

Welche Ernährung hilft gegen Nierensteinrezidive?

Welche Ernährungsempfehlungen kann man Nierensteinpatienten geben, um Rezidive zu verhindern? In einer Studie kristallisierten sich zwei heraus.

Wer an Nierensteinen erkrankt war, hat ein 30%iges Risiko, innerhalb von fünf Jahren erneut symptomatische Konkrementen zu entwickeln. Diätsempfehlungen zur Prophylaxe sind jedoch rar. Ein US-amerikanisches Team hat Patient*innen mit überstandener Steinerkrankung prospektiv beobachtet und mithilfe eines Fragebogens ermittelt, wie sie sich in den Folgemonaten ernährten. Nach median vier Jahren hatten von 411 Befragten 73 erneut Nierensteine entwickelt. Von den untersuchten Nährstoffen waren nach Berücksichtigung von Bodymass-Index (BMI), Flüssigkeits- und Energieaufnahme lediglich ein niedriger Kalzium- und ein niedriger Kaliumgehalt der Nahrung signifikant mit Steinrezidiven assoziiert. Wurde der

„Recurrence of Kidney Stone Score“ berücksichtigt, blieb nur die Assoziation für Kalzium signifikant. Klammerte man Personen aus, die Thiaziddiuretika oder Kalzium mit Nahrungsergänzungsmitteln einnahmen, war eine geringere Aufnahme von Kalzium sowie von Kalium mit Steinrezidiven assoziiert.

In einer separaten Auswertung wurden die 411 Steinpatient*innen mit 384 Kontrollpersonen verglichen, die nicht zur Steinbildung neigten. Das Risiko, (erstmalig) an Nierensteinen zu erkranken, stieg in der vollständig adjustierten Analyse signifikant, wenn wenig Kalzium, Flüssigkeit und Phytinsäure aufgenommen wurden. Der Schwellenwert für Kalzium betrug 1.200 mg pro Tag, bei der Flüssigkeit bei 3,4 l täglich.

Als wenig geeignet, um das ernährungsbedingte Risiko für Nierensteine zu erfassen, erwies sich in der Studie die Urinanalyse. Den Forscherinnen und Forschern zufolge sind die Messwerte abhängig vom Entnahmezeitpunkt und können von Tag zu Tag stark schwanken.

Fazit: In einer prospektiven US-Studie mit 411 Steinbildnern waren ein niedriger Kalziumgehalt (< 1.200 mg/Tag) sowie eine vergleichsweise geringe Aufnahme von Kalium mit einem erhöhten Rezidivrisiko innerhalb von median vier Jahren assoziiert.

Steinpatientinnen und -patienten sollten, zusätzlich zum Rat, ausreichend zu trinken, die tägliche Aufnahme von etwa 1.200 mg Kalzium pro Tag sowie eine kaliumreiche Ernährung empfohlen werden.

Dr. Elke Oberhofer

Chewcharat A et al. Dietary Risk Factors for Incident and Recurrent Symptomatic Kidney Stones. *Mayo Clin Proc* 2022;97:1437-48

Kein Risiko: niedriger PCA-Mortalität mit 5-ARI

Die Sorge, unter 5- α -Reduktase-Hemmern steige das Risiko, an Prostatakrebs zu sterben, hat sich in einer Studie nicht bestätigt – die Mortalität war sogar vermindert. Ob das an der Therapie lag, bleibt jedoch offen.

Die Behandlung mit 5- α -Reduktase-Inhibitoren (5-ARI) kann das Prostatakarzinom (PCA)-Risiko reduzieren. Das ist durch die Studien PCPT (für Finasterid) und REDUCE (für Dutasterid) belegt worden. In den Studien wurde aber nur ein Rückgang von PCA mit niedrigem/mittlerem Risiko festgestellt; Hochrisiko-PCA wurden dagegen unter 5-ARI häufiger detektiert als ohne. Diese Beobachtung schürte den Verdacht, die Medikamente gegen benigne Prostatahyperplasie (BPH) könnten die PCA-Mortalität erhöhen. Tatsächlich wurde in einer nachfolgenden epidemiologischen Studie mit PCA-Patienten ein signifikanter Anstieg krebsspezifischer Todesfälle unter 5-ARI beobachtet. Andere Analysen ließen aber vermuten, dass ein Detektionsbias vorliegen könnte; zudem deuteten Langzeitdaten der PCPT-Studie eher eine verminderte PCA-Sterblichkeit an.

Entwarnung signalisiert nun auch eine große Registerstudie aus Schweden: Männer ohne PCA in der Anamnese hatten mit einer 5-ARI-Behandlung eine geringere PCA-Mortalität als Männer ohne solche 5-ARI. Die Studie basiert auf schwedischen Registerdaten. Die Studienpopulation umfasste 349.152 Männer ohne PCA, von denen 26.190 eine BPH-Therapie mit 5-ARI begannen, im Median für eine Zeit von 4,5 Jahren. Die 5-ARI-Patienten waren im Schnitt älter (66 vs. 57 Jahre) und hatten, wenig überraschend, deutlich höhere PSA-Spiegel und eher schon eine Prostatabiopsie hinter sich gebracht als die Kontrollgruppe. In der Beobachtungszeit von median 8,2 Jahren ereigneten sich 35.767 Todesfälle, davon 855 infolge von PCA. Bei der Gesamtmortalität gab es nie statistisch relevante Unterschiede zwischen den Gruppen mit und ohne 5-ARI.

Das prostatakrebspezifische Sterberisiko dagegen ging in der 5-ARI-Gruppe mit steigender Expositionsdauer zurück: In den ersten zwei Jahren betrug der relative Rückgang statistisch nicht relevante 11 %, nach acht Jahren hatte er sich auf signifikante 56 % vergrößert. Bei allen Mortalitätsberechnungen war für die unterschiedlichen Voraussetzungen der beiden Studiengruppen adjustiert worden.

Fazit: 5-ARI erhöhen bei Männern ohne PCA in der Anamnese das Risiko, an diesem Krebs zu sterben, nicht. 5-ARI-Patienten haben längerfristig sogar eine niedrigere PCA-Mortalität als Männer ohne 5-ARI. Diesbezügliche Sorgen bei der BPH-Therapie mit 5-ARI sind offenbar nicht begründet. Die Registerstudie lässt allerdings offen, ob die langfristig reduzierte PCA-Sterblichkeit auf die 5-ARI-Therapie oder auf eine bessere urologische Überwachung zurückgeht.

Dr. Beate Schumacher

Björnebo L et al. Association of 5 α -Reductase Inhibitors With Prostate Cancer Mortality. *JAMA Oncol.* 2022;8:1019-26