

sei erforderlich, um sicherzustellen, dass die Betroffenen Entscheidungen treffen, die ihren Werten und ihrem persönlichen Umfeld entsprechen. Es wird darauf hingewiesen, dass weitere Studien erforderlich seien und dass deren Resultate diese Empfehlung ändern könnten.

#### Kommentar:

In der pharma-kritik und im infomed-screen wurde bereits mehrfach auf die bisher noch wenig belegten Wirkungen von Cannabinoiden hingewiesen [2–6]. Viele Schmerzgeplagte setzen aber grosse Hoffnungen in cannabishaltige Medikamente. Leider bietet die vorliegende systematische Übersicht wenig konkrete Hilfe, da die eingeschlossenen Studien vie-

le Fragen unbeantwortet liessen. Fast spannender ist daher die Liste der noch zu erforschenden Themen, die in der zugehörigen Leitlinie aufgezählt werden: Unterschiede in den Behandlungseffekten bei verschiedenen Schmerztypen; Unterschiede für verschiedene Formulierungen wie THC (Delta-9-tetrahydrocannabinol), CBD (Cannabidiol) und PEA (Palmitoylethanolamid); Einfluss auf den Opioidkonsum bei chronischen Schmerzen; Wirkungen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen; optimale Dosis und Art der Verabreichung; Vor- und Nachteile von inhaliertem medizinischem Cannabis; und last not least Nutzen und Schäden eines längerdauernden medizinischen Konsums.

#### Literatur

1. Busse JW, Vankrunkelsven P, Zeng L, et al. Medical cannabis or cannabinoids for chronic pain: a clinical practice guideline. *BMJ* 2021; 374: n2040
2. Gysling E. Besser schlafen. *pharmakritik*. 2020; 42: 26–29
3. Gysling E. Cannabis-Hautpräparate nutzlos. *Unabhängige Quellen. pharmakritik*. 2020; 42: 15
4. Stohler R. Cannabis bei chronischen Schmerzen. *infomed-screen*. 2017; 21: 48
5. Koller P. Wirkt Cannabis bei multipler Sklerose? *infomed-screen*. 2012; 16: 42
6. Koller P. Cannabis bei neuropathischen Schmerzen. *infomed-screen*. 2011; 15: 5

## Statintherapie und Progression eines Diabetes

Mansi AI, Chansard M, Lingvay I. Association of statin therapy initiation with diabetes progression: a retrospective matched-cohort study. *JAMA Intern Med* 2021; 181: 1562–1574

Zusammengefasst und kommentiert von: Stefan Weiler

#### Zusammenfassung:

Eine Statintherapie scheint das Risiko eines Diabetes zu erhöhen. Dieser Effekt ist bei intensiver Statintherapie möglicherweise stärker ausgeprägt als bei moderater Statintherapie. In „infomed-screen“ wurde bereits vor einiger Zeit über die Resultate der JUPITER-Studie und einer Meta-Analyse berichtet [1, 2]. Jetzt wurde in einer retrospektiven Kohortenstudie des amerikanischen „Veterans Health Systems“ die Frage einer Assoziation zwischen dem Beginn einer Statintherapie und dem Fortschreiten einer Diabeteserkrankung untersucht. Dabei wurden je 83.022 mittels „propensity-score matching“ ausgewählte, überwiegend männliche Personen verglichen – solche, bei denen eine Statintherapie begonnen wurde und solche, die keine Statine erhielten. Der Vergleich verlief über 12 Jahre. Bei 52 % bestand zu Beginn bereits ein Diabetes, 23 % waren adipös, 64 % hatten eine Hypertonie. Bei fast einem Viertel lag das anhand des „Framingham Risk Score“ errechnete kardiovaskuläre Risiko bei unter 5 %.

Drei Viertel hatten keine bekannte kardiovaskuläre Erkrankung. Die mittlere Anwendungsdauer der Statine lag bei 5,3 Jahren. Vorwiegend wurde Simvastatin (Zocor® u.a.) verschrieben, gefolgt von Atorvastatin (Sortis® u.a.), Rosuvastatin (Crestor® u.a.) und Pravastatin (Mevalotin® u.a.). Als Mass für eine Progression des Diabetes galt in erster Linie, dass zusätzlich weitere Antidiabetika (Insulin oder orale Mittel) benötigt wurden und häufigere Hyperglykämie-Werte gemessen wurden. Bei 56% der mit Statinen Behandelten kam es zu einer Diabetes-Progression verglichen zu 48 % in der Kontrollgruppe. Gemäss den Schlussfolgerungen dieser Studie müssen 13 Personen mit einem Statin behandelt werden, damit es bei einer Person zu einer Diabetes-Progression kommt. Limitationen der Studie umfassen das retrospektive Design mit residuellen Confoundern sowie mangelnde Generalisierbarkeit.

#### Kommentar:

Statine können Auswirkungen auf den Glukosestoffwechsel haben. Zumin-

dest ein Teil des Risikos scheint durch den pharmakodynamischen Effekt der Hemmung der HMG-CoA-Reduktase bedingt zu sein – und ist daher nicht aus der Klasse der Statine eliminierbar. Auch in dieser Studie war eine intensivere Statintherapie (>50 % LDL-Reduktion) mit grösserem Risiko für eine Diabetes-Progression assoziiert. Angesichts der Belege aus klinischen Studien, dass Statine das Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse bei Personen mit Diabetes senken, ist anzunehmen, dass diese positiven Auswirkungen gegenüber der Entwicklung des Diabetes überwiegen. Das Risiko ist jedoch einerseits bei der individuellen Nutzen-Abwägung einzukalkulieren, andererseits sind ketoazidotische Zustände oder verlängerte Hyperglykämien bei Notwendigkeit einer Statintherapie zu bedenken.

#### Literatur

1. Eugster W, Bucher HC. Statine bei erhöhtem CRP? *infomed-screen*. 2009; 13: 6–7
2. Ritzmann P. Verursachen Statine Diabetes? *infomed-screen*. 2010; 14: 21