

Neues zu Statinen

Seit ihrer Eratzulassung 1987 gehören die für die Behandlung der Hyperlipidämie eingesetzten Statine zu den am weitesten verbreiteten oralen Medikamenten. Auch – oder gerade – bei Substanzen, die sich seit Jahrzehnten auf dem Markt befinden und meist über längere Zeit eingenommen werden, sind weiterführende Studien zu unerwünschten Arzneimittelwirkungen wichtig. Kürzlich wurden erneut aktuelle Studienergebnisse zu Wirkungen und Nebenwirkungen der Cholesterinsenker publiziert. Hier das Wichtigste in Kürze.

Von Claudia Reinke

Statine wirken auch bei Frauen

Nicht nur bei Männern, auch bei Frauen lässt sich ein erhöhter LDL-Cholesterol-Spiegel und damit das Herz-Kreislauf-Risiko durch die Gabe von Statinen effizient reduzieren. Dies berichtet eine jetzt in «The Lancet» erschienene Metaanalyse, die Daten aus 27 Studien mit mehr als 174 000 Probanden, unter ihnen 27 Prozent weibliche Teilnehmer, auswertete (1). Bisher waren Frauen in den meisten Statinstudien unterrepräsentiert, da sie häufig erst in einem höheren Lebensalter als Männer von kardiovaskulären Erkrankungen betroffen sind. Die von der Cholesterol Treatment Trialists' Collaboration durchgeführte Studie konnte nun belegen, dass Statine auch bei Frauen eine gute Wirksamkeit aufweisen: Das Risiko für schwere kardiovaskuläre Ereignisse liess sich sowohl bei Frauen als auch bei Männern um 21 Prozent pro 1 mmol/l erzielter Senkung des LDL-Cholesterols reduzieren. Dieser Benefit hatte auch einen signifikant positiven Einfluss auf die Mortalitätsrate, die bei Frauen um 9, bei Männern um 10 Prozent abnahm. In der Prävention schwerer kardiovasku-

lärer Erkrankungen profitieren demnach Männer und Frauen mit hohem individuellem Herz-Kreislauf-Risiko gleichermaßen von der protektiven Wirkung einer Statineinnahme.

Kein geringeres Frakturrisiko unter Statinen

In der Vergangenheit berichteten einige Beobachtungsstudien über ein verringertes Knochenbruchrisiko im Zusammenhang mit Statinbehandlungen, in anderen Studien liessen sich diese Ergebnisse dagegen nicht bestätigen. Die kürzlich publizierte randomisierte, klinische JUPITER-Studie (Justification for the Use of Statins in Prevention: an Intervention Trial Evaluating Rosuvastatin) sollte hier mehr Klarheit schaffen und überprüfen, ob sich das Frakturrisiko unter einer Therapie mit täglich 20 mg Rosuvastatin reduzieren würde (2). In die plazebokontrollierte Doppelblindstudie wurden rund 18 000 Patienten mit erhöhten Entzündungsmarkern (hochsensitives CRP ≥ 2 mg/l) aufgenommen; die Männer waren über 50, die Frauen über 60 Jahre alt. Über einen Zeitraum von bis zu 5 Jahren wurde das Auftreten von Knochenbrüchen in beiden Studiengruppen beobachtet und protokolliert. In dieser Zeit wurden gesamt 431 Frakturen registriert, 221 in der Verum-, 210 in der Plazebogruppe, was einer Frakturinzidenz pro 100 Personenjahren von 1,20 unter Rosuvastatin beziehungsweise 1,14 unter Plazebo entspricht (Hazard Ratio 1,06). Ein Zusammenhang zwischen der Statineinnahme und dem Auftreten von Knochenbrüchen liess sich somit in dieser klinischen Studie nicht belegen.

Höheres Kataraktrisiko unter Langzeittherapie mit Statinen?

Auch hier existieren inzwischen zahlreiche widersprüchliche Studien, die einerseits über ein erhöhtes Kataraktrisiko unter Statinbehandlung berichteten, dieses andererseits jedoch nicht immer schlüssig bestätigen konnten. Eine im Dezember 2014 publizierte nordamerikanische Fall-Kontroll-Studie analysierte nun erneut das Kataraktrisiko

unter Statinen in zwei verschiedenen Patientenpopulationen aus Kanada und den USA (3). Als Kataraktpatient wurde definiert, wer sich innerhalb eines Jahres nach Diagnose einer entsprechenden Operation unterziehen musste. In der kanadischen Kohorte wurden 162 501 männliche und weibliche Patienten analysiert, die vor der ersten augenärztlichen Untersuchung bereits länger als ein Jahr Statine eingenommen und sich nach Diagnosestellung einer Kataraktoperation unterzogen hatten. Im Vergleich zu Plazebo (650 004 Kontrollpersonen) zeigte sich ein signifikantes, durchschnittlich 1,27-fach erhöhtes Kataraktrisiko für Patienten, die dauerhaft Statine einnahmen. Die Auswertung der Daten der amerikanischen Kohorte, die 45 065 Kataraktpatienten umfasste, zeigte ebenfalls ein erhöhtes Kataraktrisiko der Statinpatienten. Das relative Risiko lag hier im Durchschnitt allerdings nur bei 1,07, war allerdings auch hier für jedes einzelne Statin signifikant. Die Autoren empfehlen weitere Studien, um diese Ergebnisse zu verifizieren, und weisen zudem darauf hin, dass die Studienergebnisse nicht als Grund angesehen werden sollten, keine Statine einzusetzen, wenn eine kardiovaskuläre Risikoreduktion erforderlich und wünschenswert erscheint. Dieser Rat scheint auch insofern gerechtfertigt, als eine nur wenige Monate zuvor erschienene Metaanalyse kein erhöhtes Kataraktrisiko unter Statintherapie nachweisen konnte (4).

Literatur:

1. Cholesterol Treatment Trialists-(CTT)-Collaboration; Efficacy and safety of LDL-lowering therapy among men and women: meta-analysis of individual data from 174 000 participants in 27 randomised trials. Lancet 2015 (Jan 8); doi: 10.1016/S0140-6736(14)61368-4.
2. Peña JM, Aspberg S et al. Statin Therapy and Risk of Fracture: Results From the JUPITER Randomized Clinical Trial. JAMA Intern Med 2014 (Dec 1) doi: 10.1001/jamainternmed.2014.6388.
3. Wise SJ, Nathoo NA et al. Statin use and risk for cataract: a nested case-control study of 2 populations in Canada and the United States. Can J Cardiol 2014; 30 (12): 1613–1619.
4. Kostis JB, Dobrzynski JM. Prevention of cataracts by statins: a meta-analysis. J Cardiovasc Pharmacol Ther 2014; 19 (2): 191–200.