

MÓJ CHORY Z MIGOTANIEM PRZEDSIONKÓW – NAJWIĘKSZY PROBLEM, NAJTRUDNIEJSZA DECYZJA.

Katarzyna Widecka
Klinika Kardiologii PUM



**VI Forum Chorób
Sercowo-Naczyniowych
z Lipidologią 2018**



Codzienne problemy internisty, lekarza rodzinnego
i kardiologa ambulatoryjnego

SKIEROWANIE

Imię i nazwisko: [REDACTED]

PESEL: 44 [REDACTED]

Zamieszkały(a): Kos [REDACTED] taja 6a/29

Rozpoznanie: utrwalone migotanie przedsionków i przebyty niedawno zawał. Konsultacja operacji CEA

SKIEROWANIE

SKIEROWANIE DO kardiolog

Rodzaj badania konsultacja

Nazwisko i imię (imiona) [redacted] płeć mężczyzna

Data urodzenia: 1948-[redacted] PESEL: 481[redacted]

Rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość: Dowód osobisty n

Adres miejsca zamieszkania: ul. My[redacted]POCZKOWO

Rozpoznanie: masywny krwimocz u pacjenta z AF, przyjmuje Pradaxa

Wyniki badań diagnostycznych

Cel skierowania proszę również o zalecenia co do dalszego leczenia Pradaxa

Uwagi

Imię i nazwisko: [redacted]

Zamieszkały(a): Kos[redacted]

Rozpoznanie: utrwalone migotanie przedsionków
operacji CEA

SKIEROWANIE

SKIEROWANIE DO kardiolog

Imię i nazwisko: [redacted]

Zamieszkały(a): Kos [redacted]

Rodzaj badania konsultacja

Nazwisko i imię (imiona) [redacted] płeć mężczyzna

Data urodzenia: 1948-[redacted] PESEL: 481-[redacted]

Rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego [redacted]

Rozpoznanie: utrwalone miodowe
operacji CEA

SKIEROWANIE DO

Kardiolog

Nazwisko i imię

[Handwritten signature]
[redacted]

1.78

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres

Rozpoznanie

*krótkie porównanie le. paryczki
z AF nie objęto leczenia*

cel skierowania

SKIEROWANIE

SKIEROWANIE DO kardiolog

Rodzaj badania konsultacja

Nazwisko i imię (imiona)

płeć mężczyzna

Data urodzenia: 1948-

Imię i nazwisko:

Zamieszkały(a): Kos

Rozpoznanie: utrwalone migotanie przedsionków
operacji CEA

SKIEROWANIE DO: KARDIOLOGA

Imię i Nazwisko: M. [redacted]

Adres:

Rozpoznanie: ALLIA - do embolizacji z powodu FAC.

3 restry

Cel skierowania:

Na progi onesterojdy

I jak mianem rozpoznaj

Na ujem proco le budimae konsultacji

Pieczętka i podpis lekarza

78

krótkie porównanie le paracet
z AF nie objętożyciem

NOWE WYTYCZNE ESC/PTK / ESC/PCS NEW GUIDELINES

EXPERT CONSENSUS DECISION PATHWAY

2017 ACC Expert Consensus Decision Pathway on Management of Bleeding

New EHRA Practical Guide on non-vitamin K antagonist oral anticoagulants launched

Safe and effective use of NOACs for stroke prevention in patients with atrial fibrillation

9 Mar 2018

w chorobie wieńcowej w 2017 roku,
przygotowane we współpracy z EACTS

Grupa Robocza Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) i Europejskiego Stowarzyszenia Chirurgii Serca i Klatki Piersiowej (EACTS) do spraw stosowania podwójnej terapii przeciwplatekowej w chorobie wieńcowej



12.2017 SOR

- K (A.Ch), lat 65,
- HTA, DMt2, BMI 32, nikotynizm 30paczkolet
- 10.2017 STEMI ściany przedniej i PCI(DES)/PROX/LAD-DG, LVEF 35%, GFR >60ml/min
- Tikagrelor 2x90 mg przez 12 m-cy, ASA 1x75 mg, PPI, Nebiwolol, Perindopril, Eplerenon, Rosuwastatyna, Metformina
- Udar niedokrwienny mózgu NIHSS 10 pkt
- W EKG: Migotanie przedsionków de novo....



