

Summary of findings (SoF) tabell

Resultat-tabell som viser kvaliteten på dokumentasjonen på tvers av utfallsmål

PICO-spørsmål 2.8: Er ASA som monoterapi like effektiv som ASA/dipyridamol eller clopidogrel alene?

Kilder:

Utfall 1a, 2-5: Li, X., Zhou, G., Zhou, X., & Zhou, S. (2013). The efficacy and safety of aspirin plus dipyridamole versus aspirin in secondary prevention following TIA or stroke: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of the Neurological Sciences*, 332(1-2), 92-96.

Utfall 1b-1d, 6-8: Niu, P. P., Guo, Z. N., Jin, H., Xing, Y. Q., & Yang, Y. (2016). Antiplatelet regimens in the long-term secondary prevention of transient ischaemic attack and ischaemic stroke: an updated network meta-analysis. *BMJ Open*, 6(3), e009013.

Merknad: I de to systematiske litteraturoversiktene er dobbelplatehemming med aspirin + dipyridamol satt som intervensjon og monoterapi med aspirin som kontroll (omvendt av arbeidsgruppens PICO). Dette gjelder alle utfall.

Utfall	Relativ effekt (Konfidensintervall, KI) [deltakere, studier, oppfølging]	Forventet absolutt forskjell		Tiltro til estimatene
		[kontroll]	[intervensjon]	
Utfall 1a: Gjentatt hjerneslag¹ med ASA + dipyridamol vs. ASA	OR 0.83 (KI 0.72, 0.96) Basert på data fra 8 619 deltagere i 5 RCT-studier over 1.3 til 3.5 år	99 per 1000	84 per 1000 15 færre per 1000 (KI 4 færre til 26 færre)	Moderat Upresist effektestimat ⊕⊕⊕○
Utfall 1b: Gjentatt hjerneslag² med ASA + dipyridamol vs. ASA (50 mg ASA + 400 mg/d dipyridamol vs. 30-50 mg/d ASA)	OR 0.74 (KI 0.59, 0.92) Basert på data fra 3 299 deltagere i 1 RCT-studie over 2 år	125 per 1000	96 per 1000 29 færre per 1000 (KI 9 færre til 47 færre)	Høy ⊕⊕⊕⊕

<p>Utfall 1c: Gjentatt hjerneslag² med ASA + dipyridamol vs. ASA (50 mg ASA + 400 mg/d dipyridamol vs. 75-162 mg/d ASA)</p>	<p>OR 1.05 (KI 0.56, 1.96)</p> <p>Basert på data fra 4 030 deltakere i 2 RCT-studier over 1.25 til 3.5 år</p>	<p>87 per 1000 per 1000</p> <p>Forskjell i risiko med intervensjon:</p>	<p>91 per per 1000</p> <p>4 flere per 1000 (KI 36 færre til 71 flere)</p>	<p>Veldig lav Risiko for systematiske feil, redusert overførbarhet og upresist effektestimert</p> <p>⊕○○○</p>
<p>Utfall 1d: Gjentatt hjerneslag² med ASA + dipyridamol vs. ASA (990-1300 mg ASA + 150-300 mg/d dipyridamol vs. 500-1500 mg/d ASA)</p>	<p>OR 0.84 (KI 0.59, 1.19)</p> <p>Basert på data fra 1 574 deltakere i 3 RCT-studier over 2.5 til 3 år</p>	<p>103 per 1000</p> <p>Forskjell i risiko med intervensjon:</p>	<p>88 per 1000</p> <p>15 færre per 1000 (KI 17 flere til 40 færre)</p>	<p>Moderat Upresist effektestimert</p> <p>⊕⊕⊕○</p>
<p>Utfall 2: Død, uansett årsak med ASA + dipyridamol vs. ASA</p>	<p>OR 0.96 (KI 0.83, 1.13)</p> <p>Basert på data fra 8 622 deltakere i 5 RCT-studier over 1.3 til 3.5 år</p>	<p>81 per 1000</p> <p>Forskjell i risiko med intervensjon:</p>	<p>78 per 1000</p> <p>3 færre per 1000 (KI 10 flere til 13 færre flere)</p>	<p>Høy</p> <p>⊕⊕⊕⊕</p>
<p>Utfall 3: Intrakranielle blødninger³ med ASA + dipyridamol vs. ASA</p>	<p>OR 0.69 (KI 0.43, 1.13)</p> <p>Basert på data fra 5 320 deltakere i 4 RCT-studier over 1.3 til 3.5 år</p>	<p>15 per 1000</p> <p>Forskjell i risiko med intervensjon:</p>	<p>10 per 1000</p> <p>5 færre per 1000 (KI 2 flere til 9 færre)</p>	<p>Moderat Upresist effektestimert</p> <p>⊕⊕⊕○</p>
<p>Utfall 4: Store blødninger⁴ med ASA + dipyridamol vs. ASA</p>	<p>OR 0.88 (KI 0.66, 1.17)</p> <p>Basert på data fra 8 619 deltakere i 5 RCT-studier over 1.3 til 3.5 år</p>	<p>24 per 1000</p> <p>Forskjell i risiko med intervensjon:</p>	<p>21 per 1000</p> <p>3 færre per 1000</p>	<p>Moderat Upresist effektestimert</p> <p>⊕⊕⊕○</p>

