

DIE STUMME KOMPONENTE BEI IHREN MULTIMORBIDEN PATIENTINNEN IN DER PRIMÄRVERSORGUNG: DIE ROLLE DER NIEREN

www.medscape.org/interview/morbid-patient-kidney-german

Luca De Nicola, MD, PhD: Hallo, mein Name ist Luca De Nicola, ich bin Professor für Nephrologie und Leiter der nephrologischen Dialyseabteilung und der Postgraduiertenschule für Nephrologie an der Universität Kampanien „Luigi Vanvitelli“ in Neapel, Italien. Ich heiße Sie herzlich willkommen bei diesem Programm mit dem Titel: „Der Umgang mit der stummen Komponente multimorbider PatientInnen in der Primärversorgung: die Rolle der Nieren“ Meine Gesprächspartnerin ist Sarah Jarvis, Allgemeinmedizinerin, klinische Beraterin bei Patient, Gastprofessorin für Allgemeinmedizin an der Universität von Huddersfield im Vereinigten Königreich sowie Moderatorin von Medizinprogrammen in Rundfunk und Fernsehen. Herzlich willkommen, Sarah.

Sarah Jarvis, MD: Vielen Dank. Ich freue mich, hier zu sein.

Dr. De Nicola: Vielen Dank. Wir beginnen also mit der Feststellung, dass es sich bei der chronischen Erkrankung, um die es heute geht, um eine fortschreitende Erkrankung handelt. Sie sehen hier alle fünf Stadien der chronischen Nierenerkrankung (CKD). Wichtig ist, dass eine genaue Diagnose und Stadienbestimmung notwendig sind, um die Behandlung effektiv einzusetzen. Sie sehen, dass die mittleren Stadien von 2 bis 4 wichtig sind, um eine wirksame Behandlung zu beginnen. Dies liegt daran, dass die CKD eine stumme Erkrankung mit einer sehr schwachen Symptomatik, wenigen Anzeichen und Symptomen ist, bis sie schwerwiegend wird. Dies ist sehr wichtig, denn dieses Merkmal der CKD ist ein großes Hindernis für eine optimale Behandlung und natürlich auch für die Behandlung dieser PatientInnen.

Anhand dieser Folie aus dem letzten Jahresbericht des US-Registers wird deutlich, wie schwierig die Diagnosestellung bei diesen PatientInnen ist. In den letzten 20 Jahren wurde die Erkrankung nur bei 12 % der Betroffenen tatsächlich diagnostiziert. Dies ist sehr wichtig, denn eine fehlende Diagnose bedeutet eine verspätete Überweisung an den Nephrologen. In den letzten 20 Jahren ist der Anteil der CKD-PatientInnen, die rechtzeitig – d. h. mindestens ein Jahr vor Beginn der Nierenersatztherapie, zu der auch die Dialysebehandlung gehört – von der Nephrologie betreut werden, nur geringfügig gestiegen.

Dr. Jarvis: Natürlich ist das genau der Grund, warum wir hier über die Bedeutung der Primärversorgung sprechen: Es passiert nämlich ziemlich häufig, dass PatientInnen mit Symptomen vorstellig werden und eine symptom-basierte Diagnose erhalten und dann vielleicht auf eine Überweisung drängen. Außerdem werden diese PatientInnen natürlich ihren Hausarzt aufsuchen und somit eine Diagnose erhalten, weil sie untersucht werden. Diese wichtige Folie weist auf die Tatsache hin, dass es sich um eine stumme Erkrankung handelt, was bedeutet, dass sie allzu leicht unterdiagnostiziert wird und dass AllgemeinmedizinerInnen sich der Bedeutung der Prävention vielleicht nicht ausreichend bewusst sind. Bis vor Kurzem hatten wir wirklich nicht viel anzubieten, nicht wahr, Luca? In den frühen Stadien kann es sinnvoll sein, die Hypertonie zu kontrollieren und einen ACE-Hemmer oder einen ARB zu verabreichen. Das war es dann wohl auch schon.

Prof. De Nicola: Sie haben vollkommen Recht. Wichtig ist, insbesondere für AllgemeinmedizinerInnen, dass hier der erste Kontakt zwischen Patient und Arzt stattfindet. Der Hausarzt muss dem Patienten also unbedingt sagen, dass eine CKD vorliegt, denn nur so kann beim Patienten ein Bewusstsein für die CKD geweckt werden.