Leczenie przeciwkrzepliwe – czy i jakie?

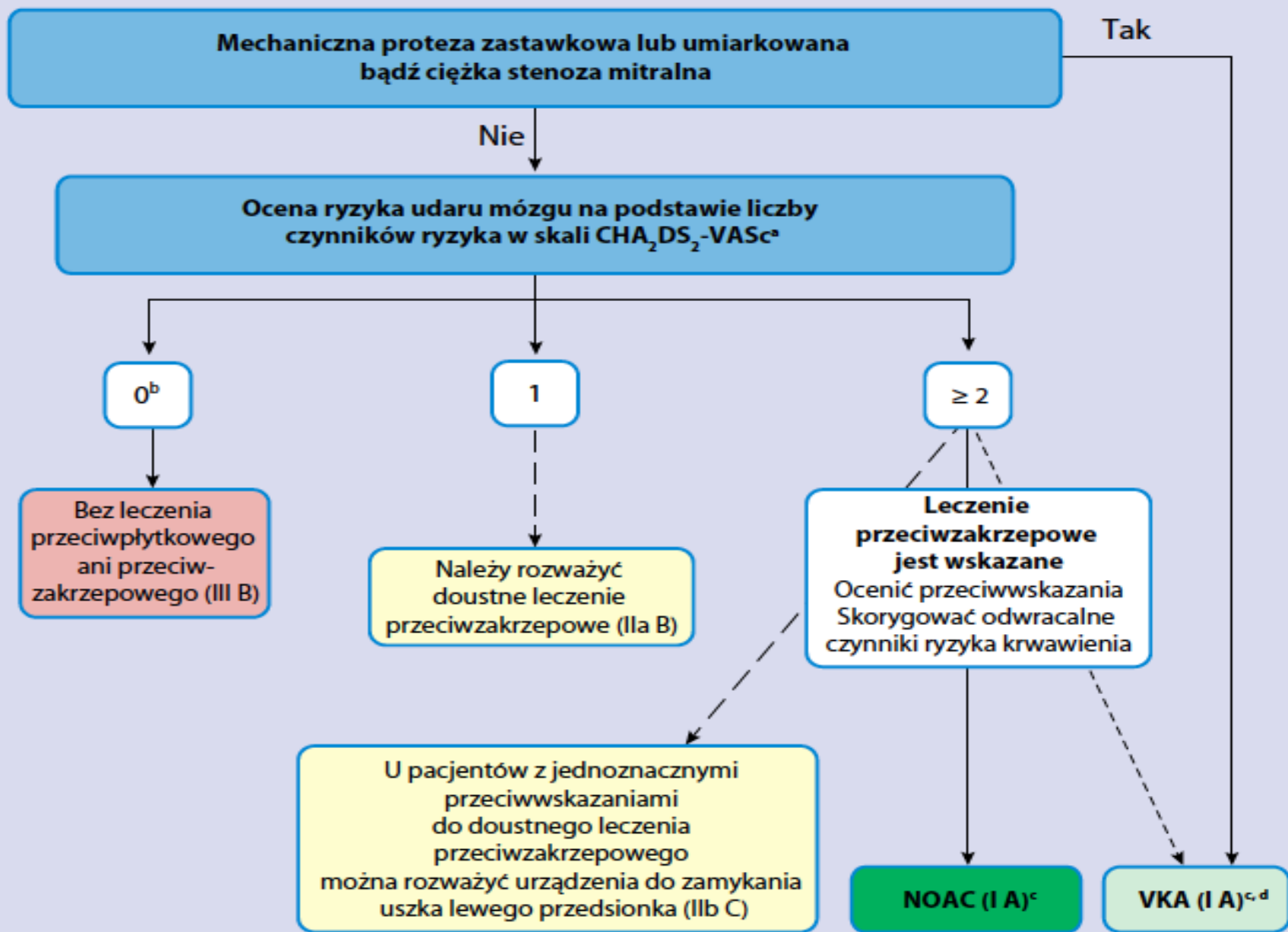
- 1. Przeciwwskazane z uwagi na stosowaną DAPT(tika+ASA)
- 2. Potrójna terapia z zamianą tikagreloru na kłopidogrel
- 3. Heparyna drobnocząsteczkowa do czasu zakończenia DAPT, potem NOAC/VKA
- 4. Terapia podwójna np NOAC+ tikagarelor



