proLékaře.cz | 18.11.2026

Komentář ke kontroverzím

Kontroverze volby antikoagulační léčby u disekce karotid?

✉
MUDr. Tomek Aleš, Ph.D., FESO
Neurologická klinika
2. LF UK a FN Motol, Praha

V úvodu je nutné poděkovat autorům obou názorů za detailní a přehlednou argumentaci. Otázka, zda léčit antikoagulační nebo antiagregační léčbou pacienta s disekcí karotidy, je opravdovou kontroverzí.

Dobrou zprávou pro nás lékaře, a hlavně pro pacienty z první a dosud jediné publikované randomizované studie porovnávající antiagergaci a antikoagulaci, ze studie CADISS je to, že výskyt recidivy cévní mozkové příhody (CMP) nebo tranzientní ischemické ataky (TIA) je velmi vzácný [1]. Horší zprávou je, že se pravděpodobně v dohledné době nepodaří provést studii, která by měla dostatečnou statistickou sílu rozhodnout mezi antiagregací a antikoagulací. Vezmeme-li data ze studie CADISS, tak by bylo potřeba randomizovat asi 10 000 pacientů, abychom získali definitivní odpověď.

Další otázkou pro budoucí studie zůstává porovnání dalších modalit antitrombotické léčby. Svoje určitě mohou říct nová antikoagulancia, která jsou v praxi čím dál tím více off-label používána. V současnosti dostupné výsledky ukazují, že jsou nejspíše obdobně efektivní a možná i bezpečnější než antagonisté vitaminu K [2,3]. Duální antiagregační léčba samostatně také nebyla hodnocena, i když 44 % pacientů v antiagregační větvi studie CADISS ji užívalo – jejich výsledky samostatně nebyly publikovány.

Poslední otázkou zůstává volba cíle dosud provedených studií. Dosud se drtivá většina studií primárně soustředila na výskyt ischemických a krvácivých komplikací v určité přechodné době po disekci. Ve studii CADISS bylo sledování poměrně krátké, jen 3 měsíce. Klíčovou otázkou pro pacienta po prodělané disekci je ale i následná průchodnost disekované tepny ve zbytku života. Ošetření postdisekční stenózy je možné, ale je zde ještě méně dat než pro akutní léčbu. Jako zásadní problém, ale vidím pacienty, kteří mají díky disekci chronickou okluzi karotidy. Tito pacienti jsou určitě ohroženi řadou negativních efektů. Mimo rizika selhání kolaterálního zásobení v krizových situacích (celková anestezie, dehydratace), jde o možnou chronickou hypoperfuzi okludovaného povodí, která může vést ke zhoršení celkové kognitivní výkonnosti pacienta. Ojedinělá data porovnávající stav rekanalizace karotid po léčbě naznačují možný větší efekt antikoagulace [4].

V našich neurologických kruzích je většinou zažitý tradiční názor, že disekce je indikací k přechodné antikoagulaci. Důkazy, které vedly k této volbě, jsou však vědecky velmi slabé a otázka není dosud definitivně odpovězena. Antikoagulační léčba je možná více efektivní v prevenci ischemických CMP a možná i v procentu rekanalizovaných tepen, ale nejspíše za cenu vyššího výskytu krvácivých komplikací.

Z pozice komentátora musím shrnout, že oba léčebné postupy – antiagregace i antikoagulace – jsou validní a volba pro jednotlivé pacienty zůstává na ošetřujícím lékaři.

Literatura

1. CADISS trial investigators. Markus HS, Hayter E, Levi C, et al. Antiplatelet treatment compared with anticoagulation treatment for cervical artery dissection (CADISS): a randomized trial. Lancet Neurol 2015;14(4):361–7. doi: 10.1016/S1474-4422(15)70018-9.
2. Mustanoja S, Metso TM, Putaala J, et al. Helsinki experience on nonvitamin K oral anticoagulants for treating cervical artery dissection. Brain Behav 2015;5(8):e00349.
3. Caprio FZ, Bernstein RA, Alberts MJ, et al. Efficacy and safety of novel oral anticoagulants in patients with cervical artery dissections. Cerebrovasc Dis 2014;38(4):247–53.
4. Nedeltchev K, Bickel S, Arnold M, et al. Recanalization of spontaneous carotid artery dissection. Stroke 2009;40(2):499–504.