Dr. Jarvis: Auf Patientenseite ist das Bewusstsein für die CKD sehr schwach ausgeprägt. Dies ist eine umfassende systematische Auswertung mit einer Metaanalyse von 32 Studien. Betrachtet man das CKD-Bewusstsein bei PatientInnen mit CKD, also 19,2 % mit einer eGFR unter 60, so war sich nur ein Viertel dieser PatientInnen, die eine CKD im Stadium 3 bis 5 hatten, dieser Tatsache bewusst. Positiv zu vermerken ist, dass PatientInnen aus nephrologischen Praxen viel häufiger davon wussten. Allerdings dürfte es ziemlich unwahrscheinlich sein, dass nach der Überweisung an einen Nephrologen nicht klar wird, dass ein Nierenproblem vorliegt. Doch selbst hier waren fast 15 % bei einem Nephrologen in Behandlung und wussten immer noch nicht, dass sie eine CKD hatten. In der Allgemeinbevölkerung jedoch, also in der Population, die nicht zwangsläufig an CKD erkrankt war, ist es wirklich erschreckend, dass nur einer von 12, einer von 13 Patienten Bescheid wusste, also 12 von 13 Patienten keine Ahnung hatten.

Betrachtet man jedoch die CKD-Diagnose bei PatientInnen mit CKD, stellt man fest, dass CKD im Stadium 3 weltweit noch nicht in ausreichendem Maße formal diagnostiziert wird. Selbst in den USA, wo der Anteil der PatientInnen mit einer Diagnose am höchsten war, erhielten immer noch zwei Drittel der PatientInnen mit CKD im Stadium 3 keine Diagnose. Das ist wirklich wichtig, denn ohne die Diagnose einer CKD wird der Schwerpunkt nicht auf präventive Behandlungen gelegt, wie z. B. die Blutdruckkontrolle und die Behandlung mit ACE-Hemmern oder ARB zum Schutz der Nieren. Dadurch wird die intraglomeruläre Hypertonie reduziert und das Fortschreiten der CKD gebremst.

Natürlich darf nicht vergessen werden, dass es nicht nur um die Nieren geht. Ich weiß, dass Sie Nephrologe sind, Luca, jedoch sollten wir nicht vergessen, dass auch das Herz eine Rolle spielt. Es besteht eine enorm hohe Inzidenz, eine tatsächliche Korrelation zwischen der Inzidenz von CKD und der Inzidenz von kardiovaskulären Erkrankungen und vor allem von Herzinsuffizienz.

Prof. De Nicola: Wichtig an dieser Studie ist auch, dass die Diagnoserate bei PatientInnen mit Komorbiditäten, sehr ernsten Komorbiditäten, wie Hypertonie und Diabetes, nicht anders war. Diese Ergebnisse sind somit beängstigender, als sie erscheinen. Was ist zu tun? Die Kommunikation in der medizinischen Gemeinschaft, in der wissenschaftlichen Gemeinschaft, zwischen Patient und Arzt muss verbessert werden. Dementsprechend sollte ein geeigneter Ansatz, ein sehr einfacher Ansatz, synthetisch und geradlinig sein. Die Strategie, mit der die Belastung durch CKD begrenzt werden soll, beruht letztlich auf vier „W-Fragen“. Wir werden diese vier sehr einfachen Fragen beantworten: „Warum muss man screenen?“, „Wer sollte gescreent werden?“, „Womit sollte man screenen?“, das heißt, welcher Test sollte verwendet werden, um Menschen auf CKD zu untersuchen, und „Was sollte man als Nächstes tun?“.

Das ist sehr wichtig, denn dies markiert die optimale Behandlung der PatientInnen. Die erste Frage lautet: „Warum muss man screenen?“ Die Antwort fällt sehr leicht, wenn man sich die Global Burden of Disease Study ansieht. Dies ist eine große, weltweite Studie, in der untersucht wird, was in den letzten zwei Jahrzehnten in Bezug auf die CKD geschehen ist. Es wird deutlich, dass die Belastung durch CKD wirklich besorgniserregend ist. Innerhalb von zwei Jahrzehnten hat sich die Inzidenz verdoppelt, die Prävalenz hat sich verdoppelt und die Mortalität aufgrund von CKD hat sich verdoppelt. Hervorzuheben ist außerdem, dass die Mortalitätsrate größtenteils auf kardiovaskuläre Erkrankungen zurückzuführen ist, denn kardiovaskuläre Ereignisse sind die Hauptkomplikation bei der chronischen Nierenerkrankung.

Auch bei den behinderungsbereinigten Lebensjahren ist ein Anstieg von 62 % zu verzeichnen. Deshalb geht es um Millionen von PatientInnen, da die Bevölkerung wächst. Dies ist sehr wichtig für die Schwellenländer in Afrika und Asien. In der westlichen Welt ist dies eher auf die Diabetes-Epidemie und natürlich auf die steigende Lebenserwartung zurückzuführen, denn die CKD ist auch für ältere Menschen eine typische Erkrankung.

