

Das leistet Irbesartan für nierenkranke Diabetiker:

Komplikationen werden um Jahre hinausgezögert

CHICAGO – Typ-2-Diabetiker, deren Nieren bereits Schaden genommen haben, profitieren in erheblichem Masse von der Therapie mit einem AT₁-Rezeptorblocker. Im frühen Stadium der Mikroalbuminurie kann die Uhr oft sogar zurückgedreht werden, und bei fortgeschrittenem Funktionsverlust kann man vielen Patienten Dialyse und Transplantation ersparen.

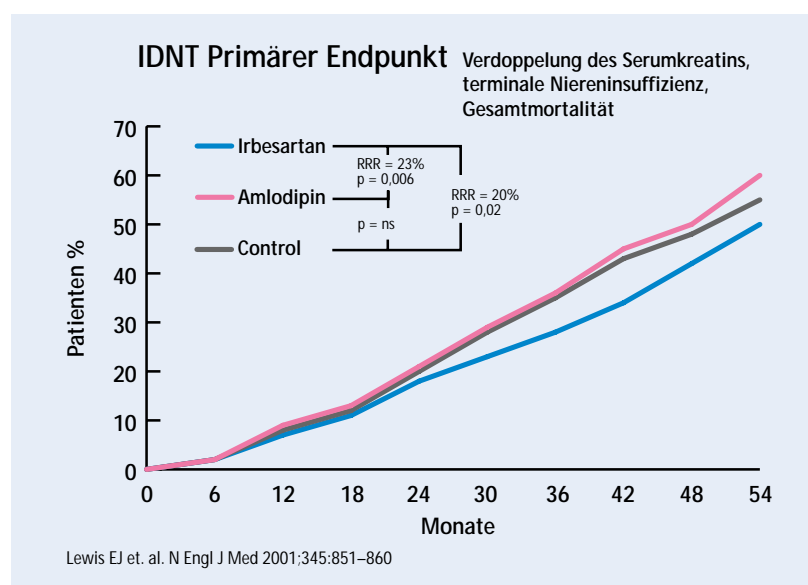
In den Studien IRMA-2 und IDNT hat der AT₁-Antagonist Irbesartan unter Beweis gestellt, dass man von ihm in puncto Nephroprotektion mehr erwarten kann, als sich allein durch die Blutdrucksenkung erklären lässt (Kasten).

- Irbesartan in Höchstdosis senkte das Risiko der Progression zur offenen Proteinurie um bis zu 70 % (IRMA-2). Jeder dritte Patient wies nach zwei Jahren Normalwerte für Eiweiss im Urin auf.
- Bei bereits fortgeschrittener Niereninsuffizienz verminderte Irbesartan das Risiko für eine weitere Reduktion der Nierenfunktion um ein Drittel (Abb. 1, IDNT). Gelang es gleichzeitig, den systolischen Druck unter 140 mmHg zu senken – für einen Diabetiker eigentlich zu hoch; hier gilt der Zieldruck unter 130 mmHg –, sank das Risiko um über 60 %.

Was solche Studienergebnisse in der Praxis bedeuten, erklärte Professor Dr. Julia Lewis von der Vanderbilt University in Nashville am konkreten Beispiel: „Wenn

ich einen Typ-2-Diabetiker mit Mikroalbuminurie mit Irbesartan behandle, wird er seine Proteinurie statt nach fünf bis acht Jahren erst nach zwölf bis 20 Jahren bekommen“, erläuterte die Nephrologin auf einer Pressekonferenz der Firma Sanofi-Synthelabo am *Amerikanischen Herzkongress*. „Ein Patient mit fortgeschrittener Nierenschädigung wird eben nicht nach sieben bis zehn Jahren dialyse- oder transplantationspflichtig, sondern erlebt das vielleicht gar nicht mehr.“

Wie potent der AT₁-Antagonist ist, zeigt sich auch an der so genannten Number needed to treat (NNT). Um bei einem Patienten den Schritt von der Mikroalbuminurie zur Proteinurie zu verhindern, müssen 10 Patienten zwei Jahre lang Irbesartan erhalten. Um einem Patienten mit Proteinurie die Verdopplung des Serumkreatinins zu ersparen, muss man 15 Patienten drei Jahre lang therapieren. Zum Vergleich: Um einen kardiovaskulären Risikopatienten vor dem ersten Infarkt zu bewahren, müssen 53 Patienten mehr als vier Jahre lang Lipidsenker schlucken.



Irbesartan ist kosteneffektiv

Mehr Geld gespart als bezahlt

CHICAGO – Die Sartane gelten als Hochpreis-Antihypertensiva. Nun konnte erstmals der Beweis erbracht werden, dass sich durch den Einsatz eines dieser Hightech-Medikamente mehr Geld sparen lässt, als man dafür ausgeben muss.

