



Yenilənmiş kliniki tövsiyyələr-2023

Kəskin koronar sindromlar



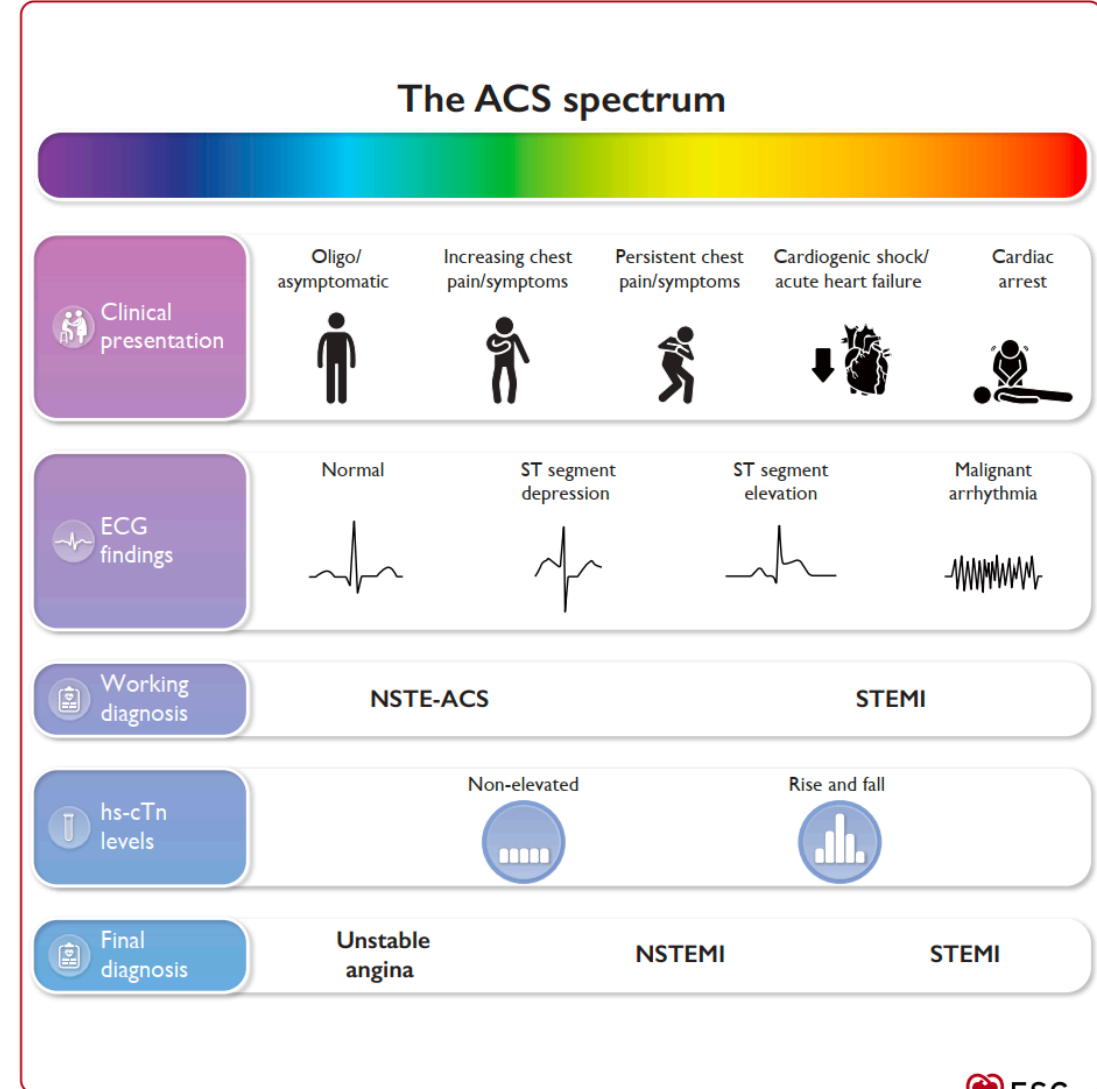
Azərbaycan
Kardiologiya
Cəmiyyəti

Dr. Ziya Səlimov

25.11.2023

2023 ESC KƏSKİN KORONAR SİNDROM RƏHBƏR tövsiyyəSİNDƏ Nələr dəyişdi?

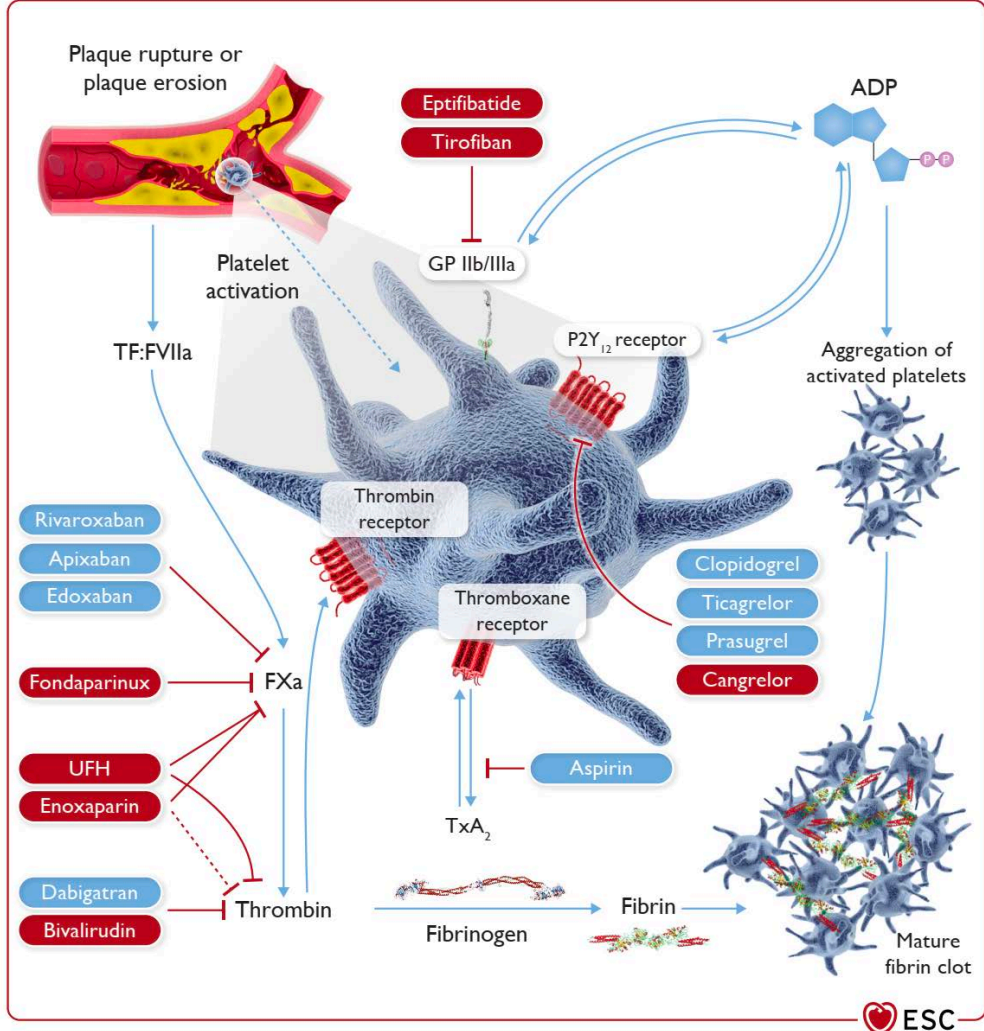
- 1.Yeni əlavə olunmuş tövsiyələr
- 2.Dəyişən tövsiyələr



Yeni tövsiyyələr

Yeni tövsiyyələr

Antikoagulyant və antiqreqant müalicə



Öneri

Öneri Sınıfı

Akut koroner sendrom tedavisinde antikoagulan ve antiplatelet için öneriler

Eğer AKS ile başvuran hastalar koroner arter baypas grefti için ikili antiplatelet tedavilerini durdurulursa, cerrahi sonrası en az 12 ay ikili antiplatelet tedaviye devam etmeleri önerilir.

