

ZB MED

Diabetische Nephropathie

Wehret den Anfängen

Etwa 40 Prozent aller Typ 2 Diabetiker erkranken irgendwann an einer Nephropathie. Wenn erstmals eine Albuminurie auftritt, dauert es maximal zehn Jahre, bis der Patient terminal niereninsuffizient ist – falls nichts unternommen wird. Durch Senken des Blutdrucks ist schon viel gewonnen. Ob der AT₁-Blocker Irbesartan (z. B. Aprovel™) eine darüber hinausgehende Nephroprotektion ermöglicht, haben die IRMA-2- und die IDNT-Studie im Früh- bzw. Spätstadium der Nephropathie untersucht.

Die Dringlichkeit der Bemühungen, die Progression der Nephropathie zu verhindern, unterstrich Hans-Henrik Parving, Gentofte, Dänemark: „Unser primäres Ziel muss sein, das Auftreten der diabetischen Nephropathie zu verhindern. Sonst wird der Typ 2 Diabetes eines Tages alle nephrologischen Abteilungen dieser Welt dominieren.“

Von der Mikroalbuminurie bis zur Dialyse

Frühestes klinisch messbares Zeichen der Beteiligung der Nieren ist die Mikroalbuminurie, das heißt eine Albuminkonzentration zwischen 30 und 300 mg im 24-Stunden-Urin oder von mehr als 200 µg/min im Morgenurin. Eine Mikroalbuminurie steigert das Risiko für eine Nephropathie im Vergleich zur Normoalbuminurie um den Faktor 10 bis 20.

* Symposien und Pressekonferenzen im Rahmen des internationalen Kongresses der American Society of Hypertension (ASH), 16.–20. Mai, 2001, San Francisco/CA, USA.

Wenn in diesem frühen Stadium keine Therapiemaßnahmen ergriffen werden, nimmt das Schicksal seinen Lauf: Etwa 5–10% der Patienten pro Jahr entwickeln eine manifeste Nephropathie mit Makroproteinurie. „Wenn Sie bei Ihren Diabetikern nicht jedes Jahr die Albuminausscheidung messen, sollten Sie sich einen anderen Job suchen“, so kommentierte Parving die Notwendigkeit des Albuminscreenings.

Schließlich mündet das Geschehen in das Stadium der terminalen Niereninsuffizienz ein. In den USA sind 44% aller Neuzugänge zur Dialysetherapie auf den Diabetes zurückzuführen. Der Anteil der Typ 2 Diabetiker an dieser

HÖCHST RISKANT

Die Albuminurie ist keineswegs nur ein Nierenparameter, sondern ein Marker für einen Endothelschaden im gesamten Gefäßsystem. „Als kardiovaskulärer Risikofaktor wird die Albuminurie von keinem anderen übertroffen“, spitzte Parving die Aussage zu.

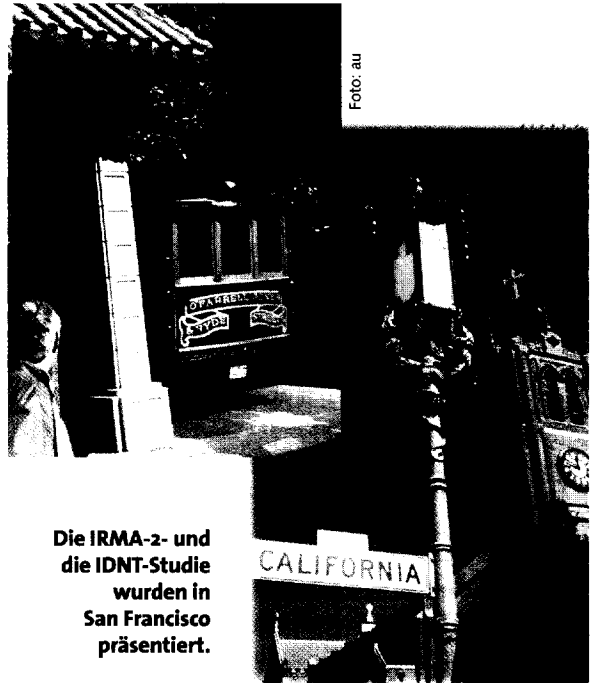


Foto: au

Die IRMA-2- und die IDNT-Studie wurden in San Francisco präsentiert.

Klientel wächst ständig, da mehr und mehr Diabetiker dem Herz-Kreislauf-Tod entkommen und damit erst die „Chance“ haben, terminal niereninsuffizient zu werden. In den USA kostet die Therapie der terminalen Niereninsuffizienz jährlich 68 000 Dollar pro Patient. Doch die Dialyse rettet die Patienten nur kurzfristig vor dem Tod. Die Mortalität von Patienten während der Dialyse beträgt etwa 25% pro Jahr.

Blutdruck senken ja, aber womit?

Durch Senken des Blutdrucks können sowohl das Risiko für die Progression der Nephropathie als auch die kardiovaskuläre Mortalität und Morbidität signifikant reduziert werden. Der absolute Nutzen der antihypertensiven Therapie hat sich bei Diabetikern in den entsprechenden Studien immer als besonders groß erwiesen. Vieles weist darauf hin, dass bestimmte Antihypertensiva unabhängig von der Blutdrucksenkung nephroprotektiv wirken. Vor allem Substanzen, die in das Renin-An-