

Nowoczesne leczenie przeciwkrzepliwe - kiedy, czym i jak? Najważniejsze zasady postępowania w codziennej praktyce klinicznej.

ODCINEK 1 - Aktualne wytyczne ESC 2024 dotyczące migotania przedsionków - część 1

dr hab. n. med. Marcin Barylski, prof. UM w Łodzi, FESC, FPCS
Klinika Chorób Wewnętrznych i Rehabilitacji Kardiologicznej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

W części 1:

- Nowa ścieżka postępowania AF-CARE - co oznaczają poszczególne litery?
- Dlaczego NOAC w migotaniu przedsionków?
- Leki kontrolujące tętno/rytm - POZYCJONOWANIE
- Skala CHA₂DS₂-VA - DELIKATNA MODYFIKACJA
- Interakcje leków przeciwkrzepliowych
- OAC + leki p-płytkowe - JAK STOSOWAĆ?

2024 ESC Guidelines for the Management of Atrial Fibrillation

developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS)



Isabelle Van Gelder & Dipak Kotecha,
on behalf of the 2024 AF guidelines task force



Isabelle Van Gelder
Netherlands

30.08.2024



101 stron
1248 cytowań

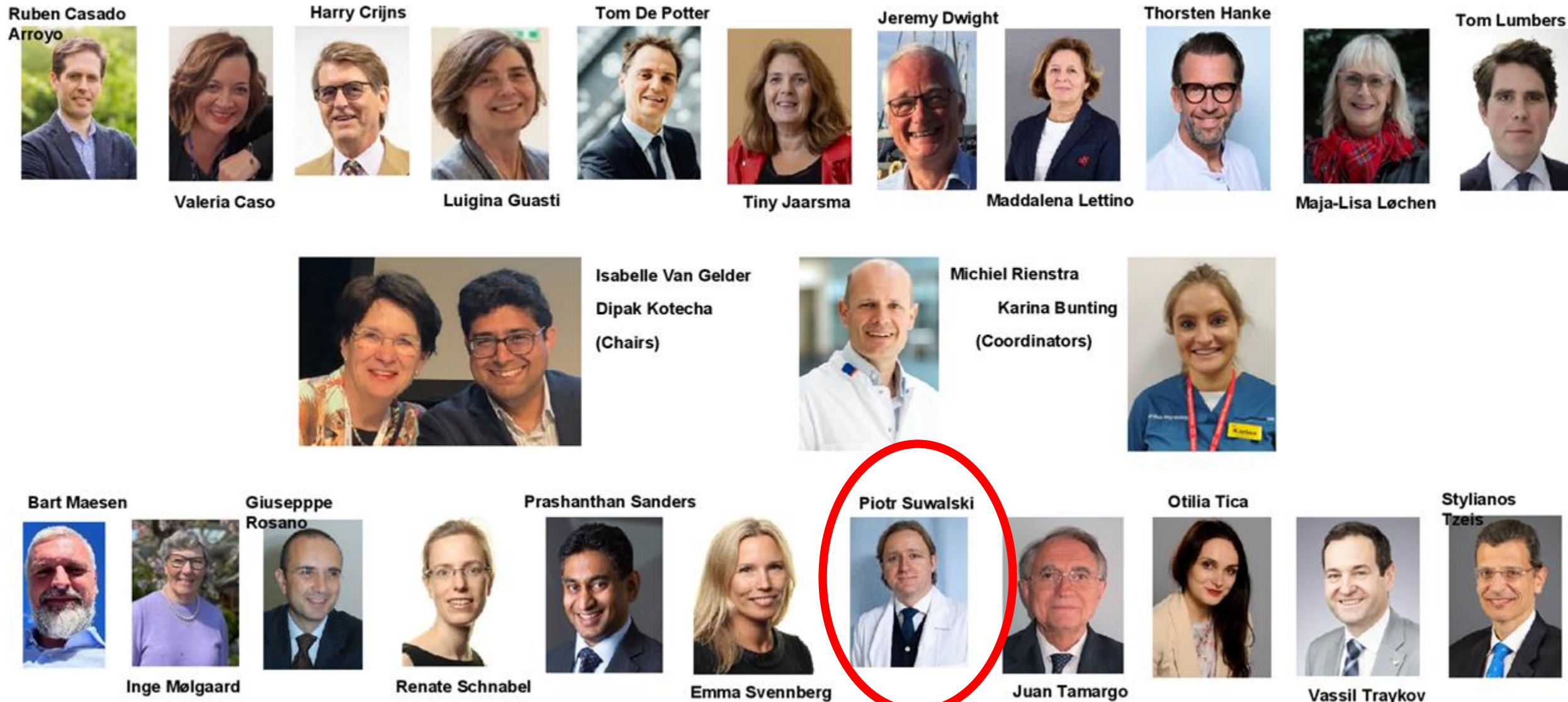
2024 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS)

Developed by the task force for the management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC), with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA) of the ESC.

