

Παρακολούθηση αντιπηκτικής αγωγής: Ναι ή όχι

Podcast σε μορφή κειμένου

Είναι μια προσφορά των:

Καθ. Δημήτριος Τσακίρης, Πανεπιστήμιο Βασιλείας, Ελβετία

Καθ. Michael Nagler, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Inselspital, Ελβετία

Την εισαγωγή έκανε ο:

Tonke de Jong (COR2ED)

Σημείωση:

Τα podcast της HEMOSTASIS CONNECT είναι σχεδιασμένα για ακρόαση. Αν έχετε τη δυνατότητα, σας προτρέπουμε να ακούσετε τον ήχο, καθώς περιλαμβάνει συναισθήματα και δίνει έμφαση σε σημεία που δεν είναι τόσο εύκολα κατανοητά από το κείμενο. Το απομαγνητοφωνημένο κείμενο έχει υποστεί επεξεργασία για λόγους αναγνωσιμότητας. Ελέγξτε τι ακούτε πριν το διαβάσετε.

Αυτό το podcast είναι μια πρωτοβουλία της COR2ED και αναπτύχθηκε από την HEMOSTASIS CONNECT, μια ομάδα διεθνών ειδικών που εργάζονται στον τομέα της αιματολογίας. Αυτό το podcast υποστηρίζεται από μια ανεξάρτητη εκπαιδευτική επιχορήγηση (Independent Education Grant) από την Viatris

Οι απόψεις που εκφράζονται είναι οι προσωπικές απόψεις των ειδικών. Δεν αντιπροσωπεύουν απαραίτητα τις απόψεις των οργανισμών τους ή της υπόλοιπης ομάδας HEMOSTASIS CONNECT.

Για γνωστοποιήσεις των ειδικών σχετικά με τυχόν σύγκρουση συμφερόντων, επισκεφθείτε τον ιστότοπο COR2ED.

Tonke de Jong

Το podcast απευθύνεται σε επαγγελματίες υγείας μόνο και υποστηρίζεται από μια ανεξάρτητη εκπαιδευτική επιχορήγηση από την Viatris.

Dimitrios Tskaris

Καλημέρα σας. Ονομάζομαι Δημήτριος Τσακίρης, είμαι Αιματολόγος στο Πανεπιστήμιο της Βασιλείας στην Ελβετία εξειδικευμένος στην αιμόσταση. Θα θέλαμε να συζητήσουμε μαζί σας σήμερα το θέμα της εργαστηριακής παρακολούθησης των αντιπηκτικών. Σε αυτό το πλαίσιο, αποτελεί σημαντικό θέμα διότι βοηθά τους επαγγελματίες υγείας να κρίνουν την «ένταση» της αντιπηκτικής αγωγής και, υπό ορισμένες συνθήκες, τους βοηθά επίσης στην καθοδήγηση της θεραπείας αυτών των ασθενών. Αλλά πρώτα, επιτρέψτε μου να καλωσορίσω στη συζήτηση τον καθηγητή Michael Nagler.

Είναι ειδικός εργαστηριακός, Αιματολόγος Επιδημιολόγος. Και θα ήθελα να αφήσω τον ίδιο να συστηθεί στη συζήτηση. Δρ. Nagler, παρακαλώ.

Michael Nagler

Σε ευχαριστώ πολύ Δημήτρη. Χαίρομαι πολύ που είμαι εδώ μαζί σου. Με ενδιαφέρει πολύ το θέμα της εργαστηριακής παρακολούθησης της αντιπηκτικής αγωγής και θα μπορούσε μάλιστα να πει κανείς ότι το θέμα αυτό επηρέασε σημαντικά την πορεία της καριέρας μου. Επομένως, το επίκεντρο του ενδιαφέροντος μου ήταν πάντα: « πώς ερμηνεύεται ένα συγκεκριμένο αποτέλεσμα εξέτασης ή τι σημαίνει το αποτέλεσμα μιας εργαστηριακής εξέτασης για έναν συγκεκριμένο ασθενή;» Και χαίρομαι πολύ να το συζητήσω αυτό μαζί σου, Δημήτρη.

