

Wirksamkeit von Atorvastatin und Rosuvastatin vergleichbar

r -- Nicholls SJ, Ballantyne CM, Barter PJ et al. Effect of two intensive statin regimens on progression of coronary disease. N Engl J Med 2011 (1. Dezember); 365: 2078-87

[\[LINK\]](#)

Zusammenfassung: Peter Ritzmann

Zur Sekundärprävention bei Personen mit koronarer Herzkrankheit und sehr hohem kardiovaskulärem Risiko (z.B. nach perkutaner Intervention mit Stent-Implantation) haben sich hochdosierte Statine als wirksamer erwiesen als niedrigdosierte. Heute stehen mit Atorvastatin (Sortis® u.a.) und Rosuvastatin (Crestor®) zwei Statine zur Verfügung, die sich für eine hochdosierte Behandlung besonders eignen. In der aktuellen, von der Rosuvastatin-Herstellerfirma finanzierten, doppelblind geführten Studie wurden Atorvastatin (80 mg täglich) und Rosuvastatin (40 mg täglich) bei 1'000 Personen mit koronarer Herzkrankheit direkt miteinander verglichen. Als primärer Endpunkt diente die Veränderung von mittels intravasaler Sonographie vermessenen koronaren Plaques.

Die Behandlung mit Rosuvastatin führte zu etwas niedrigeren LDL-Cholesterinwerten (im Durchschnitt 1,62 gegenüber 1,82 mmol/l) und etwas höheren HDL-Cholesterinwerten (1,30 gegenüber 1,26 mmol/l). Die als primärer Endpunkt definierte Abnahme des prozentualen Plaquevolumens war ebenfalls etwas grösser (1,2% gegenüber 1,0%), dieser Unterschied erreichte aber keine statistische Signifikanz. Kein Unterschied zeigte sich bezüglich kardiovaskulärer Ereignisse. Unter Atorvastatin waren die Transaminasen etwas häufiger erhöht, unter Rosuvastatin trat dagegen häufiger eine Proteinurie auf.

Diese direkte Vergleichsstudie Atorvastatin/Rosuvastatin zeigt, dass Rosuvastatin bei Verwendung der höchsten zugelassenen Dosierung ein etwas potenterer Cholesterinsenker ist als Atorvastatin. Die Studie untersuchte keine harten Endpunkte, ihre Aussagekraft ist entsprechend klein. Dass sich bezüglich des primären Endpunktes, der Veränderung von koronaren Plaques in der Sonographie, kein signifikanter Unterschied darstellen liess, spricht aber dafür, dass sich grundsätzlich beide für eine Hochdosis-Statintherapie eignen. Dies ist insbesondere von Bedeutung, weil mit dem Auslaufen des Patentschutzes Atorvastatin-Präparate in Zukunft erheblich günstiger sein dürften. Darüber hinaus spielen andere Faktoren wie ihr unterschiedliches Interaktionspotential eine Rolle bei der Therapiewahl.

Zusammengefasst von Peter Ritzmann