

AKS Tedavisinde Güncel Kılavuz Önerilerinin Klinik Pratięe Yansıması

Prof. Dr. Yunsur Çevik
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp



2017 ESC focused update on dual antiplatelet therapy in coronary artery disease developed in collaboration with EACTS

2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation

The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC)

2018 ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization

2020 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation

Giriş

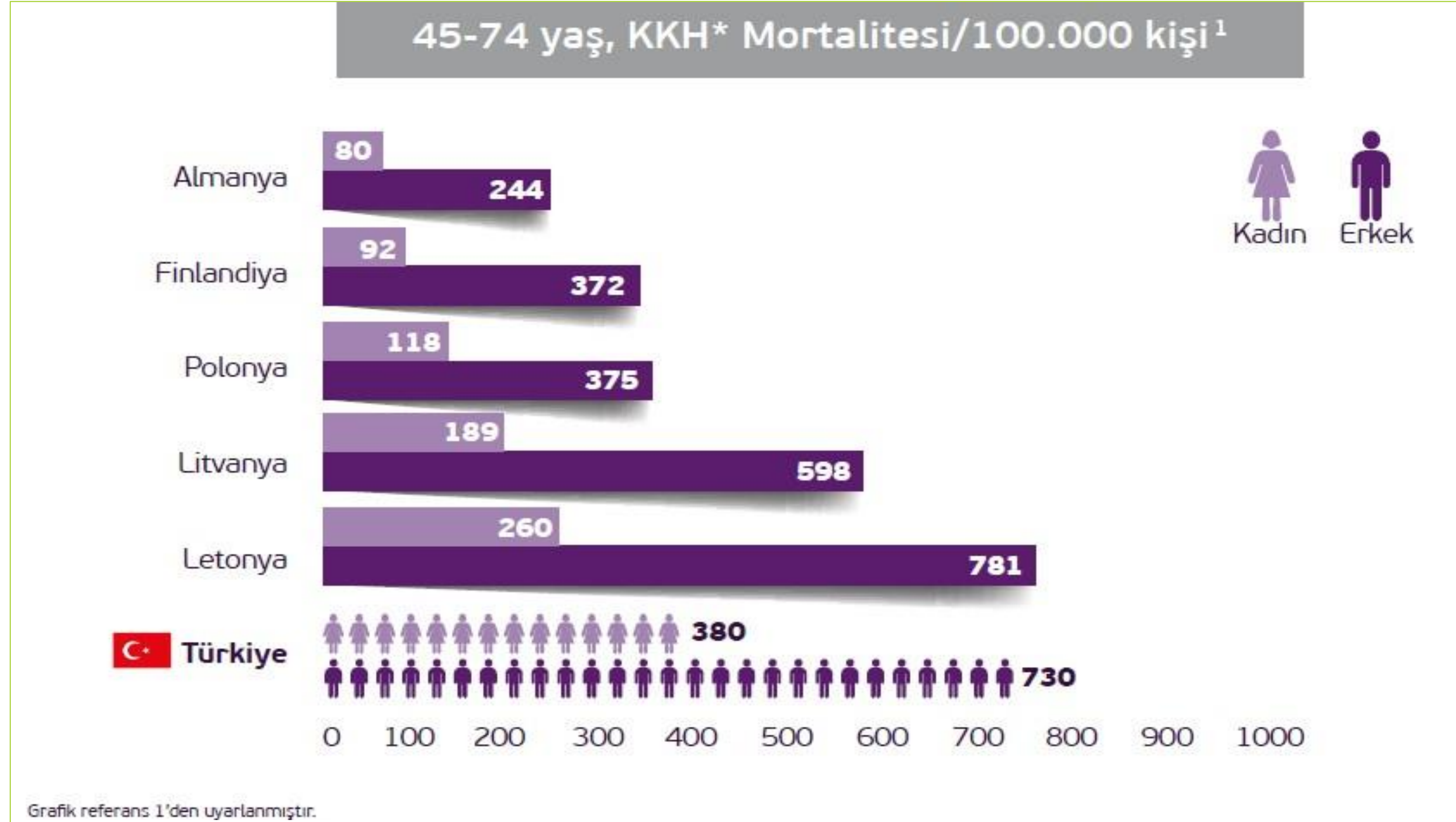
Tanımlama



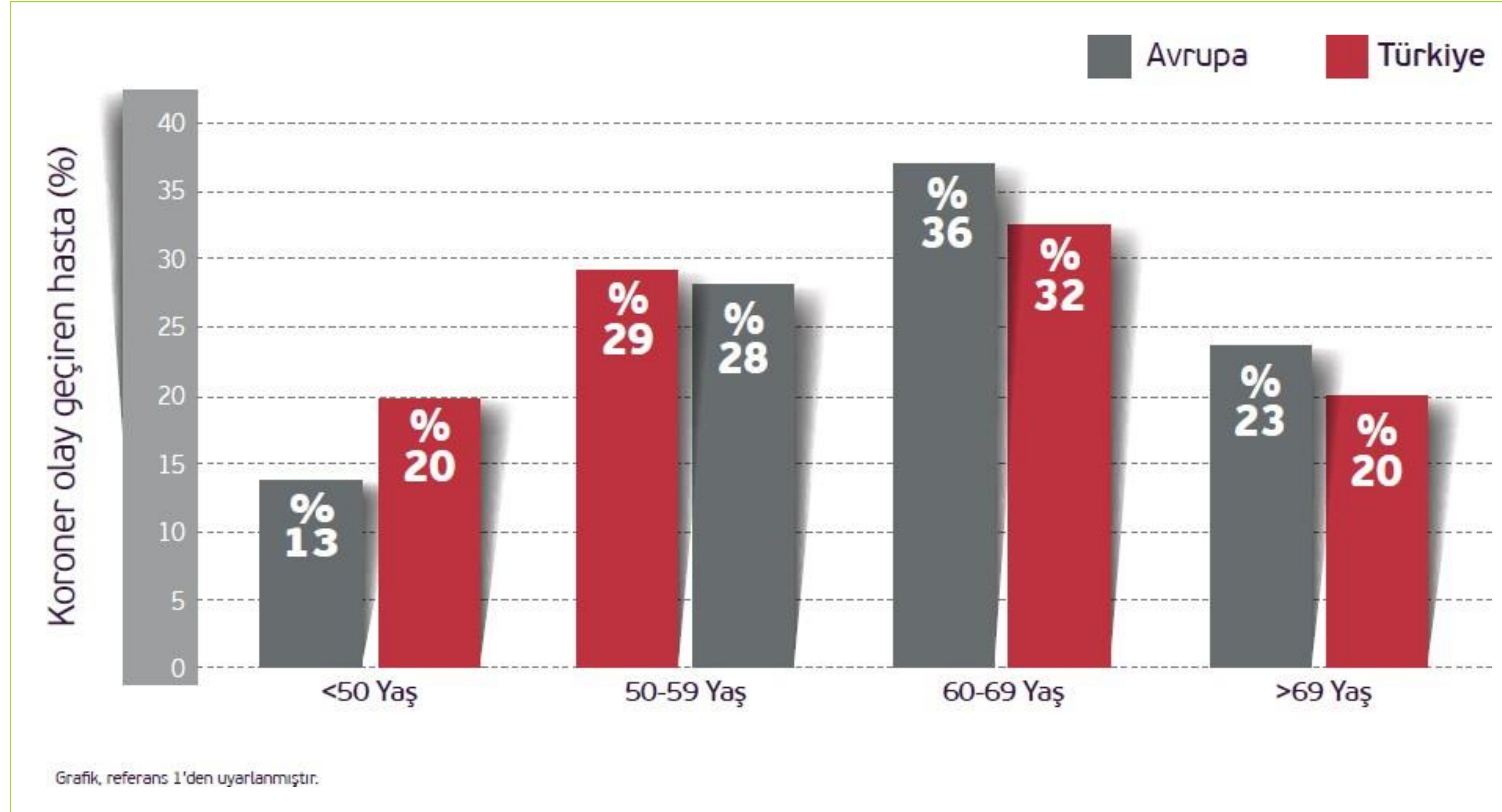
Akut koroner sendrom (AKS); akut miyokardiyal iskemi sonucu oluşan klinik hastalıklar kümesi

- - ST elevasyonlu MI
- - ST elevasyonu olmayan akut koroner sendromlar (UA, NSTEMI-MI)

Türkiye'de koroner mortalite Avrupa ülkeleri arasında erkeklerde 2. sırada, kadınlarda 1. sıradadır



Türkiye'de 50 yaşın altında koroner olay geçirme oranı Avrupa'nın üzerindedir.¹



EKG zemininde 2 grup



1. Göğüs ağrısına eşlik eden 20dk'dan uzun ST segment elevasyonu » **STE-AKS**
2. Göğüs ağrısına eşlik eden kalıcı ST segment elevasyonu olmayan hastalar. **(USAP, NSTEMI)**
 - Geçici ST elevasyonu,
 - ST depresyonu,
 - T inversiyonu, T düzleşmesi
 - Tamamen normal EKG

MI Tanımı?



Özellikle Hs-cTn'in (high sensitivity cardiac troponin), en az bir kez 99th percentilin üzerinde olmak üzere artışı veya azalışına ek, aşağıdan en az birisi:

- İskemik semptomlar
- Yeni veya devam eden önemli ST-T değişiklikleri veya yeni LBBB
- Patolojik Q dalgası
- Yeni veya devam eden miyokard kaybını veya bölgesel duvar hareket kusurunu görüntülemek
- Anjiyo veya otopside intrakoronar trombüsü görüntülemek

AKS düşünölen herhangi bir hastada başlangıç değeriendirme safhasında **yapılması gereken basamaklar**



EKG ve Kardiyak monitorizasyon



10 dakika içinde 12
derivasyonlu EKG çek
ve yorumla



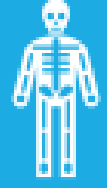
İlk EKG'si tanısal
olmayan, semptomatik
hastalarda ilk saat 15-30
dk aralarla seri EKG
takibi



Monitorize et



Resüsitasyon
ekipmanları yanında
hazır olsun (defibrilatör,
hava yolu ekipmanları)



V2-V3 derivasyonları için 40 yaş altı erkeklerde en az ≥ 2.5 mm(0.25 mV),



40 yaş üstü erkeklerde en az ≥ 2 mm(0.2mV),

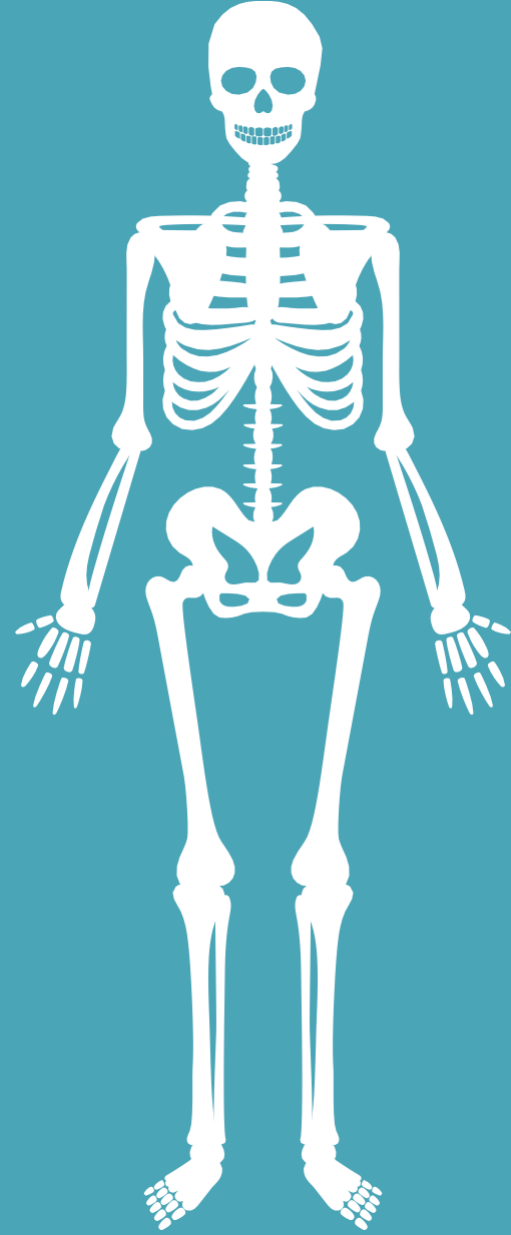


kadınlar için en az ≥ 1.5 mm (0.15 mV),



Diğer göğüs ve ekstremita derivasyonları için 2 ardışık derivasyonda en az ≥ 1 mm (0.1 mV) j noktasına göre yeni ST segment elevasyonu

İv yol ve Kan tetkikleri



İntravenöz yol
Kardiyak biyobelirteçler
(Troponin, mümkünse yüksek duyarlılıklı)

- Reperfüzyon tedavileri için sonuç beklenmez
- 0-1, 0-2, 0-3 saat protokolleri

Elektrolitler, Renal fonksiyonlar,
Lipit profili

ESC 0 h / 1 h algoritmasına alternatif olarak, yüksek duyarlılıklı Troponin (hs-cTn) testi mevcutsa, ESC 0 h / 2 h algoritması kullanılması önerilir

Teşhis amaçlı olarak, CK, CK-MB, h-FABP veya copeptin gibi ek biyobelirteçlerin rutin olarak ölçülmesi önerilmez.

Prognoz açısından BNP veya NT-proBNP plazma konsantrasyonlarının ölçülmesi düşünülmelidir.

Tablo referanstan uyarlanmıştır.