I

Yaşlı AKS hastalarında özellikle yüksek kanama riski olan hastalarda P2Y₁₂ inhibitörü olarak klopidogrel düşünülmelidir.

IIb

Alternatif antitrombotik tedavi rejimi için öneriler

3-6 ay ikili antiplatelet tedavi kullanan ve yüksek iskemik riski bulunmayan hastalarda tekli antiplatelet (tercihen P2Y₁₂ inhibitörü) tedavi düşünülmelidir.

IIa

P2Y₁₂ inhibitörü monoterapisi uzun dönem tedavi için aspirine alternatif olarak düşünülebilir.

IIb

Yüksek kanama riski olan hastalarda 1 aylık ikili antiplatelet tedavi sonrasında aspirin ya da P2Y₁₂ inhibitörü monoterapisi düşünülebilir.

IIb

Oral antikoagulan gereken hastalarda, oral antikoagulan devam ederken 6. ayda antiplatelet tedavinin kesilmesi düşünülebilir.

IIb

Bir akut koroner sendrom sonrasında ilk 30 günde antiplatelet tedavinin azaltılması önerilmez.

III

Yeni tövsiyyələr

Ürək dayanması və xəstəxanadankənar ürək dayanması

Hastane dışı ve kardiyak arrest ve kardiyak arrest için öneriler

Kardiyak arrest sonrası tüm koma hastalarda nörolojik prognoz değerlendirilmesi (72 saatten önce olmayan) önerilir.

I

Hastane dışı kardiyak arrest olan hastaların transpotunun kardiyak arrest merkezlerine bölgesel protokol uyarınca yapılması düşünülmelidir.

IIa

Yeni tövsiyyələr

Ürək dayanması və xəstəxanadankənar ürək dayanması

Hastane dışı ve kardiyak arrest ve kardiyak arrest için öneriler

Kardiyak arrest sonrası tüm koma hastalarda nörolojik prognoz değerlendirilmesi (72 saatten önce olmayan) önerilir.

I

Hastane dışı kardiyak arrest olan hastaların transpotunun kardiyak arrest merkezlerine bölgesel protokol uyarınca yapılması düşünülmelidir.

IIa

Yeni tövsiyyələr

İnvaziv stratejilern teknik yönleri için öneriler

Spontan koroner arter diseksiyonu olan hastalarda PCI sadece miyokardiyal iskemi semptom ve bulguları olan, geniş miyokard alanında tehlike olan, ve geri akımı azalan hastalarda önerilir.

I

İntravasküler görüntüleme PCI'ı yönlendirmek için düşünülmelidir.

IIa

İntravasküler görüntüleme (tercihen optik koherans tomografi) belirsiz şüpheli lezyonu olan hastalarda düşünülebilir.

IIb

Yeni tövsiyyələr

Kardiyojenik Çok ile başvuran akut koroner sendrom hastalarında multidamar hastalıkları iÇin neriler

İnfark ilişkili arteri olmayan aŐamalı PCI düşünülmelidir.

IIa

Primer PCI uygulanan hemodinamik stabil STEMI hastalarında multidamar hastalıkları iÇin neriler

PCI, infarkt ilişkili olmayan arter temel alınarak anjiyografik ciddiye göre yapılması önerilir.

I

İnvaziv epikardiyal fonksiyon değerlendirilmesi, iŐerik prosedürü süresince infarkt ilişkili arterin Şüpheli olmayan segmentleride önerilmez.

III

Yeni tövsiyyələr

Akut koroner sendrom komplikasyonları için öneriler

MI'dan en az 5 gün sonra devam eden çözülmemiş yüksek derece AV blok olduğunda kalıcı pacemaker implantasyonu önerilir.

I

Ekokardiyografide belirsiz olan ya da yüksek klinik şüpheli sol ventrikül trombüsü olan hastalarda kardiyak MR görüntüleme düşünülmelidir.

