

## Φλεβική Θρομβοεμβολή (ΦΘΕ): ποια θα πρέπει να είναι η διάρκεια της αντιθρομβωτικής θεραπείας;

Podcast σε μορφή κειμένου

Είναι μια προσφορά των:

Καθ. Δημήτριος Τσακίρης, Πανεπιστήμιο Βασιλείας, Ελβετία

Καθ. Jerzy Windyga Ινστιτούτο Αιματολογίας και Μεταγγίσεων, Βαρσοβία, Πολωνία

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 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.

### Prof. Dimitrios Tsakiris

Ονομάζομαι Δημήτριος Τσακίρης, είμαι αιματολόγος και έχω εξειδικευθεί στην κλινική και διαγνωστική αιμόσταση στο Πανεπιστήμιο της Βασιλείας στην Ελβετία. Εγώ και ο συνάδελφός μου, Καθηγητής Jerzy Windyga, χαιρόμαστε που μοιραζόμαστε μαζί σας σήμερα ένα podcast σχετικά με τη φλεβική θρόμβωση και τη διάρκεια της αντιπηκτικής αγωγής. Πιστεύουμε ότι αυτό είναι σημαντικό γιατί μπορεί να μας βοηθήσει να επιλέξουμε το κατάλληλο αντιπηκτικό για τη σωστή θεραπεία στον σωστό ασθενή.

Αλλά ας καλωσορίσω πρώτα τον συνομιλητή μας, Καθηγητή Jerzy Windyga, ο οποίος είναι επίσης εξειδικευμένος αιματολόγος σε αυτό το πεδίο. Καλημέρα Jerzy, μπορείς να μας πεις μερικά λόγια για το πεδίο των ενδιαφερόντων σου;

**Prof. Jerzy Windyga**

Σε ευχαριστώ Δημήτρη. Είναι μεγάλη χαρά και τιμή να είμαι μαζί σας σήμερα. Όπως είπες, είμαι Αιματολόγος. Είμαι επικεφαλής του Τμήματος Διαταραχών Αιμόστασης και Παθολογίας στο Ινστιτούτο Αιματολογίας και Μεταγγίσεων στη Βαρσοβία, στην Πολωνία.

Αντιμετωπίζω ενήλικες ασθενείς και στην κλινική μας επικεντρωνόμαστε σε ασθενείς με καλοήγη αιματολογικά προβλήματα, συμπεριλαμβανομένων των προβλημάτων της αιμόστασης φυσικά, καθώς και σε άλλους ασθενείς με θρομβοεμβολικά προβλήματα.

**Prof. Dimitrios Tsakiris**

Πολύ καλά, σε ευχαριστώ. Θα ξεκινήσουμε τη συζήτηση, εστιάζοντας αρχικά σε θέματα παθοφυσιολογίας της θρομβωτικής νόσου και έπειτα θα προχωρήσουμε στη θεραπεία αυτής της οντότητας. Αλλά αναφερόμενοι στην παθοφυσιολογία, θα ήθελα να πω ότι οι αγγειολόγοι σήμερα δεν κάνουν διάκριση μεταξύ εν τω βάθει φλεβικής θρόμβωσης και πνευμονικής εμβολής. Τη θεωρούν μία οντότητα και χορηγούν την ίδια θεραπεία και στις δύο περιπτώσεις.

Αλλά πηγαίνοντας στους μηχανισμούς ενεργοποίησης, αυτό που ενεργοποιεί το θρομβωτικό συμβάν είναι πάντα ένας τραυματισμός του τοιχώματος του αγγείου, ένας ιστικός τραυματισμός. Αυτός μπορεί να είναι μηχανικός, χημικός, ενώ μπορεί να είναι και φλεγμονή. Πάντα γνωρίζαμε ότι η φλεγμονή μπορεί να είναι ένας παράγοντας ενεργοποίησης, αλλά ποτέ δεν συνειδητοποιήσαμε ότι είναι τόσο σημαντική. Στην εποχή του COVID αυτή η κατάσταση ήρθε στο προσκήνιο και για αυτόν το λόγο δημιουργήθηκε και ο όρος θρομβοφλεγμονή.

