

GİA VE MİNÖR İNME HASTALARINDA AYAKTAN TEDAVİ YAKLAŞIMI

DOÇ. DR. ERTAN SÖNMEZ

BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ ACİL TIP AD

13/11/2020



Sunum planı

Geçici iskemik atak tanımı (GİA)

Görüntüleme

Hastaneye yatış/ ayaktan tedavi değerlendirmesi

Genel Tedavi Yaklaşımı

İnme riskini azaltmak için inme proflaksisi

Nedene yönelik tedavi

Komplikasyonlar ve Prognoz

Özet

Tanım

- ❖ Geçici iskemik atak, akut enfarktüs olmaksızın fokal olarak beyin, medulla spinalis veya retinada iskeminin neden olduğu nörolojik disfonksiyondur
- ❖ İskemik damar alanına ait bulgularla ani olarak ortaya çıkar ve genellikle bir saatten kısa sürede sonlanır. ¹
- ❖ Klinik teşhis, ayrıntılı anamnez (semptomlar genellikle düzelmiştir) ve fizik muayeneye dayanır.

- ❖ Geçici iskemik atağın eski tanımı zamana dayalıydı: *24 saat içinde düzelen herhangi bir fokal serebral iskemik olay.*
- ❖ Görüntülemelerin daha iyi kullanılmasıyla bu hastaların üçte birinde enfarktüs olduğu bulundu.
- ❖ Görüntüleme yapılamazsa, eski GİA tanımı kullanılabilir

Teşhiste görüntüleme

- Semptom başlangıcından itibaren 24 saat içinde beyin görüntüleme, tercihen difüzyon ağırlıklı MRI
- Servikal vasküler görüntüleme (Doppler ultrasonografi, BT veya manyetik rezonans anjiyografi)

Hastaneye yatış/ ayakta tedavi

- ❖ Risk değerlendirmesine, yatak durumuna, klinik öngörüye, hastaneye erişim durumuna göre değişir
- ❖ Tedavide hedef risk faktörlerinin tedavisidir; endikasyon varsa girişimsel tedavi, ilaçlar ve yaşam tarzı değişiklikleri yoluyla gelecekteki SVO'yu önlemektir.

GİA ve minör inme için
ayaktan tedavi triaj
algoritması oluşturulmuş

Bu çalışma ile 24 saat sonra
sadece %1,6 hastaya yatış
uygun görülmüş ve algoritma
güvenli bulunmuş.

FULL TEXT ARTICLE

42 Outpatient Versus Inpatient Strategies for Transient Ischemic Attack and Minor Stroke in the Emergency Department

B.P. Chang, E. Miller, J. Willey, R. Mehandale and M. Elkind

Annals of Emergency Medicine, 2018-10-01, Volume 72, Issue 4, Pages S20-S20, Copyright © 2018

Study Objectives

The goal of our study was to assess if a rapid access vascular neurology clinic is a feasible and safe means to evaluate patients with transient ischemic attack and minor stroke (TIAMS) (NIHSS < 5 with no debilitating deficits).

Current practice frequently prompts hospitalization for TIAMS in order to obtain comprehensive evaluation of stroke risk factors and mechanism; this is often done to expedite workup and to coordinate care. However, a subset of these patients who do not have debilitating deficits may not require inpatient hospitalization. We piloted a clinical protocol to assess the feasibility of conducting

Dikkat edilmesi gereken durumlar

- ❖ Hastaları acil servisten güvenli bir şekilde taburcu etmek için ABCD² skorları gibi tek başına risk sınıflandırma araçlarına güvenmeyin
- ❖ Semptomlar takipte düzelmiyorsa inmeyi düşünün
- ❖ Ayaktan tedavi edilen hastalarda semptomlar tekrar ederse derhal acil servise başvurmaları gerektiği konusunda uyarın

Aşağıdakilerden biri varsa yatış önerilir

- Anormal Beyin BT
- Şüpheli embolik kaynak (atriyal fibrilasyon, kardiyomiyopati veya valvüloplasti varlığı)
- Bilinen karotis darlığı
- Eski SVO
- Kreşendo geçici iskemik ataklar (çoklu, tekrarlayan, artan sıklık)

Genel Tedavi Yaklaşımı

- ❖ Kontrendike olmadıkça hastayı sırtüstü pozisyonda yatırın
- ❖ Yeterli serebral perfüzyon ve oksijenasyonu sağlayın
- ❖ IV yol ile övolemik durumu koruyun

