

TERMINALE NIERENINSUFFIZIENZ

Glomeruläre Erkrankungen und Nierentransplantation.

Bericht vom 10. Annual Post ASN-Meeting in Berlin, Teil 2.

Anja Sachs ist Regionalleiterin Berlin der „Junge Nierenkranke Deutschland e.V.“.

Von Anja Sachs

Vom 31. Januar 2015 bis 1. Februar 2015 fand in Berlin das 10. Annual Post ASN-Meeting in Kooperation mit der American Society of Nephrology (ASN) und des Verbands Deutscher Nierenzentren (DN) e.V., dem nephrologischen Fachverband und der deutschen Gesellschaft für Nephrologie (DGfN) e.V. statt.

Die Veranstaltung dient als gemeinsame Präsentationsmöglichkeit einer hochklassigen und intensiven Fortbildung im Fachbereich Nephrologi/Hypertensiologie. Ziel des Kongresses war es, die aktuellen Informationen, die auf dem Kongress der ASN im November 2014 in Philadelphia vorgestellt wurden, zusammen zu fassen, kritisch zu bewerten und in den aktuellen, wissenschaftlichen und klinischen Stand der Nephrologie einzuordnen.

Im Folgenden möchte ich die aus meiner Sicht wichtigsten Ergebnisse der Veranstaltung vorstellen, gebe aber zu bedenken, dass die Fülle der Informationen und die Brisanz der Forschungsergebnisse von mir als medizinischen Laien sicher nur in Ansät-

zen beschrieben werden können.

Die Einführung in die Veranstaltung übernahm Herr **Prof. Mark Rosenberg**, (MD, FASN, University of Minnesota, Minneapolis, USA) am Samstagmorgen persönlich und übergab dann das Wort für den ersten Vortrag

Glomeruläre Erkrankungen

an **Dr. Heather N. Reich** (MD, PhD, FRCP(C) Toronto General Hospital, Toronto, Canada).

Wie auch bei den folgenden Referenten wurden diverse Studien im Kurzdurchlauf besprochen und an Einzelfällen aus der Praxis erläutert.

Fazit: Es gibt viele verschiedene Ursachen für Nierenerkrankungen (genetisch bedingt, durch andere Organsysteme hervorgerufen, Mutationen, Antikörper, etc.), dabei ist in primäre und sekundäre Erkrankungen zu unterscheiden. Infolgedessen ist es schwierig, aussagekräftige Tests zu entwickeln. Für eine umfassende Ursachenforschung und Therapieentscheidung sind immer sowohl Serum als auch Gewebe (Biopsie-Ergebnisse) zu untersuchen. Hier wird es in den nächsten 5 Jahren auf jeden Fall weitere Studien ge-

ben.

In der Zusammenarbeit der nordamerikanischen mit den europäischen Kollegen hat sich gezeigt, dass es große Unterschiede gibt, welche Medikamente durch die Krankenversicherer für mögliche Therapien bezahlt werden. Da das Fachgebiet sich infolge der Studien in einer schnellen Entwicklung befindet, bedarf es insbesondere bei der pathologischen Auswertung von Biopsiegewebe einer neueren, aktuellen Terminologie, um die vorliegenden Erkrankungen entsprechend der aktuellen Forschungsergebnisse genauer zu spezifizieren. d.h. die aktuellen Ergebnisse müssen schneller publiziert werden, um Eingang in die Aus- und Fortbildung des Fachpersonals zu finden.

Eine neue Erkenntnis ist, dass Hepatitis C als Ursache diverser Erkrankungen auch renaler Art zu sehen ist, aber durch die Entwicklung neu zugelassener Medikamente ist Hepatitis C in Zukunft ohne Interferon vollständig heilbar.

Positiv für mich war die Erkenntnis, dass der Trend in der Nephrologie dahin geht, Wege zu suchen, um vor allem die Nierenfunktion zu erhalten und somit

einem Gros der Patienten die Nierensatztherapie zu ersparen.

