

# Kennisdocument Statines

Gepubliceerd: december 2020. Geactualiseerd: februari 2026

*Dit kennisdocument is geschreven door het SIR Instituut in het kader van de 'Module Minderen en stoppen van medicatie', onderdeel van de MDR Polyfarmacie bij ouderen, in samenspraak met de betreffende multidisciplinaire kernwerkgroep (NVKG, NHG, KNMP, Ephor, SIR).*

Dit kennisdocument kan gebruikt worden bij de overweging voor het continueren of stoppen van lipidenverlagende middelen (statines) bij patiënten  $\geq 70$  jaar in de context van cardiovasculair risico, mogelijke bijwerkingen, levensverwachting en kwetsbaarheid.

Op basis van geschat aantal jaren resterende levensverwachting en klinische conditie wordt de volgende categorisatie van *ouderen* ( $\geq 70$  jaar) gehanteerd: *gering geschatte resterende levensverwachting* ( $\leq 1$  jaar); *kwetsbare ouderen*: ouderen met een kwetsbare gezondheid (1 tot 5 jaar) en *vitale ouderen* ( $\geq 5$  jaar). Er zijn geen specifieke aanbevelingen alleen voor vitale ouderen. Deze gelden ook voor de andere 2 categorieën en zijn daarom opgenomen onder "ouderen".

## Aanbevelingen minderen en stoppen medicatie

### Gering geschatte resterende levensverwachting

*Stop statine bij*

- alle patiënten

### Kwetsbare ouderen

*Overweeg stoppen statine op proef bij*

- hart- en vaatziekten indien mogelijk sprake van hinderlijke spierklachten

*Stop statine bij*

- afwezigheid hart- en vaatziekten

### Ouderen

*Overweeg stoppen statine op proef bij*

- hart- en vaatziekten indien mogelijk sprake van hinderlijke spierklachten
- afwezigheid hart- en vaatziekte indien mogelijk sprake van hinderlijke spierklachten

*Overweeg stoppen statine bij*

- afwezigheid hart- en vaatziekte in relatie tot cardiovasculaire risicoreductie

### Wijze van afbouw

- een statine kan in 1 keer gestopt worden

### Continueer statine bij

- ouderen met een zeer hoog 10-jaars-risico op hart- en vaatziekten, fataal en niet fataal.

## Aanbevelingen minderen en stoppen medicatie

### Gering geschatte resterende levensverwachting

#### Stop statine bij

##### ■ alle ouderen [noot 1]

Het effect van stoppen op het cardiovasculair risico bij alle mensen met een gering geschatte resterende levensverwachting is beperkt. Het stoppen van statines bij deze mensen leidt op korte termijn niet tot extra cardiovasculaire events en sterfte ongeacht aanwezigheid HVZ.

### Kwetsbare ouderen

#### Overweeg stoppen statine op proef bij

##### ■ hart- en vaatziekten en sprake van mogelijk hinderlijke spierklachten

Een proefstop met statine dient om na te gaan of de spierklachten statine-gerelateerd zijn. In de praktijk blijkt er een groot nocebo-effect.

Handel hierbij volgens onderstaand stappenplan "Statine-gerelateerde spierklachten":

- 1) Maak inschatting of spierklachten statine-gerelateerd kunnen zijn aan de hand van tijdsrelatie, lokalisatie en soort klachten (zie Kader "Spierklachten").
- 2) Controleer of sprake is van een reversibele oorzaak (infectie, grote inspanning), of een interactie.
- 3) Indien geen andere oorzaak, stop statine op proef bij hinderlijke spierklachten.
- 4) Evalueer klachten na 4 weken met de patiënt:
  - Indien de klachten blijven bestaan, herstart dan zelfde statine.
  - Indien de klachten verdwenen zijn na stoppen, stop statine definitief.

#### Stop statine bij

##### ■ afwezigheid hart- en vaatziekten [noot 2]

Bij kwetsbare ouderen zonder hart- en vaatziekten, ook bij ernstige dementie, is het niet waarschijnlijk dat een statine nog cardiovasculair voordeel heeft.

