

Angiótensín II-viðtakahemlar eða angiótensín-breytihvatahemlar?



Elín I. Jacobsen

lyfjafræðingur,
verkefnastjóri
Miðstöðvar
lyfjaupplýsinga
Landspítala

elinjac@landspitali.is



**Einar S.
Björnsson**

meltingarlæknir og
formaður lyfjanefndar
Landspítala

einarsb@landspitali.is

Höfundar taka fúslega við athugasemdum frá lesendum um pistlana og önnur lyfjatengd efni.

Nýlega barst okkur bréf frá lyf- og öldrunarlækni með tillögu um að fjalla um notkun á angiótensín-breytihvatahemlum (ACE-hemlum) og angiótensín II-viðtakahemlum (ARB) hér á landi.

Í bréfinu segir:

Ég kom úr sérnámi fyrir þremur árum og mér fannst alveg sláandi hvað læknar hér nota ARB-lyfin sem fyrsta val. Samkvæmt öllu sem ég lærði eru miklu fleiri rannsóknir sem sýna fram á góða útkomu með ACE-hemlum. Ég var fegin þegar ákvörðun var tekin fyrir u.þ.b. tveimur árum að borga einungis ódýrasta lyfið í nokkrum lyfjaflokkum, s.s. prótónpumpu-hemlum og statínlyfjum. Hins vegar er ennþá verið að borga með ódýrustu ARB-lyfjum þótt þau séu mun dýrari en ACE-hemlar og hafi (að því sem ég best veit) ekki eins mikið af rannsóknum á bak við sig. Í mörgum öðrum löndum má einungis skrifa upp á ARB þegar sjúklingur hefur sýnt fram á óþol á ACE-hemlum (eða í sérstökum tilfellum, s.s. mikilli proteinurii).

Angiótensín II viðtakahemlar (ARB) og angiótensín-breytihvatahemlar (ACE-hemlar) verka, eins og nöfn þeirra benda til, á sama kerfið í líkamanum, renín-angiótensín-kerfið. ACE-hemlar hamla

breytingu á angiótensín I í angiótensín II en ARB hamla því að angiótensín II tengist angiótensín-viðtökum. Eins og segir í erindi læknisins eru ACE-hemlar og ARB talin hafa jafngilda blóðþrýstingslækkandi verkun og vitað er að ACE-hemlar valda frekar hósta sem aukaverkun heldur en ARB.

Samkvæmt klínískum leiðbeiningum landlæknis um meðferð við háum blóðþrýstingi hjá öldruðum eru ACE-hemlar kjörlyf hjá sjúklingum sem eru með sykursýki, próteinmigu, bilun í vinstri slegli eða sem viðbótarlyf með þvagræsilyfjum. Angiótensín II-viðtakahemlar eru valmöguleikar í stað ACE-hemla ef sjúklingur fær hósta.¹ Þetta er í samræmi við SIGN-leiðbeiningarnar skosku (sign.ac.uk) en í þeim eru ACE-hemlar eða ARB fyrsta val í meðferð á háþrýstingi hjá sjúklingum sem eru yngri en 55 ára þannig að ACE-hemill er fyrsta val og ARB ef sjúklingur þolir ekki ACE-hemil. Hjá sjúklingum eldri en 55 ára eru kalsíumgangablokkar eða thíasíð-þvagræsilyf fyrsta val og síðan ACE-hemil eða ARB eins og að ofan greinir. SIGN byggja leiðbeiningar sínar bæði á hagkvæmnisjónarmiðum og gagnreyndum gögnum í læknisfræði.

Í yfirliti Cochrane frá 2008 eru blóðþrýstingslækkandi áhrif ARB metin sambærileg við ACE-hemla í eðlislægum háþrýstingi.² Hjá Cochrane er nú í vinnslu yfirlit yfir dánartíðni og sjúkdómsbyrði ACE-hemla og ARB í háþrýstingi og einnig á að skoða samanburð á ACE-hemlum og ARB með tilliti til þess hvort meðferð sé hætt vegna aukaverkana.

Í yfirlitgrein frá 2008 þar sem skoðaðar voru rannsóknir sem báru saman ávinnning og áhættu af ACE-hemlum miðað við ARB hjá fullorðnum sjúklingum með eðlislægan háþrýsting (*essential hypertension*), er dregin sú ályktun að báðir lyfjaflokkarnir hafi sambærileg áhrif á blóðþrýsting og að hósti sé algengari aukaverkun af ACE-hemlum en ARB.³ Í annarri yfirlitgrein frá 2010 er fjallað um klínískar rannsóknir á ARB og ACE og vanda við að bera

þær saman vegna mismunandi þýðis með misflóknar sjúkdómsmyndir.⁴

Í nýrri kanadískri grein er fjallað um aukna notkun á ARB á árunum 1996-2006 en á því tímabili jókst notkunin í Kanada um 4000%. Reynt var að meta mögulegan sparnað árið 2006 hefðu ávísanir á ARB verið takmarkaðar og var mögulegur sparnaður áætlaður 77 milljónir dollara.⁵

Þann 1. október 2009 tók reglugerð gildi hér á landi er heimilar að sjúkratryggingar taki einungis þátt í greiðslu á hagkvæmstu pakkningum lyfja í þessum flokki (ATC C09).

Árið 2009 var kostnaður sjúkratrygginga vegna lyfja sem verka á renín-angiótensín-kerfið rúmar 685 millj.kr en árið 2010 rúmar 277 millj.kr. sem er 60% lækkun á heildarkostnaði. Fjöldi einstaklinga var svipaður milli ára.⁶ Sparnaðurinn skýrist þó að hluta af því að verð lækkuðu á ARB í kjölfar breyttrar greiðsluþátttöku.

Samantekt: Þau gögn sem við höfum skoðað um notkun þessara lyfja styðja leiðbeiningar um að ACE-hemlar séu fyrsta val í meðferð háþrýstings umfram ARB nema þegar um óþol er að ræða vegna hósta sem er algeng aukaverkun.

Heimildir

1. Landlæknir. Klínískar leiðbeiningar. landlaeknir.is/pages/126?query - febrúar 2012.
2. Heran BS, Wong MM, Heran IK, Wright JM. Blood pressure lowering efficacy of angiotensin receptor blockers for primary hypertension. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; 4: CD003822.
3. Matchar DB, McCrory DC, Orlando LA, Patel MR, Patel UD, Patwardhan MB, et al. Systematic review: comparative effectiveness of angiotensin-converting enzyme inhibitors and angiotensin II receptor blockers for treating essential hypertension. *Ann Intern Med* 2008; 148: 16-39.
4. Böhm M, Baumhäkel M, Mahfoud F, Werner C. From evidence to rationale: cardiovascular protection by angiotensin II receptor blockers compared with angiotensin-converting enzyme inhibitors. *Cardiology* 2010; 117: 163-73.
5. Guertin JR, Jackevicius CA, Cox JL, Humphries K, Pilote L, So DY, et al. The potential economic impact of restricted access to angiotensin-receptor blockers. *CMAJ* 2011; 183: E180-6.
6. sjukra.is/media/frettabref-lyfjagjaldar/13.-frettabref-Lyfjagjaldar.pdf - febrúar 2012.