Endorsed by the European Stroke Organisation (ESO)

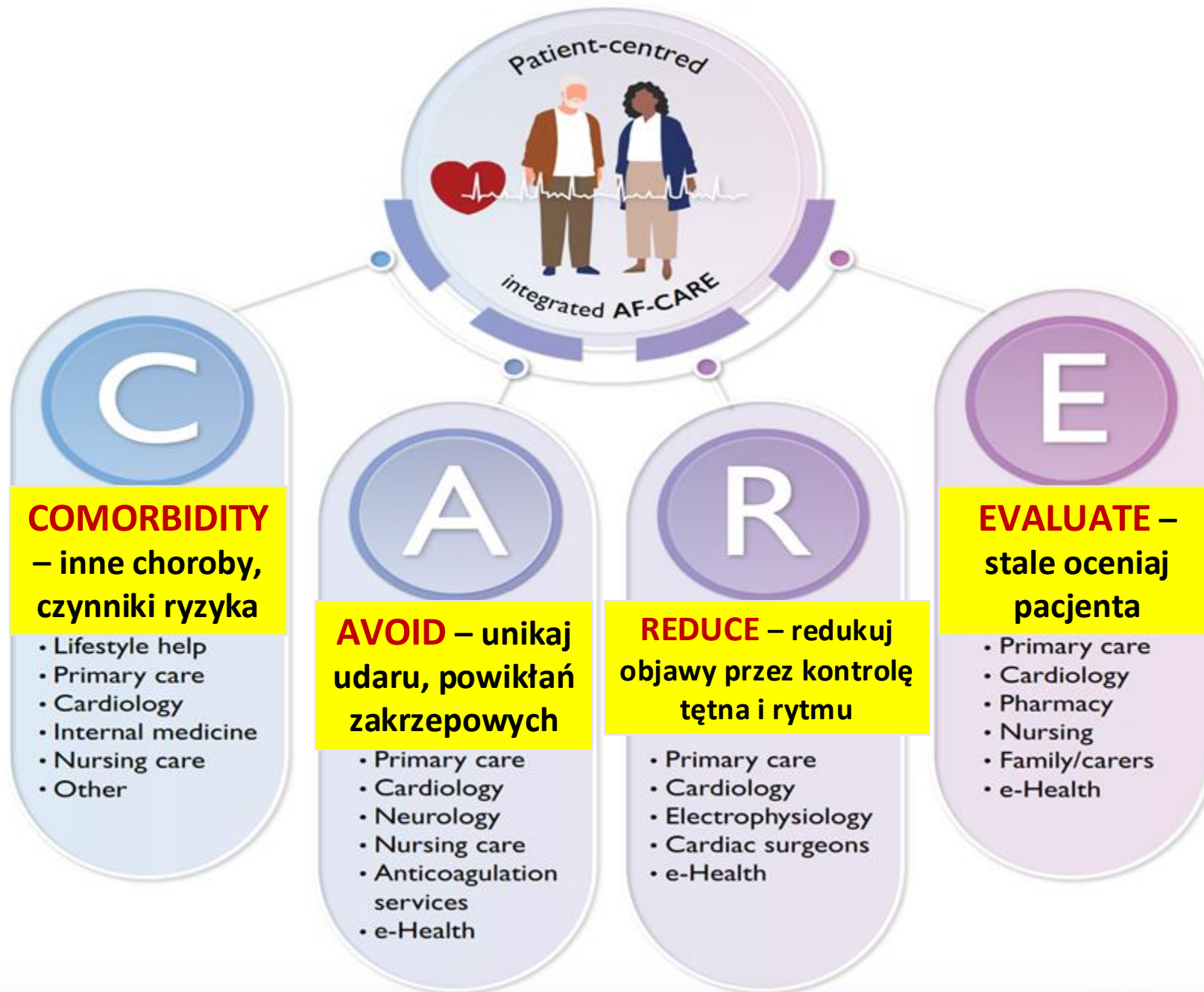
Authors/Task Force Members: Isabelle C. Van Gelder  ^{*,†}, (Chairperson) (Netherlands), Michiel Rienstra  [±], (Task Force Co-ordinator) (Netherlands), Karina V. Bunting  [±], (Task Force Co-ordinator) (United Kingdom), Ruben Casado-Arroyo  (Belgium), Valeria Caso  ¹ (Italy), Harry J.G.M. Crijns  (Netherlands), Tom J.R. De Potter  (Belgium), Jeremy Dwight (United Kingdom), Luigina Guasti  (Italy), Thorsten Hanke  ² (Germany), Tiny Jaarsma  (Sweden), Maddalena Lettino  (Italy), Maja-Lisa Løchen  (Norway), R. Thomas Lumbers  (United Kingdom), Bart Maesen  ² (Netherlands), Inge Mølgaard (Denmark), Giuseppe M.C. Rosano (United Kingdom), Prashanthan Sanders  (Australia), Renate B. Schnabel  (Germany), Piotr Suwalski  ² (Poland), Emma Svennberg  (Sweden), Juan Tamargo  (Spain), Otilia Tica  (Romania), Vassil Traykov  (Bulgaria), Stylianos Tzeis (Greece), Dipak Kotecha  ^{*,†}, (Chairperson) (United Kingdom), and ESC Scientific Document Group

