

Inhalt

► Schwerpunkt I: Bluthochdruck

TAVI

| | |
|--|---------|
| Sterberisiko gesenkt..... | Seite 4 |
| <i>Schwangerschaft</i> | |
| Kein stark erhöhtes Fehlbildungsrisiko mit Betablockern..... | Seite 4 |
| <i>Akute Nierenschädigung</i> | |
| Reduzierte Mortalität, erhöhtes Hospitalisierungsrisiko..... | Seite 4 |
| <i>Leichte Hypertonie</i> | |
| Keine Therapie bei niedrigem Risiko?..... | Seite 6 |

► Schwerpunkt II: Diabetes mellitus

Adipositas

| | |
|--|---------|
| Abnehmpille verhindert auch Diabetes..... | Seite 2 |
| <i>Diabetische Nierenerkrankung</i> | |
| Auch ohne Albuminurie ein Prädiktor..... | Seite 2 |
| <i>Typ-2-Diabetes</i> | |
| Therapie mit dualer Rezeptorstimulation..... | Seite 6 |
| <i>Kardiovaskuläre Erkrankung</i> | |
| Reduktion schwerer Ereignisse..... | Seite 8 |
| <i>Kardiovaskuläre Prävention</i> | |
| Langzeiteffekte auf renale Endpunkte..... | Seite 8 |

► Chronische Nierenerkrankung

Gicht

| | |
|--|---------|
| Effekt von Allopurinol auf Nierenfunktion..... | Seite 6 |
| <i>Monoklonale Gammopathie</i> | |
| Assoziation mit Progression fraglich..... | Seite 8 |

► Sonstiges

Autosomal-dominante polyzystische Nierenerkrankung

| | |
|---|---------|
| Keine Verlangsamung des Nierenfunktionsverlustes..... | Seite 4 |
| <i>Zystitis</i> | |
| Viel trinken hilft tatsächlich..... | Seite 6 |
| <i>Nephrotisches Syndrom</i> | |
| ACTH ohne prophylaktischen Effekt..... | Seite 8 |

► Industrie.....Seite 9

► Termine.....Seite 11

Editorial

Verehrte Kolleginnen und Kollegen,

eigentlich hatte ich mir vorgenommen, ausreichend Zeit im Urlaub zwischen Weihnachten und Neujahr dazu zu nutzen, einen großen Stapel an PDF-Dateien mit aktueller Literatur abzuarbeiten und dabei dieses Editorial zu schreiben. Aber Tage in Afrika sind anders, phantastisch weit weg, aufregend und umwerfend schön. Und da unser wunderbarer tansanischer Führer, mit dem wir zu sechst durch die Wildnis zogen, stetig betonte „Hakuna Matata“, musste die Durchsicht der Literatur doch bis zur Rückkehr in die kalte Heimat warten. Dennoch habe ich Ihnen einige sehr interessante aktuelle Publikationen herausgesucht, und eine davon zur Therapie der interstitiellen Nephritis finde ich besonders spannend.

Die akute interstitielle Nephritis ist ein schwieriges Krankheitsbild, denn es gibt kaum kontrollierte Studien zur Therapie dieser häufigen Entität. Zumeist ausgelöst durch Medikamente ist die akute interstitielle Nephritis, die sich durch ein akutes oder subakutes Nierenversagen häufig mit Leukozyturie und eosinophilen Granulozyten im Sediment manifestiert, eigentlich nur durch die Nierenbiopsie zu diagnostizieren. Neben Systemerkrankungen wie Sjögren-Syndrom, Sarkoidose oder Systemischem Lupus Erythematoses und Infektionen wie Hantavirus-, Legionellen-, Cytomegalievirus-Infektion oder Legionellose sind zumeist nicht steroidale Antiphlogistika (Ibuprofen, Diclofenac, Flurbiprofen) und Cox-2-Hemmer, Antibiotika, seltener auch Diuretika, Allopurinol oder Protonenpumpen-Inhibitoren, aber auch chinesische Kräutertee-Präparationen als Auslöser auszumachen.

Ein gleichzeitig auftretender Hautausschlag kann die Diagnose einer arzneimittelassoziierten, medikamentenallergischen Genese erleichtern, ist aber eher selten zu finden. Die Kombination mit nephrotischem Syndrom lässt eine Minimal Change Disease mit interstitieller Nephritis wahrscheinlich werden, dann zumeist durch nicht steroidale Antiphlogistika ausgelöst. Daten zur Prognose und Therapie liegen weitestgehend nur zu auslösenden Medikamenten vor, die nicht mehr auf dem Markt sind. Unter Methicillin traten bei bis zu 17% der Patienten interstitielle Nephritiden auf, die dann mit und ohne Steroidtherapie

Herausgeber:

Prof. Dr. med. Thomas Benzing

*meist komplett rückläufig waren. Neuere Daten legen jedoch nahe, dass die Prognose nicht wirklich so günstig ist und dass häufig trotz Erholung des akuten Nierenversagens zumindest eine relevante chronische Nierenerkrankung verbleibt. Dies betrifft auch sehr häufig eingesetzte Medikamente wie z. B. Protonenpumpen-Inhibitoren (Omeprazol, Pantoprazol, Lansoprazol, Esomeprazol), die ohne klare Indikation deshalb nicht dauerhaft gegeben werden sollten. In einer zusammenfassenden Arbeit wurde vor Jahren bei Patienten mit akuter medikamenteninduzierter interstitieller Nephritis, welche einen Serumkreatinin-Anstieg bis auf über 5,5 mg/dl hatten, gezeigt, dass bei einem Großteil der Patienten nach Erholung ein Serumkreatinin um 1,2–1,7 mg/dl zu finden war (CKD 3–4) (Rossert et al. *Kidney Int* 200160:804–817). Deshalb wird die akute interstitielle Nephritis neben dem Absetzen der auslösenden Substanz häufig mit Steroiden therapiert, allerdings ohne sichere Datenlage. Eine kleine Zahl unkontrollierter Studien und Fallberichte hatte dokumentiert, dass die Steroidtherapie möglicherweise nicht die Prognose günstig beeinflusst, jedoch gegebenenfalls den Verlauf des Abklingens der interstitiellen Nephritis zu verkürzen vermag (Galpin et al. *Am J Med* 1978;65:756–765). Eine aktuelle Studie in „CJASN“ widmet sich der Bedeutung der Kortikosteroidtherapie bei Medikamenten-allergischer akuter interstitieller Nephritis (Fernandez-Juarez et al. *Clin J Am Soc Nephrol* 2018;13:1851–1858). In dieser interessanten multizentrischen Studie aus Spanien*

Fortsetzung siehe Seite 2 →