IIa

Anterior MI'ı takiben eğer ekokardiyografide sol ventrikül apeksi iyi görüntülenemiyorsa sol ventrikül trombüsünü belirlemek için kontrastlı ekokardiyogram düşünülebilir.

IIb

Anterior duvar MI ve akut kalp yetmezliğine bağlı yüksek derecede AV bloğu olan seçilmiş hastalarda erken cihaz (kardiyak resenkrenizasyon tedavisi: defibrilatör/pacemaker) implantasyonu düşünülebilir.

IIb

Tekrarlayan yaşamı tehdit eden ventriküler aritmisi olan hastalarda, sedasyon ve genel anestezi sempatik aktiviteyi azaltmak için düşünülebilir.

IIb



Yeni tövsiyyələr



Akut koroner sendromun komorbit durumları için öneriler

Kalp yetmezliği, kronik böbrek hatası ve obezitenin olduğu komorbit durumlarda uzun süreli glikoz düşürücü tedavi seçiminin temel alınması önerilir.

I

Komorbitleri olan zayıf yaşlı hastalarda yarar ve riskler dikkatli değerlendirildikten sonra girişimsel ve farmakolojik tedavileri bireyselleştirmek için bütünsel bir yaklaşım önerilir.

I

6 aydan uzun yaşam süresi düşünülen AKS ile başvuran kanser hastalarında invaziv strateji önerilir.

I

Kanser tedavisinin katkıda bulunan bir neden olduğu şüphelenilen AKS hastalarında kanser tedavisine geçici bir ara verilmesi önerilir.

I

Konservatif non invaziv tedavi kötü kanser prognozu olan (örn: 6 aydan düşün yaşam süresi düşünülen) ya da kanama riski yüksek hastalarda düşünülmelidir

IIa

Platelet sayısı $<10\ 000/\text{mm}^3$ olan kanser hastalarında aspirin önerilmez.

III

Platelet sayısı $<30\ 000/\text{mm}^3$ olan kanser hastalarında klopidogrel önerilmez.

III

Platelet sayısı $<50\ 000/\text{mm}^3$ olan kanser ve AKS hastalarında prasugrel veya tikagrelor önerilmez.

III

Yeni tövsiyyələr



Hasta bakımında akut koroner sendrom bakımı için öneriler

Hasta merkezli bakım; bireysel hasta tercihlerini, ihtiyaçlarını ve inançlarını değerlendirerek ve bunlara bağlı kalarak, hasta değerlerinin tüm klinik kararları bilgilendirmek için kullanılmasını önerilir.

I

AKS hastalarının karar alma sürecine dahil edilmesi (durumları izin verdiği ölçüde) ve advers olay riski, radyasyona maruz kalma ve alternatif seçenekler konusunda bilgilendirilmeleri önerilir.

I

Hastaların deneyimlerini tanımlamalarına yardımcı olacak yöntemler kullanılarak semptomların değerlendirilmesi önerilir.

I

Bilgilendirilmiş onamın alınması sırasında karar desteği için 'geri öğretme' tekniğinin kullanılması düşünülmelidir.

IIa

Hastaların taburculuk bilgileri taburculuk öncesinde hem yazılı hem de sözlü olarak sağlanmalıdır. Hasta taburculuğu için yeterli hazırlık ve eğitimin öğretme tekniği ve/veya motive edici görüşme kullanılarak, bilgilerin parçalar halinde verilmesi ve anlaşılıp anlaşılmadığının kontrol edilmesi dikkate alınmalıdır.

IIa

Doğrulanmış bir araç kullanılarak zihinsel sağlığın değerlendirilmesi ve uygun olduğunda psikolojik yönlendirme dikkate alınmalıdır.

