Chronische Nierenerkrankung: RAS-Blocker auch bei niedrigem eGFR beibehalten

Auch die dritte Empfehlung, vorgestellt von DGIM-Past-Präsident und Konsensus-Kommissions-Mitglied Prof. Dr. med. Jürgen Floege aus Aachen, ist angesichts der Adipositas- und Diabetes-Pandemie höchst aktuell. Sie betrifft die chronische Nierenerkrankung und damit eine der zunehmend häufigen Todesursachen weltweit. Die neue Empfehlung bezieht sich auf die bei Nierenpatienten notwendige Blutdruck- und Proteinuriesenkung mit Hemmstoffen des Renin-Angiotensin-Systems (RAS-Blocker), zu denen ACE-Hemmer und AT1-Rezeptor-Blocker zählen. „Früher rieten Ärztinnen und Ärzte dazu, diese Medikation bei fortschreitender Nierenfunktionsstörung mit niedriger eGFR abzusetzen. Mittlerweile ist das Gegenteil der Fall", so Floege.

Im Einklang mit internationalen Leitlinien spricht sich die aktuelle „Klug entscheiden"-Empfehlung dafür aus, RAS-Blocker auch bei einer eGFR unterhalb von 30 ml/min pro 1,73 m^2 möglichst weiter zu geben. Möglichen Kaliumentgleisungen sollte zunächst etwa durch die Gabe eines Schleifendiuretikums, die Therapie einer metabolischen Azidose, durch Diätberatung mit kaliumarmer Ernährung oder die Gabe von Kaliumbindern begegnet werden. Basis dieser Empfehlung ist die britische STOP-ACE-Studie, die zeigen konnte, dass sich weder Nieren- noch kardiovaskuläre Endpunkte besserten, wenn RAS-Blocker bei einer Ausgangs-eGFR von ca. 18 ml/min abgesetzt wurden. In anderen Studien zeigte sich sogar ein Nachteil durch das Absetzen: Die betreffenden Patientinnen und Patienten schritten schneller zur Dialysepflichtigkeit voran, auch kardiovaskuläre Ereignisse waren häufiger, die Gesamtmortalität höher.

Dass es sich lohnt, die konsequente RAS-Blockade auch bei zwischenzeitlich schnellem eGFR-Verlust durchzuhalten, illustrierte Floege am fiktiven, aber an die Realität angelehnten Beispiel einer 65-jährigen Patientin mit IgA-Nephropathie. Auch bei zunächst zunehmender Proteinurie von bis zu 4 g/Tag und einem Absinken der eGFR auf bis zu 22 ml/min stabilisierte sich die Nierenfunktion unter der RAS-Blocker- und anderen Therapien wieder, eine Dialysepflichtigkeit konnte abgewendet werden.

Mehr Informationen

Die KE-Empfehlungen sind im Wortlaut im Deutschen Ärzteblatt nachzulesen:

Interessierte können den DGIMTalk außerdem on-demand noch einmal anschauen:

Kommissionen & Arbeitsgruppen

Neue Leitlinie

Nierenerkrankungen bei jungen Menschen früh erkennen

Aktuell arbeiten Delegierte der DGIM-Kommission Leitlinien an über 100 Leitlinien der internistischen Schwerpunktgesellschaften mit. Eine davon ist das ganz neue Werk „Mikro-Hämaturie bei Kindern und jungen Erwachsenen zur Früherkennung von Nierenerkrankungen", erstellt federführend durch die Gesellschaft für Pädiatrische Nephrologie und die Deutsche Gesellschaft für Nephrologie. Mandatsträger für die DGIM sind Prof. Dr. Reinhard Fünfstück aus Weimar und Professor Dr. Julia Weinmann-Menke vom Universitätsklinikum Mainz. Sie fassen die wichtigsten Key Facts der Leitlinie zusammen.