Dr. Jarvis: Allerdings sind nicht mehr nur ältere Menschen betroffen, nicht wahr? Das ist wirklich interessant. Bei Diabetes zum Beispiel hat die überwiegende Mehrheit der PatientInnen einen Typ-2-Diabetes. Natürlich spielt die ethnische Zugehörigkeit bekanntermaßen eine Rolle, ebenso wie die familiäre Vorgeschichte, doch eigentlich geht es hier um Adipositas, insbesondere um abdominale Adipositas. Wofür prädisponiert die abdominale Adipositas? Hypertonie. Was ist eine weitere Ursache für eine chronische Nierenerkrankung? Hypertonie. Ich stimme voll und ganz zu, dass diese PatientInnen älter werden, jedoch verfolge ich bei vielen meiner hochbetagten PatientInnen eine ganz andere Herangehensweise, da man darüber nachdenken muss, warum man die CKD behandelt: Handelt es sich um eine chronische Nierenerkrankung oder um eine natürliche altersbedingte Abnahme der Nierenfunktion?

Vor Kurzem hatte ich einen 88-Jährigen in der Praxis, der tatsächlich eine eGFR von 29 hatte, dessen eGFR jedoch in den letzten 10 Jahren unglaublich langsam mit etwa 1 Milliliter pro Minute pro 1,73 Quadratmeter nach unten wanderte. Ich sagte zu ihm: „Wir müssen Ihr Herz schützen, denn Sie haben ein erhöhtes Risiko für eine Herzinsuffizienz. Wir müssen Ihre Nieren schützen, denn, wir wollen nicht, dass die Funktion weiter nachlässt. Wir haben Ihnen die richtigen Medikamente verschrieben. Bei diesem Tempo erreichen Sie das Endstadium der

Nierenerkrankung erst, wenn Sie 105 Jahre alt sind.“ Ganz anders als bei einigen unserer anderen PatientInnen.

Prof. De Nicola: Ja, Sie haben Recht, Sarah. Ich möchte noch etwas hinzufügen, denn es ist sehr wichtig zu betonen, dass die Mortalität aufgrund von CKD und das Risiko einer terminalen Nierenerkrankung Dialysepflicht bedeuten. Dialyse ist unabhängig von Diabetes und Hypertonie. Ich meine damit, dass in der Vergangenheit viele ÄrztInnen, viele KollegInnen, die CKD-Mortalität oder die CKD, weswegen Betroffene Dialyse erhalten, als etwas betrachteten, das fast unabhängig von der CKD war, jedoch von der primären Erkrankung wie Hypertonie und Diabetes abhängig war. Diese Legende ist seit 2012 in Vergessenheit geraten, als zwei große Metaanalysen an über einer Million PatientInnen zeigten, dass die CKD bei einem Patienten mit Diabetes und einem Patienten mit Hypertonie eine unabhängige Rolle bei der Bestimmung der Mortalität und der terminalen Nierenerkrankung spielt. Die Prognose unserer Patienten hängt jedoch nicht nur von Hypertonie oder Diabetes ab, sondern wird auch durch die CKD an sich bestimmt.

Dr. Jarvis: In Bezug auf die PatientInnen mit einem hohen Risiko – mit anderen Worten, an die, die man screenen sollte – kann man die KDIGO-Leitlinien heranziehen, in denen die Risikopopulation sehr klar definiert ist. Man muss wirklich einen niedrigen Verdachtsindex ansetzen. Man muss diese PatientInnen regelmäßig screenen. PatientInnen mit Bluthochdruck, Diabetes, kardiovaskulären Erkrankungen und Adipositas werden regelmäßig gescreent, denn wie die KDIGO-Leitlinien besagen, stellen diese Erkrankungen die individuellen oder populationsbedingten Risiken dar, anhand derer diese PatientInnen identifiziert werden können.

