|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Treść wytycznej SChN PTN 2024** | **Jakość dowodu** | **Poziom zalecenia** |
| **ZALECENIA OGÓLNE** | | |
| **Dożylne leczenie trombolityczne przy pomocy tenekteplazy lub alteplazy powinno być zastosowane u każdego pacjenta spełniającego kryteria** kwalifikacji, w sytuacjach niejednoznacznych **posługując się opisanymi poniżej wskazówkami** | Wysoka | Silny |
| Podstawowym wskazaniem do dożylnego leczenia trombolitycznego tenekteplazą lub alteplazę jest rozpoznanie ostrego udaru niedokrwiennego mózgu jako głównej przyczyny stwierdzanych zaburzeń neurologicznych | Wysoka | Silny |
| Istnieje silna negatywna zależność pomiędzy czasem, jaki upłynął od momentu zachorowania a skutecznością kliniczną alteplazy. **Zaleca się dążenie do maksymalnego skrócenia czasu pomiędzy wystąpieniem objawów a rozpoczęciem dożylnego leczenia trombolitycznego**. | Wysoka | Silny |
| **W oknie terapeutycznym do 4,5 godz.** od czasu, kiedy pacjent był widziany po raz ostatni zdrowy **należy dążyć stosowania tenekteplazy zamiast alteplazy** by zwiększyć szanse na utrzymanie pełnej sprawności i lepszy ogólny efekt funkcjonalny. | Wysoka | Silny |
| Ilość danych dotyczących zastosowania tenekteplazy w sytuacjach szczególnych jest znacząco mniejsza niż dla alteplazy. Dlatego **nie jest możliwe sformułowanie jednoznacznych szczegółowych rekomendacji dotyczących przeciwwskazań do leczenia.** | - | - |
| Z uwagi na (i) identyczny mechanizm działania tenekteplazy i alteplazy oraz (ii) wyższą efektywność i bezpieczeństwo tenekteplazy nad alteplazę w oknie terapeutycznym <4,5 godz., **eksperci SChN PTN** (12 na 12 głosujących) **sugerują by w odniesieniu do tenekteplazy stosować kryteria wyłączające  z leczenia przyjęte dla alteplazy.** |  | Konsensus 12/12 ekspertów |
| Czas od przybycia pacjenta do szpitala do podania bolusa alteplazy lub tenekteplazy powinien być możliwie jak najkrótszy. **Co najmniej połowa pacjentów powinna otrzymać leczenie w ciągu 45 min od dotarcia do szpitala (optymalnie w ciągu 30 min).** | Bardzo niska | Silny |
| Zaleca się **ograniczenie do minimum zakresu badań pracownianych  i laboratoryjnych** pozwalającego na podjęcie w danym przypadku decyzji terapeutycznej. Zwłaszcza jeżeli wykonanie tych badań (m.in. spoczynkowego EKG i dodatkowych badań obrazowych) wiązałoby się z istotnym wzrostem opóźnienia. | Średnia | Silny |
| Jedynymi badaniami laboratoryjnymi, których wyniki powinny być znane przed rozpoczęciem leczenia, są **glikemia (u każdego pacjenta) oraz INR  (u pacjenta z potwierdzonym lub możliwym przewlekłym stosowaniem antagonistów witaminy K w wywiadzie)** lub aPTT (u pacjenta otrzymującego heparyny niefrakcjonowane). Oznaczenie glikemii i INR można wykonać **za pomocą testów paskowych** z krwi włośniczkowej. | Średnia | Silny |
| Należy **pobrać próbki** krwi do badania morfologii krwi, badań biochemicznych i oceny układu krzepnięcia. **Jednak, o ile nie wymaga tego sytuacja, nie należy odraczać decyzji terapeutycznej** do czasu uzyskania wyników. | Niska | Silny |
