

# TRPĚLIVOST JE NEJLEPŠÍ PROSTŘEDEK PROTI VŠEM POTÍŽÍM

(Titus)

**Jana Píšová**  
**Hradec Králové**



# Kardiologie a neurologie

Donedávna dva odlišné obory

Změna:

**Fibrilace síní** – příčina kardioemboligenního iktu

**FOA** – možná příčina iktu

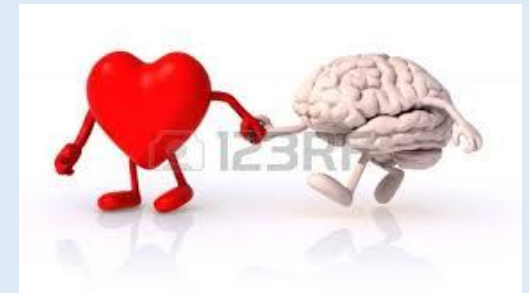
Intervenční neurologie(?) (radioneurolog.intervence)

**Kardiolog** – začal se zajímat o mozek

**Neurolog** – začal se zajímat o EKG a UZ

Největším společným problémem jsou

**kryptogenní CMP**



# Kryptogenní CMP

## Klasifikace

### **TOAST – Trial of ORG in acute stroke treatment**

dle etiopatogeneze

1-4 známá

**5 – kryptogenní – u pacientů mladších 55let až 40%**

### Další nutná vyšetření:

TEE, dlouhodobý ekg monitoring, RA, troponin, hyperkoagulační stav, UZ žilního systému.....

# Kryptogenní CMP

**Klasifikace ESUS** (všechna kritéria musí být splněna)

## **Embolic stroke of undetermined source**

### **1. Nelakunární infarkt detekovaný na CT/MR mozku.**

Kmenové léze laterodorzálně v povodí cirkumferenc. tepen < 1,5 cm nejsou považovány za lakunární infarkty

(na rozdíl od lézí v povodí perforujících tepen)

**2. Absence AS změn extra- nebo intrakraniálně,** které by vedly ke stenose  $\geq 50\%$  tepny zásobující oblast infarktu (dle CTA/MRA/neurosono)

