

Statine zur kardiovaskulären Primärprävention

Neue Empfehlungen der United States Preventive Services Task Force

Kardiovaskuläre Erkrankungen gehören zu den führenden Ursachen von Morbidität und Mortalität. Statine reduzieren das Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse wie Herzinfarkt und Schlaganfall. Welche Personengruppen sollten Statine primärpräventiv erhalten?

JAMA

Die United States Preventive Services Task Force (USPSTF) ist eine Institution, die Empfehlungen zur Effektivität spezifischer Präventivmassnahmen bei Patienten ohne manifeste Zeichen oder Symptome gibt. Kürzlich hat die USPSTF ein Statement zum Einsatz von Statinen in der Primärprävention veröffentlicht und dabei unter anderem folgende Empfehlungen formuliert (1):

- ❖ Bei 40- bis 75-Jährigen ohne kardiovaskuläre Erkrankungen (CVD), die einen oder mehrere kardiovaskuläre (CV-) Risikofaktoren (Dyslipidämie, Diabetes, Hypertonie oder Rauchen) sowie ein errechnetes 10-Jahres-Risiko für ein CVD-Ereignis von 10 Prozent oder mehr aufweisen, sollte eine Statintherapie in niedriger bis mittlerer Dosis eingeleitet werden.
- ❖ 40- bis 75-Jährigen ohne CVD, die einen oder mehrere CV-Risikofaktoren und ein errechnetes 10-Jahres-Risiko für ein CVD-Ereignis von 7,5 bis 10 Prozent aufweisen, sollte selektiv eine Statintherapie in niedriger bis mittlerer Dosierung angeboten werden.
- ❖ Die aktuelle Evidenz reicht nicht aus, um das Nutzen-Risiko-Verhältnis einer Statintherapie bei Menschen ab 76 Jahren zu bewerten.

Ausser der aktuellen USPSTF-Guideline wurden seit 2013 vier wichtige Leitlinien zum Einsatz von Statinen veröffentlicht, nämlich die Guideline des American College of Cardiology (ACC) und der American Heart Association (AHA)

MERKSÄTZE

- ❖ Bei 40- bis 75-Jährigen ohne kardiovaskuläre Erkrankungen (CVD), die einen oder mehrere kardiovaskuläre Risikofaktoren sowie ein errechnetes 10-Jahres-Risiko für ein CVD-Ereignis von 10 Prozent oder mehr aufweisen, sollte eine Statintherapie in niedriger bis mittlerer Dosis eingeleitet werden.
- ❖ Liegt das 10-Jahres-Risiko zwischen 7,5 und 10 Prozent, sollte selektiv eine Statintherapie angeboten werden.

sowie die Leitlinien der Canadian Cardiovascular Society (CCS), des UK National Institute for Health and Care Excellence (NICE) und der European Society of Cardiology/European Atherosclerosis Society (ESC/EAS).

Diese fünf Leitlinien stimmen in vielen Punkten überein, doch gibt es auch einige wichtige Unterschiede, vor allem zu Themen, für die die Datenlage limitiert ist, heisst es in einem begleitenden Editorial (2).

Es besteht Übereinstimmung, dass starke Evidenz hinsichtlich der Statineffektivität sowie breite Behandlungsindikationen vorliegen – insbesondere bei Hochrisikosegmenten, einschliesslich Personen mit familiärer Hypercholesterinämie oder Diabetes und Patienten mit manifester atherosklerotischer CVD. Über die Leitlinien hinweg besteht Einigkeit, dass Statine im Allgemeinen sicher sind, vor allem bei Personen unter 76 Jahren. Dies wird durch eine gute Evidenzlage gestützt.