Das terminale Nierenversagen ist eine der Erkrankungen, die das Gesundheitssystem in besonderem Masse belasten, und die Zahl betroffener Patienten steigt stetig. Der Diabetes mellitus, vor allem der Typ-2-Diabetes, ist heute schon die häufigste Ursache, Tendenz: steigend. Allein in den USA gibt es mindestens eine halbe Million Diabetiker mit offener Proteinurie, denen in absehbarer Zeit Nierenversagen, Dialyse und Transplantation drohen.

Terminal Nierenkranke sind teure Patienten. Jeder einzelne kostet die Krankenversicherungssysteme etwa zehnmal soviel wie ein Patient ohne Nierenschaden – nicht nur wegen der hohen Kosten für die spezifische nephrologische

Therapie, sondern auch, weil die überdurchschnittlich hohe Rate kardiovaskulärer Komplikationen zusätzliche Kosten verursacht.

Seit IDNT weiß man, dass der AT₁-Antagonist Irbesartan Patienten mit Proteinurie davor bewahren kann, rasch ins terminale Nierenversagen abzurutschen. Die Frage ist: Was bedeutet das für die Gesundheitskosten? Professor Dr. Roger Rodby, Nephrologe am Rush-Presbyterian-St. Luke's Medical Center in Chicago hat dies anhand der IDNT-Patienten durchkalkuliert.

Das Ergebnis ist beeindruckend: In den ersten fünf Jahren können pro Patient etwa 10 000 US-Dollar gespart werden, wenn man die Patienten zusätzlich zur Standardtherapie mit Irbesartan statt mit einem Kalziumantagonisten behandelt (Abb. 2). Hochgerechnet auf die halbe Million amerikanischen Diabetiker mit Proteinurie ergibt sich ein Einsparpotenzial von 2,3 Milliarden US-Dollar in drei Jahren – „das ist viel Geld für einen so kurzen Zeitraum“, kommentierte Prof. Rodby. „Normalerweise bezahlt

PRIME in Kürze

PRIME, das „Program for Irbesartan Mortality and Morbidity Evaluation“, besteht aus zwei prospektiven, randomisierten, plazebokontrollierten Doppelblindstudien: IRMA-2 prüfte die Wirksamkeit von Irbesartan bei Diabetikern mit Mikroalbuminurie, die Teilnehmer von IDNT hatten bereits eine fortgeschrittenere Nierenschädigung mit Proteinurie. In beiden Studien war die Hochdrucktherapie so eingestellt, dass alle Gruppen identische Blutdruckwerte aufwiesen.

IRMA-2

Irbesartan in Microalbuminuria Type 2 Diabetes Mellitus in Hypertensive Patients

Teilnehmer: 590 Typ-2-Diabetiker mit Hypertonie und Mikroalbuminurie

Medikation: 150 versus 300 mg Irbesartan versus Plazebo plus antihypertensive Standardtherapie

Follow-up: zwei Jahre

Wichtigste Ergebnisse: Irbesartan senkte das relative Risiko der Progression zur manifesten Proteinurie um 40 % (150 mg) respektive 70 % (300 mg). Der Anteil der Patienten, deren renale Proteinausscheidung sich normalisierte, betrug ein Drittel und war damit 1,5 mal so hoch wie unter Plazebo.

IDNT

Irbesartan Diabetic Nephropathy Trial

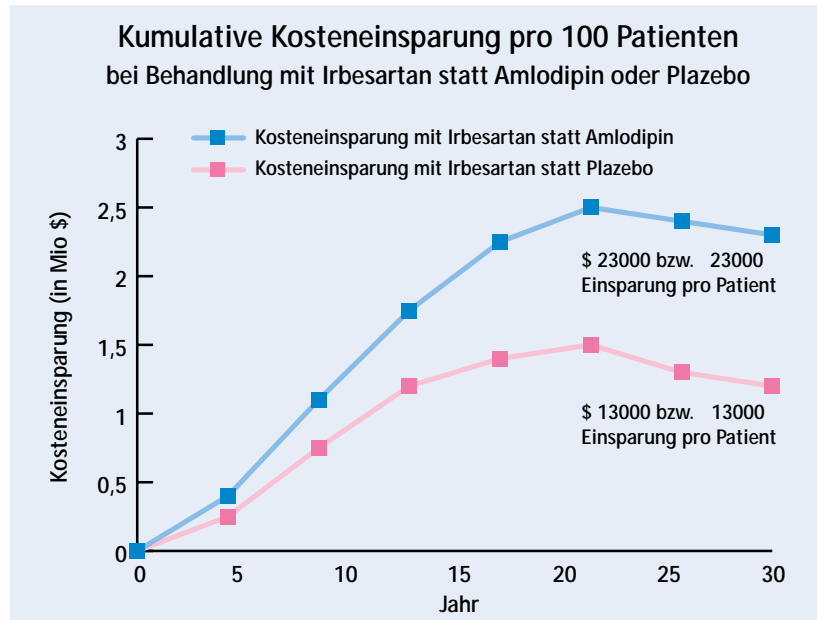
Teilnehmer: 1715 hypertensive Typ-2-Diabetiker mit manifester Niereninsuffizienz