Prof. De Nicola: Richtig. Außerdem ist es wichtig, dass auch ältere PatientInnen gescreent werden. Ich meine, dass die Metaanalyse, von der ich gesprochen habe, mit über einer Million Menschen zeigt, dass das Alter nicht lebensrettend ist. Auch bei älteren Menschen mit einer CKD verschlechtert sich die Prognose. Daher müssen alle Menschen gescreent werden. Außerdem ist zu bedenken, dass Mortalität nicht das natürliche Schicksal dieser Menschen ist. Der Tod ist nicht das unausweichliche Los. Das natürliche Schicksal dieser Menschen ist es, eine terminale Nierenerkrankung zu entwickeln. Sehen wir uns an, was in den letzten 20 Jahren in Europa passiert ist. Wir haben die Inzidenz bei DialysepatientInnen im Verlauf der letzten 20 Jahre dargestellt. Wie zu sehen ist, steigt die Inzidenz noch immer an. Somit gibt es immer mehr PatientInnen, die eine Nierenersatztherapie beginnen, auch in den letzten Jahren.

Das ist sehr schlimm. Die Tests sind sehr einfach und sehr kostengünstig. Zu sehen ist hier die Heatmap der KDIGO, die internationalen Leitlinien für Nephrologie, mit den verschiedenen Farben von Grün bis Rot. Die Menschen im roten Quadrat haben die schlechteste Prognose. Wie zu sehen ist, hängt die Prognose nicht nur von der GFR ab, die hier links dargestellt ist. Das Risiko ist umso höher, je niedriger die GFR ist. Wichtig ist jedoch, dass die Prognose mit zunehmender Albuminurie ganz offensichtlich schlechter wird. Das ist sehr wichtig. Letztendlich stehen zwei unkomplizierte Tests für ein optimales Screening zur Verfügung. Die GFR ist die Messung des Serumkreatininspiegels. Wichtiger als die GFR ist jedoch vielleicht der Albumin-Kreatinin-Quotient (ACR) oder eine einfache Urinuntersuchung, um beim Patienten eine Albuminurie festzustellen.

Dr. Jarvis: Das ist in der Primärversorgung von entscheidender Bedeutung. Beim erforderlichen Screening der PatientInnen mit Hypertonie, Diabetes, Adipositas und kardiovaskulären Erkrankungen werden nämlich auch die PatientInnen erfasst, die asymptomatisch sind. Das sind die PatientInnen in Stadium 2, Stadium 3a und in gewissem Maße auch in Stadium 3b. Nach meiner Einschätzung befinden sich PatientInnen in Stadium 4 der CKD im roten Bereich, unabhängig vom ACR im Urin. Dies sind die PatientInnen, die an den Nephrologen überwiesen werden sollten oder zumindest sollte dies mit ihnen besprochen werden, die man jedoch normalerweise an den Nephrologen überweist.

Die PatientInnen mit Diabetes, bei denen der ACR im Urin erhöht ist, deren eGFR jedoch bei 75 liegt, sind es, die für die Primärversorgung relevant sind. Wenn der ACR im Urin nicht kontrolliert wird, fällt vielleicht nicht auf, dass ein hohes Risiko besteht. Das Gleiche gilt für PatientInnen mit einer chronischen Nierenerkrankung in Stadium 3a. Bei einem normalen bis leicht erhöhten UACR ist das Risiko nämlich ganz anders als bei einem stark erhöhten UACR.

Prof. De Nicola: Richtig. Wichtig ist, den Patienten in dieser Heatmap zu lokalisieren, welche die Grundlage der Risikostratifizierung für die Stadienbestimmung und die Prognose bildet.

Dr. Jarvis: Hier sind einige Fallstudien. Dies ist ein Mann, so ziemlich der typische Patient von mir, er hat seit langem Bluthochdruck, er nimmt bereits einen ACE-Hemmer und der Blutdruck ist ziemlich gut kontrolliert. Der Wert liegt also im Rahmen dessen, was man bei kontrollierter Hypertonie für akzeptabel halten würde. Die eGFR und der ACR im Urin wurden bestimmt. Es zeigt sich, dass die Einstufung zwischen 3a und 3b schwankt. Die eGFR liegt bei 45 und der UACR bei 2,8. Somit liegt der Patient im normalen bis niedrigen Bereich der Albuminurie und damit im gelben Bereich. Das ist wichtig, nicht wahr, Luca? In Bezug auf das Risiko?

Prof. De Nicola: Das ist der Mann, der niemals mit der Dialyse beginnen muss. Dies ist etwas, das intrinsisch ist und mit der physiologischen Alterung der Niere einhergeht.

Dr. Jarvis: Die Nieren müssen also immer noch geschützt werden, allerdings besteht kein Grund zu übermäßiger Sorge.

Prof. De Nicola: Wir können diesem Patienten jedoch mitteilen, dass er nie an die Dialyse muss, was sehr wichtig ist. Andererseits können wir diesem Mann sagen: „Bitte nehmen Sie keine entzündungshemmenden oder nephrotoxischen Arzneimittel“. Auch dies ist also sehr wichtig für die Prognose der PatientInnen.

