

Inhalt

► Schwerpunkt: Autosomal-dominante polyzystische Nierenerkrankung	Seite
<i>Zystenwachstum bei Autosomal-dominanter polyzystischer Nierenerkrankung</i>	
Verringerung durch Transplantation.....	2
<i>Stadium der Chronischen Nierenerkrankung bei ADPKD</i>	
Verbesserung der Lebensqualität wirkt sich positiv auf Erkrankung aus.....	4
<i>Behandlung von Patienten mit Autosomal-dominanter polyzystischer Nierenerkrankung</i>	
Gute Wirkung von Tolvaptan.....	4
<i>Schnell fortschreitende Autosomal-dominante polyzystische Nierenerkrankung</i>	
Kein Benefit durch Venglustat.....	6
<i>Tolvaptan bei Patienten mit Autosomal-dominanter polyzystischer Nierenerkrankung</i>	
Behandlung führt häufig zu erhöhter Kreatinkinase.....	8
<i>Nierenversagen bei Autosomal-dominanter polyzystischer Nierenerkrankung</i>	
Patienten weisen gesundheitliche Unterschiede auf.....	10
► Dialyse	
<i>Kleinere Volumina des Hippocampus bei Patienten mit dauerhafter Hämodialyse</i>	
Ursache für kognitive Beeinträchtigungen.....	2
<i>Phosphatbinder bei Dialysepatienten</i>	
Körpereigene Calciproteinpartikel werden gesenkt.....	4
► Nierentransplantation	
<i>Epstein-Barr-Virus-assoziierte Posttransplantations-lymphoproliferative Erkrankung</i>	
Benefit durch Umstellung von Calcineurin- auf mTOR-Inhibitoren.....	10
<i>Nierentransplantatempfänger mit familiärem Mittelmeerfieber</i>	
Interleukin-1-Blocker sind wirksam.....	12
► Chronische Nierenkrankheit	
<i>Patienten mit Chronischer Nierenerkrankung und Anämie</i>	
Daprodustat hat positive Auswirkungen auf Hämoglobinwert und Lebensqualität.....	8
<i>Diabetesmedikamente bei Typ-2-Diabetes mellitus und chronischer Nierenerkrankung</i>	
Verschiedene Arzneistoffe zeigen ähnliche Auswirkungen.....	12
► Sonstiges	
<i>Selektive Hemmung der Aldosteronsynthese bei therapieresistenter Hypertonie</i>	
Dosisabhängige Senkung des Blutdrucks durch Baxdrostat.....	6
<i>Therapie der primären Hyperoxalurie vom Typ 1 bei Säuglingen und Kleinkindern</i>	
Lumasiran ist auch nach einem Jahr wirksam und sicher.....	6
<i>Therapie des Nephrotischen Syndroms</i>	
Aufrechterhaltung der Remission durch sequenzielles Rituximab.....	8
<i>Zusätzlicher Tyrosinkinase-Inhibitor bei fortgeschrittenem Nierenzellkarzinom</i>	
Cabozantinib führt zu längerem progressionsfreien Überleben.....	10
<i>Eculizumab bei atypisch Hämolytisch-urämisches Syndrom</i>	
Individualisierte Dosierungsstrategie steigert das Ansprechen.....	12
► Forschung, Hochschule, Verbände	13
► Industrie	18
► Termine	21

Editorial

Verehrte Kolleginnen und Kollegen,

ich hoffe, Sie erleben einen schönen Sommer. Ich hatte ein paar Tage Auszeit in der Sonne und nahm das als Gelegenheit, für Sie wieder interessante Literatur zu studieren. Bei der Durchsicht einer großen Zahl von Studien bin ich auf eine Frage gestoßen, mit der auch ich immer wieder konfrontiert bin. Sollen wir Natrium-Glucose-Cotransporter-2(SGLT2)-Inhibitoren bei Dialysepatienten absetzen? Steigt die Nebenwirkungsrate inakzeptabel an, wenn die Nierenfunktion verloren geht? Können SGLT2-Inhibitoren überhaupt wirken, wenn die GFR stark reduziert ist? Auch wenn es auf diese Fragen keine definitiven Antworten gibt, möchte ich Ihnen doch eine aktuelle Studie ans Herz legen, die zumindest Teilaspekte dieser Fragen adressiert.

Ohne Zweifel sind SGLT2-Inhibitoren Game-Changer-Medikamente bei CKD mit und ohne Diabetes mellitus, die sowohl das renale Progressionsrisiko also auch das kardiovaskuläre Risiko beeindruckend günstig beeinflussen. In einer kürzlichen Metaanalyse von 13 großen, randomisierten Studien mit mehr als 90.000 Patienten zeigte sich eine 37%ige Risikoreduktion in Bezug auf CKD-Progression, eine 23%ige Reduktion des Risikos für einen akuten Nierenschaden und eine 23%ige Reduktion des Risikos für kardiovaskulären Tod oder Hospitalisation wegen Herzinsuffizienz (Nuffield Dept Popul Health Renal Studies Group, Lancet 2022;400:1788-1801). Übrigens wird die Verhinderung des akuten Nierenversagens bei sonst keiner Substanz gesehen, insbesondere nicht bei den Glucagon-like-Peptide-1(GLP1)-Analoge, die ebenfalls einen hohen Stellenwert bei der Therapie von Patienten mit diabetischer Nierenkrankheit (DKD) haben. Dieser positive Effekt von SGLT2-Inhibitoren scheint vergleichbar bei Patienten mit und ohne Diabetes und scheint weitestgehend unabhängig vom Grad der Einschränkung der Nierenfunktion.

Entsprechend empfehlen auch die aktuellen KDIGO-Leitlinien den Einsatz von SGLT2-Inhibitoren bei fast allen Patienten mit CKD (ausgenom-

Herausgeber:

Prof. Dr. med. Thomas Benzing

men sind noch einige wichtige Patientengruppen wie die ADPKD-Patienten). Die 2022 KDIGO Guideline für Patienten mit Typ 2 Diabetes mellitus und CKD empfiehlt den Start von SGLT2-Inhibitoren bei allen Patienten mit einer eGFR > 20 ml/min und schlägt auch vor, dass die Medikamente so lange wie toleriert auch unter einer eGFR von 20 ml/min, also bis zum Einsatz einer Dialysetherapie oder einer Nierentransplantation, gegeben werden sollten (Rossing et al. Kidney Int 2022;102:990-999). Allerdings sind pharmakokinetische Daten zu SGLT2-Inhibitoren bei stark eingeschränkter Nierenfunktion rar (Peter WL, Meaney CJ. Clin J Am Soc Nephrol 2023 Jul 7, doi: 10.2215/CJN.000000000000232). Dapagliflozin und Empagliflozin werden durch Glucuronidierung in Leber und Niere inaktiviert. Dapagliflozin wird nur minimal (< 2%), Empagliflozin stärker (54%) über die Niere ausgeschieden. Dapagliflozin hat ein hohes Verteilungsvolumen von 118 l und ist stark eiweißgebunden (91%). Der Grad der Eiweißbindung scheint unabhängig von der Nierenfunktion zu sein. Deshalb wäre anzunehmen, dass Dapagliflozin auch nicht durch die Hämodialyse aus dem Blut zu entfernen ist. Empagliflozin hat ein Verteilungsvolumen von 74 l und eine Plasmaeiweiß-Bindung von 84%. Auch hier sollte die Entfernung über die Hämodialyse eher gering sein. Die pharmakokinetischen Eigenschaften von Dapagliflozin 10 mg pro Tag wurden fortgesetzt siehe Seite 3