

# Vliv léčby semaglutidem na chronické onemocnění ledvin u pacientů s diabetem 2. typu: výsledky studie FLOW

## Effect of semaglutide treatment on chronic kidney disease in patients with type 2 diabetes: results from the FLOW study

Pavína Piřhová

Geriatrická interní klinika 2. LF UK a FN v Motole, Praha

✉ MUDr. Pavína Piřhová, Ph.D. | pavlina.pithova@fnmotol.cz | www.fnmotol.cz

Doručeno do redakce | Doručené do redakcie | Received 2. 10. 2024

### Studie FLOW: design a základní informace

V květnu 2024 byly v časopise The New England Journal of Medicine (NEJM) publikovány výsledky studie FLOW (přítom poslední vizita posledního pacienta proběhla začátkem ledna 2024, analýza výsledků tedy byla velmi rychlá) [1].

FLOW byla multicentrická (387 center ve 28 zemích, roz-místěných v Severní Americe, Evropě, Asii i Austrálii) rando-mizovaná dvojitě zaslepená a placebem kontrolovaná studie. Do studie byla zařazena kardiovaskulárně vysoce riziková sku-pina 3 533 pacientů, diabetiků 2. typu s chronickým onemoc-něním ledvin (definovaným jako odhadovaná glomerulární fil-trace podle kreatininu eGFR mezi 50–75 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> a poměr exkrece albumin [mg]/kreatinin [g] 300–5 000 mg/g nebo eGFR 25–50 ml/s a poměr exkrece albumin [mg]/krea-tinin [g] 100–5 000 mg/g), kteří byli chronicky léčeni maxi-mální tolerovatelnou dávkou inhibitoru systému renin-angio-tenzin-aldosteron (tj. inhibitorem angiotenzin-konvertujícího enzymu nebo sartanu) a jejich hodnota HbA<sub>1c</sub> byla < 10 % (tj. < 86 mmol/mol v jednotkách používaných ČR).

Průměrný věk pacientů byl 66,6 ± 9 let, 30 % žen, průměrný BMI 32 kg/m<sup>2</sup>, průměrná hodnota HbA<sub>1c</sub> 7,8 ± 1,3 % (tj. cca 62 mmol/mol), průměrná hodnota eGFR 47 ± 15 ml/min/1,73m<sup>2</sup> (přičemž 2/3 pacientů měly eGFR mezi 30 a 60 ml/min/1,73m<sup>2</sup>).

Pacienti byli randomizováni v poměru 1 : 1 do skupin lé-čených semaglutidem nebo placebem. V léčbě diabetu bylo povoleno i současně podávání gliflozinů (a pacienti užívající tyto léky byli randomizováni rovnoměrně do obou skupin). Semaglutid byl postupně titrován v průběhu 8 týdnů až do dávky 1 mg 1krát týdně.

### Studie FLOW: výsledky

Primárním výsledkem byl výskyt renálního selhání (zahá-jení pravidelného dialyzačního léčení, transplantace led-

viny nebo snížení eGFR < 15 ml/min/1,73m<sup>2</sup>), snížení eGFR > 50 % od vstupní hodnoty nebo smrt z kardiovaskulárních a renálních příčin.

Sekundárním výsledkem byla křivka poklesu renální funkce (hodnocená jako meziroční pokles eGFR), velké kardiovasku-lární příhody (MACE: nefatální infarkt myokardu, nefatální mozková příhoda nebo smrt z kardiovaskulárních příčin) a smrt z jakýchkoliv příčin.

Studie byla postavena jako „event-driven“, tj. počítalo se množstvím primárních a sekundárních výsledků.

V placebové i semaglutidové skupině shodně 15 % paci-entů užívalo glifloziny, 61 % aplikovalo inzulin a 80 % užívalo hypolipidemickou léčbu.

Interim analýza proběhla při nahlášení 570 primárních vý-sledků, pacienti byli povoláni k závěrečné návštěvě a studie byla ukončena. V době ukončení byla průměrná doba sledo-vání 3,4 roku. Adherence k léčbě činila 89 %.

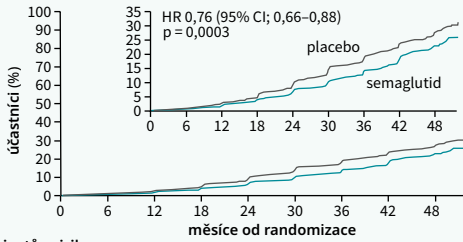
Ve skupině semaglutidu bylo celkem nahlášeno 331 pri-márních výsledků oproti 410 příhodám v kontrolní skupině, což znamenalo redukcí o 24 % (hazard ratio/HR 0,76; 95% konfidenční interval/CI 0,66–0,88; p = 0,0003).