IIa

Dəyişən tövsiyyələr

Dəyişən tövsiyələr

| 2017 ve 2020 önerileri | Öneri Sınıfı | 2023 önerileri | Öneri Sınıfı |
|--|--------------|--|--------------|
| NSTE-AKS şüphesi olan hastalar için görüntüleme önerileri | | | |
| Tekrarlayan göğüs ağrısı olmayan, normal EKG bulguları ve normal kardiyak troponin seviyeleri(tercihen high-sensitif) olan ,fakat hala AKS'den şüphelenilen hastalara invaziv yaklaşım öncesinde bir tetiklenebilir iskemi için non-invaziv stres testi (tercihen görüntüleme) veya koroner BT anjiyografi önerilir. | I | AKS'den şüphelenilen belirgin hs-Troponin yüksekliği olmayan, EKG değişikliği olmayan ve tekrarlayan göğüs ağrısı olmayan hastalar koroner BT anjiyografi ya da non invaziv stres görüntülemelerinin başlangıçta çalışılması düşünülmelidir. | IIa |

Dəyişən tövsiyələr

NSTE-AKS'de invaziv strateji zamanlaması için önerileri

24 saatte erken invaziv stratejisi aşağıdaki yüksek risk kriterlerinin herhangi birisinin olduğunda önerilir;

- NSTEMI tanısında diagnostik algoritma olarak tavsiye edilir, *Bölüm-3'de yer alan öneri*
- Devam eden iskemiye düşündüren dinamik ya da yeni olduğu düşünülen ST/T segment değişikliği
- Geçici ST segment elevasyonu
- GRACE risk skoru >140

I

24 saatte erken invaziv stratejisi aşağıdaki yüksek risk kriterlerinin herhangi birisinin olduğunda düşünülmelidir;

- Önerilen mevcut ESC hs-cTn algoritmasına göre doğrulanmış NSTEMI tanısı
- Dinamik ST segment ya da T dalgası değişikliği
- Geçici ST segment elevasyonu
- GRACE risk skoru >140

IIa



Dəyişən tövsiyələr

STEMI'da antiplatelet ve antikoagulan tedavi için öneriler

Potent bir P2Y₁₂ inhibitörü(prasugrel ya da tikagrelor) ya da klopidogrel, eğer erişilemeyecek ya da kontrendike değilse PCI öncesinde(ya da hemen sonrasında) ve takip eden 12 ay boyunca aşırı kanama riski gibi kontrendikasyonu yoksa önerilir.

I

Primer PCI stratejisi uygulanacak hastalarda P2Y₁₂ inhibitörü ile erken tedavi düşünülebilir.

IIb



Uzun dönem antitrombotik tedavi için önerileri

Stent yerleştirilmesinden sonra ikili antitrombotik tedavi stratejisi uygulanan hastalarda, 3-6 ay sonra iskemi ve kanama arasındaki dengeye bağlı aspirinin kesilmesi düşünülebilir.

IIa

İkili antiplatelet tedaviyle 3-6 ay olaysız olan ve yüksek iskemik riski olmayan hastalarda tekli antiplatelet tedavi (tercihen P2Y₁₂ inhibitörü) düşünülmelidir.

IIa



Dəyişən tövsiyələr

Hastane dışı ve kardiyak arrest ve kardiyak arrest için öneriler

Hastane dışı kardiyak arrestlerde başarılı resüsitasyonun uygulanan ST segment yükselmesi olmayan hemodinamik açıdan stabil hastalarda acil anjiyografi yerine gecikmeli anjiyografi düşünülmelidir.

IIa

Kalıcı ST segment yükselmesi olmayan hemodinamik stabil hastalarda kardiyak arrest resusitasyonu sonrası rutin acil anjiyografi önerilmez.

III

En az 24 saat boyunca 32-36 C arasında sabit bir vücut sıcaklığı hedefleyen sıcaklık yönetimi(trapötik hipotermi), kardiyak arrest hastalarında(kardiyak nedenli düşünülen) resüsitasyondan sonra bilinçsiz hastalarda endikedir.