Task Force for the 2024 ESC Guidelines for the management of AF

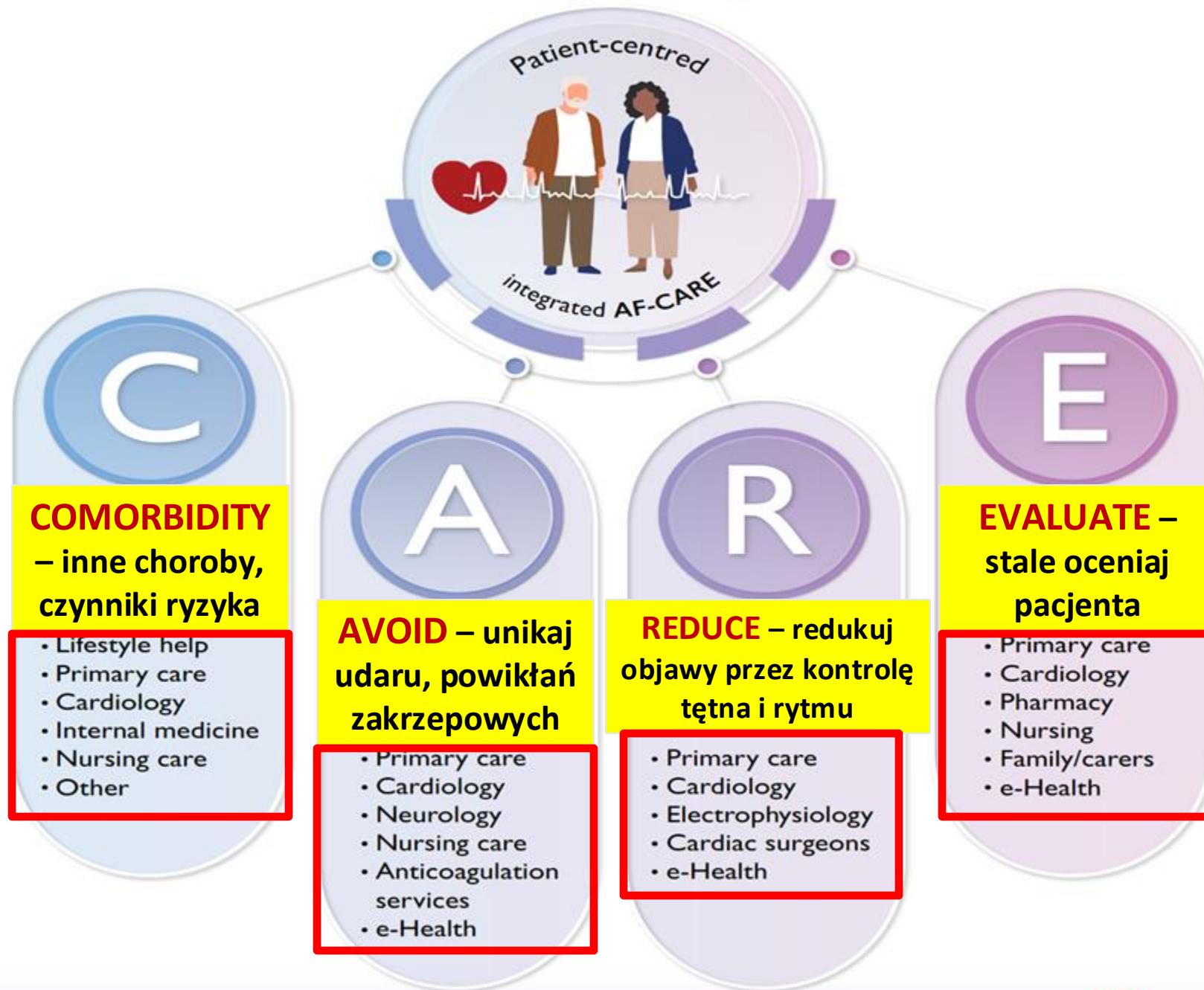


1. **Nowa ścieżka postępowania... CARE**
2. CARE... CO DOKŁADNIE OZNACZAJĄ POSZCZEGÓLNE LITERY?
3. Leki kontrolujące tętno, rytm... POZYCJONOWANIE
4. Skala CHA₂DS₂-VA... DELIKATNA MODYFIKACJA
5. Antykoagulacja... CO PAMIĘTAĆ?
6. OAC + leki p-płytkowe... JAK STOSOWAĆ?

Atrial fibrillation



Atrial fibrillation



1. **Nowa ścieżka postępowania... CARE**
2. **CARE... CO DOKŁADNIE OZNACZAJĄ POSZCZEGÓLNE LITERY?**
3. **Leki kontrolujące tętno, rytm... POZYCJONOWANIE**
4. **Skala CHA₂DS₂-VA... DELIKATNA MODYFIKACJA**
5. **Antykoagulacja... CO PAMIĘTAĆ?**
6. **OAC + leki p-płytkowe... JAK STOSOWAĆ?**

