



## Trojna antitrombocitna terapija i akutni koronarni sindrom

Željko Delić<sup>1</sup>, Slavica Ćirković<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Opšta bolnica, Vrbas, <sup>2</sup>Opšta bolnica, Požarevac

### Uvod

Bolesnici sa atrijskom fibrilacijom (AF) imaju pet puta veći rizik nastanka moždanog tromboembolizma i sistemskih embolija, uz isti rizik, bez obzira, da li je AF paroksizmalna, perzistentna ili permanentna. Ova aritmija, koja poprima dimenzije epidemije milenijuma, najčešće se javlja kod osoba sa arterijskom hipertenzijom, srčanom insuficijencijom i bolešću koronarnih arterija. Važnu ulogu u terapiji AF ima prevencija moždanog udara adekvatnom tromboprolifaksom. Trojna antitrombocitna terapija je prema smernicama ESC indikovana kod bolesnika sa AF, kako u početnoj fazi lečenja AKS, tako i posle primarne PCI (pPCI) završene implantacijom stenta. Primenom trojne terapije smanjuje se broj srčanih udara i tromboze stenta, ali uz udruženost sa povećanim rizikom krvarenja. Terapija treba da bude najkraće moguća. Dužina primene trojne terapije, kao procena koristi i rizika iste, određuje se na osnovu CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VASc i HAS-BLED scor-a. Konsenzusom eksperata, ukoliko postoji nizak ishemični rizik (npr CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VASc scor, može se odmah početi sa dvostrukom terapijom (VKA ili NOAK plus Klopidoogrel). U nekim situacijama dovoljna je i samostalna dvostruka antitrombocitna terapija. Umesto VKA, može da se koristi i NOAK, ali u dozi, koja je manja od testirane doze kod bolesnika sa visokim rizikom od krvarenja.

### Prikaz slučaja

Bolesnica starosti 69 godina, hospitalizovana na IO OB Vrbas radi evaluacije stanja i nastavka terapije, a posle ekstenzivnog ST eleviranog infarkta anteriorne regije lečenog pPCI, kada su implantirana dva BMS u LAD. Višegodišnji je hipertoničar u permanentnoj atrijskoj fibrilaciji, ali do koronarnog događaja, bez pokrivenosti

VKA. Pri prijemu kardiopulmonalno kompenzovana, intrinzičkog ritma atrijske fibrilacije uz kontrolisan komorski odgovor. **EKG:** pretkomorska fibrilacija sa apsolutnom aritmijom komora, sf oko 80/min, kompleksa niže voltaže uz QS u V1-V3 i zamrznutu blagu ST elevaciju, redukovano R u V4, negativni T talasi u D1, aVL, V1-V6. **UZ SRCA:** LP uvećana (50 mm). Mitralna valvula uredne morfologije uz registrovanu MR 2-3+. Aorta u korenu 23 mm. Aortna valvula trolisna, uredne separacije zalistaka. LK dimenzija 53/38 mm. EF oko 51%. Inferiorni zid u bazalnom delu hipokinetičan, uz hipokinezijsku anteroapikalno. DK 23 mm. TR u širokom mlazu do 2+ uz SPDK procenjen na 47 mmHg. U perikardu nema slobodne tečnosti. Obzirom na prisustvo AF i BMS, uključena trojna antitrombocitna terapija - CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VASc scor procenjen na 3 poena (rizik 3,3 %) a rizik od krvarenja HAS-BLED scor sistemom na 2 poena (rizik 4,1%). Odlučeno da se trojna terapija sprovede u skladu sa aktuelnim smernicama ESC u trajanju od 6 meseci uz redovnu kontrolu INR/a. Tokom hospitalizacije pojava hematoma po koži, ali je nakon izvršene korekcije INRa, nastavljena dalja primena trojne antitrombocitne terapije.

### Zaključak

Kod bolesnika sa ACS i implantiranim BMS tokom pPCI, koji se prezentuju intrinzičkim ritmom AF, u cilju prevencije tromboembolijskih komplikacija AF i stent tromboze, neophodno je primeniti trojnu antitrombocitnu terapiju (VKA + dvojna antitrombocitna terapija), koja se sprovodi u vremenskom okviru u skladu sa smernicama ESC i procenjenim rizikom krvarenja prema HAS BLED scoru. Pojava hematoma kože uz INR u terapijskom opsegu nije indikacija za obustavljanje trojne antitrombocitne terapije.