

Bei Diabetes Herz und Nieren schützen

Neuer Mineralokortikoid-Rezeptor-Antagonist

Neben der Hypertonie gilt der Diabetes als eine der häufigsten Ursachen für die progrediente Verschlechterung der Nierenfunktion. Bei den Betroffenen kann die Behandlung mit Medikamenten sinnvoll sein, die das Fortschreiten der Niereninsuffizienz bremsen und zusätzlich das kardiovaskuläre Risiko reduzieren können.

Menschen, die gleichzeitig an Diabetes und chronischer Nierenerkrankung (CKD) leiden, haben ein exzessiv gesteigertes kardiovaskuläres Risiko. Zugleich ist die CKD bei Diabetes die häufigste Ursache für eine terminale Niereninsuffizienz, die eine Dialyse oder Organtransplantation erforderlich machen kann. Daher benötigen die Erkrankten eine kardiorenale protektive Therapie. Das Risiko für eine Krankheitsprogression und für kardiovaskuläre Ereignisse bleibt bei Menschen mit CKD und Diabetes jedoch auch dann noch hoch, wenn Blutzuckerspiegel und Blutdruck mit den in Leitlinien empfohlenen nephroprotektiven Medikamenten gut eingestellt sind, erklärte PD Dr. Ingo Hilgendorf, Klinik für Kardiologie und Angiologie I, Universitäts-Herzzentrum Freiburg – Bad Krozingen.

Aufgrund der komplementär antifibrotischen und antiinflammatorischen Wir-

kung ist die zusätzliche Gabe eines Mineralokortikoid-Rezeptor-Antagonisten (MRA) in dieser Situation pathophysiologisch sinnvoll.

Mineralokortikoid-Rezeptor als Therapie-Target

Seit Oktober 2022 ist in Deutschland mit Finerenon (Kerendia®) ein neuer nicht-steroidaler, selektiver MRA mit vergleichsweise niedrigem Hyperkaliämierisiko verfügbar, der zur Behandlung der CKD (Stadium 3 und 4 mit Albuminurie) in Verbindung mit Typ-2-Diabetes bei Erwachsenen eingesetzt werden kann.

„Mit Finerenon wurde in den Zulassungsstudien eine wesentliche kardiorenale Protektion bei Menschen mit CKD und Diabetes erreicht“, so Hilgendorf. In FIDELITY, der gepoolten Auswertung der Studien FIDELO-DKD und FIGARO-DKD, führte Finerenon zu einer signifikanten relativen Risikoreduktion von 14% für kardiovaskuläre Ereignisse (14,4% vs. 12,7%) und von 23% für renale Ereignisse (7,1% vs. 5,5%) [1].

Silke Wedekind

Quellen: [1] Agarwal R et al. Eur Heart J. 2022;43:474–84; Symposium „Wenn es an die Nieren geht – Kardiovaskuläre Herausforderungen im klinischen Alltag meistern“, Herztag der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK), Bonn, 29. September 2022 (Veranstalter: Bayer Vital)



Kurz notiert

Thiazid-artige Diuretika öfter einsetzen?

In der Bluthochdrucktherapie sollten die Unterschiede zwischen den Thiaziddiuretika wie Hydrochlorothiazid und Thiazid-artigen Diuretika wie Indapamid beachtet werden. Letztere haben eine längere Wirkdauer von bis zu 24 Stunden. Zudem ist das Risiko für die Entwicklung einer Herzinsuffizienz unter Thiazid-artigen Diuretika niedriger als bei anderen antihypertensiven Wirkstoffklassen. Der Einsatz Thiazid-artiger Diuretika hat sich auch in Risikogruppen, z. B. bei Betroffenen mit höherem Alter oder reduzierter Nierenfunktion, bewährt. Gemäß den europäischen Leitlinien sollten Diuretika in allen Stufen des Therapiealgorithmus als Kombinationspartner bei Hypertonie eingesetzt werden. In der Brisighella Heart Studie bewirkte die Kombination aus Perindopril, Amlodipin und Indapamid (als Fixkombination Viacorind®) eine stabilere Blutdrucksenkung als andere Kombinationstherapien bei gleichzeitig protektivem Stoffwechselprofil [1].

red

Quellen: [1] Cicero AFG et al. J Clin Med. 2021;10:5921; nach Informationen von Servier