

Αιμορραγικά συμβάματα σε ασθενείς με κοιλιακή μαρμαρυγή που ελάμβαναν αντιπηκτική αγωγή.

Αναδρομική μελέτη καταγραφής ασθενών που εισήχθησαν στο Γενικό Νοσοκομείο Παπαγεωργίου την περίοδο 2016 έως 2018 με έμφαση στο ποιός παράγοντας ενοχοποιείται συχνότερα για την εμφάνιση αιμορραγίας.

Ι. Αλευρούδης, Δ. Χαρισόπουλος, Σ. Καρακάνας, Ν. Κουτάβας, Γ. Κοτσιούρος, Λ. Ζιτιρίδου, Β. Σαχπεκίδης, Η. Ζάρβαλης, Ι. Στυλιάδης

Γενικά

- Για την αναζήτηση στο αρχείο του νοσοκομείου, χρησιμοποιήθηκαν οι κωδικοί ICD – 10, που αντιστοιχούσαν σε ενδοεγκεφαλική αιμορραγία, αιμορραγικό ΑΕΕ, αιμορραγία ανώτερου και κατώτερου πεπτικού.

Κριτήρια εισόδου

- Ηλικία > 18 έτη
- Ιστορικό κοιλιακής μαρμαρυγής είτε ως παροξυσμικής είτε ως μόνιμης.
- Λήψη αντιπηκτικής αγωγής ή συνδυασμό αντιπηκτικού με κάποιο αντιαιμοπεταλιακό (APT + OAC).

Κριτήρια αποκλεισμού

- Αιμορραγία μη σχετιζόμενη με φάρμακα.
- Κακή/ελλιπής καταγραφή ιστορικού.
- Ασθενείς με κίρρωση ήπατος Child – Pugh κατάταξη C (> 10 πόντους).
- Ασθενείς με καρκίνο τελικού σταδίου

Πληθυσμός

- Συνολικά ελέχθησαν τα αρχεία 1100 ασθενών.
- Απο τους 235 ασθενείς που εισήχθησαν με μείζων αιμορραγικό σύμβαμα, οι 111 (47,23%) είχαν στο ιστορικό τους κολπική μαρμαρυγή και λήψη αντιπηκτικής ή αντιαιμοπεταλιακής αγωγής ή συνδυασμό αυτών.

CHADS-VASC

Congestive heart failure	1
Hypertension	1
Age >74	2
Age 65-74	1
Diabetes Mellitus	1
Stroke/TIA	2
Vascular disease	1
Female	1

Yearly risk of Stroke, by score

1 (1.3%)	2(2.2%)	3(3.2%)
4 (4.0%)	5(6.7%)	6(9.8%)
7(9.6%)	8(6.7%)	9(15.2%)

NICE recommend consideration of anticoagulation if score >0

HAS-BLED

Hypertension (>160mmHg)	1
Renal (dialysis, transplant Cr >200)	1
Liver (cirrhosis, LFTs Bili x2 or others x3)	1
Stroke History	1
Prior Major bleed/predisposition	1
High/Unstable INR	1
Age \geq 65 years	1
Medication predisposing to bleed	1
Alcohol/Drugs (\geq 8 drinks/week)	1