| Zaleca się rutynowe stosowanie dożylnego leczenia alteplazą lub tenekteplazą **bez górnej granicy wieku.** | Wysoka | Silny |
| **DAWKOWANIE** | | |
| **Alteplaza** powinna być podawana dożylnie **w dawce 0,9 mg/kg** rzeczywistej lub ewentualnie szacunkowej masy ciała pacjenta (maksymalnie 90 mg). Dziesięć procent całkowitej dawki należy podać w szybkim wstrzyknięciu dożylnym, a pozostałe 90% w trwającym 60 min ciągłym wlewie dożylnym. | Wysoka | Silny |
| **Tenekteplaza** powinna być podawana dożylnie **w dawce 0,25 mg/kg** rzeczywistej lub ewentualnie szacunkowej masy ciała pacjenta (maksymalnie 25 mg), według przedziałów wagowych <60 kg: 15 mg, ≥60 do <70 kg: 17,5 mg, ≥70 do <80 kg: 20 mg, ≥80 do <90 kg: 22,5 mg, ≥90 kg: 25 mg. Całość dawki podaje się **w trwającym około 5 sekund pojedynczym wstrzyknięciu**. | Wysoka | Silny |
| **CZAS TRWANIA OBJAWÓW UDARU MÓZGU** | | |
| Za czas zachorowania przyjmuje się moment wystąpienia objawów. Jeżeli nie jest on znany, za czas zachorowania należy przyjąć moment, kiedy pacjent po raz ostatni z całą pewnością był wolny od objawów | Wysoka | Silny |
| Zaleca się leczenie alteplazą, jeżeli deficyt neurologiczny **utrzymuje się ≥30 min** | Bardzo niska | Silny |
| Można rozważyć leczenie alteplazą w przypadku szybko ustępującego zespołu neurologicznego, o ile jego nasilenie w momencie rozpoczęcia trombolizy  w ocenie lekarza lub pacjenta nadal stwarza zagrożenie niesprawnością | Bardzo niska | Słaby |
| Nie należy odraczać decyzji terapeutycznej w oczekiwaniu na ewentualne dalsze ustępowanie objawów udaru mózgu | Bardzo niska | Silny |
| Nie zaleca się leczenia alteplazę ani tenekteplazą, jeżeli objawy kliniczne silnie sugerują krwotok podpajęczynówkowy, nawet w przypadku niepotwierdzenia obecności krwi w badaniu TK lub RM głowy. | Bardzo niska | Silny |
| Zaleca się **rutynowe stosowanie** dożylnego leczenia tenekteplazą **w ciągu pierwszych 4,5 godz.** od wystąpienia objawów, tak szybko, jak to możliwe. | Wysoka | Silny |
| Zaleca się **rutynowe stosowanie** dożylnego leczenia alteplazą **w ciągu pierwszych 3 godz.** od wystąpienia objawów, tak szybko, jak to możliwe. | Wysoka | Silny |
| Pomimo niższej efektywności zaleca się **również rutynowe stosowanie** dożylnego leczenia alteplazę **w oknie terapeutycznym 3,0–4,5 godz.** od wystąpienia objawów, tak szybko, jak to możliwe. | Średnia | Silny |
| U chorych ze znanym czasem zachorowania **należy rozważyć leczenia alteplazą w oknie terapeutycznym 4,5-9 godz.** **Warunkiem koniecznym jest łączne spełnienie poniższych kryteriów:** (i) uwidocznienia ogniska odwracalnego niedokrwienia >10ml, (ii) ogniska dokonanego niedokrwienia <70ml oraz (iii) niedopasowania definiowanego jako stosunek obszaru hypoperfuzji do dokonanego niedokrwienia >1,2 w badaniu perfuzji TK lub perfuzji/dyfuzji RM, optymalnie z zastosowaniem oprogramowania do automatycznej oceny neuroobrazowania. | Średnia | Silny |