İnme riskini azaltmak için inme profilaksisi

❖ Antihipertansif tedavi

- ❖ Kan basıncını ilk birkaç günden sonra kademeli olarak kılavuzlara göre 130 / 80'in altına düşürün
 - ❖ İlk birkaç gün tolere edilebilir hipertansiyona izin verin; Kan basıncının ani düşürülmesi serebral kanlanmayı bozar ve riskli hastalarda inmeyi hızlandırabilir

❖ Lipid tedavisi

- ❖ 100 mg / dL'den yüksek LDL seviyesi ve aterosklerotik kaynaklı olduğu varsayılan geçici iskemik atak

Nedene yönelik tedavi

- ❖ Kardiyoembolik olmayan GİA'da kontrendikasyon yoksa antitrombositler tedaviye başlayın ⁵
- ❖ İnme, miyokard enfarktüsü ve ölümü yaklaşık %22 oranında azaltır ⁵
- ❖ Etkinlik, güvenlik, maliyet, tolerans, hasta özellikleri, risk faktörleri ve hasta tercihine göre ajan seçimi ⁵

Antitrombositer tedavi

- ❖ Aspirin tablet; Günlük 50 ila 325 mg PO. Orta ila yüksek kanama riski olan hastalar için, dozu 50 ila 100 mg / gün'e düşürün.
- ❖ Dipyridamol tablet; Tek başına veya aspirin ile kombinasyon halinde 225-400 mg / gün PO.
- ❖ Klopidoğrel (Clopidogrel Bisulfate) tablet; Günde bir kez 75 mg PO.

Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke

❖ Hafif İnme

- ❖Yeni öneri : Semptom başlangıcı veya kliniğin son olarak normal görüldüğü zaman 3 saat içerisindeyken hafif inme semptomları olan (NIHSS skoru 0–5), defisit gelişmemiş hastalar için IV alteplaz önerilmez (Sınıf III, KD : B-R).
- ❖Yeni öneri : Semptom başlangıcı veya kliniğin son olarak normal görüldüğü zaman 3-4.5 saat arasında olan, hafif inme semptomları olan (NIHSS skoru 0–5), engellilik durumu gelişmemiş, diğer bakımdan uygun, hastalar için IV alteplaz önerilmez (Sınıf III, KD : C-LD).

Antitrombositler Tedavi

- ❖ Yeni öneri : IV alteplaz almamış minör kardiyoembolik olmayan inme hastalarında (NIHSS skoru ≤ 3), semptom başlangıcından sonraki 24 saat içerisinde başlanan ve 21 gün devam ettirilen ikili antiplatelet tedavisi (aspirin ve klopidoğrel), semptom başlangıcından itibaren 90 güne kadar, tekrarlayan iskemik inmelerin azalmasında etkindir (Sınıf I, KD : A).

- Çin’de yürütölen **CHANCE** çalışmasında(Clopidogrel in High Risk Patients With Acute Nondisabling Cerebrovascular Events; N=5170)¹⁴ minör inmeli (**NIHSS ≤ 3**) veya yüksek riskli TIA’lı (ABCD2 skoru ≥ 4) hastalarda **24 saat içerisinde başlanan ikili antiplatelet** tedavisinin kısa dönemde etkinliğine bakılmış. **90 gün** içerisinde tekrarlayan inme, ikili antiplatelet tedavisi alanlarda tek başına aspirin alanlardan daha düşük görölmüş (hazard ratio (HR), 0.68 (%95 GA, 0.57–0.81; **$P < 0.001$**).
- Kuzey Amerika, Avrupa, Avustralya ve Yeni Zelanda’da yürütölen, bir diğör benzer çalışma olan The **POINT** çalışmasında (Platelet-Oriented Inhibition in New TIA and Minor Ischemic Stroke; N=4881)¹⁵ CHANCE çalışmasına benzer şekilde randomizasyon yapılmış. Tedaviler **ilk 12 saat** içerisinde başlanmış. **Aspirin+klopidogrel 90 gün** içerisinde iskemik inmede düşüş ile ilişkili olduğu (HR, 0.72 [%95 GA, 0.56–0.92]; **$P = 0.01$**) , özellikle de ilk 30 gün içerisinde (HR, 0.73 [%95 GA, 0.56–0.95]; $P = 0.02$). gösterilmiş. Buna ek olarak, **major hemoraji riskinin** ilk 7 gün içerisinde en yüksek olduğu da gösterilmiş (HR, 2.69 [%95 GA, 1.05–6.86]; **$P = 0.04$**). Aspirin + klopidogrel tedavisinin 30 gün sonrasında ek bir faydası gösterilememiş