HASBLED
= 2/3

CHA2DS2Vasc = 7

Ryzyko udaru mózgu 11,2% ryzyko 15,7%
udar/TIA/zatorowość systemowa.



Pacjenci ze wskazaniem do doustnej antykoagulacji poddawani PCI¹

Dominują obawy związane z ryzykiem niedokrwienia²

Dominują obawy związane z ryzykiem krwawienia³



A kwas acetylosalicylowy **C** klopidogrel **O** doustny lek przeciwkrzepliwy

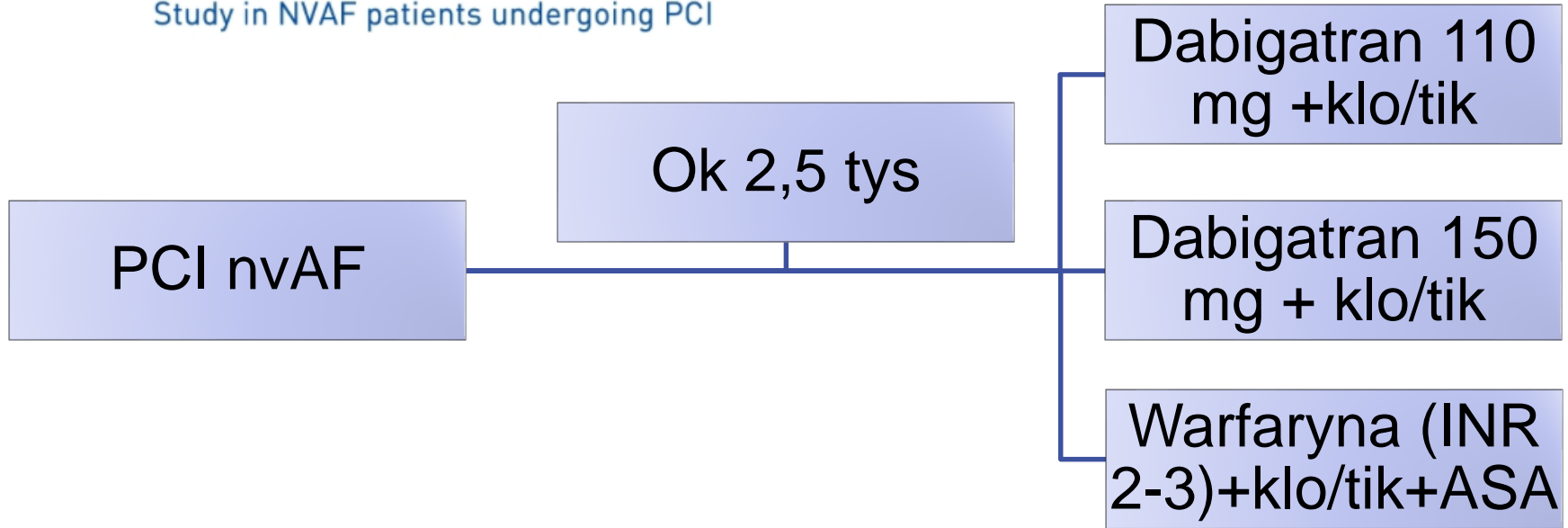
- Konwersja tikagrelor->klopidogrel z kontynuacją klopidogrelu do 12 miesięcy po MI
- ASA do 6 miesięcy po MI
- Dabigatran 110 mg 2xd do 12 miesięcy po MI i potem 150 mg 2xd



