

Τò τέλος τῆς άσπιρίνης στην πρωτογενή πρόληψη; Νεώτερα δεδομένα.

➡ **Κωνσταντίνος Π. Τούτουζας**

Καθηγητής Καρδιολογίας, Α΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, "Ιπποκράτειο" Γ.Ν.Α.

Σύμφωνα με μία πρόσφατη μετα-ανάλυση 15 τυχαιοποιημένων μελετών, που άφοροῦσαν στην πρωτογενή πρόληψη, ἡ άσπιρίνη μειώνει τὰ μη θανατηφόρα ισχαιμικά επεισόδια, αλλά αύξάνει σημαντικά τὰ μη θανατηφόρα αίμορραγικά συμβάντα. Οί έρευνητές συνέκριναν περίπου 83.000 άνθρωπους που έλάμβαναν άσπιρίνη, με μία ομάδα έλέγχου (control) 82.000 που δεν έλάμβαναν, και βρήκαν ότι δεν υπήρχε διαφορά στα ποσοστά τόσο τών καρδιαγγειακών όσο και τών μη καρδιαγγειακών θανάτων, αλλά ότι ἡ άσπιρίνη σχετιζόταν με χαμηλότερο κίνδυνο μη θανατηφόρων έμφραγμάτων του μυοκαρδίου και παροδικών ισχαιμικών άγγειακών έγκεφαλικών. Αντίθετα, ἡ άσπιρίνη, ειδικά σε ύψηλές δόσεις, συνδέθηκε με αύξηση του κινδύνου τῆς ένδοκράνιας αίμορραγίας κατά 32%, καθώς και με σχετική αύξηση τών αίμορραγιών από τὸ γαστρεντερικό κατά 50%. Συμπέραναν, λοιπόν, ότι ἡ χρήση τῆς άσπιρίνης στην πρωτογενή πρόληψη πρέπει νὰ περιορίζεται στους άσθενείς που είναι ύψηλου κινδύνου για τὴν εκδήλωση καρδιαγγειακού συμβάματος.

Παρόλο που ὁ ρόλος τῆς άσπιρίνης στη δευτερογενή πρόληψη είναι καλά τεκμηριωμένος, τὰ άποτελέσματα τών μελετών στην πρωτογενή πρόληψη διαφέρουν σημαντικά, με άποτέλεσμα νὰ υπάρχουν και σημαντικές διαφορές στις κατευθυντήριες οδηγίες τών διαφόρων έπιστημονικών εταιρειών.

Οί άναλυτές αναφέρουν, πώς ἡ συγκεκριμένη μετα-ανάλυση, ἡ όποία συμπεριέλαβε και τὶς πρόσφατες μελέτες ASPREE, ASCEND και ARRIVE, είναι

ἡ μεγαλύτερη και πιὸ πρόσφατη ὅσον άφορᾶ στα μακροχρόνια άποτελέσματα τῆς χρήσης τῆς άσπιρίνης στην πρωτογενή πρόληψη τών καρδιαγγειακών συμβαμάτων.

Ὁ μέσος ὄρος ἡλικίας και για τὶς δύο ομάδες ἦταν τὰ 62 ἔτη, ενώ υπήρχε έξισορρόπηση ὅσον άφορᾶ στους παράγοντες κινδύνου. Τὰ πρωτεύοντα καταληκτικά σημεία ἦταν ὁ θάνατος από κάθε αίτο, ὁ καρδιαγγειακός θάνατος, τὸ άγγειακὸ έγκεφαλικὸ επεισόδιο, μόνιμο ἢ παροδικό, και άλλα μείζονα καρδιαγγειακά συμβάματα, ενώ τὰ καταληκτικά σημεία ασφάλειας ἦσαν οί μείζονες αίμορραγίες, ένδοκράνια αίμορραγία, ἡ θανατηφόρος αίμορραγία και οί σημαντικές αίμορραγίες από τὸ γαστρεντερικό. Τέλος, εκτιμήθηκε και ἡ έπίπτωση του καρκίνου, καθώς και οί θάνατοι σχετικοί με αὐτόν.

