

Die realen Auswirkungen von CKD in der Allgemeinmedizin: Fragen an die Experten

www.medscape.org/interview/ckd-primary-care-german

Sprecher 1: Dies ist ein Programm von Medscape Education Global.

Peter Lin, MD, CCFP: Hallo, ich bin Dr. Peter Lin. Ich bin Hausarzt und Leiter der Primary Care Initiative am Canadian Heart Research Center in Toronto, Kanada. Willkommen bei diesem Programm mit dem Titel „Die realen Auswirkungen von CKD in der Allgemeinmedizin: Fragen an die Experten.“ Ich werde kurze Fragen schnell hintereinander stellen, und hoffentlich auch kurze, schnelle Antworten erhalten. Unser Experte heute ist Dr. Dave Cherney. Er ist ein Super-Experte, weltbekannt und auch ein guter Freund. Er ist Professor für Medizin an der Universität von Toronto und medizinischer Wissenschaftler in der Abteilung für Nephrologie am UHN. Er ist außerdem leitender Wissenschaftler am Toronto General Hospital und Leiter des Labors für Nierenphysiologie am UHN in Toronto, Kanada. Im Grunde ist also alles, was mit der Niere zu tun hat, irgendwie durch seine Hände gegangen, und sein Name taucht in vielen Veröffentlichungen auf. Herzlich willkommen, Dave, und vielen Dank, dass Sie sich heute Zeit genommen haben.

David Cherney, MD, PhD, FRCPC: Ich freue mich hier zu sein, Peter. Vielen Dank.

Dr. Lin: Wunderbar. Ich weiß, dass die Niere ein großartiges Organ ist, und das liegt nicht nur daran, dass Sie neben mir sitzen, Dave. Es ist deswegen ein großartiges Organ, weil es einfach so vor sich hin arbeitet. Es beschwert sich nie, es pumpt einfach weiter. Und weil es sich nie beschwert, denke ich, dass chronische Nierenerkrankungen (Chronic Kidney Disease, CKD) oft unterdiagnostiziert oder erst in sehr späten Stadien diagnostiziert werden. Ich denke daher, dass dieses Programm sehr nützlich ist, weil wir nach Möglichkeiten suchen, PatientInnen zu identifizieren und sie dann, was noch wichtiger ist, zu behandeln, damit man CKD verhindern und all diese Komplikationen vermeiden kann. Dave, ich weiß, dass Nieren ihr tägliches Brot sind. Für uns ist es nur eines der Organe in unserem Körper. Wie häufig kommt CKD weltweit vor?

Dr. Cherney: Also, erst einmal vielen Dank für die Frage, Peter. Chronische Nierenerkrankungen sind leider weit verbreitet, und man schätzt, dass weltweit etwa 700 Millionen Menschen an chronischen Nierenerkrankungen leiden. Chronische Nierenerkrankungen sind deswegen von Bedeutung, weil sie mit anderen Krankheiten in Verbindung stehen, über die wir heute sprechen werden, darunter Herz-Kreislauf-Erkrankungen, aber auch mit einem erhöhten Sterberisiko im Laufe der Zeit. Chronische Nierenerkrankungen gehen auch mit einer verminderten Lebensqualität und, wie bereits erwähnt, mit einer erhöhten Mortalität, also einer geringeren Lebenserwartung, einher. In großen Studien, an denen mehr als 7 Millionen Menschen auf der ganzen Welt teilnahmen, wird geschätzt, dass etwa 13 % der PatientInnen weltweit ein beliebiges Stadium der chronischen Nierenerkrankung haben, also von Stadium 1 bis Stadium 5, wobei Stadium 1 natürlich die am besten erhaltene Nierenfunktion ist, während Stadium 5 die schwerste Form der Nierenerkrankung darstellt, die in den Bereich der Dialysepflicht führt.

Etwa 10 % der Menschen auf der Welt haben eine chronische Nierenerkrankung in einem Stadium von 3 bis 5. Stufe 3 ist bereits klinisch signifikant. Das bedeutet, dass eine glomeruläre Filtrationsrate (GFR) von 60 oder darunter weltweit sehr häufig vorkommt.

