

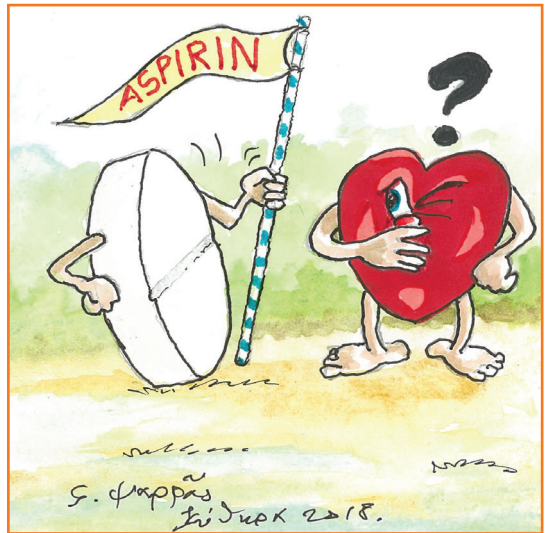
Έχει θέση ή άσπιρίνη στην πρωτογενή πρόληψη; Νεώτερα από τὸ ESC 2018.

Δημήτριος Ρίχτερ

Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Εύρωκλινική Ἀθηνῶν.

Η θέση τῆς άσπιρίνης στην πρωτογενή πρόληψη άποτελεῖ άκόμα πεδίο έπιστημονικής διαφωνίας, με τις έπιστημονικές έταιρίες και τις κατευθυντήριες οδηγίες, είτε να τήν άπορρίπτουν πλήρως είτε να τήν τοποθετοῦν στις ομάδες άσθενῶν ὑψηλοῦ κινδύνου. Τὸ βασικό πρόβλημα με τήν άσπιρίνη δέν είναι άν ὠφελεῖ μειώνοντας τήν πιθανότητα σε ἕνα πρόσωπο να ὑποστει ἔμφραγμα του μυοκαρδίου ή άγγειακό ἔγκεφαλικό έπεισόδιο. Τὸ πρόβλημα είναι, άν τὸ ὄφελος, που παίρνει από τή λήψη άσπιρίνης, είναι μεγαλύτερο από τήν πιθανή ζημιά! Διότι πρέπει να γνωρίζουμε, ὅτι ή άσπιρίνη δέν είναι ἕνα άθώο φάρμακο, αλλά αύξάνει τὸν κίνδυνο αίμορραγιῶν, ὅπως είναι οί αίμορραγίες του πεπτικού και οί πολύ πὸ επικίνδυνες ένδοεγκεφαλικές αίμορραγίες. "Όταν μιλάμε για πρωτογενή πρόληψη, έννοούμε τήν πρόληψη στα πρόσωπα εκείνα που δέν έχουν ὑποστει, κάποιο ἔμφραγμα ή ἔγκεφαλικό. Τα πρόσωπα αυτά συνήθως δέν έχουν τὸν πολύ ὑψηλό κίνδυνο αυτών που ήδη έχουν ὑποστει κάποιο αντίστοιχο έπεισόδιο και ή λήψη άσπιρίνης μπορεί να αύξεισει τὸν κίνδυνο αίμορραγίας πολύ περισσότερο από ὅτι θα μειώσει τὸν καρδιαγγειακό κίνδυνο. Έπιπλέον, πολύ συχνά είναι δύσκολο να βάλουμε ὅλα τα στοιχεῖα σε μία ζυγαριά, προκειμένου να άποφασίσουμε ποιά θα είναι ή πὸ σωστή άπόφαση για τὸν άνθρωπο που έχουμε άπέναντί μας. Αυτὸς είναι ὁ λόγος που είναι άπαραίτητες μεγάλες και σωστά σχεδιασμένες μελέτες, προκειμένου να άντλήσουμε τα στοιχεῖα που θα μάς βοηθήσουν να παίρουμε τις πὸ σωστές άποφάσεις. Στη σύγχρονη έποχή άλλωστε, ή σωστή ἱατρική είναι αυτή που είναι «βασισμένη σε άποδείξεις»!

