

# Stefnubreyting í blóðþynningarmeðferð gáttatífs



**Davíð O. Arnar**

[davidar@landspitali.is](mailto:davidar@landspitali.is)

Höfundur er sérfræðingur í lyflækningum og hjartasjúkdómum, Landspítala

## Antithrombotic therapy in atrial fibrillation – a paradigm shift

David O. Arnar MD  
PhD EMPH, Cardiac  
Electrophysiologist,  
Landspítali University  
Hospital, Reykjavík,  
Iceland

Gáttatífi er algengt og á fimmta þúsund núlífandi Íslendingar hafa greinst með þessa taktruflun.<sup>1</sup> Meðal alvarlegustu fylgikvilla gáttatífs er segarek. Talið er að um fimmtungur heilaáfalla stafi af gáttatífi.<sup>2</sup>

Tengsl gáttatífs og heilaáfalls hafa verið þekkt um nokkurt skeið. Nokkrar rannsóknir hafa sýnt fram á gagnsemi blóðþynningar með warfaríni í þessu tilliti. Warfarín dró úr áhættu á heilaáfalli um 65% en aspirín-meðferð um 22%.<sup>3</sup> Áhætta þeirra sem hafa gáttatífi á að fá heilaáfall er þó breytileg. Í mestri áhættu eru þeir sem hafa míturlokuprengli eða gerviloku úr málm. Þar er skýr ábending fyrir warfaríni. Hjá öðrum er beitt klínísku áhættumati þegar ákvörðun er tekin um hvort nota eigi blóðþynningu. Það áhættumat sem oftast er stuðst við er CHADS<sub>2</sub>.<sup>4</sup> Þar stendur C fyrir hjartabilun, H fyrir háþrýsting, A fyrir aldur ≥75 ára, D fyrir sykursýki og S fyrir sögu um heilaáfall. Eitt stig er gefið fyrir hvern áhættuþátt en saga um heilaáfall hefur það sterkt forspárgildi að þar eru gefin tvö stig. Ef summan af CHADS<sub>2</sub> er ≥2 er áhætta á segareki það há að klár ábending er fyrir warfaríni (INR 2-3) en ef hún er 1 stig kemur annaðhvort warfarín eða aspirín til greina. Ekki er ábending fyrir warfaríni ef matið gefur ekkert stig þar sem áhættan á heilaáfalli er lítil í þeim tilvikum og í raun minni en hættu á alvarlegum blæðingum. Oft er þó gefið aspirín undir þeim kringumstæðum.

Einn af göllum CHADS<sub>2</sub> er að ráðleggingar hjá þeim sem eru með 1 stig eru óljósar, en árleg áhætta þeirra á heilaáfalli hefur verið metin tæplega 2%. Nýjar klínískar leiðbeiningar Evrópusamtaka hjartalækna kynna endurbætt áhættumat þar sem nýir áhættuþættir bætast við upprunalegt CHADS<sub>2</sub>-mat.<sup>4</sup> Nýja matið kallast CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc þar sem V stendur fyrir æðakölkun, seinna A fyrir aldur ≥65 ára og Sc fyrir kvenkyn. Aldur ≥75 ára (A<sub>2</sub>) hefur nú tvöfalt vægi miðað við eldra áhættumat. Þetta endurbætt áhættumat hjálpar fyrst og fremst við ákvarðanatöku hjá þeim sem voru í miðlungs til lágru áhættu (0-1 stig) samkvæmt CHADS<sub>2</sub>. Byrja ætti á því að nota CHADS<sub>2</sub> en hjá þeim sem hafa <2 stig skal beita nýja matinu til ítarlegri stigunar. Þeir sem fá ≥2 stig samkvæmt CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc eiga að vera á warfaríni. Þeir sem fá eitt stig fá aspirín eða warfarín en árleg áhætta hjá þessum hópi er 1,3%. Hjá þeim sem fá 0 stig samkvæmt nýja matinu er mælt með aspiríni eða jafnvel engri meðferð.