**3. Absence významného zdroje kardioembolizace**

**4. Absence jiné specifické příčiny infarktu** (disekce, vaskulitida, abusus drog apod)

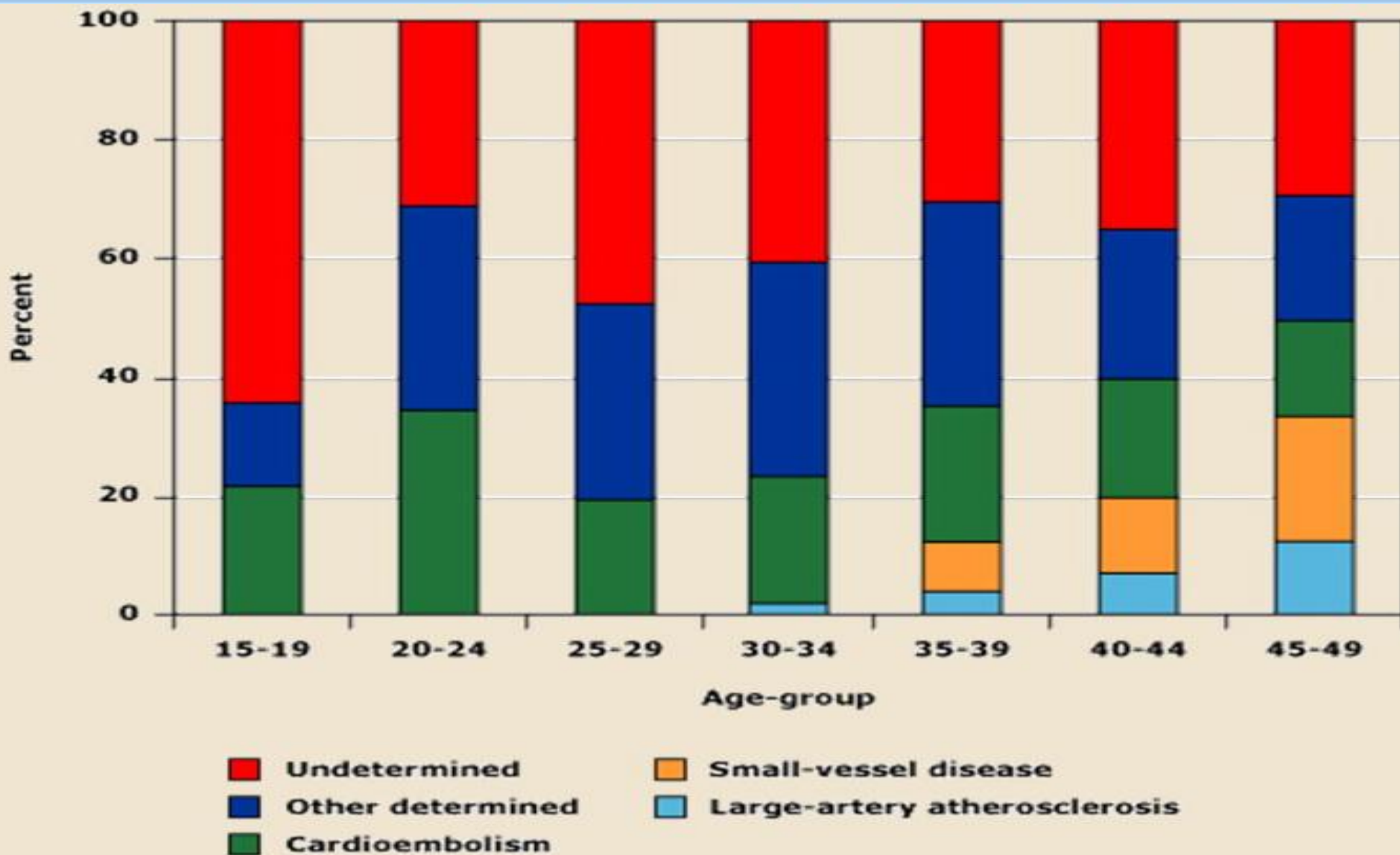
# ESUS – nerozpoznaná etiologie

embolizace z aorty nebo z ulcerovaných nestenozujících plátů v krčních a mozkových tepnách