Nach einer kurzen Pause übernahm **Dr. John J. Friedewald** (MD, Northwestern Memorial Hospital, Chicago, USA) den zweiten Vortrag

Nierentransplantation

Dabei wurde das Thema sehr USA-spezifisch erläutert, hat aber einige neue Denkanstöße zu folgenden Themen geliefert:

- ◆ Allokation (Verteilung von Spendernieren)
- ◆ Risiken für Lebendspender
- ◆ Transplantatüberleben
- ◆ Neue Strategien der Immunsuppression
- ◆ Hepatitis C und Nierentransplantation

Zuerst wurde das Thema **Allokationssystem** (Verteilung der Organe für die Patienten, die auf der Warteliste stehen) besprochen. Da es eine große Lücke zwischen Angebot und Nachfrage gibt, versterben viele Patienten während der Wartezeit. 2014 wurde in den USA die 100.000-Grenze bei den Patienten auf der Warteliste überschritten. Um daher für ein Spenderorgan den bestmöglichen Empfänger zu finden, wurde ein neuer Index für das Organüberleben entwickelt: **KDPI = Kidney Donor Profil Index**

Dabei werden diverse Merkmale zur Entscheidungsfindung berücksichtigt, u.a. wird ein Lebenserwartungsmatching durchgeführt. Außerdem wurde die Wartezeitberechnung angepasst.

Im zweiten Teil des Vortrages ging es um die Frage des erhöhten **Risikos von Lebendspendern**. Nachgewiesen ist ein leicht erhöhtes Risiko für Lebendspender ein terminales Nierenversagen zu entwickeln im Verhältnis zu einer gesunden Vergleichsgruppe. Bei

Schwangerschaften ist mit einem erhöhten Risiko für Bluthochdruck und Präeklampsie zu rechnen. Empfänger und Spender bedürfen daher einer guten Nachbeobachtung um spätere Schäden zu verhindern. Ein Ergebnis der Studien ist auch, dass die Lebendspende in den ersten 2 Jahren keine bessere Prognose aufweist als nach Transplantation einer Totspende. Hier stellt sich die Frage, welches Ergebnis diese Erkenntnis auf die Zukunft der Lebendspende hat.

Im dritten Teil des Vortrages ging es um das Thema **Transplantatüberleben**. Hier wurde ein Index entwickelt, in dem das Risiko abgeschätzt werden kann: APOL1 genotyp – anhand dieser Faktoren ist die Auskunft über ein mögliches Transplantatüberleben abschätzbar.

Im vierten Teil des Vortrages ging es um neue **Strategien der Immunsuppression**. Dabei geht es immer noch um die Balance zwischen Abstoßungsvermeidung für ein langfristiges Transplantatüberleben und dem Risiko der Immunsuppression (höhere Infektionsgefahr, höheres Krebsrisiko, Nebenwirkungen der Medikamente) sowie um das Thema Compliance. Neuer Ansatz ist die Anwendung von Chemotherapie + Bestrahlung (Ganzkörper oder Thymus) im Zusammenhang mit der Transplantation (vor oder nach), um damit die spätere Therapie mit Immunsuppression mit allen ihren Risiken aber auch die ständige Medikamenteneinnahme zu vermeiden. Diese Ansätze befinden sich aber noch in der Studienphase.

Im fünften und letzten Teil des Vortrages ging es um **Hepatitis C und Nierentransplantation**. Hier hat die Entwicklung neuer

Medikamente, durch die die Hepatitis C heilbar geworden ist, zu neuen Denkansätzen geführt. Insbesondere eröffnet es die Möglichkeit die Niere eines Hepatitis C tragenden Spenders auf einen gesunden Empfänger zu übertragen, da die Hepatitis sowohl vor als auch nach Transplantation mit diesen Medikamenten behandelt werden kann. Generell aber haben Patienten mit Hepatitis C eine schlechtere Prognose nach Nierentransplantation.