Yearly risk of Major Bleed, by score

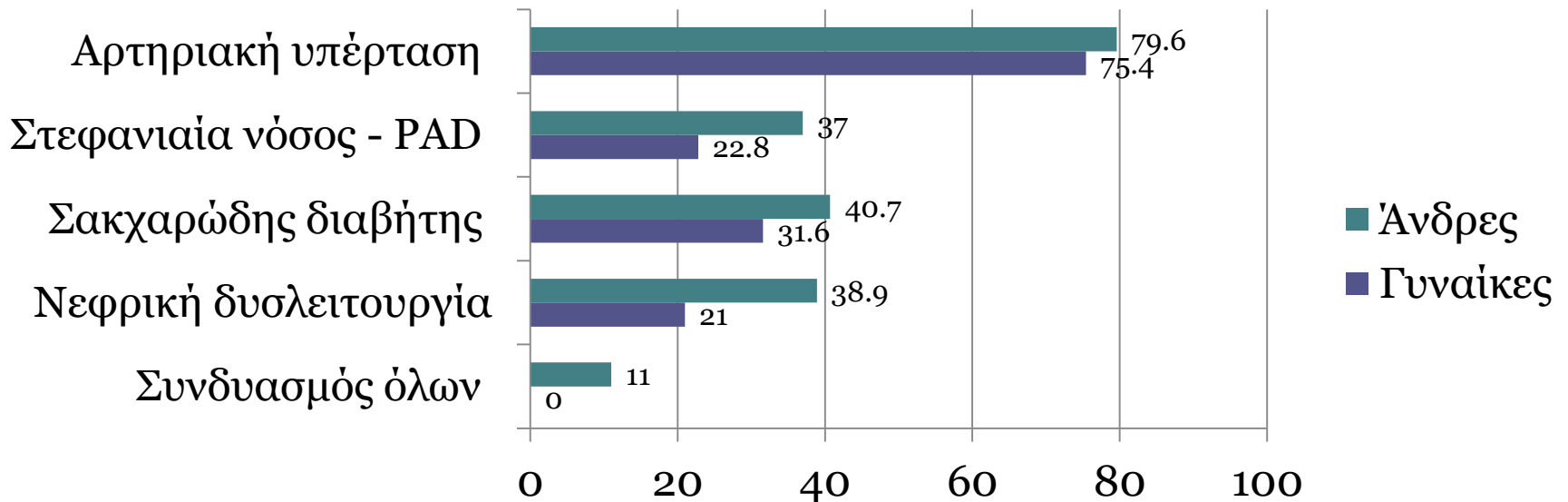
0-1	1.02%
2	1.88%
3	3.7%
\geq 4	>8%

Επιδημιολογικά στοιχεία

	Άνδρες (n 54) (48,6%)	Γυναίκες (n 57) (51,4%)
Μέση ηλικία	78,5 έτη (79,1 έτη ΓΕΣ) (75,3 έτη ΚΝΣ)	81 έτη (81,29 έτη ΓΕΣ) (80,1 έτη ΚΝΣ)
Αιμορραγία ΓΕΣ	46 (85%)	48 (84,2%)
Αιμορραγία ΚΝΣ	8 (15%)	9 (15,8%)
CHA ₂ DS ₂ - VASc score	3,4 (Ετήσιος κίνδυνος θρόμβωσης 3,2–4)	4,3 (Ετήσιος κίνδυνος θρόμβωσης 4– 6,7)
HAS – BLED score	4	4

