

Antiagregantravi infomaterjal arstidele

tromboosiühing

AstraZeneca 

Arteriaalne ja venoosne tromboos

- Arteriaalse tromboosi kestusravis kasutatakse antiagregante, mis pärssivad trombotsüütide agregatsiooni.
- Venoosse tromboosi ravis kasutatakse antikoagulante, mis pärssivad fibrini moodustumist.
- Arteriaalse või venoosse trombemboolia ravivalikuks on ka antikoagulandid.



Arteriaalne tromboos

Trombotsüütide
agregatsiooni
pärssimine



antiagregandid

atsetüülsalitsüülhape,
tikagreloor, klopido greel, prasugreel,
absiksimaab, tirofibaan, eptifibaatiid

Venoosne tromboos; arteriaalne ja venoosne embolism

Fibriini moodustumise
pärssimine



antikoagulandid

varfariin,
fondapariinuks,
hepariinid (UFH, LMWH),
bivalirudiin,
dabigatraan, rivaroksabaan,
apiksabaan

Kaksikantiagregantravi (DAPT) kestus ¹

- Kaksikantiagregantravi (DAPT, dual antiplatelet therapy) st kahe preparaadiga antiagregantravi: Aspiiriin (ASA) + P2Y₁₂ inhibiitorid (kas klopidoogreel, tikagreloor või prasugreel¹).
- Kaksikantiagregantravi kasutatakse peale koronaarterite dilateerimist ja stentimist.
- Ägeda koronaarsündroomi patsientidel soovitatakse eelistada tikagreloori või prasugreeli klopidoogreelile¹.
- Stabiilse koronaarhaiguse käsitluses soovitatakse kasutada klopidoogreeli¹.
- DAPT ravi kestus sõltub sellest, kas on tegemist ägeda koronaarsündroomiga (ÄKS) või stabiilse koronaarhaigusega ja millist stenti kasutati.

Kaksikantiagregantravi (DAPT ehk dual antiplatelet therapy) kestus ¹

BMS ehk metallstent (*bare metal stent*)

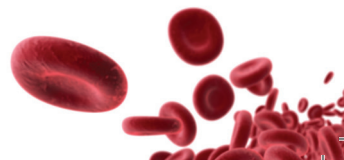
DES ehk ravimkaetud stent (*drug eluting stent*)

BMS	DES	ÄKS
Stabiilne koronaarhaigus vähemalt 1 kuu	Stabiilne koronaarhaigus vähemalt 6 kuud	12 kuud

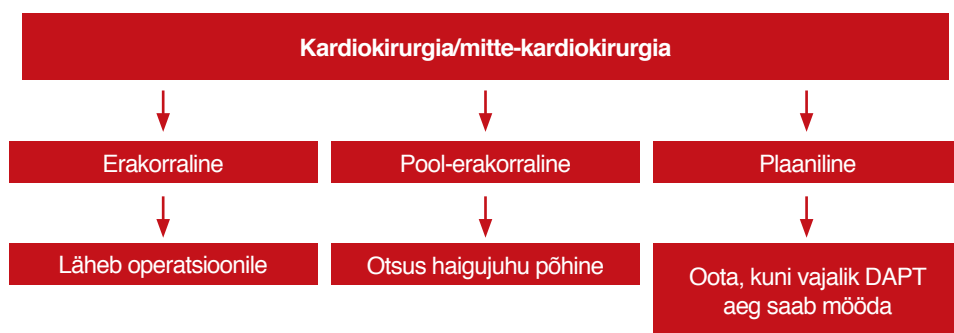
- Lühemat DAPT kestust (<6 kuu) kaaluda kõrge veritsusriskiga patsientidel (*tõendus põhisis IIB A*)
- Pikemat DAPT kestust (>6 kuu) kaaluda kõrge isheemiariskiga ja madala veritsusriskiga patsientidel (*tõendus põhisis IIB C*)

Prootonpumba inhibiitorite (PPI) kasutamine koos kaksikantiagregantraviga ¹

Kasuta PPI koos DAPT raviga, kui patsiendil on anamneesis gastrointestinaalne hemorraagia või haavanditõbi ning PPI kasutamine on mõistlik mitmete muude riskitegurite olemasolul (sh H. Pylori infektsioon, vanus üle 65 a, kaasuv antikoagulantravi, NSAID-id ja steroidid) (*tõendus põhisis IA*)