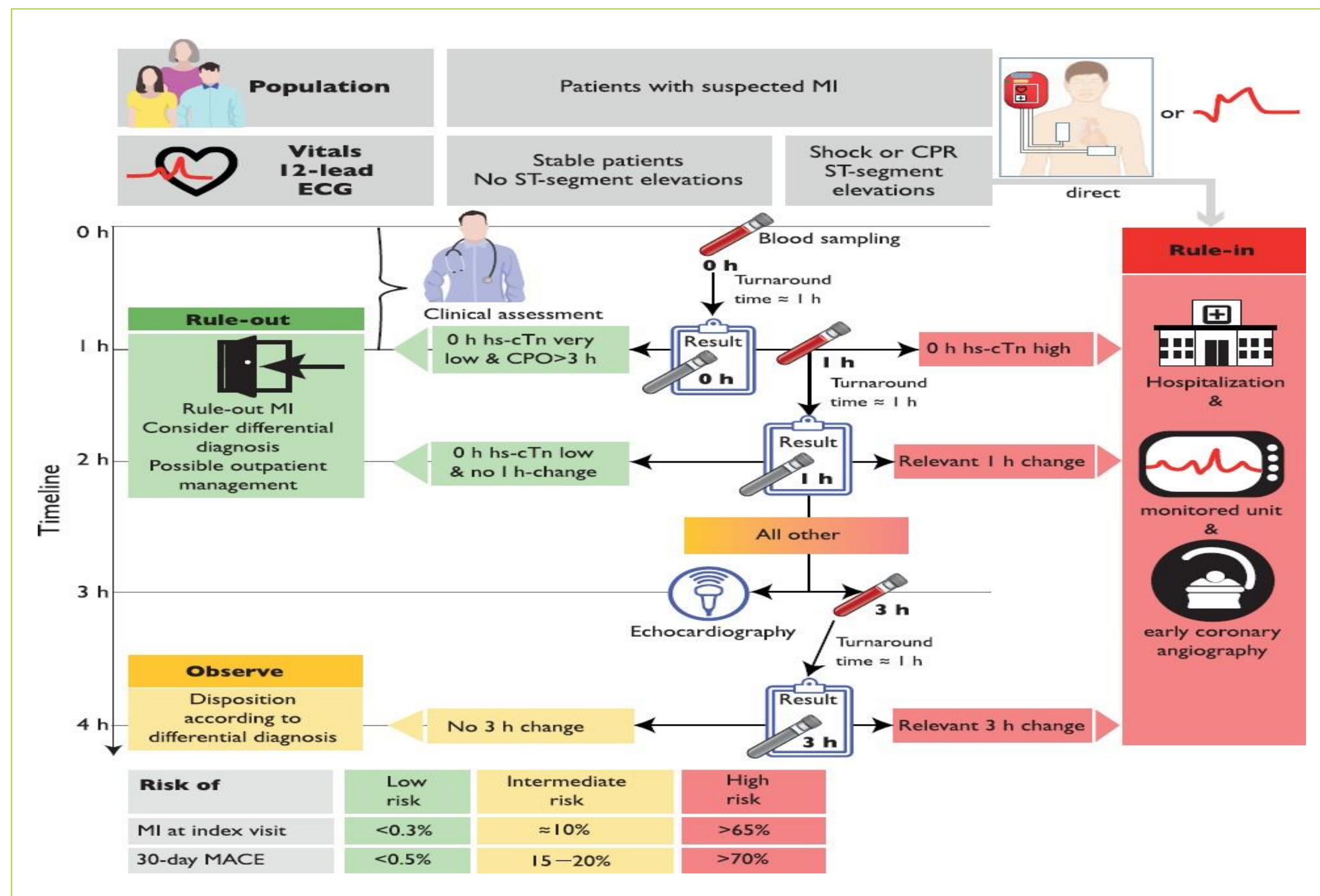


Figure 4 Timing of the blood draws and clinical decisions when using the European Society of Cardiology 0 h/1 h algorithm. 0 h and 1 h refer to the time points at which blood is taken. The turn-around time is the time period from blood draw to reporting back the results to the clinician. It is usually about

Kalp yetmezliği veya hipoksi için
diğer yüksek risk durumları



Hipoksemi varsa (Saturasyon <90 veya pO₂<60)
oksijen verin (sınıf I-C)



Saturasyon≥90 ise oksijen verme (sınıf III-B)

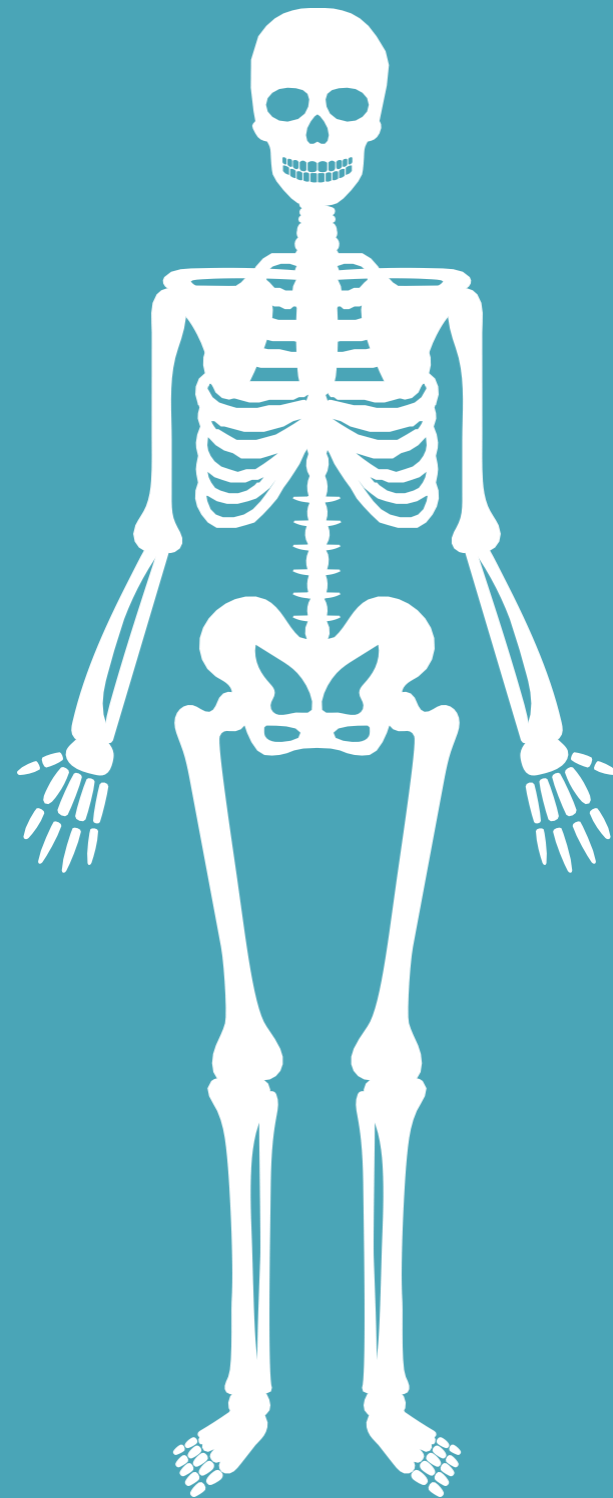
OKSİJEN

Aspirin



- Enterik kaplı olmayan Aspirin
- Başvuruda derhal 300 mg
- Sonra kesintisiz 75-100 mg/gün

Nitratlar



Şiddetli iskemik ağrı, hipertansiyon, kalp yetmezliği işaretleri

- 5 dk arayla 3 kez sublingual 0.4 mg,

Persistan ise, intravenöz nitrogliserin

Ancak....!!!!

Fosfodiesteraz-5 inhibitörü (sildenafil (Viagra), vardenafil (Levitra), tadalafil (Cialis); alımı veya,

İnferior MI (Sağ MI ihtimali), hipotansiyon, bradikardi...kontrendike

Ağrının giderilmesi

İv morfin sülfat;

Başlangıç 2 - 4 mg, şiddetli persistan göğüs ağrılarında 2-8 mg, 5 -15 dakika aralıklarla Morfin sempatik stimülasyonu azatır; ağrı, anksiyete azalır

- Katekolamin artışıyla ilişkili iş yükü artışı engellenir
- Anksiyete çok şiddetliyse benzodiazepinler (klas-IIa-C)

Ama....!!!

Antiplateletlerin etkisini azaltır.

Tedavi başarısızlığı ve kötü sonuçlar....

Antikoagölan tedavi

Antikoagölanlar

UFH	70-100 U/kg bolus (GPIIb/IIIa inh planlanmadıysa) 50-70 U/kg iv bolus (GPIIb/IIIa inh ile birlikte)
Enoksaparin	0.5 mg/kg iv <u>bolus</u> 1 mg/kg <u>sc</u> x2
Bivaluridin	0.75 mg/kg <u>bolus</u> takiben işlem bittikten 4 saat sonrasına kadar 1.75 mg/kg/saat <u>infüzyon</u> ,

Beta blokerler

Oral beta blokerler kontrendikasyon yoksa ilk 24 saatte başlanmalıdır

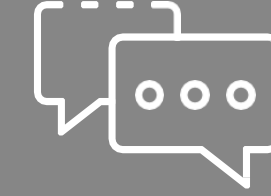
Metoprolol süksinat , karvedilol veya bisoprolol (ör. 50 mg metoprolol oral)

- Kalp yetmezliği,
- Düşük CO,
- Artmış kardiyojenik şok riski,
- PR intervalinin 0.24 sn'den uzun olması,
- 2.-3. derece blok,
- Kokain ve metamfetamin toksisitesi
- Aktif astma ve reaktif hava yolu hastalığı'nda kontrendike

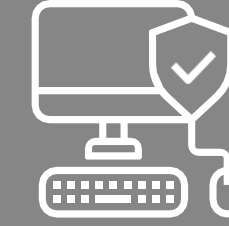
Lipit düşürücü tedaviler



40 mg Rosuvastatin veya 80 mg atorvastatin;



Mümkün olan en kısa sürede, tercihen PKG öncesi



Düşük veya orta etkili statin alıyorsa 40 mg Rosuvastatin veya 80 mg atorvastatin'e geçiş yapılmalı

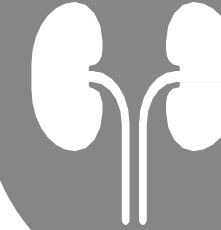


Amaç 70 mg/dl altı



NSTE-AKS'de hedef bazale göre %50 azaltmak veya 55mg/dl altı

ACE inhibitörleri Aldosteron blokerleri



ACE inhibitörleri kontrendikasyonu olmayan sol ventrikül EF %40'dan düşük ve hipertansiyon , DM veya KBH olan tüm hastalara.

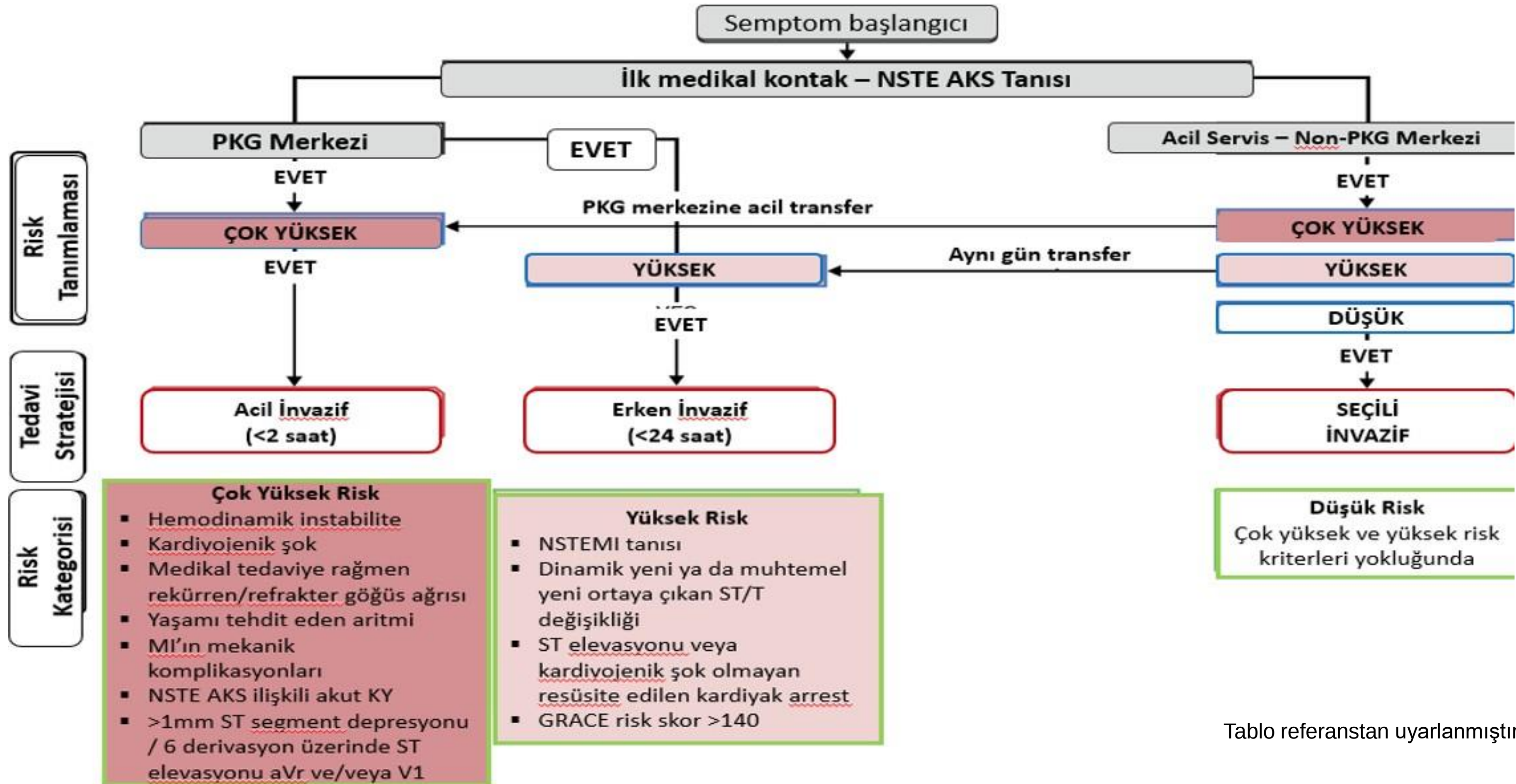


ARB ise ACE inhibitörlerini tolere edemeyen sol ventrikül EF %40'dan düşük ,kalp yetmezliği veya MI'lı hastalara