Αλλά ας ακούσουμε την εμπειρία του Καθηγητή Windyga σε αυτό το θέμα. Είναι μόνο ο τραυματισμός του ιστού αρκετός ή χρειαζόμαστε και επιπλέον παράγοντες ενεργοποίησης;

**Prof. Jerzy Windyga**

Συμφωνώ μαζί σου ότι στην περίοδο του COVID συνειδητοποιήσαμε ότι η παθοφυσιολογία της πνευμονικής εμβολής ή απλά της πνευμονικής θρόμβωσης μπορεί να είναι διαφορετική από αυτήν που πιστεύαμε παλαιότερα. Πιστεύω ότι η φλεβική θρομβοεμβολική νόσος είναι μια πολυπαραγοντική νόσος και υπάρχουν πολλοί παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη της φλεβικής θρομβοεμβολικής νόσου. Φυσικά, γνωρίζουμε πολύ καλά ότι υπάρχουν πολλοί επίκτητοι παράγοντες που πιθανότατα θα συζητήσουμε σε λίγο, με περισσότερες λεπτομέρειες. Αλλά υπάρχουν, επίσης, κληρονομικοί παράγοντες όπως, για παράδειγμα, οι κληρονομικές θρομβοφιλικές διαταραχές, αλλά και άλλες νόσοι ή παθολογίες που μπορεί να συμβάλλουν στην ανάπτυξη της φλεβικής θρομβοεμβολικής νόσου.

Για μένα, ως αιματολόγος, ορισμένες ασθένειες έχουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον, όπως, για παράδειγμα, η παροξυσμική νυκτερινή αιμοσφαιρινουρία ή τα μυελοϋπερπλαστικά νεοπλάσματα. Ανέφερα αυτές τις δύο ομάδες διαταραχών επειδή υπάρχει κάτι πολύ χαρακτηριστικό σε αυτές. Δηλαδή, τα αντιπηκτικά συνήθως δεν επαρκούν για την πρόληψη

της φλεβικής θρομβοεμβολικής νόσου ή απλώς της θρομβοεμβολής σε ασθενείς με παροξυσμική νυκτερινή αιμοσφαιρινουρία (PNH) ή σε ασθενείς με μυελοϋπερπλαστικά νεοπλάσματα, που σημαίνει ότι η κατανόηση της παθοφυσιολογίας της ΦΘΕ σε έναν συγκεκριμένο ασθενή με ορισμένες συνοδές διαταραχές είναι εξαιρετικά σημαντική για την προσαρμογή και τη ρύθμιση της θεραπείας σε έναν συγκεκριμένο ασθενή.

**Prof. Dimitrios Tsakiris**

Πολύ καλά. Ανέφερες μερικές από τις επίκτητες διαταραχές που μπορούν να προκαλέσουν ένα θρομβωτικό συμβάν. Η θρόμβωση στη φύση δεν είναι πολύ σπάνια. Δηλαδή, έχει υπολογιστεί ότι έχουμε μια συχνότητα, μια μέση συχνότητα μίας περίπτωσης ανά χίλια άτομα ανά έτος. Σε νεότερους ασθενείς, κάτω των 30 ετών, αυτή μπορεί να είναι δέκα φορές χαμηλότερη. Αλλά σε ηλικιωμένα άτομα, αυτή μπορεί να είναι δέκα φορές υψηλότερη.

Ξέρουμε ότι η ηλικία από μόνη της είναι ένας παράγοντας κινδύνου, γιατί βλέπουμε στις επιδημιολογικές μελέτες ότι μετά το 55ο έτος ηλικίας, η συχνότητα αυξάνεται δραματικά.