Συννοσηρότητες

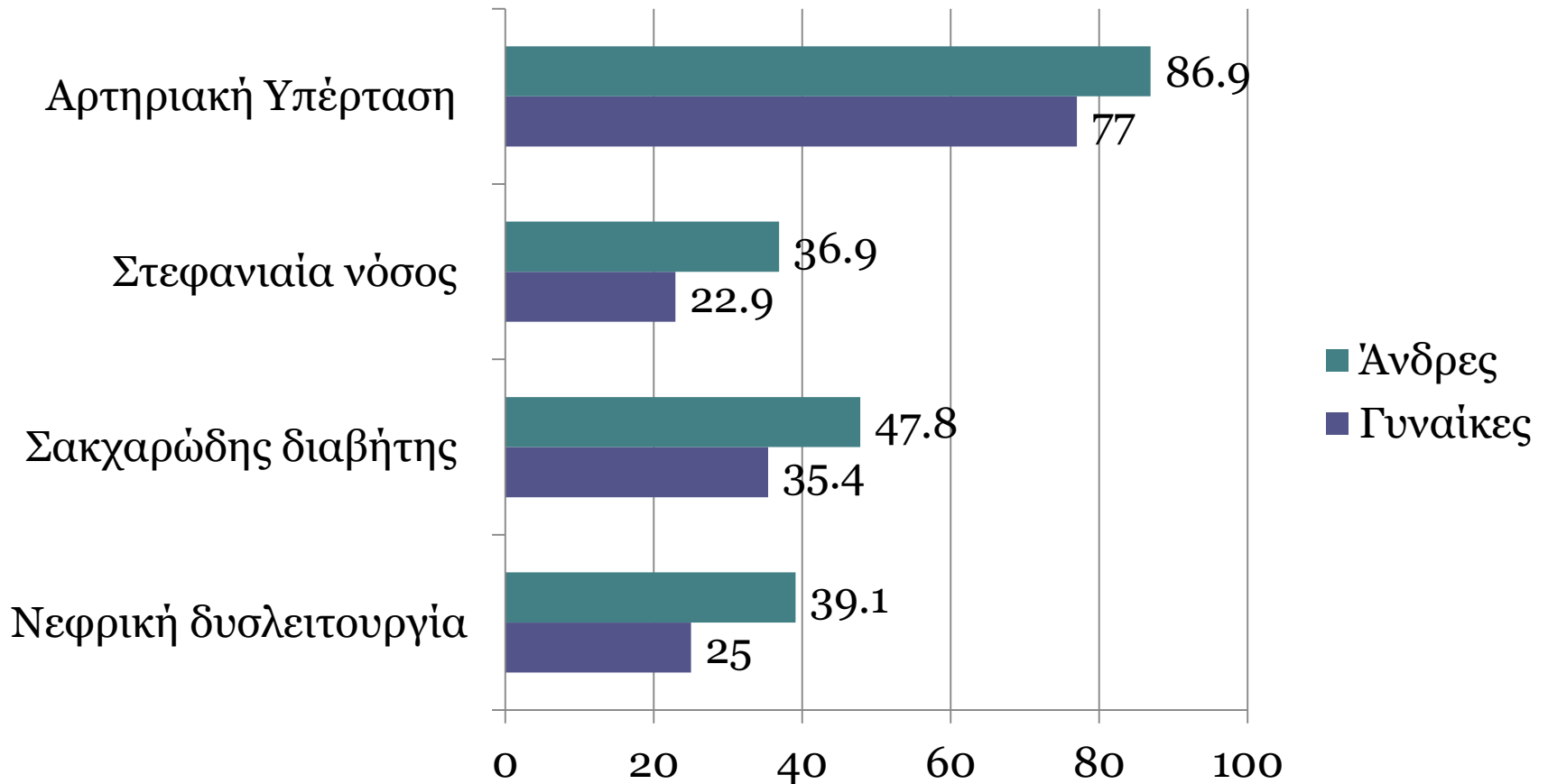
	Άνδρες (n 54)	Γυναίκες (n 57)
Αρτηριακή υπέρταση	43 (79,6%)	43 (75,4%)
Στεφανιαία νόσος - PAD	20 (37%)	13 (22,8%)
Σακχαρώδης διαβήτης	22 (40,7%)	18 (31,6%)
Νεφρική δυσλειτουργία (e GFR < 60ml/min ή υπό TN)	21 (38,9%)	12 (21%)
Συνδυασμός όλων	6 (11%)	0



Αιμορραγία ΓΕΣ

	Άνδρες (n 46)	Γυναίκες (n 48)
Αρτηριακή Υπέρταση	40 (86,9%)	37 (77%)
Στεφανιαία νόσος	17 (36,9%)	11 (22,9 %)
Σακχαρώδης διαβήτης	22 (47,8%)	17 (35,4%)
Νεφρική δυσλειτουργία (e GFR < 60ml/min ή υπό TN)	18 (39,1 %)	12 (25%)