Redukce příhod byla zaznamenána jak z pohledu chro-nického onemocnění ledvin (HR 0,79; 95% CI 0,66–0,94), **graf 1**, s. 104, tak ve fatálních kardiovaskulárních příhodách (HR 0,71; 95% CI 0,56–0,89), **graf 2**, s. 104.

Rovněž křivka poklesu funkce ledvin byla výrazně méně strmá ve skupině léčené semaglutidem (**graf 3**, s. 104) a výskyt velkých kardiovaskulárních příhod byl snížen o 18 % (212 vs 254 příhod; HR 0,82; 95% CI, 0,68–0,98; p = 0,029).

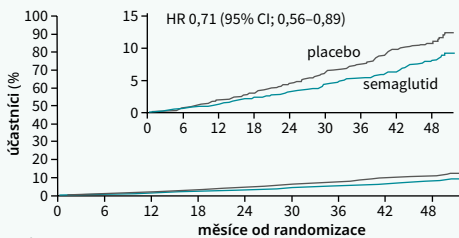
První „rozevření nůžek“ bylo pozorovatelné již po 12–18 měsících léčby. Ve skupině semaglutidu byl rovněž zazna-menán větší pokles hmotnosti pacientů (4,5 kg) a větší rozdíl ve zlepšení metabolické kompenzace oproti placebové sku-pině (o 0,81 %, tj. cca o 15 mmol/mol).

**Graf 1 | První velká příhoda onemocnění ledvin.**  
Upraveno podle [1]



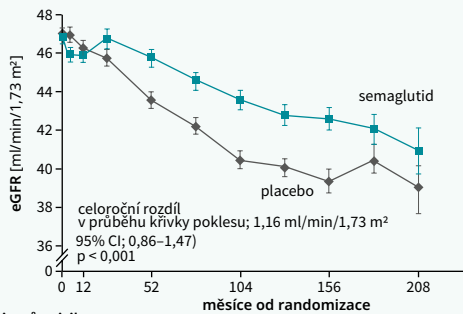
počet pacientů v riziku											
placebo	1 766	1 736	1 682	1 605	1 516	1 408	1 048	660	354		
semaglutid	1 767	1 738	1 693	1 640	1 572	1 489	1 131	742	392		

**Graf 2 | Smrt z kardiovaskulárních příčin.**  
Upraveno podle [1]



počet pacientů v riziku											
placebo	1 766	1 737	1 697	1 641	1 601	1 544	1 185	772	437		
semaglutid	1 767	1 739	1 703	1 665	1 627	1 583	1 234	838	460		

**Graf 3 | Křivka poklesu celkových hodnot eGFR.**  
Upraveno podle [1]



počet pacientů v riziku												
placebo	1 766	1 663	1 573	1 609	1 490	1 441	1 284	876	609	199		
semaglutid	1 766	1 665	1 590	1 606	1 521	1 468	1 345	952	651	218		

CI – interval spolehlivosti/Confidence Interval HR – poměr rizik/|Hazard Ratio

Protože studie byla zahájena v době před publikací výsledků studií, které svými výsledky prokázaly renální i kardiovaskulární protektivní efekt gliflozinů, budou další subanalýzy zaměřeny i na skupinu pacientů užívajících současně se semaglutidem i glifloziny.

Z pohledu diabetologa je zajímavé, že vstupně se jednalo o nepříliš dobře kompenzované diabetiky 2. typu se širokým rozsahem snížení renální funkce, takže pacientů, kteří se velmi často vyskytují i v našich ambulancích. V semaglutidové skupině sice došlo k mírnému zlepšení metabolické kompenzace, ale vzhledem k významné redukci primárních i sekundárních výsledků lze předpokládat i efekt semaglutidu mimo ovlivnění kompenzace diabetu. Jako pozitivní je možné brát i pečlivost studie – hodnota eGFR byla totiž odhadována nejen podle hodnoty kreatininu, ale potvrzována i podle eGFR podle cystatinu-C (eGFR podle kreatininu může být totiž falešně vyšší zejména u sarkopenických pacientů, kterými pacienti staršího věku a pacienti s renálním onemocněním často jsou).

## Závěr

Tato studie jednoznačně prokázala terapeutický potenciál semaglutidu v léčbě extrémně rizikové skupiny pacientů s renálním postižením a s největší pravděpodobností na základě těchto poznatků otevře diskusi zaměřenou na rozšíření indikačních kritérií semaglutidu, včetně kombinací léčby semaglutidem s glifloziny.

## Literatura

- Perkovic V, Tuttle KR, Rossing P et al. [FLOW Trial Committees and Investigators]. Effects of Semaglutide on Chronic Kidney Disease in Patients with Type 2 Diabetes. *N Engl J Med* 2024; 391(2): 109-121. Dostupné z DOI: <<https://doi.org/10.1056/NEJMoa2403347>>.