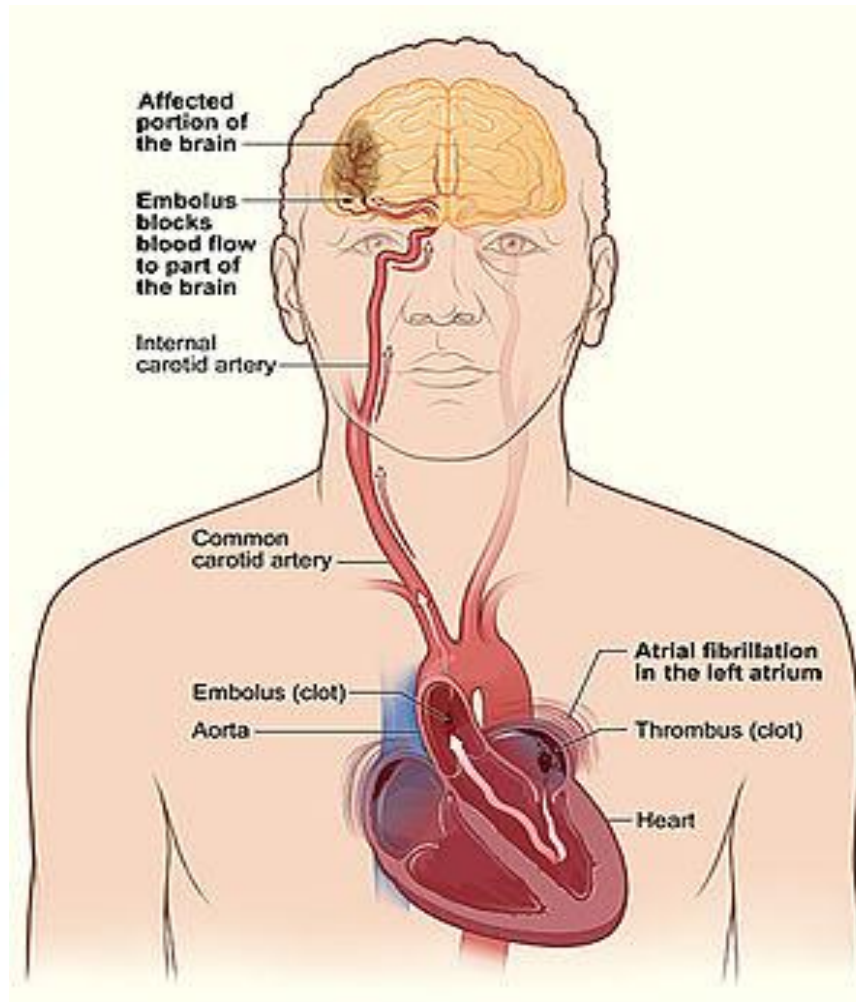
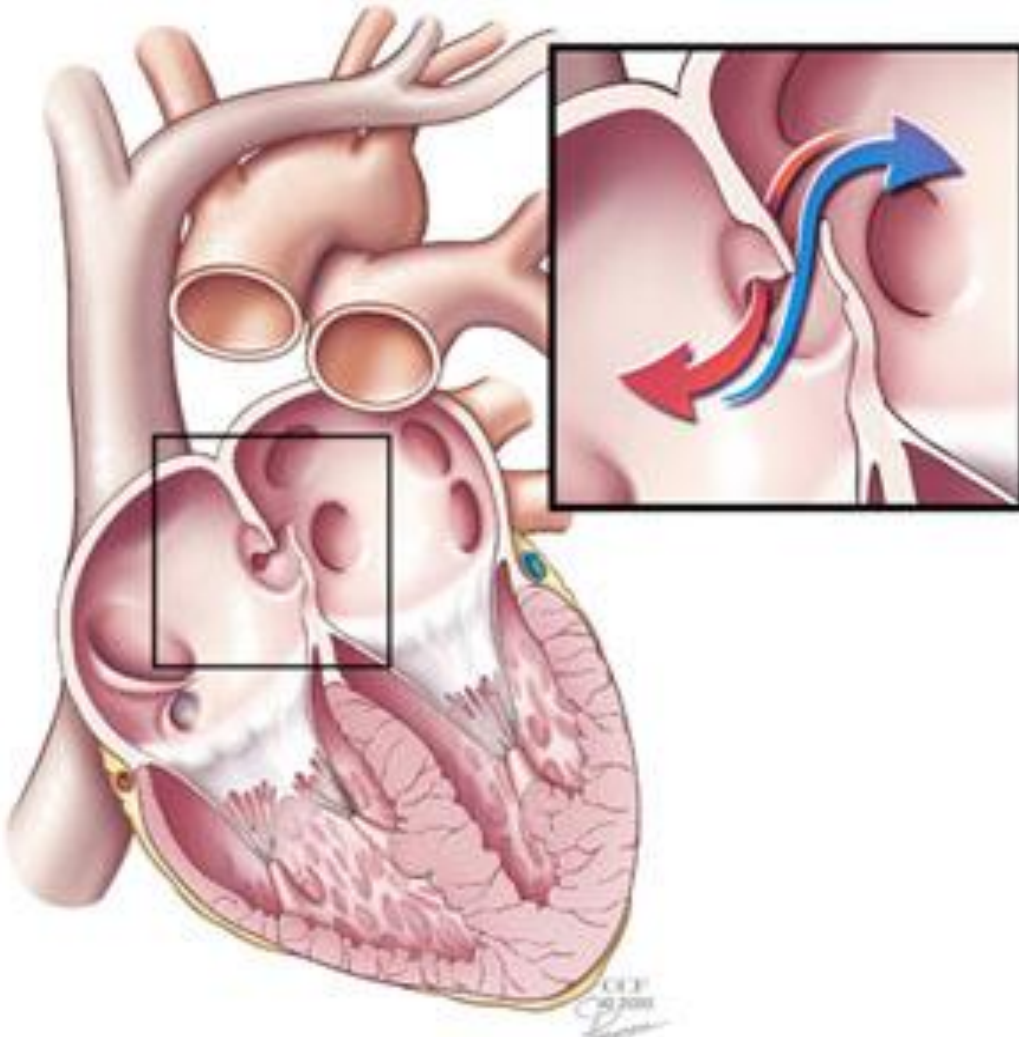
zdroj:www.cmp-manual.cz