Τώρα όσον αφορά την κληρονομική θρομβοφιλία, θα έδινες σημασία σε αυτήν την κατάσταση, σε αυτό το γενετικό υπόβαθρο ως αιτία θρομβωτικής νόσου; Διότι στη φύση, στην εξέλιξη, η κληρονομική θρομβοφιλία ήταν πλεονέκτημα επιβίωσης, αλλά αργότερα αποδείχτηκε επιβλαβής. Ποια είναι η γνώμη σου για αυτό;

**Prof. Jerzy Windyga**

Ναι. Αυτό είναι ένα πολύ ενδιαφέρον σημείο και συμφωνώ όσο θυμάμαι κάποιες δημοσιεύσεις για αυτό το θέμα. Ο παράγοντας V Leiden αναπτύχθηκε διότι ήταν ένα είδος προστασίας των γυναικών κατά τον τοκετό. Δηλαδή, η απώλεια αίματος κατά τον τοκετό μειώνεται στις γυναίκες με τον παράγοντα V Leiden και χάρη σε αυτό, αυτή η κληρονομική θρομβοφιλική διαταραχή είναι συχνή στον πληθυσμό μας, τουλάχιστον στη λευκή φυλή. Έτσι, θα έλεγα ότι φυσικά η κληρονομική θρομβοφιλία παίζει σημαντικό ρόλο ως ένας από τους πολλούς παράγοντες που συμβάλλουν στο αρχικό επεισόδιο ή το πρώτο επεισόδιο της φλεβικής θρομβοεμβολικής νόσου.

Φυσικά, όταν πρόκειται για υποτροπιάζουσα ΦΘΕ, τότε η κατάσταση είναι πολύ πιο περίπλοκη και φαίνεται ότι οι θρομβοφιλικές διαταραχές δεν είναι τόσο σημαντικές ή δεν συμβάλλουν τόσο πολύ στον κίνδυνο υποτροπιάζουσας ΦΘΕ, αλλά σίγουρα εξαρτάται από τη διαταραχή για την οποία μιλάμε. Ο παράγοντας V Leiden, οι μεταλλάξεις του γονιδίου της προθρομβίνης είναι πιθανώς λιγότερο σημαντικές όσον αφορά την υποτροπιάζουσα ΦΘΕ. Ωστόσο, η ανεπάρκεια της πρωτεΐνης C, της πρωτεΐνης S ή ειδικότερα της αντιθρομβίνης, πιστεύω ότι αυτές οι διαταραχές παίζουν σημαντικό ρόλο και στην υποτροπή της ΦΘΕ.

**Prof. Dimitrios Tsakiris**

Πολύ καλά. Αυτό μας οδηγεί πολύ ομαλά στο επόμενο θέμα μας σχετικά με τη θεραπεία της θρομβωτικής νόσου. Αν έχουμε έναν ασθενή που έχει θρόμβωση, τότε είναι αναπόφευκτο και αδιαμφισβήτητο ότι θα πρέπει να του χορηγήσουμε αντιπηκτική αγωγή. Αλλά χρειαζόμαστε τις αποκαλούμενες προγνωστικές βαθμολογίες ή τις βαθμολογίες κινδύνου που δημοσιεύονται περιστασιακά στη βιβλιογραφία; Η προσωπική μου εμπειρία

είναι ότι, παρόλο που υπάρχουν κάποιες βαθμολογίες που έχουν επίσης δοκιμαστεί προοπτικά, μπορώ να αναφέρω δύο από αυτές, την προγνωστική βαθμολογία της Βιέννης και την Ολλανδική βαθμολογία, αυτές χρησιμοποιούν πολύ κοινούς παράγοντες βαθμολογίας στοιχείων για τον προσδιορισμό του κινδύνου. Αλλά στο τέλος, η εμπειρία μου είναι ότι κανείς δεν τα χρησιμοποιεί άμεσα γιατί η απόφαση για τη θεραπεία της θρόμβωσης λαμβάνεται με βάση τα άμεσα κλινικά χαρακτηριστικά. Ποια είναι η γνώμη σου για αυτό;

**Prof Jerzy Windyga**

Ναι. Συμφωνώ. Γνωρίζω φυσικά αυτή την πρακτική και απ' όσο ξέρω δεν συνιστώνται στις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες να χρησιμοποιούνται στην καθημερινή πρακτική γιατί δεν έχουν επικυρωθεί επαρκώς σε κλινικές δοκιμές.

