

Statín. Of mikið eða ekki nóg?

Jákvæð áhrif statína á horfur einstaklinga með hjarta- og æðasjúkdóma endurspeglar eitt af stærstu framfaraskrefum sem stigin hafa verið á sviði hjartalylflækninga síðustu áratugi. Áhrif á lýðheilsu eru ótvíræð og læknar hafa öðlast vopn sem nota má til að hefta framgang æðakölkunarsjúkdóma.

Alvarlegar aukaverkanir af völdum statína eru sjaldgæfar. Dæmi eru um útbreitt vöðvaniðurbrot (*rhabdomyolysis*) en það er fátítt. Aðrar aukaverkanir sem ber að nefna eru neikvæð áhrif á lifrarstarfsemi, aukin hættu á sykursýki, minnstruflanir, vöðvaverkir og vöðvamáttleysi. Mikilvægt er að hafa í huga mögulegar milliverkanir við önnur lyf.

Tíminn hefur leitt í ljós að lifraraukaverkanir eru sjaldgæfar og ekki þykir lengur nauðsynlegt að mæla lifrarpróf reglulega hjá einstaklingum sem taka statínlyf.

Vísendingar um aukna hættu á sykursýki af völdum statína eru býsna afgerandi. Þetta hefur þó litlu breytt varðandi notkun þessara lyfja hjá sjúklingum með hjarta- og æðasjúkdóma enda talið að ávinningur af meðferð vegi þyngra en áhættan í þessu tilvikum.

Nokkrar rannsóknir benda til þess að statín geti haft neikvæð áhrif á minni og gerhygli.¹ Helst hefur verið talið að þetta geti haft þýðingu fyrir einstaklinga sem þegar hafa væga skerðingu í hugsanaferli (*mild cognitive dysfunction*). Á hinn bóginn benda aðrar rannsóknir til þess að statín geti dregið úr hættu á heilabilun sem rekja má til æðakölkunarsjúkdóms. Skortur er á slambirannsóknunum til að hægt sé að fullyrða um áhrif statína í þessu efni.

Bent hefur verið á að meðferðarhæðni sé einungis um 40% fyrstu 24 mánuðina eftir að statínmeðferð er hafin.² Þetta er áhyggjuefni enda má leiða rök að því að skortur á meðferðarhæðni auki hættu á hjarta- og æðaatvikum umtalsvert.

Vöðvaverkir og vöðvamáttleysi eru algengustu ástæður þess að statínmeðferð er hætt.

Nýlega voru birtar í *Lancet* tíðnitölur um vöðvaeinkenni af völdum statínlyfja sem byggðar eru á niðurstöðum stórrar samantektar á slambirannsóknunum.³ Niðurstöðurnar benda til þess að vöðvaeinkenni af völdum statína séu mun sjaldgæfari en talið hefur verið. Höfundar greinarinnar álykta að í einungis einu af hverjum 15 tilvikum þar sem einstaklingar á statínlyfjum upplifa vöðvaverki megi rekja orsökina til lyfjameðferðarinnar sjálftrar.

Í leiðara sem ritaður var í tilefni birtingar ofangreindrar rannsóknar bendir Maciej Banach prófessor við háskólann í Lodz í Póllandi á að óábyrg skrif og fullyrðingar svokallaðrar „anti-statin“ hreyfingar

hafi dregið úr notkun statína með tilheyrandi skaðlegum áhrifum á lýðheilsu.⁴

Þótt áhrif statínlyfja séu ótvíræð hjá sjúklingum með staðfestan æðakölkunarsjúkdóm sýna rannsóknir ekki eins afgerandi árangur við meðferð einstaklinga sem ekki hafa undirliggjandi æðasjúkdóm. Í þessum hópi þarf að meðhöndla mun fleiri einstaklinga til að sjá árangur. Þá er líklegt að í slíku þýði séu margir einstaklingar sem yfir höfuð hafa ekki gagn af statínmeðferð.

Læknar axla mikla ábyrgð þegar þeir taka afstöðu til þess hvort meðhöndla á einstakling með statínlyfjum í ár eða áratugi. Í mörgum tilvikum er ábending augljós en í öðrum tilvikum er hún það alls ekki. Hlutverk læknisins er að upplýsa einstaklinginn um mögulega gagnsemi meðferðar og hugsanlega fylgikvilla. Þannig skapast forsendur til að ræða málin af skynsemi og sjúklingurinn sjálfur getur tekið upplýsta ákvörðun um hvað hann vill gera. Þannig verður til sameiginleg ákvarðanatataka læknis og sjúklings (*shared decision-making*).

Hjarta- og æðasjúkdómar eru algengasta dánarorsökin meðal aldraðra. Rannsóknir benda til þess að statín dragi úr hjarta- og æðaatvikum meðal einstaklinga á aldrinum 70-80 ára sem hafa þekktan undirliggjandi æðakölkunarsjúkdóm.⁵ Þótt hér sé um að ræða tölfraðilega marktækan mun, ber að setja hann í klínískt samhengi. Lítil gögn eru til um aukaverkanir statína og áhrif á lífsgæði meðal aldraðra. Þá er líklegt að fjölylfjameðferð aldraðra auki líkur á milliverkunum vegna statínmeðferðar.

Mikill fjöldi fólks tekur statínlyf í dag. Færa má rök fyrir því að meðal þeirra sem ekki taka statínlyf séu margir sem myndu hafa gagn af slíkri meðferð. Þá er einnig hópur fólks sem tekur statínlyf og hefur af því lítið sem ekkert gagn. Það er hlutverk okkar lækna að rétta hlut beggja þessara hópa.

Heimildir

- Ballantyne CM, Nambi V. Statins and your memory. *J Am Coll Cardiol* 2021; 77: 3157-9.
- Banach M, Burchardt P, Chlebus K, et al. PoLA/CFPiP/PCS/PSLD/PSD/PSH guidelines on diagnosis and therapy of lipid disorders in Poland 2021. *Arch Med Sci* 2021; 17: 1447-547.
- Cholesterol Treatment Trialists' Collaboration. Effect of statin therapy on muscle symptoms: an individual participant data meta-analysis of large-scale, randomised, double-blind trials. *Lancet* 2022; 400: 832-45.
- Maciej Banach. Statin intolerance: time to stop letting it get in the way of treating patients. *Lancet* 2022; 400: 791-3.
- Horodinschi RN, Stanescu AMA, Bratu OG, et al. Treatment with Statins in Elderly Patients. *Medicina (Kaunas)* 2019; 55: 721.



Axel F. Sigurðsson

hjartalæknir

axel@hjartamidstodin.is

Hjartamiðstöðinni,

Holtasmára 1,

201 Kópavogi

Mikill fjöldi fólks tekur statínlyf í dag. Færa má rök fyrir því að meðal þeirra sem ekki taka statínlyf séu margir sem myndu hafa gagn af slíkri meðferð. Þá er einnig hópur fólks sem tekur statínlyf og hefur af því lítið sem ekkert gagn. Það er hlutverk okkar lækna að rétta hlut beggja þessara hópa.

Statins. Too much or not enough

Axel F. Sigurðsson MD
cardiologist

doi 10.17992/ibl.2022.10.707