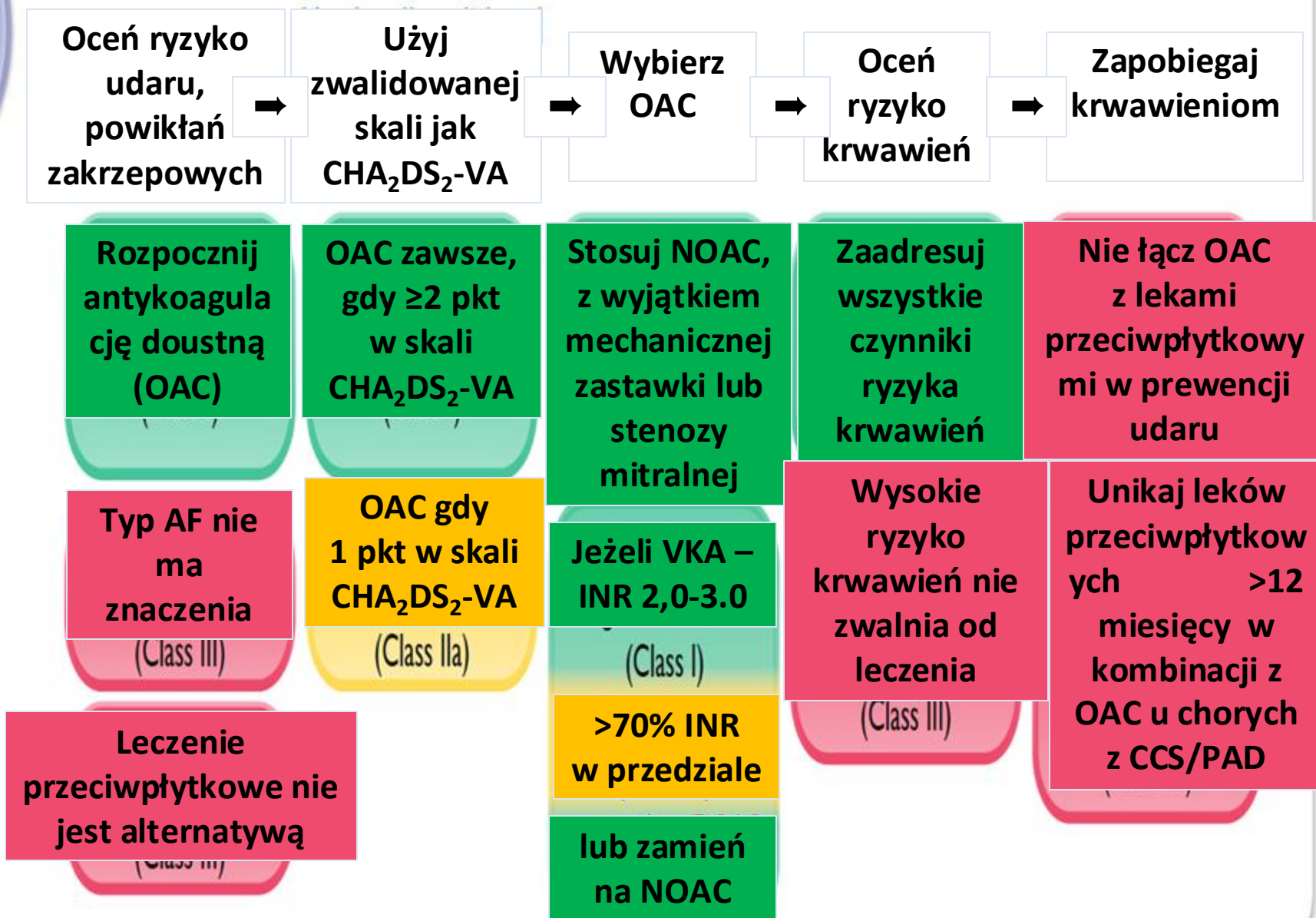


Comorbidity and risk factor management

Nadciśnienie tętnicze	Niewydolność serca	Nadwaga/otyłość	Obturacyjny bezdech senny	Alkohol
Leczenie hipotensyjne (Class I)	Diuretyki w zastoju (Class I)	10% spadku masy ciała (Class I)	Leczenie OBS (Class IIb)	Redukcja do ≤3 drinków tygodniowo
Cukrzyca	Odpowiednia terapia HFrEF (Class I)	Bariatryka, gdy rytm kontrolowany (Class IIb)	Aktywność fizyczna	Inne czynniki ryzyka i choroby
Skuteczna kontrola glikemii (Class I)	Inhibitory SGLT2 (Class I)		Dobra indywidualnie (Class I)	Identyfikować i leczyć skutecznie (Class I)



Avoid stroke and thromboembolism



DLACZEGO NOAC?

	VKA	NOAC
Prewencja udaru mózgu / zatorowości obwodowej	✓	✓
Mniejsze ryzyko krwawienia, szczególnie śródczaszkowego	-	✓
Stała dawka w trakcie leczenia	-	✓
Brak konieczności monitorowania terapii	-	✓
Niskie ryzyko interakcji międzylekowych	-	✓
Brak ograniczeń dietetycznych	-	✓
Szybki efekt terapeutyczny	-	✓



Reduce symptoms by rate and rhythm control

See patient pathways for:

First-diagnosed AF

Paroxysmal AF

Persistent AF

Permanent AF

- 1. Leki kontrolujące częstość rytmu komór (LBA, amiodaron, digoksyna, werapamil, diltiazem)**
- 2. Kardiowersja**
- 3. Leki antyarytmiczne**
- 4. Ablacja cewnikowa**
- 5. Ablacja endoskopowa/hybrydowa**
- 6. Ablacja chirurgiczna**
- 7. Ablacja łącza z wszczepieniem stymulatora**



Evaluation and dynamic reassessment

Ponowna ocena po kolejnym napadzie albo przyjęciu do szpitala z innej przyczyny

Regularna ocena po 6 miesiącach i potem co najmniej co rok

EKG, echo,
badania z
krwi, Holter
EKG, inne
badania

**Nowe
choroby?
Nowe czynniki
ryzyka?**

(Class I)

**Ponownie
oceń ryzyko
udar**

(Class I)

**Określ
objawowość
AF**

(Class I)

**Ponownie
oceń ryzyko
krwawień**

(Class I)