Γενικά, στο κέντρο μας, στο νοσοκομείο μας, αποφασίζουμε για τη διάρκεια της θεραπείας, λαμβάνοντας υπόψη επίκτητους και κληρονομικούς παράγοντες που παίζουν ρόλο στην εμφάνιση του αρχικού επεισοδίου και φυσικά τον κίνδυνο επαναλαμβανόμενων επεισοδίων ΦΘΕ. Αλλά πάντα λαμβάνουμε υπόψη και τον κίνδυνο αιμορραγικών επιπλοκών γιατί γνωρίζουμε πολύ καλά ότι τα αντιπηκτικά δυστυχώς εξακολουθούν να συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο αιμορραγικών επιπλοκών. Και πιθανότατα το πιο σημαντικό και κρίσιμο είναι να σταθμίσουμε το όφελος από την παράταση της αντιπηκτικής θεραπείας έναντι του κινδύνου αιμορραγικών επιπλοκών σε έναν συγκεκριμένο ασθενή.

**Prof. Dimitrios Tsakiris**

Ναι, σωστά. Παραδοσιακά, χορηγούμε θεραπεία σε αυτούς τους ασθενείς για σύντομο χρονικό διάστημα, τρεις μήνες ή έξι μήνες, ανάλογα με το κέντρο θεραπείας. Αλλά οι μελέτες υπέδειξαν ότι ο κίνδυνος υποτροπιάζουσας θρόμβωσης παραμένει υψηλός για όλη τη ζωή και όσον αφορά τα ιδιοπαθή ή απρόκλητα θρομβωτικά επεισόδια, οι τρέχουσες κατευθυντήριες οδηγίες προτείνουν ότι θα πρέπει να χορηγείται δια βίου θεραπεία, εκτός εάν υπάρχουν αντενδείξεις, όπως υψηλός κίνδυνος αιμορραγίας.

Τι γνώμη έχεις γι' αυτή την εξέλιξη; Κάποιοι θεράποντες ιατροί εξακολουθούν ψυχολογικά να δυσκολεύονται να το αποδεχθούν. Δεν χορηγούν στους νεαρούς ασθενείς, για παράδειγμα, αντιπηκτική δια βίου θεραπεία επειδή απλά είχαν ένα θρομβωτικό επεισόδιο.

**Prof. Jerzy Windyga**

Ναι, αυτό είναι πολύ ενδιαφέρον. Νομίζω ότι η προσέγγισή μας άλλαξε σημαντικά μόλις εμφανίστηκαν τα αντιπηκτικά άμεσης δράσης από του στόματος και αρχίσαμε να χρησιμοποιούμε αυτά τα φάρμακα, επειδή απλοποίησαν την αντιμετώπιση των ασθενών με ΦΘΕ. Πιστεύω ότι τα DOAC έχουν πολύ μικρότερο κίνδυνο αιμορραγικών επιπλοκών. Ταυτόχρονα, είναι πολύ βολικά για τον ασθενή, κυρίως επειδή οι ασθενείς δεν χρειάζεται να παρακολουθούν το INR κατά τη διάρκεια της θεραπείας, κάτι που είναι απαραίτητο όταν πρόκειται για ανταγωνιστές βιταμίνης Κ.

Από την άλλη πλευρά, το όριο ασφάλειας είναι τώρα πολύ μεγαλύτερο και χάρη σε αυτό μπορούμε να παρατείνουμε τη θεραπεία. Συμφωνώ απόλυτα με αυτό που ανέφερες για την απρόκλητη ΦΘΕ. Επίσης, για τις ΦΘΕ που σχετίζονται με μέτριους

παράγοντες κινδύνου, πιστεύω ότι τουλάχιστον κάποιοι ασθενείς μπορούν να ωφεληθούν από την παρατεταμένη αντιπηκτική θεραπεία.

Και τέλος, ασθενείς με επίμονους σημαντικούς παράγοντες κινδύνου για ΦΘΕ. Θα πρέπει να λαμβάνουν θεραπεία επ' αόριστο ή ακόμα και για όλη τη διάρκεια της ζωής τους. Εννοώ ασθενείς με καρκίνο, αλλά και ασθενείς με αντιφωσφολιπιδικό σύνδρομο ή ασθενείς που έχουν υποστεί επαναλαμβανόμενη φλεβική θρομβοεμβολή. Σε αυτούς τους ασθενείς, θα ακολουθούσα σίγουρα την τρέχουσα οδηγία για δια βίου θεραπεία, διότι πιστεύω ότι το όφελος για τον ασθενή είναι σαφές. Φυσικά, πάντα λαμβάνουμε υπόψη τον κίνδυνο αιμορραγίας.