Dr. Jarvis: Das ist ein sehr hilfreicher Tipp, den man sich merken sollte. Was man ihm sagen kann, ist, dass er niemals das Stadium der terminalen Nierenerkrankung erreichen wird, solange er die Tabletten weiterhin einnimmt und überwacht wird. Bei der nächsten Patientin jedoch könnte man bei einer reinen eGFR-Messung denken, dass die Patientin eine höhere eGFR hat und somit kein Anlass zur Sorge besteht. Erstens ist sie jünger. Zweitens hat sie Typ-2-Diabetes. Das ist ein zusätzlicher Risikofaktor, zusätzlich zur Hypertonie. Drittens hat sie im Vergleich zum vorherigen Patienten einen sehr hohen UACR-Wert. Die Geschwindigkeit, mit der die eGFR sinkt, ist nicht bekannt. Ich vermute jedoch, dass sie viel schneller sinkt als bei

dem vorherigen Patienten. Doch auch ohne diese Abnahmerate der eGFR zu kennen, auch ohne zu wissen, wie stark die Nierenfunktion abnimmt, ordnen wir die Patientin auf der Heatmap in den roten Bereich ein.

Prof. De Nicola: Es sind noch weitere Aussagen möglich. Wenn diese Patientin mit einem ACE-Hemmer oder ARB und einem SGLT2-Hemmer behandelt wird, lässt sich eine terminale Nierenerkrankung im Durchschnitt um 15 Jahre hinauszögern. Dies sind einige Aspekte, die in randomisierten Studien wie CREDENCE oder DAPA-CKD erörtert und nachgewiesen wurden. Somit ist es sehr wichtig, diese PatientInnen zu identifizieren und sie richtig mit den RAS-Hemmern und SGLT2-Hemmern zu behandeln.

Dr. Jarvis: Wenn man berücksichtigt, was die KDIGO empfiehlt, dann hat man die HochrisikopatientInnen gefunden, sie gescreent und bei einem beträchtlichen Anteil von ihnen eine CKD diagnostiziert, nehme ich an, wenn beim Screening die richtigen Kriterien angewendet werden. Was steht als Nächstes an? Nun, viele dieser PatientInnen werden tatsächlich in der Primärversorgung betreut. Das hängt natürlich bis zu einem gewissen Grad von der Praxis im jeweiligen Land ab. Von der Verfügbarkeit der Medikamente hängt es ab, ob bestimmte Medikamente in der Primärversorgung verschrieben werden dürfen. Allerdings gibt es einige grundlegende Dinge, die für die medizinische Grundversorgung unverzichtbar sind. Selbstverständlich würde ich sagen, dass ich die überwiegende Mehrheit meiner Patienten mit CKD im Stadium 3a in der Primärversorgung betreuen würde, viele davon auch mit CKD im Stadium 3b. Dies hängt natürlich stark von den Risikofaktoren ab.

Bei der Patientin mit einer eGFR von 49 sollte man berücksichtigen, dass die eGFR pro Jahr um mehr als 5 ml/min abnimmt. Das Risiko ist also sehr hoch. Das ist die Art von PatientIn, bei der ich mit der Überweisung oder der Beratung durch die KollegInnen aus der Sekundärversorgung nicht warten würde, bis die eGFR unter 30 fällt. Bei einem anderen Fall hingegen, einem Mann, der aufgrund von Begleiterkrankungen nur noch eine Lebenserwartung von wenigen Jahren hat und dessen eGFR 29 beträgt, dessen eGFR jedoch sehr langsam sinkt und der eine geringgradige Albuminurie zeigt, wäre dies etwas ganz anderes. Ich würde mich mit den KollegInnen aus der Sekundärversorgung beraten, würde den Patienten jedoch nicht unbedingt dorthin überweisen und auch nicht erwarten, dass er hauptsächlich dort behandelt wird.

Luca, ich denke, unter diesen anderen PatientInnen gibt es einige, die Sie auf jeden Fall zu einer Untersuchung in der Praxis erwarten würden. Ein Patient mit hereditärer Nierenerkrankung, mit einer akuten Nierenschädigung (AKI), ein Patient mit nephrotischer Proteinurie mit Hämaturie unbekannter Genese, ein Patient mit resistenter Hypertonie, bei dem bestätigt wurde, dass die Hypertonie wirklich resistent war und nicht auf der Nichteinnahme der Medikamente beruhte, und vielleicht ein Patient mit hohem Serumkalium, hohem PTH und hohem Serumphosphat. Ist das angemessen, Luca? Wie geht man vor, wenn dieser Punkt erreicht ist?