### Ouderen

#### Overweeg stoppen statine op proef bij

##### ■ hart- en vaatziekten indien sprake van mogelijk hinderlijke spierklachten [noot 3,8]

Handel hierbij volgens bovenstaand stappenplan "Statine-gerelateerde spierklachten" stap 1 tot en met 3 en vervolgens:

- 4) Evalueer klachten na 4 weken met de patiënt:
  - Indien de klachten blijven bestaan, herstart dan zelfde statine.
  - Indien de klachten verdwenen zijn, switch naar een tweede statine.
- 5) Indien een tweede statine niet verdragen wordt, switch naar een derde statine.
- 6) Indien ook derde statine niet verdragen wordt, doseer dit statine om de dag of meerdere keren per week
- 7) Indien lage doseringsfrequentie niet verdragen wordt, overweeg dan definitief te stoppen met statine en overweeg andere cholesterolverlagende medicatie

##### ■ afwezigheid hart- en vaatziekte indien er sprake is van mogelijk hinderlijke spierklachten [noot 3, 8]

Handel hierbij volgens bovenstaand stappenplan "Statine-gerelateerde spierklachten" stap 1 tot en met 3 en vervolgens:

- 4) Evalueer klachten na 4 weken met de patiënt:
  - Indien de klachten blijven bestaan, herstart dan zelfde statine.
  - Indien de klachten verdwenen zijn, overweeg definitief stoppen indien geen sprake is van hoog risico (conform richtlijn CVRM 2024) dan wel van (ernstige) risicofactoren.

- Indien wel sprake is van hoog risico dan wel van (ernstige) risicofactoren aanwezig zijn zoals diabetes, een zeer hoog cholesterol (TC > 8 mmol/L) of een zeer hoge bloeddruk ( $\geq 180/110$  mmHg), switch naar een tweede statine en volg vanaf stap 5 bij “hart- en vaatziekten indien sprake van mogelijk hinderlijke spierklachten”.

#### Overweeg stoppen statine bij

##### ■ afwezigheid hart- en vaatziekten in relatie tot cardiovasculaire risicoreductie [noot 4]

Bij personen zonder bekende hart- of vaatziekten wordt het bewijs dat medicamenteuze preventie effectief is steeds minder overtuigend naarmate hun leeftijd stijgt. Dit geldt met name voor statines, waarvan het gunstige effect op mortaliteit en morbiditeit door hart- en vaatziekten bij ouderen zonder hart- en vaatziekte als onzeker moet worden beschouwd.

- Schat de risicoreductie door behandeling met statine in door bepaling van het cardiovasculaire risico met én zonder behandeldoel met behulp van een calculator in [U-Prevent](#) (SCORE2-OP of LIFE-CVD2 model).
- Bespreek de uitkomst met patiënt en overweeg stoppen of continueren in relatie tot de wens van patiënt en het vermijden van polyfarmacie.

#### **Spierklachten#** [noot 3]

*Spierklachten zijn voor 7-29% van de statinegebruikers een reden om te stoppen. Bij statine-gerelateerde spierklachten zijn de meest genoemde symptomen spierpijn in de (grote) proximale spiergroepen (dijen, billen, bovenarmen en rugspieren) en daarnaast spierzwakte en (nachtelijke) spierkrampen (ook in onderbenen). Minder frequent genoemde symptomen zijn moeheid, pijn in de (lage) onderrug, griepachtige verschijnselen, spierstijfheid, pijn in de pezen en niet-specifieke pijn aan de gewrichten. Spierklachten zijn veelal symmetrisch van aard genoemd en nemen toe bij bewegen of sporten.*

*Naast aard en lokalisatie van spierklachten wordt aanbevolen om een periode aan te houden van 4 weken waarin geen statine gebruikt wordt om vast te stellen of de spierklachten verdwijnen (dechallenge). Indien vervolgens zelfde statine weer wordt toegepast (challenge) en spierklachten weer optreden is de relatie tussen spierklachten en statine duidelijk. Vanuit praktische overwegingen wordt dan meestal voor een ander statine gekozen indien indicatie aanwezig.*

#### Wijze van afbouw

##### ■ Een statine kan in 1 keer gestopt worden [noot 7]

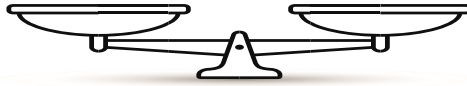
Er is geen afbouwprocedure nodig.