**Prof. Dimitrios Tsakiris**

Είναι ενδιαφέρον και ευαίσθητο το θέμα που έθιξες. Αν έχετε έναν ασθενή και του χορηγήσετε αντιπηκτικά, τότε ξέρουμε ότι ο κίνδυνος υποτροπής μειώνεται με την πάροδο του χρόνου και μετά από τέσσερα ή πέντε χρόνια, ο κίνδυνος υποτροπιάζουσας θρόμβωσης είναι ίδιος με τον κίνδυνο αιμορραγίας λόγω του αντιπηκτικού. Έτσι, ο ασθενής ή εσείς ως θεράπων πρέπει να αποφασίσετε αν θα ζήσει με τον κίνδυνο αιμορραγίας για το υπόλοιπο της ζωής του ή με τον κίνδυνο θρομβωτικού επεισοδίου για το υπόλοιπο της ζωής του. Τι κάνεις σε αυτή την περίπτωση;

**Prof Jerzy Windyga**

Δημήτρη, πιστεύω ότι αυτό είναι ένα πολύ σημαντικό σημείο της συζήτησής μας. Πρώτα απ' όλα, θα ήθελα να αναφέρω ότι είναι εξαιρετικά σημαντικό να λάβετε υπόψη την επιθυμία του ασθενούς. Δηλαδή, από την εμπειρία μου, οι περισσότεροι από τους ασθενείς μου φοβούνται πολύ την υποτροπή της εν τω βάθει φλεβικής θρόμβωσης ή της πνευμονικής εμβολής και προτιμούν να λάβουν θεραπεία. Αλλά αυτό είναι σωστό, κάποιοι ασθενείς, παρόλο που ο κίνδυνος αιμορραγίας δεν είναι τόσο υψηλός, φοβούνται τις αιμορραγικές επιπλοκές. Σε αυτούς τους ασθενείς ή τουλάχιστον σε μερικούς από αυτούς μπορούμε να βρούμε μια λύση, καθώς με τα DOAC, ή τουλάχιστον με κάποια από αυτά, μπορούμε να χορηγήσουμε χαμηλότερες δόσεις αντιπηκτικού. Και χάρη σε αυτό, πιστεύουμε ότι μειώνουμε τον κίνδυνο αιμορραγικών επιπλοκών και ταυτόχρονα προστατεύουμε τους ασθενείς μας από τη φλεβική θρομβοεμβολή.

Σίγουρα σε κάποιους ασθενείς αυτό δεν είναι καλή λύση. Εννοώ σε ασθενείς που διατρέχουν πολύ υψηλό κίνδυνο υποτροπιάζουσας ΦΘΕ. Ωστόσο, σε πολλούς ασθενείς, θεωρώ ότι αυτή είναι μια λύση που μπορεί να χρησιμοποιηθεί και θα είναι ευπρόσδεκτη από τους ασθενείς.

**Prof. Dimitrios Tsakiris**

Πολύ καλά. Αυτό είναι πολύ σημαντικό να το αναφέρουμε. Πράγματι, είναι ένα πλεονέκτημα ότι τα DOAC μάς επιτρέπουν να χρησιμοποιούμε μια μέθοδο με μειωμένη δόση, διότι, όπως αναφέρατε, προσφέρουν ισοδύναμη αποτελεσματικότητα με χαμηλότερο κίνδυνο αιμορραγίας σε αυτή την περίπτωση.

Τώρα, η δεύτερη ερώτησή μου αφορά το αντιφωσφολιπιδικό σύνδρομο που ανέφερες.

