

KDIGO-Leitlinien zum Lipidmanagement bei chronischen Nierenerkrankungen

Deutsche Übersetzung

Vorbemerkungen

Bei dem folgenden Text handelt es sich um die zusammenfassende unkommentierte deutsche Übersetzung der KDIGO-Empfehlungen zum Lipidmanagement bei chronischer Nierenerkrankung. Im englischsprachigen Originaldokument, das in *Kidney International Supplements* publiziert ist, finden sich jeweils direkt im Anschluss an die Empfehlungen in den Kapiteln 1–6 ausführliche Begründungen („Rationale“) mit einer detaillierten Darstellung der Evidenz, auf deren Übersetzung aber hier verzichtet wurde. Die umfassende, englischsprachige Version der Leitlinie ist auch auf der KDIGO-Webseite (<http://www.kdigo.org>) abrufbar.

Der Buchstabe und die Ziffer hinter jeder Empfehlung geben die Stärke der Empfehlung wieder (*Grad 1*, *Grad 2*, oder *nicht gewichtet*; **■ Tab. 1**). Die Qualität der zugrunde liegenden Evidenz ist mit A, B, C, oder D angegeben (**■ Tab. 2**).

Kapitel 1: Erfassung des Lipidstatus bei Erwachsenen mit chronischer Nierenerkrankung

1.1 Wir empfehlen bei Erwachsenen mit neu identifizierter chronischer Nierenerkrankung (CKD) auch bei chronischen Dialysepatienten oder Nierentransplantierten die Evaluierung eines Lipidprofils (Gesamtcholesterin, LDL-Cholesterin, HDL-Cholesterin, Triglyzeride) (*1C*).

1.2 Die meisten Erwachsenen mit chronischer Nierenerkrankung, auch chronische Dialysepatienten oder Nierentrans-

plantierte, benötigen keine Folgemessung der Serumlipide (*nicht gewichtet*).

Kapitel 2: Pharmakologische Cholesterinsenkung bei Erwachsenen

2.1.1 Wir empfehlen, dass Erwachsene im Alter über 50 Jahre mit einer eGFR <60 ml/min/1,73 m² mit einem Statin oder einer Statin/Ezetimib-Kombination behandelt werden. Dies ist nicht für chronische Dialysepatienten oder Nierentransplantierte gültig (GFR-Kategorien G3a–G5) (*1A*).

2.1.2 Wir empfehlen, dass Erwachsene im Alter über 50 Jahre mit chronischer Nierenerkrankung und einer eGFR ≥60 ml/min/1,73 m² (GFR-Kategorien G1–G2) mit einem Statin behandelt werden (*1B*).

2.2 Wir schlagen vor, dass Erwachsene im Alter von 18 bis 49 Jahren mit chronischer Nierenerkrankung mit einem Statin behandelt werden, wenn sie eines oder mehrere der folgenden Kriterien aufweisen (*2A*):

- bekannte koronare Herzerkrankung (Myokardinfarkt oder koronare Revascularisierung)
- Diabetes mellitus
- stattgehabter ischämischer Schlaganfall
- eine geschätzte Zehnjahresinzidenz für Koronartod oder nichttödlichen Myokardinfarkt von >10%

Dies ist nicht für chronische Dialysepatienten oder Nierentransplantierte gültig. 2.3.1 Wir schlagen vor, dass bei Erwachsenen mit dialysepflichtiger Nierenin-

suffizienz keine Statin- oder Statin/Ezetimib-Kombinationstherapie begonnen wird (*2A*).

2.3.2 Wir schlagen vor, dass Patienten mit einem Statin oder einer Statin/Ezetimib-Kombination weiterbehandelt werden, wenn sie diese bereits zum Zeitpunkt der Aufnahme in ein Dialyseprogramm erhalten haben (*2C*).

2.4 Wir schlagen vor, dass erwachsene Nierentransplantierte mit einem Statin behandelt werden (*2A*).

Kapitel 3: Erfassung des Lipidstatus bei Kindern mit chronischer Nierenerkrankung

3.1 Wir empfehlen bei Kindern mit neu identifizierter chronischer Nierenerkrankung (inkl. chronische Dialysepatienten oder Nierentransplantierte) die Evaluierung mit einem Lipidprofil (Gesamtcholesterin, LDL-Cholesterin, HDL-Cholesterin, Triglyzeride) (*1C*).

3.2 Wir schlagen vor, dass bei Kindern mit chronischer Nierenerkrankung (inkl. chronische Dialysepatienten oder Nierentransplantierte) eine jährliche Messung des Lipidprofils (nüchtern) durchgeführt wird (*nicht gewichtet*).