Medikation: Irbesartan (bis zu 300 mg) versus Amlodipin (bis zu 10 mg) versus Plazebo

Follow-up: rund 2,5 Jahre

Wichtigste Ergebnisse: Irbesartan senkte das Risiko für den kombinierten Endpunkt (Verdopplung des Serumkreatinins, Progression zum terminalen Nierenversagen oder Tod) um 20 % versus Plazebo und um 23 % versus Amlodipin. Das Risiko, dass das Serumkreatinin aufs Doppelte anstieg, sank um 33 % respektive 37 %.

man dafür, Komplikationen zu verhindern und Leben zu verlängern. Hier können wir damit sogar Geld sparen.“ Die Resultate der europäischen Patienten entsprachen übrigens fast exakt denen der amerikanischen.



Aprovel®/Aprovel® Forte: Antihypertonikum, Angiotensin-II-Rezeptor-Antagonist (Typ AT₁). Z: Wirkstoff: Irbesartan, Tabletten zu 150mg bzw. 300mg. IKS-Liste B. I: Behandlung der essentiellen Hypertonie. D: Übliche Anfangs- und Erhaltungsdosis: 150 mg 1x täglich. KI: Überempfindlichkeit gegen einen Bestandteil des Arzneimittels, Schwangerschaft, stark eingeschränkte Leberfunktion. VM: Schwangerschaftskategorie C/D. Flüssigkeits- und/oder Salzverlust durch vorausgegangene Diuretikabehandlung, leichte bis mittelschwere Leberinsuffizienz, bilaterale Nierenarterienstenose oder Stenose der Nierenarterie bei Einzelniere. UW: Vergleichbar mit Plazebo. IA: Wenn Aprovel gleichzeitig mit Thiaziddiuretika verabreicht wird, ist der blutdrucksenkende Effekt additiv. P: Tabletten zu 150 mg bzw. 300 mg: 28 und 98, kassenzulässig.
CoAprovel®/CoAprovel® Forte: Kombiniertes Antihypertonikum, Angiotensin-II-Antagonist (Typ AT₁), Thiaziddiuretikum. Z: Wirkstoffe: Irbesartan, Hydrochlorothiazid, Tabletten zu 150 mg bzw. 300 mg Irbesartan/12,5 mg Hydrochlorothiazid. IKS-Liste B. E/W: CoAprovel/CoAprovel Forte ist eine Kombination aus Irbesartan und Hydrochlorothiazid. Die Kombination dieser beiden Komponenten zeigt einen additiven antihypertensiven Effekt. I: Behandlung der essentiellen Hypertonie, wenn mittels Monotherapie ein nur ungenügender Effekt erzielt werden kann. D: CoAprovel/CoAprovel Forte wird 1x täglich unabhängig von den Mahlzeiten eingenommen. KI: Überempfindlichkeit gegen einen Bestandteil des Arzneimittels, Anurie, Schwangerschaft, stark eingeschränkte Leber- und Nierenfunktion, VM: Schwangerschaftskategorie C/D. Flüssigkeits- und/oder Salzverlust durch vorausgegangene Diuretikabehandlung, leichte bis mittelschwere Leberinsuffizienz, bilaterale Nierenarterienstenose oder Stenose der Nierenarterie bei Einzelniere. UW: Kopfschmerzen, Benommenheit, Müdigkeit, Übelkeit, Erbrechen. IA: Keine Interaktionen mit anderen blutdrucksenkenden Mitteln wie Betablockern, Calciumantagonisten mit langer Wirksamkeit und Thiaziddiuretika. P: Tabletten zu 150 mg bzw. 300 mg Irbesartan/12,5 mg Hydrochlorothiazid: 28 und 98, kassenzulässig. Weitere Angaben im Arzneimittel-Kompendium der Schweiz.

Idee und Konzeption:
INTER MEDICAL, Urs Graf-Strasse 8,
Postfach 368, 4020 Basel
Information: Sanofi-Synthelabo und Bristol Myers Squibb
Redaktion: Manuela Arand, Winfried Powollik
Layout: Patrik Brunner
Produktion: Patricia Stachniss

© Nachdruck – auch auszugsweise – nur mit schriftlicher Genehmigung des Verlages.