

Für die Behandlung stehen Prostanoiden, PDE-5-Hemmer wie Sildenafil sowie Endothelin-Rezeptor-Antagonisten (ERA) wie Ambrisentan (seit zwei Jahren) und das seit bereits zehn Jahren bewährte Bosentan (Tracleer®) zur Verfügung.

Zugelassen ist Bosentan für die Behandlung der primären (idiopathischen und familiären) PAH, der sekundären PAH bei systemischer Sklerodermie ohne signifikante interstitielle Lungenerkrankung sowie bei angeborenen Herzfehlern und als einziges

Medikament bei Eisenmenger-Syndrom. Nicht nur Patienten im fortgeschrittenen Stadium (NYHA-Klasse III) profitieren. Wie die EARLY-Studie zeigte, kann Bosentan auch bereits bei einer leicht symptomatischen PAH (WHO-NYHA-Klasse II) von Nutzen sein.

Bei unzureichendem Ansprechen auf eine Monotherapie haben sich laut Prof. Ralf Ewert, Greifswald, eine Reihe von sequenziellen Kombinationen wirksam gezeigt. Auch eine initiale Kombinationstherapie wird diskutiert.

Parameter für den Behandlungserfolg sind die verbesserte Leistungsfähigkeit und Lebensqualität, laut Ewert ein (unterschätzter) eigenständiger Prognosefaktor. Regelmäßige Verlaufskontrollen sind ebenso erforderlich wie die regelmäßige Überprüfung der Leberfunktion.

EE ■

■ 8. Deutsches P(A)H-Forum, Dresden, 11.–12. Februar 2011 (Veranstalter: Actelion Pharmaceuticals Deutschland GmbH)

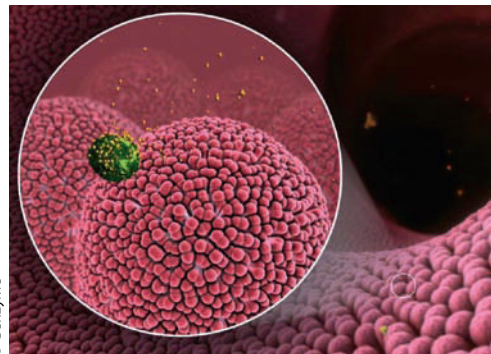
Chronische Nierenerkrankung

Klare Vorteile für kalziumfreie Phosphatbinder

Erhöhte Serumphosphat Spiegel steigern die kardiovaskuläre Mortalität von Patienten mit einer chronischen Nierenerkrankung. Da eine phosphatarme Diät allein nicht ausreicht, um die Prognose der Patienten zu verbessern, hat sich die medikamentöse Phosphatbindung als Therapiestrategie etabliert.

■ Ursprünglich wurden für die Phosphatbindung Substanzen verwendet, die zu nächst Aluminium und später Kalzium enthielten. Nach aktuellen Erkenntnissen sind jedoch metallfreie Phosphatbinder zu favorisieren, wie der Coburger Nephrologe Dr. Patrick Biggar berichtete. Ein wesentlicher Grund sei die mit fortschreitender Nierenerkrankung zunehmende Gefäßverkalkung bei erhöhten Phosphatkonzentrationen und gleichzeitig erhöhter Kalziumaufnahme. Eine positive Kalziumbilanz, die durch Vitamin D noch gesteigert werde, resultiere letztlich in einer Ablagerung des überschüssigen Kalziums im Weichteilgewebe und in Gefäßwandzellen.

Substanzen wie der polymere Anionenaustauscher Sevelamer (Renvela®, Renegel®), die nur im Magendarmtrakt wirken, neutralisieren die Phosphataufnahme, ohne die Kalziumbilanz und damit das Risiko von Gefäßwandkalzifikationen und kardiovasku-



Sevelamercarbonat ist der einzige Phosphatbinder, der ohne Kalzium und Metalle auskommt, deren Akkumulation ein Risiko für die Patienten darstellt. Dadurch werden unnötige Belastungen des Patienten verhindert. Sevelamercarbonat senkt den Phosphat Spiegel effektiv, ohne resorbiert zu werden.

Eine 3D-Animation des Wirkmechanismus ist im Internet zu sehen: www.phosphatmanagement.de.

lären Ereignissen zu erhöhen. Zusätzlich wird durch die Auskleidung der Darmoberfläche mit dem Polymer möglicherweise auch die intestinale Resorption von Endotoxinen und damit inflammatorische Prozesse bei Patienten mit chronischer Nierenerkrankung reduziert, so Biggar.

Optimal wäre es, die Dosis des Phosphatbinders eigenständig an die Phosphatzufuhr

aus der Nahrung anzupassen, um sowohl eine Malnutrition durch eine zu geringe Eiweißaufnahme als auch eine Hyperphosphatämie zu vermeiden, so Dr. Thurid Ahlenstiel aus Hannover.

Die Pädiaterin hat dies in der prospektiven Studie „Junior PRO-PHET“ an 16 niereninsuffizienten Kindern im Alter zwischen vier und 17 Jahren überprüft. Die Kinder lernten, anhand des Phosphatgehalts gängiger Lebensmittel die Dosis des Phosphatbinders zu optimieren. Bereits nach sechs Wochen war der Anteil der Kinder mit Hyperphosphatämie (> 1,78 mmol/l) von 63% auf 31% gesunken. Dabei waren weder die Serumkalium- noch die Serumkalziumwerte signifikant verändert. Ausschlaggebend dafür war lediglich die Erhöhung der Tages-

gesdosierung des Phosphatbinders im Mittel von 6,3 auf 8,2 Tabletten. Dagegen nahm die Phosphatzufuhr mit der Nahrung durch die PEP-Schulung nicht ab.

HAE ■

■ 6. Interaktives Nephrologisches Experten-Forum, 26. Februar 2011, Frankfurt am Main (Veranstalter: Genzyme)