Dimitrios Tskaris

Σε ευχαριστώ Michael. Θα θέλαμε να ξεκινήσουμε με ορισμένα τεχνικά χαρακτηριστικά, επειδή η κατανόηση του τεχνικού υπόβαθρου των συστημάτων εξέτασης έχει μεγάλη σημασία για την επιλογή του τρόπου παρακολούθησης. Τώρα γνωρίζουμε ότι η αντιπηκτική αγωγή είναι διαθέσιμη σχεδόν εδώ και 60 χρόνια και υπήρχαν παραδοσιακά συστήματα εξέτασης για να τα ακολουθήσουμε, τουλάχιστον για τα πρώτα διαθέσιμα αντιπηκτικά. Όμως, εδώ και δέκα χρόνια έχουμε μια ποικιλία νέων αντιπηκτικών άμεσης δράσης που μας βοηθούν στη θεραπεία των ασθενών. Παρουσιάζουν, όμως, τεχνικά προβλήματα όσον αφορά τη μέτρηση των δραστικών επιπέδων αυτών των φαρμάκων.

Θα εστιάσουμε πρώτα στα από του στόματος αντιπηκτικά άμεσης δράσης, επειδή χρησιμοποιούνται ευρέως σήμερα, και γνωρίζουμε ότι υπάρχουν ορισμένες τεχνικές με διαφορές μεταξύ τους και είναι διαθέσιμες για την παρακολούθησή τους. Η καθιερωμένη τεχνική, για παράδειγμα, όταν εισήχθησαν τα DOAC στη θεραπεία ήταν η φασματομετρία μάζας. Αποτελεί μια πολύ περίπλοκη τεχνική που δεν είναι διαθέσιμη στα συνήθη εργαστήρια, αλλά στην πορεία αναπτύχθηκαν απλούστερα συστήματα εξέτασης που ήταν ειδικά ή πιο γενικευμένα στην ανίχνευση αυτών των φαρμάκων.

Θα μπορούσατε λοιπόν να μας παρουσιάσετε λίγο αυτές τις τεχνικές, Δρ. Nagler; Ποια είναι η εμπειρία σας από την εμφάνιση αυτών των ειδικών ή γενικών συστημάτων αντι-Χα, όπως ονομάζονται για την παρακολούθηση των DOAC;

Michael Nagler

Φυσικά. Συμφωνώ πλήρως ότι οι μέθοδοι φασματομετρίας μάζας έχουν σαφή πλεονεκτήματα που τις καθιστούν πρότυπο αναφοράς. Ευαισθησία και πολύ χαμηλή συγκέντρωση, ειδικότητα όσον αφορά το φάρμακο που χρησιμοποιείται, καταγραφή των μεταβολιτών του φαρμάκου, γραμμικότητα, τόσο σε χαμηλές όσο και σε υψηλές συγκεντρώσεις. Και ναι, το αναφέρατε ήδη, δεν είναι διαθέσιμα στην κλινική πρακτική. Τα αποτελέσματα των εξετάσεων πρέπει να είναι διαθέσιμα γρήγορα και αυτό δεν είναι δυνατό με τις μεθόδους φασματομετρίας μάζας. Τα αποτελέσματα των εξετάσεων πρέπει να είναι διαθέσιμα γρήγορα και αυτό δεν είναι δυνατό με τις μεθόδους φασματομετρίας μάζας. Οι χρωμογόνες αναλύσεις αντι-Χα που καταγράφουν την αναστολή του εξωγενούς παράγοντα Χα, τον οποίο γνωρίζουμε εδώ και δεκαετίες από τις ηπαρίνες, μπορούν να

εφαρμοστούν σχεδόν σε οποιοδήποτε όργανο μέτρησης της πηκτικότητας. Έτσι, θεωρητικά τουλάχιστον, είναι ευρέως διαθέσιμες ή μπορεί να γίνουν ευρέως διαθέσιμες.

Συνεπώς, αυτές οι τεχνικές είναι καλές, έχουμε αποκτήσει εμπειρία σε αυτές και θεωρώ όταν τις προσαρμόζουμε ανάλογα με τον στόχο ή τα αντιπηκτικά και τις εφαρμόζουμε στην υγειονομική περίθαλψη, μπορούν να έχουν πραγματικά αξία.