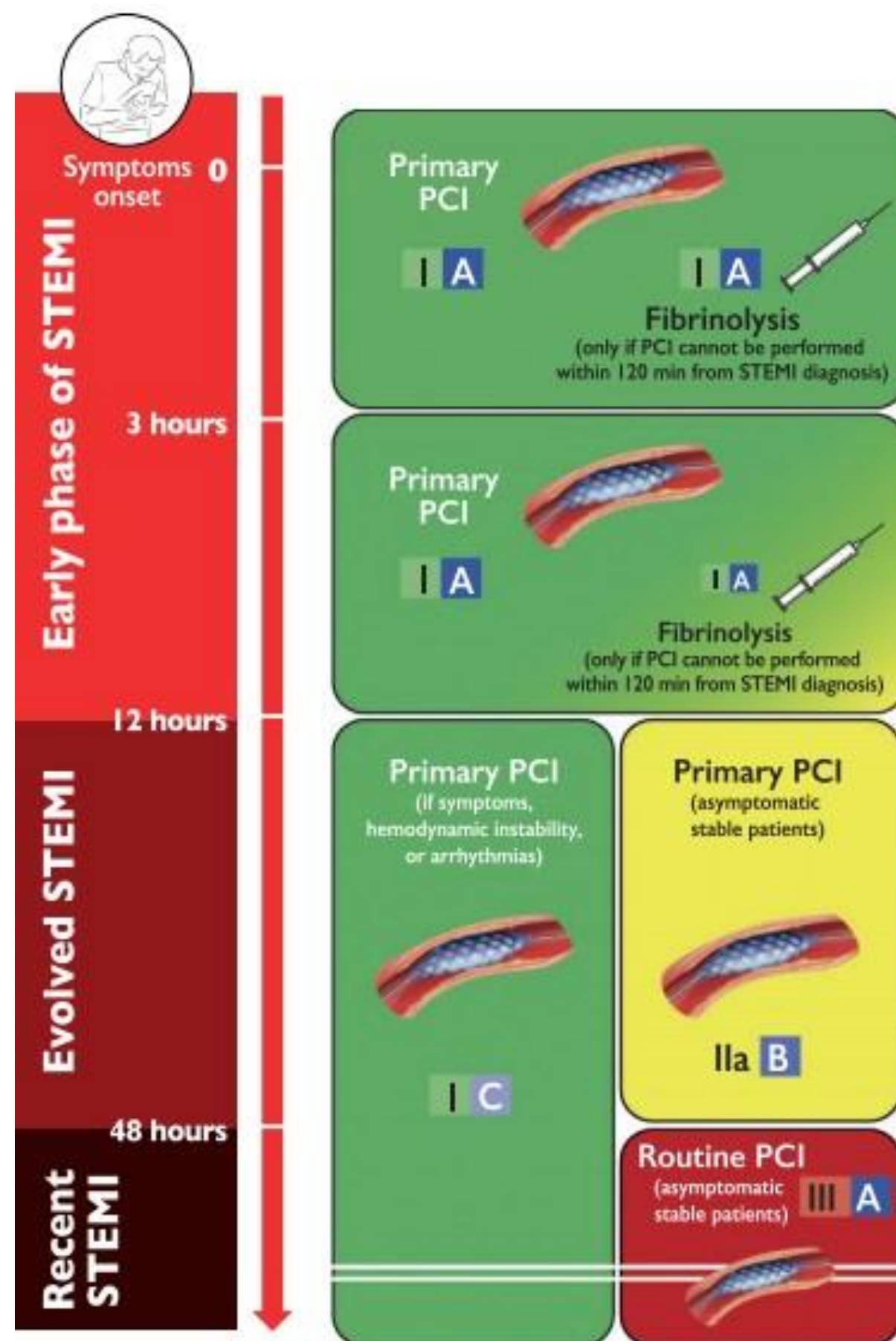


Aldosteron blokerleri önemli renal disfonksiyonu ($Cr > 2.5$, bayanda > 2) veya hiperkalemisi olmayan, tedavi dozunda ACE inh. ve beta bloker alan, LV EF %40 veya daha düşük, DM veya kalp yetmezliği olan hastalara

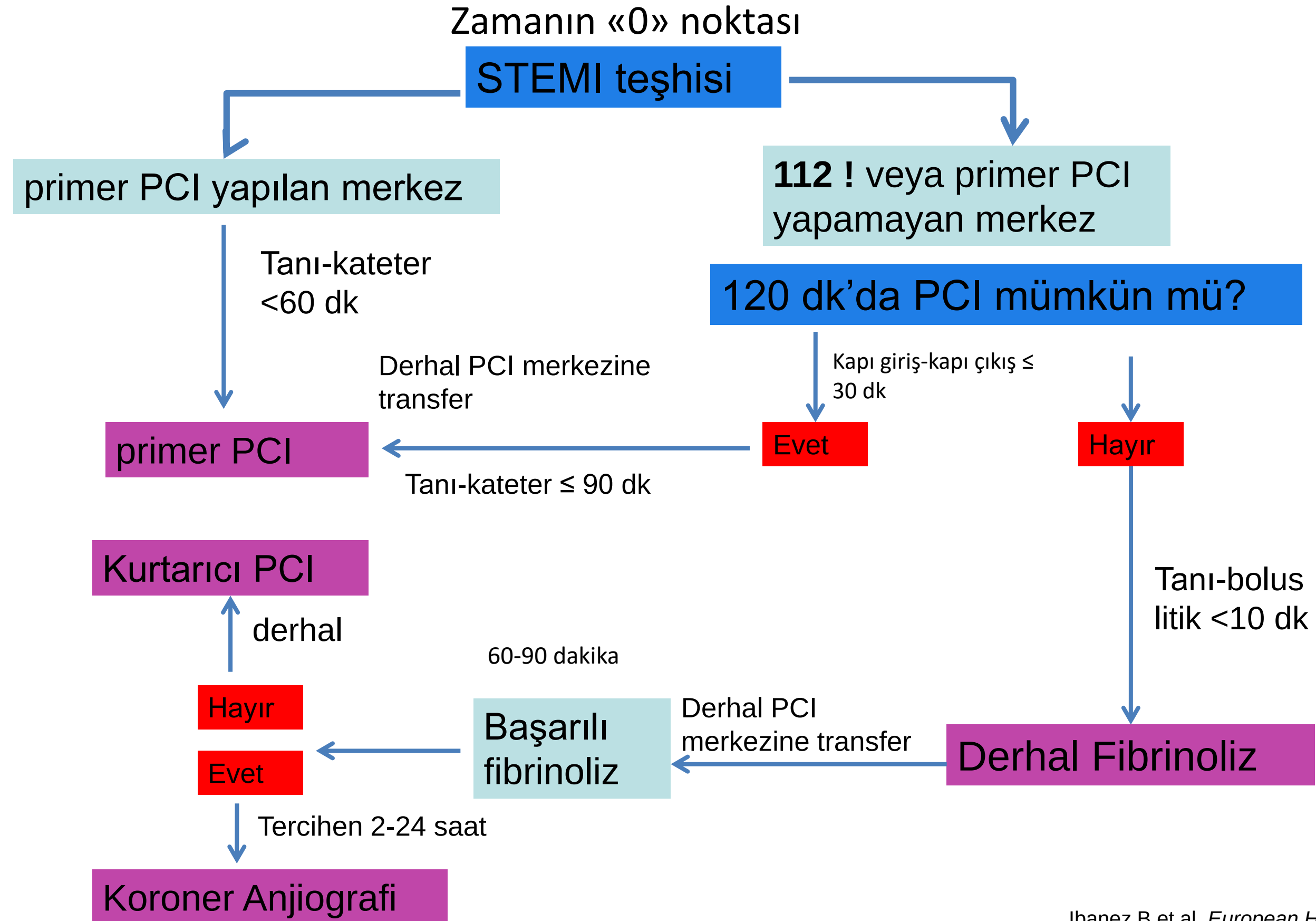
NSTE AKS hastalarında risk sınıflamasına göre tedavi stratejisi ve zamanlaması



Tablo referanstan uyarlanmıştır.



STEMI reperfüzyon stratejileri



	<u>Klopidoğrel</u>	<u>Prasugrel</u>	<u>Tikağrelor</u>
Kimyasal Sınıf	<u>Tienopiridin</u>	<u>Tienopiridin</u>	<u>Triazolo-primidin</u>
P2Y12 reseptör <u>inhibisyonu</u>	<u>İrreversible</u>	<u>İrreversible</u>	<u>Reversible</u>
Aktivasyon	Ön ilaç	Ön ilaç	Aktif ilaç
Etki başlangıcı	2-6 saat	30 dk-4 saat	30 dk-2 saat
Etki süresi	3-10 gün	5-10 gün	3-4 gün
<u>Major Cerrahi öncesi bırakma</u>	5 gün	7 gün	3 *
Doz	300-600 mg (yükleme) 75 mg/gün	60 mg (yükleme) 10 mg/gün	180 mg (yükleme) 90 mg günde iki defa
Kronik Böbrek Hastalığı Evre 3-4 (CR Cl 15-59 ml/dk) Evre 5 (CR Cl <15 ml/dk)	Doz ayarlanmaz Sınırlı data	Doz ayarlanmaz Sınırlı data	Doz ayarlanmaz Sınırlı data

STEMI Platelet İnhibisyonu

Aspirin (enterik kaplı olmayan)
300 mg derhal....

Potent P2Y12 inhibitörü;

- Tikagrelor 180 mg yükleme, 90 mg günde iki kez veya,
- Prasugrel 60 mg yükleme, 10 gün/gün veya,
- Klopidoğrel 600 mg yükleme, 75 mg/gün (tikagrelor veya prasugrel yok veya kontrendike ise)

Platelet inhibisyonu

Hemorajik inme öyküsü, oral antikoagülan kullanımı, orta-ileri derece karaciğer hastalığı varlığında prasugrel veya tikagrelor kullanılmamalı

Prasugrel;

Tikagrelor morfolojik veya fonksiyonel akciğer anomalisi olmaksızın tedavi başlangıcında dispne (nadiren tedavi kesilir)

Cangrelor: PKG öncesi Oral P2Y12 inhibitörü verilmemiş veya oral ajanları absorbe edemeyen hastalarda hızlı etkili parenteral...

inme öyküsü olanlarda kontrendike.

75 yaş ve üzeri veya düşük vücut ağırlıklı (<60 kg) önerilmez. Kullanılacaksa yarı doz (5 mg)

Platelet inhibisyonu



Fibrinolitik tedavi alanlarda: öneri Klopidoğrel 300 mg, yaş 75 üzerindeyse 75 mg yükleme ve idame (Tikagrelor verilenlerde de majör veya ölümcül kanama benzer*)



**Reperfüzyon tedavisi yapılmayanlarda:
Öneri Tikagrelor 180 mg, veya Klopidoğrel 300 mg**

TREAT

Son 24 saat içerisinde STEMI tanısı ile fibrinolitik tedavi alan ≤ 75 yaş hastalar

