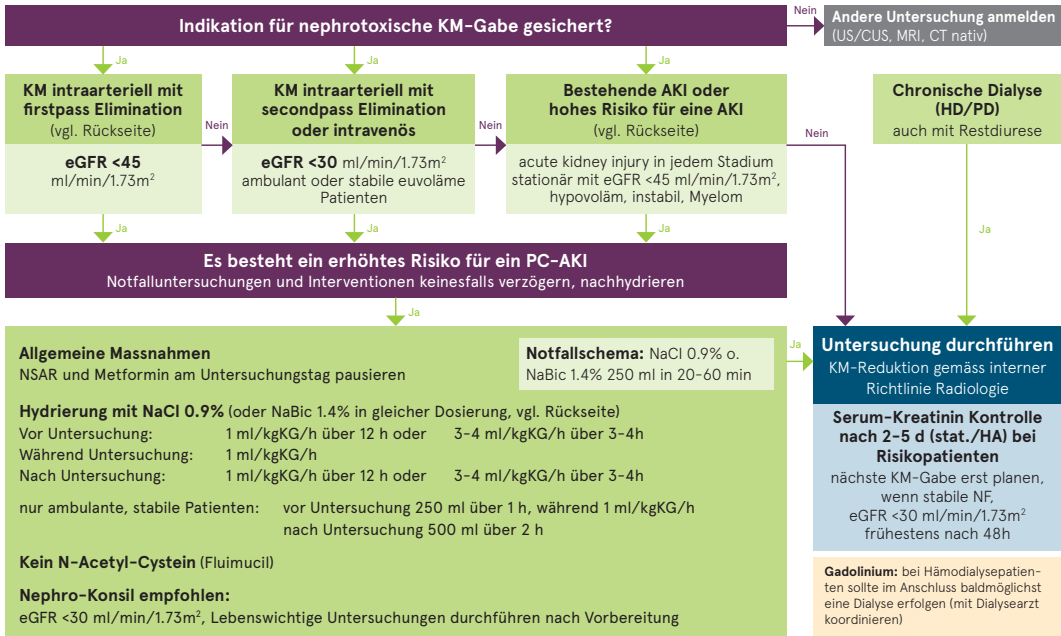


Prävention der Kontrastmittel induzierten Niereninsuffizienz



| | |
|--|---|
| Stationär, instabil, hypovoläm, Myelom | <p>Stationäre Patienten oder akut erkrankte Patienten auf der Notfallstation haben unabhängig von der Kontrastmittelgabe ein erhöhtes Risiko einer akuten Nierenschädigung. Insbesondere Patienten mit einem instabilen Kreislauf oder akuter Hypovolämie, aber auch Patienten mit anderweitig vermindertem intraarteriellem Volumen wie Patienten mit Pankreatitis, Ileus, Herzinsuffizienz oder Leberzirrhose sind stark gefährdet. Ziel einer Akutbehandlung ist es immer unabhängig von der Kontrastmittelgabe das intravasale resp. intraarterielle Volumen zu korrigieren. Um das Gesamtrisiko zu vermindern soll die Vorbereitung bereits bei einer eGFR <45 ml/min/1.73 m² erfolgen. Der stärkste unabhängige Risikofaktor für ein PC-AKI stellt das multiple Myelom dar, vor allem bei bestehender Niereninsuffizienz.</p> |
| Patienten mit AKI | <p>Bei Patienten mit einer bestehenden akuten Nierenschädigung sollte idealerweise mit einer Kontrastmitteluntersuchung gewartet werden, bis sich die Nierenfunktion erholt hat. Patienten, bei denen mit der Untersuchung nicht zugewartet werden kann, sollen unabhängig von der aktuellen Funktion mittels Hydrieren vorbereitet werden. Eine wichtige diagnostische oder gar therapeutische Untersuchung zu verzögern, stellt oft das grössere Risiko dar. In der Regel erholt sich die Nierenfunktion trotz Kontrastmittelgabe.</p> |
| Allg. Massnahmen | <p>Das Stoppen von Medikamenten, die zu einer renalen Vasokonstriktion führen (ACE-I, AT2-Blocker) ist wahrscheinlich nicht notwendig (unklare Datenlage), oder kann sogar zur Verschlechterung einer Herzinsuffizienz oder hypertensiven Entgleisung führen. NSAR sollten per Untersuchungstag pausiert werden. Metformin, welches zu einer Laktatazidose im Falle einer akuten Niereninsuffizienz führen kann, wird zum Zeitpunkt der Untersuchung pausiert. Bei Patienten unter Aminoglykosid-Antibiotika sollte 24-48h nach KM-Gabe ein Medikamentenspiegel überprüft werden. N-Acetyl-Cystein ist obsolet zur Prophylaxe einer PC-AKI.</p> |
| Hydrierung | <p>Die Vor- und Nachhydrierung hat primär mit NaCl 0.9% i.v. zu erfolgen. NaBic 1.4% ist gegenüber NaCl 0.9% gleichwertig und kann bei Azidose eingesetzt werden. Sofern der Patient dies kardial toleriert, kann auch ein rasches Hydrierungsschema gewählt werden. Bei ambulanten, stabilen Patienten ist das Risiko sehr gering, weshalb ein verkürztes Schema zur Anwendung kommt.</p> |
| Definition PC-AKI (post-contrast acute Kidney Injury) | <p>Anstieg Serum-Kreatinin >26.5 µmol/l oder auf das 1.5-fache der Baseline innert 48-72h nach Kontrastmittelexposition.</p> |
| Renale first- vs. secondpass Exposition | <p>Das Risiko eines PC-AKI steigt an, wenn das Kontrastmittel die Nieren relativ unverdünnt erreicht. Z. B. bei Injektion ins linke Herz, die suprarenale Aorta oder die Nierenarterien. Wenn es distal der Nierenarterien oder peripher injiziert wird, respektive venös gegeben wird, erreicht das KM die Nieren in relativ verdünnter Form, weshalb das Risiko einer PC-AKI geringer ist. Orales Kontrastmittel oder KM in andere Körperhöhlen kann unabhängig von der Nierenfunktion gegeben werden.</p> |
| Management nach KM-Exposition | <p>Die Messung des Serum-Kreatinins nach der Untersuchung bei Risikopatienten kann selbstverständlich auch beim Hausarzt erfolgen. Die pausierten Medikamente sollten erst wieder gestartet werden, wenn die Nierenfunktion stabil ist. Entsprechend sollte auch mit einer nachfolgenden Kontrastmittelgabe mind. 48 h zugewartet werden.</p> |