

Trombemboolia riski lävend antikoagulatsioonravi alustamiseks

Kliiniline küsimus

Kas kõikidel KVA patsientidel, kellel CHA2DS2-VASc skoori väärtus on ≥ 2 on näidustatud antikoagulantravi?

Kas kõikidel KVA patsientidel, kellel CHA2DS2-VASc skoori väärtus on ≥ 1 on näidustatud antikoagulantravi?

Olulised tulemusnäitajad

Surm, ajuinfarkt, trombemboolia, oluline verejooks, elukvaliteet, koljusisene verejooks, tõsine kõrvaltoime.

Mõõdukalt olulised: hospitaliseerimine, ravi katkestama sundiv kõrvaltoime.

Kliinilise tõenduse kokkuvõte

Kuna kõigi antikoagulantide kõrvaltoimeks on verejooksuriski suurenemine, on oluline hinnata trombemboolia riski igal patsiendil, et otsustada, kas ravimist saadav kasu, st trombemboolia riski vähendav toime ületab veritsusriski suurenemisest tingitud kahju.

Enamik ravijuhendeid kasutab trombemboolia riski hindamiseks CHADS2 või CHA2DS2-VASc skoori ja mitte ükski ei esita adekvaatset analüüsi ravi alustamise kriteeriumite tõendatuse kohta.

Antikoagulantravi elulemust parandav ja trombemboolia riski vähendav toime on hästi teada ja kirjeldatud VKA uuringute alusel¹.

Antikoagulatsioonravi alustamist õigustava insuldiriski alampiiri uuringut kirjeldas Eckmann. Markovi mudeli tulemusena oli VKA kasutamine netokasulik insuldiriski 1,7% aastas puhul ning uue antikoagulandi kasutamine insuldiriski 0,9% puhul².

Hiljutised uuringud on viidanud, et varasemate kohortuuringute alusel antud hinnangud erineva CHA2DS2-VASc skooriga patsientide insuldiriskile võivad olla ebatäpsed, st kuna insuldirisk populatsioonis langeb, langeb see ka erinevates CHA2DS2-VASc riskikategooriates. Meta-analüüsi³ hinnang aastasele insuldiriskile CHA2DS2-VASc = 1 kategoorias oli 1,61 % ning CHA2DS2-VASc = 2 puhul 2,49%. Pärast meta-analüüsi avaldatud uuring Ühendkuningriigist (Allan 2017) leidis, et aastane insuldihaigestumus CHA2DS2-VASc = 1 grupis oli 0,6/100pa ning CHA2DS2-VASc = 2 puhul 1,2/100pa⁴.

Hiljutine mittesüsteemne ülevaade⁵ summeeris arstide ja patsientide eelistuste uuringud, mis näitasid, et arstide peamine mure on ravist tingitud verejooks, ent patsientide jaoks on see alles 5. kohal pärast ravimi ja toidu koostoimeid, toime kiire antagoniseerimise võimalust, ravimi kliinilist kasutuskogemust ja analüüside andmise vajadust⁶. Teine uuring viitas, et patsiendid eelistaks kogeda nelja olulist verejooksu pigem kui ühte ajuinfarkti ning ravi aktsepteerimise alampiir oli insuldi absoluutse riski vähenemine 0,8%⁷.

Teiste ravijuhendite soovitusel samal teemal

AHA 2014 juhend soovitab

- kasutada suukaudseid antikoagulante varasema ajuinfarkti, TIA või CHA2DS2-VASc ≥ 2 puhul (I A,B);
- mitte kasutada verehübivust vähendavaid ravimeid, kui CHA2DS2-VASc = 0 (IIa, B);
- CHA2DS2-VASc = 1 puhul jätab juhend otsuse vabaks, sobib nii ravimata jätmine, atsetüülsalitsüülhappe kui antikoagulant (IIb, C).

¹ Hart RG jt. Meta-analysis: antithrombotic therapy to prevent stroke in patients who have nonvalvular atrial fibrillation. Ann Intern Med 2007; 146:857–867.

² Eckman MH jt. Moving the Tipping Point. The Decision to Anticoagulate Patients With Atrial Fibrillation. Circ Cardiovasc Qual Outcomes. 2011;4:14–21.

