

Europeiska Kardiologföreningen publicerade 2017 nya riktlinjer för behandling av patienter med dubbel trombocythämning vid kranskärslsjukdom. Nedan följer en sammanfattning av de mest betydelsefulla delarna av de nya rekommendationerna tillsammans med kommentarer från Svenska Kardiologföreningens arbetsgrupp för kranskärslsjukdom.

1. Behandlingslängd vid stent/läkemedelsballong:

I riktlinjerna tas det upp att samma DAPT duration rekommenderas oavsett stenttyp. Idag används i Sverige dock nästan uteslutande läkemedelsavgivande stent (DES).

Vid låg blödningsrisk och stabil kranskärslsjukdom rekommenderas 6 månaders DAPT med clopidogrel och vid AKS ett år DAPT företrädesvis ticagrelor (klass I).

Vid hög blödningsrisk individuellt ställningstagande men kortare behandlingstid ska övervägas, allt ifrån 1 månad (klass IIb, *kan övervägas*) till 3 månader (klass IIa, *bör övervägas*) vid stabil kranskärslsjukdom och 6 månader vid AKS och stent (klass IIa, *bör övervägas*)

2. Riktlinjerna rekommenderar starkt **DAPT behandling av AKS patienter som genomgår CABG**. Inget uppehåll med ASA behövs inför CABG dock bör P2Y12 hämmare sättas ut tillfälligt 3 dagar innan operation (ticagrelor) och kan återinsättas så tidigt som dag 1 efter kirurgi om inte kontraindikation har uppstått. Behandlingen ska pågå i ett år efter AKS. Enligt SWEDEHEART finns det en stor variation och underbehandling av DAPT efter AKS och CABG.
3. För **stabila patienter som genomgår CABG** finns begränsat vetenskapligt stöd för annat än monoterapi med en trombocythämmare.
4. **Patienter med AKS som behandlas konservativt** ska enligt riktlinjerna få samma trombocythämmande behandling som patienter som genomgår revaskularisering. DAPT med ticagrelor i 12 månader rekommenderas om det inte föreligger hög blödningsrisk. Enligt SWEDEHEART årsrapport 2016 fick drygt hälften av konservativt behandlade NSTEMI patienter (<80 år) DAPT behandling. Således finns det sannolikt ett utrymme för ökad DAPT behandling hos denna grupp
5. I riktlinjerna finns en ny grad IIb rekommendation för **behandling med lågdos ticagrelor upp till 36 månader bland högrisk-patienter efter genomgången hjärtinfarkt**. Rekommendationen bygger på fynd vid PEGASUS studien. I studien framkom en gränssignifikant reduktion i kardiovaskulär död och ny hjärtinfarkt men även ökat antal icke-fatala blödningar. Förlängd behandlingen med lågdos ticagrelor syftar till att minska risken för spontana hjärtinfarkter.

För patienter med uttalad riskprofil (ex. ålder > 65 år, tidigare infarkter, flerkärslsjukdom, njursvikt, eller diabetes mellitus) som tolererat 12 månaders DAPT behandling och utan blödningskomplikationer kan förlängd behandling med ticagrelor i reducerad dos, 60 mg 1x2 övervägas.

Denna behandling rekommenderas fortgå i 3 år efter avslutad behandling med högdos ticagrelor efter hjärtinfarkt.

För största vinsten ska behandlingen initieras inom 30 dagar efter avslutad behandling med högdos ticagrelor.

Behandlingen bör initieras av en specialist (kardiolog/internmedicinare) som kan bedöma patientens risk för en ny händelse i förhållande till blödningsrisken. Uppföljning kan däremot ske i primärvården i samband med sedvanliga årskontroller efter hjärtinfarkt.

Det är viktigt att ett lokalt förankrat system finns för att försäkra att behandlingen avslutas efter 3 år.

Risk score

DAPT och Precise-DAPT score har visat sig vara bättre än andra risk scores i att predicera blödning hos patienter med DAPT, men ingen av dem har testats prospektivt och får en klass IIb (*kan övervägas*) rekommendation för att väga risk mot nytta när det gäller olika duration av DAPT.

6. Hos PCI behandlade patienter med indikation för orala antikoagulantia (OAC) rekommenderas:

Vid trippelterapi rekommenderas endast klopidogrel.

OAC inkluderar både Waran eller NOAK.

Vid användning av NOAK ska doseringen motsvara den som skyddar mot stroke då det saknas evidens för användning av lägre doser.

7. Avgörande för behandlingens längden vid trippelterapi är förhållandet mellan risken för ischemi (ex. AKS eller komplex anatomi/procedur) kontra blödningsrisken.

Vid hög risk för ischemi är rekommendationen för trippelbehandling upp till 6 månader (klass IIa, *bör övervägas*), därefter 6 månader med OAC och en trombocythämmare (antingen ASA eller klopidogrel).

Vid hög blödningsrisk är rekommendationen för trippelterapi 1 månad (klass IIa, *ska övervägas*), och därefter 11 månader OAC i kombination med en trombocythämmare (klass IIa, *bör övervägas*).

Efter ett år i båda fallen kan behandling med trombocythämmare sättas ut helt och patienten kvarstår på OAC tills vidare (klass IIa, *ska övervägas*).

Vid extremt hög blödningsrisk rekommenderas OAC och antingen ASA och clopidogrel i endast 1 månad följt av enbart OAC.