

Behandlingsvejledning for lægemidler til trombocythæmning hos patienter med cardiologiske lidelser: Stabil iskæmisk hjertesygdom

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 stabil iskæmisk hjertesygdom Lægemiddelkomiteer Sygehusapoteker	
Udarbejdet af	Fagudvalget for antitrombotika under Rådet for Anvendelse af Dyr Sygehusmedicin	
Godkendt af RADS	Januar 2016	Version: 2.1 Dok.nr: 230674 Offentliggjort: Juli 2016

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

	Stabil iskæmisk hjertesygdom
Anvend som 1. valg til >80 % af populationen (Stærk anbefaling for)	ASA 75 mg 1 x dagligt livslangt.
Overvej (Svag anbefaling for)	Clopidogrel 75 mg 1 x dagligt livslangt ved intolerance for ASA.
Anvend ikke rutinemæssigt (Svag anbefaling imod)	Ticagrelor Prasugrel

	Stabil iskæmisk hjertesygdom og PCI behandling*
Anvend som 1. valg til >90 % af populationen (Stærk anbefaling for)	ASA 75 mg 1 x dagligt livslangt og Clopidogrel 75 mg 1 x dagligt i 6 mdr.
Overvej (Svag anbefaling for)	Ticagrelor eller Prasugrel ved tidligere stenttrombose under clopidogrel og ASA behandling.

* Stabil iskæmisk hjertesygdom og PCI behandling og samtidig AK behandling

- Hos patienter med atrieflimren og/eller venøs tromboembolisk sygdom med indikation for langvarig AK-behandling, behandles der med VKA eller NOAK. Vælges VKA tilstræbes INR 2,0 – 2,5. Vælges NOAK anvendes den lave terapeutiske dosis af dabigatran (110 mg x 2 dgl.), rivaroxaban (15 mg dgl.) eller apixaban (2,5 mg x 2 dgl.).
- Hos patienter som AK behandles bør varigheden af dobbelt trombocythæmmende behandling besluttet af den behandlende kardiolog og afstemmes i henhold til risiko for iskæmisk event og blødningsrisiko. Hos "standardpatienten" gives clopidogrel i 12 måneder, ASA i 6 måneder. Efter 12 måneder gives AK-behandling som monoterapi.
- Ved nyopstået atrieflimren, hos patienter med stabil angina pectoris, foretages valg af AK behandling efter samme retningslinier som ved nyopstået atrieflimren hos patienter uden AKS.
- Ved valg af NOAK anvendes ovennævnte reducerede doser og varigheden af den trombocythæmmende behandling drøftes altid med den behandlingsansvarlige kardiolog.
- Ved dabigatran behandling anbefales samtidig ASA ud over 12 måneder.
- For VKA eller øvrige NOAK's afsluttes trombocythæmmerbehandling sædvanligvis efter 6 mdr. og senest efter 12 mdr. Dog kan permanent kombination med ASA 75 mg dagligt overvejes i særlige tilfælde efter rekkommendation af PCI læge.

Øvrige overvejelser

Hos patienter, som er PCI-behandlet og har samtidig indikation for AK-behandling med VKA, bør INR ligge lavt i terapeutisk niveau. Sædvanligvis skal foretrækkes en nyere generation Drug-Eluting-Stent (DES), eller konventionel metal stent.

Der bør på lav tærskel gives protonpumpe-hæmmere profylaktisk, så længe AK-behandling gives sammen med ASA og/eller clopidogrel.

Kriterier for igangsætning af behandling

Verificeret stabil iskæmisk hjertesygdom er kriterie for igangsætning af behandling:

Beslutning om acetylsalicylsyre behandling til patienter med stabil iskæmisk hjertesygdom kan varetages af alle danske læger.

Beslutning om supplerende clopidogrel behandling til patienter med stabil angina pectoris er relateret til beslutning om PCI-behandling og varetages derfor af kardiologer.

Monitorering af effekten

Patienter som er invasivt udredt følges i Dansk Hjerte Register.

Patienter i fase II rehabilitering følges i hjerterehabiliteringsdatabasen.

Bivirkninger skal indrapporteres til bivirkningsnævnet.

Kriterier for skift af behandling

Ved intolerable bivirkninger eller kontraindikation, relateret til acetylsalicylsyre eller clopidogrel behandling, skiftes til behandling med en anden ADP-receptor blokker.

Ved udvikling af STEMI/NSTEMI/UAP eller stenttrombose under dobbelt trombocythæmmende behandling skiftes til en anden ADP-receptor blokker, hvis der ikke findes andre forhold, som umiddelbart kan forklare udvikling af stenttrombose (f.eks. malaposition af stent, under-eksponeret stent, non-compliance osv.)

Kriterier for seponering af behandling

Behandling med acetylsalicylsyre er en livslang behandling, hvorfor seponering eller pausering generelt ikke tilrådes.

Patienter med stabil angina pectoris, der er PCI-behandlet 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 indsættelse af 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 beslutningen tages ud fra en betragtning af patientens samlede risiko ved pause versus risiko uden pause.

Patienter med stabil iskæmisk hjertesygdom anbefales aktuelt dual trombocythæmmende behandling i 6 mdr. og ikke som rutine længerevarende.

Fagudvalgets sammensætning

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, Afdelingslæge, 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</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, afdelingslæge, 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>

Ændringslog

Version	Dato	Ændring
1.0	Maj 2012	Nyt dokument
2.0	Jan 2016	Revurdering i henhold til DCS guidelines 2015 samt ny opsætning.
2.1	Juli 2016	Rettet fejl s. 3 nederst (anbefaling er 6 mån. Ikke 12 mån.)