RE-DUAL PCI™

2016

Study in NVAF patients undergoing PCI

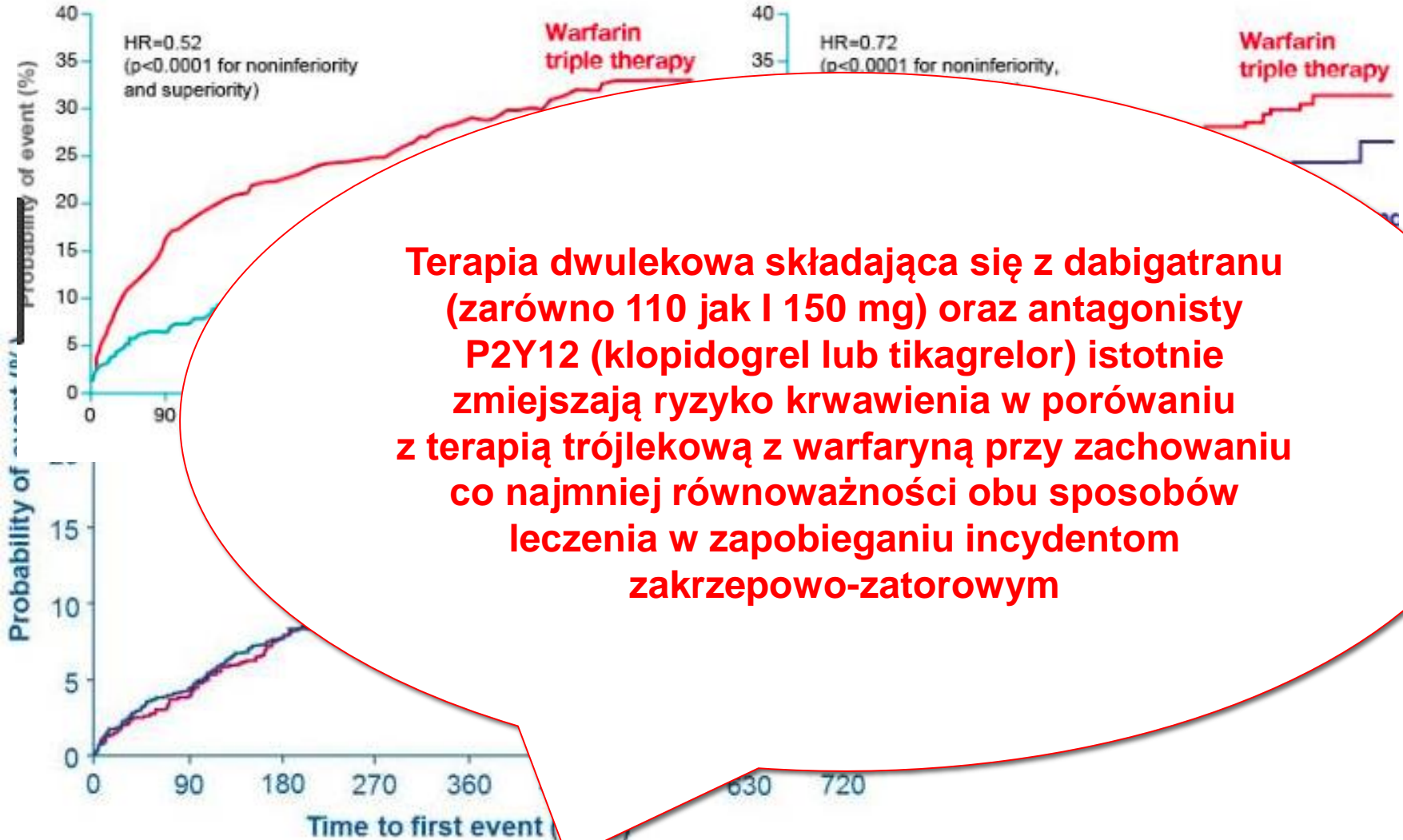


Pierwszorzędowy punkt końcowy: duże krwawienie wg klasyfikacji ISTH (objawowe i/lub ze ↓ HGB o ≥ 2 g/dl lub wymagające przetoczenia ≥ 2 j KKCz i/lub krwawienie prowadzące do zgonu) oraz krwawienie istotnie klinicznie niespełniające kryteriów dużego

Drugorzędowy złożony punkt końcowy: powikłania zakrzepowo-zatorowe, zgon oraz PCI ze wskazań nagłych

