya Aspirin 75-325 mg OAK tercih edilmeli	Varfarin (INR 2.0-3.0) Dabigatran 110 mg 2x1
ACCP 2012	OAK Grade 1B OAK alamayan hastalarda ise (kanama dışı nedenlerden dolayı) Aspirin+Klopidogrel Grade 2B	
ACC/AHA	OAK veya Dabigatran Antiplatelet tedavi	Protez kapağı veya hemodinamik olarak anlamlı valvüler problemi olmayan; ciddi böbrek yetmezliği (Kreatinin klerans<15 ml/dk) veya ileri karaciğer yetmezliği olmayan (bazal pıhtılaşma anormalliği olmayan hastalarda) Dabigatran >OAK Sınıf 1B

Asetil salisilik asit etkili?

- Son çalışmalar; Vit K antagonistlerinin orta riskli hasta grubunda (CHADS2:1) antiplatelet tedaviden daha iyi olduğunu bildirmişlerdir.

- ACTIVE-W¹ İnme oranları

VKA yıllık %0.43

Aspirin+klopidogrel yıllık %1.25

- Kore AF² hasta grubu 2 yıllık izlemde inme oranları

VKA %4.2

Aspirin %12.9

İlaç (-) %20.9

- Başka bir çalışmada³ ise inme+mortalite

VKA %8.4

non-VKA %17.9

1-Healey JS et al. ACTIVE-W trial Stroke 2008;39:1482-1486

2-LEE BH et al. JCE 2010

3-Gorin et al. J Thromb Haemost 2010;103:833-840

- **AF'da trombüs fibrinden zengin (kırmızı pıhtı);antiplatelet ajanların etkinliği ? (1)**
- **Oral antikoagülasyon AF'da görülen trombogenez belirteçlerini normalize etme de oldukça etkili; antiplatelet ajanlar ? (2)**
- **Aspirin; AF hastalarında Varfarinden daha emniyetli mi? (3-4)**

Etkinlik Varfarin>Aspirin

Kanama Varfarin = Aspirin

- **Düşük riskli hasta grubunda aspirin etkili ...? (5) (Japanese AF trial)**

1-Wysokinski WE et al J Thromb Haemost 2004;2:1637-1644

2- Kamath S et al JACC 2002;40:484-490

3-Mant J et al. Lancet 2007;370:493-503

4-Rash A et al Age Ageing 2007;36:151-156

5-Sato H et al Stroke 2006;37:447-451

AF Paterni (Paroksizmal/Persistan/Permanent) ile İnme ilişkisi?

Study	No. with AF	AF types	Stroke risk	Adjustment for stroke risk factors?
Sage <i>et al.</i> ¹⁶	140	Intermittent, chronic	NS	No
Roy <i>et al.</i> ¹⁷	254	Paroxysmal, chronic	NS	No
Petersen and Godtfredsen ¹⁸	426	Paroxysmal, chronic	Chronic >paroxysmal	Yes
Treseder <i>et al.</i> ¹⁹	414	Transient, constant	Constant >transient	No
Kopecky <i>et al.</i> ²⁰	97	Isolated, recurrent, chronic	NS	No
Cabin <i>et al.</i> ²¹	272	Paroxysmal, chronic	NS	No
Moulton <i>et al.</i> ²²	265	Paroxysmal, sustained	NS	No
Atrial Fibrillation Investigators ⁶	3706	Paroxysmal, constant	NS	No
Levy <i>et al.</i> ²³	756	Paroxysmal, recent onset, chronic	NS	Yes
Hart <i>et al.</i> ²⁴	2012	Intermittent, sustained	NS	Yes
Hohnloser <i>et al.</i> ²⁵	6706	Paroxysmal, sustained	NS	Yes
Friberg <i>et al.</i> ¹⁰	1981	Paroxysmal, permanent	NS	Yes

NS, not significant.

AF Paterni (Paroksizmal/Persistan/Permanent)

- AF hastalarının çoğu asemptomatik ve ilk kez aritmiye bağlı komplikasyonların ortaya çıkması ile tanı konabilmekte.
- Paroksizmal AF hastalarının, 12 ataktan sadece 1'i gerçekte semptomatik. (1)
- İskemik hastalarda Holter izlemi yapılan taramalarda ise hastaların sadece 20'sinden 1'inde yeni atriyal fibrillasyon veya flutter saptanmakta. (2-3)
- Sadece EKG çekilmesi durumunda ise AF'i saptama oranı %6.7; 24 saatlik Holter izlemi kullanılması durumunda ise %10.6, 7 günlük olay kaydedici cihazlar ile %15.6

1 Page RL et al. Circulation 1994;89:224-7

2-Liao J et al. Stroke 2007;38:2935-40

3-Jabaudon D et al. Stroke 2004;35:1647-51

AF Yoğunluğu (Burden)

- >24 st uzun süreli AF, arteryal tromboemboliyi öngördürmede daha etkili (1)
- AF yoğunluğu ile tromboemboli arasında doz-yanıt ilişkisi mevcut. (2)
- AF yoğunluğu inme risk skoru için klinik kriterlere ilave katkı sağlıyor gözüküyor (3)
- AF süresi>5 st, tromboemboli riskini 2 katına çıkarmakta (4)

1-Capucci A et al. JACC 2005;46:1913-20.

2-Botto GL et al JCE 2009;20:241-8.

3-Boriani G et al. Stroke 2011

4-Glotzer TY et al. TRENDS study Circ Arrhythmia and Electrophysiol 2009;2:474-480.

Ekokardiyografik Parametreler

- Bu hasta grubunda, tromboemboli açısından ekokardiyografik öngördürücü faktörler, antikoagülasyonun gerekliliğini belirlemede yardımcıdır¹.

- SPAF III

Trombüs

Spontan yoğun eko kontrastlanması

LA apendajda düşük velositesi

Kompleks aortik plaklar

Yeni ESC kılavuzuna göre kanama risk değerlendirilmesi : **HASBLED** kanama risk skoru

Harf	Klinik Anlamı	Puan
H	Hipertansiyon	1
A	Anormal böbrek ve KC fonksiyonları (herbiri 1 puan)	1 veya 2
S	Stroke -İNME	1
B	Bleeding- Kanama öyküsü veya diyatezi	1
L	Labil INR	1
E	Elderly (Yaş>65)	1
D	Drugs or alcohol(herbiri 1 puan)	1 veya 2
		Max. 9 Puan

İdeal Antikoagülan

- Oral, günde tek doz: Kullanım kolaylığı
- Etkinin hızlı başlaması: Ek olarak parenteral antikoagülan ihtiyacı kalmaz
- Minimal yiyecek ve ilaç etkileşimi: Doz ayarlamada kolaylık
- Tahmin edilebilir antikoagulan etki: Koagülasyon monitörizasyonuna gerek kalma
- Ekstrarenal klerens: Böbrek hastalarında güvenirlilik
- Etkinin çabuk sonlanması: Kanama veya girişimler esnasında kolay yönetim
- Antidot: Acil durumlar için gerekli
- Maliyet

Teşekkürler.....