Dr. Lin: Das sind hohe Zahlen. Sie haben auch die Auswirkungen von CKD auf die PatientInnen angesprochen. Welche Auswirkungen hat diese Krankheit auf die PatientInnen?

Dr. Cherney:

Chronische Nierenerkrankungen sind in der Tat eine der häufigsten Todesursachen weltweit, und die globale Mortalitätsrate im Zusammenhang mit chronischen Nierenerkrankungen ist in den letzten zwei bis drei Jahrzehnten gestiegen. Dieses Problem gewinnt also mit der Zeit immer mehr an Bedeutung. Einer der Hauptgründe dafür, dass chronische Nierenerkrankungen mit einem erhöhten Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Mortalität verbunden sind, liegt daran, dass es viele gemeinsame Mechanismen und schädliche Auswirkungen von Nierenerkrankungen gibt, die die Niere und auch das Herz-Kreislauf-System betreffen. Typ-2-Diabetes ist eine davon, und die damit verbundenen hohen Blutzuckerwerte werden mit Nierenschäden und Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Verbindung gebracht. Aber es gibt auch andere Faktoren wie Salz- und Wassereinlagerungen, Bluthochdruck und andere Faktoren, die sowohl die Nieren als auch das Herz schädigen und zu dieser Verbindung und Assoziation hinsichtlich Mortalität und Risiko führen.

Ein weiterer wichtiger Punkt ist, dass Nierenerkrankungen nicht nur mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen, sondern auch mit vielen anderen Krankheiten in Verbindung gebracht werden. Sie gehen mit Knochenerkrankungen, Anämie, anomalen Elektrolytwerten, einschließlich Hyperkaliämie, und anderen Faktoren einher, die die Behandlung dieser PatientInnen sehr komplex machen. Bei nierenkranken PatientInnen sollte man also auch all diese Komplikationen im Auge behalten, vor allem an der Spitze des Eisbergs, wenn die PatientInnen das Stadium 5 der Nierenerkrankung erreicht haben.

Dr. Lin:

Das bedeutet also, dass eine Nierenerkrankung an sich schon viel Schaden anrichtet und die Menschen daran sterben können, aber zusätzlich zu den anderen Krankheiten verschlimmert eine Nierenerkrankung die anderen Krankheiten noch viel mehr. Sie hatten erwähnt, dass Diabetes-PatientInnen eine der Populationen darstellen, die untersucht werden sollten. Auf welche anderen PatientInnen sollte man sich bei der Untersuchung auf Nierenerkrankungen konzentrieren?

Dr. Cherney:

Ich habe den Typ-2-Diabetes erwähnt, weil etwa 40 % der PatientInnen, die letztendlich auf Dialyse angewiesen sind oder eine Transplantation benötigen, Typ-2-Diabetes haben. Typ-2-Diabetes ist also extrem wichtig und wahrscheinlich der häufigste Einzelfaktor, der zu einer Nierenerkrankung im Endstadium führt. Aber es gibt noch viele andere Faktoren, die ebenfalls wichtig sind. Zu diesen anderen Risikofaktoren gehört auch Bluthochdruck. Eine Herz-Kreislauf-Erkrankung an sich erhöht ebenfalls das Risiko einer Nierenerkrankung, denn wenn das Herz krank ist, kann es nicht genügend Blut zu den Nieren pumpen. Die Nieren bekommen dann zu wenig Sauerstoff und Nährstoffe, was im Laufe der Zeit ebenfalls zu einer Beeinträchtigung der Nierenfunktion führen kann. Es gibt aber auch familiäre und erbliche Leiden, die eine chronische Nierenerkrankung verursachen. Zum Beispiel die polyzystische Nierenerkrankung und andere erbliche Nierenerkrankungen.

PatientInnen, die aufgrund von Komplikationen bei Operationen oder anderen Erkrankungen bereits eine Nierenschädigung erlitten haben, sind ebenfalls einem hohen Risiko ausgesetzt, ihre Nierenfunktion mit der Zeit zu verlieren. Dann gibt es noch andere Hochrisikogruppen. Entzündliche Nierenerkrankungen kommen leider auch recht häufig vor. In einigen Teilen der Welt treten auch noch risikoreiche berufliche Expositionen auf, die man berücksichtigen muss. Es ist also nicht nur Diabetes, sondern es gibt auch andere Ursachen, insbesondere Bluthochdruck, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und entzündliche Nierenerkrankungen.