| **U chorych o niejasnym czasie zachorowania** (zwłaszcza budzących się z objawami UM ze snu nocnego) **należy rozważyć leczenie alteplazą ≤ 4,5 godz. od stwierdzenia objawów** udaru. **Warunkiem koniecznym spełnienie jednego z poniższych kryteriów**: (i) stwierdzenie w RM mózgu odpowiedzialnego za objawy ogniska ograniczenia dyfuzji, któremu nie odpowiada wyraźnie hiperintensywny sygnał w sekwencji FLAIR lub (ii) uwidocznienie ogniska odwracalnego niedokrwienia >10ml, ogniska dokonanego niedokrwienia <70ml oraz niedopasowania definiowanego jako stosunek obszaru hypoperfuzji do dokonanego niedokrwienia >1,2 w badaniu perfuzji TK lub perfuzji/dyfuzji RM, optymalnie z zastosowaniem oprogramowania do automatycznej oceny neuroobrazowania. | Średnia | Silny |
| **Nie zaleca się rutynowego** stosowania dożylnego leczenia trombolitycznego przy pomocy **tenekteplazy u pacjentów w oknie terapeutycznym 4,5-24 godz., w szczególności jeżeli planowana jest trombektomia** mechaniczna | | Średnia | Słaby |
| **Jeżeli nie jest planowana trombektomia mechaniczna, eksperci SChN PTN (12 na 12 głosujących) sugeruje rozważenie leczenia przy pomocy tenekteplazy w oknie terapeutycznym 4,5-24 godz., pod warunkiem łącznego spełnienia następujących kryteriów**: (i) mRS 0-1przed  zachorowaniem, (ii) NIHSS ≥5, (iii) niedrożność tętnicy środkowej mózgu w odcinku M1 lub M2, (iv) wykonanie badania perfuzyjnego ze wsparciem oprogramowania do postprocessing obrazowania, (v)objętość ogniska zwałowego <70 ml, (vi) stosunek łącznej objętość hipoperfuzji do objętości ogniska zawałowego ≥1,8, (vii) objętość odwracalnego niedokrwienia ≥15 ml. | | **-** | Konsensus 12/12 ekspertów |
| **DEFICYT NEUROLOGICZNY** | | | |
| **Zaleca się leczenie** alteplazę lub tenekteplazą, **jeżeli kliniczne objawy udaru mózgu w ocenie lekarza lub pacjenta zagrażają wystąpieniem niepełnosprawności istotnej z perspektywy dotychczasowego funkcjonowania pacjenta**, niezależnie od liczby punktów w NIHSS. | | Wysoka | Silny |
| Nie zaleca się leczenia alteplazą ani tenekteplazą pacjentów bez stwierdzonego w badaniu klinicznym deficytu neurologicznego. | | Bardzo niska | Silny |
| **Nie zaleca się leczenia** alteplazę ani alteplazą, **jeżeli kliniczne objawy** udaru mózgu w ocenie lekarza lub pacjenta **nie zagrażają wystąpieniem istotnej niepełnoprawności.** | | Średnia | Słaby |
| Zaleca się leczenie alteplazą **bez górnej granicy w NIHSS**, o ile możliwe jest jego rozpoczęcie **w ciągu pierwszych 3 godz.** od zachorowania. | | Niska | Silny |
| **Można ostrożnie rozważyć leczenie** alteplazą u pacjentów z bardzo ciężkim zespołem neurologicznym ocenionym na **≥25 pkt w NIHSS w oknie terapeutycznym 3,0–4,5 godz.** od zachorowania, zwłaszcza jeżeli nie ma możliwości wykonania trombektomii mechanicznej embolektomii. | | Niska | Słaby |
| **OBRAZOWANIE MÓZGU** | | | |
| Przed rozpoczęciem leczenia alteplazą lub tenekteplazą konieczne jest wykluczenie wewnątrzczaszkowej obecności świeżej krwi za pomocą TK lub RM. | | Wysoka | Silny |
| Zaleca się rutynowe leczenie alteplazą lub tenekteplazą w przypadku niestwierdzenia w TK mózgu wczesnych zmian niedokrwiennych (rozumianych jako hipodensja niewielka do umiarkowanej) lub też stwierdzenia obecności wczesnych zmian niedokrwiennych o niewielkim nasileniu i rozległości | | Niska | Silny |
