

Antikoagulantibehandling vid förmaksflimmer och stroke/TIA

Sammanfattning

Riktlinjen reglerar användning av antikoagulantia vid förmaksflimmer och samtidig förekomst av ischemisk stroke eller TIA. Riktlinjen beskriver indikationer, kontraindikationer och praktiska råd i ämnet.

Innehållsförteckning

Sammanfattning	1
Förutsättningar	1
Genomförande	2
Indikationer för antikoagulantibehandling	2
Insättning av antikoagulantia	4
Apixaban (Eliquis)	5
Alternativ till antikoagulantia	7
Formalia vid insättning	7
Dokumentinformation	8
Referens- och länkförteckning	8

Förutsättningar

Förmaksflimmer oavsett typ är en viktig riskfaktor för arteriell embolisering som förekommer hos en femtedel av alla patienter med ischemiska stroke/TIA, eller omkring 50 % av alla fall av kardiell embolisering. Ytterligare 10 % ischemiska stroke orsakas av andra former av kardiella embolier, till exempel trombbildning i förmak eller kammare, klaffsjukdom, svår hjärtsvikt eller dilaterad kardiomyopati eller ovanligare orsaker såsom myxom, bakteriell endokardit och septumdefekter. Denna riktlinje behandlar endast förmaksflimmer och stroke/TIA.

Kardiella embolier ger vid stroke i genomsnitt större och allvarligare bortfall och vid TIA längre symtomduration, än annan embolisering. Vid embolisk stroke och förmaksflimmer har multipla studier visat att antikoagulantiahandling ger en klar reduktion av risken för återinsjuknande i stroke/TIA och rätt använt samtidigt låg komplikationsfrekvens.

RIKTLINJEFastställdedatum
2021-03-03
Gäller fr.o.m.
2021-03-01
Gäller inom
Stroke/TIA-processen SÄSBarium-id
21377
Gäller t.o.m.
2023-03-01Sida
2 (8)
Utgåva
4

Socialstyrelsens nationella riktlinjer konstaterar att alla patienter som har förmaksflimmer och ytterligare minst en allvarlig riskfaktor för blodpropp eller två måttliga riskfaktorer ska behandlas med antikoagulantia, förutsatt att en noggrann kartläggning gjorts av blödningsrisken. Exempel på sådana riskfaktorer är genomgången stroke/TIA, ålder över 70 år, hjärtsvikt, diabetes och hypertoni [1, 2].

Genomförande

Indikationer för antikoagulantibehandling

CHA₂DS₂-VASc

För patient med känt eller nyupptäckt förmaksflimmer, oavsett typ, stratifieras risken att insjukna i embolisk stroke/TIA enligt CHA₂DS₂-VASc-systemet.

Summera nedanstående faktorer:

Poäng	Tillstånd
1 p	Hjärtsvikt (någon gång)
1 p	Hypertoni (någon gång)
2 p	Ålder ≥ 75 år
1 p	Diabetes Mellitus
2 p	Tidigare stroke/TIA (embolisk)
1 p	Kärlsjukdom (t.ex. perifer kärlsjukdom, tidigare MI)
1 p	Ålder 65-74 år
1 p	Kvinnligt kön

Summan ger den årliga risken i procent att insjukna i stroke/TIA:

Summa	Årlig risk för stroke (95% CI)
0 p	0,3 (0-0)
1 p	1,0 (0,0-3,4)
2 p	3,3 (0,3-4,7)
3 p	5,3 (1,7-7,6)
4 p	7,8 (0,5-4,9)
5 p	11,7 (0,7-9,0)
6 p	15,9 (0,4-12,3)
7 p	18,4 (1,0-26,0)
8 p	17,9 (0,3-48,3)
9 p	20,3 (2,5-100)

Låg risk ↑
Antikoagulantia indikation ↓

Kommentar:

Alla med förmaksflimmer och tidigare ischemisk stroke/TIA är alltså direktkvalificerade för antikoagulantibehandling, och för övriga patienter, alltså primärprofylax, krävs minst 2 poäng från andra riskfaktorer.

Enligt Socialstyrelsens Nationella Riktlinjer för strokesjukvård 2009 ska samtliga patienter med **2 poäng eller fler** om möjligt behandlas med antikoagulantia.

Kontraindikationer

Den vanligaste och allvarligaste biverkningen av antikoagulantibehandling är allvarlig blödning och riskerna vid behandling påverkas av ett antal faktorer såsom ålder, blodtryck, övriga sjukdomar, falltendens med flera. Det är således viktigt att varje patient helhetsbedöms och till ändamålet finns flera system för riskstratifiering, men gemensamt för dessa är att prediktiva värdet för enskild patient är sämre än för grupp. Detta dokument inkluderar systemet HAS-BLED med vilket man på basen av anamnes och lätt tillgängliga laborationer kan skatta patientens blödningsrisk.

