

M. Trottmann¹ · M. Staehler¹ · T. Stadler¹ · M. Giessing² · K. Dreikorn³ · C.G. Stief¹

¹ Urologische Universitätsklinik, München-Großhadern

² Urologische Universitätsklinik, Charité-Universitätsmedizin
Berlin, Campus Mitte, Berlin

³ Urologische Klinik/Transplantationszentrum, Klinikum Bremen-Mitte, Berlin

14. Jahrestagung des Arbeitskreises Nierentrans- plantation der DGU

München, 7.–9. September 2006

Vom 7. bis 9. September 2006 fand die 14. Jahrestagung des Arbeitskreises Nierentransplantation der Deutschen Gesellschaft für Urologie (DGU) in München statt. Das Treffen war wie schon in den Jahren zuvor von hohem wissenschaftlichem Gehalt und behandelte die aktuellen Themen der Nierentransplantation in thematischen Blöcken. In Zeiten sich ändernder Ansprüche in der Nierentransplantation wies H. Arbogast mit seinem Eröffnungsvortrag über das Münchner Transplantationsmodell auf die richtungweisende Notwendigkeit der interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen Chirurgen, Nephrologen und Urologen hin, um optimale Ergebnisse zu erzielen.

Politik und Personalia

Bei der Versammlung der Vertreter der einzelnen NTX-Zentren wurde der Vorstand neu gewählt. Prof. Dreikorn trat nach jahrzehntelanger Tätigkeit als Vorstandsvorsitzender zurück, da er im kommenden Jahr in den Ruhestand geht. Er wird jedoch bis dahin Vorstandsmitglied bleiben. Als sein Nachfolger wurde M. Giessing (Charité Berlin, Campus Mitte) gewählt.

Die NTX-Zentren Frankfurt/Main und Marburg sind nun unter chirurgischer Fe-

derführung, ebenso das Transplantationszentrum Hamburg.

Erstmals wurde in Andenken an Prof. Schönberger (Berlin), der jahrelang aktiv im Bereich der NTX im Rahmen der DGU tätig war, der Bernd Schönberger-Preis verliehen (s. Mitteilung auf S. 136 in dieser Ausgabe).

Wissenschaftlicher Teil

Onkologie und Nierentransplantation

H. Heynemann (Halle) und M. Fischereder (München) stellten die Zusammenhänge zwischen Nierentransplantation und malignen Tumoren dar. 34–50% der Nierentransplantierten haben nach 20 Jahren einen malignen Tumor, wobei das Risiko einer Tumorentstehung u. a. abhängig von Dauer und Art der Immunsuppression sowie geographischen Faktoren ist. In erster Linie entstehen die Tumoren an der Haut, sind somit einer Diagnostik gut zugänglich und früh erkannt gut heilbar. Wichtig ist jedoch, dass die urologischen Tumoren die zweithäufigste Tumorentität nach den Hautmalignomen darstellen. Sinnvoll wäre deshalb ein international einheitliches Tumoregister (z. B. von Eurotransplant). Weiter ist eine Identifizierung von Risikopatienten, Empfehlungen für die Wartelistenrekrui-

rierung und jährliches Screening zum Tumorausschluss, sowie die Etablierung individueller Immunsuppressiveregime zur Senkung des Progressionsrisikos und der De-novo-Tumorentstehung nach Nierentransplantation von Bedeutung. Ein differenziertes Konzept zur Wartelistenrekrutierung wurde von A. Sheil beschrieben und ist in den EAU-Guidelines 2006 enthalten.

Operative Techniken

H.P. Gebershagen (Halle) stellte die Erfahrungen der dort neu etablierten „handassistierten laparoskopischen Donornephrektomie“ dar und verwies auf die multiplen Vorteile dieser Methode für den Spender bei fehlenden Nachteilen für Spenderorgan und Empfänger.

Über die „Monozentrische Erfahrungen bei Dritt- und Viert-Nierentransplantationen“ referierte T. Steiner (Jena). Zusammenfassend konnte von keiner wesentlich erhöhten Komplikationsrate berichtet werden.

Langzeitergebnisse bei der „Nierentransplantation in ein Ileumconduit“ wurden von M. Giessing (Berlin) vorgestellt. Bei diesen Patienten ist die Conduitanlage vor der NTX zu favorisieren und eine engmaschige Kontrolle zum Ausschluss einer potentiell transplantatschädigenden Bakteriurie notwendig.

In der Auswertung der Ergebnisse der Lübecker Arbeitsgruppe zeigte A. Meyer, dass sekundäre „Harnleiterrekonstruktionen nach Nierentransplantation“ ein variables Vorgehen erfordern, jedoch keinen negativen Einfluss auf die Nierentransplantatlangzeitfunktion haben.

Wie wichtig der Einfluss der „Transportzeit auf die Transplantatfunktion“ ist, wurde von M. Giessing (Charité Berlin, Campus Mitte) anhand der Auswertung von Transplantationen beider Nieren desselben Spenders in 2 Empfänger am gleichen Zentrum dargestellt. Eine verlängerte kalte Ischämiezeit kann eine verzögerte Transplantatfunktion bedingen, hat aber nicht unbedingt einen negativen Einfluss auf das Transplantatüberleben sofern die Ischämiezeiten kurz sind. Wichtig ist die weitere Verkürzung der Transplantattransportzeiten, die aktuell bei Eurotransplant um 18 h liegen, da eine Zeit um 12 h „sicher“ erscheint in Bezug auf Vermeidung nicht-immunologischer Transplantatschäden.

