

Bedre behandling af kroniske dialysepatienter

Jeppe Hagstrup Christensen & Anne-Lise Kamper

STATUSARTIKEL

Dansk Nefrologisk Selskab

De seneste 50 år har været præget af en stadig forbedring inden for det dialysetekniske område, således at dialyse i dag tåles af næsten alle patienter med kronisk nyresvigt. Trods dette og den farmakologiske udvikling er kronisk dialysebehandling stadig forbundet med en høj mortalitet. Fortsat forbedring af behandlingen er derfor påkrævet, og tre vigtige undersøgelser fra 2010 skal omtales i den sammenhæng.

Observationsstudier har ikke givet entydige svar på, hvornår det er ideelt at påbegynde kronisk dialyse. Start af en behandling er ofte baseret på en subjektiv lægelig vurdering foretaget i samråd med patienten. Det er foreslået, at tidligere indledning af kronisk dialyse kunne reducere morbiditeten og mortaliteten.

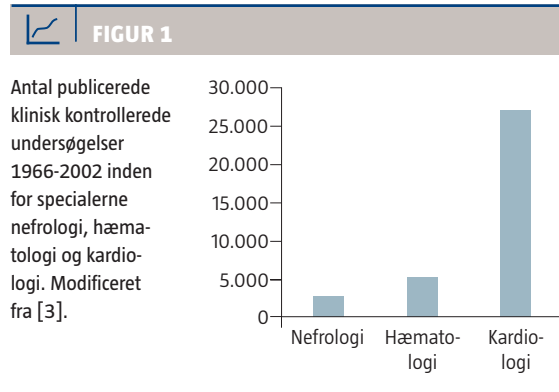
Dette er nu blevet undersøgt i et veldefineret studie [1], hvor 828 kroniske nyreinsufficienspatienter blev randomiseret til tidlig hæmodialyse (HD)-start (estimeret glomerulær filtrationsrate (eGFR) på 10-14 ml/min) eller sen HD-start (eGFR på 5-7 ml/min). Efter en opfølgningstid på ca. 3,5 år var mortaliteten i de to grupper på henholdsvis 37,6% og 36,6% ($p = 0,75$). Sekundære endepunkter såsom kardiovaskulære hændelser, infektioner og livskvalitet var ligeledes ens i de to grupper. Resultaterne af denne undersøgelse tyder således ikke på, at en generelt tidligere dialysestart kan forbedre prognosen for kronisk nyresyge.

En anden undersøgelse omhandlede HD-frekvensen [2]. Standardbehandlingen har gennem mange år været at dialysere tre gange ugentligt, men resultaterne af visse observationsstudier og mindre, kontrollerede undersøgelser har peget på, at en øget HD-fre-

kvens kunne forbedre overlevelsen hos patienterne. I den aktuelle undersøgelse randomiserede man 245 patienter til dialyse enten tre gange ugentligt eller seks gange ugentligt. Efter et års opfølgning var mortaliteten og venstre ventrikel-masse (kombineret endepunkt) signifikant lavere i gruppen, der fik hyppige dialyser (*hazard ratio* = 0,61, $p < 0,0001$), end i gruppen, der sjældnere fik dialyse. Den øgede dialysehyppighed var dog forbundet med flere problemer med dialyseadgangsvejene.

Kardiovaskulær sygdom er den hyppigste dødsårsag hos patienter med terminal nyreinsufficiens. Derfor er det nærliggende, at kronisk nyresyge kunne have gavn af medikamentel lipidsænkende behandling, men i to tidligere, større, randomiserede undersøgelser af HD-patienter har man ikke påvist nogen effekt. I november 2010 blev Study of Heart and Renal Protection, SHARP, præsenteret i form af et foredrag på Renal Week 2010 – Denver, Colorado, USA. Godt 9.000 patienter med moderat til svær nyreinsufficiens blev randomiseret til behandling med simvastatin/ezetimib eller placebo. Efter ca. fem års opfølgning fandt man en signifikant 17%’s reduktion i det primære endepunkt *major atherosclerotic events* (koronar død, akut myokardieinfarkt, nonhæmorrhagisk apopleksi eller revaskularisation) i interventionsgruppen. Den samlede mortalitet var ikke forskellig i de to grupper. Studiet er det hidtil største, randomiserede kliniske forsøg inden for det nefrologiske område, og selve publikationen ventes med spænding.

Ovnevnte undersøgelser kan kritiseres på flere punkter, men inden for nefrologien, som i et vist omfang er præget af mangel på klinisk kontrollerede undersøgelser (Figur 1), er disse undersøgelser et vigtigt supplement i den evidensbaserede medicin. Og det vil være glædeligt, hvis der nu er udsigt til en forbedret prognose for kroniske dialysepatienter.



KORRESPONDANCE: Jeppe Hagstrup Christensen, Medicinerhuset, Århus Universitetshospital, Aalborg Sygehus, 9000 Aalborg.
E-mail: jeppe.hagstrup.christensen@rn.dk

INTERESSEKONFLIKTER: se www.ugeskriftet.dk

LITTERATUR

1. The IDEAL Study Group. A randomized, controlled trial of early versus late initiation of dialysis. *N Engl J Med* 2010;363:609-19.
2. The FHN Trial Group. In-center hemodialysis six times per week versus three times per week. *N Engl J Med* 2010;363:2287-300.
3. Strippoli GF, Craig JC, Schena FP. The number, quality, and coverage of randomized controlled trials in nephrology. *J Am Soc Nephrol* 2004;15:411-9.