

2 Editorial

3 ANCA-assoziierte Vaskulitiden: Diagnostik

PD Dr. Julia Weinmann-Menke, Mainz,
Prof. Dr. Jens Lutz, Mainz

5 ANCA-assoziierte Vaskulitiden: Therapie

Christian von Kiel, Bad Kreuznach,
Prof. Dr. Andreas Schwarting, Mainz

7 Literatur

Epoetin-theta-Behandlung bei CKD

Impressum

Herausgeber:

TEVA GmbH, Graf-Arco-Straße 3, 89079 Ulm
www.teva.de

Verlag:

Springer Medizin
Springer-Verlag GmbH,
Tiergartenstraße 17, 69121 Heidelberg

Die Springer-Verlag GmbH ist Teil
der Fachverlagsgruppe Springer Nature

Corporate Publishing:

Ulrike Hafner (Leitung),
Dr. Annette Schilling (verantwortlich)

Redaktionelle Beratung:

Prof. Dr. Helmut Reichel, Villingen-Schwenningen
PD Dr. Walter Reinhardt, Essen

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016

Grafische Konzeption & Design:

Künkel + Lopka Werbeagentur, Heidelberg

Layout: buske-grafik, Heidelberg

Druck: Druckpress GmbH, Leimen

Titelbild: Blutgefäße einer menschlichen Niere,
Gießharzmodell; © [M] Kage | SPL | Agentur Focus

ISSN print: 1618-4319

ISSN online: 1618-4327

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in dieser Zeitschrift berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen. Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand der Literaturstellen auf ihre Richtigkeit geprüft werden.

TEVA

Nephrologie

GOOD NEWS

„Nephrologie im Dialog“ jetzt für Sie auch als
Download-PDF unter: teva-nephrologie.de

Herausforderung ANCA-assoziierte Vaskulitiden

Die Diagnostik und Therapie der ANCA-assoziierten Vaskulitis (AAV) bleibt eine große Herausforderung, trotz des erheblichen Fortschritts durch zahlreiche klinische Studien und der neuen Erkenntnisse zu den Pathomechanismen [1]. Mit der Zulassung von Rituximab im Jahr 2013 wurde das therapeutische Arsenal zur Behandlung der Vaskulitis erweitert. Grundlage der Zulassung waren zwei prospektive, randomisierte Studien: die RAVE-Studie mit 197 Patienten und die RITUXVAS-Studie mit 44 Patienten [2, 3]. In beiden Studien wurde die konventionelle Cyclophosphamidtherapie (CYC) mit einem Rituximab-basierten Regime (RTX) verglichen. In der RITUXVAS-Studie wurde den Patienten in der RTX-Gruppe mit dem 1. und 3. RTX-Stoß zusätzlich CYC als intravenöse Bolusgabe verabreicht. Während in der RAVE-Studie Patienten mit milder Nierenbeteiligung rekrutiert wurden (mittlere Kreatinin-Clearance: RTX 54ml/min; CYC 69ml/min; Ausschluss: Serum-Kreatinin >4mg/dl und/oder respiratorisches Versagen), wurden in der RITUXVAS-Studie gezielt Patienten mit schwerer Nierenbeteiligung eingeschlossen (mittlere GFR: RTX 20ml/min/1,73m², 8 dialysepflichtige Patienten; CYC 12ml/min/1,73m², 1 dialysepflichtiger Patient). RTX erwies sich in beiden Studien als nicht unterlegen und die Nebenwirkungsrate unterschied sich nicht zwischen beiden Gruppen [2, 3].

Die europäischen Fachgesellschaften empfehlen CYC oder RTX in Kombination mit Glukokortikoiden bei organ- oder lebensbedrohender AAV [4, 5]. Bei der Wahl zwischen CYC oder RTX sollten u. a. die Schwere der Erkrankung, bisherige Rezidive, Lebensalter, Vorbehandlung, Vorerkrankungen und Infektionsrisiko abgewogen werden. RTX ist beispielsweise bei hoher kumulativer CYC-Dosis, nicht abgeschlossener Familienplanung, vorbekanntem Malignomen oder therapierefraktärem Krankheitsverlauf der Vorzug zu geben. Die Daten aus den Zulassungsstudien lassen jedoch nur begrenzt Rückschlüsse zu, ob insbesondere bei kritisch kranken Pa-



Univ.-Prof. Dr. Benjamin Wilde,
Klinik für Nephrologie,
Universitätsklinikum Essen

tienten mit schwerer renaler Beteiligung und/oder alveolären Hämorrhagien eine RTX-Therapie ohne CYC ausreichend wirksam ist [6]. Daher sollte bei Patienten mit schwerer Nieren- und pulmonaler Beteiligung CYC bevorzugt eingesetzt werden. In solchen Fällen kann die Therapie sinnvoll durch Plasmaaustausch ergänzt werden, auch wenn die Evidenzlage nicht eindeutig ist [7, 8].

Die beiden Übersichtsartikel in dieser Ausgabe sollen anschaulich und praxisnah weitere wesentliche Elemente der Diagnostik und Therapie der AAV vermitteln. Eine spannende Lektüre wünscht Ihnen

Univ.-Prof. Dr. Benjamin Wilde, Essen

Literatur

- [1] Wilde B et al. (2011) *Kidney Int* 79:599–612
- [2] Stone JH et al. (2010) *N Engl J Med* 363:221–232
- [3] Jones RB et al. (2010) *N Engl J Med* 363:211–220
- [4] Yates M et al. (2016) *Ann Rheum Dis* 75:1583–1594
- [5] Ntatsaki E et al. (2014) *Rheumatology* 53:2306–2309
- [6] Kronbichler A, Jayne DR (2015) *Nephrol Dial Transplant* 30:1075–1081
- [7] Pepper RJ et al. (2013) *Clin J Am Soc Nephrol* 8:219–224
- [8] Jayne DR et al. (2007) *J Am Soc Nephrol* 18:2180–2188