# Etiopatogenenze iCMP dle věku



# PFO a/nebo fibrilace síní



# PFO a ischemický iktus

## PFO je řazeno do kategorie

onemocnění srdce s nízkým či nejistým rizikem embolizace do mozku

**Kauzální vztah mezi PFO a iCMP nebyl dosud definitivně potvrzen**

Úvaha na kauzální vztah vychází z častějšího zjištění PFO u mladých nemocných s kryptogenní iCMP (CS)

**Dle sekčních studií PFO nalézáno u 20-26 % osob bez anamnézy CMP, ale až u 56 % nemocných mladších 55 let s CMP**



# Uvažované mechanismy uplatnění PFO

Paradoxní embolizace z periferního venózního systému  
**téměř nikdy nenalezneme**

Embolizace z trombů vznikajících na defektní síňové  
přepážce  
**nenalézáme**

Tranzitorní poruchy srdečního rytmu při morfologické  
abnormitě SS  
**nedetekujeme**

Asociovaný trombofilní stav?  
**nediagnostikujeme**

# Co dnes víme o PFO a ischemickém iktu

**Detekce PFO u nemocného s CMP neznamená nutně, že je kauzální**

**Vliv masivnosti P-L zkratu nebo jeho asociace s ASA na emboligenní riziko spíše nepotvrzen**

**Zdroj emboligenního iktu téměř nikdy nenalezneme**

**Literární zprávy ani klinická zkušenost nepotvrzují přítomnost tranzitorních poruch srdečního rytmu u nemocných s PFO**

**Asociace PFO s trombofilními stavy, která by byla větší než obecně v populaci, není potvrzena**

# Současná situace v léčbě a doporučení

**„Best medical“ terapii pro PFO, která by snížila k riziko iCMP, neznáme**

**V současné době se doporučuje ASA. To reflektuje absenci definitivního důkazu přednosti AK terapie s výjimkou specifických situací**

**Data týkající se clopidogrelu nebo clopidogrelu + ASA chybějí**

**V současné době neexistuje důkaz přednosti některé z léčebných alternativ (AK, ASA, okludér) před druhou**

**Roční rekurence iCMP u nemocného s PFO léčeného medikamentózně uvádí mezi 3,8 – 12 %**

# Doporučení pro praxi

## Jasně situace:

**AK jako monoterapie tam, kde je jasná indikace k ní z jiných příčin (VTE včetně plicní embolizace, FS..)**

## Neurčité situace

jsou všechny ostatní:

### **u mladých:**

**spíše ne AK, ale uzávěr PFO nebo ASA**

### **u starších:**

**AK nebo ASA - s přihlédnutím k individuálním okolnostem.**

# KAZUISTIKA

**Martin, nar. 1981**

RA: bez pozoruhodností,

OA: lehké asthma bronchiale alergické

Léky 0, jen sezonně Xyzal

Kouření 0

Alkohol příležitostně

Výkonostní sport – hokej, fotbal, lyže, kolo

IT specialista

# Kazuistika-pokračování

10.8.2015

**akutní vertigo** s pocitem na omdlení, hemikranie, paréza a hypestezie LHK, špatná výslovnost, pokles l.koutku, stav trvá několik minut