| **Nie zaleca się leczenia** alteplazą ani tenekteplazą u pacjentów **z rozległym obszarem ewidentnej hipodensji** odzwierciedlającej nieodwracalne uszkodzenie mózgu. | | Średnia | Słaby |
| Można rozważyć leczenie alteplazą u pacjentów z wczesnymi zmianami niedokrwiennymi potwierdzonymi w TK (hipodensja niewielka do umiarkowanej) obejmującymi rozległy obszar mózgu. | | Niska | Słaby |
| **WCZEŚNIEJSZY STAN FUNKCJONALNY** | | | |
| **Zaleca się leczenie** alteplazą **u chorych uprzednio niesamodzielnych**  w zakresie czynności dnia codziennego lub z zespołem otępiennym, biorąc pod uwagę gorsze rokowanie w tej grupie chorych bez względu na zastosowane leczenie oraz możliwą progresję dotychczasowej niepełnosprawności. | | Średnia | Silny |
| **WCZEŚNIEJSZE LECZENIE PRZECIWZAKRZEPOWE** | | | |
| **Zaleca się leczenie** alteplazą **bez względu na wcześniejsze przyjmowanie leków przeciwpłytkowych** (w tym podwójnej terapii przeciwpłytkowej). Korzyści z leczenia trombolitycznego przeważają nad prawdopodobnie nieco podwyższonym ryzykiem wystąpienia objawowego krwotoku do mózgu | | Średnia | Silny |
| Zaleca się leczenie alteplazą u chorych stosujących VKA, o ile wartość INR wynosi ≤ 1,7 | | Niska | Silny |
| **Zaleca się rutynowo leczenie** alteplazą lub tenkteplazą, **o ile czas od przyjęcia ostatniej dawki dabigatranu wynosi ≥48 godz.**, a pacjent nie ma zaawansowanej niewydolności nerek. W przeciwnym razie, o ile to możliwe, należy preferować pierwotną trombektomię mechaniczną. | | Niska | Silny |
| Należy rozważyć leczenie alteplazą u chorych przyjmujących dabigatran, o ile ostatnia dawka leku została przyjęta w ciągu poprzedzających 48 godz. lub czas od jej przyjęcia pozostaje nieznany, a stężenie leku w surowicy krwi wynosi < 30 ng/ml; ostrożnie rozważyć, jeżeli stężenie leku we krwi wynosi 30–50 ng/ml. | | Niska | Silny |
| **Należy rozważyć leczenie** alteplazą **u chorych przyjmujących dabigatran**, o ile ostatnia dawka leku została przyjęta w ciągu **≤ 48 godz.** lub czas jej przyjęcia jest nieznany, a jednocześnie wartości **TT/dTT mieszczą się w granicach norm** lokalnego laboratorium | | Niska | Słaby |
| **Można rozważać leczenie** alteplazą **u chorych przyjmujących dabigatran,  o ile** przed rozpoczęciem trombolizy **podany zostanie idarucyzumab** (5 g w 10-min. wlewie lub bolusie). | | Niska | Słaby |
| **Zaleca się rutynowo leczenie** alteplazę lub tenekteplazą, **o ile czas od przyjęcia ostatniej dawki ksabanu wynosi ≥48 godz.**, a pacjent nie ma zaawansowanej niewydolności nerek. W przeciwnym razie, o ile to możliwe, należy preferować pierwotną trombektomię mechaniczną. | | Niska | Silny |
| Należy rozważyć leczenie alteplazą u chorych przyjmujących ksabany, o ile ostatnia dawka leku została przyjęta w ciągu ≤48 godz. lub czas od jej przyjęcia pozostaje nieznany, a stężenie leku w surowicy krwi wynosi <30 ng/ml; ostrożnie rozważyć, jeśli mieści się w przedziale 30–50 ng/ml. | | Niska | Silny |
