

Autoimmunnephropathie: Immunsuppression kann Nierenfunktionsverlust aufhalten

Originalpublikation

Howman A et al. Immunosuppression for progressive membranous nephropathy: a UK randomised controlled trial. *Lancet* 2013; 12: 61566-9.

Bei der seltenen idiopathischen membranösen Glomerulonephritis geht man von einer autoimmunen Pathogenese aus. Eine immunsuppressive Therapie, die sich vor allem gegen B-Lymphozyten richtet, scheint daher gerechtfertigt. Wissenschaftler um Dr. Andrew Howman überprüften in einer langwierigen randomisierten kontrollierten Studie mit mehr als 100 Patienten, deren Glomerulonephritis anhand einer Biopsie bestätigt worden war, eine immunsuppressive Therapie mit drei unterschiedlichen Regimen.

Die Patienten wurden drei Gruppen zugewiesen:

- 38 Patienten erhielten einen Renin-Angiotensin-Blocker, Statine und Antikoagulantien.
- 36 Patienten wurden zusätzlich ein Jahr lang mit Ciclosporin behandelt,
- 33 Patienten bekamen zusätzlich ein halbes Jahr lang eine Kombination aus Prednisolon und Chlorambucil.
- 92% aller Patienten in den drei Gruppen erhielten einen ACE-Hemmer.

Primärer Endpunkt war eine 20%ige Verschlechterung der Nierenfunktion, und zwar berechnet anhand der Cockcroft-Gault-Formel (Kreatininclearance) zur Abschätzung der glomerulären Filtrationsrate.

Die Wahrscheinlichkeit für eine Verschlechterung der Nierenfunktion um 20% in der Prednisolon/Chlorambucil-Gruppe war signifikant geringer als bei Patienten, die nur die supportive Therapie erhielten (58% versus 84%, Hazard Ratio = 0,44, $p = 0,0042$). Dies ging mit einer Verringerung der Proteinurie einher.

Beim Vergleich der Patienten, die zusätzlich Ciclosporin erhielten, mit denen, die ausschließlich supportiv behandelt wurden, gab es hinsichtlich des primären Endpunktes keinen signifikanten Unterschied. Auch bei der Mortalität gab es zwischen den Gruppen keine signifikanten Unterschiede. Schwere unerwünschte Wirkungen kamen in allen drei Studiengruppen vor. Im Vergleich zur Gruppe mit ausschließlicher Supportivtherapie waren sie allerdings in der Prednisolon/Chlorambucil-Gruppe signifikant häufiger (56 versus 24 Ereignisse, $p = 0,048$).

Ideal wäre es nach Ansicht der Wissenschaftler, wenn diese Ergebnisse in einer größeren Studie bestätigt werden könnten. Allerdings bezweifeln sie, dass dies jemals umgesetzt werden kann, da sie allein für die aktuelle Studie zehn Jahre benötigten, um die für die statistische Auswertung erforderliche Zahl an Teilnehmern zu erreichen.

Erstpublikation bei:
www.springermedizin.de

Peter Leiner

Blut im Urin : Mikrohämaturie sehr selten Zeichen für Krebs

Originalpublikation

Loo RK et al. Stratifying Risk of Urinary Tract Malignant Tumors in Patients With Asymptomatic Microscopic Hematuria. *Mayo Clin Proc* 2013; 88: 129-38

Um den Zusammenhang zwischen Mikrohämaturie und Krebs zu untersuchen, analysierten US-Urologen Gesundheitsdaten von mehr als einer Million Patienten, bei denen über 3,2 Millionen Urinanalysen vorgenommen wurden. Zwischen Anfang 2009 und Ende 2010 wurden 7778 Patienten zur Abklärung einer asymptomatischen Mikrohämaturie zum Urologen geschickt, 4721 unterzogen sich einer Zystoskopie. Für die statistische Analyse wurden die Daten von 2630 Patienten verwendet:

Die meisten Patienten mit Krebs hatten ein Blasenkarzinom.

Die Urologen klärten bei jedem Patienten, ob er innerhalb des vergangenen halben Jahres eine Makrohämaturie hatte, die Ergebnisse der Bildgebung sowie der Zystoskopie und die Ursache der Hämaturie.

Bei 55 Patienten (2,1%) wurde eine Neoplasie entdeckt, davon hatten 44 Patienten ein Urothelkarzinom während 11 an einem Nierenzellkarzinom erkrankten. Die meisten von ihnen ($n = 44$) waren an einem Blasenkarzinom erkrankt, die übrigen an einem Nierenzellkarzinom. Zur Entwicklung eines Risikoindex für Hämaturie nutzten die Urologen fünf Parameter: Rauchen, Ausmaß der Hämaturie, Geschlecht, Alter und Makrohämaturie.

Maximal elf Punkte konnten erreicht werden. Bei bis zu vier Punkten galt das Risiko als niedrig, bei neun bis elf Punk-

ten als hoch. Bei Patienten mit dem höchsten Risiko wurde eine Krebsrate von 11,1% ermittelt, in der Gruppe mit dem niedrigsten Risiko von 0,2%. Fast ein Drittel der Studienteilnehmer stuften die Ärzte als Patienten mit niedrigem Krebsrisiko ein, 14% als Patienten mit hohem Risiko.

Ein Alter von mindestens 50 Jahren und eine Makrohämaturie in den vergangenen sechs Monaten erwiesen sich als die stärksten Risikofaktoren. Dagegen gab es beim Raucherstatus und einem RBC/HPF-Wert von mindestens 25 keine signifikanten Unterschiede.

Erstpublikation bei:
www.springermedizin.de

Peter Leiner

Urologe 2013 · 52:414
DOI 10.1007/s00120-013-3163-z
© Springer-Verlag
Berlin Heidelberg 2013

Redaktion
H. Rübber, Essen