			(KI 4 flere til 8 færre)	
Utfall 5: Alle typer blødninger⁵ med ASA + dipyridamol vs. ASA	OR 0.76 (KI 0.38, 1.12) Basert på data fra 8 619 deltakere i 5 RCT-studier over 1.3 til 3.5 år	97 per 1000 Forskjell i risiko med intervensjon:	75 per 1000 22 færre per 1000 (KI 10 flere til 58 færre)	Høy ⊕⊕⊕⊕
Utfall 6: Alle typer blødninger⁶ med ASA + dipyridamol vs. ASA (50 mg ASA + 400 mg/d dipyridamol vs. 30-50 mg/d ASA)	OR 1.07 (KI 0.84, 1.37) Basert på data fra 3 299 deltakere i 1 RCT-studie over 2 år	82 per 1000 Forskjell i risiko med intervensjon:	87 per 1000 5 flere per 1000 (KI 12 færre til 27 flere)	Moderat Upresist effektestimat ⊕⊕⊕○
Utfall 7: Alle typer blødninger⁶ med ASA + dipyridamol vs. ASA (50 mg ASA + 400 mg/d dipyridamol vs. 75-162 mg/d ASA)	OR 0.85 (KI 0.56, 1.28) Basert på data fra 4 030 deltakere i 2 RCT-studier over 1.25 til 3.50 år	119 per 1000 Forskjell i risiko med intervensjon:	103 per 1000 16 færre per 1000 (KI 28 flere til 49 færre)	Lav Risiko for systematiske feil og redusert overførbarhet ⊕⊕○○
Utfall 8: Alle typer blødninger⁶ med ASA + dipyridamol vs. ASA (990-1300 mg ASA + 150-300 mg/d dipyridamol vs. 500-1500 mg/d ASA)	OR 0.86 (KI 0.55, 1.36) Basert på data fra 1 574 deltakere i 3 RCT-studier over 2.5 til 3 år	55 per 1000 Forskjell i risiko med intervensjon:	48 per 1000 7 færre per 1000 (KI 18 flere til 24 færre)	Moderat Upresist effektestimat ⊕⊕⊕○

¹ Gjentatt hjerneslag ble definert som: fatalt og ikke-fatalt hjerneslag.

² Gjentatt hjerneslag ble definert som: iskemisk hjerneslag og hjerneblødning.

³ Intrakranielle blødninger ble definert som: cerebral blødning, subarachnoidal blødning, subdural og epiduralt hematom.

⁴ Store blødninger ble definert som: intrakranielle blødninger, fatale blødninger eller blødninger som krevde sykehusinnleggelse

⁵ Alle typer blødninger ble definert som: «bleeding at any site», stor eller liten blødning, livstruende- og ikke-livstruende blødning, intrakraniell eller ekstra-kraniell blødning

⁶ Alle typer blødninger ble definert som: blødninger som oppsto hvor som helst kroppen.