Dr. Lin:

Ich glaube, Sie haben gerade alle Patientengruppen aufgezählt, die normalerweise in unserer Praxis vorstellig werden. Abgesehen von der sehr gesunden Person, die nur zur jährlichen Untersuchung kommt, haben Sie im Grunde alle angesprochen, was bedeutet, dass wir Nierenerkrankungen ganz oben auf unserer To-do-Liste haben sollten. Welche Tests sollten durchgeführt werden, um diese PatientInnen auf chronische Nierenerkrankungen zu untersuchen? Was kann man z. B. in der Allgemeinmedizin tun?

Dr. Cherney: Bis zu einer Nierenfunktion von etwa 30 % haben die PatientInnen also oft keine großen Symptome. Sie können einen höheren Blutdruck und ein höheres kardiovaskuläres Risiko haben, aber klinisch ist die Nierenerkrankung selbst oft unauffällig. Daher müssen einige Tests durchgeführt werden, einschließlich Blut- und Urinuntersuchungen, um die Nierenerkrankung zu identifizieren und festzustellen, wie schwer sie ist. Zum Glück sind diese Tests recht einfach durchzuführen. Sie umfassen einen Bluttest oder eine Urinprobe. Im Blut wird die GFR anhand des Kreatininwerts gemessen, und im Urin wird der Albumin-Kreatinin-Quotient (Urine Albumin Creatinin Ratio, UACR) bestimmt, wodurch ebenfalls RisikopatientInnen identifiziert werden.

Bei Menschen mit Typ-2-Diabetes beispielsweise sollten diese Tests mindestens einmal pro Jahr durchgeführt werden, um diese Fälle anhand von Screenings zu identifizieren, und bei PatientInnen mit schwereren Nierenfunktionsstörungen sollten diese Tests je nach Schweregrad der Nierenerkrankung im Allgemeinen häufiger durchgeführt werden, um zu sehen, wie schnell die Erkrankung fortschreitet.

Dr. Lin: Das hört sich nach einem guten Vorgehen an. Jetzt haben Sie uns von der eGFR und dem Albumin-Kreatinin-Quotienten erzählt. Wie bringen wir diese beiden zusammen?

Dr. Cherney: Was das Kombinieren dieser beiden Kennzahlen in Form eines Scores angeht, so gibt es diese Heatmap, die anhand der KDIGO-Empfehlungen zusammengestellt wurde. Sie zeigt, wo man sich weniger und wo man sich mehr Sorgen machen muss. Außerdem erfährt man etwas darüber, wie PatientInnen überwacht und nachuntersucht werden können.

Bei PatientInnen, die ein geringeres Risiko, hier in grün, haben, handelt es sich um PatientInnen mit einer leichten Form von Albuminurie und erhaltener GFR. Diese PatientInnen müssen im Allgemeinen viel seltener nachuntersucht und generell nicht an einen Nephrologen überwiesen werden, und die Therapie ist bei diesen PatientInnen oft weniger aggressiv. Wenn wir aber von grün über gelb und senfgelb zu rot übergehen, dann sind das natürlich PatientInnen, um die wir uns viel mehr Sorgen machen müssen und die viel häufiger überwacht werden müssen. Bei PatientInnen, die in den roten Quadranten liegen, müsste man beispielsweise drei-, vielleicht viermal pro Jahr nachkontrollieren, vor allem, wenn die PatientInnen das CKD-Stadium 5 erreichen. Und bei den PatientInnen in den roten Quadranten muss man sich auch überlegen, ob es noch andere Komplikationen aufgrund ihrer Nierenerkrankung gibt. Liegt eine Anämie vor, die mit Eisen oder mit Erythropoetin-stimulierenden Mitteln behandelt werden muss? Haben sie eine metabolische Azidose, die korrigiert werden muss? Sind ihre Kalzium- und Phosphat-Werte und ihre Vitamin-D-Spiegel in Ordnung? Denn die Nieren sind natürlich für die Knochengesundheit verantwortlich. Das sind also all die Dinge, die man bei Betrachtung dieser Heatmap berücksichtigen muss. Man kann nicht nur über den Schweregrad nachdenken, sondern auch über die Vorgehensweise, um das Risiko und das Potenzial weiterer Komplikationen zu verringern, die sich bei PatientInnen entwickeln können, die eine Nierenerkrankung als Hauptproblem haben.

