

Gäller för: Verksamhet Thorax och kardiologi
Innehållsansvar: Sara Bentzel, (sarmo4), Överläkare
Granskad av: Henrik Jonsson, (henjo35), Receptarie
Godkänd av: Kristofer Skoglund, (krisk3), Verksamhetschef

Giltig från: 2025-12-11

Giltig till: 2026-06-10

Prasugrel (Efient)

Revideringar i detta dokument

Uppdaterat stycken om kontraindikation, sväljsvårigheter och receptskrivning

Syfte

Rutinen syftar till att skapa en tydlighet kring trombocythämmande behandling hos patienter som vårdas för en akut kranskärlshändelse.

Arbetsbeskrivning

Patienter som vårdas för en akut kranskärlshändelse ska erhållas trombocythämmande behandling. Prasugrel (Efient) tillsammans med acetylsalicylsyra (Trombyl) är förstahandsalternativ för trombocythämning vid akut koronart syndrom.

BAKGRUND

Prasugrel, en P2Y₁₂-hämmare, hämmar trombocytaktiveringen och trombocyttaggregationen genom att irreversibelt binda till P2Y₁₂-gruppen på trombocyternas adenosindifosfatreceptorer (ADP). Behandling och förskrivning ska ske enligt rekommendationer i Fass.

INDIKATION

Förstahandsbehandling vid AKS tillsammans med ASA (DAPT)

- Prasugrel ges efter att kranskärlen har visualiserat med koronarangiografi och beslut om PCI är fattat (Prasugrel ges aldrig som förbehandling innan kranskärlsröntgen).

KONTRAINDIKATION

- **Tidigare stroke/TIA/intrakraniell blödning. Välj då annan trombocythämmande behandling (Brilique eller Clopidogrel). Val sker efter individuell bedömning av patientens blödning/ischemiska risk. Ges ej vid långtidsbehandling med OAK (NOAK/Waran) behandling.**

Vid behov av OAK välj i första hand Clopidogrel. Prasugrel kan ges vid PCI trots OAK, men ska bytas ut till Clopidogrel innan hemgång.

DOSERING

Laddningsdos 60 mg p.o. (6 x 10 mg) oavsett om man fortsätter med 5 mg eller 10 mg.

- Om laddningsdos ges mellan kl. 00-05, förskjut då nästkommande dos 4 timmar, ex. från kl 08 till kl 12.
- Om laddningsdos ges efter kl. 05 skall morgondosen inte ges.
- Om laddningsdos ges innan kl.00, ge ordinarie morgondos kl 08.

Underhållsdos 10 mg 1x1. Se nedan för eventuell dosjustering.

Behandlingstid som rutin 12 månaders DAPT behandling men kan justeras efter blödningsrisk och ischemisk risk.

Se PCI-berättelse eller diskutera med PCI-läkare vid osäkerhet.

Dosjustering

- Ingen dosjustering vid kronisk njursvikt, dock ingen data för GFR < 15 eller dialys
- Dosjustering vid låg vikt < 60 kg: 5 mg 1x1
- Dosjustering vid ålder > 75 år: 5 mg 1x1
- Dosjustering vid ökad blödningsrisk: 5 mg 1x1

Patienter som inte kan svälja (inklusive intuberade/sond)

Enligt Fass får Prasugrel-tabletter ej krossas. Andra källor (LUPP, UpToDate) bekräftar att tabletterna kan söndertuggas (bitter smak), blandas med mat och dryck alternativt krossas och lösas upp i ca 30 ml vatten och administreras i ventrikelsond. Vid ofullständig krossning kan bitar av dragering leda till stopp i sonden. Spola igenom sond enligt gällande rutiner efter administrering. Sondens mynning får ej sluta nedanför magsäcken (duodenalt, jejunalt) på grund av risk för minskad absorption.

Övrigt

- Sätt ut 7 dagar före kirurgi.
- Ges mot slutet av Kengrexal-infusion (tidigast 30 min).
- Vid byte från annan p.o. P2Y₁₂-hämmare till Prasugrel behöver laddningsdos. Prasugrel 60 mg p.o. (6 x 10 mg) ges och sedan doseras enligt ovan.
- Prasugrel-tabletter är ej dispenserbara i dospåse och kan därför eventuellt vara olämpligt till ApoDos-patienter. Ställningstagande får göras för varje patient.
- Vid receptförskrivning förskrivs 28 alt 30-förp pga mer fördelaktigt pris än 100-förp.

