

Behandlingsvejledning for behandling af nye patienter med Akut Koronart Syndrom (AKS) med lægemidler med trombocythæmmende effekt

Fagudvalg under Rådet for Anvendelse af Dyr Sygehusmedicin, RADS, er interne, rådgivende arbejdsgrupper, der refererer til Rådet. Fagudvalgene udarbejder forslag til baggrundsnotater og behandlingsvejledninger for anvendelse af medicin inden for specifikke behandlingsområder. Dokumenterne forelægges RADS, som træffer beslutning om indholdet af de endelige baggrundsnotater og forpligtende behandlingsvejledninger.

Målgruppe	Cardiologiske afdelinger, og andre afdelinger som behandler patienter med akut koronart syndrom Lægemiddelkomiteer Sygehusapoteker	
Udarbejdet af	Fagudvalget for antitrombotika under Rådet for Anvendelse af Dyr Sygehusmedicin	
Baggrundsnotat godkendt af RADS	September 2015	Version: 2.0 Dok.nr: 224803 Offentliggjort: November 2015

Formål

Formålet med RADS behandlingsvejledninger er at sikre national konsensus om behandling med lægemidler; herunder at definere hvilke lægemidler, der anses for ligestillede.

Konklusion vedr. lægemidlerne

Hvor særlige patientspecifikke forhold gør sig gældende, kan der efter en konkret og individuel vurdering anvendes den i prioritetsrækkefølgen næstfølgende behandling. Vurderingen af dette baseres på følgende faktorer:

- Lægemidlernes effekt i forhold til den pågældende patients sygdomsbillede
- Bivirkninger i forhold til den pågældende patient
- Kontraindikationer og interaktioner i forhold til patientens sygdomsbillede
- Patientens ressourcemæssige forhold og disses betydning for en høj compliance

Patienter med STEMI, som PCI-behandles		
	Præhospitalbehandling	Efterfølgende standardbehandling
1. linje	Tablet acetylsalicylsyre 300 mg + Tablet ticagrelor 180 mg	Tablet acetylsalicylsyre 75 mg x 1 dagligt livslangt + Tablet ticagrelor 90 mg x 2 dagligt i 12 måneder
2. linje	Tablet acetylsalicylsyre 300 mg + Tablet prasugrel 60 mg	Tablet acetylsalicylsyre 75 mg x 1 dagligt livslangt + Tablet prasugrel 10 mg x 1 dagligt i 12 måneder. Hos patienter ≥ 75 år og/eller vægt < 60 kg, TCI eller apopleksi anbefales clopidogrel
3. linje	Tablet acetylsalicylsyre 300 mg + Tablet clopidogrel 600 mg*	Tablet acetylsalicylsyre 75 mg x 1 dagligt livslangt + Tablet clopidogrel 75 mg x 1 dagligt i 12 mdr.

Patienter med NSTEMI/UAP, som PCI-behandles		
	Behandling dag 1	Efterfølgende standardbehandling
1. linje	Tablet acetylsalicylsyre 300 mg + Tablet ticagrelor 180 mg	Tablet acetylsalicylsyre 75 mg x 1 dagligt livslangt + Tablet ticagrelor 90 mg x 2 dagligt i 12 måneder
2. linje	Tablet acetylsalicylsyre 300 mg + Tablet clopidogrel 600 mg*	Tablet acetylsalicylsyre 75 mg x 1 dagligt livslangt + Tablet clopidogrel 75 mg x 1 dagligt i 12 mdr.

Patienter med STEMI/NSTEMI/UAP, som ikke PCI-behandles		
	Behandling dag 1	Efterfølgende standardbehandling
1. linje	Tablet acetylsalicylsyre 300 mg + Tablet ticagrelor 180 mg	Tablet acetylsalicylsyre 75 mg x 1 dagligt livslangt + Tablet ticagrelor 90 mg x 2 dagligt i 12 måneder
2. linje	Tablet acetylsalicylsyre 300 mg + Tablet clopidogrel 600 mg*	Tablet acetylsalicylsyre 75 mg x 1 dagligt livslangt + Tablet clopidogrel 75 mg x 1 dagligt i 12 måneder

*** AKS og samtidig AK behandling.**

Ved samtidig AK behandling med VKA er hyppig kontrol og høj TTI særlig vigtig pga øget blødningsrisiko. Ved samtidig AK behandling med VKA eller NOAK kombineres med ASA og clopidogrel efter PCI.

Prasugral og Ticagrelor kan ikke anbefales til anvendelse samtidig med AK behandling pga øget blødningsrisiko.

Ved igangværende NOAK-behandling ved AKS fortsættes NOAK i reduceret dosis kombineret med clopidogrel og ASA:

- Dabigatran reduceres til 110 mg x 2
- Apixaban reduceres til 2,5 mg x 2
- Rivaroxaban reduceres til 15 mg x 1

Kriterier for igangsætning af behandling

Beslutning om iværksættelse af præhospital behandling af STEMI varetages af enten ambulancelæge, henvisende sygehus eller modtagende sygehus.

Beslutning om efterfølgende trombocythæmmende behandling til patienter med STEMI planlægges af interventionelle kardiologer på PCI centre.

Beslutning om indledende trombocythæmmende behandling ved NSTEMI/UAP varetages af patientens hjemstedssygehus, og korrigeres eventuelt af interventionelle kardiologer på PCI centre, hvis forhold i forbindelse med den invasive udredning/behandling indikerer dette.