DAPT ravi preoperatiivne käsitus sõltuvalt operatsiooni erakorralisusest ^{1,3}



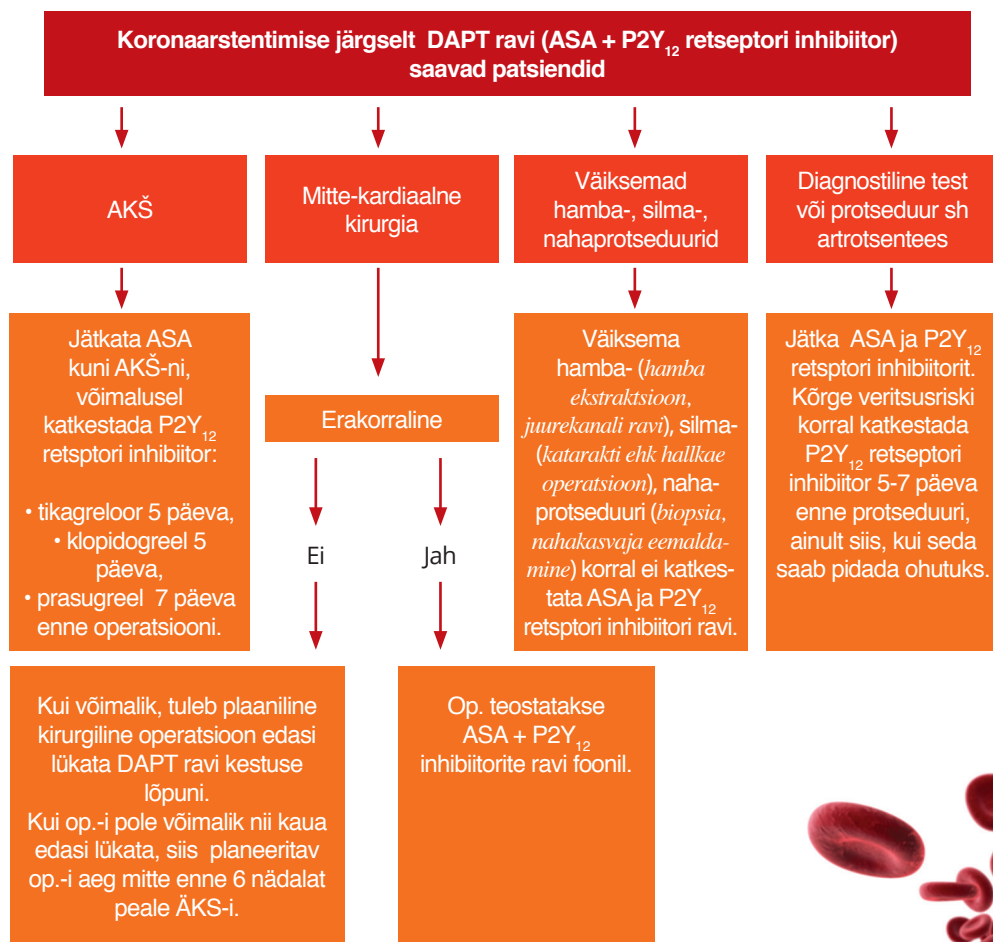
Jätka
ASA + P2Y₁₂ inhibiitorid

Jätka ASA
Lõpeta P2Y₁₂ inhibiitorid

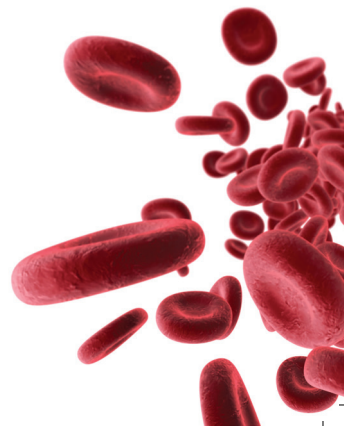
Katkesta ajutiselt
ASA + P2Y₁₂ inhibiitorid