Unsicherheit besteht in den Guidelines in Bezug auf Nutzen und Risiken der Statine bei älteren Menschen, für die nur begrenzte Evidenz aus randomisierten klinischen Studien vorliegt. Wenig Übereinstimmung besteht hinsichtlich spezifischer LDL-(low-density lipoprotein-)Cholesterin-Zielwerte, da es hierzu nur Daten aus Beobachtungsstudien gibt. Die Frage spezifischer LDL-Cholesterin-Zielwerte bleibt demnach weiterhin unbeantwortet. Zudem besteht keine Einigkeit bezüglich eines spezifischen Schwellenwerts, ab dem die Therapie eingeleitet werden sollte. Da es keine allgemeine anerkannte Risikoschwelle gibt, könnten zusätzliche Untersuchungen bei der Therapieentscheidung helfen. Die Editorialisten merken an, dass die Bestimmung des Koronarkalks (Kalzium-Scoring) hilfreich ist, wenn nach der Arzt-Patienten-Diskussion weiterhin Unsicherheit besteht, ob eine Statintherapie eingeleitet werden soll oder nicht.

Trotz recht guter Evidenzlage aus Studien zum Einsatz von Statinen in der Primärprävention der CVD (siehe *Tabelle*) bestehen also nach wie vor gewisse Unsicherheiten. Alle fünf Leitlinien empfehlen, dass immer eine klinische Einschätzung sowie umsichtige Patienten-Arzt-Gespräche indiziert sind – unabhängig vom Risikoprofil des Patienten. Auch betonen die Guidelines die Wichtigkeit von Lebensstilinterventionen, um das Risiko bei allen Patienten unabhängig von der medikamentösen Lipidsenkung zu reduzieren. ❖

Andrea Wülker

Quellen:

1. Bibbins-Domingo K et al.: Statin use for the primary prevention of cardiovascular disease in adults: US Preventive Services Task Force recommendation statement. JAMA 2016; 316(19): 1997–2007.
2. Greenland P et al.: Interpretation and use of another statin guideline. JAMA 2016; 316(19): 1977–1979.

Interessenlage: Ein Teil der Autoren hat Forschungsgelder/Stipendien und Honorare von verschiedenen Institutionen und Unternehmen erhalten.

Tabelle:

In verfügbaren Studien verwendete Statine und Dosierungen

Statin	in CH zugelassene Präparate	Dosis (mg) ^a		
		Niedrig	Moderat	Hoch
Atorvastatin	Atorsan® Atorva® Pfizer Atorvastatin® Actavis Atorvastatin® Axapharm Atorvastatin® Helvepharm Atorvastatin® Pfizer Atorvastatin® Sandoz Atorvastatin® Spirig Atorvastatin® Streuli Atorvastatin® Zentiva Atorvastatin®-Mepha Atorvastax® Sortis®		10–20	40–80
Fluvastatin	Fluvastatin® Sandoz Fluvastatin®-Mepha Fluvastatin®-Teva Lescol®	20–40	40 2-mal/Tag	
Fluvastatin ER	Fluvastatin® Sandoz Retard Fluvastatin®-Mepha Retard Fluvastatin®-Teva Retard Lescol® Retard		80	
Lovastatin	Nicht im AK der Schweiz	20	40	
Pitavastatin	Livazo®	1	2–4	
Pravastatin	Helveprasin® Mevalotin® Pravastatin® Actavis Pravastatin® Axapharm Pravastatin® Helvepharm Pravastatin® Sandoz Pravastatin® Spirig Pravastatin® Streuli Pravastatin®-Mepha Pravastax® Selipran®	10–20	40–80	
Rosuvastatin	Crestastatin® Crestor®		5–10	20–40
Simvastatin	Simcora® Simvasin® Spirig Simvastatin® Avtavis Simvastatin® Axapharm Simvastatin® Helvepharm Simvastatin® Streuli Simvastatin®-Mepha Zocor®	10	20–40	

^a Dosiskategorien aus ACC (American College of Cardiology)/AHA (American Heart Association)-Guideline 2013 für die Behandlung von Bluthochcholesterin zur Reduzierung des kardiovaskulären Risikos bei Erwachsenen [Stone NJ et al., Circulation 2014; 129[25] [Suppl 2]: S1–S45]

(modifiziert nach USPSTF)