Monitorering af effekt og bivirkninger

AKS patienter som er invasivt udredt følges i Dansk Hjerter Register.

AKS patienter bør følges i rehabiliteringsdatabase.

Bivirkninger skal indrapporteres til bivirkningsnævnet.

Kriterier for skift af behandling

Patienter, som ikke tåler én ADP-receptor blokker, anbefales skift til anden ADP-receptor blokker.

Til patienter, som er i dobbelt trombocythæmmende behandling, og ikke tåler acetylsalicylsyre, findes der ikke alternativt præparat. I stedet anbefales livslang ADP-receptor blokade.

Ved intolerable bivirkninger, som vurderes relateret til behandling med ticagrelor, skiftes til anden linje behandling.

Ved intolerable bivirkninger, som vurderes relateret til anden linje behandling, skiftes til tredje linje behandling.

Ved kontraindikation mod første linje behandling skiftes til anden linje behandling.

Ved udvikling af STEMI/NSTEMI/UAP eller stenttrombose under pågående ticagrelor behandling kan skiftes til anden linje behandling, hvis der ikke findes andre forhold, som umiddelbart kan forklare udvikling af stenttrombose (f.eks. malposition af stent, underekspanderet stent, non-compliance osv.).

Kriterier for seponering af behandling

Behandling med ASA er en livslang behandling, hvorfor seponering generelt ikke tilrådes. Patienter med såvel STEMI og NSTEMI/UAP inden for de foregående 12 måneder bør generelt ikke ophøre med eller holde pause med den trombocythæmmende behandling. Dette gælder særligt patienter, der er PCI-behandlet med stent, idet pause med trombocythæmmende behandling medfører øget risiko for stenttrombose. En tilstand hvor der er beskrevet betydelig mortalitetsrisiko. Derfor bør beslutning om **pause eller seponering** med et eller begge præparater drøftes med kardiolog, som er bekendt med koronarpatologien hos den enkelte patient, og beslutning tages ud fra en betragtning af patientens samlede risiko ved pause versus risiko uden pause.

Grundlag for udarbejdelse af lægemiddelrekommandation

Da der ikke for nogen af populationerne er identificeret indikationer, hvor der er en klar identifikation af flere lægemidler, som med lige vægt kan anvendes i samme linje, er punktet ikke relevant.

Supplement:

Blødning under antitrombotisk behandling

Fagudvalgets sammensætning	<p>Anna-Marie Bloch Münster, ledende overlæge, Ph.d., formand, Lægevidenskabelige Selskaber og Dansk Selskab for Trombose og Hæmostase samt Dansk Selskab for Klinisk Biokemi</p> <p>Ole Thorlacius-Ussing, professor, overlæge dr. med, Region Nordjylland</p> <p>Lars Frost, overlæge, dr. med. Ph.d., Region Midtjylland</p> <p>Palle Mark Christensen, speciallæge i almen medicin, Ph.d., Region Syddanmark</p> <p>Gunnar Hagemann Jensen, lektor, ledende overlæge Ph.D., Region Sjælland</p> <p>Walter Bjørn Nielsen, overlæge, Ph.d., Region Hovedstaden</p> <p>Dorte Damgaard, overlæge, afsnitsleder, ph.d., Dansk Selskab for Trombose og Hæmostase</p> <p>Axel Brandes, klinisk lektor, overlæge dr.med., Dansk Cardiologisk Selskab</p> <p>Carsten Toftager Larsen, overlæge Ph.d., Dansk Cardiologisk Selskab</p> <p>Henrik Prinds Rasmussen, speciallæge i almen medicin, kvalitetskonsulent i DAK-E, DAK-E</p> <p>Peter Kampmann, overlæge, Dansk Hæmatologisk Selskab</p> <p>Finn Ole Larsen, overlæge, Ph.d., Dansk Selskab for Klinisk Onkologi</p> <p>Hanne Krarup Christensen, overlæge, Ph.d., Dansk Neurologisk Selskab</p> <p>Morten Schnack Rasmussen, overlæge, Dansk Kirurgisk Selskab</p> <p>Inger Olsen Yderstræde, farmaceut, Dansk Selskab for Sygehusapoteksledelse</p> <p>Ivan Brandslund, professor, laboratoriechef, dr. med., Dansk Selskab for Klinisk Biokemi</p> <p>Jakob Stensballe, overlæge, Ph.d., Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicin</p> <p>Rune Pallesen, speciallæge i almen medicin, inviteret af formanden</p> <p>Janne Unkerskov, speciallæge i almen medicin, medicinkonsulent, Dansk Selskab for Almen Medicin</p> <p>Søren Paaske Johnsen, cand.med., Ph.d., Dansk Epidemiologisk Selskab</p> <p>Steen E. Husted, ledende overlæge, Dansk Selskab for Klinisk Farmakologi</p> <p>Jørn Dalsgaard Nielsen, overlæge dr. med., inviteret af formanden</p> <p>Berit Lassen, speciallæge i almen medicin, inviteret af formanden</p>
Faglig ansvarlig arbejdsgruppe	<p>Walter Bjørn Nielsen, Gunnar Jensen, Carsten Toftager Larsen og Steen Husted</p> <p>Review: Axel Brandes, Janne Unkerskov</p>

Version	Dato	Ændring
1.0	Maj 2012	Nyt dokument
2.0	September 2015	Opdateret i henhold til nye DCS guidelines 2015, samt ny opsætning.