

BANFF erlaubt keine gute Prognose der Abstoßungstherapie (Analyse des Trabio-Registers)

Florian Schraml¹, Ulrich Kunzendorf², Vedat Schwenger³, Julia Weinmann-Menke⁴, Kerstin Amann⁵, Uwe Heemann¹

¹ Nephrologie, Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München

² Klinik für Innere Medizin IV, Nieren- und Hochdruckkrankheiten, UKSH, Campus Kiel

³ Klinik für Nieren-, Hochdruck- und Autoimmunerkrankungen, Katharinenhospital, Stuttgart

⁴ I. Medizinische Klinik und Poliklinik, Universitätsmedizin Mainz

⁵ Nephropathologische Abteilung, Universitätsklinikum Erlangen

13. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Nephrologie; 23.-26. September 2021
Hansestadt Rostock

F. Schraml, Abteilung für Nephrologie
Klinikum rechts der Isar, TU München
Ismaningerstr. 22, 81675 München
<https://www.mri.tum.de/nephrologie-nierenheilkunde>

Hintergrund

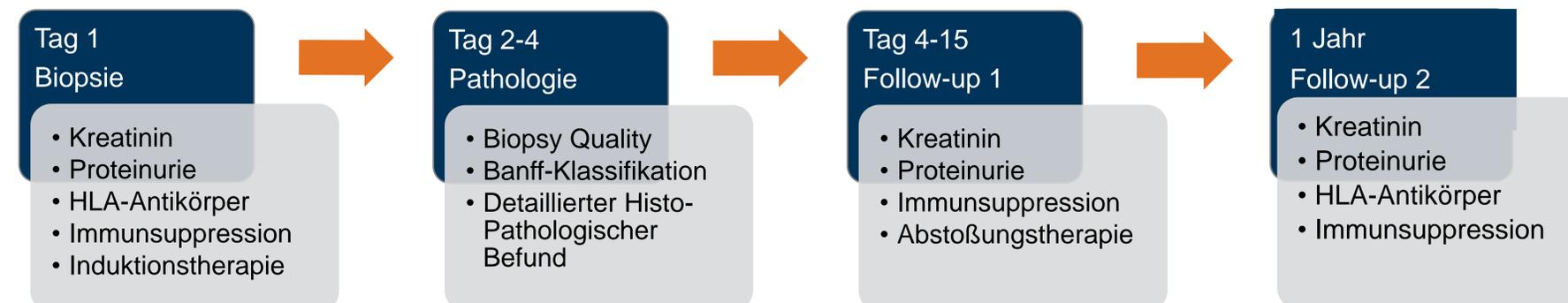
Obwohl die allogene Nierentransplantation eine seit Jahren etablierte Standardtherapie darstellt, gibt es nur wenige Daten zur Therapie/ dem Outcome von Abstoßungsreaktionen.

Um Abstoßungsreaktionen und ihre Therapien sowie die daraus resultierenden Erfolge prospektiv analysieren zu können, wurde ein Abstoßungs-Register (Trabio) initiiert, welches alle Abstoßungsreaktionen in den jeweiligen Zentren erfasst und auswertet.

Methode

Bisher wurden 643 Transplantatbiopsien erfasst.

Für 394 Biopsien liegen vollständige 1-Jahres-Follow-up Daten vor.



Ergebnisse

Die bisherigen Ergebnisse der 1-Jahres-Follow-up Daten deuten darauf hin, dass die Einteilung der Abstoßung gemäß Banff-Klassifikation nur eine unzureichende Prognoseeinschätzung hinsichtlich des GFR-Verlaufs/ Transplantatüberlebens zulässt.

Insgesamt war, wie zu erwarten das Serumkreatinin zum Zeitpunkt der Biopsie ein wichtigerer Parameter als die Banff-Klassifikation. Bei einem Kreatinin > 4,0 mg/dl war die Wahrscheinlichkeit eines Transplantat-Versagens innerhalb eines Jahres deutlich erhöht (47,1% vs. 10,2%; 49/104 vs. 29/283)

Weder die weitere Analyse der tubulärer Schädigung noch der glomerulären Schädigung erlaubte hier eine genauere Aussage.

Lediglich die Kombination von C4d und einem Kreatinin > 4 mg/dl ließ eine gute Diskriminierung hinsichtlich eines Transplantatversagens zu (C4d+ = 75% vs. C4d- = 33%).

Fazit

Einzelne Marker lassen ebenso wenig wie die Banff-Klassifikation klare Aussagen zum Ansprechen der Abstoßungstherapie zu..

NBx	Anzahl	Tx-Versagen/ Tod	Tx-Versagen	%Tx-Versagen/ Tod
t0	148	38	33	25,7%
t1	161	32	26	19,9%
t2	62	13	11	21,0%
t3	26	8	6	30,8%

NBx	Anzahl	Tx-Versagen/ Tod	Tx-Versagen	%Tx-Versagen/ Tod
g0	337	81	66	24,0%
g1	36	6	6	16,7%
g2	16	1	1	6,3%
g3	12	5	5	41,7%

Kreatinin > 4 mg/dl	Anzahl	Tx-Versagen/ Tod	Tx-Versagen	%Tx-Versagen/ Tod
t0	35	22	21	62,9%
t1	44	16	15	36,4%
t2	16	8	7	50,0%
t3	9	4	4	44,4%