Nephrologe 2019 · 14:170

<https://doi.org/10.1007/s11560-019-0326-y>

Online publiziert: 18. Februar 2019

© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2019

S. Petersen · R. Schindler

Nierenzentrum Zehlendorf, Berlin, Deutschland

Erratum zu: Hämodialyseverfahren

Erratum zu:

Nephrologe 2018

<https://doi.org/10.1007/s11560-018-0286-7>

Im Beitrag wurde leider das falsche „Fazit für die Praxis“ abgedruckt. Wir bitten diesen Fehler zu entschuldigen. Anbei das korrekte „Fazit für die Praxis“ zum Beitrag „Hämodialyseverfahren“.

Fazit für die Praxis

- Zur Anwendung von High-cut-off(HCO)-Membranen beim Plasmozytom sind 2 randomisierte Studien publiziert, davon die MYRE-Studie als vollständige Publikation. Der primäre Endpunkt wurde nicht erreicht, die Dialysefreiheit nach 3 Monaten war in der HCO-Gruppe (41 %) nicht signifikant niedriger als in der High-flux-Gruppe (33 %). Allerdings war die Dialysefreiheit nach 6 und 12 Monaten signifikant höher für HCO als mit „high flux“.
- Kühles Dialysat reduziert in einer Metaanalyse eindeutig die Rate an Blutdruckabfällen während der Dialyse (um 70 %). Der mittlere arterielle Blutdruck wird positiv beeinflusst. Die Senkung der Temperatur beeinflusst die Dialyseeffektivität nicht, führt jedoch insgesamt zu vermehrten Beschwerden bei der Dialyse.
- Zur Hämodiafiltration wurden mehrere Nachbeobachtungsstudien zu den 3 randomisierten Studien publiziert, zudem wurde eine Analyse der DOPPS(Dialysis Outcomes

and Practice Patterns Study)-Daten zur Hamodiafiltration vorgestellt. Zusammenfassend bleibt die Diskussion zum Benefit der Hamodiafiltration auch nach 3 publizierten großen randomisierten Studien sowie mehreren kleinen Studien und Post-hoc Analysen weiterhin kontrovers.

- Zum Thema alternative Dialysezeiten und Dialysefrequenz wurde eine Reihe von Nachbeobachtungsstudien der FHN(Frequent Hemodialysis Network)-Studien publiziert, aber es wurden auch einige neue Studien generiert. Das Ergebnis ist weiterhin nicht konklusiv; die Spiegel von Urämietoxinen fallen in den FHN-Studien nicht so stark ab, wie vermutet. Die Lebensqualität wird durch Verlängerung der Dialysezeit nicht verbessert. Die meisten Arbeiten zeigen einen Benefit der Verlängerung der Dialysezeit für Blutdruck, Linksherzhypertrophie, renale Anämie und Phosphatstoffwechsel.
- Die Standardantikoagulation im extrakorporalen Kreislauf bei intermittierender Hämodialysebehandlung erfolgt bei Patienten mit niedrigem Blutungsrisiko mit unfractioniertem Heparin (UFH) oder seinen Derivaten („low molecular weight heparin“, LMWH). In einer vergleichenden Studie von 17 Studien konnte gezeigt werden, dass LMWH genauso sicher ist wie UFH. Bei High-flux-Dialysatoren wird eine höhere Dosis von LMWH benötigt als bei Low-flux-Dialysatoren. Bei Patienten mit hohem Blutungsrisiko stellen sowohl die heparinbeschichteten Kapillaren als auch die regionale Zitratantikoagulation eine valide Alternative dar. Bei Dialysepatienten mit heparinindu-

zierter Thrombozytopenie (HIT) Typ II bietet der direkte Thrombininhibitor Argatroban eine adäquate und sichere Möglichkeit der Antikoagulationstherapie. Die Dosierung muss durch weitere Studien erarbeitet werden.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. R. Schindler

Nierenzentrum Zehlendorf
Fischerhüttenstr. 111, 14163 Berlin,
Deutschland
Praxis@Nierenzentrum-Zehlendorf.de

Die Online-Version des Originalartikels ist unter <https://doi.org/10.1007/s11560-018-0286-7> zu finden.