**Obj.neurologicky** – porucha taktilního čítí LHK, ostatní neurologický náleznormální

**TK: 143/94**

# Kazuistika - pokračování

**Labor:** zcela v normě

**EKG:** sin.r., norm.křivka

**Rtg S+P** – normální nález

**CT v normě**

**AG v normě**, ale během scanu porucha přístroje

**UZ karotid** - zcela normální nález

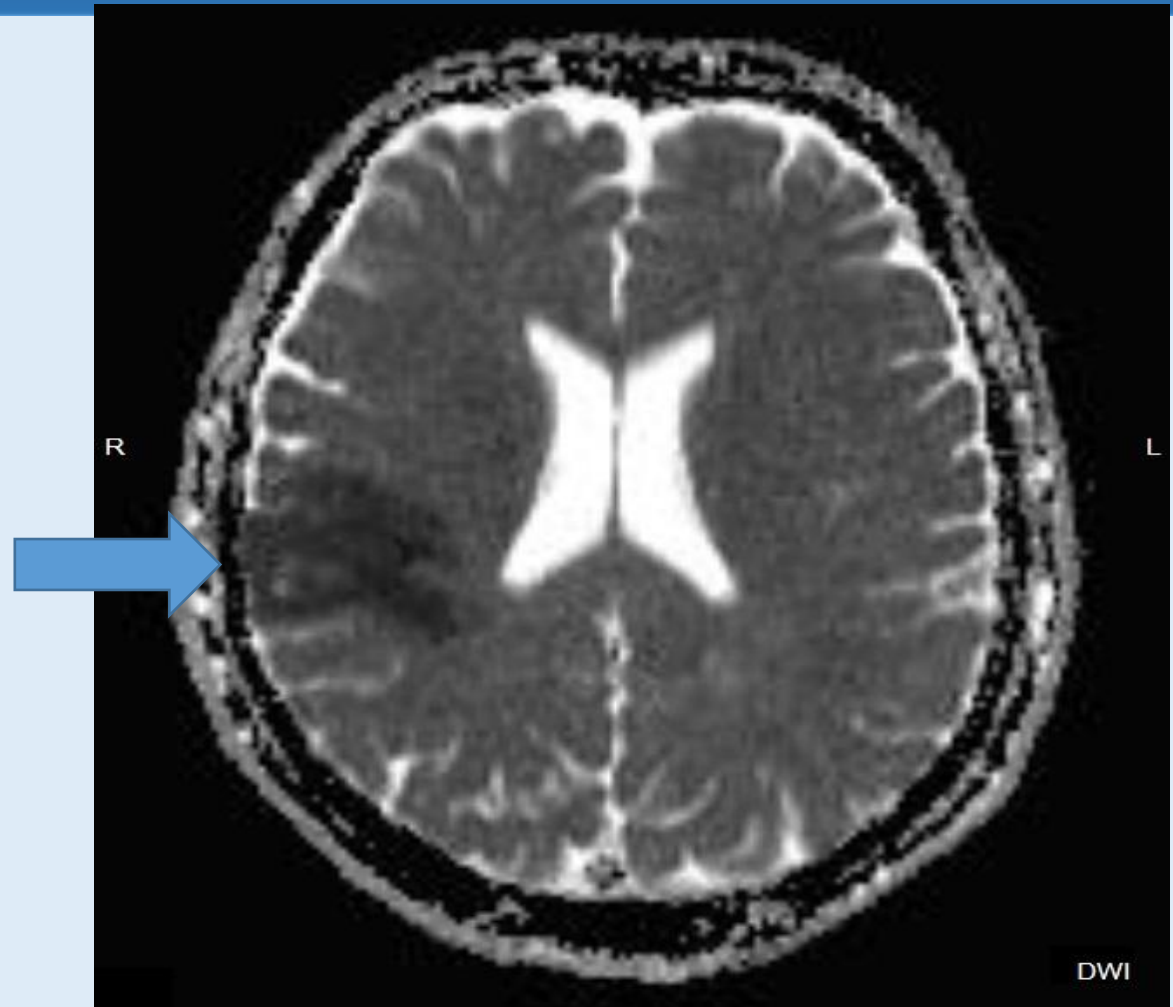
# Kazuistika – pokračování

## MRI

akutní ischemické  
změny v povodí

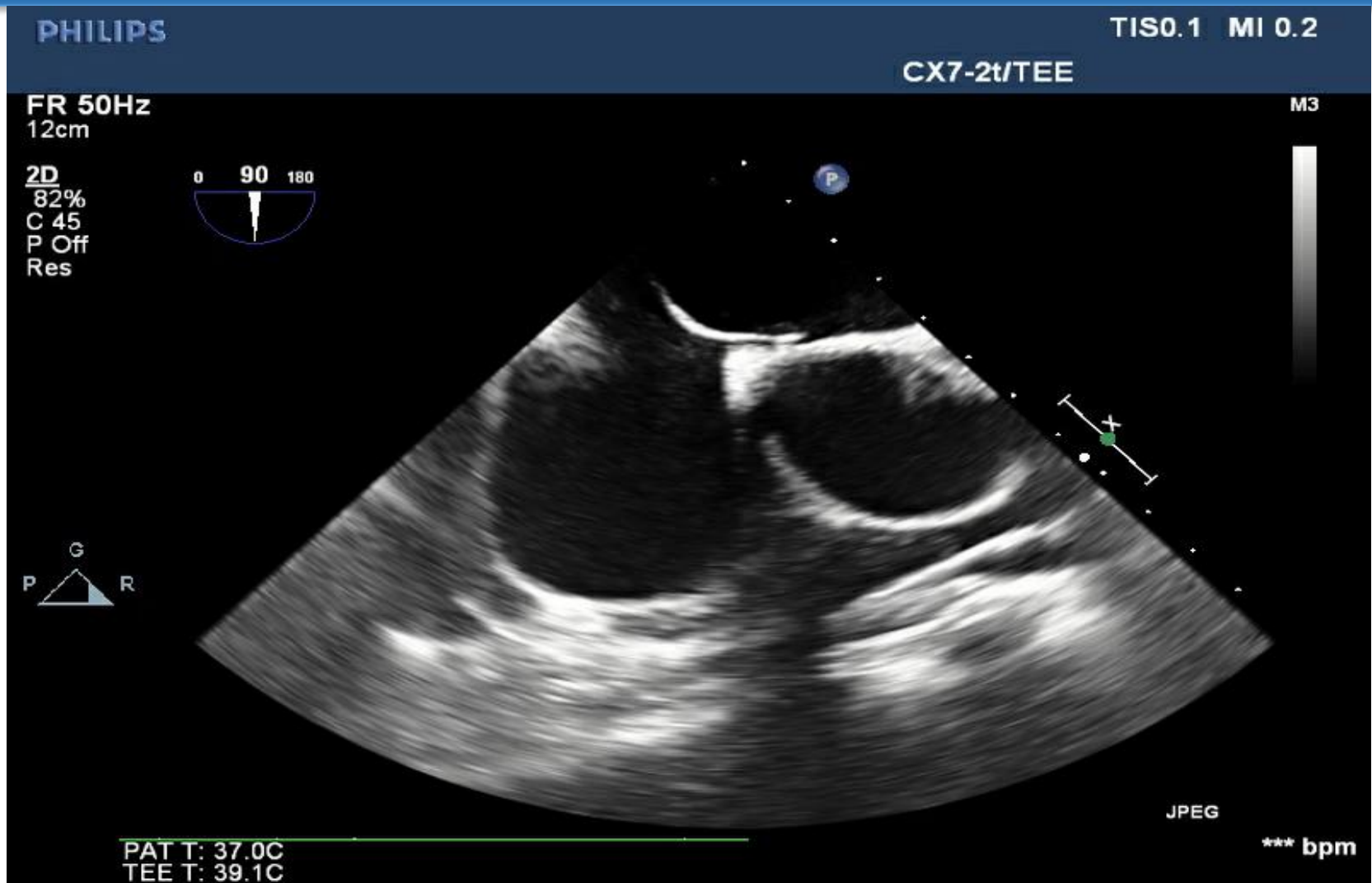
ACM dx.

