

AKS Kılavuzları 2025:

Önemli Noktalar

Aşağıdaki makale Michelle L. O'Donoghue; Sunil V. Rao. ACS Guidelines 2025: Key Points From the Chair and Vice Chair. Nisan 24, 2025. [Medscape.Com/Cardiology](https://www.medscape.com/cardiology) 'den derlenmiştir.

Yeni kılavuzun vurguladığı önemli noktaların birincisi, gerçekten tip 1 miyokard enfarktüsüne odaklanıldı. Bilindiği gibi, evrensel Mİ tanımı diğer miyokard enfarktüsü (MI) tiplerini ve ayrıca kendiliğinden koroner arter diseksiyonu veya obstrüktif- olmayan koroner arterli MI (MINOCA) gibi diğer MI nedenlerini de içerir.

Diğer bir şey de, ilk bakışta çok mantıklı görünen ilk defa hem ST segment yükselmeli MI hem de ST segment yükselmesiz MI ilk defa birleştirildi. Burada zorluklar vardı ve ayrıca, kılavuzların 10 yıldan uzun süredir güncellenmemiş olması nedeniyle, ele alınması gereken çok şey vardı. Farmakoterapi ve belki de bazı invaziv stratejiler açısından örtüşmeler var. Burada zorluklardır bazı terapi türleri için kanıt ağırlığı STEMI alanı veya ST yükselmesiz AKS alanı için daha güçlü olabilir.

- Kompleks vakalar olarak adlandırılan durumlarda koroner müdahaleyi yönlendirmek için intravasküler ultrason veya OCT kullanımına yönelik **Sınıf I** tavsiyesi verildi.

Bu, Sınıf I tavsiyesi vermeyen Revaskülarizasyon Kılavuzları'ndan bu yana, kompleks koroner müdahaleyi özel olarak içeren birkaç randomize çalışmanın yapılmış olmasından kaynaklanmaktadır. Bu nedenle kılavuzlarda bu ifade kullanılmaktadır.

Dolaşım Desteği

Geçmişte, mekanik dolaşım desteği güçlü bir şekilde tavsiye edilmedi. Bu tüm mekanik dolaşım destek cihazlarını kapsayan bir şemsiye terim olarak kullanılıyor.

Son kılavuz setinden bu yana, intra-aortik balon pompasının rutin kullanımı araştıran IABP-SHOCK II gibi kardiyojenik şok alanında yapılan bazı çalışmalar, intra-aortik balon pompasının rutin kullanımının hiçbir faydasını göstermedi.

Ancak geçen yıl, kardiyojenik şoklu hastaların, mikroaksiyel akış pompası olarak da bilinen Impella'nın kullanımına göre normal bakıma göre randomize edildiği ve birincil son noktasının 180 günlük ölüm oranı olduğu DanGer Shock çalışması yayınlandı. Mikroaksiyel akış pompası alan hastalarda ölüm oranı önemli ölçüde azaldı.

Sınıf IIA önerisi verildi. İnsanlar bunun ölüm oranını azalttığını düşünüyor olabilir, Sınıf IIA önerisinin nedeni bu cihazı kullanmanın bir dezavantajı vardı.

Geniş çaplı bir vasküler cihaz olduğundan , hastalar vasküler komplikasyonlar ve kanama komplikasyonları yaşadı.

Bu gerçekten risk ve fayda arasındaki dengeyle ilgili. Bir fayda var gibi görünüyor, ancak bununla ilişkili bir risk de var, bu yüzden Sınıf IIA tavsiyesinin doğru olduğuna karar verildi.

Daha sıkı LDL-Kolesterol Hedefleri

Daha önce Avrupa kılavuzları (2021) daha düşük LDL kolesterol hedefleri konusunda belki biraz daha agresifti.