Dimitrios Tskaris

Ξέρετε, στην ιατρική, το να απλοποιείς τα πράγματα είναι πάντα πολύ ελκυστικό και μπορεί να προκύψουν πολλές ιδέες. Θυμάμαι εκείνο το θέμα με τη Theranos, όπου από μία σταγόνα αίματος μπορούσατε να διενεργήσετε κάθε είδους ανάλυση που θέλατε, αλλά αυτό αποδείχθηκε στο τέλος μια ψευδαίσθηση.

Τώρα, αν σκεφτούμε μια τέτοια εξέλιξη στις αναλύσεις δοκιμασιών για τους αντι-Χα, όπου ένα γενικευμένο σύστημα εξετάσεων των αντι-Χα θα μπορούσε να είναι επαρκές για να χρησιμοποιηθεί και για τα τρία διαθέσιμα DOAC, αυτό θα είχε μεγάλο αντίκτυπο στην κλινική πράξη. Θα μπορούσατε να το σχολιάσετε; Επειδή υπάρχουν κάποιες μελέτες, πολύ ενδιαφέρουσες μελέτες που επιβεβαιώνουν τη χρησιμότητα ενός τέτοιου συστήματος εξέτασης.

Michael Nagler

Συμφωνώ απολύτως. Το πρόβλημα αυτών των αναλύσεων των αντι-Χα είναι πρακτικής φύσης, καθώς συνήθως απαιτείται μία βαθμονόμηση για κάθε φάρμακο που θέλετε να μετρήσετε. Και υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός ιδεών, εξετάσεων και μελετών για την εφαρμογή ενός γενικού βαθμονομητή σε αυτές. Κάναμε και μια πολύ μεγάλη μελέτη, στην οποία χρησιμοποιήσαμε διαφορετικούς βαθμονομητές, το δοκιμάσαμε με διαφορετικούς βαθμονομητές και λειτουργεί. Αν εστιάσετε σε κατηγορίες ακραίων τιμών των επιπέδων φαρμάκων, λειτουργεί πολύ καλά, αλλά αν θέλετε να μετρήσετε τα ακριβή επίπεδα φαρμάκων, Αλλά αν θέλετε να μετρήσετε συγκεκριμένα επίπεδα φαρμάκου σε μικρογραμμάρια ανά λίτρο ή κάτι τέτοιο, νομίζω ότι δεν είναι δυνατή μια καθολική βαθμονόμηση. Αλλά στην περίπτωση που επιλέξετε κατηγοριοποιημένα, σχετιζόμενα με την κλινική εικόνα επίπεδα φαρμάκων, θεωρώ ότι λειτουργεί πολύ καλά και αυτό είναι το ερώτημα που είναι σημαντικό για τον ιατρό.

Dimitrios Tskaris

Ναι, σωστά. Αλλά το πρόβλημα εδώ ότι οι κατασκευαστές, τουλάχιστον δύο από αυτούς, έχουν δημοσιεύσει μόνο τις γενικές τιμές της αντι-Χα δραστηριότητας του φαρμάκου. Έτσι, έχουμε τη δυνατότητα να κρίνουμε την «ένταση» της αντιπηκτικής δράσης του φαρμάκου που κυκλοφορεί στο αίμα. Και όπως είπατε, αυτή θα πρέπει να είναι μια κατηγοριοποιημένη αξιολόγηση, η οποία θα βοηθήσει τους κλινικούς ιατρούς να κρίνουν αν τα φάρμακα έχουν υπέρμετρη, επαρκή ή μη επαρκή δράση. Θα βοηθούσε η εφαρμογή τέτοιων γενικευμένων εξετάσεων;

Michael Nagler

Οι ερωτήσεις που θα ήθελαν να κάνουν οι ιατροί και οι αποφάσεις που πρέπει να λάβουν είναι για παράδειγμα : « Θα πρέπει να χορηγήσω έναν παράγοντα αντιστροφής της αντιπηκτικής δράσης σε περίπτωση αιμορραγίας;» ή «Μπορώ να χειρουργήσω αυτόν τον ασθενή με ασφάλεια σε περίπτωση επείγουσας χειρουργικής επέμβασης;» Και αυτές είναι σαφείς κλινικές ερωτήσεις και μπορούν να απαντηθούν με κατηγορηματικό τρόπο, ναι ή όχι. «Είναι τα επίπεδα του φαρμάκου αρκετά χαμηλά, ώστε να μπορώ να προχωρήσω άμεσα στην εγχείρηση;» Για παράδειγμα. Και είναι εύκολο να απαντηθούν χρησιμοποιώντας αυτές τις κατηγοριοποιημένες οριακές τιμές. Για να απαντήσετε αυτές τις ερωτήσεις, δεν χρειάζεστε ακριβείς πληροφορίες για τα επίπεδα του φαρμάκου.