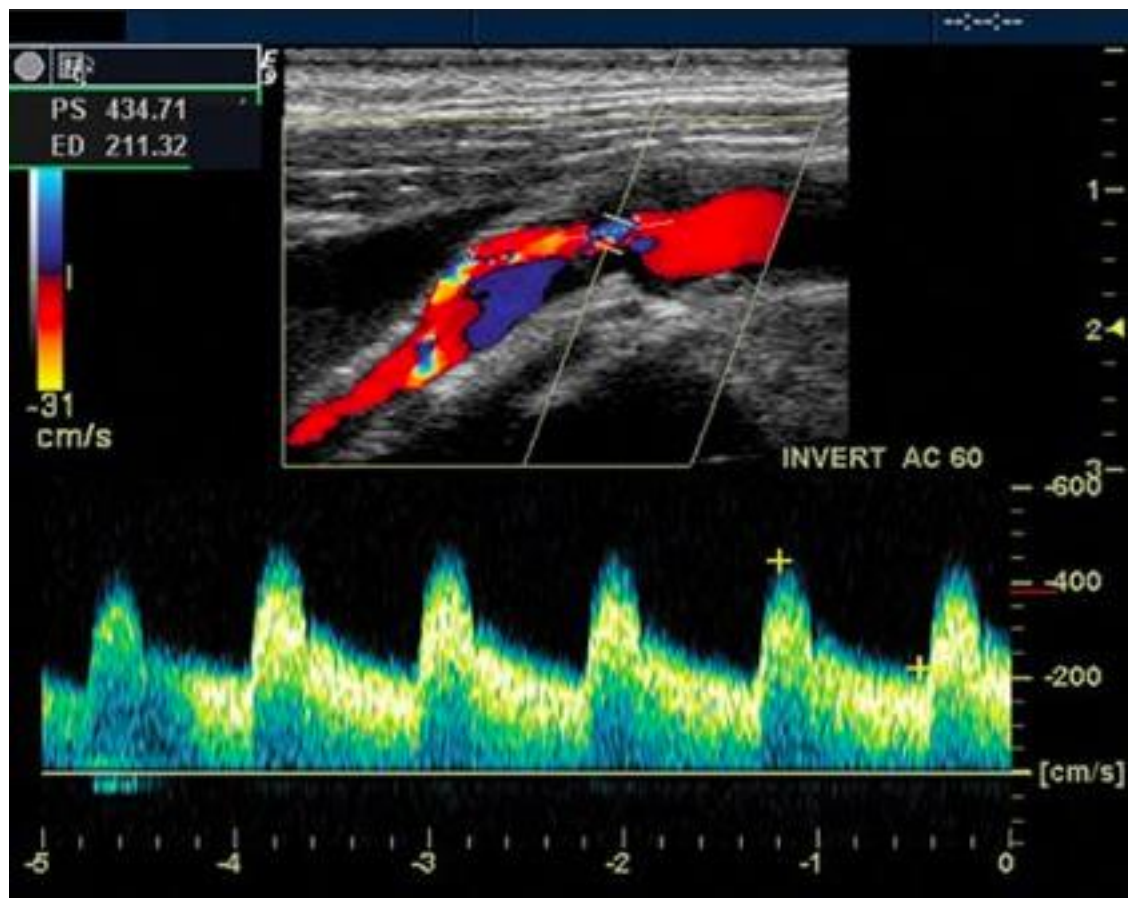


RE-DUAL PCI™ 2016



Terapia dwulekowa składająca się z dabigatranu (zarówno 110 jak i 150 mg) oraz antagonisty P2Y12 (klopidogrel lub tikagrelor) istotnie zmniejszają ryzyko krwawienia w porównaniu z terapią trójlekową z warfaryną przy zachowaniu co najmniej równoważności obu sposobów leczenia w zapobieganiu incydentom zakrzepowo-zatorowym

- USG tętnic szyjnych – istotne zwężenie RICA



Leczenie przeciwzakrzepowe w okresie okołozabiegowym.

Zakwalifikowana co zabiegu CAS, termin zabiegu za około miesiąc (czyli 3 miesiące po STEMI)

- 1. Przerwać NOAC na 1-2dni i “pomostowo” leczyć HDCz. DAPT utrzymać.
- 2. Przerwać NOAC, ale bez pomostowego leczenia HDCz. DAPT utrzymać.
- 3. Kontynuować NOAC+DAPT nieprzerwanie

Table 12 Classification of elective surgical interventions according to bleeding risk

1 Heart Rhythm Association

Interventions with minor bleeding risk

Dental interventions
Extraction of 1–3 teeth
Parodontal surgery
Incision of abscess
Implant positioning
Cataract or glaucoma intervention
Endoscopy without biopsy or resection
Superficial surgery (e.g. abscess incision, excisions; ...)

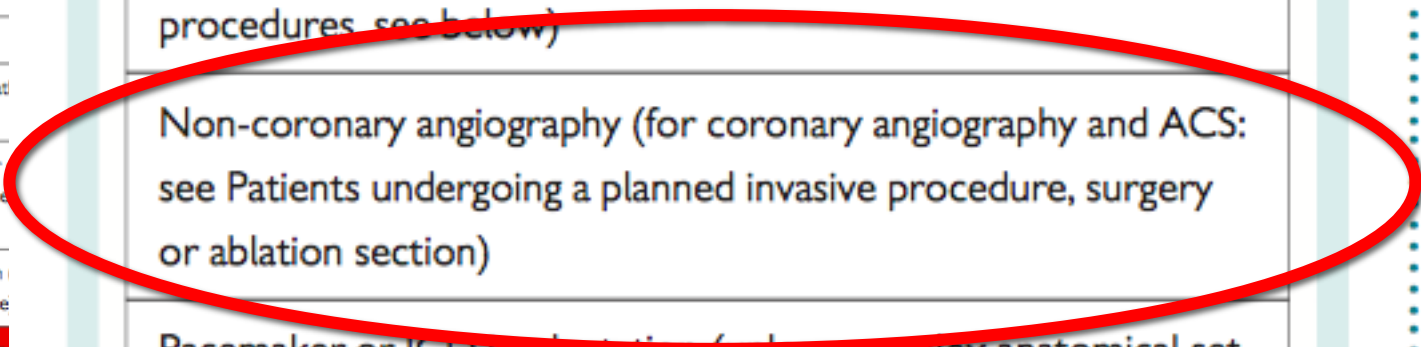
Interventions with low bleeding risk (low clinical impact)

Endoscopy with biopsy
Prostate or bladder biopsy
Electrophysiological study or catheter ablation (except complex procedures, see below)
Non-coronary angiography (for see Patients undergoing a planned procedure or ablation section)
Pacemaker or ICD implantation (unless complex anatomical setting, e.g. congenital heart disease)

Interventions with high bleeding risk (high impact)

Complex endoscopy (e.g. polypectomy etc.)
Spinal or epidural anaesthesia; lumbar diagnostic puncture
Thoracic surgery
Abdominal surgery
Major orthopaedic surgery
Liver biopsy
Transurethral prostate resection

excisions; ...)
Interventions with low bleeding risk (i.e. infrequent or with low clinical impact)
Endoscopy with biopsy
Prostate or bladder biopsy
Electrophysiological study or catheter ablation (except complex procedures, see below)
Non-coronary angiography (for coronary angiography and ACS: see Patients undergoing a planned invasive procedure, surgery or ablation section)
Pacemaker or ICD implantation (unless complex anatomical setting, e.g. congenital heart disease)



For each patient, individual factors relating to bleeding and thromboembolic risk need to be taken into account, and be discussed with the operating physician.