Fibrinolitik+Aspirin+Tikagrelor

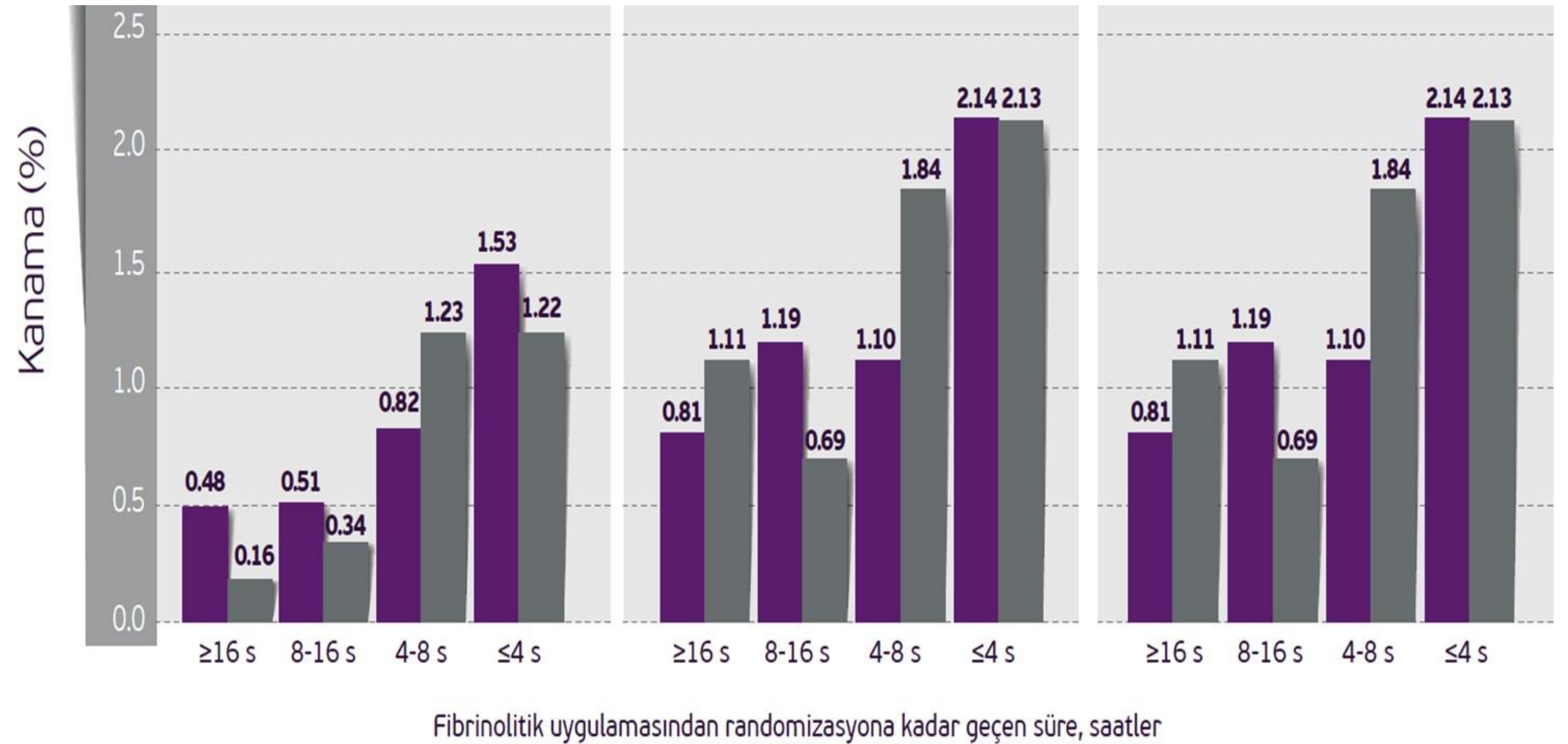
Fibrinolitik+Aspirin+Klopidogrel

Yaş: ortalama 58 (**hepsi 75 yaş altında**),
%77 erkek

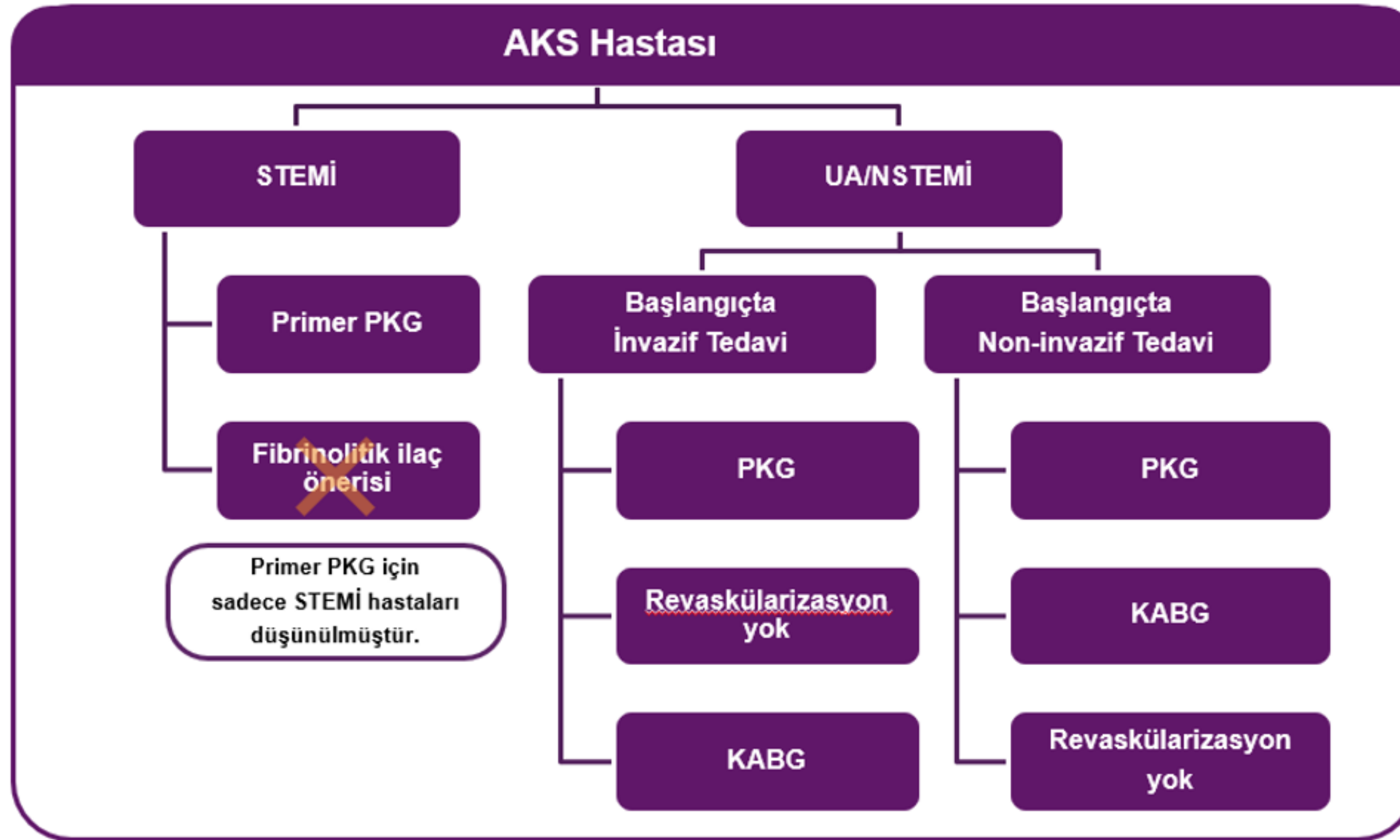
Fibrinolitik süre: ortalama 2.6 saat

Randomizasyon: Ortalama fibrinolitikten
11 saat sonra

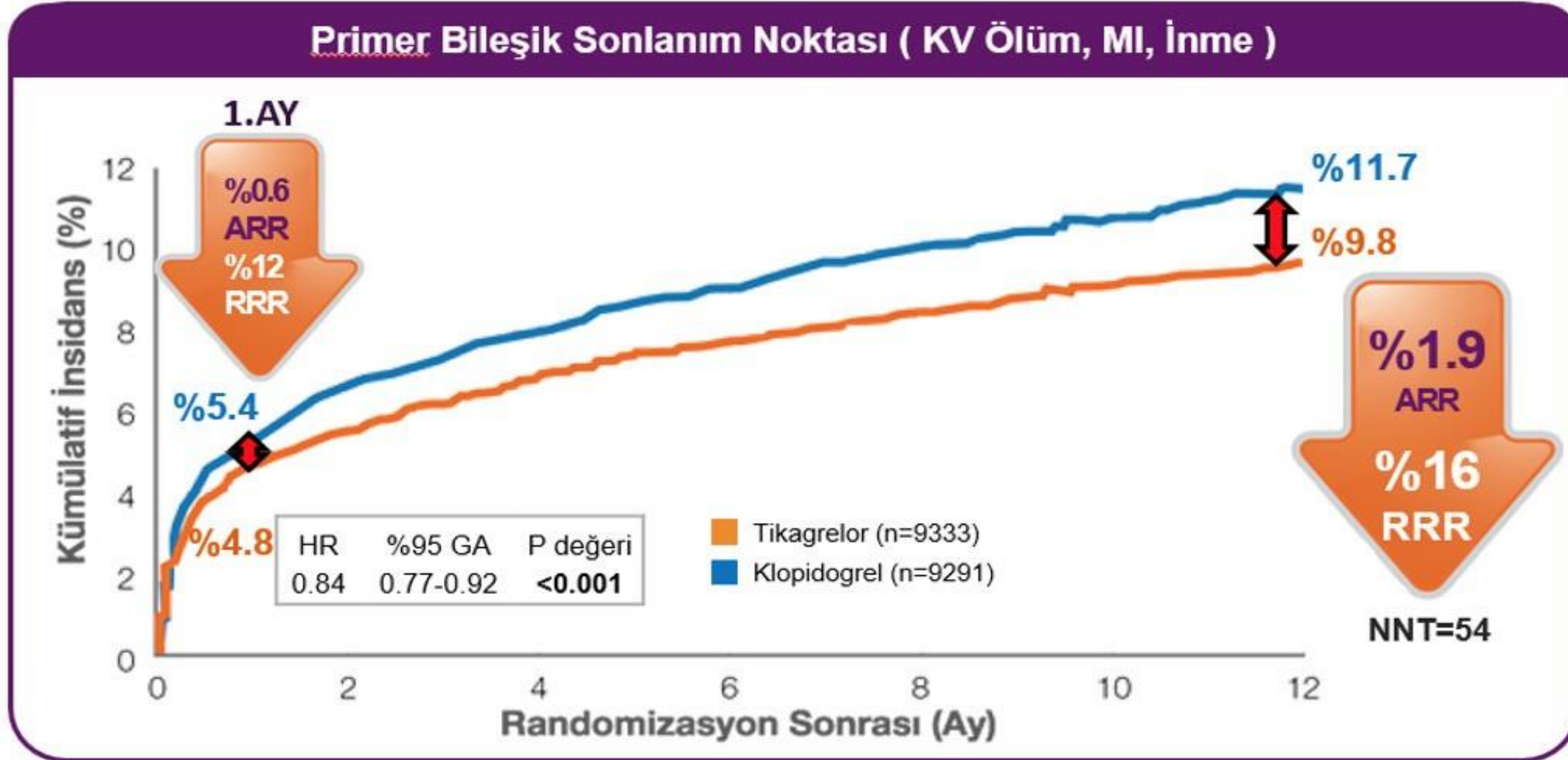
Sonuç. KVS mortalite, MI, İnme bakımından benzer, ilk 30 günde majör ve ölümcül kanama bakımından da tikagrelor geri kalmıyor. (Non inferiorite çalışmasıdır)



PLATO Çalışması 18,624 Hasta

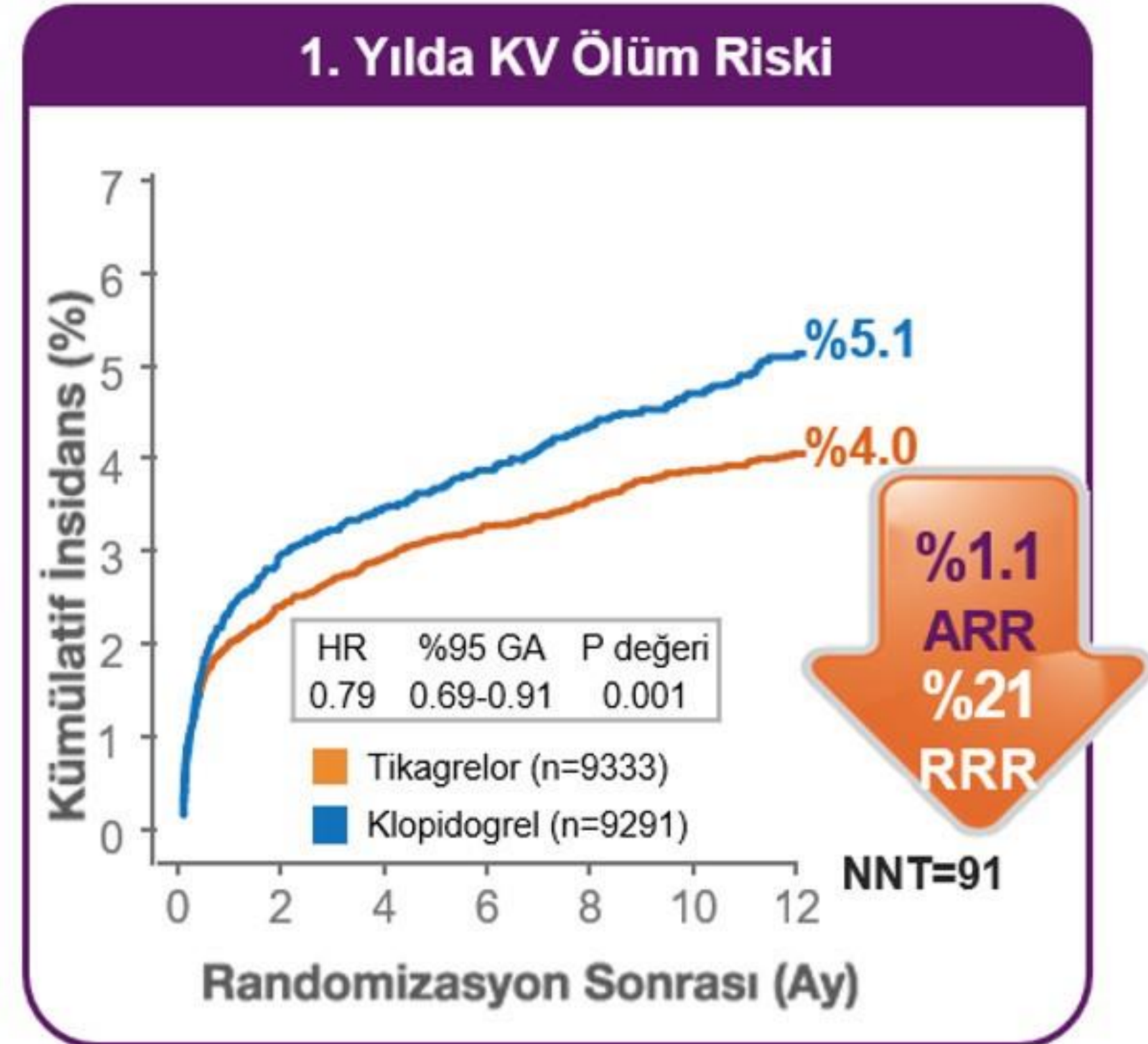
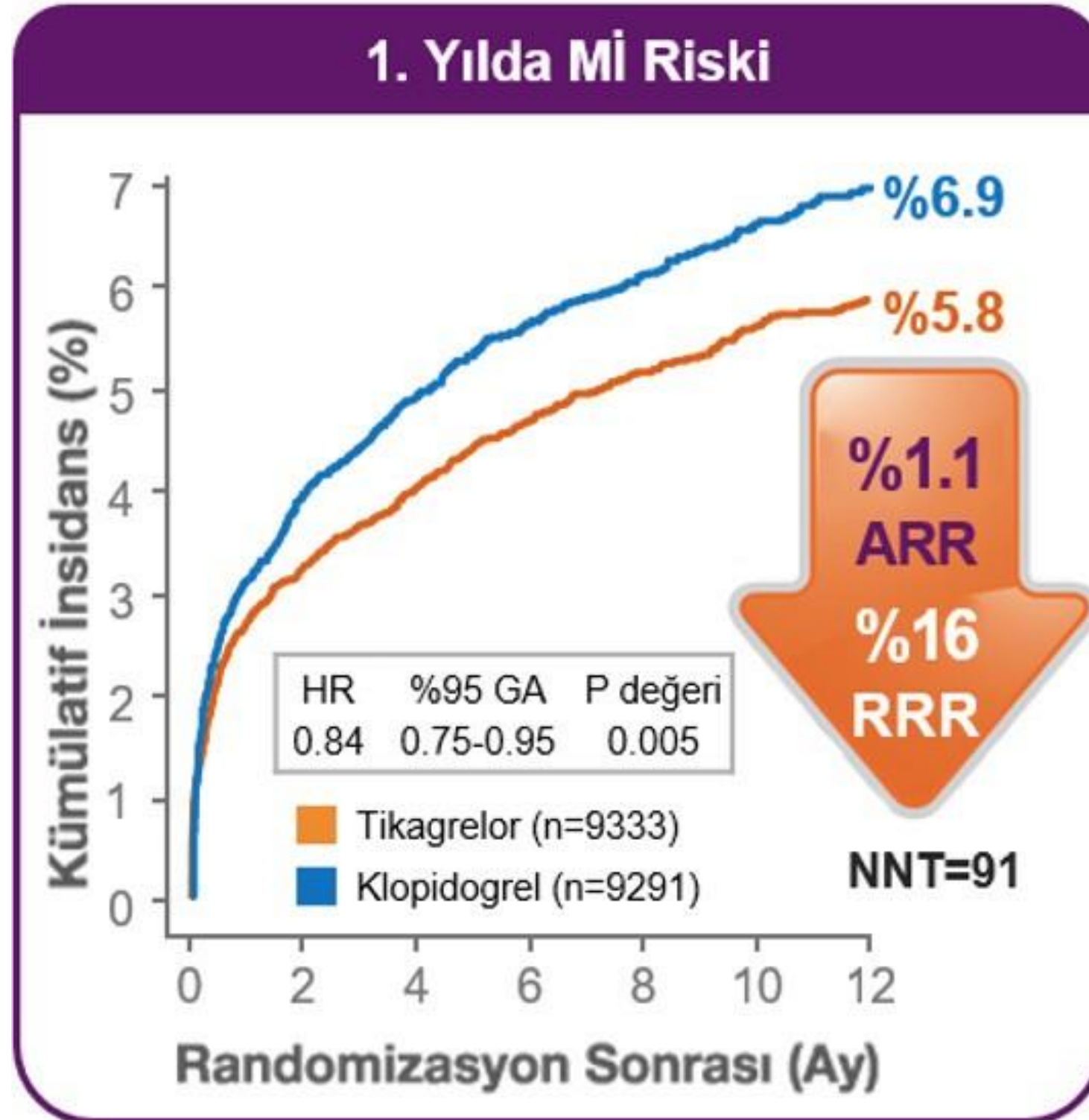


Tikagrelor ile primer sonlanım noktasında Klopidoğrel'e göre sağlanan mutlak risk azalması 1.ayda başlar....1 Yıl Boyunca Devam Eder...