Die englische Originalfassung der Leitlinie wurde wie folgt publiziert: *Kidney Disease: Improving Global Outcomes (2013) KDIGO Clinical Practice Guideline for Lipid Management in Chronic Kidney Disease*. *Kidney Int Suppl* 3:259–305

Tab. 1 Stärke der Empfehlung

„ Grad 1 “ bedeutet „wir empfehlen“: Die meisten Patienten sollten die empfohlene Intervention erhalten.
„ Grad 2 “ bedeutet „wir schlagen vor“: Verschiedene Möglichkeiten können für unterschiedliche Patienten angebracht sein. Jeder Patient benötigt eine Entscheidungshilfe, die mit seinen Vorstellungen und Präferenzen übereinstimmt.
„ Nicht gewichtet “ wurde typischerweise verwendet, wenn eine vernunftbasierte Entscheidungshilfe angeboten werden sollte oder wenn die Sachlage keine vernünftige Anwendung der Evidenz erlaubte.

Tab. 2 Graduierung der Evidenz

„ Grad A “ bedeutet <i>starke</i> Qualität der Evidenz: Wir sind zuversichtlich, dass die wahre Wirkung in der Nähe der geschätzten Wirkung liegt.
„ Grad B “ bedeutet <i>mittlere</i> Qualität der Evidenz: Die wahre Wirkung liegt vermutlich in der Nähe der geschätzten Wirkung, aber es besteht die Möglichkeit, dass sie auch substantiell davon abweicht.
„ Grad C “ bedeutet <i>geringe</i> Qualität der Evidenz: Die wahre Wirkung könnte substantiell unterschiedlich von der geschätzten Wirkung sein.
„ Grad D “ bedeutet <i>sehr geringe</i> Qualität der Evidenz: Die Einschätzung der Wirkung ist sehr unsicher und ist häufig weit entfernt von der Wahrheit.

Kapitel 4: Pharmakologische cholesterinsenkende Therapie bei Kindern mit chronischer Nierenerkrankung

4.1 Wir schlagen vor, dass bei Kindern unter 18 Jahren mit chronischer Nierenerkrankung (inkl. chronische Dialysepatienten oder Nierentransplantierte) keine Statin- oder Statin/Ezetimib-Kombinationstherapie begonnen wird (2C).

Kapitel 5: Triglyzeridsenkende Therapie bei Erwachsenen

5.1 Wir schlagen vor, dass Erwachsenen mit chronischer Nierenerkrankung (inkl. chronische Dialysepatienten oder Nierentransplantierte) und Hypertriglyzeridämie Lebensstilveränderungen empfohlen werden (2D).

Kapitel 6: Triglyzeridsenkende Therapie bei Kindern

6.1 Wir schlagen vor, dass Kindern mit chronischer Nierenerkrankung (inkl. chronische Dialysepatienten oder Nierentransplantierte) und Hypertriglyzeridämie Lebensstilveränderungen empfohlen werden (2D).

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. C. Wanner
 Medizinische Klinik und Poliklinik I,
 Abteilung Nephrologie,
 Universitätsklinikum Würzburg
 Oberdürrbacherstr. 6, 97080 Würzburg
 wanner_c@ukw.de

Interessenkonflikt. C. Wanner gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Risikofaktor Uromodulin

Eine häufige genetische Variante der Promotor-Region des Uromodulin-Gens kann Hypertonie oder chronischen Nierenleiden auslösen. Dies geht aus Experimenten von Wissenschaftlern der Universität Zürich hervor.

Uromodulin wird von der Niere in den Urin abgegeben, um vor Nierensteinbildung und Harnwegsinfektionen zu schützen. Personen mit den Risikovarianten im Uromodulin-Gen wiesen in der Studie höhere Konzentrationen von Uromodulin im Urin und in der Niere auf verglichen mit Personen, die schützende Varianten trugen. Anhand von Experimenten mit Mäusen zeigten die Wissenschaftler, dass eine erhöhte Konzentration von Uromodulin zu einer erhöhten Reabsorption von Salz in den Nieren führt, welche wiederum für arterielle Hypertonie verantwortlich ist. Zudem identifizierten die Forscher den Transporter in der Niere, der für die Salz-Reabsorption verantwortlich ist. Die Erkenntnisse zu Uromodulin könnten Implikationen für die Therapie von arterieller Hypertension und chronischem Nierenversagen haben.

Literatur: Trudu M, Janas S, Lanzani C et al (2013) Common noncoding UMOD variants induce salt-sensitive hypertension and kidney damage by increasing uromodulin expression. Nature Medicine Doi:10.1038/nm.3384

Quelle: Universität Zürich,
www.mediadesk.uzh.ch