



Nord-Norge
Tlf. 77 64 58 90

Øst
Tlf. 23 01 64 11

Sør
Tlf. 23 07 53 80

Midt-Norge
Tlf. 73 55 01 60

Vest
Tlf. 55 97 53 60

www.relis.no

Regionale legemiddelinformasjonsentre (RELIS) er et gratis tilbud til helsepersonell om produsentuavhengig legemiddelinformasjon. Vi er et team av farmasøytter og kliniske farmakologer og besvarer spørsmål fra helsepersonell om legemiddelbruk. Det er her gjengitt en sak utredet av RELIS som kan være av interesse for Utpostens lesere.

Acetylsalisylsyre – pillen mot nesten alt?»?

Spørsmål til RELIS: Lege spør om RELIS kan kommentere oppslaget i Aftenposten Innsikt nr. 01/2011, side 10, om «Pillen mot nesten alt». Her refereres en studie publisert i The Lancet som omtaler acetylsalisylsyre (ASA) som forebyggende ikke bare for hjerte- og karsykdom, men også for kreft, diabetes, demens med mer. Det anbefales et lavt daglig tilskudd av ASA, tilsynelatende til alle. Hvordan bør leger forholde seg til dette?

I følge artikkelen i Aftenposten Innsikt har forskere nå funnet ut at ASA kan redusere risikoen for kreft med opptil 50 prosent. Videre vises det til at ASA har positiv effekt ved diabetes og demens mm. (1). Den refererte Lancet-artikkelen (2) omhandler imidlertid kun bruk av ASA ved hjerte- og karsykdommer og risiko for død pga. kreft, og det er ingen referanser til påstandene om positiv effekt på diabetes og demens.

I den aktuelle Lancet-artikkelen, som er publisert i januar i år, er det gjort en reanalyse av data fra åtte randomiserte kontrollerte studier der pasienter med eller med risiko for kardiovaskulær sykdom hadde fått ASA i minimum fire år. I dette materialet har de sett på forekomst av kreft hos de som fikk ASA versus kontrollgruppene. De fant at ASA reduserte risikoen for kreft (alle typer) med en Odds Ratio (OR) på 0,79 (95 prosent. KI: 0,68–0,92). Fordelen ved bruk av ASA kom først etter minimum fem års bruk, og fordelene var størst for kreft i spiserøret med en OR på 0,46 (95 prosent KI: 0,27–0,77). Det er altså snakk om en relativ risikoreduksjon på 54 prosent for dødsfall pga. kreft i spiserøret hos de som hadde brukt ASA i mer enn fem år sammenlignet med kontrollgruppene. Den absolutte risikoreduksjonen her er imidlertid ikke oppgitt. Men når det gjelder totalt antall kreftdødsfall er tallene oppgitt: 327 dødsfall hos 14 035 på ASA, sammenlignet med 347 hos 11 535 i kontrollgruppene. Dette gir en forekomst av dødsfall pga. kreft på 2,3 prosent i ASA-gruppen og 3,0 prosent i kontrollgruppene, altså en absolutt risikoreduksjon på 0,7 prosent.

Det er viktig å være klar over at kreftdødsfall ikke var primært endepunkt i studiene

som inngikk i denne analysen. Det var få kvinner med i studiene. Pasientene fikk ASA som tromboseprofylakse. Det var gitt som primær- eller sekundærprofylakse til grupper med økt kardiovaskulær risiko (f.eks. ved diabetes eller angina). Selv om det ses en tilleggsgevinst i form av redusert kreftdødelighet i disse pasientpopulasjonene, kan dette ikke uten videre generaliseres til andre pasientgrupper eller friske personer. Det kan være forhold ved disse pasientene som gir en redusert kreftrisiko ved ASA-behandling, og det er ikke sikkert at ellers friske personer vil ha den samme gevinsten av ASA.

Risiko for blødning er knapt omtalt i den aktuelle artikkelen, og det ville vært av interesse om OR for blødninger i de samme studiene var presentert. For det er nettopp å veie fordelene opp mot risikoen som er av betydning for å avgjøre hvilke pasienter som har nytte av behandlingen. I en annen metaanalyse er det vist at andelen pasienter på lavdose ASA (50–162,5 mg, n=49 927) som fikk gastrointestinal blødning var 2,3 prosent sammenlignet med 1,45 prosent av de som fikk placebo (3). Dette ga en OR for blødning på lavdose ASA på 1,59 (95 prosent KI: 1,40–1,81).

Tatt i betraktning risikoen for blødning, og det at den reduserte kreftrisikoen kun er sett hos pasienter som har fått ASA som tromboseprofylakse, er det ikke vist at ASA bør anbefales til nye pasientgrupper eller til friske personer. Etter vårt syn bør vi fortsatt forholde oss til gjeldende retningslinjer der behandling med ASA er aktuelt som kardiovaskulær sekundærprofylakse, og som primærprofylakse til pasienter med høy til svært høy risiko og til kvinner bare hvis de er over 65 år (4, 5).

Konklusjon

Den refererte Lancet-artikkelen omtaler kun redusert risiko for å dø av kreft hos pasienter som fikk ASA for kardiovaskulær sykdom. Gunstig effekt av ASA mot andre sykdommer var mangelfullt dokumentert i det aktuelle nyhetsopplaget. Effekt på kreft var ikke primært endepunkt i studiene som inngikk i analysen. Og selv om redusert risiko for å dø av kreft ble sett hos pasienter som fikk ASA som tromboseprofylakse er det ikke sikkert at andre pasientgrupper eller friske personer vil ha samme gevinst av ASA. Tatt i betraktning risikoen for blødning, mener vi det ikke er grunnlag for å anbefale at ASA brukes utover det som er gjeldende anbefalinger i dag.

REFERANSER

1. Anon. Pillen mot nesten alt. Aftenposten Innsikt 01/2011. (hentet og oversatt fra The independent: <http://www.independent.co.uk/life-style/health-and-families/health-news/the-pill-for-almost-every-ill-aspirin-cuts-risk-of-cancers-2153039.html>).
2. Rothwell PM, Fowkes FG et al. Effect of daily aspirin on long-term risk of death due to cancer: analysis of individual patient data from randomised trials. Lancet 2011; 377(9759): 31–41.
3. Aronson JK, editor. Meyler's side effects of cardiovascular drugs: 530–1.
4. Norsk legemiddelhandbøk for helsepersonell. <http://www.legemiddelhandboka.no/> (12.01.2010).
5. Helsedirektoratet. Nasjonale Retningslinjer for individuell primærforebygging av hjerte- og karsykdommer (utgivelsesår/sist revidert: 2010). <http://www.helsedirektoratet.no>

Vigdis Solhaug og Kirsten Myhr

CAND.PHARM. CAND.PHARM., MPH
RELIS Sør-øst, Oslo universitets-
sykehus HF, Ullevål.