- Veritsuse ja isheemia riski maandamiseks on soovitatav plaanilised mittekardiaalsed operatsioonid edasi lükata, kuni DAPT planeeritud aeg täis, st ideaalselt 6 kuud stabiilse koronaarhaiguse ja 12 kuud ÄKS-i korral; kirurgia ajal ASA mitte katkestada. Lühemat DAPT kestust kaalu siis, kui kirurgiat pole võimalik edasi lükata.
- Kõrge veritsusriskiga operatsiooni eel katkesta klopidoogreel ja tikagreloor 5 päeva enne, prasugreel 7 päeva enne operatsiooni. ASA jätka perioperatiivses perioodis.
- Kaksikantiagregantravi alusta nii kiirelt kui võimalik peale operatsiooni, sh löökannus P2Y₁₂ inhibiitoritega võimalusel 24 tunni jooksul peale operatsiooni.
- DAPT asendamine perioperatiivses perioodis LMWH-ga või UFH-ga ei ole efektiivne, vajadusel GPIIb/IIIa inhibiitorid.

ASA ja P2Y₁₂ retseptori inhibiitoreid saavate patsientide perioperatiivne käsitlemine^{1,3,4}



* P2Y₁₂ retseptori inhibiitorid – tikagreloor, klopidooreel, prasugreel.
ASA = atsetüülsalitsüülhape;
AKŠ = aorto-koronaarne šunteerimine.



Antiagregantravi ja väike verejooks ⁴



Väikese veritsuse korral tavaliselt pole vajalik kaksikantiagregantravi lõpetada. Ninaverejooksu korral ära katkesta DAPT ravi, suuna patsient otorinolaringoloogi konsultatsioonile. Kui rakendatavad ravimeetodid ei anna tulemusi, konsulteeri kardioloogiga edasise antiagregantravi suhtes, võttes arvesse ninaverejooksu raskusastet ja stendi tromboosiga seotud riske.

Igemete veritsuse korral ära katkesta DAPT ravi, suuna patsient stomatoloogile igemete patoloogia (peamiselt põhjuseks paradontoos) raviks.

Naha verevalumite korral ei ole tavaliselt DAPT ravi katkestamine põhjendatud, kuna stendi tromboosi risk on olulisem kui naha verevalumid. Suurte verevalumite korral konsulteeri kardioloogiga DAPT ravi muutmise võimaluse suhtes.

Suurte verejooksude puhul suuna patsient haigla EMO-sse, kus tehakse otsused edasise antiagregantravi suhtes.

**Patsient saab antiagregantravi,
tekkinud väike verejooks**



Hambaravi protseduuride järgselt tekkinud verejooksu peatamiseks tamponeerida veritsev koht, kasuta verejooksu peatamiseks lokaalseid prohemostaatilisi vahendeid. Loputada suud traneksaamhappe lahusega 2-4 korda päevas 1-2 päeva järjest.

*Soovituse klass IIa,
tõenduse tase C.*



Ekhümoosi või petehhia korral tuleb teostada patsiendi kliinilise vere analüüs. Määrata INR ja aPTT.

Soovituse klass IIa, tõenduse tase C.



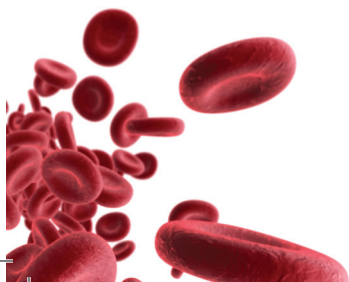
Silma sidekesta haarava verevalumi/verejooksu korral tuleb jätkata antiagregantravi, jälgides samas verevalumi/verejooksu edasist kulgu.

*Soovituse klass IIa,
tõenduse tase C.*



Hemostaasi näitajate kõrvalekallete puudumisel jätkata antiagregantravi, hinnates samaaegselt patsiendi seisundi edasist kulgu. Trombotsütopeeniaga või koagulopaatiaga patsientidel tuleks katkestada ravi aspiriiniga (või P2Y₁₂ retseptori inhibiitor) sõltuvalt edasistest uuringute plaanidest ja koronaarhaigusega seotud teguritest.

Soovituse klass IIa, tõenduse tase C.



