

Semaglutid vorteilhaft bei chronischen Nierenerkrankungen und Typ-2-Diabetes

Datum: 18.12.2024

Original Titel:

Effects of Semaglutide on Chronic Kidney Disease in Patients with Type 2 Diabetes

Kurz & fundiert

- Verbessert Semaglutid die Nierenfunktion bei Typ-2-Diabetes?
- Randomisiert-kontrollierte Studie vergleicht subkutanen Semaglutid 1,0 mg wöchentlich versus Placebo
- 3 533 Erwachsene mit Typ-2-Diabetes und chronischer Nierenerkrankung
- Durchschnittsalter 76 Jahre; 70 % Männer; 30 % Frauen
- Signifikante Reduktion von renalen und kardiovaskulären Ereignissen

MedWiss – Menschen mit Typ-2-Diabetes und chronischer Nierenerkrankung haben ein hohes Risiko für schwerwiegende Folgeerkrankungen. Eine aktuelle randomisierte, kontrollierte Studie zeigte, dass die Behandlung mit Semaglutid diese Risiken signifikant reduzieren kann. Bei den Studienteilnehmern, die Semaglutid erhielten, war das Risiko für schwere Nierenereignisse um 24 % und das Risiko für schwere kardiovaskuläre Ereignisse um 18 % niedriger als in der Placebo-Gruppe.

Menschen mit Typ-2-Diabetes und einer chronischen Nierenerkrankung haben ein hohes Risiko für Nierenversagen, kardiovaskuläre Ereignisse und vorzeitigen Tod. Eine aktuelle Studie hat nun untersucht, ob eine Behandlung mit Semaglutid diese Risiken mindern kann.

Einfluss von Semaglutid auf chronische Nierenerkrankung bei Typ-2-Diabetes?

Patienten mit Typ-2-Diabetes und chronischer Nierenerkrankung wurden nach dem Zufallsprinzip einer subkutanen Semaglutid-Dosis von 1,0 mg wöchentlich oder einem Placebo zugewiesen. Eine chronische Nierenerkrankung wurde anhand der geschätzten glomerulären Filtrationsrate (eGFR) und dem Albumin-Kreatinin-Verhältnis im Urin bestimmt. Das primäre Ergebnis waren schwere Nierenereignisse, d. h. eine Kombination aus dem Beginn eines Nierenversagens (Dialyse, Transplantation oder eine eGFR von < 15 ml pro Minute pro $1,73\text{ m}^2$), eine mindestens 50%ige Verringerung der eGFR gegenüber dem Ausgangswert oder Tod durch nierenbedingte oder kardiovaskuläre Ursachen.

Randomisiert-kontrollierte Studie mit 3 533 Teilnehmern: Semaglutid vs. Placebo

Bei den insgesamt 3 533 Teilnehmern (1767 Semaglutid-Gruppe; 1766 Placebo-Gruppe) betrug die mediane Nachbeobachtungszeit 3,4 Jahre. Das Risiko für das Eintreten eines primären Ergebnisses

war in der Semaglutid-Gruppe 24 % niedriger als in der Placebo-Gruppe (331 vs. 410 primäre Ereignisse; Hazard Ratio, HR: 0,76; 95 % Konfidenzintervall, KI: 0,66 – 0,88; $p = 0,0003$). Ähnliche Ergebnisse gab es für eine Kombination der nierenspezifischen Komponenten des primären Studienendpunktes (HR: 0,79; 95 % KI: 0,66 – 0,94) und für Tod durch kardiovaskuläre Ursachen (HR: 0,71; 95 % KI: 0,56 – 0,89).

Signifikante Reduktion von renalen und kardiovaskulären Ereignissen

Der mittlere jährliche eGFR-Anstieg war weniger steil und betrug 1,16 ml pro Minute pro 1,73 m² in der Semaglutid-Gruppe ($p < 0,001$), was auf einen langsameren Rückgang der eGFR hindeutet. Das Risiko schwerer kardiovaskulärer Ereignisse war um 18 % niedriger (HR: 0,82; 95 % KI: 0,68 – 0,98; $p = 0,029$) und das Gesamtsterberisiko war 20 % niedriger (HR: 0,80; 95 % KI 0,67 – 0,95; $p = 0,01$). Schwerwiegende unerwünschte Ereignisse wurden bei einem geringeren Prozentsatz der Teilnehmer in der Semaglutid-Gruppe als in der Placebo-Gruppe dokumentiert (49,6 % vs. 53,8 %).

Semaglutid schützt Nierenfunktion bei Hochrisikopatienten mit Typ-2-Diabetes

Semaglutid kann das Risiko für klinisch wichtige Nierenergebnisse und Todesfälle durch kardiovaskuläre Ursachen bei Patienten mit Typ-2-Diabetes und chronischer Nierenerkrankung reduzieren. Die Autoren geben allerdings zu bedenken, dass der Effekt von Semaglutid auf die Nierenfunktion nicht auf Menschen mit einem niedrigeren Risikoprofil übertragbar ist.

Referenzen:

Perkovic V, Tuttle KR, Rossing P, Mahaffey KW, Mann JFE, Bakris G, Baeres FMM, Idorn T, Bosch-Traberg H, Lausvig NL, Pratley R; FLOW Trial Committees and Investigators. Effects of Semaglutide on Chronic Kidney Disease in Patients with Type 2 Diabetes. N Engl J Med. 2024 Jul 11;391(2):109-121. doi: 10.1056/NEJMoa2403347. Epub 2024 May 24. PMID: 38785209.