

lek. Norbert Kolmaga

Klinika Neurologii, Wojskowy Instytut Medyczny, Warszawa

Opracowano na podstawie: Goldstein LB, Bushnell CD, Adams JA, et al. Guidelines for the Primary Prevention of Stroke. A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2011;42:517-584.

W lutym 2011 r. w miesięczniku „Stroke” opublikowano wytyczne amerykańskich towarzystw naukowych American Heart Association (AHA) i American Stroke Association (ASA) dotyczące profilaktyki pierwotnej udarów mózgu. Aktualne zalecenia obejmują identyfikację czynników ryzyka oraz farmakologiczne i niefarmakologiczne metody prewencji zarówno udaru niedokrwinnego, jak i krwotocznego, co wynika z podobnych czynników ryzyka obu typów udarów. Najważniejsze zalecenia dotyczące profilaktyki udaru mózgu:

- Każdy pacjent zgłaszający się do lekarza niezależnie od przyczyny powinien zostać poddany ocenie ryzyka udaru.
- Zaleca się modyfikację stylu życia:
 - ograniczenie spożycia sodu i zwiększenie spożycia potasu
 - spożywanie owoców, warzyw i niskotłuszczowych produktów mlecznych i ograniczenie tłuszczów nasyconych
 - zwiększenie aktywności fizycznej
 - u osób z nadwagą lub otyłych redukcja masy ciała
 - zmniejszenie lub wyeliminowanie spożycia alkoholu
 - zaprzestanie palenia tytoniu lub powstrzymanie się od rozpoczęcia palenia papierosów przez osoby niepalące.
- Zaleca się regularną kontrolę ciśnienia, modyfikację stylu życia i leczenie farmakologiczne nadciśnienia tętniczego, z docelowymi wartościami ciśnienia skurczowego <140 mmHg i rozkurczowego <90 mmHg, a u chorych z cukrzycą lub chorobą nerek <130/80 mmHg.
- Kontrola ciśnienia tętniczego u chorych z cukrzycą zalecana jest jako część kompleksowego programu redukcji ryzyka sercowo-naczyniowego, a w leczeniu przydatne są inhibitory ACE i sartany.
- W celu osiągnięcia pożądanego poziomu cholesterolu LDL u pacjentów z chorobą niedokrwinną serca lub innymi chorobami wysokiego ryzyka (np. cukrzycą) zalecane jest stosowanie inhibitora reduktazy HMG-CoA (statyny) jako uzupełnienie zmian stylu życia.
- Leczenie przeciwzakrzepowe warfaryną (z docelowymi wartościami INR 2-3) wskazane jest u pacjentów z niezastawkowym migotaniem przedsionków, u których występuje duże ryzyko udaru mózgu, i u których stosowanie tego leku jest bezpieczne. Leczenie antyagregacyjne za pomocą kwasu acetylosalicylowego jest zalecane u pacjentów, u których ryzyko udaru jest małe, po uwzględnieniu preferencji pacjenta, szacowanego ryzyka krwawienia oraz możliwości monitorowania terapii.
- Kwalifikacja pacjentów z bezobjawową stenozą tętnic szyjnych do rewaskularyzacji tętnic powinna zostać poprzedzona oceną chorób współistniejących, szacowanej długości życia i innych indywidualnych czynników, jak również

omówieniem ryzyka i korzyści postępowania oraz zrozumieniem preferencji pacjenta.

- W profilaktyce udaru mózgu zaleca się stosowanie kwasu acetylosalicylowego, jeżeli 10-letnie ryzyko wystąpienia powikłań sercowo-naczyniowych wynosi >6%, a potencjalne korzyści przewyższają ryzyko związane z leczeniem.

Komentarz:



dr n. med. Jacek Staszewski
Klinika Neurologii, Wojskowy Instytut Medyczny,
Warszawa

Aktualne wytyczne amerykańskich towarzystw naukowych American Heart Association i American Stroke Association poświęcone profilaktyce pierwotnej udarów mózgu są dokumentem długo oczekiwanym przez środowisko neurologów i lekarzy zajmujących się chorobami naczyniowymi.¹ Powstały w oparciu o przegląd najważniejszych badań publikowanych w ostatnich latach i zawierają niemal 800 odniesień do piśmiennictwa! W odróżnieniu od poprzednich wytycznych z 2006 r., obejmujących zagadnienia profilaktyki wyłącznie udaru niedokrwiennego mózgu, nowe rekomendacje dotyczą także metod prewencji udaru krwotocznego, co wynika z podobnych czynników ryzyka dla obu typów udaru. Po raz pierwszy akcentują konieczność zindywidualizowanego podejścia diagnostycznego i terapeutycznego do każdego pacjenta zagrożonego udarem.