Atrial fibrilasyon (paroksismal veya kalıcı) ⁵

- ❖ Tekrarlayan inmenin önlenmesi için antikoagülasyon tedavisi önerilir ⁵,
- ❖ Ajan seçimi; risk faktörleri, maliyet, tolere edilebilirlik, ilaç etkileşimi, böbrek fonksiyonu ve hasta tercihine göre ⁵
- ❖ **K vitamini antagonisti en uzun süreli kullanılan ilaç**
- ❖ Hedef INR 2,5 önerilir (2-3) ⁵

❖ **Diğer oral antikoagülanlar**

❖ Daha iyi güvenlik profili (özellikle İKK için)

❖ **Apixaban (eliquis);** Günde iki kez 5 mg PO.

❖ *Herhangi 2'sine sahip hastalarda: yaş >= 80 yıl; vücut ağırlığı <= 60 kg; veya serum kreatinin >= 1.5 mg / dL, günde iki kez 2.5 mg PO verir.*

❖ **Dabigatran (pradaxa);** Günde iki kez 150 mg PO.

❖ **Rivaroxaban (xarelto);** Akşam yemeği ile birlikte günde bir kez 20 mg PO.

Kapak hastalığı ve GİA₅

- ❖ Romatizmal mitral kapak hastalığı veya karotis stenozunda INR hedefi 2,5 (2-3) olacak şekilde K vitamini antagonisti ile tedavi edin₅
- ❖ Kalıtsal aort hastalığı, romatizmal olmayan mitral kapak hastalığı, mitral kapak prolapsusu ve mitral anüler kalsifikasyonda antitrombositler tedavi önerilir₅

Protez kalp kapakçıklarında tedavi

❖ Mekanik kalp kapağı

- ❖ Kapak takılmadan önce GİA öyküsü olan hastalarda K vitamini antagonisti tedavisi ile tedavi edin 5
- ❖ Hedef INR, hangi kapak olduğuna göre değişir;
- ❖ Aort kapağı: hedef INR 2,5 (aralık, 2-3)
- ❖ Mitral kapak: hedef INR değeri 3 (aralık, 2,5-3,5)
- ❖ Hastanın kanama riski düşükse aspirin (75-100 mg / gün) ekleyin 5

❖ Mekanik kalp kapağı olup aspirin ve k vit antagonisti tedavisine rağmen emboli olan hastalarda, aspirin dozunu 325 mg / gün'e veya hedef INR'yi daha yükseltmeyi düşün 5

❖ **Biyoprotez kalp kapakçıkları**

- ❖ Kapaktan önce GİA öyküsü olan hastalara 3-6 ay sonrasına kadar aspirin (75-100 mg / gün) antikoagülasyona tercih edilir 5
- ❖ Antitrombositer tedavisine rağmen biyoprotez aort veya mitral kapaklı hastalarda GİA veya emboli olursa, hedef INR 2,5 (aralık, 2-3) olacak şekilde K vitamini antagonisti düşünün 5
- ❖ GİA ile unstable anjina veya koroner arter stenti varsa, antitrombosit ile antikoagülan kombinasyonunu düşünün

Komplikasyonlar ve Prognoz

- ❖ Prognoz altta yatan nedene göre değişir
- ❖ GİA'dan sonra inme riski; 2. günde %3-10 ve 90 günde %9-17
- ❖ Tüm inmelerin yaklaşık %12'sinde önceden GİA görülür

Tedavi özet

- ❖ Kardiyoembolik olmayan GİA'da antitrombotik tedavi
- ❖ Kardiyoembolik GİA'da antikoagülasyon
- ❖ Ekstrakraniyal ateroskleroz için girişimsel prosedürler (endarterektomi, anjiyoplasti ve stentleme)
- ❖ Hipertansiyon, lipid ve DM tedavisi
- ❖ Yaşam tarzı değişiklikleri: sigarayı bırakma, kilo verme, fiziksel aktivite ve diyet
- ❖ Prognoz; Hastalığın ciddiyetine ve nedenine bağlı olarak değişir.

Teşekkürler

