Lipidmanagement

Statinintoleranz – was tun?

Statinintoleranz ist zwar selten, aber in den Köpfen der Patienten allgegenwärtig. Praxistipps, wie man ihr begegnen kann, wie hoch der Noceboeffekt ist und welche Alternativen sich anbieten, gab Prof. Dr. Jeanine Roeters van Lennep, Erasmus MC, Rotterdam (NL) am Jahreskongress der European Society of Cardiology (ESC).

Von einer Statinintoleranz lässt sich ausgehen, wenn sich die Nebenwirkung durch Dosisreduktion oder Absetzen der Therapie zurückbildet oder bessert. Bei einer vollständigen Unverträglichkeit besteht die Intoleranz bei jeglicher Statindosis, bei einer teilweisen Intoleranz kann die notwendige Zieldosis nicht erreicht werden. Die Diagnosekriterien erfordern einen Versuch mit mindestens zwei verschiedenen Statinen, darunter eines in der niedrigsten Tagesdosis. Nebenwirkungen, die im Zusammenhang mit einer Statineinnahme angegeben werden, sind statinassoziierte Muskelsymptome (SAMS) in Form von Myalgie, Myopathie oder Rhabdomyolyse, erhöhte Transaminasen und Diabetesneuerkrankung (1). Auffällig ist, dass die Prävalenz von Statinintoleranzen in Beobachtungsstudien mit 17% viel höher ausfällt als in randomisiert kontrollierten Studien (4,9%) (2), wie Prof. Roeters van Lennep anführte.

Statine können einen beachtlichen Noceboeffekt ausüben, wie zwei Studien belegten. In der einen Crossoverstudie klagten die Patienten (n = 60) unter Plazebo über gleich starke Symptome wie unter Verum, und die Hälfte von ihnen nahm die Statintherapie nach sechs Monaten wieder auf (3). In der zweiten Studie erhielten Patienten (n = 200), die über statinbedingte Muskelschmerzen geklagt hatten, in einer Serie von sechsmal zwei Monaten abwechselnd Atorvastatin 20 mg oder Plazebo. Am Ende jeder Behandlungsperiode wurde die Stärke der Muskelschmerzen anhand der visuellen Analogskala (0 – 10) erfragt. 151 Patienten gaben Muskelschmerzen an, dies ohne signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen. Zwei Drittel der Patienten, die die Studie beendet hatten, setzten danach die Statintherapie fort (4).

Welche Patienten sind eher intolerant?

Patienten, die aufgrund einer Intoleranz die verschriebenen Statine nicht einnehmen, haben gegenüber statinadhärenten Patienten ein um 56% höheres Risiko für erneute kardiovaskuläre Ereignisse und ein um 50% erhöhtes Risiko für einen Reinfarkt (5). Die Prävalenz einer Intoleranz liegt bei 9,1%, wobei Frauen und Personen ≥ 65 Jahre häufiger darüber klagen (2). Eine Studie untersuchte biopsychologische Unterschiede zwischen statintoleranten und -intoleranten Patienten für eine Statinintoleranz und fand diese häufiger bei Frauen, bei Personen mit atherosklerotisch bedingter Herzerkrankung (ASCVD), mit Muskelerkrankungen und mit gastrointestinalen Erkrankungen. Statinintolerante Personen hatten zudem eine negativere Einstellung zu Medikamenten, weniger Vertrauen in Gesundheitspersonal und fokussierten sich generell mehr auf Nebenwirkungen als auf den Nutzen von Medikamenten (6).

Vorgehen bei Statinunverträglichkeit

Eine eingehende Aufklärung über Cholesterin als Risikofaktor für ASCVD, über die Notwendigkeit einer Lipidsenkung und den Nutzen sowie die Sicherheit einer Statintherapie sollte daher auf diese Risikogruppen ausgerichtet werden. Vor Falschinformationen in den sozialen Medien über die Statintherapie sollten die Patienten ebenfalls gewarnt und ihnen im Gegenzug Links zu vertrauenswürdigen Patientenseiten zu dieser Therapie zur Verfügung gestellt werden, wie die Expertin empfahl.

Kommt es trotzdem zu Klagen über Muskelsymptome, sollten diese ernst genommen und die Möglichkeit anderer Ursachen dafür erklärt werden, inklusive dem Noceboeffekt. Wenn die Symptome nach zweimaligem Wechsel auf andere Statine persistieren, oder der Patient die Fortsetzung einer Statintherapie ablehnt, kann auf eine Nicht-Statintherapie umgestellt werden. Hierzu gehören Ezetimibe mit einer gemäss den Focused Guideline-Update 2025 der ESC (7) durchschnittlichen Reduktion des LDL-Cholesterins um ca. 20%, Bempedoinsäure (ca. – 23%), Ezetimibe/Bempedoinsäre (ca. – 38%), PCSK9-Hemmer wie Alirocumab und Evolocumab (ca. – 60%), PCSK9-Hemmer/Ezetimibe (ca. – 70%), PCSK9-Hemmer/Ezetimibe/Bempedoinsäure (ca. – 75%), so die Mitverfasserin dieser Guidelines abschliessend. □

Valérie Herzog

Quelle: 2026 ESC Guidelines and Document overview, Jahreskongress der European Society of Cardiology, 28.– 31. August 2026, München. 2026

Referenzen:
1. Cheeley MK et al.: NLA scientific statement on statin intolerance: a new definition and key considerations for ASCVD risk reduction in the statin intolerant patient. J Clin Lipidol. 2022;16(4):361-375. doi:10.1016/j.jacl.2022.05.068
2. Bytyçi I et al.: Prevalence of statin intolerance: a meta-analysis. Eur Heart J. 2022;43(34):3213-3223. doi:10.1093/eurheartj/ehac015

Vollständige Referenzen in der Onlineversion des Beitrags unter www.arsmedici.ch