Frühzeitige Planung des Nierenersatzes

Grundsätzlich empfiehlt es sich, den Nierenersatz bereits bei einer GFR < 30 ml/min zu planen. Sollte die Entscheidung für eine Nierenersatztherapie gefallen sein, so lautet die nächste Frage: Ist eine Transplantation möglich und wenn ja, steht ein Lebendspender zur Verfügung? Soweit möglich, sollte heute eine Lebendspende angestrebt werden, wobei die Übereinstimmung der Blut-

gruppe keine absolute Voraussetzung mehr darstellt. Bis zu einer Altersgrenze von 75 Jahren ist die Prognose bei Transplantierten günstiger als bei Dialyse-Patienten. „Eine Transplantation verbessert auch bei älteren Patienten Morbidität, Mortalität und die Lebensqualität“, betonte Steiger.

Wenn keine Transplantation in Frage kommt und die Indikation für eine Dialyse gestellt wird, kann diese entweder als Peritoneal- oder als Hämodialyse durchgeführt werden. Bei beiden Verfahren gibt es Vor- und Nachteile. Die Peritonealdialyse ist kontinuierlich und somit physiologischer und erhält die Selbstständigkeit des Patienten, aber der Patient muss den Schlauch im Bauch tolerieren, und nach Bauchoperationen ist diese Art der Dialyse nicht immer möglich. Für die Hämodialyse spricht, dass sie schnell und effizient funktioniert und auch bei unselbstständigen Patienten möglich ist. Sie kann aber zu Blutdruck- und Blutzuckerschwankungen führen, ist ungünstiger für die Gefäße und bindet den Patienten mehrmals wöchentlich an eine entsprechende Einrichtung. „Ob die Peritoneal- oder die Hämodialy-

© GAETAN BALLY / KEYSTONE / picture alliance

Neue Niere wird implantiert.

Tab. 1 Kontraindikationen für eine Nierentransplantation

- Lebenserwartung < 2 Jahre
- Unbehandeltes Malignom
- Interventionsbedürftige KHK
- Unmöglichkeit eines Gefäßanschlusses
- Unmöglichkeit der Nachsorge

Relative Kontraindikationen sind:

- Aktive Infektion
- BMI > 35 kg/m²
- Psychose

se im Hinblick auf die Prognose das bessere Verfahren ist, lässt sich nicht eindeutig beantworten, da randomisierte Interventionsstudien nicht möglich sind“, so Steiger. Im Langzeitverlauf und bei größeren Körpervolumina dürfte die Hämodialyse aber vorteilhafter sein. ■

Dr. Peter Stiefelhagen

■ Quelle: medArt, 23.6.2015 in Basel

Patient mit Herz- und Niereninsuffizienz

Kann man einen ACE-Hemmer oder einen AT₁-Blocker geben?

— Ein Übel kommt selten allein! Dies gilt auch für Patienten mit einer chronischen Herzinsuffizienz, da sich bei den meisten Betroffenen früher oder später auch eine chronische Niereninsuffizienz entwickelt. „Bei dieser Komorbidität stellt sich immer die Frage: Kann man die Therapie mit dem ACE-Hemmer bzw. AT₁-Blocker fortführen oder müssen diese Medikamente abgesetzt werden?“, so Prof. Dr. Michael Mayr, Basel.

Die Gabe eines RAS-Blockers bei chronischer Niereninsuffizienz führt in der Regel zu einem Anstieg des Kreatinins. Dies sei aber kein Grund, die Therapie zu stoppen, so Mayr. Der initiale, nicht progrediente Anstieg des Kreatinins reflektiere einen günstigen Effekt dieser Substanzen auf die renale Hämody-

namik. Deshalb könne ein Abfall der GFR um ca. 30–50% meistens akzeptiert werden.

Bei einem stärkeren Abfall der GFR sollten Medikamente mit einem hämodynamischen Effekt vermieden oder abgesetzt werden, soweit vertretbar. Dies gilt vorrangig für Diuretika, die keinesfalls überdosiert werden sollten. NSAR sind streng kontraindiziert. Auch sollte auf eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr geachtet bzw. eine Hypovolämie vermieden werden. Des weiteren muss auch eine Nierenarterienstenose ausgeschlossen werden.

Eine nicht seltene Komplikation einer RAS-Blocker-Therapie bei chronischer Niereninsuffizienz ist die Hyperkaliämie. „Kaliumwerte bis 5,5 mmol/l sind

akzeptabel“, so Mayr. Bei hoch-normalem Kaliumwerten sei sogar das Arrhythmie-Risiko geringer. Risikofaktoren für eine gefährliche Hyperkaliämie sind eine GFR < 30 ml/min, ein Alter über 65 Jahre, ein Diabetes mellitus, eine NSAR-Therapie und eine Kombinationstherapie mit kaliumsparenden Diuretika wie Aldosteronantagonisten. Letztere sollten bei einer GFR < 30 ml/min gar nicht oder nur mit größter Vorsicht in niedrigster Dosierung (12,5 mg täglich) eingesetzt werden. „Eine Niereninsuffizienz ist keine Kontraindikation für eine adäquate Therapie der Herzinsuffizienz, sondern ein wichtiger Grund mehr!“, so Mayr. ■

sti

■ Quelle: medArt, 23.6.2015 in Basel