**Kontynuuj
OAC, jeżeli
trzeba**

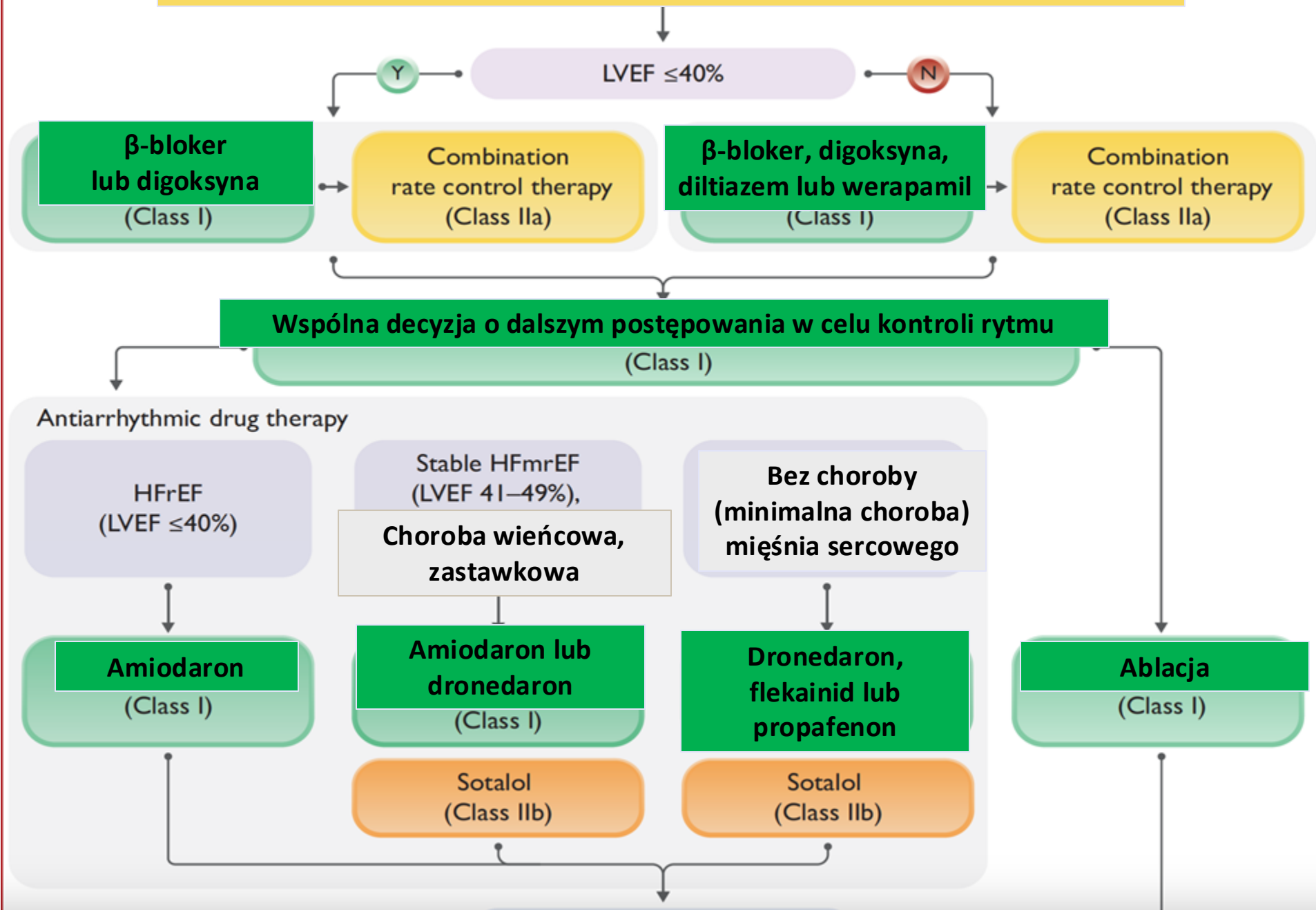
(Class I)



Każdy pacjent z AF, powinien być po 6 miesiącach od diagnozy i regularnie co roku, poddawany kolejnej ocenie internistyczno-kardiologicznej, z szacowaniem ryzyka powikłań zakrzepowo-zatorowych i ryzyka krwawień!

