.

ST Segment Elevasyonlu Miyokard İnfarktüsüne Bağlı Primer Koroner Girişim Sonrası Post-Prosedürel Antikoagülan Tedavinin Uzatılması – RIGHT

Dr. İrem Dilara Can

ST Segment Elevasyonlu Miyokard İnfarktüsüne Bağlı Primer Koroner Girişim Sonrası Post-Prosedürel Antikoagülan Tedavinin Uzatılması – RIGHT

Yorumlayan: Dr. İrem Dilara Can

Yayınlandığı Kongre: ESC 2023

Link: Henüz tam metin yayınlanmadı https://clinicaltrialresults.org/wp-content/uploads/2023/08/Nie_RIGHT.pdf

Giriş:

Güncel ESC ve AHA/ACC kılavuzlarının hiçbirinde STEMI ile başvuran hastalarda primer PCI sonrası rutin antikoagülan kullanım önerisi olmamasına rağmen bu hasta grubunda dünyanın dörtbir yanında yaygın bir ampirik antikoagülan kullanımı mevcuttur. Daha önce yapılan geniş kapsamlı CCS-ACS1 çalışmasında primer PCI ile tedavi edilen 32,826 STEMI hastasının %75,4'ünün PCI sonrası antikoagülan verildi. Yine HORIZONS-AMI ve EUROMAX2 çalışmalarını analizlerinde primer PCI uygulanan 5239 hastanın %41,1'ine antikoagülan tedavi verildiği görüldü.

Amaç:

ST segment elevasyonlu miyokard infarktüsü ile başvuran primer PCI ile tedavi edilen hastalarda post-prosedürel antikoagülan (PPA) tedavinin faydasının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Çalışmanın dizaynı ve Metot:

RIGHT çalışması araştırmacı tarafından başlatılan, çok merkezli, randomize ve çift kör bir çalışmadır. Çalışmaya Çin'de bulunan 53 merkez katılmıştır. Tüm merkezler çalışmanın başında önerilen antikoagülan rejimlerinden birini seçti. Bu antikoagülan rejimleri: enoxaparin 40 mg sc günde bir kere, unfraksiyone heparin (UFA) infüzyonu 10 U/kg/h veya bivaluridin IV infüzyon 0.2 mg/kg/h idi. Çalışmaya dahil edilen düşük-orta riskli STEMI sonrası bivaluridin ile primer PCI uygulanan 2,989 hasta; düşük doz PPA (n=1,494) veya placebo (n=1495) kolu olarak 1:1 randomize edildi ve işlem sonrası en az 48 saat tedaviye devam edildi. Primer etkinlik sonlanım noktaları;30 gün içinde tüm nedenli ölümler, non-fatal MI, non-fatal stroke, stent trombozu veya herhangi bir epicardial damarın acil revaskülarizasyonu olarak belirlendi. Primer güvenlik sonlanım noktası ise 30 gün içerisinde BARC 3-5 major kanama idi.

Bulgular:

Her iki gruptaki hastaların baseline karakteristik özellikleri benzerdi. Hem PPA hem placebo grubunda 37 hastada (%2.5) primer etkinlik sonlanım noktası gerçekleşti (HR 1.00; 95% confidence interval [CI], 0.63 to 1.57). Seçilen antikoagülan rejimi ile sonlanım noktaları arasında önemli bir ilişki görüldü (p=0.015), sırası ile hazar ratioları; enoxaparin (HR 0.46, 95% CI 0.22 - 0.98), UFA heparin (HR 3.71 95% CI 1.03 - 13.28) ve bivalirudin (HR 1.24, 95% CI 0.60 - 2.59).

Sonuç:

PPA'nın potansiyel faydalarını öne süren verilerin aksine RIGHT çalışması, düşük - orta riskli popülasyonda rutin PPA kullanımının güvenli ama tüm nedenlere bağlı ölüm ve ölümcül olmayan miyokard enfarktüsünü kapsayan birincil etkinlik sonlanım noktasında istatistiksel olarak anlamlı bir azalma sağlamadığını gösterdi. İlginç bir şekilde alt analizlere bakıldığında kullanılan antikoagülan çeşidi ile sonlanım noktası arasında bir etkileşim görüldü. Enoksaparin birincil sonlanım noktası riskini azaltarak potansiyel fayda sağlarken, UFA heparin ve bivalirudinde bu tür avantajlar görülmedi.

Yorum:

RIGHT çalışması ile PPA tedaviye yeni bir bakış açısı kazandırıldı. Tüm antikogülanların 30 günlük iskemik sonlanım noktalarında eşit olmayabileceği, seçilen antikoagülan tipine bağlı gelişen bu farkların ve diğer antikoagülan çeşitlerinin de incelendiği daha ileri araştırmaların gerektiği görüldü.

1. J Am Coll Cardiol Intv. 2022;15(3):251-263

2. Eur Heart J Acute Cardiovasc Care. 2017;6(7):659-665