Immunsuppressiva

Momentanen befinden sich eine Reihe viel versprechender neuer Immunsuppressiva in der Entwicklung und Erprobung. Immunsuppressive Protokolle mit einem hohen Risiko für den Patienten und die Transplantatfunktion scheinen in Zukunft vermeidbar zu sein (D. Abendroth, Ulm).

Im Tiermodell konnte die Blockade verschiedener Chemokinrezeptoren (CXCR3, CCR5) erfolgreich durchgeführt werden. Diese Blockade wird bei der HIV-Infektion derzeit in Studien eingesetzt. Weiterhin ist das Konzept der Ko-Stimulationsblockade viel versprechend und hat sich in einer ersten Phase-II-Studie als erfolgreich dargestellt. Bei verschiedenen Autoimmunerkrankungen werden aktuell Anti-B-Zelltherapien evaluiert. Diese werden möglicherweise auch in der Transplantation einen zunehmenden Stellenwert bekommen (S. Segerer, München).

Im Gegensatz zu Calcineurin-Inhibitoren oder antiproliferativen Immunsuppressiva (wie z. B. Rapamycin) zeigte sich bei der Anwendung des aktuell nicht mehr für die humane Nierentransplantation zugelassenen „Immunomodulators FTY720“

keine Verstärkung des Tubulusschadens nach schwerem Konservierungsreperfusionsschaden und führte nicht zu einer Verschlechterung der Nierentransplantatfunktion (T.F. Fuller, Berlin).

Varia

In seinem Vortrag über „Analgetikaneuropathie und Vorbereitung zur Nierentransplantation“ erinnerte A. Meyer (Lübeck) an das erhöhte Risiko für das Auftreten eines Urothel- und Nierenzellkarzinoms bei Niereninsuffizienz als Folge der Einnahme von Schmerzmitteln. Problematisch sei hierbei, dass weder die Vorsorge (während der Dialyse und vor geplanter Nierentransplantation) noch die Nachsorge standardisiert sind. Als Mindestanforderung ist das übliche Monitoring wie bei sonstigen Urothelkarzinomen zu fordern. Kritisch zu diskutieren ist die operative Sanierung des gesamten oberen Harntrakts vor oder zeitnah nach Nierentransplantation (bilaterale Nephroureterektomie).

Die „Cidofovir-Instillationstherapie bei Polyomavirus-assoziiierter hämorrhagischer Zystitis“ unter Immuntherapie wurde von M. Knappe (Lübeck) als viel versprechende Therapieoption – v. a. bei erfolgloser endoskopischer Therapie – vorgestellt.

Über die „Bestimmung des löslichen Interleukin-2-Rezeptors nach Gabe von Interleukin-2-Rezeptorantikörpern zum immunologischen Monitoring nach Nierentransplantation“ berichtete H.P. Gerbershagen (Halle-Wittenberg). Als Fazit wurde festgestellt, dass ein Monitoring dieses sIL-2R auch nach Simulect-Gabe im Verlauf richtungsweisend für das frühe Erkennen einer Rejektion/Infektion sein kann.

Der gleiche Referent berichtete auch über die „Relevanz der Transplantatbiopsie bei der akuten Rejektion im Zusammenhang mit der laborchemischen Diagnostik nach Nierentransplantation“. Das Problem der großen Diskrepanz zwischen der Histologie der Transplantatbiopsie und dem klinischen Verlauf ist hinreichend bekannt. Mit der Bestimmung des C-reaktiven Proteins im Urin liegt möglicherweise ein neuer sensitiver Parameter zur Diagnostik der akuten Rejektion vor.

Die „Spendervorbehandlung mit Glutamin“ wurde von T.F. Fuller (Berlin) vorgestellt. Sie könnte in Zukunft auch in der humanen Nierentransplantation zum Einsatz kommen. Im Tierexperiment konnte der positive Einfluss bei schwerem Konservierungsreperfusionsschaden gezeigt werden.

K. Hirsch (Erlangen) berichtete über die „Problematik der Nierentransplantation im Kindesalter“ und unterstrich die Bedeutung der NTX als bestes Nierenersatzverfahren gerade im Kindesalter und die Notwendigkeit einer frühzeitigen NTX. Bei insgesamt 132 durchgeführten Nierentransplantationen im Kindesalter im Transplantationszentrum Erlangen-Nürnberg in den letzten 25 Jahren betrug die 5-Jahres-Transplantatüberlebensrate 85,4%.

„Ist die Nierentransplantation unter aktuellen DRG-Bedingungen noch bezahlbar?“ Diese abschließende Frage konnte definitiv bejaht werden – wichtig ist die genaue Kodierung und Dokumentation im Rahmen der klinischen Versorgung (D. Oheim, Halle).

Zusammenfassung

Zusammenfassend war die 14. Jahrestagung des AK-NTX eine wissenschaftlich hochwertige und aktuelle Veranstaltung, auf der die wichtige Rolle der Urologie in der Nierentransplantation unterstrichen wurde. In Zukunft sollte die Kooperation mit der Chirurgie und Nephrologie intensiviert werden, um als „pares inter parem“ den wachsenden Ansprüchen der operativen und immunsuppressiv-medikamentösen Behandlung gerecht zu werden. In diesem Sinne freut sich der AK-NTX auf eine rege Teilnahme an der nächsten Jahrestagung im November 2007 in Jena, die zusammen mit einem gerade an die jüngeren Kollegen gerichteten Transplantationsworkshop stattfinden wird.

Die gesamten Vorträge dieser Tagung können als pdf-Datei auf der Homepage des Arbeitskreises eingesehen und heruntergeladen werden (<http://www.nierentransplantation.com>).