1. **Nowa ścieżka postępowania... CARE**
2. **CARE... CO DOKŁADNIE OZNACZAJĄ POSZCZEGÓLNE LITERY?**
3. **Leki kontrolujące tętno, rytm... POZYCJONOWANIE**
4. **Skala CHA₂DS₂-VA... DELIKATNA MODYFIKACJA**
5. **Antykoagulacja... CO PAMIĘTAĆ?**
6. **OAC + leki p-płytkowe... JAK STOSOWAĆ?**

Cel kontroli częstości = tętno w spoczynku <110 uderzeń na minutę (łagodna kontrola), z bardziej rygorystyczną kontrolą przy utrzymujących się objawach



1. **Nowa ścieżka postępowania... CARE**
2. **CARE... CO DOKŁADNIE OZNACZAJĄ POSZCZEGÓLNE LITERY?**
3. **Leki kontrolujące tętno, rytm... POZYCJONOWANIE**
4. **Skala CHA₂DS₂-VA... DELIKATNA MODYFIKACJA**
5. **Antykoagulacja... CO PAMIĘTAĆ?**
6. **OAC + leki p-płytkowe... JAK STOSOWAĆ?**

CHA₂DS₂-VASc – schemat stratyfikacji ryzyka - TAK BYŁO!!!

Czynniki ryzyka		Punktacja
C	Niewydolność serca /dysfunkcja lewej komory	1
H	Nadciśnienie tętnicze	1
A₂	Wiek ≥75 lat	2
D	Cukrzyca	1
S₂	Udar mózgu lub TIA lub incydent zakrzepowozatorowy w wywiadzie	2
V	Choroba naczyniowa (znacząca angiograficznie choroba wieńcowa, zawał/choroba naczyń obwodowych/blaszka miażdżycowa w aorcie)	1
A	Wiek 65-74 lata	1
Sc	Płeć żeńska	1
		Max: 9 pkt.
Guidelines for the management of atrial fibrillation, Eur Heart J 2021; 42(5): 373-498.		

CHA₂DS₂-VA – schemat stratyfikacji ryzyka - TAK JEST!!!

Czynniki ryzyka		Punktacja
C	Niewydolność serca /dysfunkcja lewej komory	1
H	Nadciśnienie tętnicze	1
A₂	Wiek ≥75 lat	2
D	Cukrzyca	1
S₂	Udar mózgu lub TIA lub incydent zakrzepowozatorowy w wywiadzie	2
V	Choroba naczyniowa (znacząca angiograficznie choroba wieńcowa, zawał/choroba naczyń obwodowych/blaszka miażdżycowa w aorcie)	1
A	Wiek 65-74 lata	1
Sc	Płeć żeńska	1

**2024 ESC Guidelines for the management
of atrial fibrillation developed in collaboration
with the European Association
for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS)**

Zalecenie	Klasa	Poziom
Wynik CHA₂DS₂-VA wynoszący 2 lub więcej zaleca się jako wskaźnik podwyższonego ryzyka zakrzepowozatorowego w celu podjęcia decyzji o rozpoczęciu doustnego leczenia przeciwzakrzepowego.	I	C
Wynik CHA₂DS₂-VA równy 1 należy rozważyć jako wskaźnik podwyższonego ryzyka zakrzepowozatorowego w celu podjęcia decyzji o rozpoczęciu doustnego leczenia przeciwzakrzepowego.	IIa	C

Nowa skala – na co zwrócić uwagę?

C	Chronic heart failure	Objawowa niewydolność serca niezależnie od typu (HFpEF, HFmrEF, HFrEF) lub bezobjawowe uszkodzenie LVEF $\leq 40\%$.
H	Hypertension	$\geq 140/90$ mmHg co najmniej dwukrotnie zmierzone lub leczenie hipotensyjne. Najbardziej optymalne w AF jest 120-129/70-79 mmHg, jeżeli tolerowane.
D	Diabetes mellitus	Rozpoznanie cukrzycy typu 2. lub 1. LUB aktualne leczenie lekami hipoglikemizującymi.
S	Prior stroke, TIA, or arterial thromboembolism	Nie tylko przebyty udar! Także diagnozy: TIA, jakiegokolwiek zatorowości tętniczej.
V	Vascular disease	Zespół wieńcowy, w tym przebyty zawał serca, PZW, OZW, rewaskularyzacja (PCI, CABG), cechy PZW w badaniu obrazowym LUB choroba naczyń obwodowych dowolnej lokalizacji, chromanie przestankowe, rewaskularyzacje obwodowe, zabiegi na aorcie, blaszki w aorcie w metodach obrazowych – duże (grubość ≥ 4 mm), złożone, wrzodziejące, ruchome).