Dimitrios Tskaris

Σωστά. Δηλαδή, όσον αφορά τα βασικά ερωτήματα, αυτό είναι σωστό. Τώρα, θα έχετε παρατηρήσει ότι μεταφερόμαστε προς το δεύτερο κύριο θέμα της συζήτησης, αυτό της χρησιμότητας της παρακολούθησης των αντιπηκτικών. Και αυτό είναι σημαντικό να το συζητήσουμε, διότι παραδοσιακά τα αντιπηκτικά τουλάχιστον τα πρώτα αντιπηκτικά ήταν εκείνα που παρακολουθούνταν πολύ στενά. Όμως, από την εμφάνιση των νεότερων αντιπηκτικών άμεσης δράσης, αυτό δεν χρειάζεται, τουλάχιστον οι κατασκευαστές σχεδίασαν και μας παρουσίασαν μελέτες που κατέδειξαν ότι η στενή παρακολούθηση είναι περιττή. Παρόλα αυτά, γνωρίζουμε ότι στην εργαστηριακή ιατρική υπάρχουν δύο φιλοσοφίες, η μία λέει ότι «Δεν ανακαλύπτουμε τίποτα αν δεν αναζητήσουμε» και η άλλη λέει ότι «Ένας μη ελεγχμένος ασθενής είναι ένας υγιής ασθενής». Έτσι, θα πρέπει να επιλέξετε ποια φιλοσοφία θα ακολουθήσετε. Προσωπικά, προτιμώ την πρώτη επιλογή, να μετρούμε οτιδήποτε μπορεί να μετρηθεί, επειδή αυτό μας βοηθά να κατανοήσουμε το υπόβαθρο κάθε ιατρικού προβλήματος.

Αναφορικά όμως με τις δηλώσεις των κατασκευαστών ότι δεν χρειάζεται παρακολούθηση των επιπέδων των DOAC, αυτό τι σημαίνει στην καθημερινότητα; Θέλω να πω, αν έχετε εφαρμόσει με το σωστό τρόπο την αντιπηκτική αγωγή σε έναν ασθενή, δεν χρειάζεται να ξέρετε πόσο «έντονη» είναι... ξέρετε ότι λειτουργεί. Όμως, τι θα πρέπει να κάνουμε σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης, επείγουσας επέμβασης ή αιμορραγίας; Ποια είναι η εμπειρία σας σχετικά με αυτό στην καθημερινή πρακτική;

Michael Nagler

Πιστεύω ότι πρέπει να ξεχωρίσουμε δύο διαφορετικές καταστάσεις. Πρώτον, την παρακολούθηση κατά τη στενή έννοια και την ανίχνευση ακραίων τιμών στα επίπεδα του φαρμάκου στο πλαίσιο οξείας αιμορραγίας, επικείμενης χειρουργικής επέμβασης και θρομβόλυσης. Στη δεύτερη περίπτωση, υπάρχουν πολλοί ειδικοί που θεωρούν ότι υπάρχει όφελος από τη μέτρηση των επιπέδων των φαρμάκων, δηλαδή για αποφάσεις χορήγησης παράγοντα αντιστροφής, διενέργειας χειρουργικής επέμβασης ή εφαρμογής θρομβόλυσης. Στη περίπτωση της παρακολούθησης, όσον αφορά τον προσδιορισμό των μέγιστων ή των ελάχιστων επιπέδων συγκέντρωσης και την προσαρμογή της δόσης του φαρμάκου, δεν υπάρχουν μελέτες που να καταδεικνύουν την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια αυτού του τύπου αντιμετώπισης. Θα πρέπει να γνωρίζουμε ήδη, τι να κάνουμε όταν βρούμε επίπεδα φαρμάκου χαμηλότερα του μέσου όρου σε ορισμένους ασθενείς. Θα πρέπει να αυξήσουμε τη δόση; Ή θα πρέπει να μειώσουμε τη δόση εάν βρούμε υψηλότερα

