
Statinbehandling ved demens

KOMMENTAR

MARIUS MYRSTAD

marius.myrstad@vestreviken.no

Marius Myrstad er overlege ved Medisinsk avdeling, Bærum sykehus.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

HÅKON IHLE-HANSEN

Håkon Ihle-Hansen er lege i spesialisering ved Medisinsk avdeling, Bærum sykehus.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Legemiddelbehandling hos eldre kompliseres av multimorbiditet, polyfarmasi med risiko for interaksjoner og aldersrelaterte farmakokinetiske- og farmakodynamiske endringer med økt risiko for bivirkninger. Behandlingsretningslinjer mangler ofte omtale av eldre og avslutning av forebyggende behandling nevnes sjelden. Manglende omtale skyldes ofte at det foreligger lite dokumentasjon i denne pasientgruppen. Selv om mange studier har inkludert eldre pasienter, er de skrøpeligste med multimorbiditet, polyfarmasi eller demenssykdom ofte ekskludert. Få studier har undersøkt nytteverdien av å seponere legemidler [\(1\)](#). Klemsdal og medarbeidere fortjener honnør for egne avsnitt om eldre i de nye retningslinjene for forebygging av hjerte- og karsykdommer og i omtalen av disse i Tidsskriftet [\(2, 3\)](#).

Imidlertid er det store variasjoner i helsetilstand, funksjonsnivå og leveutsikter blant eldre, og dermed vanskelig å gi gode generelle råd om forebyggende behandling. Retningslinjene oppgir demens som en tilstand som reduserer forventet nytte av forebyggende behandling med statiner, og at behandlingen derfor bør seponeres. Det er ikke overbevisende dokumentasjon for at statinbehandling bremser utviklingen av kognitiv svikt hos personer med demens [\(4\)](#), men behandling for å forebygge hjerte- og karsykdom synes å ha en gunstig påvirkning både når det gjelder risiko for å utvikle demens og sykdommens forløp ved Alzheimers sykdom og vaskulær demens [\(5\)](#).

Også blant demenssyke er det store variasjoner i leveutsikter og mange kan leve mange år etter diagnosetidspunkt. Blant disse kan tiltak for å redusere kardiovaskulær risiko ha betydning. Forebyggende tiltak som fysisk aktivitet og røykeslutt bør derfor anbefales også til pasienter med demens. Statinbehandling kan være aktuelt hos demenssyke, særlig i tidlig sykdomsfase og hos pasienter med høy kardiovaskulær risiko. Muskulære bivirkninger er vanligere hos eldre og kan være alvorlig for pasienter med dårlig mobilitet og fallrisiko, og demenssyke har økt risiko for kognitive bivirkninger ved polyfarmasi. Det er derfor spesielt viktig med en individuell vurdering av potensiell nytte og risiko ved behandlingen hos disse pasientene. Multimorbiditet og funksjonsnivå er blant faktorene som påvirker leveutsiktene mest og dermed må tillegges vekt i beslutninger om forebyggende behandling.

LITTERATUR

1. Rossello X, Pocock SJ, Julian DG. Long-Term Use of Cardiovascular Drugs: Challenges for Research and for Patient Care. *J Am Coll Cardiol* 2015; 66: 1273 - 85. [PubMed][CrossRef]
2. Helsedirektoratet. Forebygging av hjerte- og karsykdom. Nasjonal faglig retningslinje for forebygging av hjerte- og karsykdom. <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/forebygging-av-hjerte-og-karsykdom> (1.8.2017).
3. Klemsdal TO, Gjelsvik B, Elling I et al. Nye retningslinjer for forebygging av hjerte- og karsykdom. *Tidsskr Nor Legeforen* 2017; 137: 1164 - 8.
4. McGuinness B, Craig D, Bullock R et al. Statins for the treatment of dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2014; 7: CD007514. [PubMed]
5. Snyder HM, Corriveau RA, Craft S et al. Vascular contributions to cognitive impairment and dementia including Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement* 2015; 11: 710 - 7. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 3. mai 2018. *Tidsskr Nor Legeforen*. DOI: 10.4045/tidsskr.18.0314
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 15. februar 2026.