Dr. Lin: Ja, das ist ein guter Punkt. Diese beiden Zahlen sehen wir also hier auf den beiden Achsen, der eGFR- und der Urin-Albumin-Achse. Und zum Glück hat man hier eine Farbcodierung verwendet, die alle verstehen: Rot ist schlecht und grün ist gut. Es gibt auch eine Art Risikorechner, den Sie bereits erwähnt hatten.

Dr. Cherney: Ja, es gibt verschiedene Möglichkeiten, das künftige Risiko einer Progression und das künftige Risiko einer Dialysepflicht zu berechnen, und es gibt verschiedene Rechner, aber einer der gebräuchlichsten ist der KFRE-Rechner, der entwickelt wurde, um zu verstehen, wie hoch das einjährige, fünfjährige und sogar längerfristige Risiko einer Nierenerkrankung ist, dialysepflichtig zu werden. Sie können also auf der Website des KFRE-Rechners Zahlen wie Alter, Geschlecht, GFR und Albuminausscheidung im Urin eingeben und erhalten so eine Vorstellung vom 1- und 5-Jahres-Risiko einer Nierenerkrankung im Endstadium.

Das ist deshalb so wichtig, weil Patienten, die einen bestimmten Schwellenwert für das Fortschreiten ihrer Nierenerkrankung haben, etwa 10 % der Fälle, oft Anspruch auf zusätzliche Leistungen haben. Sie haben also oftmals Anspruch auf eine Betreuung in einer Nierenklinik, in der es einen Arzt, Krankenpflegekräfte, einen Apotheker, einen Sozialarbeiter und andere medizinische Fachkräfte gibt, die Strategien zur Aufklärung der PatientInnen über ihre Nierenerkrankung und deren Vorbeugung sowie zur Unterstützung im Falle einer fortschreitenden Nierenerkrankung anbieten, um sicherzustellen, dass sie auf eine Dialyse oder eine Transplantation vorbereitet sind. Diese Zahlen sind wichtig, um das Risiko zu verstehen, aber auch, um die Therapie anzuleiten und den PatientInnen an vielen Orten im Land mehr Ressourcen zur Verfügung zu stellen.

Dr. Lin: Das haben Sie richtig gut ausgedrückt. Wenn diese Menschen dann identifiziert wurden, wie geht man dann vor? Ich glaube, die meisten von uns haben sich auf den Blutdruck und ACE-Hemmer oder Ähnliches konzentriert, aber was ist mit der Fülle an Behandlungen, die NierenpatientInnen jetzt zur Verfügung stehen?

Dr. Cherney: Betrachten wir dies in zwei großen Kategorien. Die eine ist die Änderung des Lebensstils, die andere sind pharmakologische Therapien. Was die Änderung des Lebensstils angeht, sind das alles Dinge, die normalerweise für eine gute kardiovaskuläre Gesundheit empfohlen werden. Diese Empfehlungen erstrecken sich auch auf die Nieren, da die Faktoren, die Nieren- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen verursachen, ineinandergreifen und sich gegenseitig beeinflussen. Dazu gehört auch die Raucherentwöhnung. Eine gesunde, nierengerechte Ernährung ist ebenso wichtig wie ein gesundes Körpergewicht. Wir wissen, dass Fettleibigkeit mit Nierenschäden und Albuminurie einhergeht. Daher ist eine Gewichtsabnahme oft eine wichtige Strategie, um das Fortschreiten der Nierenerkrankung zu verringern, wozu auch regelmäßige Bewegung gehört. Und schließlich der Verzicht auf einige dieser nephrotoxischen Medikamente oder andere Wirkstoffe wie NSAR, Entzündungshemmer sowie pflanzliche Medikamente und andere Substanzen, die die Nieren schädigen können. So viel zum Lebensstil. Auf der pharmakologischen Seite ist die Kontrolle des Blutdrucks wichtig. Auch die Kontrolle des Diabetes ist von entscheidender Bedeutung, und zwar sowohl durch die Lebensweise als auch durch pharmakologische Therapien. ACE-Hemmer oder Angiotensin-Blocker sind wichtig, um den Blutdruck zu kontrollieren und auch, um die Proteinurie und das Fortschreiten der Nierenerkrankung zu verringern.