I

Spontan dolaşım sağlandıktan sonra yanıtız hastalarda erişkinler için hastane dışı ya da hastane içi kardiyak arrest hastalarında sıcaklık kontrolü önerilir.(devamlı kor vücut ısısı monitörizasyonu ve ateş yükselmesine karşı koruma)

I

- PEARL
- COACT
- TOMAHAWK

Dəyişən tövsiyələr

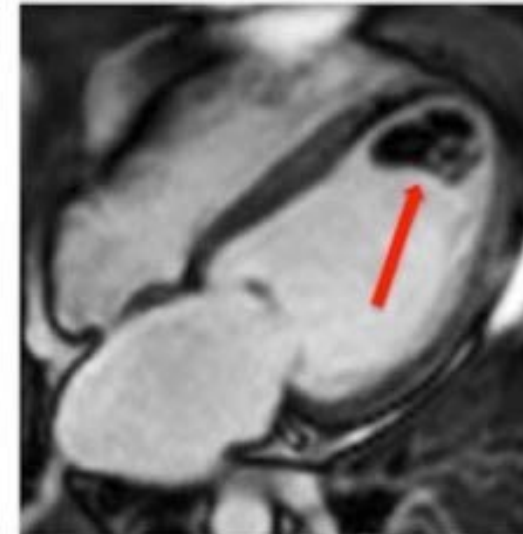
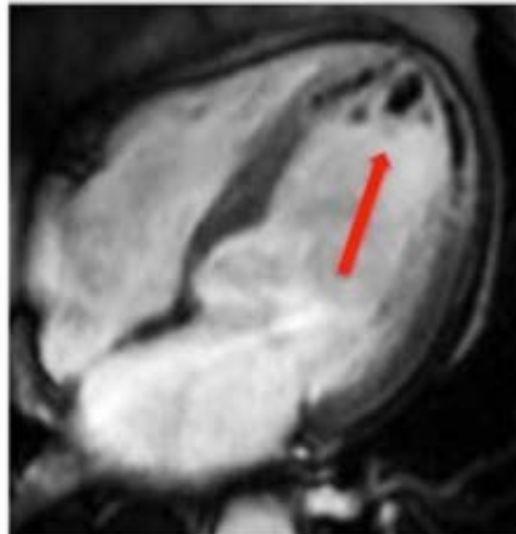
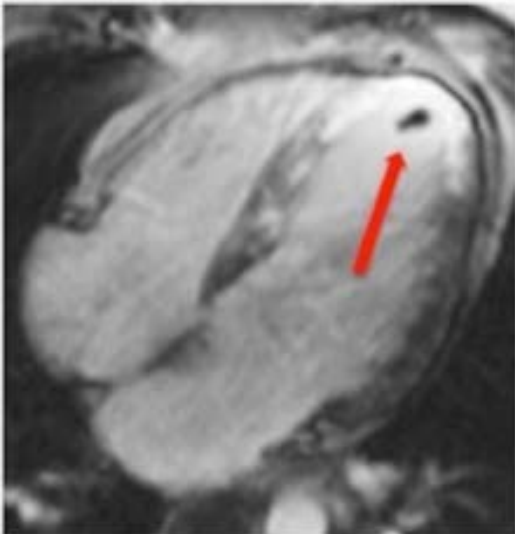
Hastane içi yönetim için önerileri

Ekokardiyografi suboptimal olduğunda alternatif bir görüntüleme metodu(tercihen kardiyak MR) düşünülmelidir.

IIa

Ekokardiyografi suboptimal olduğunda kardiyak MR görüntülemesi düşünülebilir.

IIb



Dəyişən tövsiyyələr

PCI uygulanan hemodinamik stabil STEMI hastalarında çok damar hastalığının tedavisi için önerileri

Rutin revaskülarizasyon infarkt ilişkili olmayan arter için hastaneden taburculuk öncesi çok damar hastalığı olan STEMI hastalarında düşünülmelidir.

IIa

İndeks PKG işlemi ya da 45 gün içinde tam revaskülarizasyon önerilir.

I

Dəyişən tövsiyyələr

Recommendations for acute coronary syndrome comorbid conditions

Glucose-lowering therapy should be considered in ACS patients with blood glucose >10 mmol/L (>180 mg/dL), with the target adapted to comorbidities, while episodes of hypoglycaemia should be avoided.

IIa

B

Glucose-lowering therapy should be considered in patients with ACS with persistent hyperglycaemia, while episodes of hypoglycaemia should be avoided.

IIa

C

Diqqətiniz ÜÇÜN TƏŞƏKKÜRLƏR !..

