ein Schleifendiuretikum ergänzt oder ersetzt wird. Bei schweren Hyperkaliämien ist auch die Gabe eines oralen Austauschharzes unverzichtbar. „Eine therapierefraktäre Hyperkaliämie ist immer eine zwingende Indikation für eine Dialyse“, so Kettler.

Kalziumzufuhr limitieren

Der Serum-Kalzium-Wert ist bei Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz nur bedingt aussagekräftig bezüglich der Kalziumbilanz. Die Gesamt-Kalzium-Zufuhr sollte limitiert sein, da eine Hyperkalzämie auch im Hinblick

auf die Gefäßverkalkung ungünstig ist. „Die Therapie des sekundären Hyperparathyreoidismus sollte immer an die Kalziumwerte angepasst werden“, so Kettler. Leicht erniedrigte Kalziumwerte seien unbedenklich, könnten jedoch die Parathormonsekretion stimulieren.

Senkung des Phosphatspiegels

Auch die Erhöhung des Phosphatspiegels ist ein häufiges Begleitphänomen bei chronischer Niereninsuffizienz. Bei den meisten Patienten kann durch eine entsprechende Diät keine ausreichende Senkung des Phosphatwertes erreicht

werden, zumal bei strenger Einhaltung der diätetischen Empfehlungen ein hohes Risiko für eine Malnutrition besteht.

Deshalb ist für die Mehrzahl der Betroffenen die zusätzliche Gabe eines Phosphatbinders erforderlich, der nach Möglichkeit kalziumfrei sei sollte. „Vieles spricht dafür, in Zukunft mit der Senkung des Phosphatspiegels medikamentös bereits zu beginnen, bevor eine Hyperphosphatämie nachgewiesen werden kann“, so Kettler.

STI ■

Behandlung der renalen Anämie

Mit Eisen und Erythropoetin zum Ziel-Hb

Eine der häufigsten Komplikationen bei Patienten mit fortgeschrittener chronischer Niereninsuffizienz ist die renale Anämie. Therapeutisch sollte man möglichst zweigleisig fahren. Zusätzlich zu Erythropoetin (EPO), das keinesfalls zu hoch dosiert werden darf, empfiehlt sich immer die Gabe eines Eisenpräparats. Oft lässt sich dadurch nicht nur die Anämie, sondern auch die Nierenfunktion verbessern.

— Über viele Jahre galt bei renaler Anämie die Gabe einer Erythropoese stimulierenden Substanz als Standardtherapie. „Neuere Studienergebnisse haben jedoch zu einem gewissen Umdenken geführt“, sagte Prof. Walter H. Hörl von der Nephrologischen Universitätsklinik in Wien. Die komplette Korrektur der Anämie mit einer solchen Substanz sei keinesfalls vorteilhaft; denn niereninsuffiziente Patienten mit einem Hämoglobinwert von 13,5 g/dl unter EPO-Therapie schnitten bezüglich des kombinierten Endpunktes (Tod, Myokardinfarkt, Schlaganfall und Hospitalisierung) schlechter ab als Patienten mit einem Ziel-Hb-Wert von 11,5 g/dl. Diese negativen Ergebnisse dürften allein durch die

hoch dosierte EPO-Gabe verursacht sein und nicht durch den erhöhten-Hämoglobinwert“, so Hörl. Eine Therapie mit einem EPO-Präparat sollte deshalb heute erst bei einem Hb < 9 g/dl eingesetzt werden, bei höheren Hb-Werten nur dann, wenn entsprechende anämiebedingte Symptome vorliegen. Dabei sollte ein Ziel-Hb-Wert von 11,5 g/dl angestrebt werden.

Funktionellen Eisenmangel beheben

Bei Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz liegt häufig ein funktioneller Eisenmangel mit der Folge einer Eisenmangelanämie vor. „Die Mehrzahl der chronisch niereninsuffizienten Patienten hat einen Ferritinwert < 100 mg/dl“, so Hörl. Ein solcher funktioneller Eisenmangel sei auch eine der häufigsten Ursachen dafür, dass das EPO-Präparat keine optimale Wirkung entfalten kann. Deshalb sei eine Eisensubstitution sinnvoll, zumal in Studien gezeigt werden konnte, dass unabhängig von der Beeinflussung des Hb-Wertes auch die GFR ansteigt.

Die Eisensubstitution kann grundsätzlich oral erfolgen. Eine intravenöse Eisengabe ist jedoch dann erforderlich, wenn die orale Applikation nicht zum

gewünschten Erfolg führt oder ein rascher Anstieg des Hb-Wertes angestrebt wird. „Neuere Untersuchungsergebnisse sprechen dafür, dass die Korrektur des Eisenmangels eine über die Anämiekorrektur hinausgehende günstige Wirkung auf die Nierenfunktion entfaltet“, so Hörl.

STI ■

■ Quelle: DGIM-Kongress 2012

Blutarmut ist bei fortschreitender Nierenschwäche fast immer dabei.