| Można rozważyć leczenie alteplazą u chorych przyjmujących ksabany, o ile ostatnia dawka leku została przyjęta w ciągu ≤48 godz. lub czas od jej przyjęcia pozostaje nieznany, a jednocześnie aktywność anty-Xa oznaczona za pomocą swoistego testu ilościowego wynosi <0,5 j./ml. | | Niska | Słaby |
| **Można ostrożnie rozważyć leczenie** alteplazą **u chorych przyjmujących ksabany, nawet jeżeli ostatnia dawka leku została przyjęta <48 godz.** | | Niska | Słaby |
| Nie zaleca się leczenia alteplazą ani tenekteplazą u chorych otrzymujących heparyny niefrakcjonowane, jeżeli ich ostatnia dawka była podana w ciągu  ≤ 48 godz., a aPTT jest wydłużony powyżej górnej normy lokalnego laboratorium. | | Wysoka | Silny |
| **Nie zaleca się leczenia** alteplazą ani tenekteplazą **u chorych przyjmujących heparyny drobnocząsteczkowe w dawce terapeutycznej**, jeżeli czas od przyjęcia ostatniej dawki wynosi **<24 godz.** | | Bardzo niska | Słaby |
| **WYNIKI BADAŃ LABORATORYJNYCH KRWI** | | | |
| Nie zaleca się leczenia alteplazą ani tenekteplazą w przypadku skazy krwotocznej | | Niska | Silny |
| **Nie zaleca się leczenia** alteplazą ani tenekteplazą w przypadku **liczby płytek krwi <100 K/μl lub innej istotnej koagulopatii, bez względu na przyczynę.** | | Niska | Słaby |
| Z uwagi na wyjątkowo niskie ryzyko przypadkowego wykrycia niezdiagnozowanej wcześniej koagulopatii, **w pełni uzasadnione jest rozpoczynanie leczenia** alteplazę lub tenekteplazą **przed uzyskaniem informacji o liczbie płytek krwi, wartości aPTT, PT i INR, o ile dane  z wywiadu**, jakimi w momencie podejmowania decyzji terapeutycznej dysponuje lekarz, **nie wskazują na istotne ryzyko koagulopatii**. Po uzyskaniu wyników badań laboratoryjnych należy niezwłocznie zweryfikować zasadność kontynuowania wlewu alteplazy, zwłaszcza w przypadku trombocytopenii  <100 K/μl. | | Niska | Silny |
| **Zaleca się rutynowo leczenie** alteplazą lub tenekteplazą u pacjentów  **z glikemią w zakresie 50–400 mg/dl.** | Wysoka | Silny |
| Można ostrożnie rozważyć leczenie alteplazą u chorych z glikemią <50 mg/dl, o ile nasilone objawy UM utrzymują się pomimo uzyskania normalizacji stężenia glukozy we krwi. Zwłaszcza w przypadku stwierdzenia niedrożności dużego pnia tętniczego zaopatrującego obszar odpowiedzialny za zespół neurologiczny. | | Bardzo niska | Słaby |
| Należy rozważyć leczenie alteplazą u chorych z glikemią >400 mg/dl, o ile zespół neurologiczny utrzymuje się pomimo zastosowania adekwatnego dożylnego leczenia insuliną (bolus z następowym wlewem dożylnym). | | Niska | Słaby |
| **CIŚNIENIE TĘTNICZE KRWI** | | | |
| **Zaleca się rutynowe leczenie** alteplazą lub tenekteplazą u chorych  z ciśnieniem tętniczym **<185/110 mm Hg**. | | Wysoka | Silny |
| **Nie zaleca się rutynowego stosowania leków hipotensyjnych w celu doraźnego uzyskania wartości ciśnienia tętniczego krwi <185/110mmHg mającej umożliwić rozpoczęcie dożylnego leczenia trombolitycznego**. Nie wykazano by taka strategia wiązała się z korzystnym efektem klinicznym w porównaniu ze strategią polegającą na wyczekiwaniu na ewentualne samoistne obniżenie wartości ciśnienia tętniczego krwi do wartości <185/110 mm Hg. | | Niska | Słaby |
