Nephrologe 2017 · 12:384–385
<https://doi.org/10.1007/s11560-017-0198-y>
Online publiziert: 26. September 2017
© Springer Medizin Verlag GmbH 2017

Redaktion

G. Wolf, Jena
M. Zeier, Heidelberg

CrossMark

G. Wolf¹ · M. Zeier²

¹ Klinik für Innere Medizin III, Universitätsklinikum Jena, Jena, Deutschland

² Nierenzentrum Heidelberg, Medizinische Universitätsklinik Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

Diabetes und Niere

Inzidenz und Prävalenz der diabetischen Nephropathie sind leicht zurückgegangen, und dennoch stellt diese Erkrankung weiterhin die Hauptursache für die terminale Niereninsuffizienz in Deutschland dar. Zuletzt wurde dieses für jeden praktisch tätigen Nephrologen wichtige Thema in *Der Nephrologe* 2011 behandelt. Seitdem haben sich enorme Fortschritte im Verständnis der Pathophysiologie der diabetischen Nephropathie, der histologischen Klassifikation, aber auch insbesondere der Therapieoptionen ergeben. Also ist es an der Zeit, dieses Thema erneut intensiv aus verschiedenen Perspektiven in dieser Zeitschrift zu behandeln.

Bisher war die Therapie der diabetischen Nephropathie mehr oder weniger unspezifisch: Es wurde versucht, den Stoffwechsel optimal einzustellen, den Blutdruck zu reduzieren und insbesondere die Proteinurie durch eine mehr oder weniger maximale Blockade des Renin-Angiotensin-Aldosteron-Systems maximal zu reduzieren. Darüber hinaus sollten Störungen des Lipidstoffwechsels behandelt werden, insbesondere auch um die sehr stark erhöhte kardiovaskuläre Ereignisrate bei Patienten mit diabetischer Nephropathie zu reduzieren. Wir haben in den letzten Jahren verschiedene Medikamente kommen und gehen sehen. Beispiele hierfür sind Bardoxolone und Aliskiren, auf die initial zur Behandlung der diabetischen Nephropathie in kleineren Studien große Hoffnung gesetzt worden ist, die sich aber in größeren Studien als wirkungslos bzw. aufgrund der kardiovaskulären Nebenwirkungen als nicht geeignet gezeigt haben. In den letzten zwei Jahren konnte erstmals durch den Einsatz von SGLT („sodium-dependent glucose transporter“)-2-Hemmern und zum Teil

auch von GLP („glucagon-like peptide“)-1-Analoga gezeigt werden, dass eine Progression der diabetischen Nephropathie möglicherweise verlangsamt werden kann. Zusätzlich reduzieren diese Medikamente die gefürchteten kardiovaskulären Ereignisse bei Patienten mit Typ-2-Diabetes. Interessanterweise ist eine Therapie mit diesen Medikamenten mit nur einer relativ geringen Verbesserung der Stoffwechsellaage bei Diabetikern verbunden. Dazu deuten experimentelle Untersuchungen darauf hin, dass möglicherweise diese neuen Substanzen direkte protektive Wirkungen auf die Niere haben können. Hierzu ist allerdings noch viel Forschungsarbeit zu leisten.

Im vorliegenden Heft von *Der Nephrologe* werden folgende Themen behandelt: Herr Prof. Wiecek, ehemaliger Präsident der europäischen Nephrologengesellschaft ERA-EDTA setzt sich mit einer persönlichen Einschätzung auseinander – was hat sich bei der diabetischen Nephropathie in den letzten Jahren verändert?

Frau Dr. Löffler und Prof. Wolf stellen den aktuellen Stand der komplizierten Pathophysiologie der diabetischen Nephropathie dar.

Die Gruppe um Frau Prof. Amann aus Erlangen zeigt auf, wie eine morphologische Klassifikation der diabetischen Nephropathie erfolgen kann und wie diese prognostische Relevanz hat.

Frau Dr. Kettner und Prof. Mann zeigen Strategien zur Prophylaxe und Therapie der diabetischen Nephropathie auf. Hierbei werden insbesondere die oben genannten neuen Medikamente erwähnt, und eine Dosierungstabelle antidiabetischer Wirkstoffe bei Patienten mit reduzierter Nierenfunktion wird vorgelegt.

Die Heidelberger Gruppe um Prof. Zeier, die viel Erfahrung mit der kombinierten Nieren-Pankreas-Transplantation hat, stellt dieses Verfahren als optimale Therapieoption für Typ-1-Diabetiker mit fortgeschrittener Niereninsuffizienz dar.

Schließlich positioniert sich Herr Prof. Alscher aus Stuttgart, der derzeitige Präsident der Deutschen Gesellschaft für Nephrologie, eindeutig für die Peritonealdialyse als primäres Dialyseverfahren für Diabetiker mit terminaler Niereninsuffizienz.