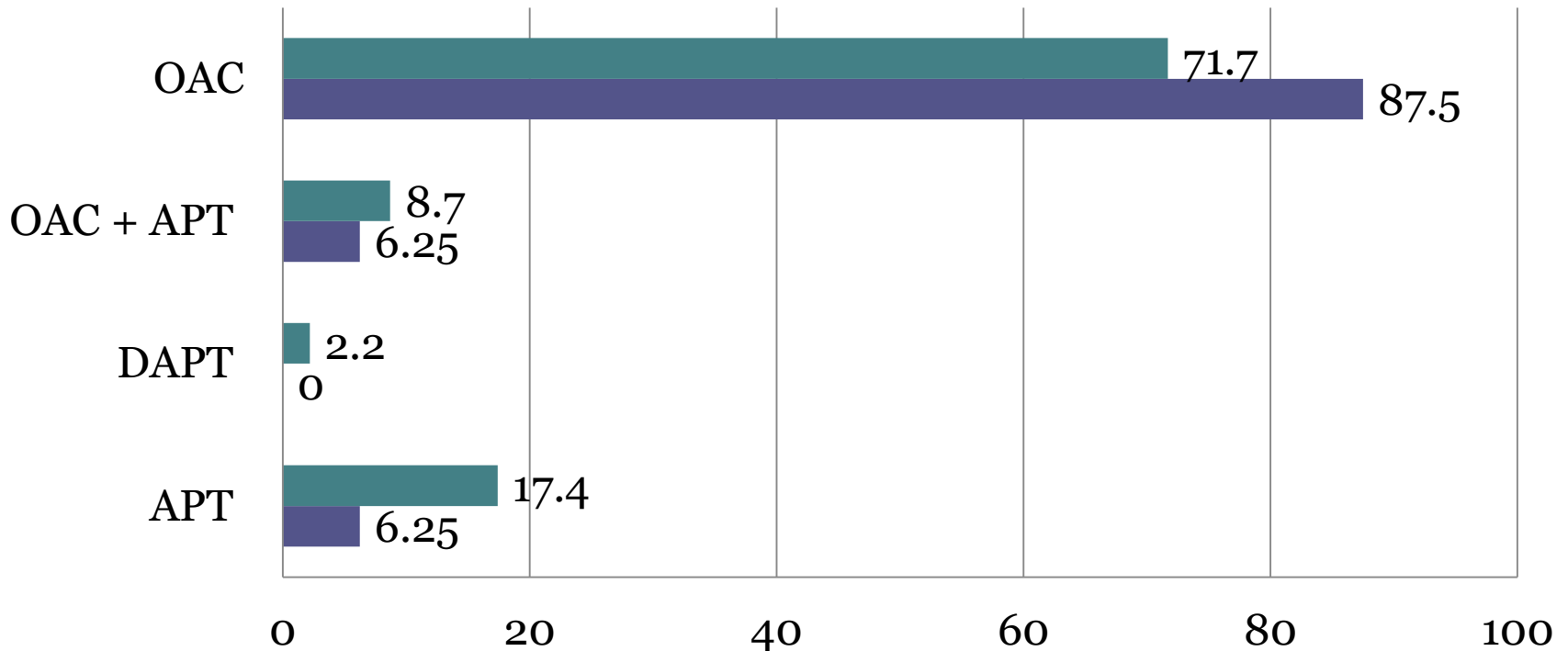
Αιμορραγία ΓΕΣ



Αιμορραγία ΓΕΣ - Φάρμακα

	Άνδρες (n 46)	Γυναίκες (n 48)
OAC	33 (71,7%) - OAC : 10 (30,3%) - NOAC : 23 (69,7%)	42 (87,5%) - OAC : 19 (45,2%) - NOAC : 23 (54,8%)
OAC + APT	4 (8,7%) - OAC + Clopidogrel : 1 (20%) - NOAC + ASA : 2 (50%) - NOAC + DAPT : 1 (20%)	3 (6,25%) -ASA + OAC : 1 - ASA + NOAC : 1 - ASA + Clopidogrel + NOAC : 1
DAPT	1 (2,2%)	0
APT	8 (17,4%) - ASA (50%) - Clopidogrel (50%)	3 (6,25%) - ASA

Αιμορραγία ΓΕΣ - Φάρμακα



	APT	DAPT	OAC + APT	OAC
■ Άνδρες	17.4	2.2	8.7	71.7
■ Γυναίκες	6.25	0	6.25	87.5

Άνδρες

Αιμορραγία ΓΕΣ - Φάρμακα χωρίς τεκμηρίωση(n 18)