FÖRSIKTIGHET

Värdera blödningsrisk:

Använd ARC-HBR (High Bleeding Risk evaluator) via mobilapplikation ARC-HBR eller via tabellen nedan. Hög blödningsrisk föreligger vid 1 major eller 2 minor kriterier. Patienter som behandlas med OAK har alltid hög blödningsrisk enl. ARC-HBR och ska behandlas med Clopidogrel istället för Prasugrel.

Reversering:

Antidot saknas. Efter 3 – 4 timmar är den aktiva metaboliten borta och trombocyter kan ges med viss effekt.

Academic Research Consortium for High Bleeding Risk (ARC-HBR)

MAJOR	MINOR
	Hög ålder (>75 år)
Anemi (Hb<110g/L)	Lindrig anemi: kvinnor 110-119g/L män 110-129g/L
Trombocytopeni (≤100)	Lindrig trombocytopeni
Spontan blödning som krävde sjukhusvård eller transfusion inom 6 månader eller tidigare om upprepade	Spontan blödning som krävde sjukhusvård eller transfusion (<12 månader) och som inte uppfyller majorkriterier.
Svår njursvikt (eGFR<30ml/min)	Njursjukdom (eGFR 30-59ml/min)
Leversjukdom med portalhypertension	
Cancersjukdom (diagnosisterad under senaste 12 månader) exklusive hudcancer (som ej är melanom)	
Nyligen stort trauma eller omfattande kirurgi/biopsi	
Förväntad långtidsbehandling med OAK	Läkemedel: NSAID, steroider
Ischemisk stroke inom 6 månader Tidigare hjärnblödning Tidigare traumatisk hjärnblödning(< 12 månader) Kända arteriovenösa malformationer	Tidigare CVI som inte uppfyller major kriterier
Planerad kirurgi (som inte kan vänta) under pågående DAPT	
Blödningsbenägenhet orsakad av koagulopati eller hemostatisk störning	

Hög blödningsrisk om antingen en major eller 2 minor kriterier föreligger. Hög blödningsrisk definieras som risk ≥ 4 % för BARC 3 eller 5 blödning eller risk ≥ 1 % för intrakraniell blödning, inom 1 år respektive.

Ansvar

Medicinskt ansvarig sektionschef på enheten är tillsammans med vårdenhetschefen på enheten ansvarig för att rutinen är känd och följs. Den sjuksköterska eller läkare som utför arbetsuppgiften är själva ansvariga för att utföra arbetsuppgifterna enligt följande rutin. Verksamhetschefen är ytterst ansvarig för att de rutiner och riktlinjer som verksamheten kräver finns tillgängliga och att verksamheten arbetar enligt SOSFS 2011:9

Uppföljning

Avvikelse från rutinen ska dokumenteras i patientjournalen och inträffade negativa händelser ska rapporteras avvikelsesystemet Med Control Pro där aktuell linjechef ansvarar för utredning, åtgärd och uppföljning. Utvärdering och revidering av rutindokumentet ska ske senast två år efter godkännande. Ansvar för revidering har avdelningens rutinansvariga sjuksköterska tillsammans med vårdenhetschefen.

Arbetsgrupp

Elmir Omerovic, Överläkare, Professor, VO Kardiologi, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Truls Råmunddal, Överläkare, Sektionschef, VO Kardiologi, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Oskar Angerås, Överläkare, Vårdenhetsöverläkare PCI, VO Kardiologi, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Sara Bentzel, Specialistläkare, Vårdenhetsöverläkare HIA/Ischemi, VO Kardiologi, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Henrik Jonsson, Receptarie, VO Kardiologi, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Källförteckning

1. Urban P, Mehran R, Colleran R, et al. Defining High Bleeding Risk in Patients Undergoing Percutaneous Coronary Intervention. *Circulation*. 2019;140(3):240-261. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.119.040167
2. Prasugrel Krka - FASS Vårdpersonal
3. Läkemedelsupplysningen: [Kan prasugrel \(Efient\) krossas och administreras i sond? \(svelic.se\)](#)
4. UpToDate

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Thorax och kardiologi

Innehållsansvar: Sara Bentzel, (sarmo4), Överläkare

Granskad av: Henrik Jonsson, (henjo35), Receptarie

Godkänd av: Kristofer Skoglund, (krisk3), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9777-819499373-481

Version: 4.0

Giltig från: 2025-12-11

Giltig till: 2026-06-10