

# Finerenon v interní a kardiologické praxi

**Markéta Ječmenová**

InterMedCare, s. r. o., Interní a kardiologická ambulance Brno

Finerenon je vysoce selektivní, nesteroidní antagonist mineralokortikoidního receptoru (MR) s vyšší vazebnou afinitou než spironolakton nebo eplerenon. Na rozdíl od těchto steroidních inhibitorů MR prokázal finerenon jak kardiovaskulární, tak i renální benefit. Finerenon redukuje albuminurii, která představuje časnější a citlivější marker chronického onemocnění ledvin a zvýšeného KV rizika než samotný pokles eGFR (estimated glomerular filtration rate – odhadnutá hodnota glomerulární filtrace). Také u pacientů se srdečním selháním zvyšuje albuminurie riziko progresu srdečního selhání nebo kardiovaskulárního úmrtí. Finerenon je v současnosti indikován u dospělých pacientů k léčbě chronického onemocnění ledvin s albuminurií, spojeného s diabetem mellitem 2. typu. Tito pacienti by měli být léčeni maximální tolerovanou dávkou inhibitorů systému renin-angiotenzin-aldosteronového systému a gliflozinem. Pokud se jedná o pacienta se srdečním selháním, musí mít ejekční frakci levé komory  $\geq 40\%$ . Před zahájením léčby finerenonem je nutné znát eGFR, kalemii a UA-CR (urine albumin-creatinine ratio – poměr albuminu a kreatininu v moči); léčbu je možno zahájit při eGFR 25–59 ml/min, kalemii pod 5,0 mmol/l a UACR  $\geq 3$  mg/mmol ( $\geq 30$  mg/g). Po zahájení léčby je nutno v čtyřtýdenním intervalu kontrolovat hladinu kalemie a eGFR. Pokles UACR je možno pozorovat již po 4 měsících léčby a je dobrým markerem adherence pacientů k léčbě. V článku je dále diskutován dopad na hodnoty krevního tlaku, albuminurii a renální funkce. Jsou probírány i možné nežádoucí účinky. Celý článek ilustrativně doplňují dvě kazuistiky pacientů léčených finerenonem.

**Klíčová slova:** albuminurie, diabetes mellitus 2. typu, finerenon, glifloziny, chronické onemocnění ledvin, kalemie, kardiovaskulární marker.

## Finerenone in internal medicine and cardiology practice

Finerenone is a highly selective, non-steroidal mineralocorticoid receptor antagonist with high binding affinity (higher than spironolactone and eplerenone). In contrast to the steroidal mineralocorticoid receptor antagonists, finerenone proved cardiovascular and renal benefit.

Finerenone reduces albuminuria, which is a sensitive marker of chronic kidney disease and cardiovascular risk. It is an earlier marker than decreased glomerular filtration rate (GFR). Albuminuria is a marker of increased risk of progression of heart failure and cardiovascular death. Currently, finerenone is indicated to adult patients with type 2 diabetes mellitus with chronic kidney disease with albuminuria. These patients should be treated with maximal tolerated doses of renin angiotensin aldosterone system inhibitors and gliflozins. If a patient had a heart failure, the ejection fraction should be above 40 %. Before starting the therapy with finerenone, it is necessary to know the GFR, potassium level in serum and urine albumin-creatinine ratio (UACR). The therapy can be initiated if GFR is 25–59ml/min, potassium level below 5,0 mmol/L and UACR above 3mg/mmol ( $\geq 30$  mg/g). The potassium serum level and GFR should be controlled within a 4 weeks interval after the initiation of the therapy. Decreased UACR can be observed after 4 months of therapy and it is a very good marker of the patient's adherence to the therapy. The article, beside the possible side effects, discusses the impact of finerenone on blood pressure, albuminuria and renal functions. The whole article is well illustrated by two cases of patients treated with finerenon.

**Key words:** albuminuria, Type 2 Diabetes mellitus, finerenone, gliflozins, chronic kidney disease, potassium serum level, cardiovascular marker.