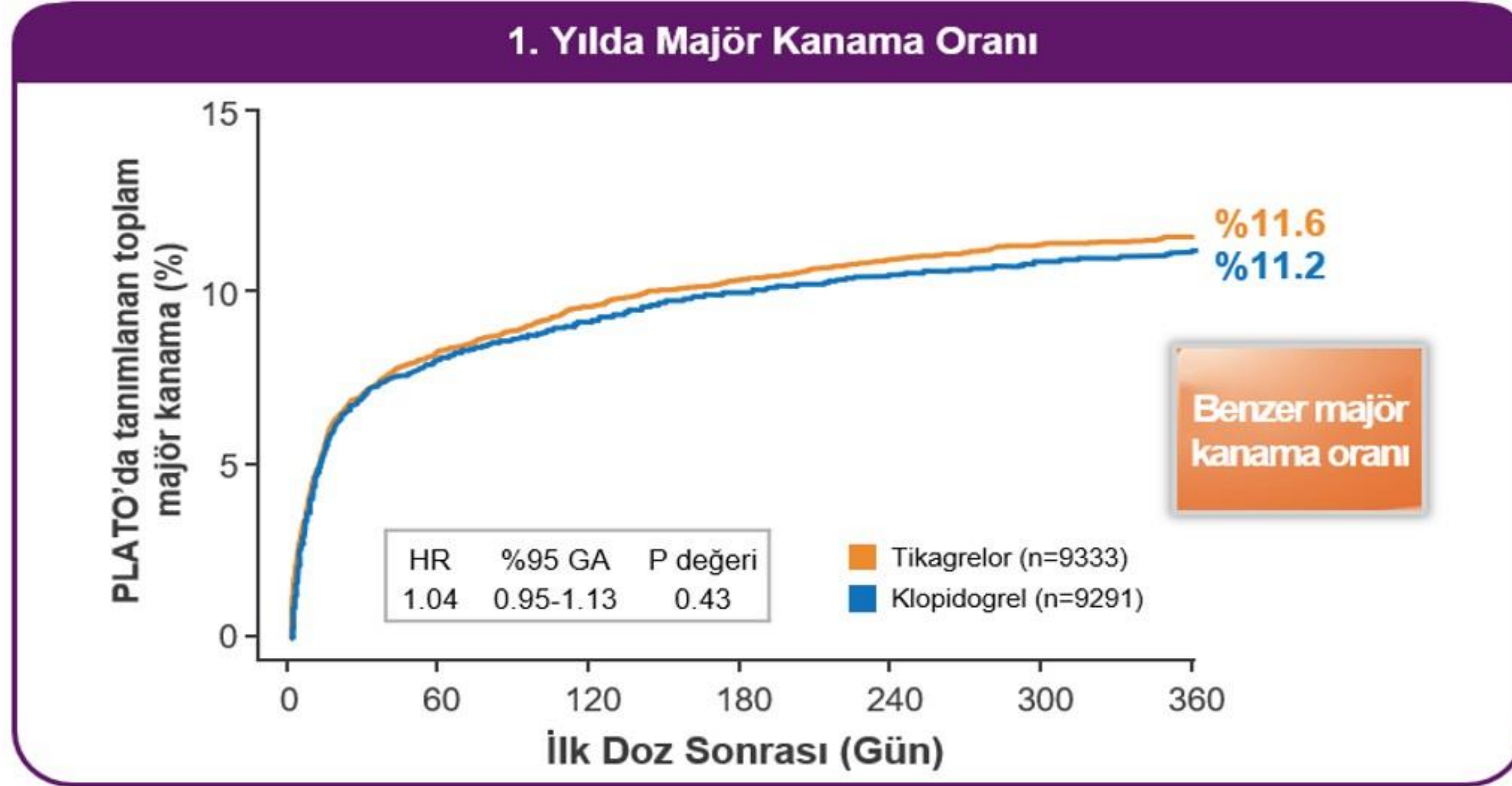


Her iki grupta da ASA kullanıldı. İnme açısından tedavi grupları arasında fark yoktur.
ARR: Mutlak risk azalması, RRR: Rölatif risk azalması; NNT: Tedavi edilmesi gereken hasta sayısı

PLATO: Sekonder Etkililik Sonlanım Noktaları



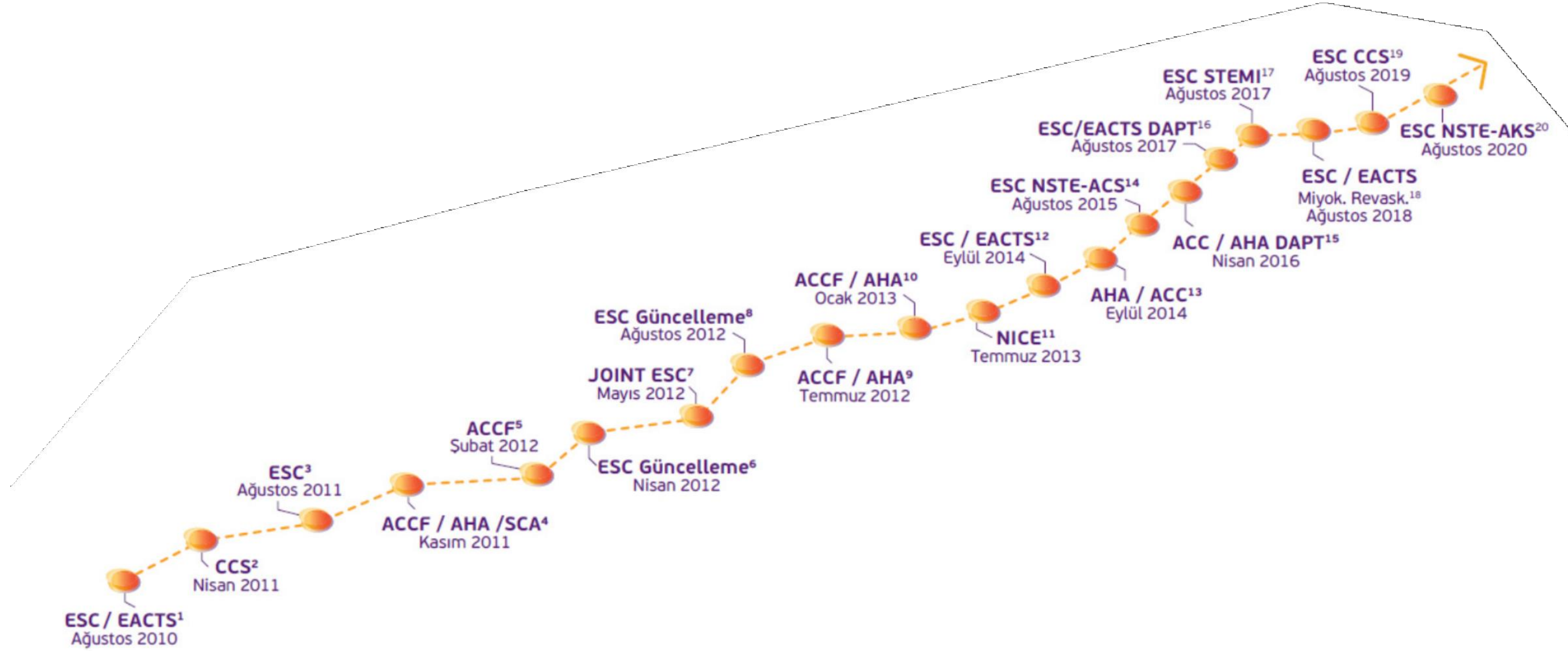
PLATO: Primer Güvenlilik Sonlanım Noktası



Tikagrelor ile KABG dışı majör ve girişimle ilgisi olmayan majör ve minör kanama nedeniyle tedaviyi bırakma oranları klopidoğrelden anlamlı derecede yüksekti.¹

Her iki grupta da ASA kullanıldı.

Uluslararası AKS tedavi kılavuzlarında tikagrelor 1. basamak tedavi seçenekleri arasında önerilmektedir.¹⁻²⁰



AKS; Akut Koroner Sendrom, ESC/EACTS; Avrupa Kardiyoloji Derneği/Avrupa Kardiyotorasik Cerrahi Derneği, CCS; Kanada Kardiyovasküler Derneği, ACCF/AHA/SCA; Amerika Kardiyoloji Derneği/Amerika Kalp Derneği/Kardiyovasküler Anestezistler Derneği, NICE; Ulusal Sağlık ve Klinik Enstitüsü, ESC NSTE-ACS; Avrupa Kardiyoloji Derneği ST yükselmesi olmayan Akut Koroner Sendrom, ACC/AHA DAPT; Amerika Kardiyoloji Derneği/Amerika Kalp Derneği Dual Antiplatelet Tedavisi, ESC/EACTS DAPT; Avrupa Kardiyoloji Derneği/Avrupa Kardiyotorasik Cerrahi Derneği Dual Antiplatelet Tedavisi, ESC STEMI; Avrupa Kardiyoloji Derneği ST yükselmeli miyokart enfarktüsü, ESC CCS; Avrupa Kardiyoloji Derneği Kronik Koroner Sendrom

2017 ESC/EACTS DAPT (İkili Antiplatelet Tedavi) Kılavuzu

P2Y12 inhibitör seçimi ve zamanlaması	Sınıf	Düzy
Tikagrelor (180 mg <u>yüklem</u> dozu, günde 2 kez 90 mg) AKS hastalarında <u>başlangıç tedavi stratejisinden bağımsız olarak, klopidoğrel (600 mg <u>yüklem</u> dozu, 75 mg <u>günlük</u> doz) ile ön tedavi yapılmış hastalar dahil olmak üzere (kontrendikasyon bulunmadığı takdirde) ASA'ya (asetilsalisilik asit) ek olarak önerilir.</u>	I	B
PKG uygulanacak AKS hastalarında <u>prasugrel</u> (60 mg <u>yüklem</u> dozu, 10 mg <u>günlük</u> doz) <u>P2Y12 inhibitörü almamış</u> NSTEMİ hastalarında, veya başlangıçta konservatif tedavi edilmiş PKG uygulanacak STEMI hastalarında, veya acil koroner kateterizasyon uygulanacak STEMI hastalarında (ölümcül kanama riski veya başka kontrendikasyon bulunmuyorsa) ASA'ya ek olarak önerilir.	I	B

Tablo referanstan uyarlanmıştır.

2017 ESC/EACTS DAPT (İkili Antiplatelet Tedavi) Kılavuzu

P2Y12 inhibitör seçimi ve zamanlaması	Sınıf	Düzey
Klopidogrel koroner stent uygulanan stabil koroner arter hastalıkta veya tikagrelor veya prasugrel kullanamayan AKS hastalarında (<i>intrakraniyal kanama geçirmiş veya oral antikoagülan (OAK) endikasyonu olanlar da dahil olmak üzere</i>) ASA'ya ek olarak önerilir.	I	A
Trombolitik uygulanmış olan STEMI hastalarına ASA'ya ek olarak klopidogrel (≤ 75 yaş hastalarda 300 mg yükleme dozu, 75 mg günlük doz) önerilir.	I	A

Tablo referanstan uyarlanmıştır.

2017 ESC/EACTS DAPT (İkili Antiplatelet Tedavi) Kılavuzu

P2Y12 inhibitörleri arası switch

Switching between oral P2Y ₁₂ inhibitors		
Recommendations	Class ^a	Level ^b
In patients with ACS who were previously exposed to clopidogrel, switching from clopidogrel to ticagrelor is recommended early after hospital admission at a loading dose of 180 mg irrespective of timing and loading dose ^c of clopidogrel, unless contraindications to ticagrelor exist. ²⁰	I	B
Additional switching between oral P2Y ₁₂ inhibitors may be considered in cases of side effects/drug intolerance according to the proposed algorithms.	IIb	C

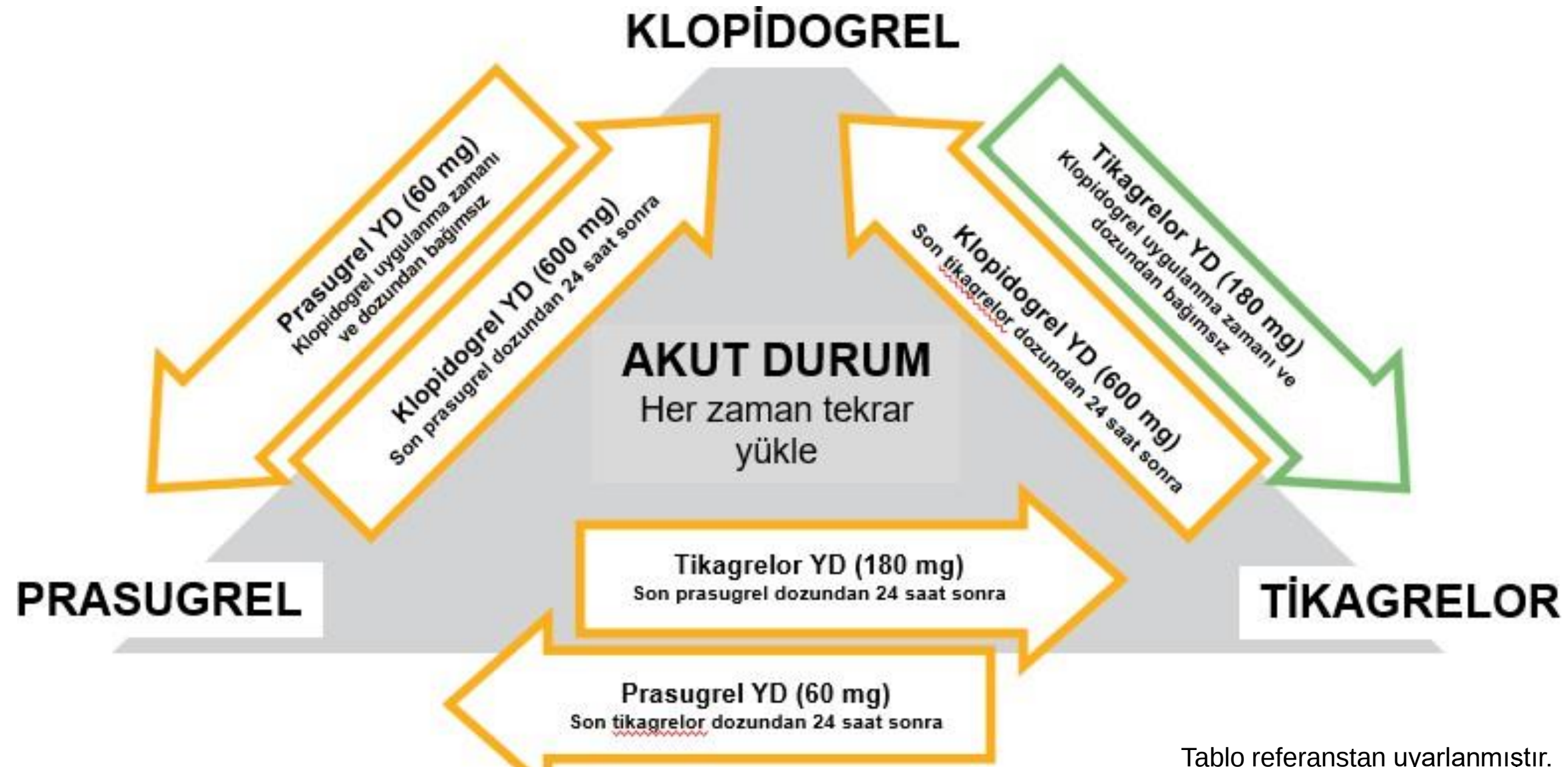
ACS = acute coronary syndrome.
^aClass of recommendation.
^bLevel of evidence.
^cContraindications for ticagrelor: previous intracranial haemorrhage or ongoing bleeds.