#### Continueer statine bij

##### ■ ouderen met een zeer hoog 10-jaars-risico op hart- en vaatziekten, fataal en niet fataal [noot 4, 5]

Ouderen van  $\geq 70$  jaar hebben een zeer hoog 10-jaarsrisico op hart- en vaatziekten, fataal of niet fataal ( $\geq 10\%$ ) indien zij de één of meer van de volgende risicofactoren hebben:

- Patiënten met hart- en vaatziekten
- Patiënten met DM met vastgestelde atherosclerotische HVZ en/of ernstige eindorgaanschade
  - eGFR <45 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> ongeacht albuminurie
  - eGFR 45-59 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> en microalbuminurie (ACR 3-30 mg/mmol)
  - Proteïnurie (ACR > 30 mg/mmol)
  - Aanwezigheid van microvasculaire aandoeningen op minstens 3 verschillende plaatsen (bijv. microalbuminurie plus retinopathie plus neuropathie)
- Ernstige chronische nierschade zonder diabetes of atherosclerotische HVZ:
  - eGFR <29 ml/min/1,73m<sup>2</sup> of
  - eGFR 30–44 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> en ACR 3-30 mg/mmol of
  - eGFR 45-59 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> en ACR >30 mg/mmol



## Weeg voor- en nadelen tegen elkaar af

### Overwegingen vóór minderen en stoppen

#### **Geringe geschatte resterende levensverwachting**

Het stoppen van statines bij deze mensen leidt op korte termijn niet tot meer cardiovasculaire events en sterfte [noot 1].

#### **Kwetsbare ouderen zonder hart- en vaatziekte**

Het is het niet waarschijnlijk dat een statine nog een cardiovasculair voordeel heeft [noot 2].

#### **Spierslachten**

Hierbij wordt een proefstap van statine aanbevolen om de causaliteit vast te stellen [noot 3].

#### **Afwezigheid van hart- en vaatziekten**

De effectiviteit van statines is beperkt bij ouderen  $\geq$  75 jaar zonder hart- en vaatziekten en risicofactoren (diabetes, nierschade) [noot 4].

#### **Wens van patiënt te stoppen**

De wens om minder medicijnen te gebruiken of met statine te stoppen.

### Overwegingen tegen minderen en stoppen

#### **Onafhankelijk dagelijks functioneren**

Ouderen die onafhankelijk zijn in hun dagelijks functioneren kunnen doorgaan met het gebruik van statines [noot 4,5].

#### **Hart- en vaatziekten**

Stoppen van een statine binnen 1 jaar na myocardinfarct is geassocieerd met een hogere mortaliteit [noot 5].

#### **Diabetes mellitus**

Diabetes mellitus met vastgestelde atherosclerotische HVZ en/of ernstige eindorgaanschade:

- eGFR  $<45$  ml/min/1,73 m<sup>2</sup> ongeacht albuminurie
- eGFR 45-59 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> en microalbuminurie (ACR 3-30 mg/mmol)
- Proteïnurie (ACR  $> 30$  mg/mmol)
- Aanwezigheid van microvasculaire aandoeningen op minstens 3 verschillende plaatsen (bijv. microalbuminurie plus retinopathie plus neuropathie) [noot 4].

#### **Ernstige chronische nierschade**

Ernstige chronische nierschade zonder diabetes of atherosclerotische HVZ:

- eGFR  $<29$  ml/min/1,73m<sup>2</sup> of
- eGFR 30-44 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> en ACR 3-30 mg/mmol of
- eGFR 45-59 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> en ACR  $>30$  mg/mmol

#### **Veiligheid op lange termijn**

Lange termijn onderzoeken hebben aangetoond dat statines veilig zijn. Bij geen of geringe bijwerkingen is er geen reden tot stoppen [noot 6].

#### **Wens van patiënt om te continueren**

De wens om geen wijzigingen aan te brengen in het medicijngebruik.

## Wat is bekend over minderen en stoppen van statines bij ouderen?

### Gering geschatte resterende levensverwachting [noot 1]

- Het stoppen van statines bij mensen met gering geschatte resterende levensverwachting leidt op korte termijn (60 dagen) tot niet meer cardiovasculaire events en sterfte.
- Statine is het meest gestopte preventieve medicijn bij patiënten met een gering geschatte resterende levensverwachting.

### Kwetsbare ouderen [noot 2]

- Het aandeel ouderen dat stopt met statines neemt toe naarmate de leeftijd stijgt en de kwetsbaarheid toeneemt.
- Gebruik van statines bij ouderen  $\geq 80$  jaar heeft geen negatieve invloed op de ervaren gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven.

