

Rheumatische Syndrome mit Nierenbeteiligung

Zu einigen rheumatischen Krankheitsbildern gehört auch eine spezifische Beteiligung der Nieren. So sind systemische Vaskulitiden, Antiphospholipid-Antikörpersyndrome und die systemische Sklerose häufig mit thrombotischen Mikroangiopathien assoziiert. Eine glomeruläre Schädigung findet sich vor allem beim systemischen Lupus erythematodes, eine tubulo-interstitielle Nephritis beim Sjögren-Syndrom (s. Kasten). Bei der Dermatomyositis, der rheumatoiden Arthritis und der ankylosierenden Spondylitis ist die Nierenbeteiligung eine Folge der systemischen Entzündung.

Gicht und Niereninsuffizienz

Eine andere rheumatische Erkrankung, bei der die Niere große Bedeutung besitzt, ist die Gicht. Da Harnsäure über die Nieren ausgeschieden wird, führt eine Niereninsuffizienz zwangsläufig zum Anstieg des Harnsäurespiegels im Blut, wie Prof. Dr. Michael Fischereder vom Klinikum der LMU München ausführte.

Der erhöhte Harnsäurespiegel kann auch die Nierenfunktion weiter verschlechtern, nicht nur durch direkte tubuläre Präzipitation von Uratkristallen, sondern auch über andere Mechanismen wie renale Vasokonstriktion, oxidativen Stress, Thrombozytenaktivierung und eine durch die Kristalle induzierte interstitielle Inflammation.

Senkt man den Harnsäurespiegel, verbessert sich die Nierenfunktion, und



Weichteiltophus bei Gicht am linken Großzeh.

Vielfältige Schäden

Wie das Sjögren-Syndrom den Nieren zusetzt

Die Nierenbeteiligung beim Sjögren-Syndrom scheint sich nicht auf die tubulo-interstitielle Nephritis zu beschränken, wie eine Studie ergab. Bei etwa 30% der Patienten fanden sich glomeruläre Veränderungen wie membranproliferative Glomerulonephritis, fokal-segmentale Glomerulosklerose, minimal change Nephropathie oder membranöse Glomerulonephritis.

Aus der Studie ging auch hervor, dass die meisten Patienten mit Sjögren-Syndrom schon ein spätes Stadium der chronischen Nierenerkrankung aufwiesen. Zwei Drittel hatten eine meist mäßig ausgeprägte Proteinurie, die Hälfte waren Hypertoniker. Während die Proteinurie sehr gut auf die Steroid-Monotherapie ansprach, die alle Patienten erhielten, blieb die Nierenfunktion unverändert oder verschlechterte sich.

Prof. Dragun zog aus diesen Daten den Schluss, dass man bei Patienten mit Sjögren-Syndrom die Nierenfunktion,

Proteinurie und den Blutdruck regelmäßig kontrollieren und frühzeitig eine Nierenbiopsie durchführen sollte. „Eine multimodale Therapie wäre wahrscheinlich besser als nur Steroide zu geben“, meinte Dragun weiter.



© H. S. Fueßli

Parotisschwellung beim Sjögren-Syndrom.

das Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse nimmt ab. Zu erklären sind diese Effekte mit einer Zunahme der Perfusion, so Fischereder. Doch klar indiziert ist eine harnsäuresenkende Medikation nur zur Therapie und Prävention einer Arthritis urica. Auch Gichttophi stellen eine Therapieindikation dar.

Die asymptomatische Hyperurikämie gilt nur bei einem Harnsäurespiegel >10

mg/dl als eine relative Behandlungsindikation.

Den Einsatz von Allopurinol bei Niereninsuffizienz erschweren allerdings die Kumulationsgefahr und das Risiko für kutane Hypersensitivitätsreaktionen. Patienten mit einer glomerulären Filtrationsrate (GFR) von > 60 ml/min/1,73 m² können Allopurinol in einer täglichen Dosis von 300 mg erhalten, alternativ 80-120 mg Febuxostat. Bei einer GFR von 15-60 ml/min/1,73 m² sollte Febuxostat (80 mg) bevorzugt werden; alternativ kann Allopurinol in einer Dosis von 100 mg gegeben werden.

Bei Dialysepatienten ist keine uriko-urische Therapie indiziert, eine Gichtarthritis kommt bei diesen Patienten praktisch nicht vor.

DR. MED. ANGELIKA BISCHOFF ■

■ Symposium „Niere, Arthritiden und rheumatologische Weichteilerkrankungen“, Wiesbaden, 2012

© H. S. Fueßli