Prof. De Nicola: Das stimmt. Es kommt nicht darauf an, den Patienten an den Nephrologen zu überweisen, sondern den Patienten mit dem Nephrologen gemeinsam zu behandeln, denn wir

müssen den Patienten, die Behandlung und die Therapieziele miteinander besprechen. Im Fall der Patientin ist klar, dass man die Patientin sofort überweisen muss, denn sie könnte eine Glomerulonephritis haben, sodass möglicherweise eine Nierenbiopsie erforderlich ist. Beim ersten Fallbericht, dem Patienten mit der Null-Proteinurie, handelt es sich um eine ganz normale physiologische Alterung der Niere, sodass er bei seinem Hausarzt bleiben kann.

Besonders wichtig ist jedoch eine gemeinsame Festlegung der therapeutischen Ziele. Bei diesen PatientInnen ist das erste Ziel, durch entsprechende Ernährung und angemessene Dosierung der Diuretika eine Urämie zu erreichen. Wenn die Volumenexpansion korrigiert wird, stellt sich auch ein normaler Blutdruck ein, da die Hypertonie bei den PatientInnen mit CKD größtenteils von der Volumenexpansion abhängt. Zudem ist ein normaler Body-Mass-Index sehr wichtig, denn im Grunde genommen ist Adipositas nach Diabetes die nächste Volkskrankheit, die mit Proteinurie und letztlich mit einer schnelleren Abnahme der GFR einhergeht. Daher ist es sehr wichtig, auch beim Body-Mass-Index und bei der Änderung des Lebensstils zusammenzuarbeiten, Sarah.

Dr. Jarvis: In diesem Stadium befinden Sie sich also wieder auf meinem Gebiet, dem Gebiet der Primärversorgung: Raucherentwöhnung, gesunde Ernährung, regelmäßige Bewegung. Dies sind die Eckpfeiler der Lebensstilberatung in der Allgemeinmedizin. Hinzu kommt, wie Sie so treffend sagen, der Versuch, Adipositas zu bekämpfen. Tatsächlich sind jedoch viele dieser Blutdruckbehandlungen, dieser pharmakologischen Behandlungen, sehr stark im Bereich der Primärversorgung angesiedelt. Das ist mein Praxisalltag. Der Blutdruck muss kontrolliert werden, der HbA1c-Wert muss gut eingestellt werden, wenn der Patient an Diabetes leidet, insbesondere an Typ-2-Diabetes, denn das ist die Mehrheit der PatientInnen, die in der Primärversorgung behandelt werden. Ich denke, dass die meisten PatientInnen mit Typ-1-Diabetes natürlich in der Sekundärversorgung oder im Rahmen einer Kombination behandelt werden. Das Lipidmanagement ist wegen der Risiken für kardiovaskuläre Erkrankungen und für CKD sehr wichtig. ACE-Hemmer und ARB sind wirklich grundlegend. Der Blutdruck sollte kontrolliert werden, jedoch mit einem ACE-Hemmer und ARB, da diese unabhängig voneinander die Nieren schützen.

Doch natürlich eignet sich auch ein SGLT2-Hemmer innerhalb seiner zugelassenen Indikation. Der richtige SGLT2-Hemmer schützt nicht nur die Nieren von PatientInnen mit und ohne Typ-2-Diabetes, sondern verringert auch das stark erhöhte Risiko dieser PatientInnen für Herzversagen. Das ist wirklich wichtig, denn es bedeutet, dass wir symptomübergreifend behandeln. Die Mineralokortikoid-Rezeptor-Antagonisten sind aus meiner Sicht wichtige Arzneimittel. Einige meiner KollegInnen aus der Primärversorgung sind den Umgang damit vielleicht nicht gewohnt. Jedoch haben sich SGLT2-Hemmer sehr schnell zu einer grundlegenden Therapie entwickelt.

Prof. De Nicola: Ja, natürlich. Sehr wichtig, auch für mich, ist die Drittlinien-Therapie, denn man muss bedenken, dass diese Arzneimittel nicht bei allen PatientInnen wirksam sind. Daher benötigen die PatientInnen weiterhin eine zusätzliche Therapie für den Schutz des gesamten Organs, des ganzen Körpers, des Herzens und der Nieren. Daher ist es sehr wichtig, über GLP-1-Rezeptor-Agonisten, das neu verfügbare Finerenon und nichtsteroidale Mineralokortikoid-

Rezeptor-Antagonisten nachzudenken. Darüber hinaus sollte eine optimale Kontrolle der Hypertonie durch die Gabe von Diuretika und Kalziumkanalblockern gewährleistet sein. Selbstverständlich ist auch eine sorgfältige und perfekte Kontrolle des Blutzuckerspiegels sehr wichtig.

