

## 8. 4. Storknunarvarnir – blóðflöguhamlandi lyf

Mælt er með magnýl sem annarrar gráðu forvörn hjá sjúklingum með staðfestan stóræðasjúkdóm.<sup>1</sup>

Ekki er mælt með magnýl sem fyrstu gráðu forvörn hjá öllum með sykursýki af tegund 2.

Hins vegar mætti íhuga magnýl hjá einstaklingum í mikilli áhættu fyrir kransæðasjúkdómi og þá minnst 20% áhættu yfir 10 ára tímabil eða hærra. (Sjá [Stóræðasjúkdómur](#)) Tilskilið er að ekki séu frábendingar þ.m.t. aukin áhætta á maga- eða þarmablæðingum og að blóðþrýstingur sé stöðugur undir 145/90.

Tilhneiging hefur verið til að yfirfæra niðurstöður rannsókna á annarrar gráðu forvörn yfir á fyrstu gráðu forvörn hjá skjólstaðingum með aukna hættu á stóræðasjúkdómum og þá sérstaklega þeim sem hafa sykursýki af tegund 2.<sup>2-4</sup> Þetta má sjá í ýmsum nýlegum leiðbeiningum.<sup>5-8</sup>

Hins vegar hefur ekki verið sýnt óyggjandi fram á gagnsemi magnýls sem fyrstu gráðu forvörn hjá sjúklingum með eða án áhættuþátta fyrir stóræðasjúkdómum, þ.m.t. sykursýki af tegund 2.<sup>2 3 9</sup> Nýleg rannsókn á 1276 sjúklingum með sykursýki og einkennalausn útæðasjúkdóm sýndi engan marktækan mun á magnýl og lyfleysu m.t.t. forvarna. M.a. voru niðurstöður þær að af 638 á magnýl létust 43 (6,7%) úr heilablóðfalli eða kransæðasjúkdómi, en 35 (5,5%) af 638 einstaklingum á lyfleysu.<sup>3</sup> Beðið er eftir niðurstöðum ACCEPT-D með rúmlega 5000 sykursjúkum af tegund 2 án stóræðasjúkdóms.<sup>4</sup> Önnur rannsókn ACEND mun einnig vera væntanleg.

NICE leiðbeiningarnar 2008 mæla með magnýl sem fyrstu gráðu forvörn hjá öllum með sykursýki af tegund 2 eldri en 50 ára með BP undir 145/90, og jafnvel þeim sem eru undir fimmtugu sem hafa marktæka aðra áhættuþætti. NICE leiðbeiningarnar eru án nokkurs vafa þær sem gagnsæjastar eru m.t.t. þess hvað liggur að baki heimildavinnu og samantekt á rökum með og á móti hverjum einstökum þætti sem þeir komast að niðurstöðu um. Í leiðbeiningum þeirra segir svo um notkun magnýls sem fyrstu gráðu forvörn: “The rather poor direct evidence for people with Type 2 diabetes led to difficulties in assessing the level of risk above which aspirin therapy should be advised. The GDG accepts that its view that all people at, or over, the age of 50 years should treated is somewhat arbitrary.”<sup>5</sup>

Ekki má heldur gleyma að magnýl-meðhöndlun er ekki hættulaus.<sup>9 10</sup>



Árið 2001 birtist úttekt á fjórum rannsóknum á magnýli sem fyrstu gráðu forvörn hjá einstaklingum með aukna hættu á stóræðasjúkdómi. Niðurstaða þeirrar úttektar var að raunáhætta (*absolute risk*) einstaklings þyrfti að vera  $\geq 1,5\%/á$ ri til að meðhöndlun teldist gagnleg. Þá yrði NNT til að hindra eitt hjartadrep á 5 árum um 77, þetta að frádregnum meiri háttar blæðingum. Sama úttekt sýndi ekki marktæk áhrif á heilablóðföll eða dauða.<sup>11</sup> *Antithrombotic Trialist Collaboration* birtu ári síðar úttekt á 287 rannsóknum á magnýli og öðrum blóðflöguhemjandi lyfjum, bæði sem annarrar og fyrstu gráðu forvörn. Þar á meðal voru 9 rannsóknir á sykursjúkum, flestum án fyrri sögu um stóræðasjúkdóm, samtals 4961 sykursjúkum. Ekki var sýnt fram á marktæka minnkun á áföllum hjá sykursjúkum. Úttektin sýndi þó að einstaklingar með um 2-3% áhættu árlega á stóræðaáfalli hefðu gagn af magnýli sem forvörn gegn slíkum áföllum. Meðhöndlun 1000 slíkra einstaklinga í u.þ.b. 2 ár kæmi líklega í veg fyrir 10-15 áföll.<sup>1</sup>

#### Heimildir og ítarefni:

1. Collaboration AT. Collaborative meta-analysis of randomised trials of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction, and stroke in high risk patients. *BMJ* 2002;324(7329):71-86. [Tengill](#)
2. Hiatt WR. Aspirin for prevention of cardiovascular events. *BMJ* 2008;337(oct16\_2):a1806-. [Tengill](#)
3. Belch J, MacCuish A, Campbell I, Cobbe S, Taylor R, Prescott R, et al. The prevention of progression of arterial disease and diabetes (POPADAD) trial: factorial randomised placebo controlled trial of aspirin and antioxidants in patients with diabetes and asymptomatic peripheral arterial disease. *BMJ* 2008;337(oct16\_2):a1840-. [Tengill](#)
4. De Berardis G, Sacco M, Evangelista V, Filippi A, Giorda C, Tognoni G, et al. Aspirin and Simvastatin Combination for Cardiovascular Events Prevention Trial in Diabetes (ACCEPT-D): design of a randomized study of the efficacy of low-dose aspirin in the prevention of cardiovascular events in subjects with diabetes mellitus treated with statins. *Trials* 2007;8(1):21. [Tengill](#)
5. NICE. Type 2 diabetes: National clinical guideline for management in primary and secondary care (update). CG66. , 2008. [Bresku NICE 2008](#)
6. CDA. Canadian Diabetes Association 2008 Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Diabetes in Canada. *Canadian Journal of Diabetes* 2008;32(Supplement 1). [Kanadíska leiðbeiningarnar 2008](#)
7. ADA. American Diabetes Association. Clinical Practice Recommendations 2008. *Diabetes Care* 2008;Vol 31(Supplement 1). [Ameríska sykursýkissamtökin 2008](#)
8. Ryden L, Standl E, Bartnik M, Van den Berghe G, Betteridge J, de Boer M-J, et al. Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases: executive summary: The Task Force on Diabetes and Cardiovascular Diseases of the European Society of Cardiology (ESC) and of the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Eur Heart J* 2007;28(1):88-136. [Leiðbeiningar Evrópsku hjarta- og sykursýkissamtakanna](#)
9. Walsh M, Spurling G. Aspirin in type 2 diabetes: is there any evidence base? *BMJ* 2008;337(oct16\_1):a1902-. [Tengill](#)
10. Lowe GDO. Who should take aspirin for primary prophylaxis of coronary heart disease? *Heart* 2001;85(3):245-246. [Tengill](#)
11. Sanmuganathan PS, Ghahramani P, Jackson PR, Wallis EJ, Ramsay LE. Aspirin for primary prevention of coronary heart disease: safety and absolute benefit related to coronary risk derived from meta-analysis of randomised trials. *Heart* 2001;85(3):265-271. [Tengill](#)