Düspnoe käsitus tikagreloor-ravi saavatel patsientidel ⁵

Düspnoe on tikagreloori kõrvaltoime, mille esinemissagedus on 13,8%.

Tavaliselt on düspnoe vähe väljendunud ja ravi jätkates see möödub.

Uuringud kinnitavad, et düspnoed kogenud patsientidel kopsufunktsiooni parameetrid ei halvenenud ning tikagrelooriga ravi jätkates esines vähem isheemilisi tüsistusi võrreldes klopidooreel-ravi saavate patsientidega.

Enamasti on tegemist mööduva kõrvaltoimega ja tikagreloori katkestamine pole vajalik.

Juhul kui düspnoe on enam väljendunud, konsulteerige kardioloogiga edasise kaksikantiagrantravi suhtes.

1

Jälgi patsienti 3-4 päeva, olles eelnevalt välja lülitanud tikagreloor-ravile eelnenud hingelduse ja teised düspnoe tekkepõhjused.

- Paljudel juhtudel on tikagreloorist tingitud düspnoe pöörduv ja möödub spontaanselt mõne tunni või päevade järgselt.
- Selle aja jooksul võivad aga üles kerkida alternatiivsed põhjused düspnoe tekkeks.

2

Kui tikagrelooriga seotud düspnoe ei möödu.

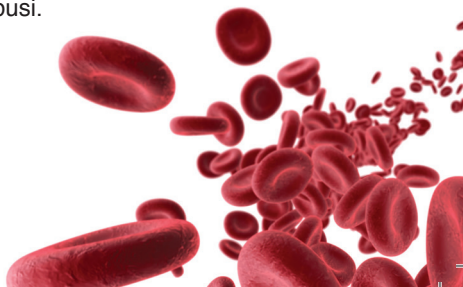
Hinda, kas tekkinud hingeldus on patsiendile talutav, arvestades ravi jätkamisest saadavat kasu.

- Enamasti on tikagreloorist põhjustatud düspnoe kerge, mõnikord keskmise, väga harva raske raskusastmega.
- Patsiendid enamasti taluvad tikagrelooriga seotud kerget düspnoed.
- Patsiente, kes taluvad tikagrelooriga seotud düspnoed, tuleb julgustada raviga jätkama, et saada maksimaalset kasu.

3

Ravimi võtmise lõpetamist tuleks kaaluda, kui düspnoe on püsiv ja patsiendile halvasti talutav.

- Tikagreloorist tingitud hingeldus peaks ravimi katkestamise järgselt kaduma, mõjutamata seejuures patsiendi kopsu- või südamefunktsiooni, mis võiks edaspidi põhjustada püsivaid düspnoe kaebusi.





tromboosiühing

AstraZeneca 

Kasutatud lühendid:

BMS- metallstent; DES- ravimkaetud stent; P2Y₁₂ inhibiitorid- klopidooreel, tikagreloor või prasugreel; ÄKS- äge koronaarsündroom; LMWH-madal madalmolekulaarne hepariin; UFH- fraktsioneerimata hepariin; GPIIb/IIIa- glükoproteiini inhibiitorid ; aPTT – aktiveeritud osalise tromboplastiini aeg (activated partial thromboplastin time)

Allikad:

1. Windecker S, et al. Guidelines on myocardial revascularization, 2014 ESC/EACTS, www.escardio.org/guidelines-surveys
2. Lip G, et al. Management of antithrombotic therapy in atrial fibrillation patients presenting with acute coronary syndrome and/or undergoing percutaneous coronary or valve interventions: a joint consensus document EHJ doi:10.1093/eurheartj/ehu298
3. Kristensen SD, et al. Eur Heart J. 2014;10.1093/eurheartj/ehu282.
4. Bell AD, et al. The Use of Antiplatelet Therapy in the Outpatient Setting: Canadian Cardiovascular Society Guidelines Canadian Journal of Cardiology 2011; 27:S1-S59
5. Parodi G, Storey RF, et al. Eur Heart J: Acute Cardiovasc Care. 2014, DOI: 10.1177/2048872614554108

Infolehe koostas dr Heli Kaljusaar.

Infolehe väljaandja MTÜ Tromboosiühing, Tallinn 2015.

Infolehe väljaandmist toetas AstraZeneca Eesti OÜ.