

Redaktion

M. Zeier, Heidelberg  
J. Hoyer, Marburg



M. Zeier<sup>1</sup> · J. Hoyer<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Nierenzentrum Heidelberg, Medizinische Universitätsklinik Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

<sup>2</sup> Klinik für Innere Medizin, Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH, Marburg, Deutschland

## Nephrologie trifft Onkologie

Diese Ausgabe von *Der Nephrologe* beschäftigt sich ausführlich mit den Schnittstellen die Nephrologie und Onkologie haben. Beide Disziplinen haben sich nebeneinander entwickelt und sowohl der klinische Alltag, als auch die Forschung haben in den letzten Jahren immer mehr Kontakte hervorgebracht die es zu beleuchten gilt. Beide Disziplinen behandeln systemische Erkrankungen – nephrologisch die Niereninsuffizienz und onkologisch die metastasierte Tumorerkrankung oder die primär systemische Erkrankung. Dadurch sind zwangsläufig die zugrunde liegende Erkrankung, ihre Therapie und die Auswirkungen auf die Niere miteinander verbunden.

Zunächst einmal gilt es die Nierenfunktion an sich zu erhalten, weil die Nierenfunktion selbst einen sehr wichtigen kardiovaskulären Risikofaktor darstellt. Eine Tumorerkrankung auf Kosten der Nierenfunktion zu überleben, führt zu ähnlich schlechter Überlebens-Prognose wie die Tumorerkrankung nicht kontrollieren zu können. Ein eindrucksvolles Beispiel dazu, ist die organerhaltende Nierentumor-Chirurgie, die auch in CME-Beiträgen von *Der Nephrologe* abgehandelt wurde. Neben der chirurgischen Verkleinerung der „Nephron-Masse“ kann dies auch durch die verschiedenen Chemotherapeutika ausgelöst werden. Hier ist der Nephrologe und Onkologe im Dialog gefordert die adäquate Dosis der Behandlung sowie die potenziellen Folgen im Hinblick auf die Nierenfunktion und auf die onkologische Grundkrankheit abzuwägen. Hinzu kommen spezifische renale Nebenwirkungen der neuen „zielgerichteten Therapien“ (in zelluläre Signalwege eingreifend) die z. B. Nierenschäden wie eine

Proteinurie auslösen können. Langfristig wäre es wünschenswert einen Nierenspezialisten – ähnlich wie den Radiologen – in das Tumorboard mit aufzunehmen.

Es gibt darüber hinaus eine Reihe von onkologischen Erkrankungen die mit einer Nierenbeteiligung einhergehen, respektive die Niere direkt betreffen. Ein Beispiel hierfür sind Lymphome mit direkter Infiltration der Niere. Eine weitere, zwar seltene, jedoch sehr relevante hämatologische Erkrankung mit Nierenbeteiligung ist die Amyloidose. Durch neue Therapiestrategien, die interdisziplinär entwickelt wurden, konnte die Prognose der Erkrankung deutlich verbessert werden.

---

» Ein Austausch von Onkologen und Nephrologen ist klinisch, wissenschaftlich und für Patienten von großem Nutzen

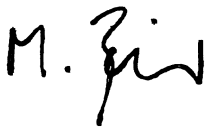
---

Die Nieren sind durch maligne Erkrankungen zudem häufig indirekt betroffen (paraneoplastisch). Paradebeispiel dafür ist die membranöse Glomerulonephritis beim älteren Patienten, die sich als nephrotisches Syndrom manifestiert. Im Falle einer solchen Diagnose ist die Tumorsuche wichtig um therapiebare maligne Erkrankungen anzugehen.

Auch im Transplantationsbereich ist die Kompetenz der Onkologen von großer Bedeutung. Zum einen im Hinblick auf die Wartezeit auf ein Spenderorgan, bei behandeltem Tumorleiden. Die bisherigen Wartezeiten waren häufig ohne gute Evidenz. Die vergangenen Jahre haben jedoch gezeigt, dass die Tumorbiologie für diesen Entscheidungsprozess

viel zu selten berücksichtigt wurde. Häufig wird die Prognose des Tumorleidens gefährlicher angesehen, als die Zeit an der Dialyse. Wir können durch eigene Erfahrungen belegen, dass bis zu zwei Fünftel der Wartelistepatienten früher transplantiert werden könnten, wenn die Wartezeit individuell eingeschätzt wird.