| Ciśnienie tętnicze < 180/105 mm Hg powinno być utrzymane przez kolejne 24 h po rozpoczęciu dożylnego leczenia trombolitycznego | | Wysoka | Silny |
| **PRZEBYTY UDAR MÓZGU** | | |
| **Należy rozważyć leczenie** alteplazą u **chorych** **z przebytym udarem niedokrwiennym mózgu w ciągu ostatnich 3 miesięcy w wywiadzie**, biorąc pod uwagę m.in. upływ czasu od poprzedniego udaru, rozległość ogniska zawałowego, rezydualny zespół neurologiczny, stopień samodzielności pacjenta, głębokość nowego deficytu neurologicznego oraz czas od wystąpienia objawów do ewentualnego rozpoczęcia leczenia trombolitycznego | Niska | Słaby |
| **Należy rozważyć leczenie** alteplazą **u chorych z przebytym udarem niedokrwiennym mózgu i współistniejącą cukrzycą w wywiadzie**, biorąc pod uwagę gorsze rokowanie niż w innych grupach chorych bez względu na zastosowane leczenie | Niska | Słaby |
| **Eksperci** SChN PTN (9 na 12 głosujących) **sugerują rozważenie** leczenia alteplazą **osób z wywiadem krwawienia wewnątrzczaszkowego w ciągu ostatnich 3 miesięcy, o ile przyczyna krwawienia została usunięta**. | | - | Konsensus 9/12 ekspertów |
| **Eksperci** SChN PTN (12 na 12 głosujących) **sugerują leczenie** alteplazą **osób  z wywiadem krwawienia wewnątrzczaszkowego > 3miesięcy, o ile przyczyna krwawienia została usunięta**. | | - | Konsensus 12/12 ekspertów |
| **KRWAWIENIA I ZABIEGI W WYWIADZIE** | | | |
| **Eksperci** SChN PTN (11 na 12 głosujących) **sugerują rozważenie leczenie** alteplazą **chorych z wywiadem zagrażającego życiu krwawienia wciągu ostatnich 3 miesięcy, o ile jego przyczyna została usunięta**. | | - | Konsensus 11/12 ekspertów |
| Eksperci SChN PTN (11 na 12 głosujących) sugerują rozważenie leczenie alteplazą w przypadku istotnego klinicznie krwawienia z przewodu pokarmowego lub układu moczowego, które miało miejsce wciągu poprzedzających 1–3 miesięcy. | - | Konsensus 11/12 ekspertów |
| **Eksperci** SChN PTN (12 na 12 głosujących) **nie zalecają leczenia alteplazą  w przypadku istotnego klinicznie krwawienia z przewodu pokarmowego lub układu moczowego w ciągu ostatniego 1 miesiąca**. | | - | Konsensus 12/12 ekspertów |
| Eksperci SChN PTN (12 na 12 głosujących) nie zalecają leczenia alteplazą  w przypadku dużego zabiegu chirurgicznego lub rozległego urazu niedotyczącego głowy przebytego w ciągu ostatniego 1 miesiąca. | | - | Konsensus 12/12 ekspertów |
| **Eksperci SChN PTN** (11 na 12 głosujących) **sugerują rozważenie leczenie** alteplazą w przypadku **dużego zabiegu chirurgicznego lub rozległego urazu niedotyczącego głowy przebytego w ciągu ostatnich 1–3 miesięcy**. | | - | Konsensus 11/12 ekspertów |
| **Eksperci** SChN PTN (12 na 12 głosujących) **sugerują rozważenie leczenie** alteplazą **w przypadku niewielkiego zabiegu chirurgicznego przebytego  w ciągu ostatniego 1 miesiąca**. | | - | Konsensus 12/12 ekspertów |