OAC (n 33)	- NOAC : 5 (15,15%) - OAC : 3 (9%) *Επιδείνωση νεφρικής λειτουργίας (NOAC : 4) ** CHA ₂ DS ₂ - VASc : 0 (NOAC : 1) *** Υψηλό INR στην εισαγωγή
OAC + APT (n 4)	-ASA + NOAC : 1 (25%) *CHA ₂ DS ₂ - VASc : 1
DAPT (n 1)	1 (100%)
APT (n 8)	8 (100%)

Γυναίκες

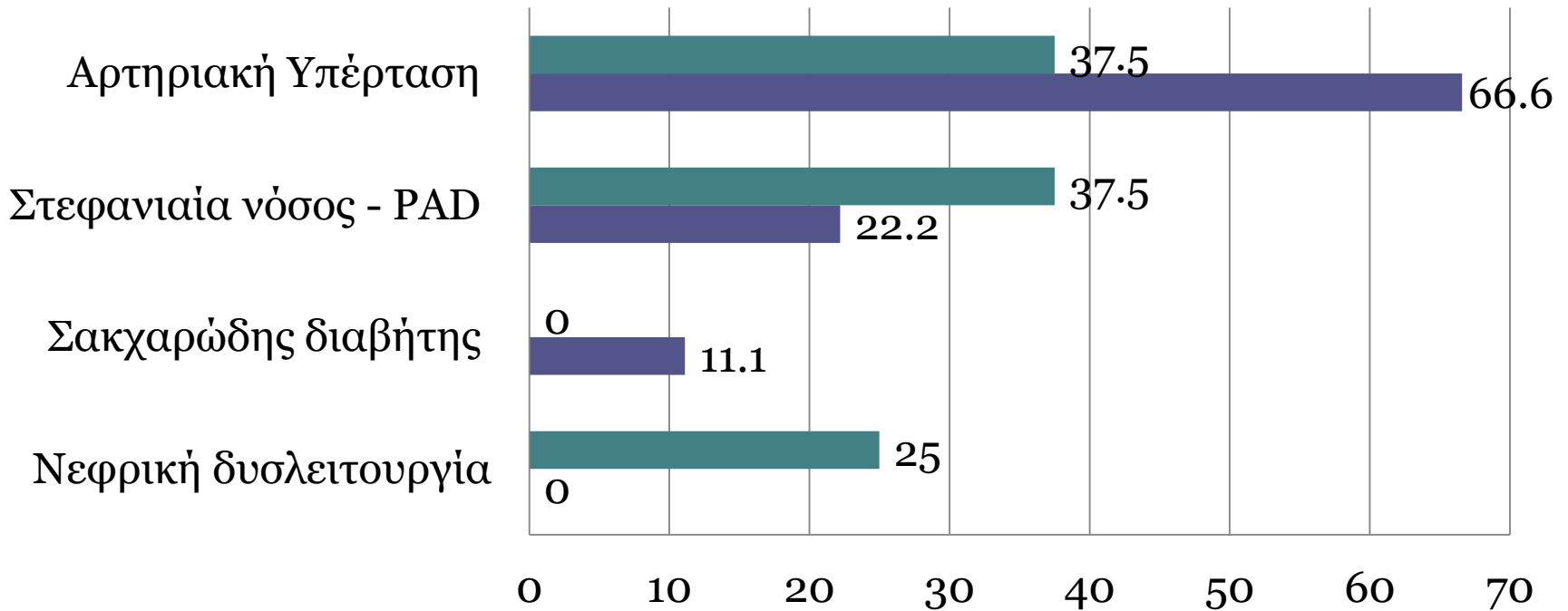
Αιμορραγία ΓΕΣ - Φάρμακα χωρίς τεκμηρίωση (n 12)

OAC (n 23/19)	NOAC : 3 (13,04%) OAC : 4 (21,05%) *Μη τροποποίηση δοσολογίας παρά την επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας ** Υψηλό INR στην εισαγωγή
OAC + APT (n 3)	- ASA + OAC : 1 (50 %) -ASA + Clopidogrel + NOAC : 1 (33,3 %)
APT (n 3)	-ASA : 3 (100 %)