Egal von welcher Seite man auf beide Disziplinen sieht, die Schnittmenge ist groß und der gegenseitige Austausch, klinisch und wissenschaftlich, ist für Beratung und Behandlung der Patienten von großem Nutzen.



M. Zeier



J. Hoyer

**Korrespondenzadresse**



**Prof. Dr. M. Zeier**  
Nierenzentrum Heidelberg, Medizinische Universitätsklinik Heidelberg  
Im Neuenheimer Feld 162,  
69120 Heidelberg,  
Deutschland  
Martin.Zeier@med.uni-heidelberg.de



**Prof. Dr. J. Hoyer**  
Klinik für Innere Medizin, Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH  
Baldingerstraße, 35043 Marburg, Deutschland  
hoyer@med.uni-marburg.de

**Interessenkonflikt.** M. Zeier und J. Hoyer geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

**Ergebnisse der STOP-IgAN-Studie werden zu Paradigmenwechsel in der Therapie der IgA-Nephropathie führen**

Seit über 50 Jahren wird in der Glomerulonephritisbehandlung eine entzündungshemmende, immunsuppressive Therapie (mit Kortikosteroiden, aber auch mit neueren Immunsuppressiva und Zytostatika) eingesetzt. Wie bei jeder schweren und/oder chronischen Erkrankung ist eine gute unterstützende Behandlung aller Begleitumstände (supportive Therapie) wichtig. Dazu gehört eine konsequente Blutdrucksenkung und Proteinuriebehandlung (mit Angiotensin-Converting-Enzyme (ACE)-Inhibitoren und der Angiotensinrezeptor-Antagonisten). Einzelne kleinere Studien hatten in der Vergangenheit Hinweise darauf gegeben, dass durch die antihypertensive und antiproteinurische Therapie ein ähnliches Resultat wie mit der immunsuppressiven Therapie erzielt werden könne.

Um das prospektiv-randomisiert zu überprüfen, wurde 2006 die STOP-IgAN-Studie auf den Weg gebracht. Es handelt sich dabei um eine Forscher-initiierte („investor initiated“), industrieunabhängige Studie aus Deutschland, gefördert durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), die unter Leitung Aachener Nephrologen (T. Rauen, F. Eitner, J. Floege) und Medizin-Statistiker (C. Fitzner, R.-D. Hilgers) durchgeführt wurde.

In der Studie erfolgte zunächst eine sechsmonatige „Run-in“-Phase, in der alle Patienten nach einem intensivierten supportiven Protokoll behandelt wurden und die 309 von insgesamt 379 gescreenten Patienten beendeten. Wie sich zeigte, konnte in dieser Phase bereits bei knapp 30 % der Betroffenen die Proteinurie auf unter 0,75 g/d gesenkt werden, also eine Krankheitsremission erreicht werden, so dass die Patienten nicht mehr den Einschlusskriterien entsprachen. Die verbliebenen 162 Patienten wurden dann randomisiert, 80 erhielten weiterhin die intensiviert supportive Therapie, 82 erhielten zusätzlich Immunsuppressiva. Im Ergebnis zeigte die dreijährige Studie, dass es keinen signifikanten Unterschied hinsichtlich der Erkrankungsprogression (gemessen am Nierenfunktions-

verlust) zwischen den Gruppen gab. In der mit Immunsuppressiva behandelten Gruppe traten dagegen signifikant mehr Nebenwirkungen, auch gefährliche Infektionen, auf, ein Patient verstarb an einer Sepsis. Laut der Autoren wird die Studie einen Paradigmenwechsel in der Therapie der IgA-Nephropathie einleiten. Für den klinischen Alltag bedeutet das Studienergebnis, dass zunächst immer eine intensiviert supportive Therapie (antihypertensive und antiproteinurische Medikation) erfolgen sollte. Erst bei Nicht-Ansprechen kann dann nach sorgfältiger Risikoanalyse bei einzelnen Patienten der Einsatz einer immunsuppressiven Therapie erwogen werden. Der flächendeckende, sofortige Einsatz von Immunsuppressiva ist laut der Autoren der Studie bei diesem Krankheitsbild ab sofort obsolet. Die Studie wurde im „New England Journal of Medicine“ publiziert (Rauen T, Eitner F, Fitzner C et al (2015) Intensive Supportive Care plus Immunosuppression in IgA Nephropathy. N Engl J Med 373:2225-36).

*Quelle: Deutsche Gesellschaft für Nephrologie, [www.dgfn.eu](http://www.dgfn.eu)*