ORIGINAL ARTICLE

Table 3. Study Outcomes.

Outcome	No Bridging (N=918) <i>number of patients (percent)</i>	Bridging (N=895) <i>number of patients (percent)</i>	P Value
Primary			
Arterial thromboembolism	4 (0.4)	3 (0.3)	0.01*, 0.73†
Stroke	2 (0.2)	3 (0.3)	
Transient ischemic attack	2 (0.2)	0	
Systemic embolism	0	0	
Major bleeding	12 (1.3)	29 (3.2)	0.005†
Secondary			
Death	5 (0.5)	4 (0.4)	0.88†
Myocardial infarction	7 (0.8)	14 (1.6)	0.10†
Deep-vein thrombosis	0	1 (0.1)	0.25†
Pulmonary embolism	0	1 (0.1)	0.25†
Minor bleeding	110 (12.0)	187 (20.9)	<0.001†

* P value for noninferiority.

† P value for superiority.

Peric
in

James D.
Richard C.
David A. C.

David F. Kong
Vi

n

.O.,
M.D.,
B.A.,
e, M.B.,

		Day -4	Day -3	Day -2	Day -1	Day of surgery	Day +1	Day +2	
Minor bleeding risk	Dabi					No bridging ★ ★ ★ ★ Restart ≥ 6h post surgery			
	Apix								
	Edo / Riva (AM intake)								
	Edo / Riva (PM intake)								
Low bleeding risk	Dabi		 <small>(if CrCl ≥ 30)</small>	 <small>(if CrCl ≥ 50) (if CrCl ≥ 80)</small>		No bridging ★ ★ ★ ★			
	Apix								
	Edo / Riva (AM intake)								
	Edo / Riva (PM intake)								
High bleeding risk	Dabi	 <small>(if CrCl ≥ 30)</small>	 <small>(if CrCl ≥ 50) (if CrCl ≥ 80)</small>	No bridging (heparin / LMWH) Consider plasma level measurements (in special situations *)		No bridging ★ ★ ★ ★	Consider postoperative thromboprophylaxis per hospital protocol		
	Apix								
	Edo / Riva (AM intake)								
	Edo / Riva (PM intake)								
								Restart ≥ 48h (-72h) post surgery	

01.2018 CAS/RICA, po zabiegu kontynuacja wcześniejszych zaleceń NOAC+DAPT



02.2018, miesiąc po CAS/ICA

- Fusowate wymioty, bóle brzucha
- Od 2 dni biegunka w przebiegu infekcji żołądkowo-jelitowej
- W badaniach laboratoryjnych HGB 11,9 g/dl->8,6g/dl->7,2g/dl, kreatynina 1,1->2,4 mg/dl, PLT380tys
- Gastroskopia
- KKCZ, aPCC, płyny..
- Idarucizumab ?