IB

Klopidogrel uygulanmış
AKS hastalarında
hastaneye başvurunun
hemen sonrasında 180 mg
tikagrelor yüklenecek
klopidogrel'den tikagrelor'a
geçiş yapılması önerilir.

2017 ESC/EACTS DAPT (İkili Antiplatelet Tedavi) Kılavuzu

P2Y12 inhibitörleri arası switch



Tablo referanstan uyarlanmıştır.

Yeşil= Sınıf I öneri, Turuncu= Sınıf IIb öneri
AKS hastalarında sonlanım datası bulunan tek switch önerisi yeşil ok ile işaretlenmiş olmalıdır.
Diğer hiçbir switch önerisi için sonlanım datası bulunmamaktadır.
Akut durum= Hospitalizasyon esnasındaki switch

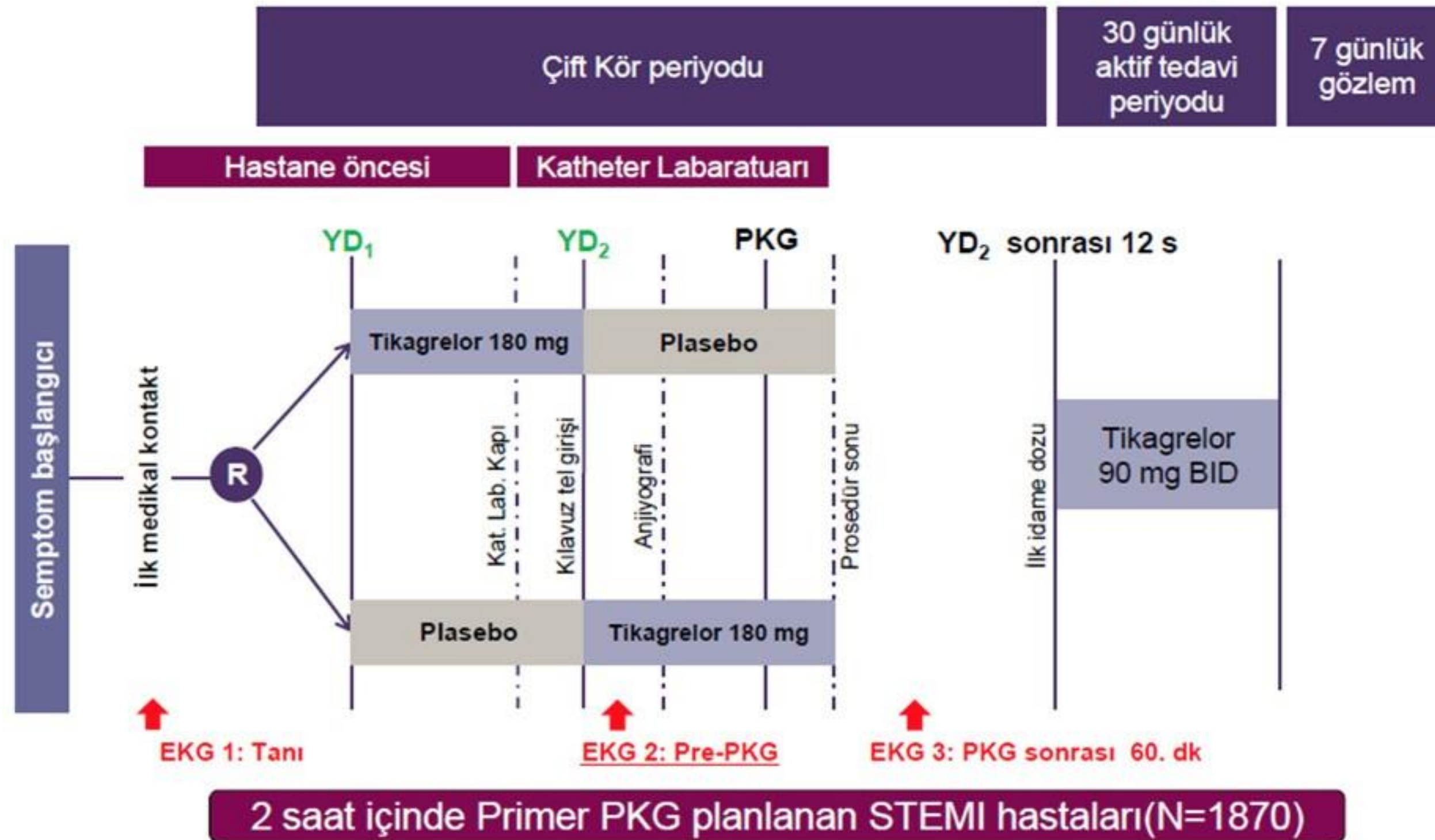
2017 ESC ST-Elevasyonlu Miyokard İnfarktüsü Kılavuzu

Primer perkütan koroner girişim uygulanan hastalarda periprosedürel ve postprosedürel antitrombotik tedavi	Sınıf	Düzey
Potent bir P2Y₁₂ inhibitörü (prasugrel veya tikagrelor), veya bunlar mevcut değil veya kontrendike ise klopidoğrel, yüksek kanama riski gibi kontrendikasyonlar olmadığı sürece, PKG öncesi (veya en geç PKG ile aynı zamanda) 12 ay boyunca önerilir	I	A
Kontrendikasyonu olmayan tüm hastalara mümkün olan en yakın zamanda aspirin (oral veya yutamıyorsa i.v.) önerilir	I	B

Tablo referanstan uyarlanmıştır.

Stemi hastaların'da ön yükleme

ATLANTIC: Çalışma tasarımı

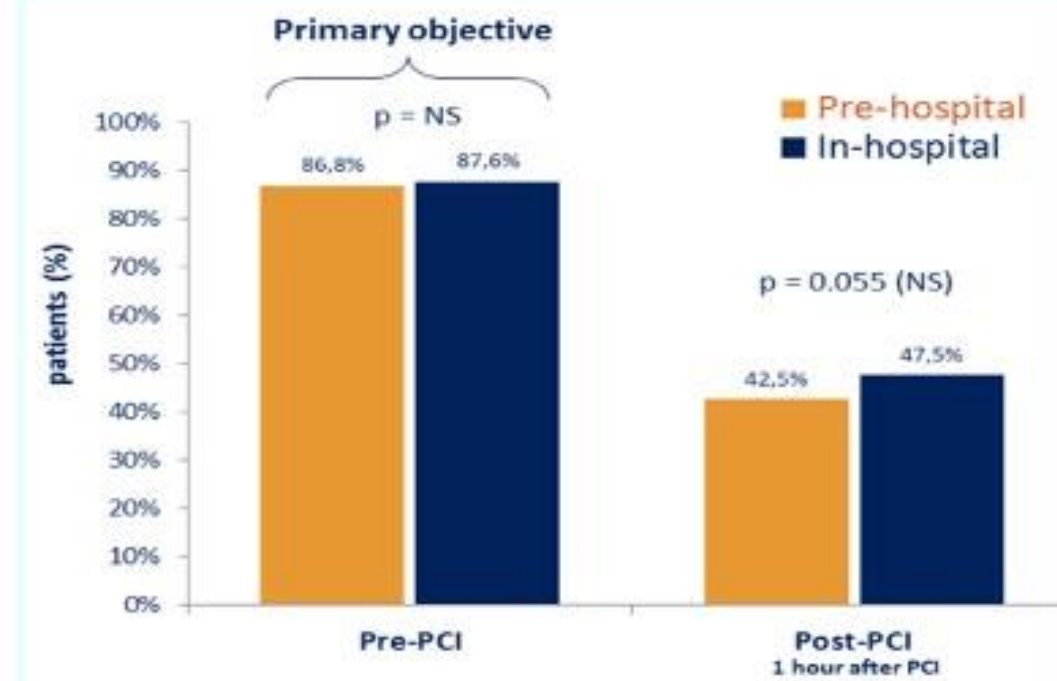




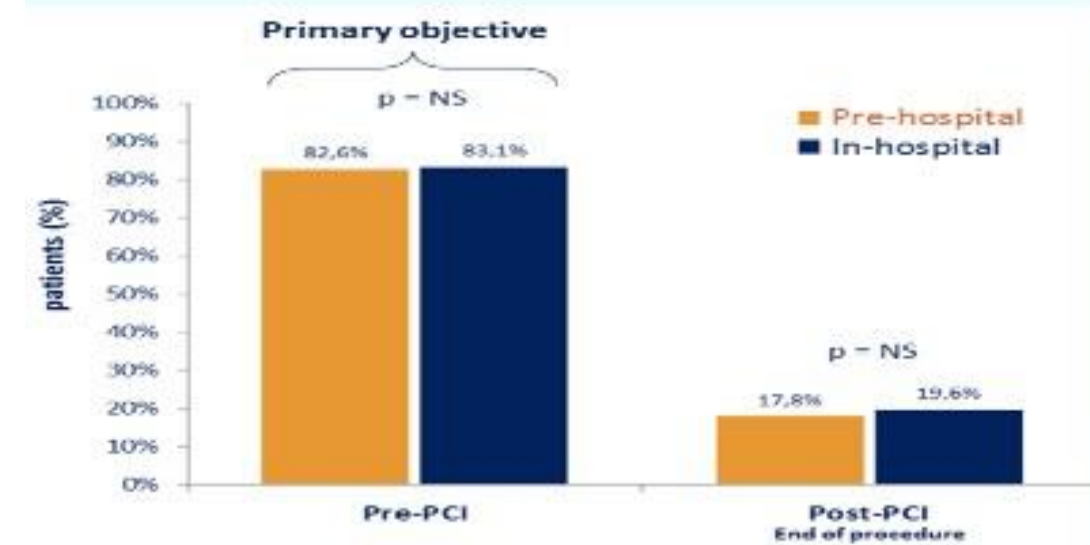
Hastane öncesi ve hastanedeki işlemler arasında ortalama zamanlar



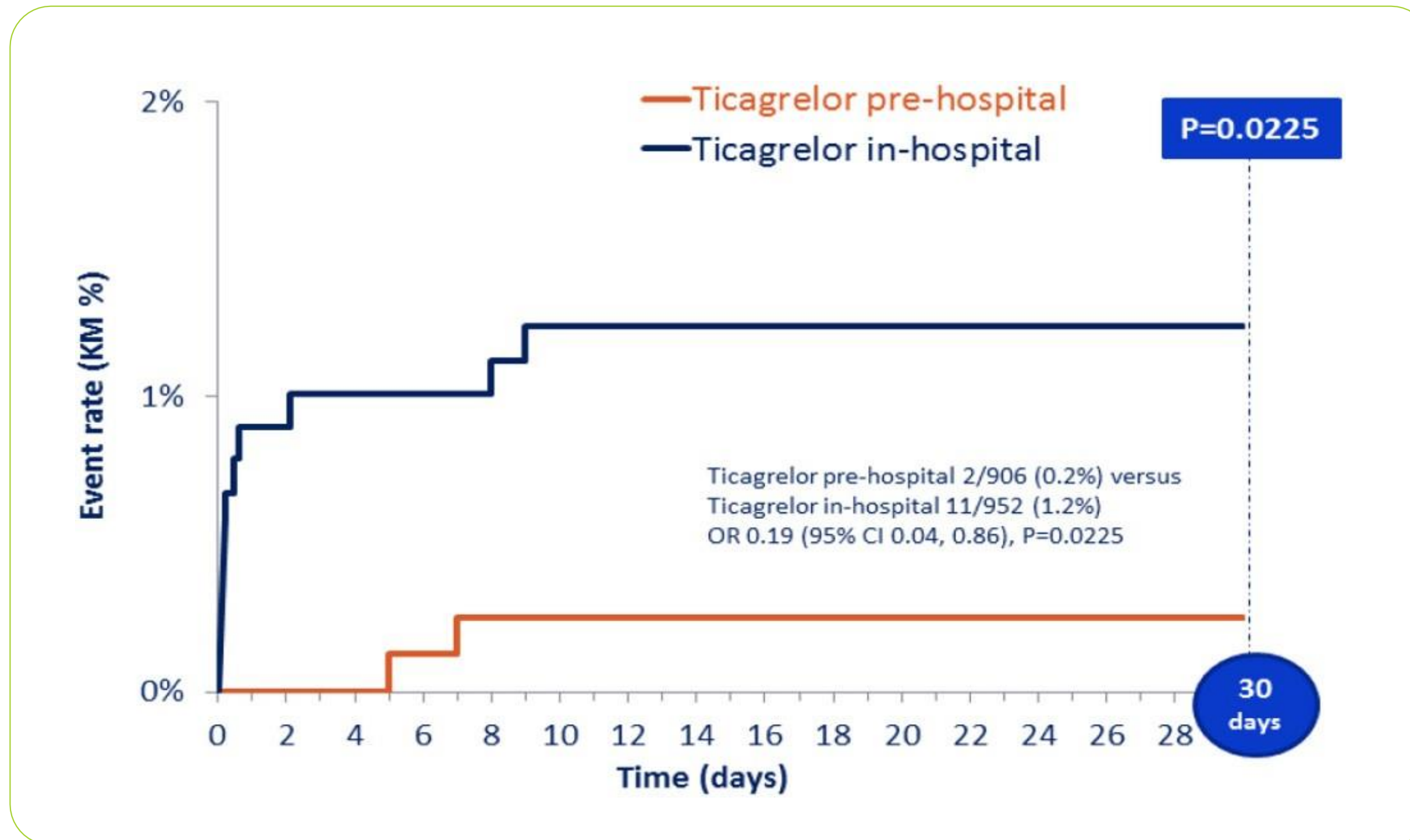
1st Co-primary endpoint No ST-segment resolution ($\geq 70\%$)



