

Einführung ins Schwerpunktthema Nephrologie

Vor zwei Jahren hat ein Schwerpunktthema (HÄBL 7/8 2018) bereits mehrere Fortbildungsartikel aus der Nephrologie vermittelt. Den aktuellen Autorinnen und Autoren sind wir sehr dankbar, dass sie drei weitere, nephrologisch geprägte Fortbildungen vorstellen: wiederum patientenorientiert mit Blick in die Breite sich vernetzender Schwerpunkte der Inneren Medizin.

Zunächst ein nephrologischer Klassiker: die IgA-Nephropathie, die im oft schleichend chronischen Verlauf häufig erst im höheren Grad fortschreitender Niereninsuffizienz erkannt wird. Sie wird – für die Patienten meist erschreckend – nicht selten vom Symptom einer plötzlichen, Virusinfekt-getriggerten Makrohämaturie akzentuiert. Prof. Claudia Sommerer (Heidelberg) stellt die autoimmunologisch verstandene Pathophysiologie und die klinischen Verläufe dieser häufigen primär glomerulären Erkrankung dar. Sie empfiehlt strukturierte Diagnostik und bewert-

et die evidenzbasierten, präventiven Therapiemodalitäten.

Nephrologie ist immunologisch nicht nur beim Verständnis von glomerulären oder interstitiellen Nierenerkrankungen gefordert. Immunmodulatorische und immunsuppressive Therapien gehören bei transplantierten Patienten zum Repertoire der Nephrologen. Die Nierenleistung beeinflusst häufig auch die Pharmakokinetik solcher Medikationen. Das Altern des Immunsystems und das Ausmaß der Niereninsuffizienz verändern darüber hinaus die Pharmakodynamik von Immuntherapeutika. Prof. Elisabeth Märker-Hermann und Dr. Christian von Kiel (beide Wiesbaden) gehen in ihrem Beitrag diesen neu erforschten Fragen mit spezieller Expertise und konkreten Handlungsvorschlägen nach.

Die Autoren des dritten Beitrages, Prof. Gunnar Heine (Frankfurt) und PD Kyrrill S. Rogacev (Schwerin) besprechen im nephrologisch-kardiologischen Diskurs die Pharmakotherapie bei schwerer Herzin-

suffizienz bei gleichzeitig bestehender hochgradiger Niereninsuffizienz. Ihr zentrales Plädoyer ist, den mangels Verfügbarkeit großer kontrollierter Studien oft vorbestehenden therapeutischen Neglect bei den vital hochgefährdeter Patienten zu überwinden. Sie sprechen sich dafür aus, unter engen kardiologisch-nephrologischen Kontrollen durchaus moderne RAAS- und Betarezeptorenblocker, die Kombination Valsartan/Sacubitril, Aldosteron-Antagonisten sowie neue SGLT-2-Inhibitoren abgestuft einzusetzen.

Dr. med.

H. Christian Piper

Facharzt für Innere
Medizin/
Nephrologie,
Präsidiumsmitglied
der LÄKH
und Stellv.

Verantwortlicher
Redakteur des
Hessischen Ärzteblattes



Foto: Katarina Ivanisevic

IgA-Nephropathie: Pathogenese, Klinik und Therapie

VNR: 2760602020169570006

Prof. (apl.) Dr. med. Claudia Sommerer

Einleitung

Die IgA-Nephropathie ist die häufigste Glomerulonephritisform in Deutschland und wird häufig als Zufallsbefund diagnostiziert. Die klinischen Verläufe sind sehr variabel und reichen von einer Mikrohä-maturie ohne sonstige Einschränkungen bis zum terminalen Nierenversagen. Selten zeigt sich ein rapid-progressiver Verlauf mit raschem Eintritt einer terminalen Niereninsuffizienz und Notwendigkeit einer Nierenersatztherapie. Der Behandlungsschwerpunkt liegt auf supportiver Therapie mit optimaler Blutdruckregulation mittels ACE-Hemmer oder Angiotensin-Rezeptorblocker zur Reduktion des intraglomerulären Drucks und damit der

Proteinurie. Bei unzureichendem Ansprechen können Glukokortikoide eingesetzt werden.

Diagnostik

Die IgA-Nephropathie ist weltweit die häufigste Ursache einer Glomerulonephritis mit geographischer Variabilität hinsichtlich der Prävalenz. Typischerweise wird ein junger Mann aus Asien mit einer Makrohämaturie im Rahmen eines Infektes als Beispiel für eine IgA-Nephropathie herangezogen. Tatsächlich umfasst in asiatischen Ländern die IgA-Nephropathie etwa 40 % aller Glomerulonephritiden. Im Vergleich hierzu liegt die Prävalenz in Europa und Nordamerika bei 10 bis 20 %

aller Glomerulonephritiden, aus einzelnen afrikanischen Ländern ist eine Prävalenz von 5 % bekannt. Die IgA-Nephropathie tritt zweimal häufiger bei Männern im Vergleich zu Frauen auf. Der Erkrankungsgipfel liegt im jüngeren Erwachsenenalter. Meist wird ein Verdacht auf eine IgA-Nephropathie bei der Abklärung einer arteriellen Hypertonie oder bei Routineuntersuchungen geäußert. Vor einigen Jahren war die Musterung der Bundeswehr häufig der Ausgangspunkt zur weitergehenden Untersuchung bei Vorliegen einer Mikrohä-maturie oder Proteinurie. Somit kommt den hausärztlich tätigen Kollegen eine wichtige Rolle in der Diagnose der IgA-Nephropathie zu. In der klinischen Untersuchung zeigt sich eine Mikrohä-maturie