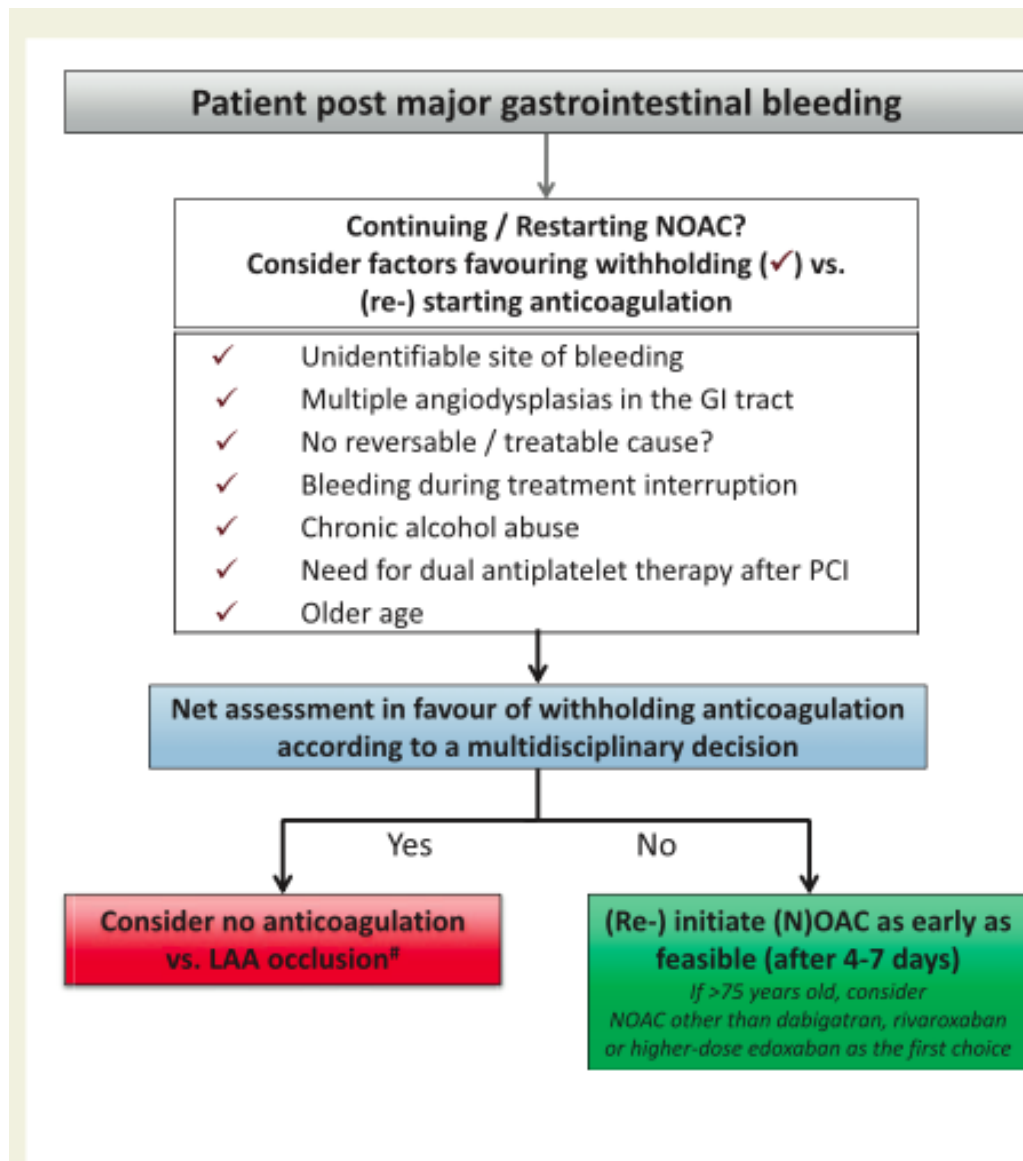
Czy, kiedy i jak wrócić do leczenia przeciwkrzepliwego?

1. Wrócić do NOAC
2. Zamiast NOAC włączyć VKA
3. Tylko DAPT
4. NOAC+klopidogrel
5. LAAA?

Czy, kiedy i jak wrócić do leczenia przeciwkrzepliwego?

Klopidogrel 75 mg po 48 godzinach
Dabigatran 110 mg po 4 dniach

Okresowa kontrola z oceną parametrów nerkowych!



CAUTION

**THIS MACHINE
HAS NO BRAIN
USE YOUR OWN**

