

KRITISCH GELESEN



Prof. Dr. med.
H. S. Füeßl
Privatpraxis für
Integrative Innere
Medizin, München



Prof. Dr. med.
H. Holzgreve
Internist,
Kardiologische Praxis,
München



Dr. rer. nat.
C. Holzzapfel
Institut für Ernährungs-
medizin, Klinikum rechts
der Isar, München



PD Dr. med.
C. Lange-Asschenfeld
Klinik und Poliklinik für
Psychiatrie und Psychotherapie,
LVR-Klinikum Düsseldorf

Leichte Nierenprobleme bei KHK sind gefährlich

Zwei aktuelle Studien zeigen, dass akute und chronische Nierenerkrankungen die Prognose von Patienten mit koronarer Ischämie beeinträchtigen.

— In die Studie von Mohandas et al. wurden 867 Patientinnen aufgenommen, die wegen des Verdachts auf eine akute koronare Ischämie herzkatheterisiert wurden. Nur bei 39% von ihnen wurde eine obstruktive Koronarerkrankung diagnostiziert. Die Patientinnen wurden gemäß ihrer glomerulären Fil-

trationsrate (GFR) in drei Gruppen eingeteilt. Bei Werten ≥ 90 ml/min/1,73 m² galt die Nierenfunktion als normal, zwischen 60 und 89 als leicht und darunter als deutlich eingeschränkt.

Selbst wenn der Schweregrad der Koronarerkrankung berücksichtigt wurde, war pro 10 ml/min GFR-Einschränkung die Gesamtmortalität um 14%, die kardiovaskuläre Mortalität um 16% und das Risiko für kardiale Komplikationen um 9% (jeweils signifikant) erhöht.

In der Studie von Han et al. wurde nach einer koronaren Bypassoperation der Verlauf von 1.899 Patienten mit chronischer (erhöhter Kreatininwert, im Mittel 1,7 mg/dl) und akuter Nephropathie (kurzfristiger Kreatininanstieg postoperativ) beobachtet. Im Vergleich zu Nierengesunden war das Sterberisiko im Verlauf der folgenden fünf Jahre deutlich erhöht – bei Patienten mit akuter Nephropathie um das 1,84-Fache, bei einem chronischen Leiden um das 2,46-Fache, und beim Vorliegen beider Formen um das 3,21-Fache.

▪ Han S et al. Effects of acute kidney injury and chronic kidney disease on long-term mortality after coronary artery bypass grafting. *Am Heart J.* 2015;169:419–25

KOMMENTAR

Nierenerkrankungen, selbst isolierte Mikroalbuminurien, beeinträchtigen die Prognose. Vielfach wird vermutet, dass dies durch kardiovaskuläre Risikofaktoren wie renale Hypertonie und Lipidstoffwechselstörungen verursacht wird. In den beiden Studien wurden nun aber zahlreiche Einflussfaktoren bei der statistischen Analyse berücksichtigt – auch die klassischen Risikofaktoren für Arteriosklerose wie Alter, Blutdruck, Rauchgewohnheiten, diverse Laborwerte (z. B. Blutfette, Entzündungsmarker) und Begleiterkrankungen (z. B. Diabetes). Trotzdem bleiben Nierenerkrankungen auch leichten Grades für Patienten mit Verdacht auf eine koronare Ischämie und gesicherter koronarer Herzerkrankung ein eigenständiger, unabhängiger Risikofaktor für die Gesamtsterblichkeit und die kardiovaskuläre Mortalität. Die Ursache bleibt letztlich unklar. Man kann spekulieren, dass noch unbekannte Folgen der renalen Ausscheidungsfunktion zu funktionellen oder morphologischen Störungen führen.

Prof. Dr. med. H. Holzgreve



© ag visuell / Fotolia

Die Nieren Ihrer KHK-Patienten sollten Sie im Auge behalten.

▪ Mohandas R et al. Mild renal dysfunction and long-term adverse outcomes in women with chest pain: Results from the National Heart, Lung, and Blood Institute-sponsored Women's Ischemia Syndrome Evaluation (WISE). *Am Heart J.* 2015;169:412–18