2nd Co-primary endpoint No TIMI 3 flow in infarct-related artery

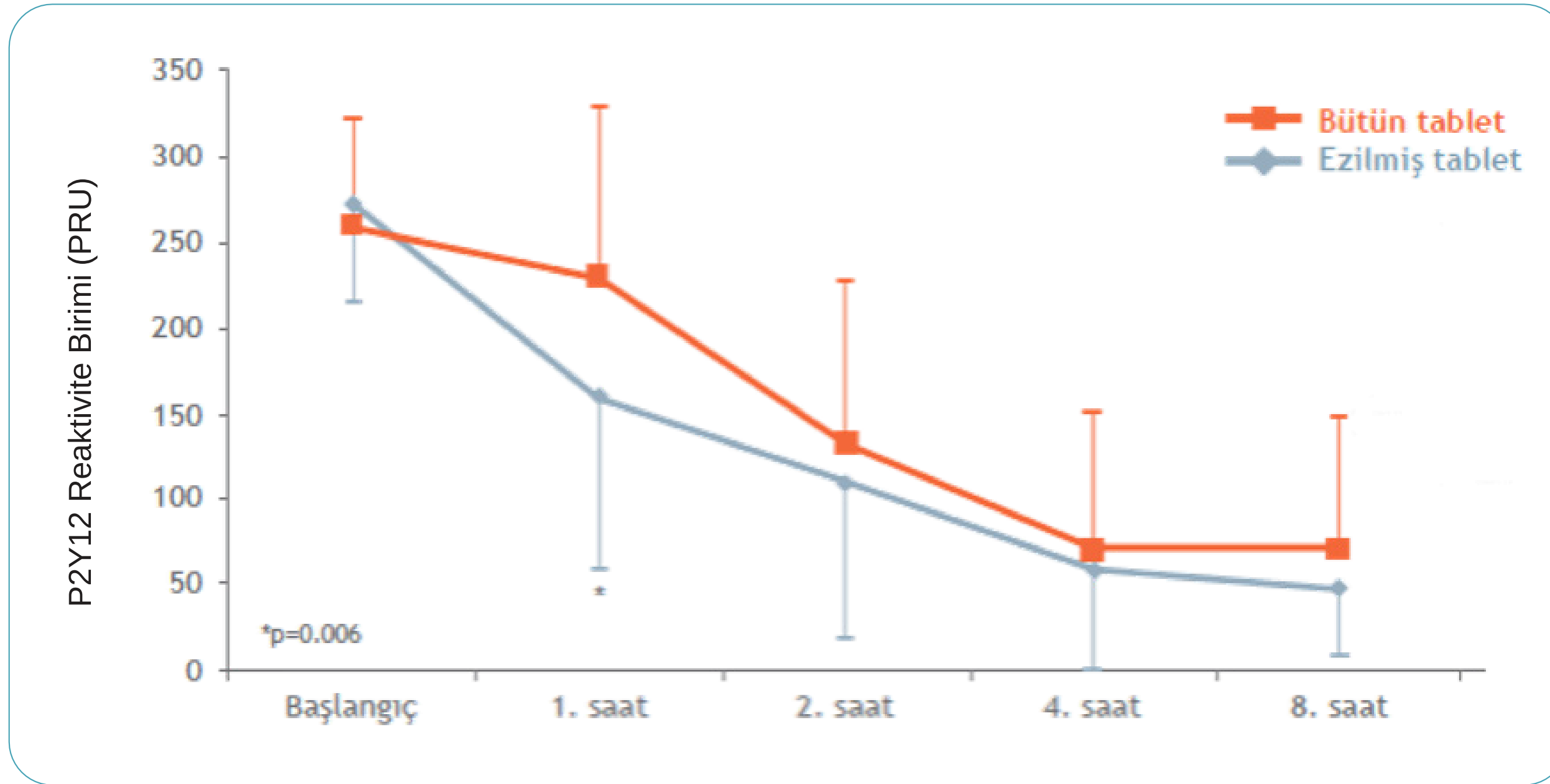


30.Güne kadar stent trombozu



MOJITO Çalışması: Bütün veya ezilerek verilen tikagrelor tabletlerin karşılaştırılması

1. saatte daha erken trombosit inhibisyonu



ESC 2020 NSTE AKS Tedavi Kılavuzu - Yenilikler

Antitrombotik Tedavi

Koroner anatomisi bilinmeyen ve erken invazif tedavi planlanan hastalarda P2Y12 ile ön tedavinin rutin kullanımı önerilmemektedir.

PKG uygulanan NSTE AKS hastalarında tikagrelor yerine prasugrel tercih edilmesi düşünülmelidir.

Erken invazif tedavi uygulanmayacak NSTE AKS hastalarında P2Y12 ile ön tedavi kanama riskine bağlı olarak düşünülebilir.

Özellikle potent P2Y12 inhibitör tedavisinin uygun olmadığı düşünülen AKS hastalarında De-eskalasyon (prasugrel veya tikagrelordan klopidoğrele switch =geçiş) alternatif DAPT stratejisi olarak düşünülebilir. Hastanın risk profili ve uygunluğu gözlenerek klinik karara, platelet fonksiyon testi yönlendirmesiyle ya da CYP2C19 genotip ile De-eskalasyon yapılması düşünülebilir.

İnvazif Tedavi

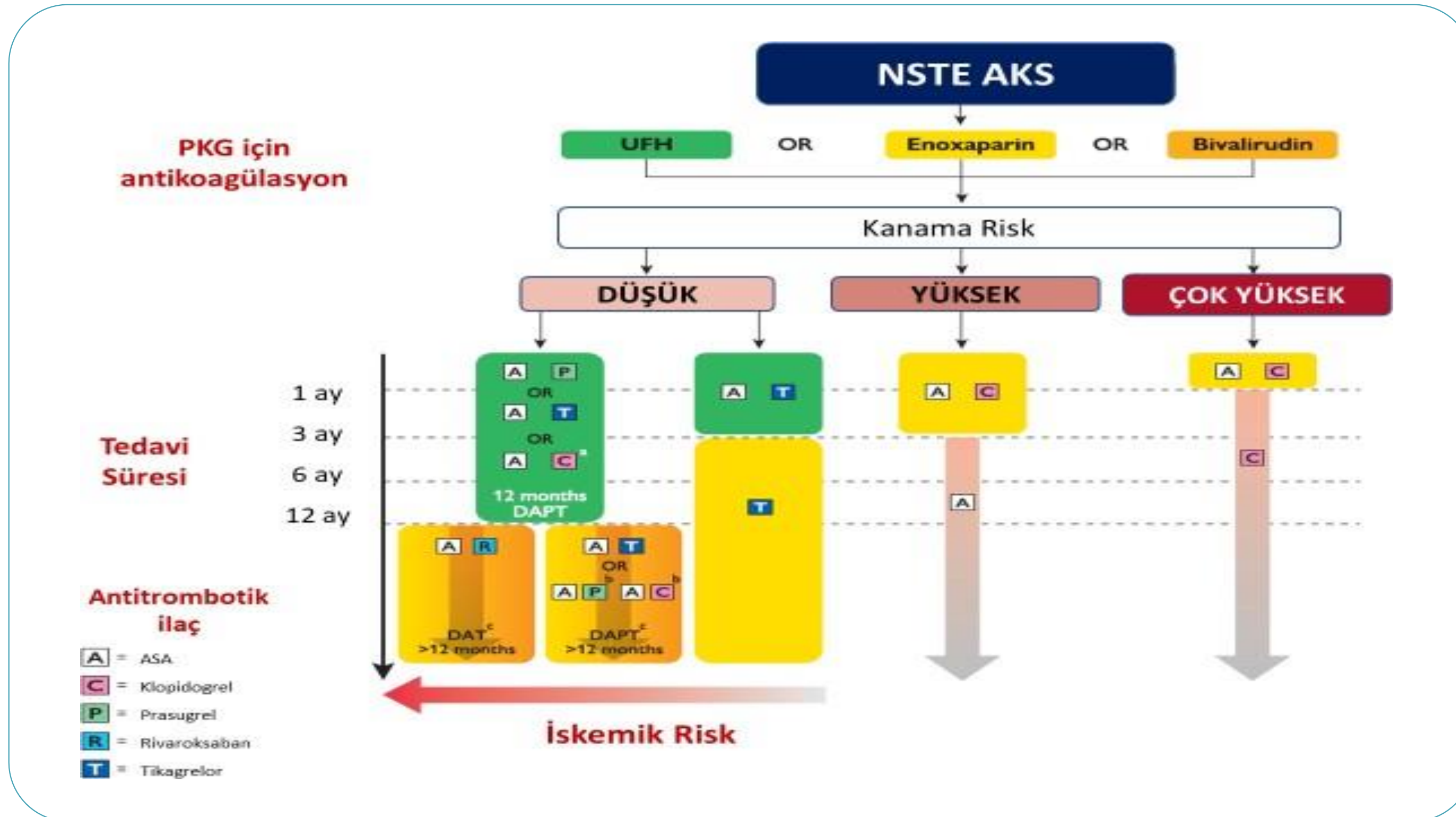
Herhangi bir yüksek risk kriteri olan hastalara 24 saat içerisinde erken invazif tedavi önerilir.

- NSTEMI tanısı
- Devam eden iskemiye düşündüren dinamik veya muhtemel yeni ST/T değişikliği
- Geçici ST segment elevasyonu
- GRACE risk skoru >140

Tablo referanstan uyarlanmıştır.

ESC 2020 NSTE AKS Tedavi Kılavuzu

PKG uygulanacak AF'u olmayan NSTE AKS anti-platelet tedavi algoritması



ESC 2020 NSTE AKS Tedavi Kılavuzu

Antiplatelet Tedavi	Sınıf	Düzy
ASA kontrendikasyon olmayan tüm hastalara 150-300 mg yükleme dozu ve 75-150 mg/gün idame dozu uzun dönem tedavide önerilir.	I	A
P2Y12 inhibitörü ASA'ya ilave olarak ve idamede 12 ay üzerinde de kontrendikasyon ve aşırı kanama riski olmadıkça önerilir.	I	A
Prasugrel, P2Y12 inhibitör tedavisi almamış PKG uygulanacak hastalara (60 mg yükleme dozu, 10 mg/gün idame standart doz, ≥75 yaş <60 kg hastalara 5 mg/gün)	I	B
Tikagrelor, planlanan tedavi stratejisinden bağımsız olarak (invazif ya da konservatif) (180 mg yükleme dozu, günde iki kez 90 mg)	I	B
Klopidogrel, prasugrel veya tikagrelor'ün ulaşamadığı, tolere edilemediği ya da kontrendike olduğunda (300-60 mg yükleme dozu, 75 mg/gün idame)	I	C
PKG planlanan NSTE AKS hastalarında prasugrel'in tikagrelora tercih edilmesi düşünülmelidir.	IIa	B
Kangrelor P2Y12 inhibitör tedavisi almamış PKG uygulanacak hastalarda düşünülebilir.	IIb	A
P2Y12 inhibitörü ile ön tedavi erken invazif tedavi planlanmayan ve yüksek kanama riski olmayan NSTE AKS hastalarda düşünülebilir.	IIb	C
P2Y12 inhibitörü ile rutin ön tedavi koroner anatomisi bilinmeyen ve erken invazif tedavi planlanan hastalarda önerilmemektedir.	III	A

