Intensivmed 2010 · 47:410–410
 DOI 10.1007/s00390-010-0196-z
 Online publiziert: 28. August 2010
 © Springer-Verlag 2010

M. Joannidis¹ · H.P. Kierdorf²

¹ Universitätsklinik für Innere Medizin I, ICU/Intensivstation,
 Medizinische Universität Innsbruck

² Klinik für Nieren- und Hochdruckkrankheiten am Klinikum Braunschweig

Akutes Nierenversagen

Das akute Nierenversagen (ANV) als klinisches Syndrom hat sich im Laufe der letzten Jahrzehnte bezüglich klinischem Erscheinungsbild, Ätiologie, Epidemiologie und auch in seiner Bedeutung für den einzelnen Patienten grundsätzlich gewandelt.

Das ANV ist heute fast ausschließlich Teil eines sog. Multiorganversagens (MOV). Seine Inzidenz auf den Intensivstationen ist hoch. Sie liegt im Mittel bei 5–35% und erreicht bei Koinzidenz mit Sepsis und septischem Schock 50% und mehr. Prognostische Angaben der Erkrankungen sind mit einer Letalität von 20–80% sehr variabel. Dies ist ein Hinweis auf die jahrzehntelang fehlende einheitliche Definition und die Inhomogenität in der Zusammensetzung verschiedener untersuchter Patientenkollektive.

Die Inzidenz von ANV auf Intensivstationen ist hoch

Aus diesem Grund beschäftigt sich der erste Beitrag des Themenheftes von Roman Reindl-Schwaighofer und Michael Joannidis mit den diagnostischen Möglichkeiten und den heute anerkannten Klassifikationen des akuten Nierenversagens.

Jahrzehntelang galt die allgemeine These, dass der Patient auf der Intensivstation nicht am, sondern im ANV verstirbt. Untersuchungen der letzten Jahre zeigen aber eindrucksvoll, dass man sich von dieser These verabschieden muss. Wilfried Druml beschreibt in seinem Beitrag die Bedeutung des ANV für die Prognose des Patienten und ordnet das Syndrom und seine Bedeutung als sog. Systemerkrankung in das MOV ein.

Da die Möglichkeiten einer Prophylaxe des ANV beim intensivmedizinischen Patienten ausgesprochen begrenzt sind, gleichzeitig aber die Notwendigkeit einer Nierenersatztherapie zu einer zunehmenden Mortalität der Patienten führt, widmen sich 3 weitere Beiträge des Themenheftes den unterschiedlichen Therapieformen, der Frage nach Beginn und Dosis der extrakorporalen Therapie und der jahrzehntelangen Achillesferse der extrakorporalen Therapie auf der Intensivstation beim ANV, der Antikoagulation.

Michael Jörres stellt in seinem Beitrag die unterschiedlichen Therapiemöglichkeiten und ihre Einsatzschwerpunkte zusammen und geht außerdem auf den Einsatz der extrakorporalen Therapie aus sog. „nichtrenaler Indikation“ (Immunmodulation) ein.

Über Jahre waren sich Nephrologen und Intensivmediziner einig, dass die Dosis der extrakorporalen Therapie, die Patienten auf der Intensivstation erhielten, vor dem Hintergrund der massiven Katabolie der Patienten zu gering war. Verschiedene Untersuchungen hatten hier einen deutlichen Überlebensvorteil bei höher dosierter extrakorporaler Therapie nachgewiesen. Untersuchungen aus den letzten 2 bis 3 Jahren zeigen aber, dass man sich von der These verabschieden muss, dass viel Dialysedosis immer viel hilft. Peter Heering vermittelt in seinem Beitrag die hierzu aktuellen Überlegungen und geht insbesondere darauf ein, wie wesentlich ein frühzeitiger Beginn der extrakorporalen Therapie ist.

Nachdem jahrelang ein Großteil der Komplikationen der extrakorporalen Therapie in der Intensivmedizin durch die Antikoagulation verursacht war, ste-

hen heute verschiedene Alternativen für die Gerinnungshemmung im extrakorporalen Kreislauf zur Verfügung. Mit den unterschiedlichen Möglichkeiten und insbesondere der „lokalen“ Antikoagulation mit Zitrat beschäftigt sich der Beitrag von Dario Frank.

Michael Joannidis

Horst P. Kierdorf

Korrespondenzadressen

Prof. Dr. M. Joannidis

Universitätsklinik für Innere
 Medizin I, ICU/Intensiv-
 station, Medizinische Uni-
 versität Innsbruck
 Anichstraße 35, 6020 Innsbruck
 Österreich
 michael.joannidis@i-med.ac.at

Prof. Dr. H.P. Kierdorf

Klinik für Nieren- und Hoch-
 druckkrankheiten am
 Klinikum Braunschweig
 Salzdahlumer Straße 90,
 38126 Braunschweig
 h.kierdorf@klinikum-
 braunschweig.de