### Bijwerkingen [noot 3]

- 7-29% van de statinegebruikers staakt behandeling vanwege spierklachten.

### Afwezigheid van hart- en vaatziekten [noot 4]

- Het staken van statines bij ouderen zonder hart- en vaatziekten is op korte termijn veilig, maar verbetert de kwaliteit van leven niet en vermindert de zorgkosten evenmin.

## Noten

### Noot [1]: Gering geschatte resterende levensverwachting

In een RCT van 381 patiënten met een levensverwachting van 1 maand tot 1 jaar werd aangetoond dat stoppen met statines ten opzichte van continueren niet leidt tot meer sterfte of cardiovasculaire events op zeer korte termijn (60 dagen) en zelfs de kwaliteit van leven verbetert [Kutner 2015]. Er zijn geen andere RCTs op dit gebied. In een systematische review van onderzoeken naar minderen en stoppen van cardiopreventieve medicatie bij patiënten met een geschatte resterende levensverwachting van 1-12 maanden bleken statines het meest gestopte type medicijn, gevolgd door acetylsalicylzuur en vitamine K-antagonisten. Veel preventieve medicatie werd echter gecontinueerd tot overlijden [Narayan 2017]. In een observationeel onderzoek gebruikte > 30% van de oudere patiënten met kanker nog statines in de 30 dagen voor overlijden; voor een deel van hen droeg continuering van statines onnodig bij aan de medicatiebelasting [Stavrou 2012].

### Noot [2]: Kwetsbare ouderen

De NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement stelt: “Bij personen zonder bekende hart- of vaatziekten wordt het bewijs dat medicamenteuze preventie effectief is steeds minder overtuigend naarmate hun leeftijd stijgt. Vooral bij kwetsbare ouderen is er weinig bewijs. Dit geldt met name voor statines, waarvan het gunstige effect op mortaliteit en morbiditeit door hart- en vaatziekten bij ouderen zonder hart- en vaatziekte als onzeker moet worden beschouwd. Indien medicamenteus behandelde patiënten met het voortschrijden van hun leeftijd en/of kwetsbaarheid op een zeker moment agressiever worden behandeld dan wat deze richtlijn voor ouderen adviseert, dient te worden overwogen de streefwaarden van behandeling minder stringent te maken. Stoppen met preventieve medicatie is aangewezen bij bijwerkingen die als ernstig ervaren worden. In de overige gevallen moet per patiënt een afweging worden gemaakt, waarin het vermijden van polyfarmacie en de wens van de patiënt belangrijke componenten zijn.” [NHG 2024].

Medicamenteuze preventie bij ouderen met een bekende hart- en vaatziekte wordt door onderzoek gesteund en in het algemeen dus aanbevolen, tenzij kwetsbaarheid en bijwerkingen dit niet toelaten of er sprake is van een beperkte levensverwachting is [Ramos 2018; Savarese 2013; Armitage 2019; Skolnik 2019].

In het kader van de levensverwachting moet de *time to benefit* nagegaan worden. In de PROSPER-studie werd een significant cardiovasculair morbiditeits- en mortaliteitsvoordeel gezien na gemiddeld ruim 3 jaar statinegebruik (NNT 25). In diverse andere onderzoeken met jongere deelnemers werd een kortere *time to benefit* gevonden. Een man van 85 jaar had in 2024 gemiddeld een resterende levensverwachting van 5,9 jaar [Volksgezondheid 2024]. De levensverwachting van een 85-jarige met hart- en vaatziekten bij wie een statine overwogen wordt, is waarschijnlijk lager en zal vooral bepaald worden door de ernst van de comorbiditeit en het actuele niveau van functioneren [NHG 2024]. Dezelfde overwegingen gelden voor het staken van een statine. In een groot databaseonderzoek in huisartsenpraktijken in het Verenigd Koninkrijk bleek dat 5,6% van de ouderen  $\geq 80$  jaar stopten met statines, stijgend naar 17,8% bij 100-jarigen [Gulliford 2017]. Uit dit onderzoek bleek verder dat het stoppercentage bij primaire preventie (6,5%) iets hoger was dan bij secundaire preventie (5,2%). Ook nam het stoppercentage toe afhankelijk van het niveau van kwetsbaarheid, van 5,0% naar 7,1% voor de zeer kwetsbaren. Fins onderzoek onder statinegebruikers  $\geq 80$  jaar suggereert dat gebruik van een statine de ervaren gezondheidsgelateerde kwaliteit van leven niet negatief beïnvloedt ten opzichte van 80-plussers die geen statine gebruiken [Strandberg 2018]. Dit ontkracht zorgen over het gebruik van statines bij de oudste ouderen en geeft aan voorzichtig te zijn met het minderen en stoppen van statines op grond van alleen hogere leeftijd.