Αντιμετωπίζουμε το αντιφωσφολιπιδικό σύνδρομο με μακροχρόνια αντιπηκτική αγωγή, αλλά τι κάνουμε όταν τα εργαστηριακά ευρήματα εξαφανίζονται; Μετά από μερικά χρόνια, πέντε, έξι, δέκα χρόνια, δεν βρίσκουμε πλέον αντιφωσφολιπιδικά αντισώματα. Μερικές φορές δεν είναι συχνό, αλλά μπορεί να συμβεί. Τότε, συνηθίζαμε να διακόπτουμε την αντιπηκτική αγωγή όταν βλέπαμε ότι αυτό το αρνητικό εύρημα παρέμενε. Είναι σωστό αυτό; Ή θα πρέπει να κάνουμε κάτι; Ποια είναι η εμπειρία σου; Επειδή αν δείτε τις πιο πρόσφατες κατευθυντήριες οδηγίες, όλοι λένε να χορηγείται δια βίου θεραπεία.

**Prof. Jerzy Windyga**

Ναι, σωστά. Σωστά. Αυτό είναι ένα πολύ ενδιαφέρον θέμα. Ξέρετε, σε αυτούς τους ασθενείς που έχουν πολύ υψηλούς τίτλους αντισωμάτων αντικαρδιολιπίνης, αντισωμάτων B2GP1 και ταυτόχρονα, για παράδειγμα, το αντιπηκτικό του λύκου, το οποίο πιθανότατα είναι το πιο σημαντικό αντιφωσφολιπιδικό αντίσωμα όσον αφορά τον κίνδυνο θρομβοεμβολικών επεισοδίων. Ειλικρινά, δεν έχω δει ποτέ να εξαφανίζονται οι υψηλοί τίτλοι αυτών των αντισωμάτων.

Αλλά έχεις δίκιο. Έχω πολλούς ασθενείς στους οποίους διαγνώσαμε το αντιφωσφολιπιδικό σύνδρομο με βάση τα εργαστηριακά αποτελέσματά τους και φυσικά την εκδήλωση θρομβοεμβολικού επεισοδίου και με τον καιρό τα αντισώματα εξαφανίστηκαν. Στις περισσότερες περιπτώσεις, τα επίπεδα των αρχικών αντισωμάτων, των αντιφωσφολιπιδικών αντισωμάτων, θα έλεγα ότι ήταν αυξημένα.

Ωστόσο, ήταν μάλλον ελαφρώς αυξημένα ή μέτρια αυξημένα. Μέτρια, ναι. Ναι, και σε αυτούς τους ασθενείς, ειλικρινά δεν ξέρουμε ποια είναι η καλύτερη προσέγγιση. Εάν δω εξαφάνιση των αντιφωσφολιπιδικών αντισωμάτων, σίγουρα δεν θα σταματούσα την αντιπηκτική αγωγή αμέσως. Θα προτιμούσα να κάνω δεύτερη ή και τρίτη εξέταση στον ασθενή. Οπωσδήποτε θα συζητούσα με τον ασθενή ποια είναι η σημασία αυτού του ευρήματος και εάν η εξαφάνιση των αντιφωσφολιπιδικών αντισωμάτων παραμένει, τότε θα σκεφτόμουν τη διακοπή της αντιπηκτικής αγωγής.

Αλλά οπωσδήποτε αυτή είναι η άποψή μου. Αυτή είναι, η εμπειρία μου, αλλά φοβάμαι ότι σε κάθε περίπτωση δεν έχουμε αρκετά δεδομένα και στοιχεία για να υποστηρίξουμε αυτή την προσέγγιση που περιέγραψα.

**Prof. Dimitrios Tsakiris**

Σ' ευχαριστώ για τη διευκρίνιση αυτή. Τώρα ας εστιάσουμε σε άλλες ομάδες ασθενών, τους ηλικιωμένους και τις έγκυες γυναίκες.