Ziel der S3-Leitlinie „Mikro-Hämaturie bei Kindern und jungen Erwachsenen zur Früherkennung von Nierenerkrankungen" ist es, eine mögliche Nierenkrankheit bereits im Kindes- bzw. Jugendalter zu erkennen und abzuklären und so deren Fortschreiten durch die frühe Diagnose und Behandlung hinauszuzögern.

Der Fokus liegt auf der Mikrohämaturie und deren Differentialdiagnose bei Auftreten in bestimmten Kombinationen – zum Beispiel mit einer arteriellen Hypertonie, Nierenfunktionseinschränkung oder Albuminurie/Proteinurie.

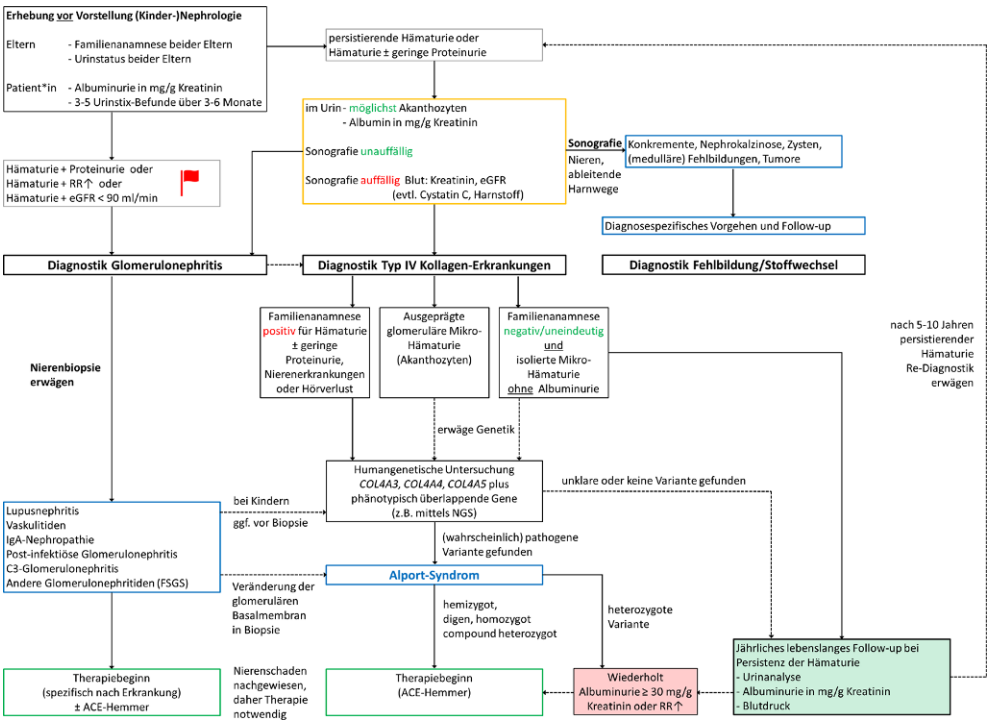
Allein das Auftreten einer (glomerulären) Mikrohämaturie ist ein Frühwarnzeichen für eine Nierenerkrankung.

- Nach Expertenkonsens ist eine Makrohämaturie ohne Harnwegsinfektion immer auffällig und soll zeitnah durch Spezialisten abgeklärt werden.
- Eine – zusätzlich zur Mikrohämaturie bestehende – Proteinurie oder ein erhöhter Blutdruck und/oder eingeschränkte Nierenfunktion sind immer auffällig und sollen zeitnah nephrologisch abgeklärt werden.
- Nach Expertenkonsens ist bei einer Mikrohämaturie die Persistenz entscheidend für die Einordnung der pathologischen Relevanz und der Notwendigkeit der weiteren nephrologischen Abklärung.