### Noot [3]: Bijwerkingen

Veiligheidsdata uit klinisch onderzoek laten zien dat statines goed verdragen worden, zelfs door oudere patiënten [Baigent 2005; Gulliford 2017]. In de praktijk blijken echter veel hogere percentages patiënten bijwerkingen van statines te rapporteren [Ramos 2018]. De meest voorkomende bijwerkingen betreffen spierklachten.

#### *Spierklachten*

Myopathie, gedefinieerd als een serumconcentratie creatinekinase  $> 10 \times$  de referentiewaarde, is in klinische trials en postmarketingrapporten beschreven als bijwerking van statines bij 0,1-0,5% van de patiënten [NHG 2024]. Het aantal mensen dat in de praktijk spierklachten rapporteert bij statines is 15-30% en 7-tot 29% van de statinegebruikers staakt de statinebehandeling vanwege spiergerelateerde bijwerkingen [Geers 2020]. In de dagelijkse klinische praktijk is het risico op bijwerkingen van een statine bij ouderen, zowel met als zonder hart- en vaatziekten, niet in te schatten. Het ontbreken van relevante myopathie in onderzoeken met statines is niet te extrapoleren naar de dagelijkse praktijk: in deze vooral door de farmaceutische industrie gesponsorde onderzoeken zijn veelal deelnemers opgenomen die vitaler zijn en minder comorbiditeit en comediatie hebben dan de ouderen die inmiddels in groten getale met statines behandeld worden. Postmarketingsurveillance geeft evenmin een betrouwbare indicatie van de incidentie van myopathie, omdat deze vaak mild is en deels oude patiënten treft die al mobiliteitsstoornissen ervaren. Milde myopathie kan echter wel degelijk leiden tot een relevante reductie van mobiliteit, die theoretisch zelfs het nagestreefde preventieve effect teniet kan doen [CVRM 2024]. In de praktijk is het belangrijk na te gaan wat de aard en lokalisatie van de spierklachten is om een eerste inschatting te maken. Hiertoe is het kader spierklachten opgenomen [Geers 2020].

Gebruikers van statines  $> 65$  jaar hebben geen verhoogde kans op ernstige spiergerelateerde bijwerkingen [Armitage 2019]. De meest gevreesde bijwerking, rhabdomyolyse (ernstige myopathie met spierafbraak en myoglobinemie en myoglobulinurie) is uiterst zeldzaam: 0,44% per 100 patiëntjaren [NHG 2024].

#### *Andere bijwerkingen*

Voornamelijk pravastatine en simvastatine zijn in studies geassocieerd met kans op vermoeidheid en een laag energieniveau, voornamelijk bij vrouwen [Golomb 2012]. Eerdere bevindingen dat lipidenverlagende behandelingen kunnen bijdragen aan een verhoging van de niet-cardiovasculaire mortaliteit (kanker, zelfmoord, depressie) of aan psychische stoornissen zijn in een grote meta-analyse niet bevestigd [NHG 2024; Emberson 2012].

### Noot [4] Afwezigheid van hart- en vaatziekten

De grootste meta-analyse met individuele patiëntdata [CTT 2019] concludeert dat statines major vascular events reduceren ongeacht leeftijd, maar dat er minder direct bewijs is voor ouderen zonder hart- en vaatziekten  $>75$  jaar. Er zijn ook relatief weinig events/data zijn in die subgroep. Ook op basis van andere studies bij ouderen van 75-85 jaar zonder hart- en vaatziekten kan gesteld worden dat statines geen effect hebben op mortaliteit en ischemische hartziekten en lijkt behandeling minder zinvol [CVRM 2024; Ramos 2018; Savarese 2013; Armitage 2019; Skolnik 2019]. Voor ouderen van 75-85 jaar met diabetes is aangetoond dat behandeling met statines leidt tot verminderde mortaliteit en minder ischemische hartziekten. Bij ouderen  $> 85$  jaar lijkt dit effect te verdwijnen, maar de steekproefgrootte was te klein om dit vast te stellen [Ramos 2018].

U-Prevent positioneert zichzelf expliciet als hulpmiddel om individueel cardiovasculair risico én behandel-effect (en dus absolute winst) te bespreken mede in kader van gedeelde besluitvorming). Hiervan kan gebruik worden gemaakt van de calculatoren SCORE2-OP of LIFE-CVD2. SCORE2-OP is ontwikkeld/ gevalideerd voor ouderen van 70 tot 80 jaar om 5- en 10-jaars risico op (fatale + niet-fatale) CVD-events te schatten. SCORE2-OP is als tabel ook terug te vinden in de Nederlandse CVRM-richtlijn en noemt SCORE2-OP en gesprek over beleid expliciet als doel van de risicoschatting [CVRM 2024]. LIFE-CVD2 is een geüpdatet/recalibrated model om *lifetime* CVD-risico en

potentiële behandelwinst te schatten in Europese risicoregio's op basis van pooled cohort-datasets). In het kader van minder en stoppen van statines kan met deze calculatoren bekeken worden wat de toename is van het cardiovasculaire risico [U-Prevent].

De Nederlandse ECSTATIC-studie (n = 1067, gemiddelde leeftijd 55 jaar) liet zien dat aanvankelijk 65% van de patiënten met een laag cardiovasculair risico (n = 492) stopten met preventieve cardiovasculaire medicatie en dat na 2 jaar 27% nog steeds gestopt was [Luymes 2018]. Er was slechts een beperkte toename van systolische bloeddruk (met 6 mmHg) en LDL-cholesterol (met circa 0,03 mmol/l). Bij jaarlijkse monitoring van bloeddruk en cholesterol is stoppen veilig. Beperking van dit onderzoek was de relatief jonge populatie met een zeer laag 10-jaars risico op hart- en vaatziekten.

#### **Noot [5]: Hart- en vaatziekten**

Statines zijn bewezen effectief ter vermindering van de mortaliteit en cardiovasculaire events bij mensen die al een hart- en vaatziekte hebben, inclusief ouderen van 65-75 jaar [Savarese 2013; Armitage 2019; Skolnik 2019]. Er is beperkt bewijs voor effectiviteit van statines bij ouderen  $\geq$  75 jaar. Zie [noot 4].

#### **Noot [6]: Veiligheid op lange termijn.**

Een systematische review op basis van 3 RCTs met follow-up tussen 3,2 en 5,6 jaar en 21 observationele studies vond geen significant bewijs dat statinegebruik leidt tot verslechterde cognitieve functies [Adhikary 2021]. Een grote analyse van geblindeerde RCT-data uit 2026 concludeert dat trialdata geen causaal verband ondersteunen tussen statines en cognitieve klachten die wel op labels genoemd worden [CCT 2026].

Er wordt verder onderzoek gedaan of leeftijd direct van invloed is op de zeer kleine toename van diabetes onder statinegebruikers en of statines een nadelige invloed hebben op de cognitie [Armitage 2019].

#### **Noot [7]: Stoppen van statine**

In Canada bleek dat het stoppen van statines bij ontslag uit het ziekenhuis van opgenomen verpleeghuispatiënten afnam van 26,4% in 2003-2004 tot 10,6% in 2012 [Stall 2015]. In een Australisch onderzoek bleek dat 95% van de oudere ziekenhuispatiënten (gemiddelde leeftijd 78 jaar) bereid zou zijn met hun statine te stoppen als hun voorschrijver zou aangeven dat dit mogelijk was. Hetzelfde percentage had zorgen omtrent mogelijke bijwerkingen van statines [Qi 2015]. In Amerikaans onderzoek zagen ouderen (gemiddeld 72 jaar, n = 297) met een beperkte levensverwachting (1-12 maanden) vooral voordelen van het staken van statines, waaronder minder kosten (63%), mogelijk stoppen van andere medicatie (34%) en een betere kwaliteit van leven (25%) [Tjia 2017].