| Eksperci SChN PTN (9 na 12 głosujących) nie zalecają leczenia alteplazą w ciągu 7 dni po nakłuciu lędźwiowym | | - | Konsensus 9/12 ekspertów |
| Eksperci SChN PTN (12 na 12 głosujących) sugerują rozważenie leczenie alteplazą jatrogennego udaru mózgu, do którego doszło podczas wykonywania innej procedury wewnątrznaczyniowej. | | - | Konsensus 12/12 ekspertów |
| **POZOSTAŁE SYTUACJE SZCZEGÓLNE** | | | |
| **Eksperci** SChN PTN (12 na 12 głosujących) **sugerują rozważenie leczenie** alteplazą u pacjenta **z towarzyszącym świeżym zawałem serca**. Po zastosowaniu leczenia reperfuzyjnego mózgu pacjent w drugiej kolejności powinien przejść zabieg koronarografii z ewentualną implantacją stentu. | | - | Konsensus 12/12 ekspertów |
| Eksperci SChN PTN (12 na 12 głosujących) nie zalecają leczenia alteplazą  w przypadku aktywnego ostrego zapalenia trzustki. | - | Konsensus 12/12 ekspertów |
| Eksperci SChN PTN (12 na 12 głosujących) nie zalecają leczenia alteplazą  w przypadku obecności nowotworu o wysokim ryzyku krwawienia. | | - | Konsensus 12/12 ekspertów |
| Eksperci SChN PTN (12 na 12 głosujących) nie zalecają rutynowego leczenia alteplazą w przypadku współistnienia patologii wewnątrzmózgowej mogącej istotnie zwiększyć ryzyko krwotoku (nie dotyczy oponiaków, nerwiaków osłonkowych i malformacji naczyniowych). | | - | Konsensus 12/12 ekspertów |
| Eksperci SChN PTN (11 na 12 głosujących) sugerują rozważenie leczenie alteplazą w przypadku niektórych innych guzów mózgu (np. niebędących oponiakami lub nerwiakami osłonkowymi i malformacjami naczyniowymi) lub niepękniętych malformacji naczyniowych. | | - | Konsensus 11/12 ekspertów |
| **Eksperci** SChN PTN (11 na 12 głosujących) **sugerują leczenie** alteplazą  u pacjentów **z oponiakami lub nerwiakami osłonkowymi**. | | - | Konsensus 11/12 ekspertów |
| **Eksperci** SChN PTN (12 na 12 głosujących) **sugerują rozważenie leczenie** alteplazą **w przypadku potwierdzonej endoskopowow ciągu ostatnich 3 miesięcy aktywnej choroby wrzodowej żołądka/dwunastnicy, żylaków przełyku, tętniaka lub malformacji tętniczo-żylne**j o lokalizacji pozamózgowej, **o ile nie współistnieje aktywne krwawienie**. | | - | Konsensus 12/12 ekspertów |
| Eksperci SChN PTN (11 na 12 głosujących) nie zalecają leczenia alteplazą  w przypadku aktywnego bakteryjnego zapalenia wsierdzia lub aktywnego zapalenia osierdzia. | | - | Konsensus 11/12 ekspertów |
| Eksperci SChN PTN (9 na 12 głosujących) sugerują rozważenie leczenia alteplazą osób z retinopatią krwotoczną (np. w przebiegu cukrzycy), biorąc pod uwagę ryzyko utraty wzroku. | | - | Konsensus 9/12 ekspertów |
| **Eksperci** SChN PTN (12 na 12 głosujących) **sugerują rozważenie leczenia** alteplazą kobiet **w ciąży nieobarczonej podwyższonym ryzykiem krwotoku** wewnątrzmacicznego. | | - | Konsensus 12/12 ekspertów |
| Eksperci SChN PTN (12 na 12 głosujących) sugerują leczenie alteplazą w trakcie menstruacji. | | - | Konsensus 12/12 ekspertów |
| Eksperci SChN PTN (11 na 12 głosujących) nie zalecają leczenia alteplazą ≤14 dni po porodzie siłami natury. | | - | Konsensus 11/12 ekspertów |