Αναφορικά με τους ηλικιωμένους, γνωρίζουμε ότι ένα ηλικιωμένο άτομο δεν θα πρέπει να αιμορραγεί περισσότερο από ένα νεότερο μόνο λόγω του αντιπηκτικού. Αλλά στις κλινικές μελέτες φαίνεται ότι αιμορραγούν πιο συχνά. Αυτό συμβαίνει εξαιτίας των συννοσηροτήτων ή των συγχωρηγούμενων φαρμάκων που λαμβάνουν. Χρειάζεται να δώσουμε στους ηλικιωμένους λιγότερη αντιπηκτική αγωγή από αυτήν που αναφέρουν οι κατευθυντήριες οδηγίες ή όχι; Επειδή κάποιοι θεράποντες, από φόβο, μειώνουν την ένταση της αντιπηκτικής αγωγής. Ποια είναι η εμπειρία σου με αυτό;

**Prof. Jerzy Windyga**

Όχι, θα προτιμούσα να ακολουθήσω τα χαρακτηριστικά του προϊόντος. Δηλαδή, δεν θα μείωνα τη δόση μόνο λόγω της ηλικίας. Ξέρουμε πολύ καλά ότι η βιολογική ηλικία των ανθρώπων διαφέρει. Καταλαβαίνεις τι θέλω να πω; Ότι σε κάποιους ασθενείς, ακόμα και σε εκείνους που είναι πραγματικά ηλικιωμένοι, υπάρχουν πολύ λίγες συννοσηρότητες, είναι ασθενείς σε καλή φυσική κατάσταση. Δεν παραπονούνται τόσο πολύ. Είναι σε πολύ καλή βιολογική κατάσταση. Και σε αυτούς τους ασθενείς σίγουρα θα προτιμούσα τις κανονικές συνιστώμενες δόσεις.

Τη μείωση θα την εξετάσω φυσικά σε αυτούς τους ασθενείς που ήδη αναφέρατε. Επομένως, με κάποιες συννοσηρότητες που οδηγούν σίγουρα σε αυξημένο κίνδυνο αιμορραγικών επιπλοκών.

#### **Prof. Dimitrios Tsakiris**

Ναι. Πολύ καλά, τότε θα μπορούσαμε να ασχοληθούμε εν συντομία με το θέμα της εγκυμοσύνης και της θρόμβωσης, διότι αυτό θα μπορούσε να είναι από μόνο του το θέμα ενός podcast. Αλλά, στην εγκυμοσύνη, έχουμε μόνο μία επιλογή και αυτή είναι οι ηπαρίνες, που μπορούμε να δώσουμε. Εάν έχουμε θρομβωτικό επεισόδιο στην εγκυμοσύνη, χορηγούμε θεραπεία και πέρα από την περίοδο τριών μηνών που ενδείκνυται όσο εξελίσσεται η εγκυμοσύνη; Ή τη διακόπτουμε όταν ολοκληρωθεί η τρίμηνη περίοδος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης;

#### **Prof. Jerzy Windyga**

Ναι. Αυτό είναι ένα άλλο σημαντικό θέμα. Απολύτως. Δεν θα τη διέκοπτα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης αν το επεισόδιο συνέβη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και η περίοδος τριών μηνών είχε ολοκληρωθεί κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Θα συνέχιζα την αντιπηκτική αγωγή. Σίγουρα θα συνέχιζα και μετά τον τοκετό, τουλάχιστον για έξι εβδομάδες μετά τον τοκετό λόγω του αυξημένου κινδύνου θρομβοεμβολής και της υποτροπής θρομβοεμβολικών επεισοδίων για την περίοδο των έξι εβδομάδων μετά τον τοκετό.

Επιπλέον, ειλικρινά, στους νέους ασθενείς σίγουρα θα σκεφτόμουν, ξέρετε, να ψάξω για θρομβοφιλικές διαταραχές επειδή πιστεύουμε ότι θα πρέπει να διερευνηθεί η αιτία ΦΘΕ σε έναν πολύ νεαρό ασθενή και θα πρέπει τουλάχιστον να προσπαθήσουμε να βρούμε την αιτία αυτού του επεισοδίου. Επομένως, θα συνιστούσα επίσης τον έλεγχο θρομβοφιλίας σε τέτοιους ασθενείς επειδή μπορεί να είναι πολύ σημαντικό για το μέλλον αυτής της νεαρής γυναίκας να αποφασίσει όχι μόνο σε σχέση με επόμενες εγκυμοσύνες, αλλά και σε σχέση με κάποια φάρμακα. Ξέρεις τι εννοώ, τα οιστρογόνα και κάποια άλλα αντισυλληπτικά από του στόματος και τα λοιπά, εάν μπορεί να χρησιμοποιήσει αυτά τα φάρμακα με ασφάλεια ή όχι. Αυτή είναι λοιπόν η προσέγγισή μου και αυτή είναι η προσέγγισή μας.