#### **Noot [8]: Stoppen op proef van statine**

De Richtlijn Erfelijke dyslipidemie in de 2<sup>e</sup> en 3<sup>e</sup> lijn geeft het concrete advies hinderlijke bijwerkingen ten gevolge van statinegebruik te beoordelen door afwisseling van periodes van 4 weken met en zonder statinegebruik. Indien myalgie opnieuw optreedt bij het herstarten moet een krachtiger statine in een lagere dosering of in een lagere frequentie (bijvoorbeeld om de dag of zelfs eens per week) geprobeerd worden [NIV 2019]. De NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement geeft aan dat het beleid bij een patiënt met myalgie maar zonder een sterke verhoging van creatininekinase in de praktijk gebaseerd zal zijn op trial and error, waarbij verschillende statines worden uitgetest of een zeer lage dosis gedurende meerdere dagen per week en een geleidelijke verhoging van de dosering [NHG 2024]. Dit advies is aangehouden in dit kennisdocument, waarbij bij het herintroduceren ook een ander statine geprobeerd kan worden voordat een lage dosering van een krachtiger statine geprobeerd kan worden. Afhankelijk van de situatie (bijvoorbeeld kwetsbare ouderen) kan na een proefstop direct besloten worden te stoppen met een statine.

Ook vooraf kan een inschatting gemaakt worden op grond van de gerapporteerde spierklachten in hoeverre deze statine-gerelateerd is. Indien spierpijn op de voorgrond staat vergroot aanwezigheid in de (grote) proximale spiergroepen (dijen, billen, bovenarmen en rugspieren) de kans dat deze statine-gerelateerd is. Andere vormen van spierklachten door statines zoals spierzwakte en (nachtelijke) spierkrampen kunnen ook anders gelokaliseerd zijn zoals de onderbenen.

## Literatuur

### Adhikary 2021

Adhikari A, Tripathy S, Chuzi S, Peterson J, Stone NJ. Association between statin use and cognitive function: A systematic review of randomized clinical trials and observational studies. *J Clin Lipidol*. 2021 Jan-Feb;15(1):22-32.

### Armitage 2019

Cholesterol Treatment Trialists' Collaboration. Efficacy and safety of statin therapy in older people: a meta-analysis of individual participant data from 28 randomised controlled trials *Lancet* 2019;393:407-15.

### Baigent 2005

Baigent C, Keech A, Kearney PM, Blackwell L, Buck G, Pollicino C, et al. Efficacy and safety of cholesterol-lowering treatment: prospective meta-analysis of data from 90,056 participants in 14 randomised trials of statins. *Lancet* 2005;366:1267-78.

### CTT 2019

Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaboration. Efficacy and safety of statin therapy in older people: a meta-analysis of individual participant data from 28 randomised controlled trials. *Lancet*. 2019;393:407-415.

### CTT 2026

Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaboration. Assessment of adverse effects attributed to statin therapy in product labels: a meta-analysis of double-blind randomised controlled trials. *Lancet*. 2026;407:689-703

### CVRM 2024

Nederlands Huisartsen Genootschap, Nederlandse Internisten Vereniging & Nederlandse Vereniging voor Cardiologie. (2024). Richtlijn Cardiovasculair risicomanagement (CVRM). Richtlijndatabase. Geraadpleegd op 24 september 2025.

[https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/cardiovasculair\\_risicomanagement\\_cvr/samenvatting\\_richtlijn\\_cardiovasculair\\_risicomanagement.html](https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/cardiovasculair_risicomanagement_cvr/samenvatting_richtlijn_cardiovasculair_risicomanagement.html)

### Emberson 2012

Emberson JR, Kearney PM, Blackwell L, et al. Lack of effect of lowering LDL cholesterol on cancer: meta-analysis of individual data from 175,000 people in 27 randomised trials of statin therapy. *PLoS One* 2012;7:e29849

### Geers 2020

Geers H. De rol van de apotheker bij spierpijnklachten door statinegebruik. *Nederlands Platform voor Farmaceutisch Onderzoek*.2020;5:a1723.

### Golomb 2012

Golomb BA, Evans MA, Dimsdale JE, White HL. Effects of statins on energy and fatigue with exertion: results from a randomized controlled study. *Arch Intern Med* 2012;172:1180-2.

### Gulliford 2017

Gulliford M, Ravindrarajah R, Hamada S, Jackson S, Charlton J. Inception and deprescribing of statins in people aged over 80 years: Cohort study. *Age Ageing* 2017;46:1001-5.