Στα πλαίσια αυτά, δύο άκόμη μελέτες παρουσιάστηκαν στο πρόσφατο Εύρωπαϊκό Συνέδριο Καρδιολογίας και ταυτόχρονα δημοσιεύθηκαν στο έγκριτο περιοδικό New England Journal of Medicine. Η πρώτη μελέτη ήταν ή ASCEND, ή ὁποία πραγματοποιήθηκε σε άσθενείς με σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ), ὅπου 15.000 πρόσωπα με ΔΣ, αλλά χωρίς στεφανιαία νόσο, τυχαιοποιήθηκαν να λάβουν είτε άσπιρίνη είτε εικονικό φάρμακο για 7,4 έτη. Η άσπιρίνη μείωσε τα καρδιαγγειακά έπεισόδια κατά 12%, αλλά αύξησε ταυτόχρονα τις σοβαρές αίμορραγίες (κυρίως γαστρεντερικές) κατά 29%. Για κάθε 91 άσθενείς, που έλάμβαναν άσπιρίνη, γλυτώναμε ἕνα καρδιαγγειακό συμβάν και για κάθε 112 άσθενείς, που τήν έλάμβαναν, είχαμε μία μείζονα αίμορραγία. Μολονότι δέν ίσοδυναμοῦν σε επίπεδο βαρύτητας τὸ ίσχειμικό έπεισόδιο με τήν αίμορραγία, ή ίσοροπία αυτή προβληματίζει για τὸ κατά πόσον πράγματι πρέπει να χορηγοῦμε άσπιρίνη στην



πρωτογενή πρόληψη σε διαβητικούς άσθενείς. Να ληφθει ὑπόψη άκόμα, πὸς μόνο τὸ 25% τῶν άσθενῶν στη μελέτη έλάμβανε φάρμακα προστατευτικά για τὸ στομάχι, γεγονός που μάς κάνει να προβληματιζόμαστε, κατά πόσο τὸ τελικό άποτέλεσμα θα ήταν διαφορετικό άν ὅλοι οί άσθενείς έλάμβαναν γαστροπροστασία, που θα μπορούσε να μειώσει άποτελεσματικά τὸν κίνδυνο αίμορραγίας.

Στη δεύτερη μελέτη, 12.000 πρόσωπα με πολλαπλούς παράγοντες κινδύνου, αλλά χωρίς στεφανιαία νόσο ή σακχαρώδη διαβήτη, τυχαιοποιήθηκαν σε άσπιρίνη 100 mg ή εικονικό φάρμακο και τὸ τελικό άποτέλεσμα δέν έδειξε καμμία στατιστικά σημαντική διαφορά. Από τήν άλλη μεριά, ὅμως, λόγω του ὅτι ή συμμόρφωση τῶν συμμετεχόντων στη μελέτη αυτή ήταν εξαιρετικά χαμηλή, άν λάβουμε ὑπόψη μόνο αυτούς που πήραν τελικά τήν άσπιρίνη, για τουλάχιστον τὸ 60% του χρονικοῦ διαστήματος τῆς μελέτης, είχαμε σημαντική μείωση τῶν ἔμφραγμάτων του μυοκαρδίου.

Συμπέρασμα τῶν μελετῶν αυτών είναι, πὸς δέν πρέπει να χορηγοῦμε αλόγιστα άσπιρίνη στην πρωτογενή πρόληψη, αλλά μετά από πολύ σκέψη και αφού ζυγίσουμε πολύ καλά τή σχέση ὀφέλους-κινδύνου. Δέν ὑπάρχει άμφιβολία, ὅτι στην ἱατρική δέν ὑπάρχει άσπρο και μαύρο, αλλά πολλαπλές άποχρώσεις του γκρι και μέσα από αυτές τις άποχρώσεις καλοῦμαστε κάθε μέρα να παίρνομε τις πὸ σωστές άποφάσεις για τὸς άσθενείς μας. ●