HAS-BLED

Poäng	Allvarliga blödningar per 100 patientår
1 p	Hypertoni (systoliskt BT >160mmHg)
1-2 p	Abnormal njur- eller leverfunktion (1 p vardera) (dialys, transplantation eller S-Krea >200, resp cirrhos)
1 p	Stroke
1 p	Blödning
1 p	Labilt PK (utanför intervall >60 % av tiden)
1 p	Ålder >65 år (=Elderly)
1-2 p	Läkemedel (Drugs) eller alkohol (1 p vardera) (ASA, NSAID, clopidogrel)

Summan (0-9 p) ger antal blödningar per 100 patientår:

Poäng	Allvarliga blödningar per 100 patientår
0 p	1,13
1 p	1,02
2 p	1,88
3 p	3,74
4 p	8,7
≥5 p	12,5

Låg risk ↑
Hög risk ↓

Riskerna med antikoagulantiahandling ökar snabbt vid 3 poäng eller fler, varför behandling i dessa fall bör ske efter noga övervägande av risk/nytta.

Kommentar:

Lätthanterligt system för riskstratifiering och förhållandevis enkelt att memorera, men tar inte hänsyn till fallrisk.

Insättning av antikoagulantia

Tidpunkt för insättning

Antikoagulantibehandlingen inleds antingen direkt eller efter 2 veckor. Hos neurologiskt och medicinskt stabil patient med **TIA eller minor stroke** ska antikoagulantibehandling inledas direkt.

RIKTLINJE

Fastställdedatum
2021-03-03
Gäller fr.o.m.
2021-03-01
Gäller inom
Stroke/TIA-processen SÄS

Barium-id
21377
Gäller t.o.m.
2023-03-01

Sida
5 (8)
Utgåva
4

Hos patient med särskilda riskfaktorer enligt nedanstående tabell finns en ökad risk för hemorragisk omvandling. Blödning ska därefter uteslutas genom DT eller MR hjärna efter **2 veckor**, och först när detta gjorts inleds antikoagulantibehandlingen.

Kriterium	Metod för att fastställa
Stor hjärninfarkt	Enligt DT/MR infarktutbredning >1/3 av mediaterritoriet eller >1/2 av posteriorterritoriet
Stor hjärninfarkt	Vid klinisk undersökning NIHSS > 15p
Obehandlad hypertoni	Systoliskt BT upprepat > 160mmHg

Kommentar:

Patienter ska INTE rutinmässigt genomgå röntgenundersökningar för enbart infarktkartläggning, utan sådan information används när den finns tillgänglig, och i övriga fall används i första hand klinisk undersökning.

Apixaban (Eliquis)

Apixaban är förstahandsbehandling vid samtidig stroke/TIA och förmaksflimmer.

Dosering

Kontrollera kreatinin (räkna ut GFR), HB, TPK, ALAT, bilirubin, ALP, APTT och PK innan insättning.

Doseringstabellen anger måldoser som kan inledas direkt, ingen upptrappning krävs.

	Dos
Normaldos	5 mg x 2
Reducerad dos vid två av tre kriterier enl nedan: Ålder >80 år Vikt <60 kg s-kreatinin >133 umol/L	2,5 mg x 2

RIKTLINJE

Fastställdedatum
2021-03-03
Gäller fr.o.m.
2021-03-01
Gäller inom
Stroke/TIA-processen SÄS

Barium-id
21377
Gäller t.o.m.
2023-03-01

Sida
6 (8)
Utgåva
4

Kontraindikationer

- eGFR <15 ml/min.
- Överkänslighet mot substansen.
- Pågående kliniskt signifikant blödning.
- Leversjukdom associerad med koagulationsrubbning och kliniskt relevant blödningsrisk.
- Händelse eller tillstånd som bedöms som en betydande riskfaktor för större blödning.
- Pågående behandling med:
 - azolantimykotika (t.ex. ketokonazol, itrakonazol, vorikonazol och posakonazol) och hiv-proteashämmare (t.ex. ritonavir)
 - annat antikoagulantium
- Mekanisk hjärtklaff.
- Tidigare hjärnblödning (om inte stark behandlingsindikation).
- Apixaban (Eliquis) rekommenderas ej vid graviditet eller amning.

Övrigt

Trombolys

Patienter med pågående behandling med apixaban (Eliquis) ska inte ges trombolysbehandling vid akut stroke p.g.a. avsaknad av säkerhetsdata.

Minskad effekt

Effekten sänks av rifampicin, fenytoin, fenobarbital, karbamazepin, johannesört.

Interaktion

Ökad blödningsrisk vid samtidig behandling med trombocythämmare, SSRI, NSAID.

Missad tablett

Om en dos missas ska patienten ta apixaban (Eliquis) omedelbart och sedan fortsätta ta tablettarna två gånger dagligen som tidigare.