### **Iwere 2015**

Iwere RB, Hewitt J. Myopathy in older people receiving statin therapy: a systematic review and meta-analysis. *Br J Clin Pharmacol* 2015;80:363-71.

### **Kutner 2015**

Kutner JS, Blatchford PJ, Taylor DH Jr, Ritchie CS, Bull JH, Fairclough DL, et al. Safety and benefit of discontinuing statin therapy in the setting of advanced, life-limiting illness: A randomised clinical trial. *JAMA Intern Med* 2015;175:691-700.

### **Luymes 2018**

Luymes CH, Poortvliet RKE, Van Geloven N, De Waal MWM, Drewes YM, Blom JW, et al. Deprescribing preventive cardiovascular medication in patients with predicted low cardiovascular disease risk in general practice - the ECSTATIC study: A cluster randomised non-inferiority trial. *BMC Med* 2018;16:5.

### **Narayan 2017**

Narayan SW, Nishtala PS. Discontinuation of preventive medicines in older people with limited life expectancy: a systematic review. *Drugs Aging* 2017;34:767-76.

### **NHG 2024**

NHG-Standaard Cardiovasculair risicomangement (CVRM) (versie 4.0). Utrecht: NHG, september 2024.

### **NIV 2019**

Richtlijn Erfelijke dyslipidemie in de 2e en 3e lijn. Utrecht: Nederlandse Internisten Vereniging, 2019.  
<https://richtlijnen database.nl>, geraadpleegd september 2020.

### **Ploeg 2020**

van der Ploeg MA, Floriani C, Achterberg WP, Bogaerts JMK, Gussekloo J, Mooijaart SP, Streit S, Poortvliet RKE, Drewes YM. Recommendations for (Discontinuation of) Statin Treatment in Older Adults: Review of Guidelines. *J Am Geriatr Soc.* 2020 ;68(2):417-425.

### **Qi 2015**

Qi K, Reeve E, Hilmer SN, Pearson SA, Matthews S, Gnjidic D. Older peoples' attitudes regarding polypharmacy, statin use and willingness to have statins deprescribed in Australia. *Int J Clin Pharm* 2015;37:949-57.

### **Ramos 2018**

Ramos R, Comas-Cufí M, Martí-Lluch R, Balló E, Ponjoan A, Alves-Cabrato L, et al. Statins for primary prevention of cardiovascular events and mortality in old and very old adults with and without type 2 diabetes: retrospective cohort study. *BMJ* 2018;362:k3359.

### **Savarese 2013**

Savarese G, Gotto AM Jr, Paolillo S, D'Amore C, Losco T, Musella F, et al. Benefits of statins in elderly subjects without established cardiovascular disease: a meta-analysis. *J Am Coll Cardiol* 2013;62:2090-9.

### **Skolnik 2019**

Skolnik N. Reexamining recommendations for treatment of hypercholesterolemia in older adults. *JAMA* 2019;321:1249-50.

**Stall 2015**

Stall NM, Fischer HD, Wu CF, Bierman AS, Brener S, Bronskill S, et al. Unintentional discontinuation of chronic medications for seniors in nursing homes. *Medicine (Baltimore)* 2015;94:e899.

**Stavrou 2012**

Stavrou EP, Buckley N, Olivier J, Pearson SA. Discontinuation of statin therapy in older people: Does a cancer diagnosis make a difference? An observational cohort study using data linkage. *BMJ Open* 2012;2:e000880.

**Strandberg 2018**

Strandberg TE, Urtamo A, Kahara J, Strandberg AY, Pitkala KH, Kautiainen H. Statin treatment is associated with a neutral effect on health-related quality of life among community-dwelling octogenarian men. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2018;73:1418-23.

**Tjia 2017**

Tjia J, Kutner JS, Ritchie CS, Blatchford PJ, Bennett Kendrick RE, Prince-Paul M, et al. Perceptions of statin discontinuation among patients with life-limiting illness. *J Palliat Med* 2017;20:1098-103.

**U-Prevent**

UMC Utrecht. U-Prevent: cardiovascular risk calculators. Utrecht: UMC Utrecht; [geraadpleegd 2026 Feb 17]. Beschikbaar op: <https://www.umcutrecht.nl/nl/u-prevent>

**Volksgesondheid 2024**

[Levensverwachting | Leeftijd en geslacht | Volksgesondheid en Zorg](#). Bekeken 10 oktober 2025