Seit kurzem gibt es SGLT2-Hemmer für Menschen mit und ohne Diabetes, die das Fortschreiten der Nierenerkrankung verhindern. Und schließlich gibt es Mineralokortikoidrezeptoren wie Finerenon, die sich auch bei Menschen mit Typ-2-Diabetes und Nierenerkrankungen als vorteilhaft erwiesen haben, denn es gibt auch deutliche Hinweise auf eine Verringerung des kardiovaskulären und des Nierenrisikos. Dies sind einige der wichtigen medizinischen Maßnahmen, zusätzlich zur Kontrolle des kardiovaskulären Risikos mit Statinen und anderen Therapien, die normalerweise bei PatientInnen mit Typ-2-Diabetes angewendet werden.

Dr. Cherney: Wenn ich Ihnen also eine Frage zur Nachsorge aus Ihrer Sicht stellen darf: Wir erhalten alle möglichen Überweisungen zur Nachsorge von PatientInnen mit Nierenerkrankungen aufgrund einer Reihe von GFR- und Albuminurie-Werten. Wie entscheiden Sie, wann eine Überweisung an einen Nephrologen indiziert ist?

Dr. Lin: Wenn ich nicht mehr weiter weiß, dann überweise ich, weil ich nicht weiß, was ich sonst tun kann. Auf jeden Fall, wenn ich etwas Auffälliges sehe, das nicht in den normalen Bereich einer, sagen wir, gewöhnlichen diabetischen Nierenerkrankung fällt, dieser langsamen, fortschreitenden Erkrankung, wenn ich einen plötzlichen Abfall der eGFR oder eine große Menge Eiweiß im Urin sehe, die ich nicht erklären kann, Blut im Urin, oder wenn der Bluthochdruck nicht anspricht, resistent ist, also vermutlich eine sekundäre Ursache des Bluthochdrucks vorliegt, in solchen Situationen. Wenn es zu einer Hyperkaliämie kommt, d. h. zu einem so hohen Kaliumspiegel, der keinen Sinn ergibt, der tödlich ist. Dann müssen wir die PatientInnen überweisen.

Und wenn jemand viele Nierensteine hat. Es kam vor, dass dann tatsächlich viele Nebenschilddrüsenhormon-Tumoren entdeckt wurden, nachdem wir die Person überwiesen haben. Die von Ihnen erwähnte erbliche Nierenerkrankung, die in der Familie vorkommt, sind eher spezielle Fälle. Für diese Fälle wende ich mich an Dave und sage: „Hier, übernehmen Sie meinen Patienten.“ Ich hoffe also, dass ich Sie nicht überfordere, aber zumindest gebe ich diejenigen PatientInnen ab, von denen ich denke, dass sie von einem Spezialisten versorgt werden sollten. Es gibt auch noch die ganz normalen Fälle wie diabetische Nierenerkrankungen oder Bluthochdruck, die ich selbst in den Griff bekommen kann.

Ich sehe, dass unsere Zeit abgelaufen ist. Dave, mit Ihrem Wissenshintergrund könnten wir noch eine weitere Stunde plaudern, aber lassen Sie mich einfach zusammenfassen, was wir in diesen wenigen Minuten von Ihnen gelernt haben. CKD kommt häufig vor und verläuft unauffällig, deshalb müssen wir ÄrztInnen aktiv darauf untersuchen. Wir sollten uns auf das Screening der von Ihnen erwähnten folgenden Patientengruppen konzentrieren: Diabetes, Bluthochdruck, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Nierenerkrankungen in der Familie, akute Nierenverletzungen oder jede Krankheit, die die Nieren schädigt, wie z. B. Lupus, chemische Belastungen. Mit anderen Worten: Bei vielen der PatientInnen sollte man an ein Screening der Nierenfunktion denken.

