

## DESTAQUES DA ROSUVASTATINA NO CONGRESSO EUROPEU DE ATEROSCLEROSE

PRAGA, REPÚBLICA TCHECA, 23 A 26 DE ABRIL DE 2005

O papel dos níveis elevados de LDL-C está bem estabelecido como fator de risco para a doença cardiovascular (DCV) e como alvo primário da terapia redutora de lípidos. As recomendações mais recentes apontam reduções mais contundentes do LDL-C, especialmente em pacientes com risco muito alto, com valores inferiores ou iguais a 70 mg/dL (Grundy *et al.* 2004). Além disso, o controle dos níveis do não HDL-C e da apolipoproteína B (ApoB) também tem sido sugerido como alvo secundário da terapia hipolipemiante nos pacientes com hipertrigliceridemia (NCEP ATP III; Grundy 2002).

Dados de vários estudos apresentados sobre a rosuvastatina no congresso indicam que o tratamento com esse fármaco pode propiciar a obtenção das metas lipídicas a uma ampla gama de pacientes. Em 4 estudos, a eficácia da rosuvastatina foi comparada com a da atorvastatina. Dois dos estudos randômicos fazem parte do Programa DISCOVERY e avaliaram por 12 semanas o uso da rosuvastatina 10 mg em 3.133 pacientes hipercolesterolêmicos. Os resultados do estudo DISCOVERY PENTA, no qual o Brasil teve participação expressiva, demonstraram que o tratamento com a rosuvastatina 10 mg levou mais pacientes a atingir as metas do NCEP ATP III e Européias ( $p < 0,0001$ ) (Figura 1).

O Dr. Clearfield *et al.* apresentaram os resultados do estudo PULSAR, que é duplo-cego, randômico, de 6 semanas, que comparou a eficácia e a segurança da rosuvastatina 10 mg com a da atorvastatina 20 mg em 996 pacientes hipercolesterolêmicos de alto risco (doença coronariana diagnosticada ou risco equivalente de doença coronariana, definido pelo NCEP ATP III). Após 6 semanas, mais pacientes tratados com a rosuvastatina alcançaram as metas NCEP ATP III e européias de forma significativa ( $p < 0,05$ ) que os do grupo atorvastatina 20 mg.

No estudo POLARIS, 871 pacientes com hipercolesterolemia definida como LDL-C entre 160 e 250 mg/dL foram randomizados para receber a rosuvastatina na dose de 20 mg ou a atorvastatina 40 mg por 2 semanas, seguidas por uma titulação para rosuvastatina 40 mg e atorvastatina 80 mg por 24 semanas (Leiter *et al.* 2005). Após 8 semanas de tratamento, a rosuvastatina na dose de 40 mg também permitiu que mais pacientes atingissem significativamente as metas européias combinadas de LDL-C e colesterol total de 2003 e de não-HDL-C do NCEPATP III ( $p < 0,05$ ).

Outros 4 estudos compararam a eficácia da rosuvastatina com a da atorvastatina e outras estatinas. Schuster *et al.* apresentaram dados do estudo MERCURY I, pesquisa de 8 semanas que avaliou 3.056 pacientes com hipercolesterolemia, comparando a eficácia da rosuvastatina 10 mg com a da atorvastatina 20 mg, sinvastatina 20 mg e

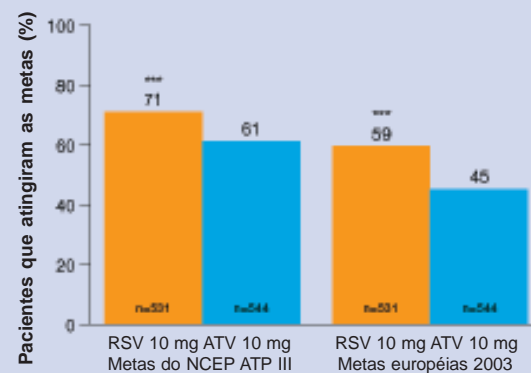
pravastatina 40 mg. Em comparação do resultado com outras estatinas, o tratamento com a rosuvastatina 10 mg propiciou a um número significativamente maior de pacientes ( $p < 0,0125$ ), incluindo aqueles com risco cardiovascular moderadamente alto e muito alto, atingir as metas atualizadas do NCEPATP III ( $< 70$  mg/dL para pacientes de risco muito alto e  $< 100$  mg/dL para aqueles com risco moderadamente alto).

Muitos estudos foram apresentados, como a análise *post-hoc* de 2.240 pacientes do estudo STELLAR, o MERCURY II, o RADAR, o estudo ORION, que pesquisou os efeitos do tratamento com a rosuvastatina nas doses de 5 ou 40 mg sobre a composição da placa aterosclerótica por 2 anos, por meio da ressonância magnética.

Os dados apresentados no EAS 2005 ampliam ainda mais a base de evidências que dá suporte à tolerabilidade da rosuvastatina, que tem demonstrado notável eficácia na modificação dos parâmetros lipídicos e na obtenção de metas se se comparar com as demais estatinas usadas por pacientes com hipercolesterolemia, seja de alto, seja de muito alto risco de eventos cardiovasculares.

Além disso, dados de vários estudos apresentados confirmam os efeitos pleiotrópicos da rosuvastatina, bem como sua ação na redução da proteína C reativa, diminuindo assim a inflamação do endotélio e a progressão da aterosclerose em pacientes com síndrome metabólica e diabéticos.

Figura 1. Proporção de pacientes participantes do estudo DISCOVERY-PENTA que atingiram as metas de LDL-C



Metas segundo o NCEP ATP III: LDL-C  $< 100$ ,  $130$  e  $160$  mg/dL ( $< 2,5$ ;  $3,4$  e  $4,1$  mmol/L, respectivamente) para pacientes de alto risco, de risco intermediário e de baixo risco, respectivamente.  
Metas européias 2003: LDL-C  $< 2,5$  ou  $3,0$  mmol/l ( $100$  ou  $115$  mg/dL) dependendo da categoria de risco. LDL-C = colesterol ligado a lipoproteínas de baixa densidade; ITT = intenção de tratar; RSV = rosuvastatina; ATV = atorvastatina; NCEP ATP = Comitê para Tratamento de Adultos do Programa Nacional de Educação sobre o Colesterol  
\*\*\*  $p < 0,001$  vs ATV