Αιμορραγία ΚΝΣ

	Άνδρες (n 8)	Γυναίκες (n 9)
Αρτηριακή Υπέρταση	3 (37,5%)	6 (66,6%)
Στεφανιαία νόσος - PAD	3 (37,5%)	2 (22,2%)
Σακχαρώδης διαβήτης	0	1 (11,1%)
Νεφρική δυσλειτουργία (e GFR < 60ml/min ή υπό TN)	2 (25%)	0

Αιμορραγία ΚΝΣ



	Νεφρική δυσλειτουργία	Σακχαρώδης διαβήτης	Στεφανιαία νόσος - PAD	Αρτηριακή Υπέρταση
■ Άνδρες	25	0	37.5	37.5
■ Γυναίκες	0	11.1	22.2	66.6

Άνδρες

Αιμορραγία ΚΝΣ - Φάρμακα (n 8)

ΟΑC	7 (87,5%) - ΟΑC : 2 - ΝΟΑC : 5
ΑΡΤ + ΟΑC	- ΑSΑ + ΝΟΑC : 1 (12,5%)

Άνδρες

Αιμορραγία ΚΝΣ - Φάρμακα χωρίς τεκμηρίωση (n 2)

NOAC + APT	ASA + NOAC : 1 (100%) *Παράταση διπλής αγωγής παρά τη διενέργεια PCI > 1 έτος
OAC	NOAC : 1 (14,2%) * CHA ₂ DS ₂ - VASc : 0

Γυναίκες

Αιμορραγία ΚΝΣ - Φάρμακα

ΟΑC (n 9)	9 (100 %) -ΟΑC : 4 (50%) - ΝΟΑC : 4 (50%)
-------------	---

Γυναίκες Αιμορραγία ΚΝΣ - Φάρμακα χωρίς τεκμηρίωση (n 3)

OAC (n 9)

NOAC : 1 (25%)

OAC : 2 (50%)

*Μη τροποποίηση δοσολογίας παρά την επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας

** Υψηλό INR στην εισαγωγή

Συμπεράσματα I

- Στον πληθυσμό της μελέτης τα δύο φύλα φαίνεται οτι αιμορραγούν με την ίδια συχνότητα.
- Η μέση ηλικία των γυναικών με εγκεφαλική αιμορραγία είναι κατά πέντε έτη μεγαλύτερη σε σχέση με αυτή των ανδρών.
- Ο θρομβωτικός κίνδυνος είναι μεγαλύτερος στις γυναίκες, ενώ τα δύο φύλα φαίνεται οτι κινδυνεύουν το ίδιο απο αιμορραγία.
- Πιό συχνή ασθένεια, απο το ιστορικό, μοιάζει να είναι η αρτηριακή υπέρταση και για τα δύο φύλα, ενώ οι άνδρες πάσχουν περισσότερο απο στεφανιαία νόσο και συγκεντρώνουν τις περισσότερες συννοσηρότητες.

Συμπεράσματα II

- Εννέα ασθενείς (8,1%) προσήλθαν στα ΤΕΠ με αρρυθμιστο INR.
- Οκτώ ασθενείς (7,2 %) συνέχισαν να λαμβάνουν NOAC, παρά την επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας.
- Τρεις γυναίκες, που όπως ειπώθηκε έχουν αυξημένο θρομβωτικό κίνδυνο και συνολικά 13 ασθενείς (11,7%) ελάμβαναν είτε μονήρη αντιαιμοπεταλιακή αγωγή είτε συνδυασμό, παρα το ότι είχαν $CHA_2DS_2 - VASc > 2$.
- Τρεις ασθενείς (2,7%) ελάμβαναν αντιπηκτική αγωγή με $CHA_2DS_2 - VASc \leq 1$.
- Τέλος, τρεις ασθενείς (2,7%) ελάμβαναν συνδυασμό APT + NOAC, περισσότερο του ενός έτους απο τη διενέργεια PCI.

Συμπέρασμα III

- Ο τακτικός προσδιορισμός του θρομβωτικού και αιμορραγικού κινδύνου τόσο κατά την έναρξη όσο και μετέπειτα είναι απαραίτητος για την ασφάλεια και αποτελεσματικότητα της αγωγής.

Ευχαριστώ