**40x30x50mm**





# TEE – průkaz PFO v typické lokalizaci



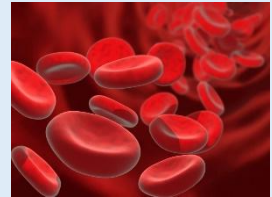
# Kazuistika - pokračování

Propuštění z neurologie po 4 dnech

**Návrh dalšího postupu:**

Vyšetření na **hematologii** k vyloučení trombofilního stavu

Sledování na **kardiologii**



k vyloučení kardioembolizace – Holter

Zařazen na waiting list k **uzávěru PFO**



Obr. 1

# Kazuistika – návrh dalšího postupu

## Hematologie

**Odběr na trombofilní stavy** - F V Leiden neg, neprokázány ani další běžné mutace, fibrinogen v normě, vyloučen deficit proteinu C a S

**Vyšší homocystein**

### Doporučení:

- Protidestičková léčba – Trombex 75 mg
- Dokončit kardiologické vyš.+uzávěr PFO
- Kontrola hl. homocysteinu + ev. ac. folicum

# Kazuistika - pokračování

## Kardiologie

Pacient přichází 19.8.2015

Cítí se dobře, léčbu snáší dobře, chtěl by co nejbližší termín k uzavěru PFO

### Doporučení:

Provedeme vícedenní Holter a pokud bude negativní, budeme se snažit zprostředkovat co nejrychlejší řešení PFO

S navrženým postupem souhlasí



# Kazuistika - pokračování

**Vícedenní Holter** naplánován na polovinu září, ale pacient přichází 16.9. po propuštění z jiné nemocnice , kde byl proveden uzávěr PFO Amplazovým katetrem.

-zařídili rodiče

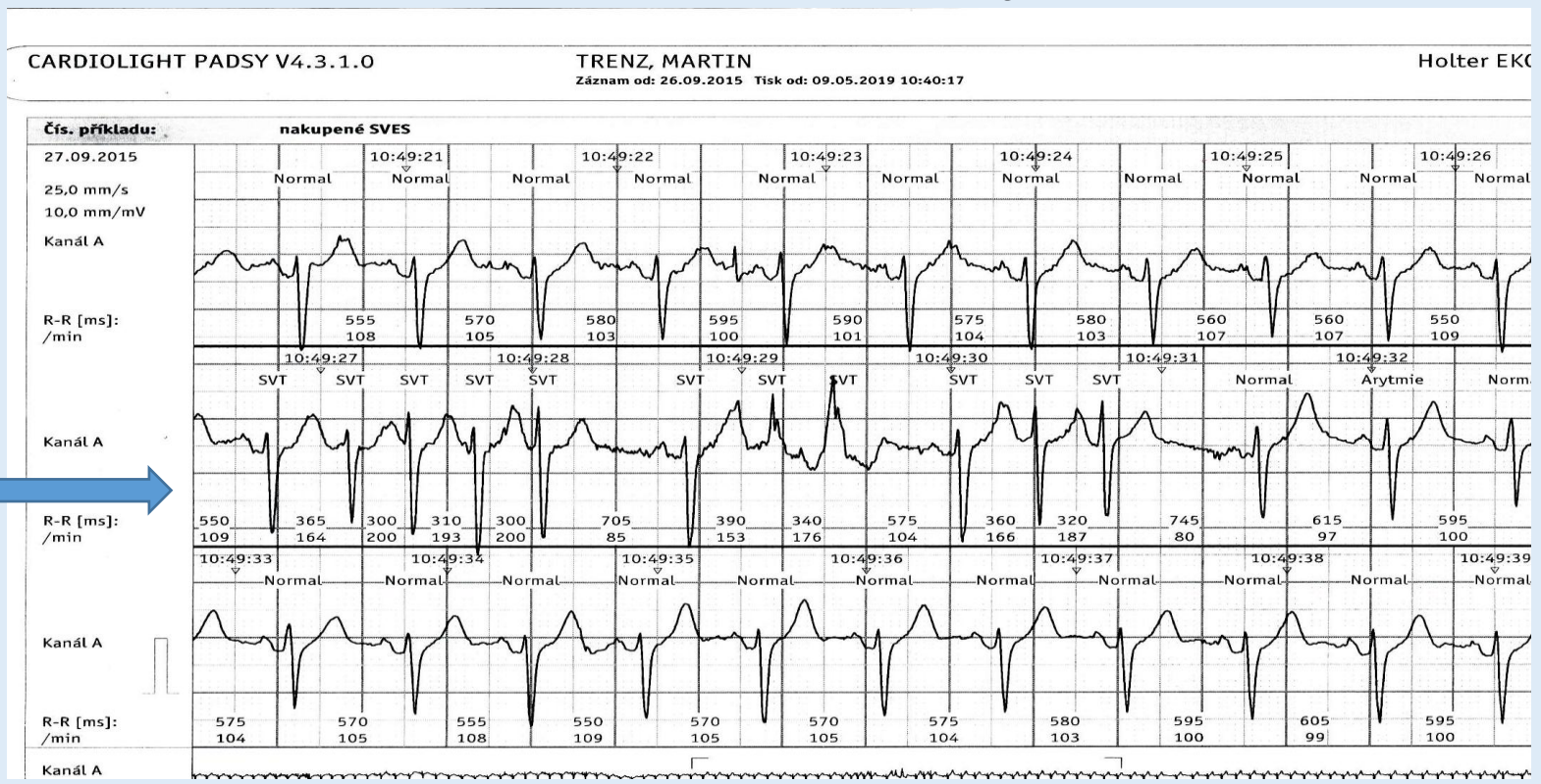
Po uzávěru **paroxysmus fibrilace síní**, který hodnocen jako postprocedurální , asymptomatický, terminován i.v. Propafenonem .