Ἡ άσπιρίνη δεν έδειξε πλεονέκτημα ὅσον άφορᾶ στο θάνατο από κάθε αίτιο, ενώ υπήρχε μικρὴ μείωση στους καρδιαγγειακούς θανάτους, χωρίς νὰ φτάνει σε έπίπεδο στατιστικῆς σημαντικότητας. Ἡ μείωση τών ὀξέων έμφραγμάτων, που παρατηρήθηκε, προερχόταν κυρίως από τὴ μείωση τών μη θανατηφόρων έμφραγμάτων. Ἡ έπίπτωση τών θανατηφόρων έμφραγμάτων, στηθάγχης προσπαθείας, άγγειοπλαστικῆς στεφανιαίων, άγγειακών έγκεφαλικών επεισοδίων θανατηφόρων και μη και συμπτωματικῆς περιφερικῆς άρτηριοπάθειας ἦταν ὅμοια ανάμεσα στις δύο ομάδες. Αντίθετα, τὰ παροδικά άγγειακά έγκεφαλικά ἦσαν λιγότερα στην ομάδα τῆς άσπιρίνης. Σε περαιτέρω άνάλυση που ακολούθησε, βρέθηκε ότι ενώ τὰ ισχαιμικά έγκεφαλικά

ήσαν λιγότερα στην ομάδα της ασπιρίνης, υπήρχε μία τάση για περισσότερα αιμορραγικά έγκεφαλικά.

Οι μείζονες αιμορραγίες ήσαν σημαντικά περισσότερες στην ομάδα της ασπιρίνης, κυρίως τα αιμορραγικά έγκεφαλικά και οι σημαντικές αιμορραγίες από το γαστρεντερικό.

Παρ' όλα αυτά, η συχνότητα των θανατηφόρων αιμορραγιών ήταν όμοια στις δύο ομάδες. Η ασπιρίνη συσχετίστηκε επίσης με αύξημένο κίνδυνο έλκων του γαστρεντερικού, ενώ η προστατευτική της δράση για τα έγκεφαλικά επεισόδια παρατηρήθηκε κυρίως στις γυναίκες.

Αναλύσεις σε δεύτερο χρόνο έδειξαν, ότι η ασπιρίνη μπορεί να μειώσει το θάνατο από κάθε αίτια μετά από πέντε χρόνια παρακολούθησης, καθώς και ότι η τάση για μείωση των καρδιαγγειακών θανάτων παρατηρήθηκε κυρίως στον πληθυσμό υψηλού κινδύνου. Στις ίδιες αναλύσεις φάνηκε ότι η μείωση των έγκεφαλικών επεισοδίων υπήρχε μόνο με τη χορήγηση της χαμηλής δόσης ασπιρίνης.

Μετά από τα παραπάνω αποτελέσματα, θεωρείται απαραίτητο, η απόφαση για χορήγηση ασπιρίνης για πρωτογενή πρόληψη να γίνεται από τον θεράποντα ιατρό και μόνο, και αφού εκείνος συζητήσει με τον ασθενή τα μικρά όφελγη και το σημαντικό αιμορραγικό κίνδυνο που έχει ως αποτέλεσμα, ενώ

θα πρέπει να χορηγείται σε δόση μικρότερη από 100 mg/ημέρα. Επίσης, απαραίτητα στοιχεία για να πάρουμε τη σχετική απόφαση είναι η εκτίμηση του καρδιαγγειακού κινδύνου του ασθενούς, καθώς και ο βαθμός κινδύνου αιμορραγιών από το γαστρεντερικό. Σε ασθενείς με δεκαετή καρδιαγγειακό κίνδυνο >10%, χωρίς υψηλό αιμορραγικό κίνδυνο (ήλικία <70 ετών, χωρίς ιστορικό αιμορραγίας από το γαστρεντερικό ή άλλους ισχυρούς παράγοντες) ή έναρξη ασπιρίνης για πρωτογενή πρόληψη μπορεί να θεθεί ως ένδεχομενο.

Η συγκεκριμένη μετα-ανάλυση, αν και θεωρείται πολύ σημαντική, γιατί έμπεριέχει μεγάλο πληθυσμό, δεν ξετάζει την αναπηρία ως καταληκτικό σημείο, ή όποια μπορεί να είναι επακόλουθο ενός καρδιαγγειακού συμβάματος. Για παράδειγμα, η ένδοκράνιος αιμορραγία μπορεί να καταλήξει σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό αναπηρίας, σε σχέση με ένα μικρό έμφραγμα, άρα τα δύο συμβάντα δεν μπορούν να θεωρηθούν ισάξια.

Συμπερασματικά, η χρήση της ασπιρίνης στην πρωτογενή πρόληψη πρέπει να είναι εξατομικευμένη για κάθε ασθενή, λαμβάνοντας υπ' όψιν τον καρδιαγγειακό και αιμορραγικό κίνδυνο, ενώ παράλληλα πρέπει να συνεκτιμούμε και τη γνώμη του ίδιου του ασθενούς. ■

