

Weniger BKV-Replikation nach Nierentransplantation unter Ciclosporin

Die Polyomavirus-BK-(BKV-)assoziierte Nephropathie (BKVN) hat sich zu einer maßgeblichen Ursache des vorzeitigen Nierentransplantat-Versagens entwickelt. Die BKVN-Raten liegen bei 1–10% mit progressivem Transplantatversagen in über der Hälfte der Fälle. In der prospektiven, randomisierten DIRECT-Multicenterstudie wurden die BKV-Daten von über 600 de novo nierentransplantierten Patienten ausgewertet, um den Einfluss der Calcineurin-Inhibitoren (CNI) zu ermitteln.

Insgesamt 682 Patienten erhielten randomisiert Ciclosporin oder Tacrolimus in Kombination mit Basiliximab, Myco-

phenolat und Steroiden. Bei 92,2% der Teilnehmer fanden bis Monat 12 nach Transplantation mindestens 2 BKV-Messungen statt. Univariat war Ciclosporin mit deutlich niedrigeren BK-Virämie-Raten als Tacrolimus assoziiert (Abb. 1). Auch multivariat waren die Odds Ratios (OR) für Ciclosporin gegenüber Tacrolimus signifikant: OR 0,6 und 0,33 nach 6 und 12 Monaten. Nach 12 Monaten war die mediane BK-Viruslast im Plasma unter Ciclosporin fast 15-fach geringer als unter Tacrolimus ($p=0,028$).

Fazit

Bei nierentransplantierten Patienten findet unter Ciclosporin-Therapie deut-

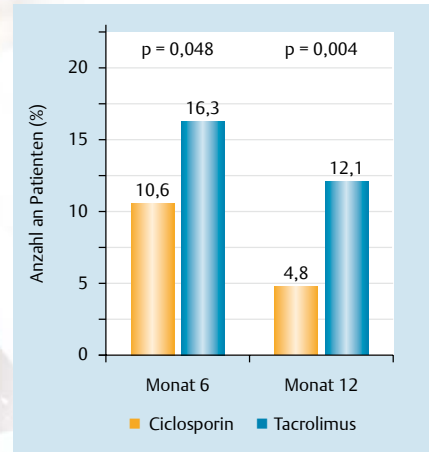


Abb. 1 BKV-Virämie-Raten (mittels quantitativer PCR) unter Ciclosporin oder Tacrolimus.

lich weniger BKV-Replikation als unter Tacrolimus statt.

Quelle: Hirsch HH et al. Am J Transplant 2013; 13: 136–145

Weniger CMV-Ereignisse nach Herztransplantation unter Everolimus

Die CMV-Daten von 1009 Patienten aus 3 Studien (B253, A2403, A2411) mit de novo herztransplantierten Patienten wurden ausgewertet. Die Patienten wurden wie in Tab.1 aufgeführt behandelt.

Studienendpunkt war die Inzidenz der CMV-Infektion bzw. CMV-Infektion/Syndrom 6 Monate nach Transplantation. Gegenüber Azathioprin (B253) ergab sich unter Everolimus eine um ca. 70% geringere Inzidenz der

CMV-Infektion ($p<0,001$), gegenüber MMF (A2411) eine um 80% geringere Inzidenz ($p<0,001$). Die deutlich geringere Inzidenz von CMV-Infektion/Syndrom unter Everolimus zeigt die Abb. 1. Die Wirkung von Everolimus war von der Art der CMV-Prävention (Prophylaxe oder präemptive Therapie) unabhängig.

Quelle: Kobashigawa J et al. Transpl Infect Dis 2013; 15: 150–162

Tab. 1 CMV-Daten von 1009 Patienten aus 3 Studien.

B253 (n=634)	<ul style="list-style-type: none"> 1,5 mg EVR + SD CsA + Steroide 3,0 mg EVR + SD CsA + Steroide 	<ul style="list-style-type: none"> Azathioprin + SD CsA + Steroide
A2403 (n=199)	<ul style="list-style-type: none"> 1,5 mg EVR (C_0 3–8 ng/ml) + SD CsA + Steroide 3,0 mg EVR (C_0 3–8 ng/ml) + RD CsA + Steroide 	
A2411 (n=176)	<ul style="list-style-type: none"> 1,5 mg EVR (C_0 3–8 ng/ml) + RD CsA + Steroide 	<ul style="list-style-type: none"> MMF (3 g/d) + SD CsA + Steroide

CsA = Ciclosporin; EVR = Everolimus; RD = reduzierte Dosis; SD = Standarddosis

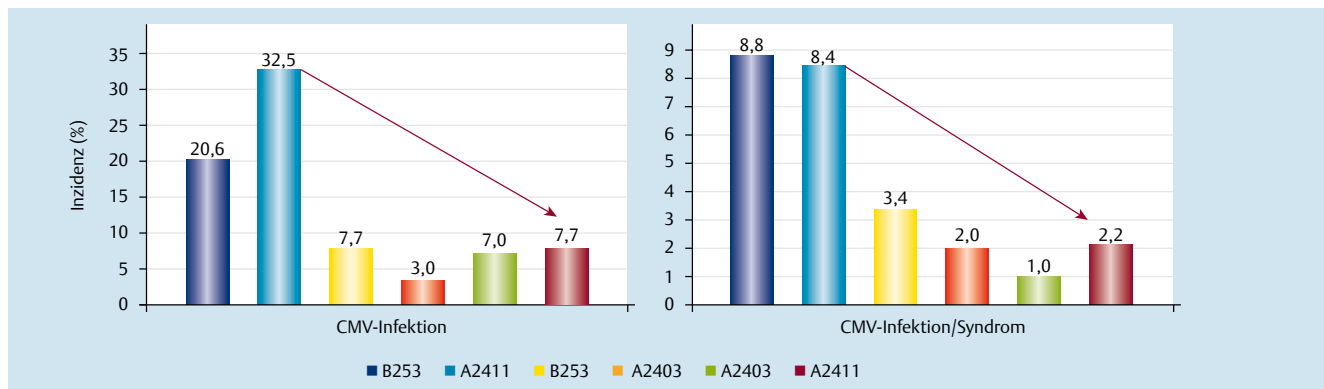


Abb. 1 Weniger CMV-Infektionen mit Everolimus-Therapie.