Muhtemelen daha düşük olanın daha iyi olduğun kabul ediliyor ve en iyi tedaviye veya maksimum doz statine rağmen LDL- kolesterolleri 70 mg/dL civarında olmaya devam eden hastalara, bu lipid seviyesini düşürmek için başka ajanlar eklemeleri yönünde güçlü bir öneride bulunuluyor.

Kanıtların ağırlığı gerçekten de daha düşük seviyenin daha iyi olduğunu gösteriyor

Çoğu çalışmanın , LDL kolesterolü ne kadar düşükse, kişinin ciddi bir kardiyovasküler olay geçirme riskinin o kadar düşük olduğunu ve herhangi bir net güvenlik sinyalinin olmaması durumunda, bunun desteklendiği düşünülüyor.

- LDL- kolesterolünü 55 mg/dL'nin üzerindeyse, lipid düşürücü tedaviyi daha da yoğunlaştırmak için artık bir **Sınıf IIA** önerisi var, yani bu bölge **55 ile 70 mg/dL arasında**.

Herkes için -"yüksek yoğunluklu statinler" veya aksi takdirde yüksek yoğunluğu tolere edemeyecek biri için -"maksimum tolere edilen statinler", ancak daha sonra gerektiğinde -"ek tedavinin erken başlatılması" ve ilk ezetimibe eklenmesinin gerekmemesi.

Gerçekten LDL-K'yi ne kadar düşürülmesi gerektiğine bağlı. PCSK9 inhibitörleri, Bempedoik asit ve Inclisiran gibi statin dışı lipid düşürücü tedavilerin başka türleri de var. Bunların hepsi artık cephaneliğimizde mevcut. Hepsinin de , faydalarının LDL-K düşüşünün büyüklüğüyle gerçekten orantılı olduğuna inanılıyor.

Daha kısa İATT kullanımı

İkili antitrombosit tedavi (ATT)'nin, kendilerini olaylara karşı yüksek risk olarak tanımlayan AKS hastaları için olduğunu vurgulanmalı. Sekonder korunma konusunda agresif olmak gerçekten çok önemlidir.

Tedavinin başlatılması için Ticagrelor/ Prasugrel'in birçok hasta için uygun olacağını düşünmenin uygun olduğunu düşünülüyor. Prasugrel ile Ticagrelor hakkında tartışmalar vardı. Prasugrel'in daha iyi sonuçlara yol açabileceğini destekleyen bazı kanıtlar var, ancak daha fazla kanıt bekleniyor.

Hem Tikagrelor hem de Prasugrel tercih edilen seçeneklerdir, ve daha sonra, onu tolere edemeyen hastalar için Klopidoğrel veya daha güçlü P2Y12 inhibitörüne karşı diğer bariyer türleri düşünülür.

- ATT seçimini ardından gelen zorluk, ikili antitrombosit tedavisinin (İATT) süresi olur.
 - Hala var sayılan 12 aylık öneri var, ancak artık -"Tikagrelor monoterapisi" için **Sınıf I** önerisi de sunuluyor. Birinin kanama riskini azaltmak için Aspirini bir ila üç ay sonra kesilebilir.

Şu anda yapılan çalışmaların genel olarak aynı kavramı desteklediği düşünülüyor; aspirini keserek birinin kanama riskini oldukça belirgin bir şekilde azaltılabilir. Tikagrelor monoterapisine devam edildiğinde, MACE riskinde belirgin bir fazlalık görünmüyor, bu nedenle ödenecek net bir bedel de yok. Bu yüzden Klopidoğrel monoterapisi yapmak için bu durumda daha zayıf bir öneri vardı çünkü en azından bir çalışma zararlı olabileceğini öne sürdü.

Hala daha fazla veriye ihtiyaç duyulan birçok alan var ve belgede bahsettiğimiz gelecekteki yönlerden bazıları MI ile ilişkili perikarditin nasıl tedavi edileceği ve akut koroner sendromu olan bir hastanın ne zaman kronik koroner sendrom hastası haline geleceğidir.