#### **Prof. Dimitrios Tsakiris**

Πολύ καλά. Σε ευχαριστούμε Jerzy. Είναι πολύ ενδιαφέρον, αλλά ο χρόνος μας τελειώνει. Πρέπει να κλείσουμε σιγά-σιγά τη συζήτηση εδώ. Και επιτρέψτε μου να δώσω τρία μηνύματα που αφορούν τη διάρκεια της αντιπηκτικής αγωγής.

Πλέον η παρατεταμένη αντιπηκτική αγωγή πέρα από τους πρώτους τρεις μήνες ενδείκνυται για όλους τους τύπους θρομβωτικών επεισοδίων, εκτός από τη ΦΘΕ λόγω χειρουργικής

επέμβασης ή τραύματος, δηλαδή την προκαλούμενη ΦΘΕ και εκτός από τις περιπτώσεις υψηλού κινδύνου αιμορραγίας.

Τώρα, όπως είπες, τα DOAC είναι κατάλληλα για παρατεταμένη θεραπεία και μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε μειωμένη δόση μετά τους πρώτους έξι μήνες, το οποίο είναι ένα πολύ χρήσιμο ζήτημα στο πλαίσιο της εξατομικευμένης ιατρικής που διαχειριζόμαστε.

Και το τρίτο μήνυμα, το οποίο δεν συζητήσαμε πραγματικά, είναι ότι η ασπιρίνη μόνη της μπορεί να χρησιμοποιηθεί αντ' αυτών σε ειδικές περιπτώσεις ως εξαίρεση, εάν τα DOAC δεν είναι εφαρμόσιμα.

Τώρα, θα ήθελες να προσθέσεις κάτι σε αυτά τα βασικά μηνύματα;

### **Prof. Jerzy Windyga**

Ναι, ένα-δύο πράγματα Δημήτρη. Πρώτα, αναφορικά με την ασπιρίνη, έχει επίσης έναν ρόλο στη ΦΘΕ με βάση τα στοιχεία που ξέρουμε ή έχουμε αποκτήσει τα τελευταία χρόνια. Ωστόσο, φυσικά, έχει έναν μικρό ρόλο μόνο για μερικούς πολύ συγκεκριμένους ασθενείς, όπως ανέφερες στα συμπεράσματά σου.

Το δεύτερο που θα ήθελα να τονίσω ξανά είναι ο ρόλος της απόφασης που λαμβάνει ο γιατρός και ο ασθενής αναφορικά με τη διάρκεια της αντιπηκτικής αγωγής, πιστεύω ότι αυτό είναι πολύ σημαντικό.

Και τέλος, θα αναφέρω επίσης τη σημασία της κλινικής παρακολούθησης του ασθενούς που λαμβάνει αντιπηκτική αγωγή επ' άοριστον, επειδή η κατάσταση μπορεί να αλλάξει με την πάροδο του χρόνου. Και εξαιτίας αυτού, όχι μόνο μπορούμε, αλλά μερικές φορές θα πρέπει να αλλάξουμε την προσέγγισή μας και είτε να διακόψουμε την αντιπηκτική αγωγή είτε να κάνουμε κάποιες αλλαγές στα φάρμακα ή σε άλλες πτυχές της αντιπηκτικής θεραπείας.

### **Prof. Dimitrios Tsakiris**

Ευχαριστούμε, Jerzy, για αυτά τα ενδιαφέροντα σημεία και που μοιράστηκες την εμπειρία σου μαζί μας. Ευχαριστούμε τους ακροατές που ήταν μαζί μας σήμερα. Ελπίζουμε να σας έχουμε ξανά μαζί μας την επόμενη φορά που θα ασχοληθούμε με την περιεγχειρητική αιμόσταση. Σας ευχαριστούμε.

### **Tonke de Jong**

Το podcast είναι μια πρωτοβουλία της COR2ED και αναπτύχθηκε 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.