³ Joundi RA jt. Ischemic stroke risk in patients with atrial fibrillation and CHA2DS2-VASc score of 1: systematic review and meta-analysis. Stroke 2016;47:1364–7.

⁴ Allan V jt. Net clinical benefit of warfarin in individuals with atrial fibrillation across stroke risk and across primary and secondary care. Heart. 2017 Feb;103(3):210–218. doi: 10.1136/heartjnl-2016-309910.

⁵ Potpara T jt. Decision-Making in Clinical Practice: Oral Anticoagulant Therapy in Patients with Non-valvular Atrial Fibrillation and a Single Additional Stroke Risk Factor. Adv Ther (2017) 34:357–377.

⁶ Andrade JG jt. Values and preferences of physicians and patients with nonvalvular atrial fibrillation who receive oral anticoagulation therapy for stroke prevention. Can J Cardiol. 2016;32:747–53.

⁷ Lahaye S jt. Evaluation of patients' attitudes towards stroke prevention and bleeding risk in atrial fibrillation. Thromb Haemost. 2014;111:465–73.

Kanada ravijuhend soovib antikoagulatsiooni kõigile, kes üle 65, kel varasem ajuinfarkt või TIA või hüpertensioon või diabeet. Kui neist ühtegi ei ole, ent kaasub koronaarhaigus või perifeersetes arterites ateroskleroos, soovib juhend atsetüülsalitsüülhapet.

ESC 2016 ravijuhend soovib

- kasutada suukaudseid antikoagulantere KVA-ga meestel, kel CHA2DS2-VASc ≥ 2 (IA);
- kasutada suukaudseid antikoagulantere KVA-ga naistel, kel CHA2DS2-VASc ≥ 3 (IA);
- kaaluda suukaudsete antikoagulantide kasutamist KVA-ga meestel, kel CHA2DS2-VASc = 1, võttes arvesse patsiendi faktoreid ja eelistusi (IIa, B);
- kaaluda suukaudsete antikoagulantide kasutamist KVA-ga naistel, kel CHA2DS2-VASc = 2, võttes arvesse patsiendi faktoreid ja eelistusi (IIa, B);
- meestel ja naistel, kellel ei ole ajuinfarkti riskifaktoreid, ei soovitata kasutada antikoagulantere ega antiagregante (III, A);
- antikoagulatsiooni soovitata jätkata ka vasaku koja kõrvakese kirurgilise sulgemise järgselt (I, B)

NICE ravijuhend soovib

- ärge kasutage insuldiennetust alla 65 aastastel KVA-ga patsientidel, kellel ei ole insuldi riskifaktoreid (v.a sugu), st kui CHA2DS2-VASc = 0 meestel ja CHA2DS2-VASc = 1 naistel);
- kaaluge antikoagulatsiooni KVA-ga meestel, kelle CHA2DS2-VASc = 1. Võtke arvesse verejooksuriski;
- kasutage antikoagulatsiooni KVA-ga patsientidel, kelle CHA2DS2-VASc ≥ 2 . Võtke arvesse verejooksuriski.

Soome ravijuhend soovib

- kasutada antikoagulatsiooni, kui CHA2DS2-VASc ≥ 2 ;
- kaaluda antikoagulatsiooni, kui CHA2DS2-VASc = 1, võttes arvesse riskifaktorite ravi tulemusi, teisi kardiovaskulaarseid riskitegureid, verejooksuriski;
- mitte kasutada antikoagulatsiooni, kui CHA2DS2-VASc = 0.

Viited – vt *footnote*.

Insuldirisk 100 patsiendiaasta kohta CHA2DS2-VASc algse kohordi (lilla veerg) ja hiljutise uuringu⁸ alusel.

Points		Rate per 100-PY
0	0%	0.38
1	1,3%	0.78
2	2,2%	1.92
3	3,2%	2.84
4	4,0%	3.70
5	6,7%	5.08
6	9,8%	7.09
7	9,6%	8.98
8	6,7%	9.01
9	15,2%	15.49

⁸ van den Ham HA jt. Comparative Performance of ATRIA, CHADS2, and CHA2DS2-VASc Risk Scores Predicting Stroke in Patients With Atrial Fibrillation. JACC 2015;66(17): 1851 – 9.