Byte från warfarin till apixaban

Vid byte från warfarin (Waran) till apixaban (Eliquis) ska Waranbehandlingen avbrytas tvärt och första tablett apixaban (Eliquis) tas när **PK sjunkit <2,0**. De normala behandlings-doserna ovan används.

Byte från apixaban till warfarin

Då patienter ska övergå från apixaban (Eliquis) till warfarinbehandling ska administreringen av apixaban (Eliquis) fortgå i minst 2 dagar efter det att warfarinbehandlingen har påbörjats. Efter 2 dagars samtidig administrering av apixaban (Eliquis) och warfarin (Waran) mäts INR före nästa

RIKTLINJE

Fastställdedatum
2021-03-03
Gäller fr.o.m.
2021-03-01
Gäller inom
Stroke/TIA-processen SÄS

Barium-id
21377
Gäller t.o.m.
2023-03-01

Sida
7 (8)
Utgåva
4

schemalagda dos av apixaban (Eliquis). Fortsätt samtidig administrering av apixaban (Eliquis) och warfarin (Waran) till **PK** är $\geq 2,0$.

Byte från apixaban till parenteral antikoagulantia

Övergång från parenteral antikoagulationsbehandling till apixaban (Eliquis) (och vice versa) kan ske vid nästa schemalagda doseringstillfälle.

Alternativ till antikoagulantia

Acetylsalicylsyra anses inte längre som ett alternativ till antikoagulantia på grund av bristande effekt och strokerisk för allvarlig blödning.

Formalia vid insättning

Recept skrivs av behandlingsansvarig läkare, det vill säga, om patienten går på vårdcentral ligger behandlingsansvaret och därmed receptförskrivningen där.

AK remiss ska skickas till AK mott SÄS/Borås alt SÄS/Skene vid nyinsättning av NOAK om patienten kommer följas upp på medicinkliniken. Om uppföljning sker via VC ska även ansvaret för AK behandling ligga på VC. Pat ska ha info + halsband för respektive preparat

Fax SÄS/Borås: 033 - 616 14 56. Fax SÄS/Skene: 0320 - 77 92 00.

I remissen anges hur ofta kreatinin ska kontrolleras; var 3-12:e månad. Det är viktigt att remissen är fullständigt ifylld. Remiss kan skrivas ut från intranätet.

Patienten informeras muntligt av behandlingsansvarig läkare och ges även skriftlig information (finns att skriva ut från intranätet Styrdokument)

Uppföljningen av patienten sker på den nivå som är lämpligast av medicinska skäl. Behandlingsansvarig läkare är ansvarig för NOAK-behandlingen. När denne inte är anträffbar är medicinskt ansvarig på dennes enhet den som har ansvaret. När behandlingsansvar byts måste detta meddelas till AK-mottagningen. Om behandlingen sätts ut, permanent eller temporärt ska AK-mottagningen meddelas.

Provtagning innan insättning: Hb, TPK, PK, APTT, ALAT, bilirubin, ALP, kreatinin.

AK-mottagningen rutiner

På remiss från ordinerande läkare registreras patienten i Journalia.

Kreatinin kontrolleras var 3-12:e månad på ordination från behandlingsansvarig läkare via remiss från AK-mottagningen.

Provsvaret går till AK-mottagningen som skickar/faxar svaret tillsammans med provbrev och omprövningsbrev till behandlingsansvarig läkare som ombeds

svara på om behandlingen ska fortgå liksom eventuellt ändrad provtagningsintervall.

I provbrevet till patienten tillfrågas han/hon också om blödningar eller andra komplikationer. Om det framgår avvikelser ska behandlingsansvarig läkare/vårdcentral meddelas detta.

Med första provbrevet bifogas resp NOAK-halsband och resp patientinformation. Cirka 3 veckor efter insättande kontaktas patienten per telefon och man efterhör om behandlingen fungerar och det understryks vikten av att ta medicinerna regelbundet.

Om patienten upplever problem med NOAK hänvisas patienten till behandlande enhet.

Dokumentinformation

För innehållet svarar

Paula Pire García, specialistläkare, processledare, neuro-rehabklinik, SÄS

Remissinstanser utgåva 1

Verksamhetschef, medicinklinik

Fastställt av

Paula Pire García, processledare, stroke/TIA-processen

Nyckelord

Stroke, sekundärprevention, förmaksflimmer, warfarin, Waran, apixaban, Eliquis

Referens- och länkförteckning

1. Socialstyrelsen, Nationella Riktlinjer för strokesjukvård
<https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/riktlinjer-och-utvarderingar/stroke/>
2. UpToDate (avsnitt: "Stroke in patients with atrial fibrillation")
www.uptodate.com/contents/stroke-in-patients-with-atrial-fibrillation