Nach 2007 und 2011 stellt dieses Heft von *Der Nephrologe* erneut den Schwerpunkt Diabetes und Niere dar. Wir hoffen, mit dem vorliegenden Heft dem praktisch tätigen Kollegen Tipps und Hinweise zur Prophylaxe und Behandlung des extrem wichtigen Krankheitsbildes der diabetischen Nephropathie zu geben. Wenn uns dies gelingt, würden wir uns sehr freuen.

Prof. Dr. Gunter Wolf

Prof. Dr. Martin Zeier

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. G. Wolf, MHBA
Klinik für Innere Medizin III,
Universitätsklinikum Jena
Erlanger Allee 101,
07740 Jena, Deutschland
gunter.wolf@med.uni-jena.de

Prof. Dr. M. Zeier, M.Sc
Nierenzentrum Hei-
delberg, Medizinische
Universitätsklinik Heidelberg
Im Neuenheimer Feld 162,
69120 Heidelberg,
Deutschland
Martin.Zeier@
med.uniheidelberg.de

Interessenkonflikt. G. Wolf und M. Zeier geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Erste Studienergebnisse zur renalen Denervierung liegen vor

Die Niere ist bei der Regulierung des Blutdrucks von zentraler Bedeutung. Bei einer erhöhten efferenten Aktivität des und der daraus erhöhten Nierenaktivität werden die blutdruckerhöhenden Stoffe Renin und Noradrenalin freigesetzt. Für die Behandlung von Patienten mit renaler und teilweise essenzieller Hypertonie bieten daher die efferenten und afferenten renalen Nerven einen Behandlungsansatz.

Bei der renalen Denervierung wird ein Katheter von der Leiste aus über die Bauchschlagader in die Nierenarterien vorgeschoben. Durch Elektroden werden Nervenfasern in der Wand der Arterie verödet. Man erhofft sich dadurch eine dauerhafte Blutdrucksenkung.

Vor drei Jahren hatte die renale Denervierung in der Symplicity HTN-3-Studie die Erwartungen der Experten enttäuscht. Die Blutdrucksenkung war damals nicht besser als bei einer Scheinbehandlung. Für die neue Studie SPYRAL HTN-OFF ME) wurden Patienten ausgewählt, bei denen keine für die Untersuchungsergebnisse möglicherweise störenden Blutdrucksenker eingesetzt wurden. Sie wurden entweder noch nie medikamentös gegen Bluthochdruck behandelt oder ihre Blutdruckmedikamente wurden vor der Behandlung abgesetzt. Bei den Patienten lag der systolische Blutdruckwert zwischen 140 und 170 mmHg und der diastolische Blutdruckwert bei mindestens 90 mmHg. Patienten mit isolierter systolischer Hypertonie wurden ausgeschlossen, weil die renale Denervierung bei ihnen in früheren Untersuchungen keine Wirkung erzielte.

Ergebnis: Der systolische Blutdruck war drei Monate nach der Behandlung bei den Messungen in der Arztpraxis im Durchschnitt um 7,7 mmHg gefallen. Beim diastolischen Blutdruck kam es zu einem Rückgang um 5 mmHg. In der 24h-Langzeit-Blutdruckmessung wurde ein Rückgang der Durchschnittswerte um 5,5 mmHg systolisch und 4,8 mmHg diastolisch erzielt. Die Scheinbehandlung in der Kontrollgruppe blieb dagegen wirkungslos. Wie in den früheren Studien erwies sich die Behandlung als sicher und weitgehend frei von Nebenwirkungen. Für einen allge-

meinen Einsatz ist es nach Einschätzung der Task Force noch zu früh. Die Studie war mit 80 Patienten relativ klein. Deshalb werden nun zunächst die Ergebnisse weiterer klinischer Studien mit größerer Patientenzahl und längerer Nachbeobachtungszeit abgewartet. Die Zwischenergebnisse der SPYRAL HTN-OFF MED-Studie wurden nun in „The Lancet“ publiziert. Die Stellungnahme der Task Force „Wissenschaftliche Stellungnahmen und Leitlinien der DHL®“ finden Sie unter https://www.hochdruckliga.de/tl_files/content/dhl/aktuelles/2017/09/DHL-Stellungnahme-Zielblutdruck.pdf

Literatur:

Townsend RR und die SPYRAL HTN-OFF MED Trial Investigators. Catheter-based renal denervation in patients with uncontrolled hypertension in the absence of antihypertensive medications (SPYRAL HTN-OFF MED): a randomised, sham-controlled, proof-of-concept trial. *Lancet* 2017; doi: 10.1016/S0140-6736(17)32281-X.

Quelle: Deutsche Hochdruckliga DHL®-Deutsche Gesellschaft für Hypertonie und Prävention, www.hochdruckliga.de