Dr. Jarvis: Apropos, natürlich hat die KDIGO neue Leitlinien zu CKD und Typ-2-Diabetes herausgegeben, ebenso wie das NICE im Vereinigten Königreich. Und in diesen beiden Leitlinien stehen die SGLT2-Hemmer ganz oben, denn dadurch können sowohl der Blutzuckerspiegel bei höheren eGFR-Werten kontrolliert als auch die Nieren durch den Einsatz von SGLT2-Hemmern geschützt werden. Nicht vergessen werden darf, dass die SGLT2-Hemmer bei sinkender eGFR weniger wirksam für die Kontrolle des Blutzuckerspiegels sind, sie bleiben jedoch genauso wirksam, was den Schutz der Nieren und natürlich auch den Schutz des Herzens betrifft. Bei den PatientInnen, die untersucht werden, handelt es sich also um PatientInnen mit einer eGFR von mindestens 30. Das sind PatientInnen mit hoher Priorität, mit Herzinsuffizienz, mit hohen ACR-Werten.

Es gilt, die Kontraindikationen zu beachten, insbesondere bei PatientInnen mit einem sehr hohen Risiko einer diabetischen Ketoazidose, bei PatientInnen, die immunsupprimiert sind oder Fußgeschwüre haben. Dann müssen wir überlegen, wohin die Reise gehen soll. Beispielsweise in Richtung Canagliflozin, Dapagliflozin, Empagliflozin – die Studien und Indikationen unterscheiden sich geringfügig –, doch sollten diejenigen in Betracht gezogen werden, die sowohl für CKD als auch für Typ-2-Diabetes eine Evidenzbasis haben. Bekanntlich haben nicht alle davon eine Zulassung für PatientInnen ohne Typ-2-Diabetes, einige jedoch schon. Dies ist sehr wichtig. Man darf nicht vergessen, dass die SGLT2-Hemmer nicht mehr nur zur Kontrolle des Blutzuckerspiegels eingesetzt werden, denn sonst würden sie abgesetzt, wenn die eGFR unter 45 fällt. Jetzt verabreichen wir diese für eine andere Indikation.

Prof. De Nicola: Ja, richtig. SGLT2-Hemmer müssen zum Schutz der Organe verabreicht werden, wobei der Hypoglykämie-Effekt eine Nebenwirkung von SGLT2-Hemmern ist. Diese Arzneimittel müssen zum Schutz der Nieren und des Herzens verabreicht werden. Das ist sehr wichtig.

Dr. Jarvis: Die Allgemeinmedizinerin in mir würde sagen, dass die Nebenwirkung der Blutzuckerkontrolle eine sehr erfreuliche Nebenwirkung für PatientInnen mit Typ-2-Diabetes ist.

Prof. De Nicola: Zusammengefasst lässt sich festhalten: Hier ist eine Art Flowchart für den Patientenpfad vom Anfang bis zur erfolgreichen Behandlung. Hier hat man jedoch das Spektrum der Empfehlungen. Hervorheben möchte ich aber den ersten Abschnitt, die Auswahl der PatientInnen, die auf CKD gescreent werden müssen, und das ist sehr wichtig. Das ist genauso wichtig wie die Wahl der Behandlung. Vergessen Sie also bitte nicht den ersten Abschnitt dieses Flowcharts, nämlich den Screening-Teil.

Dr. Jarvis: Man kann wohl mit Fug und Recht behaupten, dass alle vier dieser Elemente hier wichtig sind. Sie haben sehr schön herausgearbeitet, warum das Screening vonnöten ist: die Zunahme der PatientInnen, die eine terminale Nierenerkrankung entwickeln, die Zunahme der

Behinderung, jedoch auch die Zunahme des Risikos für andere Komorbiditäten wie kardiovaskuläre Erkrankungen und Herzinsuffizienz bei diesen PatientInnen. Natürlich ist es wichtig, bei einem Patienten mit CKD sofort zu erkennen: Der Patient hat auch ein hohes Risiko für diese anderen Erkrankungen, davor muss ich ihn schützen. Damit sind wir bei der Frage: „Wie geht man vor?“ Ich hoffe wirklich, dass wir schlüssig darlegen, warum einige PatientInnen, die eigentlich an Sie, Luca, überwiesen werden sollten, übersehen werden können, wenn nur die eGFR herangezogen wird.

