

Innlegg på inntil 400 ord lastes opp i <http://mc.manuscriptcentral.com/tidsskriftet>. Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer. Forfattere av vitenskapelige artikler har automatisk tilsvarsrett (jf. Vancouver-gruppens regler).

Ikke seponer alle blodplatehemmere

I Tidsskriftet nr. 3/2011 har Harald Vik-Mo en viktig artikkel om kombinasjonen av warfarin og blodplatehemmere (1). Det refereres til en artikkel der man tilråder seponering av



alle blodplatehemmere ett år etter innsetting av koronar stent hos pasienter med behov for antikoagulasjonsbehandling (warfarin), og at man kan fortsette med warfarin alene (2). Vik-Mo refererer samtidig til artikler der det hevdes at warfarin alene ikke har noen plass etter koronar intervensjon (3, 4). Disse motsetningene skyldes at det ikke finnes randomiserte studier om beste antitrombotiske behandling etter koronar stenting hos pasienter der det i tillegg er indikasjon for antikoagulasjonsbehandling. Internasjonale veiledere berører problemet i liten grad og gir ingen klare råd. Anbefalingene som har vært gitt, har lavt evidensnivå, bygger på data fra pasientregistre og er basert på skjønn. I 2010 utga European Society of Cardiology veiledere for behandling av atrieflimmer og koronar intervensjon (5, 6). I førstnevnte veileder ble Lip og medarbeidere referert (2), og man anbefalte warfarin i monoterapi fra ett år etter stenting med anbefaling klasse IIb/bevisgrad C (5), mens det i veilederen om koronar intervensjon ble foreslått warfarin med INR 2,0–2,5 kombinert med acetylsalisylsyre eller klopidogrel, uten å angi anbefaling eller bevisgrad (6).

Ved Oslo universitetssykehus tilråder vi sistnevnte strategi. Begrunnelsen for dette er at selv ett år etter koronar stenting vil ikke endotelet som dekker stenten være normalt. Dette gjelder både vanlige stål-stenter og spesielt de medikamentavgiende stentene. Vi anbefaler derfor kombinasjonen acetylsalisylsyre 75 mg + warfarin (INR 2,0–2,5) på ubestemt tid til alle pasienter med stent hvor det i tillegg er behov for antikoagulasjonsbehandling. Tilstøter det problemer med denne kombinasjonen, kan det forsvarer monoterapi med warfarin, men dette bør ikke gjøres uten

bred diskusjon og kjennskap til pasientens koronare anatomi og sykehistorie.

**Bjørn Bendz
Knut Endresen
Jan Eritsland
Harald Arnesen**
Oslo universitetssykehus

Litteratur

1. Vik-Mo H. Warfarin saman med blodplatehemming. Tidsskr Nor Legeforen 2011; 131: 252–3.
2. Lip GY, Huber K, Andreotti F et al. Antithrombotic management of atrial fibrillation patients presenting with acute coronary syndrome and/or undergoing coronary stenting. Eur Heart J 2010; 31: 1311–8.
3. Silber S, Albertsson P, Avilés FF et al. Guidelines for percutaneous coronary interventions. The Task Force for Percutaneous Coronary Interventions of the European Society of Cardiology. Eur Heart J 2005; 26: 804–47.
4. Van de Werf F, Bax J, Betriu A et al. Management of acute myocardial infarction in patients presenting with persistent ST-segment elevation. Eur Heart J 2008; 29: 2909–45.
5. Camm J, Kirchhof P, Lip GY et al. Guidelines for the treatment of atrial fibrillation. The Task Force for the Management of Atrial Fibrillation of the European Society of Cardiology. Eur Heart J 2010; 31: 2369–429.
6. Wijns W, Kolh P, Danchin N et al. Guidelines for myocardial revascularization. The Task Force on Myocardial Revascularization of the European Society of Cardiology and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery. Eur Heart J 2010; 31: 2501–55.

H. Vik-Mo svarer:

Bendz og medarbeidarar har nyttige kommentarar og presiseringar til artikkelen om bruk av blodplatehemmarar hos pasientar med stent som treng warfarinbehandling. Det blir presisert at som hovudregel bør alle pasientar med stent ha langtidsbehandling med blodplatehemmar i tillegg til warfarin. Dette behandlingssopplegget er i samsvar med tilråding om behandling frå European Society of Cardiology (ESC) frå 2005 og med retningslinjer publisert i Tidsskriftet (1).

I artikkelen min, som vart skriven etter invitasjon frå Tidsskriftet, tok eg føre meg den vanskelege balansegangen mellom risikoen for alvorlege blødingar, tromboemboli og stenttrombose hos pasientar som treng både warfarin og blodplatehemmar. Det finst ingen godt kontrollerte langtidsstudiar med samanlikning av ulike behandlingssregime. Dei store terapeutiske utfordringane gjeld spesielt dei pasientane som har høg risiko for å få alvorlege blødingar ved kombinasjonsbehandling over lengre tid eller som etter innsetting av stent viser seg å få blødingsproblem. Observasjonsstudiar

har vist at risikoen for alvorlege blødingar er høg, og at bløding bidrar sterkt til den høgare mortaliteten i denne pasientgruppa (2). I omtalen av pasientar med risiko for alvorlege blødingar vart det vist til dei nye ESC-retningslinjene frå 2010 for atrieflimmer, der ein tilrår monoterapi med warfarin som langtidsbehandling (3), slik Benz og medarbeidarar også påpeikar som alternativ for enkelte pasientar. Dei nye ECS-retningslinjene går lenger og tilrår monoterapi med warfarin (INR 2,0–3,0) etter 12 månader med warfarin og blodplatehemmar, uavhengig av blødingsrisiko og stenttype. Desse nye retningslinjene bryt med tidlegare norsk behandlingsspraksis, slik Benz og medarbeidarar påpeikar, og vart ikkje spesielt omtalt i artikkelen.

Det terapeutiske dilemma blir også godt demonstrert ved at den norske representanten i konsensusgruppa som har gjeve dei nye tilrådingane frå ESC om monoterapi med warfarin som langtidsbehandling etter 12 månader (2), er ein av dei fire forfattarane av brevet til redaktøren, der dei fråstår nettopp dette behandlingssopplegget som er tilrådd av ESC.

Harald Vik-Mo
St. Olavs hospital

Litteratur

1. Vik-Mo H, Slette M, Hegbom K. Antitrombotisk behandling etter perkutan koronar intervensjon med stent. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 436–9.
2. Hansen ML, Sørensen R, Clausen et al. Risk of bleeding with single, dual, or triple therapy with warfarin, aspirin, and clopidogrel in patients with atrial fibrillation. Arch Intern Med 2010; 170: 1433–41.
3. Lip GY, Huber K, Andreotti F et al. Antithrombotic management of atrial fibrillation patients presenting with acute coronary syndrome and/or undergoing coronary stenting. Eur Heart J 2010; 31: 1311–8.

Oppklarende om pregabalin og Reseptregisteret

På bakgrunn av kommentaren fra Westin og medarbeidarar i Tidsskriftet nr. 7/2011 (1) ønsker vi å klargjøre dokumentasjonen på forbruket av pregabalin i Norge basert på Reseptregisteret (2). Vi mener vårt innlegg *ikke* var «misforståelig» (1), men vi kunne vært tydeligere på å presisere at det vi uttalte oss om, var omfanget av storforbruk av pregabalin, ikke antall misbrukere direkte. Vi mener ikke det er grunnlag for å påstå at