επίπεδα φαρμάκου; Απλά δεν υπάρχουν μελέτες που να έχουν μελετήσει αυτό τον τύπο αντιμετώπισης. Και, επίσης, η δόση των φαρμάκων σε δισκία είναι λίγο-πολύ σταθερή. Επομένως, αποτελεί σημαντική παράμετρο της παρακολούθησης ή ένα σημαντικό στοιχείο που χρειαζόμαστε πριν από την παρακολούθηση. Πρέπει να γνωρίζουμε τι πρέπει να κάνουμε. Και αυτή η αντιμετώπιση πρέπει να επιβεβαιωθεί από μια μελέτη, η οποία απλά δεν είναι διαθέσιμη. Νομίζω ότι αποτελεί ισχυρό επιχείρημα κατά της παρακολούθησης στην κλινική πρακτική ρουτίνας, αλλά φυσικά μετράμε τα επίπεδα των φαρμάκων σε ειδικές καταστάσεις, σε πολλές νόσους, σε πολλούς ασθενείς και είναι σημαντικό να γνωρίζουμε τα επίπεδα των φαρμάκων πριν από τη χειρουργική επέμβαση. Νομίζω ότι πολλοί ειδικοί συμφωνούν σε αυτό και αυτό εξάγεται και από άλλες νόσους και άλλες καταστάσεις.

Επομένως, νομίζω ότι πρέπει να διακρίνουμε αυτές τις δύο καταστάσεις και πιστεύω ότι η παρακολούθηση είναι χρήσιμη σε ορισμένες ειδικές περιπτώσεις. Όμως, όσον αφορά την παρακολούθηση για την προσαρμογή των επιπέδων του φαρμάκου στην κλινική πρακτική ρουτίνας, απλά δεν έχουμε τα δεδομένα για αυτό.

Dimitrios Tskaris

Σωστά. Η μεταβλητότητα της φαρμακοκινητικής αυτών των παραγόντων δεν χρειάζεται να ελέγχεται και να προσαρμόζεται ανάλογα με τα επίπεδα ή τη συγκέντρωσή τους, επειδή λειτουργούν. Αυτό κατέδειξαν οι μελέτες για χορήγηση άδειας κυκλοφορίας τους.

Michael Nagler

Τα τελευταία δέκα χρόνια περίπου, εμφανίστηκαν αρκετές μελέτες παρατήρησης σε ειδικές ομάδες ασθενών, σε πολύ παχύσαρκους ασθενείς, σε ασθενείς με νεφρική, τουλάχιστον μέτρια νεφρική δυσλειτουργία, σε ηλικιωμένους ασθενείς και ούτω καθεξής. Τα βασικά αποτελέσματα ή η ερμηνεία τους αποδεικνύουν ότι λειτουργούν σε κάθε ομάδα ασθενών. Επομένως, δεν διακρίνουμε κάποια συγκεκριμένη ομάδα ασθενών στην οποία η δραστηριότητα, η αποτελεσματικότητα και η ασφάλεια να διαφέρουν δραματικά από το σύνολο. Αυτό πιστεύω ότι αποτελεί ένα ισχυρό επιχείρημα εναντίον της προσέγγισης για τακτική παρακολούθηση.

Dimitrios Tskaris

Σωστά, αλλά πιστεύετε ότι εξακολουθεί να είναι απαραίτητη σε ειδικές περιπτώσεις, όπως έχετε αναφέρει, σε αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και σε θεραπεία ινωδολυσης; Έχουμε κυκλοφορούν φάρμακο ή όχι; Θα μπορούσε να αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα ή ένδειξη χορήγησης άμεσου αντίδοτου. Έχουμε κυκλοφορούν φάρμακο ή όχι; Είναι δυνατή η μέτρηση υπό αυτές τις συνθήκες, επειδή η αυτοματοποίηση μας επιτρέπει να έχουμε αποτέλεσμα σε σύντομο χρονικό διάστημα. Δεν χρειάζεται να περιμένουμε ώρες. Μόνο λίγα λεπτά. Έτσι, για να κλείσουμε το πρώτο μέρος της συζήτησης και πριν περάσουμε στο επόμενο θέμα, θα έλεγα ότι μια βασική μέθοδος θα ήταν σε αυτήν την περίπτωση να επιλέξετε με σύμφωνη γνώμη εάν θέλετε να μετρήσετε την «ένταση» του φαρμάκου, αλλά να έχετε υπόψη σας ότι «δεν βρίσκετε τίποτα αν δεν το αναζητήσετε». Έτσι, σε ειδικές περιπτώσεις είναι χρήσιμο και μπορεί να χρησιμοποιηθεί το αποτέλεσμα της εξέτασης της αντιπηκτικής αγωγής.