Í nýju leiðbeiningunum er hnykkt á því að beita eigi blóðþynningu óháð því hvort gáttatífi sé viðvarandi eða komi í köstum. Notkun warfaríns hjá sjúklingum með gáttatífi eigi að vera samfelld en ekki einungis í kringum klínísk köst eða rafvendingar. Þetta er stefnubreyting

þar sem ábendingar og tímalengd blóðþynningar eru mun rýmri en áður.

Warfarín-notkun geta fylgt ýmis vandamál. Blóðþynning þeirra sem eru á lyfinu er ekki stöðug með tilheyrandi áhættu. Meðferðinni fylgir jafnframt umstang, fylgjast þarf með INR-gildi og aðlaga skammta. Hugsanlega veitir þetta þó aðhald og bætir meðferðarhæðni. Verið er að rannsaka mörg ný blóðþynningarlyf til notkunar um munn, bæði thrombínhemla og faktor Xa-hemla sem þurfa ekki eftirlit með INR. Vonir standa til að auðveldara verði að stýra meðferð ef svo er.

Nýlega voru birtar niðurstöður rannsókna sem bar saman árangur meðferðar með warfaríni og nýjum thrombínhemli, dabígatran, hjá sjúklingum með gáttatífi.<sup>5</sup> Dabígatran 110 mg tvisvar á dag var jafn virkt og warfarín en olli færri blæðingum. Í skammtinum 150 mg tvisvar á dag fækkaði tilvikum segareks miðað við warfarín og blæðingarhætta var svipuð. Niðurstöðurnar gefa til kynna að stærri skammtur dabígatrans sé öflugri en warfarín, en dabígatran hefur jafna verkun og þarf ekki stöðuga eftirfylgd. Minni skammturinn veitir samskonar vernd og warfarín en veldur síður blæðingum. Ekkert mótefni er til fyrir dabígatran, ólíkt warfaríni, en helmingunartími þess er stuttur.

En hverjum myndi henta að fara á dabígatran? Þeim sem hafa óstöðug INR-gildi á warfaríni eða aukna blæðingarhættu? Hvað með þá sem eru með stöðug INR-gildi á warfaríni? Eiga allir sem greinast með nýtt gáttatífi að byrja á dabígatran? Besta nálgunin er ekki ljós á þessu stigi og ýmsum spurningum ósvarað. Dabígatran er ekki fánlegt héraendis enn sem komið er.

Á sama tíma og verið er að skerpa á leiðbeiningum fyrir blóðþynningu í gáttatífi eru í þróun mörg ný lyf sem munu gera atlögu að warfaríni. Hins vegar er ótímabært að afskrifa warfarín, ekki síst þar sem lyfið er ódýrt og kostnaðarvitund spilar sífellt stærra hlutverk í heilbrigðisþjónustu.

## Heimildir

1. Stefánsdóttir H, Aspelund T, Guðnason V, Arnar DO. Current and projected prevalence estimates of atrial fibrillation in a northern European population. *Eur Heart J* 2010; 31(suppl):718.
2. Pétursson P, Sveinbjörnsdóttir S, Þorgeirsson G, Einarsson G, Ónundarson PT, Arnar DO. Algengi gáttatífs og notkun warfaríns hjá sjúklingum með heiladrep eða blóðþurrðarkast í heila. *Læknablaðið* 2004; 90: 561-5.
3. Hart RG, Pearce LA, Aguilar MI. Meta-analysis: Antithrombotic therapy to prevent stroke in patients who have nonvalvular atrial fibrillation. *Ann Intern Med* 2007; 146: 857-67.
4. Camm JA, Kirchhoff P, Lip GY, et al. Guidelines for the management of atrial fibrillation. *Eur Heart J* 2010; 31: 2369-429.
5. Connolly S, Ezekowitz MD, Yusuf S, et al. Dabigatran versus warfarin in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med* 2009; 361: 1139-51.