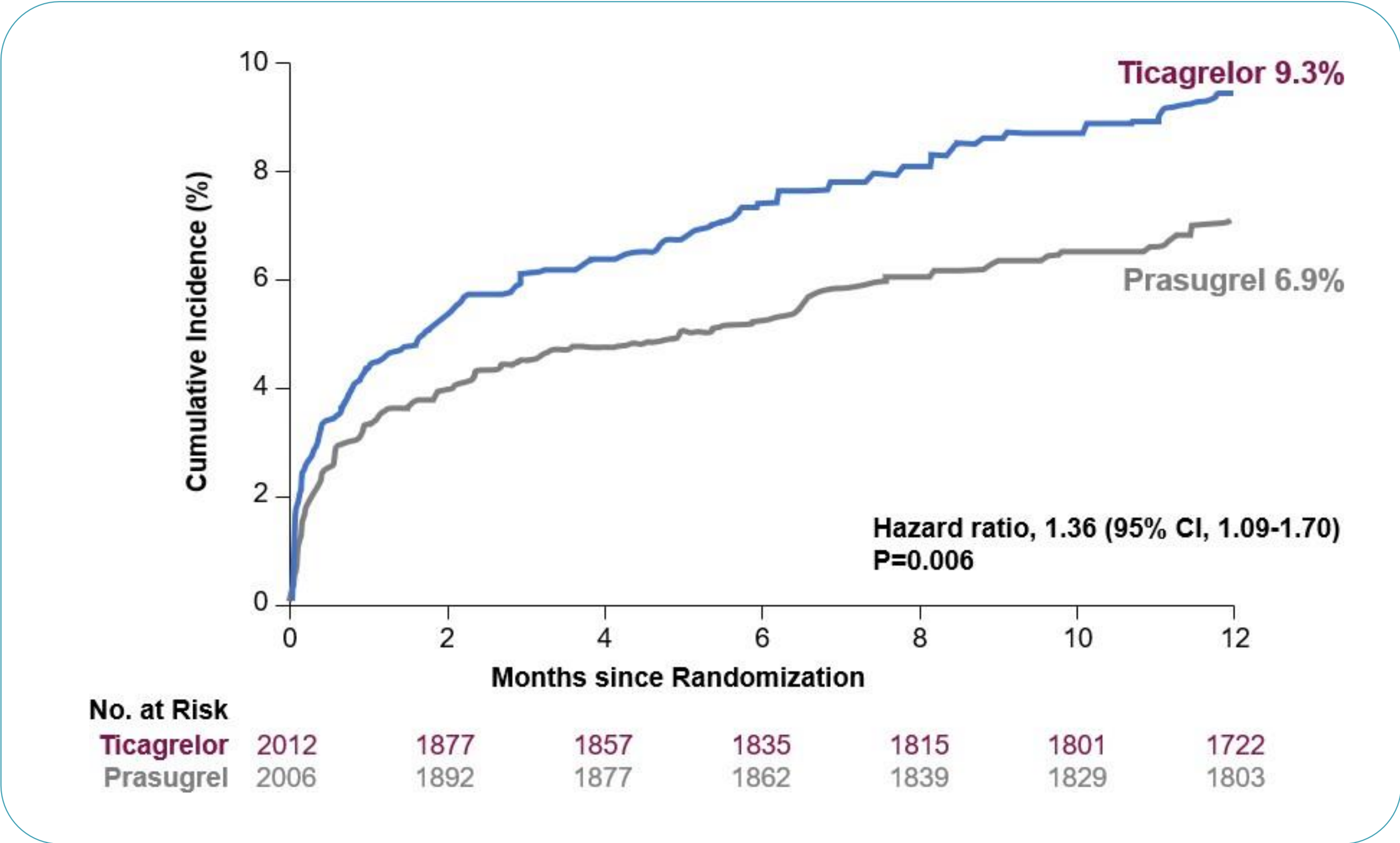
ISAR REACT 5
ÇALIŞMASI

Ticagrelor or Prasugrel in Patients with Acute Coronary Syndromes

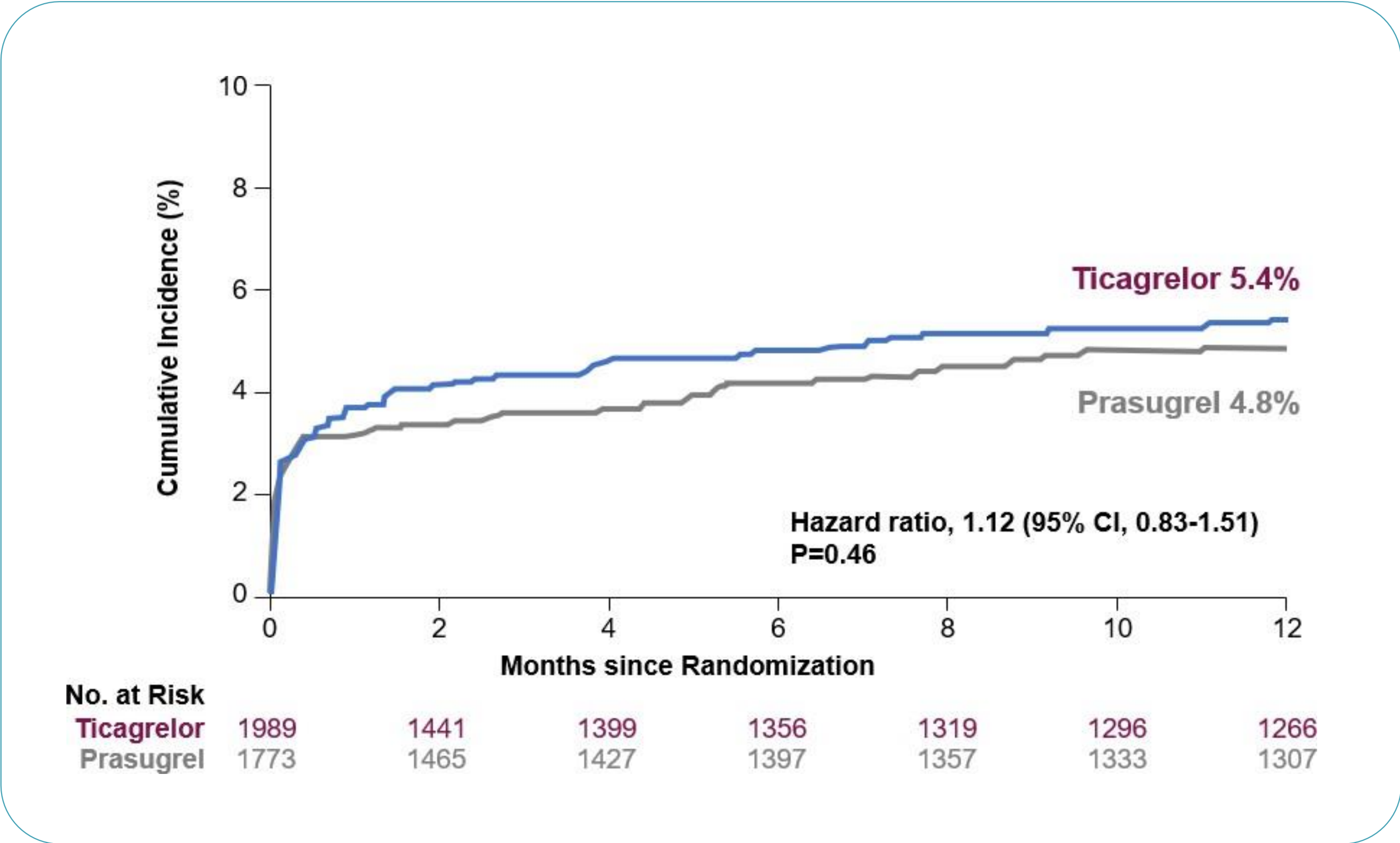
ISAR-REACT 5 Study

ISAR-REACT 5

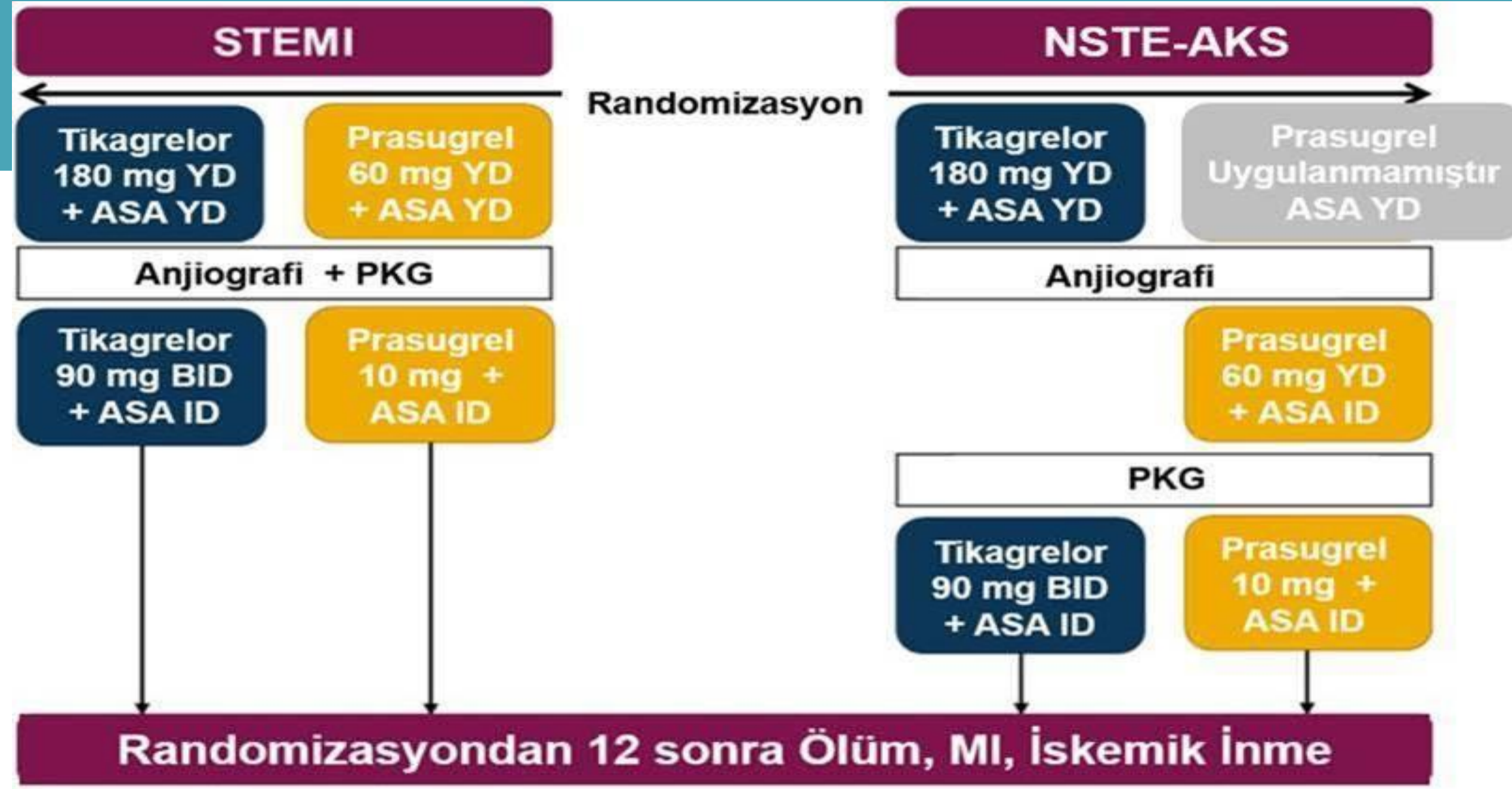
Primary Efficacy Endpoint (Composite of Death from any cause, MI or Stroke)



Primary Safety Endpoint (BARC 3-5 Bleeding)



ISAR-REACT 5



- 2012 hasta **tikagrelor grubuna** dahil edildi. Hastaların **%98.7'si yükleme dozu** aldı bu hastaların % 81.1'i (1602 hasta) ticagrelor ile taburcu edildi.
- 2006 hasta **prasugrel grubuna** dahil edildi. Hastaların **%86.1'i yükleme dozu** aldı bu hastaların %80.7'si (1596 hasta) prasugrel ile taburcu edildi
- Prasugrel grubundaki hastaların %11'i (233 hasta) , tikagrelor grubunda ki hastaların %1'i (23 hasta) güvenlik sonlanım analizine dahil edilmedi

ISAR React 5 Sonuçları

Primer etkililik sonlanımında prasugrel tikagrelora üstünlük göstermiştir
Primer güvelik sonlanımında benzer BARC 3-5 kanamaya neden olmuştur.

- Açık etiketli
- Hasta sayısı nispi olarak az
- Randomizasyon sonrasında Tikagrelor grubunda %1,3, Prasugrel grubunda %13,9 hastaya ilaç başlanmamış (riskli hastada açık etiket tercihi etkilemiş olabilir mi ?)
- Hasta takibi %90 telefon veya mektupla
- %20 hasta, taburcu olurken çalışma ilacını bırakıyor
- Sonlanım noktasında esas etkili olan MI sıklığı, ve %40 Tip 4 MI (girişimsel işleme bağlı gelişen MI)
- Güvenlik analizi yapılırken, Tikagrelor grubundan 23 hasta (%1.1), prasugrel grubundan 233 hasta (%11.9) alınmamış

ISAR-REACT 5 Çalışması – DM alt grup analizi

ISAR REACT çalışmasındaki DM'ı olan 892 hasta ile DM'ı olmayan 3124 hasta sonuçları incelendi

	DM var (n:892)			DM yok (n: 3124)			
	Tikagrelor (n:463)	Prasugrel (n:429)	P değeri	Tikagrelor (n: 1548)	Prasugrel (n:1576)	P değeri	Etkileşim P değeri
Pr. Etkililik Sonlanım (Ölüm, MI yada İnme)	51 (%11.2)	55 (%13.0)	0.383	132 (%8.6)	81 (%5.2)	<0.001	0.0035
Ölüm	26 (%5.7)	26 (%6.2)	0.723	63 (%4.1)	46 (%3.0)	0.077	0.194
MI	26 (%5.9)	28 (%6.8)	0.551	70 (%4.6)	32 (%2.1)	<0.001	0.004
Tip 1	15	15		37	20		
Tip 2	3	1		1	2		
Tip 4a	3	6		16	5		
Tip 4b	5	6		15	5		
Tip 5	0	0		1	0		

- İlaç tedavi kollarında ki etkililik sonuçları DM olan ve olmayan hasta grupları arasında uyumsuzluk göstermiştir. (p int:0.0035) (DM olmayan hastalarda prasugrel tedavisi daha fazla oranda etkililik göstermiştir)
- DM'ı olan ve olmayan hasta gruplarında kanama sonuçları karşılaştırıldığında ilaç tedavi kolları arasında farklılık göstermemektedir. (p int:0.73)

ESC 2020 NSTE AKS Tedavi Kılavuzu

Antiplatelet ilaçlar	
ASA: 150-300 mg oral (oral alım mümkün değilse 75-250 mg i.v) yükleme dozu sonrasında 75-150 mg /gün idame	
P2Y12 reseptör inhibitörleri (oral veya i.v)	
<u>Klopidogrel</u>	300-600 mg oral yükleme dozu sonrasında 75 mg/gün idame, KBH hastalarında doz ayarlamadan
<u>Prasugrel</u>	60 mg oral yükleme dozu sonrasında 10 mg /gün idame. <60 kg altındaki hastalarda 5 mg/gün idame önerilir ≥75 yaş hastalarda dikkatli kullanılmalıdır, fakat gerekli durumlarda 5 mg/gün kullanılmalıdır KBH hastalarında doz ayarlamadan kullanılabilir İnme öyküsü olan hastalarda <u>kontrendikedir</u>
<u>Tikagrelor</u>	180 mg oral yükleme dozu sonrasında günde iki kez 90 mg idame. KBH hastalarında doz ayarlamadan kullanılabilir
<u>Kangrelor</u>	<u>Bolus</u> 30 µg/kg i.v 3 dakikadan uzun sürede, devamında 4 µg/kg /dakika <u>infüzyon</u> en az iki saat yada işlem süresince

Tablo referanstan uyarlanmıştır.

STEMI

1. Yapılacak tedaviden bağımsız (fibrinolitik, PKG, medikal) olarak tüm hastalara ikili antiplatelet (aspirin +P2Y12 inh.) tavsiye edilir.
2. Primer PKG uygulanacaksa tavsiye edilen P2Y12 inhibitörü Tikagrelor veya Prasugrel (klopidogrelden ziyade). Ancak İskemik İnme, TIA öyküsü varsa mutlak tavsiye Tikagrelor *.
3. Fibrinolitik tedavi alan hastalar için Klopidogrel tavsiye edilse de Tikagrelor da etinlik ve güvenilirlik bakımından geri kalmamaktadır. Klopidogrel verildiyse fibrinolizden 48 saat sonra Tikagrelora önerilir.
4. Reperfüzyon Tedavisi Alamayanlar (Medikal Tedavi) Tikagrelor (klopidogrel veya prasugrele kıyasla) tercih edilebilir.

NSTE-AKS

1. NSTEMI-ACS tüm hastalara aspirin gecikmeden derhal verilmeli (teşhis anında)
2. NSTEMI-ACS tüm hastalara ikili antiplatelet (aspirin +P2Y12 inh.) tekli antiplatelete tercih edilmeli ve 12 ay süre ile kullanılmalı.
3. Acil PKG düşünülen olgularda diagnostik anjiyografi öncesi rutin P2Y12 inh verilmesi önerilmemektedir. Koroner anatomisi bilinen hastalarda tikagrelor ve prasugrel, klopidoğrele tercih edilir.
4. İskemi odaklı yaklaşımda (medikal tedavi ile izlenecek hastalar) Tikagrelor kullanımı tercih edilmeli

TEŞEKKÜRLER

Prof. Dr. Yunsur Çevik
312-3569000
yunsurcevik@yahoo.com
SBU Kecioren SUAM Acil Tıp