Τώρα λίγα λόγια για να αλλάξουμε λίγο το θέμα και να πάμε πίσω στον χρόνο, στα παλαιότερα αντιπηκτικά. Είναι αδιαμφισβήτητο ότι οι ανταγωνιστές της βιταμίνης Κ χρειάζονται παρακολούθηση, όπως γινόταν μέχρι τώρα με την παρακολούθηση του INR, ενώ και οι ηπαρίνες χρειάζονται επίσης παρακολούθηση, ιδίως η μη κλασματοποιημένη ηπαρίνη. Τελευταία υπάρχει μια τάση παρακολούθησης της μη κλασματοποιημένης ηπαρίνης με πιο σύγχρονες εξετάσεις των αντι-Χα και πολλά μεγάλα νοσοκομεία στην Ελβετία το έχουν ήδη εφαρμόσει. Θα μπορούσατε να κάνετε ένα σχόλιο σε αυτό; Θα πρέπει να αφήσουμε τις παραδοσιακές γενικές εξετάσεις, όπως το aPTT, για να περάσουμε στις νεότερες εξετάσεις των αντι-Χα για μη κλασματοποιημένη ηπαρίνη;

Michael Nagler

Ναι. Επίσης, η αποτελεσματικότητα της μη κλασματοποιημένης ηπαρίνης, αλλά και των ανταγωνιστών της βιταμίνης Κ εξαρτάται από πολλούς παράγοντες του ασθενούς και έχουμε συνηθίσει να την παρακολουθούμε εδώ και δεκαετίες. Όσον αφορά τη μη κλασματοποιημένη ηπαρίνη, οι κατευθυντήριες οδηγίες εξακολουθούν να συνιστούν το aPTT για την παρακολούθηση, αλλά κυρίως για θεωρητικούς λόγους και τη θεωρούν λειτουργική εξέταση. Όμως όλοι στην κλινική πρακτική γνωρίζουν τα προβλήματα που επηρεάζουν το αποτέλεσμα της εξέτασης. Υπάρχουν πολλοί παράγοντες που επηρεάζουν τα κλινικά δεδομένα όπως σας ανέφερα πρόσφατα, τα κλινικά δεδομένα που υποστηρίζουν αυτά τα στοιχεία συλλέχθηκαν πριν από δεκαετίες και είναι απλά ανεπαρκή. Πιστεύω ότι τα δεδομένα παρατήρησης που έχουμε για τις μετρήσεις των αντι-Χα είναι πολύ καλύτερα από το aPTT.

Υπάρχουν μελέτες παρατήρησης, πολύ παλιές μελέτες παρατήρησης που υποστηρίζουν το aPTT. αλλά είμαι πεπεισμένος ότι τα δεδομένα που έχουμε συγκεντρώσει έως σήμερα σε σχέση με τους αντι-Χα είναι καλύτερα από ό,τι για το aPTT και νομίζω ότι συνεχίζει να συνιστάται για θεωρητικούς λόγους. Τα επιχειρήματα, όσον αφορά τα κλινικά δεδομένα, δεν είναι καλά. Και κάθε ίδρυμα που γνωρίζω στο οποίο εφαρμόζουν την προσέγγιση μετρήσεων των αντι-Χα είναι πολύ ικανοποιημένοι από τα αποτελέσματα..

Dimitrios Tskaris

Θα συμφωνήσω με αυτό, τα συστήματα μετρήσεων των αντι-Χα μπορούν να τυποποιηθούν περισσότερο με αυτόν τον τρόπο, κάτι που δεν συνέβαινε με τις κλασικές γενικές δοκιμασίες πήκτικότητας παλαιότερα.