Der dritte Vortrag dieses Tages beschäftigte sich mit dem Thema

Klinische Nephrologie

und wurde von Prof. Dr. Christoph Wanner (Universitätsklinikum Würzburg) gehalten.

Ein Ergebnis dieser Studien ist, dass intensive Blutzuckereinstellung bei Diabetes Typ 2 zwar die Dialysepflicht verzögern oder sogar vermeiden kann, aber keinen Einfluss auf makrovaskuläre Ereignisse und ein damit zusammenhängendes höheres Sterberisiko nimmt.

Jedoch sind bessere Ergebnisse zu verzeichnen, wenn die Blutzuckereinstellung zu einem möglichst frühen Zeitpunkt erfolgt.

Im zweiten Teil des Vortrages ging es um die Definition und Epidemiologie renaler Endpunkte.

Dieser Vortrag war sehr wissenschaftlich aufgebaut und daher für mich schwer zu verfolgen.

Den vierten und letzten Vortrag an diesem Samstag zum Thema

Arterielle Hypertonie

hielt Prof. Dr. Danilo Fliser (Universitätsklinikum des Saarlandes).

Dabei ging es zuerst darum, wann der aussagekräftigste Zeitpunkt für die Blutdruckmessung

bei Dialysepatienten (Pre-, Inter-
val-, Postdialyse, Messung zu
Hause, ambulant gemessener RR)
ist, um das Sterberisiko an kardio-
vaskulären Risiken zu senken. Im
Ergebnis, genügt es zweimal pro
Woche nach der Dialyse den Blut-
druck zu messen, wenn er da nor-
mal ist, besteht kein erhöhtes Risi-
ko, wenn dieser Blutdruckwert ab-
normal ist, sind weitere Maßnah-
men zur Abklärung angezeigt.

Weitere Ergebnisse aus den
Studien zum Thema Dialyse wur-
den zu folgenden Fragen bespro-
chen:

dass eine zu hohe Ultrafiltrati-
onsrate (UFR) während der Dialy-
se das Sterberisiko erhöht. Im Er-
gebnis ist das klinische Vorgehen
zu überprüfen.

dass die Durchführung kalter

Dialysen (ca. 0,5 Grad unter der
Körpertemperatur) sich positiv
auf die Gesunderhaltung von Ge-
hirn und Herz auswirkt.

dass man das Trockengewicht
an veränderte Lebensweisen der
Patienten anpassen muss.

dass das Natrium im Dialysat
wenn möglich auf 134 – 138 ein-
zustellen ist, um den Natrium-
transfer während der Dialyse zum
Patienten zu vermeiden.

Eine weitere Erkenntnis der
Studien ist, dass Bluthochdruck
von Kind an generell das De-
menzrisiko erhöht. Außerdem
wurde nachgewiesen, dass ein ho-
her Fleischkonsum an einen zu-
künftigen Bluthochdruck gekop-
pelt ist.

Zur Frage, ob eine Intervention
an den Nierengefäßen sinnvoll ist,

hat sich ergeben: Gut eingestellte
Patienten profitieren nicht davon
bzw. benötigen keine Interventi-
on, bei Risikopatienten ist die
Möglichkeit des Eingriffs zu prü-
fen.

Im Ergebnis werden neue
Richtlinien zur Blutdruckeinstel-
lung benötigt. Dabei geht es vor
allem darum, ab welchem Aus-
gangswert der Bluthochdruck be-
handelt werden muss und zu wel-
chem Zielwert. Des Weiteren
müssen die Risikogruppen neu
definiert werden.

Mit diesem sehr interessanten
Vortrag endete das Programm am
Samstag, dem ersten Kongress-
tags. Über den zweiten Veranstal-
tungstag hatten wir bereits im De-
zember-Heft der Info, Nr. 170,
berichtet