Punkty w skali CHA₂DS₂-VA – RYZYKO UDARU

CHA ₂ DS ₂ -VA Punkty	Ryzyko udaru na 100 pacjentów/rok
0	0,5%
1	1,5%
2	2,9%
3	5,1%
4	7,3%
5	11,2%
6	15,5%
7	14,7%
8	19,5%

1. Nowa ścieżka postępowania... CARE
2. CARE... CO DOKŁADNIE OZNACZAJĄ POSZCZEGÓLNE LITERY?
3. Leki kontrolujące tętno, rytm... POZYCJONOWANIE
4. Skala CHA₂DS₂-VA... DELIKATNA MODYFIKACJA
5. Antykoagulacja... CO PAMIĘTAĆ?
6. OAC + leki p-płytkowe... JAK STOSOWAĆ?

Praktyczne stosowanie NOAC

LEK	Dawka typowa	Dawka zredukowana
APIKSABAN	2 x 5 mg	2 x 2.5 mg
DABIGATRAN	2 x 150 mg	2 x 110 mg
EDOKSABAN	60 mg	30 mg
RIWAROKSABAN	20 mg	15 mg

Doustne leki przeciwkrzepliwie — antagoniści wit. K	Bezpośrednie doustne antykoagulanty			
	Apiksaban	Dabigatran	Edoksaban	Rywaroksaban
				
Unikaj, jeśli to możliwe NLPZ Flukonazol Worykonazol Fluoksetyna	Unikaj, jeśli to możliwe Karbamazepina Fenytoina Fenobarbital Ryfampicyna Rytonawir Itrakonazol Ketokonazol	Unikaj, jeśli to możliwe Dronedaron Karbamazepina Fenytoina Ryfampicyna Rytonawir Itrakonazol Ketokonazol Cyklosporyna Glekaprewir/pibrentaswir Takrolimus	Unikaj, jeśli to możliwe Karbamazepina Fenytoina Fenobarbital Ryfampicyna Rytonawir	Unikaj, jeśli to możliwe Dronedaron Karbamazepina Fenytoina Fenobarbital Itrakonazol Ketokonazol Posakonazol Worykonazol Ryfampicyna Rytonawir
Zmniejsz dawkę warfaryny Amiodaron Metronidazol Sulfonamidy Allopurinol Fluwestatyna Gemfibrozil Fluorouracyl	Unikaj lub zredukuj dawkę apiksabanu jeśli stosowane Posakonazol Worykonazol Inhibitory proteazy Apalutamid Enzalutamid Inhibitory kinazy tyrozynowej	Opóźnij czas podania leku i/lub dostosuj dawkę Amiodaron Tikagrilor Werapamil Chinidyna Klarytromycyna Posakonazol	Unikaj lub zmniejsz dawkę edoksabanu Dronedaron Unikaj lub zredukuj dawkę edoksabanu jeśli stosowane Cyklosporyna Itrakonazol Ketokonazol Erytromycyna	Unikaj rywaroksabanu jeśli stosowane Inhibitory proteazy Inhibitory kinazy tyrozynowej Ostrożnie w przypadku zaburzeń czynności nerek Werapamil Cyklosporyna Klarytromycyna Erytromycyna Flukonazol
Zwiększ dawkę warfaryny Karbamazepina				
Dokładnie monitoruj INR Dronedaron Statyny Antybiotyki penicylinowe Antybiotyki makrolidowe Antybiotyki chinolonowe Ryfampicyna Metotreksat Rytonawir Fenytoina Walproinian sodu Tamoksifen Chemioterapia				
Ogranicz spożycie Alkohol Sok grejpfrutowy Dziurawiec	Ogranicz spożycie Sok grejpfrutowy Dziurawiec	Ogranicz spożycie Sok grejpfrutowy Dziurawiec	Ogranicz spożycie Sok grejpfrutowy Dziurawiec	Ogranicz spożycie Sok grejpfrutowy Dziurawiec

Wszystkie antykoagulanty wchodzą w interakcje

Najgorsze są leki z grupy antagonistów witaminy K (acenokumarol, warfaryna)

1. Nowa ścieżka postępowania... CARE
2. CARE... CO DOKŁADNIE OZNACZAJĄ POSZCZEGÓLNE LITERY?
3. Leki kontrolujące tętno, rytm... POZYCJONOWANIE
4. Skala CHA₂DS₂-VA... DELIKATNA MODYFIKACJA
5. Antykoagulacja... CO PAMIĘTAĆ?
6. OAC + leki p-płytkowe... JAK STOSOWAĆ?

Klopidogrel preferowanym P2Y₁₂ kiedy łączony z OAC