Diese Untersuchungen sollten sich auf die eGFR konzentrieren, die die Geschwindigkeit misst, und den Albumin-Kreatinin-Quotienten, der die Qualität der Filterfunktion angibt. Diese Heatmap sollte genutzt werden, weil man anhand dieser den Status des Patienten bestimmen kann, also nicht nur, welche Art von Nierenerkrankung und welches Risiko die PatientInnen haben, sondern auch, was wir für die PatientInnen tun müssen – mit anderen Worten, zu verhindern, dass ihre Krankheit fortschreitet. Dieser Risikorechner ist ein sehr praktisches Tool. Mir gefällt Ihr Hinweis, dass wir mehr Leistungen für die PatientInnen bekommen können, wenn wir auch Ihren Risiko-Score bewerten.

In Zukunft werde ich darauf achten, dass die PatientInnen keine NSAR einnehmen. Außerdem haben Sie erneut die Notwendigkeit einer RAS-Blockade hervorgehoben. ACE-Hemmer, ARBs und natürlich SGLT2- und Aldosteron-Antagonisten sind die neuen Medikamente, die wir bei den PatientInnen einsetzen können. Wenn wir dies frühzeitig tun, vermeiden wir unter Umständen all diese Komplikationen. Und dann, wenn ich nicht mehr weiter weiß und die Patienten immer kränker werden, überweise ich natürlich. Das ist immer angebracht, wenn man sich nicht sicher ist, was man tun soll.

Also, Dave, vielen Dank für Ihre Zeit und Ihr Fachwissen und für all die grundlegende wissenschaftliche Arbeit, die Sie leisten, und dafür, wie Sie diese auf PatientInnen übertragen und, was noch wichtiger ist, uns vermitteln. Wir danken unseren Teilnehmenden für ihre Zeit und bitten sie, uns zu helfen, diese Programme zu verbessern, indem sie einige Fragen beantworten und die Bewertungsbögen ausfüllen. Das hilft uns immens dabei, die Qualität dieser Präsentationen zu verbessern. Nochmals vielen Dank für Ihre Zeit, vielen Dank, Dave. Wir sehen uns bei der nächsten Veranstaltung wieder.

Sprecher 1: Dieses Programm wurde von Medscape Education Global präsentiert.

Die übersetzte Version der Mitschrift wurde redigiert.

Besondere Hinweise zu Geltungsbereich und Verwendung

Dieses Dokument ist ausschließlich zu Schulungszwecken bestimmt. Für die reine Lektüre dieses Dokuments werden keine Continuing Medical Education (CME) Credits vergeben. Wenn Sie an dieser Schulung teilnehmen möchten, gehen Sie bitte zu www.medscape.org/viewarticle/982486.

Bei Fragen zum Inhalt dieses Schulungsangebots kontaktieren Sie bitte den Schulungsträger für diese CME-Schulung unter CME@medscape.net.

Für technische Unterstützung kontaktieren Sie bitte CME@medscape.net

Die angebotene Schulung kann nachgestellte fallbasierte Szenarien beinhalten. Die in den Szenarien beschriebenen PatientInnen sind erfunden und Ähnlichkeiten mit lebenden Personen sind nicht beabsichtigt und sollten nicht abgeleitet werden.

Die hier angebotenen Inhalte reflektieren nicht zwangsläufig die Ansichten von Medscape, LLC, oder von Unternehmen, die Fortbildungsprogramme auf [medscape.org](https://www.medscape.org) fördern. Es werden möglicherweise therapeutische Produkte, die nicht von der US-amerikanischen Lebensmittel- und Arzneimittelbehörde (Food and Drug Administration, FDA) zugelassen sind, oder die Verwendung von Produkten außerhalb der zugelassenen Indikation besprochen. Vor der Verwendung der hier besprochenen therapeutischen Produkte sollte ein Arzt konsultiert werden. Vor der Behandlung von Patientinnen und Patienten oder der Anwendung einer der in diesem Fortbildungsangebot beschriebenen Therapien sollten die Leserinnen und Leser alle Informationen und Daten überprüfen.

Medscape Education © 2022 Medscape, LLC