W publikacji szeroko omówiono czynniki ryzyka udarów, klasyfikując je w zależności od możliwości ich modyfikacji oraz siły dostępnych dowodów naukowych. Znane już wcześniej niemodyfikowalne czynniki ryzyka, jak wiek, płeć, pochodzenie etniczne czy uwarunkowania genetyczne, rozszerzono np. o obciążenie rodzinne udarem czy niską masę urodzeniową. U wszystkich osób, u których występują te czynniki ryzyka, niezbędna jest rygorystyczna kontrola czynników modyfikowalnych, m.in. nadciśnienia tętniczego, cukrzycy, migotania przedsionków, otyłości, ale także ograniczanie czynnej i biernej ekspozycji na dym tytoniowy. Autorzy wyszczególnili również jeszcze nie w pełni poznane czynniki, które mogą zwiększać ryzyko wystąpienia udaru, jak zespół metaboliczny, zaburzenia oddychania podczas snu, przewlekły stan zapalny wyrażony np. podwyższonym stężeniem CRP mierzonym w teście o wysokiej czułości (hs-CRP – *high sensitivity C-reactive protein*).

Niestety, wciąż brakuje swoistych tylko dla udaru metod profilaktyki pierwotnej. Te dostępne w większości pokrywają się

z metodami zapobiegania chorobie niedokrwiennej serca. W wytycznych podkreślono znaczenie zdrowego stylu życia (aktywności fizycznej, utrzymywania prawidłowej masy ciała, niepalenia papierosów) umożliwiającego obniżenie ryzyka wystąpienia udaru nawet o 80%! Żadne dostępne formy profilaktyki farmakologicznej nie wpływają tak znacząco na ryzyko udaru.

Nowym zaleceniem jest oszacowanie indywidualnego ryzyka wystąpienia udaru oraz rozpoczęcie postępowania profilaktycznego przez lekarzy różnych specjalności u chorych trafiających np. na oddziały ratunkowe, niezależnie od przyczyn konsultacji.

Zawężono wskazania do rewaskularyzacji asymptomaticznego zwężenia tętnic szyjnych (endarterektomii [klasa IIa, poziom A] lub stentowania [klasa IIb, poziom B]), którą powinno się rozpatrywać indywidualnie u każdego pacjenta, biorąc pod uwagę m.in. obecność chorób współistniejących. Wiele uwagi poświęcono stosowaniu kwasu acetylosalicylowego w prewencji pierwotnej udarów niedokrwiennej. Aktualnie zaleca się stosowanie tego leku w grupie osób, u których 10-letnie ryzyko wystąpienia powikłań sercowo-naczyniowych wg skali Framingham jest wyższe niż 6% (klasa I, poziom A). Zaleca się także rozważenie stosowania kwasu acetylosalicylowego u kobiet >65. r.ż. obciążonych co najmniej jednym naczyniowym czynnikiem ryzyka [klasa IIa, poziom B], u których korzyść z leczenia przeważa nad ryzykiem powikłań krwotocznych.

Szkoda, że rekomendacje nie objęły zaleceń dotyczących stosowania nowych leków przeciwzakrzepowych w prewencji udaru niedokrwiennej w migotaniu przedsionków. Takim lekiem jest np. dabigatran, będący bezpośrednim inhibitorem trombiny, który został niedawno zaaprobowany przez FDA w wymienionym powyżej wskazaniu.²

Największe znaczenie dla zmniejszenia społecznych skutków udarów mózgu w skali globalnej ma skuteczna profilaktyka. Zapobieganie chorobom układu krążenia jest podstawowym zadaniem lekarzy różnych specjalności. Jest to zagadnienie trudne, ponieważ wymaga identyfikacji oraz właściwej kontroli licznych czynników ryzyka, zwykle współistniejących u chorego. Przedstawiane zalecenia podkreślają znaczenie intensywnej modyfikacji trybu życia i właściwej farmakoterapii. W myśl zasady, że lepiej zapobiegać niż leczyć, zaznajomienie się z tymi wytycznymi jest obowiązkiem każdego lekarza zajmującego się pacjentami narażonymi na wystąpienie udaru mózgu.

Piśmiennictwo:

1. Goldstein LB, Bushnell CD, Adams RJ, et al. Guidelines for the Primary Prevention of Stroke. A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2011;42:517-584.
2. Connolly SJ, Ezekowitz MD, Phil D, et al. Dabigatran versus Warfarin in Patients with Atrial Fibrillation. *N Engl J Med* 2009;361:1139-1151.