**Vzhledem CHADS2VASc 2, stav uzavřen jako paroxysmální FS a zahájena warfarinizace**

# Kazuistika - pokračování

Holterovo monitorování 5-denní 24.9.-28.9.2015

Během monitorace 8 x epizoda nakupených SVES typu fibrilace síní – od 5 stahů do 20.sec (nejdelší)



# Kazuistika - pokračování

## Další průběh léčby

### Warfarinizace problémová

INR 1,9..2,7..1,5..2,0..3,8..1,4

**Převod na NoAK** – apixaban 2x5 mg

Atoris vysazen – upravil životosprávu a nechtěl dál užívat

**Ac.folicum** v dávce 1tbl.denně-úprava hladiny homocysteinu

**2x vícedenní Holter s četnějšími izolovanými SVES, žádná FS**

# Kazuistika - pokračování

## Opakované trpělivé hovory s pacientem

- 1) Čím byla CMP způsobena FOA nebo paroxysmem fibrilace síní? nelze odpovědět
- 2) Dala by se FS vyřešit? - t.č. ne – je uzavřeno FOA Ampl.katetrem
- 3) Mohl bych vysadit AK terapii? – raději ne, FS mohla být periprocedurální, ale nemusela, navíc nepoznal
- 4) Co dál?? – nic....

Žít bez omezení, v tuto chvíli žádný další Holter, prav.kontroly a medikace

- 5) Při troše trpělivosti se třeba pacient nějakého nového řešení dočká



„Zdravý určitě nejste, protože dnes už je medicína tak pokročilá, že zdravý člověk neexistuje.“



# ZÁVĚR

**I při dodržení všech vyšetřovacích postupů se stane, že se optimálního řešení nedobereme....**

- 1) I když měl pacient FOA i FS, jeho iCMP i nadále zůstává kryptogenní, protože stejně nevíme, proč k ní došlo
- 2) Při každé kontrole pacienta řeším otázku, zda je AK terapie správná volba, vědoma si jejich rizik
- 3) Neurolog se přiklání k názoru, že jde o iCMP při fibrilaci síní – již vzhledem k velikosti ischemického ložiska
- 4) Arytmolog nemůže v současné době pro pacienta nic udělat, protože FOA je uzavřeno Amplaz.katetrem
- 5) A ambulantní kardiolog? Trpělivě čekat, že to všechno dobře dopadne, ale nemá na to vlastně žádný vliv.....

# Děkuji Vám za pozornost