Νομίζω λοιπόν ότι φτάσαμε στο τέλος αυτής της συζήτησης. Επιτρέψτε μου να κάνω μια σύντομη περίληψη και να σας δώσω τρία βασικά μηνύματα όπως τα συζητήσαμε, εστιάζοντας στα DOAC. Η παρακολούθηση των DOAC είναι χρήσιμη όποτε τη χρειαζόμαστε και όποτε πρέπει να γνωρίζουμε τη δραστηριότητα του κυκλοφορούντος φαρμάκου σε ειδικές καταστάσεις, αλλά όχι ως παρακολούθηση ρουτίνας. Η επιλογή και η δοσολογία των DOAC θα πρέπει ακόμα να καθοδηγούνται από τα ατομικά κλινικά χαρακτηριστικά και θα πρέπει να τα λαμβάνουμε υπόψη και όχι να επιτρέπουμε στα αποτελέσματα παρακολούθησης να μας καθοδηγούν. Και το τελευταίο - τα εργαστήρια μπορούν να εξακολουθούν να χρησιμοποιούν αποτελεσματικά τα παραδοσιακά τους συστήματα

εξέτασης για την παρακολούθηση των αντιπηκτικών. Ωστόσο, για την καλύτερη συγκρισιμότητα μεταξύ των εργαστηρίων, θα πρέπει να προτιμώνται οι αναλύσεις των αντι-Χα έναντι των άλλων.

Δρ. Nagler, πριν κλείσουμε, θα θέλατε να συμπληρώσετε κάτι άλλο;

Michael Nagler

Σε ευχαριστώ πολύ. Σαν επιπλέον στοιχείο: Θα ήθελα να αναφέρω την παρακολούθηση των ανταγωνιστών της βιταμίνης Κ επειδή υπάρχουν ακόμη ασθενείς που υποβάλλονται σε θεραπεία με ανταγωνιστές της βιταμίνης Κ, η παρακολούθηση αυτών των ασθενών είναι μάλλον δύσκολη και απαιτείται αρκετή εκπαίδευση και εξάσκηση για να γίνει και οι γιατροί δεν είναι πλέον εξοικειωμένοι. Εάν λοιπόν έχετε τέτοιους ασθενείς, συνιστώ ιδιαίτερα να τους κατευθύνετε σε συγκεκριμένα εκπαιδευτικά προγράμματα ή σε προγράμματα παρακολούθησης, για παράδειγμα, σε κλινικές παρακολούθησης ασθενών ή σε άλλες κλινικές παρακολούθησης της αντιπηκτικής αγωγής, καθώς πρόκειται για μια δύσκολη θεραπεία για την οποία απαιτείται πολλή εξάσκηση.

Σε ευχαριστώ πολύ για την πρόσκληση Δημήτρη. Ήταν χαρά μου.

Dimitrios Tskaris

Σε ευχαριστώ και εγώ Michael. Αν σας άρεσε αυτό το podcast και θέλετε να μάθετε περισσότερα, τότε αναζητήστε το «Hematology Medical Conversation Podcast» κάτω από το λογαριασμό της COR2ED Medical Education. Επίσης, μην ξεχάσετε να βαθμολογήσετε αυτό το podcast, να εγγραφείτε στο κανάλι μας και να το μοιραστείτε με τους συναδέλφους σας. Σας ευχαριστούμε που το παρακολουθήσατε και θα σας δούμε την επόμενη φορά.

Tonke de Jong

Το podcast είναι μια πρωτοβουλία της COR2ED και δημιουργήθηκε από την HEMOSTASIS CONNECT, μια ομάδα ειδικών διεθνούς εμβέλειας που εργάζονται στον τομέα της αιμόστασης. Οι απόψεις που εκφράζονται είναι οι προσωπικές απόψεις των ειδικών και δεν αντιπροσωπεύουν απαραίτητα τις απόψεις των οργανισμών των ειδικών ή της υπόλοιπης ομάδας HEMOSTASIS CONNECT. Για γνωστοποιήσεις των ειδικών σχετικά με τυχόν σύγκρουση συμφερόντων, επισκεφθείτε τον ιστότοπο COR2ED.