© Photo Rimbach

▲ Prof. Dr. Julia Weinmann-Menke

Daher sollte man eine detektierte Mikrohämaturie immer mehrfach im Verlauf von



◄ Workflow zur diagnostischen Abklärung einer Mikrohämaturie

3–6 Monaten auf ihre Persistenz kontrollieren. Auch Verwandte sollte man mehrfach auf eine Mikrohämaturie testen und eine Anamnese in Bezug auf Nierenkrankheiten in der Familie erheben (jeweils starke Empfehlung, starker Konsens, hohe Qualität der Evidenz).

Bei einer persistierenden Mikrohämaturie sollten

- eine ggf. vorhandene Proteinurie samt Albuminurie quantitativ im Verhältnis zur Kreatinin-Ausscheidung nachgewiesen oder ausgeschlossen werden (starke Empfehlung, starker Konsens, hohe Qualität der Evidenz),
- die Akanthozyten im Urin bestimmt werden (starke Empfehlung, starker Konsens, moderate Qualität der Evidenz) und
- eine Sonographie der Nieren und ableitenden Harnwege erfolgen (starke Empfehlung, starker Konsens, hohe Qualität der Evidenz).

Vor allem sollte man zur Abklärung einer Mikrohämaturie bei Kindern und jungen Erwachsenen keine Zystoskopie durchführen (Empfehlung, starker Konsens, moderate Qualität der Evidenz).

Als weiterführende Diagnostik empfiehlt die Leitlinie dann:

- zusätzlich im Spontanurin IgG und alpha1-Mikroglobulin in mg/g Kreatinin sowie im Blut Cystatin C, Kreatinin und Harnstoff sowie die eGFR zu bestimmen (starke Empfehlung, starker Konsens, hohe Qualität der Evidenz).
- bei Verdacht auf eine floride glomeruläre Erkrankung mit Hypertonie, Proteinurie und/oder eingeschränkter Nierenfunktion nach Bestimmung von Albumin im Serum, Komplement C3 und C4, ANA, dsDNA, ANCAs, und zusätzlichen Symptomen (Proteinurie, Hypertonie, reduzierte eGFR) eine molekulargenetische Diagnostik und/oder Nierenbiopsie zu erwägen (starke Empfehlung, starker Konsens, moderate Qualität der Evidenz).
- bei Kindern ohne Proteinurie, Hypertonie und reduzierte eGFR erst nach molekulargenetischer Diagnostik eine Nierenbiopsie zu erwägen (starke Empfehlung, starker Konsens, moderate Qualität der Evidenz).
- bei einer persistierenden Mikrohämaturie glomerulären Ursprungs oder der histologischen Diagnose einer fokal segmentalen Glomerulosklerose (FSGS) eine hochqualitative molekulargenetische Untersuchung einzuleiten (starke Empfehlung, starker Konsens, hohe Qualität der Evidenz).

Je nach Diagnose und vermutetem chronischem Verlauf sollte der Behandelnde für die Krankheits- und Alltagsbewältigung auf regionale Selbsthilfegruppen bzw. Selbsthilfeorganisationen aktiv hinweisen (starke Empfehlung, starker Konsens, moderate Qualität der Evidenz).

Hervorzuheben ist hier nochmals, dass zur Abklärung einer Mikrohämaturie eine Zystoskopie nur dann erfolgen sollte, wenn die Sonographie weiter abzuklärende Auffälligkeiten der Blase zeigt und alle alternativen Möglichkeiten der Diagnostik als nicht wegweisend ausgeschöpft sind.

Schlussendlich soll diese S3-Leitlinie dazu beitragen, in einer rationalen und für das Gesundheitssystem ressourcenschonenden Weise bei Kindern und jungen Erwachsenen die Frühform einer möglichen Nierenkrankheit zu erkennen, abzuklären und so das Fortschreiten einer Nierenkrankheit mit Nierenversagen hinauszuzögern bzw. sogar zu verhindern.

Die vollständige Leitlinie finden Sie hier: