

CSIBA LÁSZLÓ DR.

Debreceni Egyetem OEC, Neurológiai Klinika, Debrecen

A STROKE SZEKUNDER PREVENCIÓJA 2011

AZ AKUT FÁZIS UTÁN VÉRNYOMÁSCSÖKKENTŐ ADANDÓ, EZ MÉG NORMOTENZIÓSOKBAN IS MEGFONTOLANDÓ. ELSŐ VONALBELI SZEREK: THIAZID DIURETIKUMOK, KALCIUMCSATORNA-BLOKKOLÓ, ACE-GÁTLÓ, ARB. A BÉTA-BLOKKOLÓK MÁSODVONALBELIEK. ISZKÉMIÁS STROKE BETEGEKNEK STATIN ADANDÓ, AZ LDL-C 50%-OS CSÖKKENTÉSE ÉS <1,8 MMOL/L A CÉLÉRTÉK. KARDIOGÉN STROKE BETEG ANTIKOAGULÁLANDÓ, A NEM KARDIOGÉN PEDIG KAPJON KOMBINÁLT ASZPIRIN+EXTENDED RELEASE DIPYRIDAMOL KEZELÉST VAGY EGYEDÜL CLOPIDOGREL.

AZ ASZPIRIN+CLOPIDOGREL KOMBINÁCIÓ NEM AJÁNLHATÓ RUTINSZERŰEN. TIA ÉS MINOR STROKE UTÁN (70-99% CAROTIS STENOSIS ESETÉN) CAROTIS ENDARETERECTOMIA JÖN ELSŐSORBAN SZÓBA, HA A PERIOPERATÍV KOMPLIKÁCIÓ (VALAMENNYI STROKE+HALÁL) KEVESEBB MINT 6%. AZ ENDARETERECTOMIÁT LEHETŐLEG 2 HÉTEN BELÜL EL KELL VÉGEZNI.

Kulcsszavak: iszkémiás stroke, másodlagos prevenció, vérnyomáscsökkentő kezelés, statin, antikoaguláns kezelés, vérlemezkegátló kezelés, carotis endarterectomia

SECONDARY PREVENTION OF STROKE 2011. BLOOD PRESSURE LOWERING IS RECOMMENDED AFTER THE ACUTE PHASE, INCLUDING IN PATIENTS WITH NORMAL BLOOD PRESSURE. FIRST-LINE AGENTS FOR THE TREATMENT OF HYPERTENSION IN STROKE INCLUDE THIAZIDE DIURETICS, CALCIUM-CHANNEL BLOCKERS, ANGIOTENSIN-CONVERTING ENZYME (ACE) INHIBITORS AND ANGIOTENSIN RECEPTOR BLOCKERS (ARBs). BETA BLOCKERS ARE CONSIDERED SECOND-LINE AGENTS.

STATIN THERAPY IS RECOMMENDED IN SUBJECTS WITH ISCHEMIC STROKE OF AT LEAST A 50% REDUCTION OR A TARGET OF LESS THAN 1.8 MMOL/L LDL-C. THE PATIENTS WITH CARDIOGENIC STROKE SHOULD BE ANTIKOAGULATED. FOR NON-CARDIOGENIC STROKE PATIENTS, COMBINED ASPIRIN AND DIPYRIDAMOLE, OR CLOPIDOGREL ALONE, SHOULD BE GIVEN. THE COMBINATION OF ASPIRIN AND CLOPIDOGREL IS NOT RECOMMENDED IN PATIENTS WITH RECENT ISCHAEMIC STROKE.

ORAL ANTIKOAGULATION IS RECOMMENDED AFTER ISCHAEMIC STROKE ASSOCIATED WITH CARDIOGENIC STROKE. CAROTID ENDARETERECTOMY IS RECOMMENDED FOR PATIENTS WITH 70-99% STENOSIS AFTER TIA OR ISCHEMIC STROKE. CEA SHOULD ONLY BE PERFORMED IN CENTRES WITH A PERIOPERATIVE COMPLICATION RATE (ALL STROKES AND DEATH) OF LESS THAN 6%. CEA BE PERFORMED AS SOON AS POSSIBLE AFTER THE LAST ISCHAEMIC EVENT, IDEALLY WITHIN 2 WEEKS.

Keywords: ischemic stroke, secondary prevention, anihypertensive therapy, statin, anticoagulation, antiplatelet therapy, carotid endarterectomy

VÉRLEMEZKEGÁTLÁS

Minden iszkémiás stroke-on átesett beteg kapjon vagy aszpirin alapú vagy clopidogrel terápiát (aszpirin+dipyridamol kombináció hatékonyabb, mint a magányos aszpirin). Az aszpirin+clopidogrel rutinszerűen nem kombinálható és nincs vizsgálat azzal kapcsolatban, ha újabb stroke alakul ki aszpirin alapú terápián, emeljük-e az aszpirin dózist vagy állítsuk át más vérlemezkegátlóra.

A HIPERTÓNIA KEZELÉSE

A vérnyomás kezelése iszkémiás stroke betegek másodlagos prevenciójában kiemelt jelentőségű, mivel a stroke rizikója megnövekszik 115 Hgmm-es vérnyomás fölött, és igazolt, hogy 10/5 Hgmm vér-

nyomáscsökkentés az újabb vaszkuláris esemény rizikóját 30-40%-kal csökkenti. A vízhajtók és ACE-gátlók kombinációját megfelelő szintű bizonyítékok támogatják (Class I. A szint).

A STATINOKRÓL

A SPARCL-vizsgálat post stroke betegekben is igazolta a lipidcsökkentő terápia fontosságát. Az atorvastatin alapú vizsgálat valószínűleg extrapolálható más statinokra is.

Statin terápia intenzív lipidszint csökkenéssel minden post stroke betegnek ajánlott, különösen ha az LDL-C >2,6 mmol/l. Mivel fokozott rizikójú betegekről van szó, a célérték <1,8 mmol/l. Ha alacsony a HDL-C adjunk niacint vagy gemfibrosilt. Az iszkémiás stroke betegben, akinek nincs ismert

koronáriabetegsége, az LDL-C 50%-kal csökkentendő.

A KARDIOGÉN STROKE-RÓL ÉS AZ ANTIKOAGULÁNS KEZELÉSRŐL

Ne csak a pitvarfibrillációt vizsgáljuk (mint legfontosabb kardiogén stroke forrást), hanem legyen szívultrahang-vizsgálat a fali diszkinézia, a kamrai vagy pitvari aneurizma, billentyűbetegség kizárására és eltérés esetén indokolt az antikoaguláns kezelés, a cél INR-érték 2-3 között legyen. A bal pitvari fülcsze lezárható (gondos mérlegelés után), ha a kardiogén stroke rizikója magas és a beteg valamilyen ok miatt nem antikoagulálható. Ha az antikoagulálás semmiképpen nem jön szóba (pl. dementia, gyakori esések) akkor legalább

aszpirint kapjon a beteg, de a clopidogrel+aszpirint ne kombináljuk rutinszerűen. Azon személyek, akiknek magas a stroke rizikója és valamilyen okból a per os antikoaguláns terápiát meg kell szakítani, kapjanak LMWH-terápiát. Az antikoagulálás új és biztonságosabb lehetőségét nyitották meg az új vizsgálatok (dabigatran, rivaroxaban) – a szekunder stroke prevenciójában is. Számos kérdés nem tisztázott, pl. mikor induljon a kezelés az elszenvedett stroke után, és lehet-e vérrögoldó-kezelést végezni, ha a beteg stroke-ot szenvedett el.

EXTRAKRANIÁLIS CAROTIS ÉS VERTEBRÁLIS REKONSTRUKCIÓ

→ Carotis endarterectomia ajánlott, ha tünetes sztenózisról van szó (70-99%),

és a perioperatív morbiditás és mortalitás <6%. Valamennyi összehasonlító vizsgálat szerint úgy a perioperatív mint a hosszú távú kockázat kisebb carotis endarterectomia esetén mint stent használatakor. A stent csak szűk indikációban használható.

- Ha a beteg tünetes sztenózisban szenved (50-69%), a perioperatív morbiditás és mortalitás kisebb mint 6%, a rekonstrukció elvégzése függ az életkortól, a nemi hovatartozástól és a komorbiditástól.
- Az endarterectomia történjen meg két héten belül, ha kizáró ok nincs.
- 50% sztenózis alatt sem endarterectomia, sem stent nem jön szóba.
- Vérlemezkegátlót, statint és rizikómódosítást kell alkalmazni minden súlyosságú carotis sztenózisban.
- Minden tünetes vertebrális sztenózis-

ban alkalmazzanak vérlemezkegátlót, statint és rizikómódosítást, illetve endarterectomia vagy stent mérlegelhető, ha a gyógyszeres beavatkozás ellenére tünetek alakulnak ki.

ÖSSZEFOGLALÁS

Noha a fenti összeállítás segít a döntéshozatalban, egyre növekszik az individuális mérlegelés és döntés jelentősége a post stroke betegek gyógyszeres terápiája, és főleg az érrekonstrukciók területén. A terápiás döntés ne ajánlások mechanikus alkalmazásán alapuljon, hanem a terápiás teendőket az extra- és intrakraniális érrendszer és a parenchyma átfogó vizsgálata után, a beteg neurológiai státusának, társbetegségeinek és együttműködési készségének figyelembevételével kell megszabni.

IRODALOM

1. Furie KL, et al. Guidelines for the Prevention of Stroke in Patients With Stroke or Transient Ischemic Attack: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 2011; 42 (1): 227–276.
2. Giles GA, Hamdan AD, Pomposelli FB, et al. Stroke and death after carotid endarterectomy and carotid stenting with and without high-risk criteria. *J Vasc Surg* 2010; 54: 1497–1504.
3. Bonati LH, Dobson J, Algra A, et al. Short-term outcome after stenting versus endarterectomy for symptomatic carotid stenosis: a preplanned meta-analysis of individual patient data. Carotid Stenting Trialists' Collaboration. *Lancet* 2010; 376 (9746): 1062–1073.
4. Az ischaemiás stroke és transziens ischaemiás attack ellátásának szakmai irányelvei 2008. A European Stroke Organisation (ESO) Végrehajtó Bizottsága és az ESO Szerző Bizottsága által készített szakmai irányelvek magyar fordítása. http://www.strokeaors.hu/docview.aspx?id=3136393035&web_id=&mode=1
5. SPARCL investigators. *N Engl J Med* 2006; 355: 549-559.
6. <http://www.medscape.com/viewarticle/731795?src=mp&spn=26>