

Muss ich meine Statinbehandlung abbrechen, Herr Doktor?

Gérard Waeber



Die aktuelle Kontroverse über das Risiko, unter Statinen einen Diabetes zu entwickeln, ist wohl niemandem entgangen. Einige von den Medien übernommene Pressemitteilungen kamen denn auch ziemlich aggressiv daher, woraufhin mich mehrere Patienten aufforderten, zur Angemessenheit der von mir verordneten Statinbehandlung Stellung zu beziehen.

Einen 74-jährigen Patienten, dessen Leben nach einem akuten Myokardinfarkt dank der Implantation mehrerer Koronarstents gerettet wurde, von der Fortsetzung seiner Statinbehandlung zu überzeugen, fiel mir ziemlich leicht. Denn als Sekundärprävention ist eine Statinbehandlung ohne jeden Zweifel lebensrettend. Bei der Sekundärprävention bewirkt eine geringe Senkung des LDL-Cholesterins um 1 mmol/l eine Reduktion der Vierjahresmortalit t um 14% [1]. Ein Abbruch der Statinbehandlung nach einem Myokardinfarkt ist sogar mit einem erhöhten Sterberisiko assoziiert [2, 3], und die Schweizer sind, wie übrigens auch der Rest der Welt, keine guten Schüler, wenn es darum geht, bei der Sekundärprävention die therapeutischen Ziele in Bezug auf die Lipidwerte zu erreichen!

In der Primärprävention ist die Angelegenheit schon heikler. Ein 55-jähriger Patient mit mehreren kardiovaskulären Risikofaktoren fragte mich, ob es für ihn von Nutzen sei, seine Statinbehandlung fortzusetzen. Er ist übergewichtig, hat einen Bauchumfang von 106 cm und wird aufgrund von Bluthochdruck in Kombination mit einer atherogenen Dyslipidämie behandelt. Sein theoretisches kardiovaskuläres Risiko wird laut ESC-Richtlinien auf über 5% gesch tzt und liegt laut IAS im mittleren Bereich (unter 10%). Ist eine Statinbehandlung als Primärprävention bei ihm gerechtfertigt?

Die JUPITER-Studie hat ein erhöhtes Diabetesrisiko unter Rosuvastatin ergeben (+25% im Vergleich zur Kontrollgruppe). Dabei darf jedoch nicht vergessen werden, dass durch die Behandlung ebenfalls ein kombinierter Outcome von kardiovaskulären Todesfällen und Erkrankungen um ganze 44% verringert werden konnte, und das in weniger als 2 Jahren. Eine Metaanalyse von 13 Studien, in denen Statine eingenommen wurden, hat im Vergleich zur Placebogruppe ein um 9% erhöhtes Risiko für das Auftreten eines Diabetes unter Statinen ergeben. Bei der Behandlung von 225 Patienten wie dem o.g. mit Statinen käme es theoretisch zur medikamentösen Induzierung eines Diabetes ... aber auch zur Verhinderung von 5,4 vaskulären Ereignissen [1]!

Das Risiko, unter Statinen einen Diabetes zu entwickeln, scheint ein Klasseneffekt zu sein, der bei  bergewichtigen, älteren Patienten stärker zum Tragen kommt und anscheinend mit steigender Statindosis zunimmt. Statine

führen wahrscheinlich zum früheren Auftreten eines Diabetes bei Patienten mit ohnehin hohem Diabetesrisiko. Was sollte ich also meinem Patienten sagen? Eine solche Situation erfordert natürlich eine gemeinsame Entscheidung sowie eine verständliche Information des Patienten und zeigt die Grenzen dieses (gelegentlich beangstigenden) Bereichs der Medizin auf, der (im Prinzip) auf Wirksamkeitsnachweisen beruht. Ein kürzlich erschienener Cochrane-Review über 14 randomisierte Studien (an 34 272 Patienten) kam zu dem Schluss, dass bei einer Primärprävention mit Statinen die Sterblichkeit um 16 und die Inzidenz kardiovaskulärer Ereignisse um 30% verringert ist [4]. Dennoch sind die Autoren des Artikels mit ihren Schlussfolgerungen zum Kosten-Nutzen-Verhältnis von Statinbehandlungen als Primärprävention zurückhaltend, und das neue Risiko, bei einer prädisponierten Person eventuell einen Diabetes zu induzieren, bleibt in ihren Überlegungen unbercksichtigt.

Vielleicht sollte man sich daran erinnern, dass bei der Marktzulassung der ersten Statine ebenfalls die Rede von zahlreichen Nebenwirkungen wie Hypogonadismus, Herzinsuffizienz, Demenz, Augenkrankheiten und Krebs war und sich diese Befürchtungen heute als kaum begründet erwiesen haben. Zum heutigen Zeitpunkt haben Statine mit Sicherheit viele Leben mit relativ wenigen Nebenwirkungen gerettet. Das eventuelle Auftreten eines Diabetes ist natürlich ärgerlich, jedoch nicht vergleichbar mit dem eines möglicherweise tödlich endenden Infarkts. Eine Statinbehandlung als Primärprävention zu beginnen oder abzubrechen ist also eine schwierige Entscheidung, die wir natürlich zusammen mit unseren Patienten treffen müssen. Dennoch handelt es sich hier z.T. um eine durch die Medien emotional aufgeheizte Debatte, was ich schade finde. Meiner Meinung nach wäre es zweckdienlicher, sich einmal einigen im Zusammenhang mit Statinen im Gesundheitswesen seltener behandelten Themen zu widmen: der Angemessenheit einer Statinbehandlung bei hochbetagten Menschen, der Erzielung therapeutischer Adhärenz in der Sekundärprävention und der Frage, ob es faktisch möglich ist, den Lebenswandel der Bevölkerung in unserer bewegungsarmen Welt mit zu kalorienreicher Ernährung nachhaltig zu verändern.

Literatur

- 1 Goldfine AB. N Engl J Med. 2012;366:1752-5.
- 2 Ho PM, et al. Impact of medication therapy discontinuation on mortality after myocardial infarction. Arch of Internal Med. 2006;166:1842-7.
- 3 Rasmussen JN, et al. Relationship between adherence to evidence-based pharmacotherapy and long-term mortality after acute myocardial infarction. JAMA. 2007;297:177-86.
- 4 Taylor F, et al. Statins for the primary prevention of cardiovascular disease. Cochrane Library. 2012;issue 5.