Prof. De Nicola: Richtig. Achten Sie auf die Proteinurie, Albuminurie, Urinuntersuchung, was auch immer Sie zum Testen auf Albuminurie verwenden, ist in Ordnung, was jedoch sehr wichtig ist, ist das Testen auf Albuminurie.

Dr. Jarvis: Natürlich. Bei der Überlegung, wie man bei diesen PatientInnen vorgehen soll, hängt dies von den lokalen Leitlinien ab und vielleicht auch davon, wie viel Vertrauen Sie haben und so weiter. Es gibt jedoch einige Grundlagen, die sehr stark auf die allgemeine Praxis ausgerichtet sind: Raucherentwöhnung, Herzgesundheit, Bewegung, Gewichtsreduktion, wenn möglich, Blutdruckkontrolle. Mit welchen Medikamenten soll der Blutdruck kontrolliert werden? ACE-Hemmer oder ARB müssen eingesetzt werden und was wirklich wegen des kardiovaskulären Risikos wichtig ist, eine intensive Lipidkontrolle und natürlich zum Schutz der Nieren eine intensive Blutzuckerkontrolle. Ich denke jedoch, die große Veränderung, die man in den letzten Jahren erlebt hat, ist diese Veränderung. Mittlerweile gibt es nicht mehr nur mittel- oder hochwirksame Statine und eine RAS-Blockade sowie eine allgemeine Kontrolle des Blutzuckerspiegels. Jetzt gibt es auch eine spezielle Basistherapie mit SGLT2-Hemmern für diese PatientInnen mit Typ-2-Diabetes und in einigen Fällen auch für PatientInnen mit CKD ohne Typ-2-Diabetes.

Prof. De Nicola: Ich kann Ihnen sagen, Sarah, dass SGLT2-Hemmer das natürliche Schicksal, den natürlichen Verlauf bei PatientInnen mit CKD, ob mit oder ohne Diabetes, verändern werden. Die Präparate wirken in beiden Konstellationen gut. Man muss sie im Grunde so betrachten, wie man es in den frühen 1990er-Jahren mit den ACE-Hemmern getan hat. Jetzt muss man sich vergegenwärtigen, dass ein ACE-Hemmer oder ein ARB plus SGLT2-Hemmer unabhängig vom Ausgangsstatus die Basisbehandlung für unsere PatientInnen darstellt.

Dr. Jarvis: Das ist ein sehr schöner Schlusspunkt, finde ich.

Prof. De Nicola: Vielen Dank, Sarah. Ich möchte allen Zuschauer*innen dafür danken, dass sie dieses Programm verfolgt haben. Ich hoffe, dass es für Sie interessant und aufschlussreich war. Vielen Dank und einen schönen Tag noch.

Die übersetzte Mitschrift wurde hinsichtlich Stil und Verständlichkeit überarbeitet.

Besondere Hinweise zu Geltungsbereich und Verwendung

Dieses Dokument ist nur für Schulungszwecke bestimmt. Für die Lektüre dieses Dokuments werden keine CME-Credits (Continuing Medical Education bzw. ärztliche Fortbildung) vergeben. Wenn Sie an diesem Fortbildungsangebot teilnehmen möchten, besuchen Sie bitte www.medscape.org/viewarticle/986717

Bei Fragen zum Inhalt dieser Fortbildungsmaßnahme wenden Sie sich bitte an deren Anbieter unter CME@medscape.net.

Für technische Unterstützung kontaktieren Sie bitte CME@medscape.net

Die oben vorgestellte Fortbildungsmaßnahme kann simulierte, fallbasierte Szenarien beinhalten. Die in diesen Szenarien dargestellten PatientInnen sind fiktiv, und ein Zusammenhang mit einem tatsächlichen PatientInnen ist nicht beabsichtigt und sollte auch nicht hergestellt werden.

Das hier präsentierte Material spiegelt nicht notwendigerweise die Ansichten von Medscape, LLC, oder von Unternehmen wider, die Bildungsprogramme auf medscape.org unterstützen. In diesen Materialien werden möglicherweise therapeutische Produkte besprochen, die nicht von der US-amerikanischen Lebensmittel- und Arzneimittelbehörde (US Food and Drug Administration, FDA) zugelassen sind, sowie Off-Label-Anwendungen von zugelassenen Produkten. Vor der Anwendung der besprochenen therapeutischen Produkte sollte eine qualifizierte medizinische Fachkraft konsultiert werden. Die Leser sollten alle Informationen und Daten überprüfen, bevor sie Patienten behandeln oder die in dieser Fortbildung beschriebenen Therapien anwenden.

Medscape Education © 2023 Medscape LLC