

Forbedrede behandlinger i nefrologien

Dansk Nefrologisk Selskab

Professor Bente Jespersen

Incidensen af patienter, der har terminalt nyresvigt og behov for renal erstatningsterapi, har været stigende i Danmark – til dels pga. de mange ældre patienter, der i modsætning til tidligere tilbydes aktiv behandling, men kurven synes nu at være knækket (**Figur 1**) [1]. Den forebyggende indsats med hjælp fra andre specialer som især almen medicin og endokrinologi er slået igennem. Væsentlige faktorer i forebyggelsen er omhyggelig blodtryksskontrol og behandling med angiotensin-konverterende enzym-hæmmer/angiotensin II-receptor-antagonist ved mikroalbuminuri hos diabetikere. Afknækning af kurven er et gennembrud, der ud over at have stor betydning for livskvalitet og livslængde for patienterne har vidtgående økonomisk betydning, da transplantation og især dialyse er dyre behandlinger. Yderligere fald i incidensen af terminalt nyresvigt og senere sygdomsstart for den enkelte patient vil formentlig være mulig bl.a. ved begrænsning af rygning og fedme.

Aggressiv og hurtig behandling ved *rapidly progressive glomerulonephritis* bremser nyrefunktionstab og kan være livreddende. Jayne *et al* publicerede i 2007 for European Vasculitis Study Group en randomiseret undersøgelse [2], hvori de fastslog, at ved antineutrofile cytoplasmatiske antistof-associeret systemisk vaskulitis, der er konfirmeret ved nyrebiopsi og plasmakreatinin > 500 mikromol/l, reduceres risikoen for kronisk dialysebehov, hvis cyclophosphamid- og prednisolonbehandling suppleres med plasmaferese – en gevinst uden øget komplikationsfrekvens.

Behandling med fosfatbinder uden hyperkalcæmi – i dette tilfælde brug af selvelamer – reducerede mortaliteten hos ældre dialysepatienter [3]. Formentlig vil en tidligere og mere aggressiv reduktion af plasmafosfat yderligere kunne forebygge åreforkalkning og de svære grader af hyperparatyroidisme, der ofte nødvendiggør paratyroidektomi eller behandling med kalcimimetika. Fosfat kan også reduceres ved kostintervention og ved mere intensiv dialyse i form af hjemhæmodialyse, der gennemføres, når det passer patienten – ofte fem gange ugentlig. På Rigshospitalet har man udviklet en mulighed for »drive-in-dialyse« i en *limited care*-enhed, hvor patienten, som er særlig optrænet, selv har ansvaret for behandlingen. Patienterne booker sig til dialyse på en hjemmeside og har selv nøgle til afdelingen. En sygeplejerske kan i nødstilfælde kontaktes på en mobiltelefon. Gevinsten ved mere dialyse er ikke dokumenteret i kontrollerede studier,



Figur 1. Incidensen af terminalt nyresvigt i Danmark.

men der er ikke tvivl om, at øget dialyse bedrer patienternes almentilstand, samtidig med, at behovet for medicin mindskes. Behandling af dialysepatienter med væksthormon har i et randomiseret korttidsplacebostudie haft en gunstig effekt på muskelmasse og livskvalitet [4].

På transplantationsområdet blev der med sæde på Århus Universitetshospital, Skejby, i 2007 etableret et nationalt center for donation fra hjernedøde. Herved vil det regionale, store arbejde på området kunne støttes, og ansvaret vil i højere grad kunne lægges på sygehusejerne. Efter en rapport om gode resultater [5] er transplantation fra levende donor trods blodtypeuforlidelighed nu en mulighed – også i Danmark.

Korrespondance: Bente Jespersen, Nefrologisk Afdeling C, Århus Universitetshospital, Skejby, DK-8200 Århus N. E-mail: bjesper@dadlnet.dk

Interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. www.nephrology.dk/Publikationer/Landsregister/landsregisterrapport.2006, side 17 /dec 2007.
2. Jayne DR, Gaskin G, Rasmussen N et al. Randomized trial of plasma exchange or high-dosage methylprednisolone as adjunctive therapy for severe renal vasculitis. *J Am Soc Nephrol* 2007;18:2180-8.
3. Suki WN, Zabaneh R, Cangiano JL et al. Effects of sevelamer and calcium-based phosphate binders on mortality in hemodialysis patients. *Kidney Int* 2007;72:1130-7.
4. Feldt-Rasmussen B, Lange M, Sulowicz W et al. Growth hormone treatment during hemodialysis in a randomized trial improves nutrition, quality of life, and cardiovascular risk. *J Am Soc Nephrol* 2007;18:2161-71.
5. Tydén G, Donauer J, Wadström J et al. Implementation of a Protocol for ABO-incompatible kidney transplantation – a three-center experience with 60 consecutive transplantations. *Transplantation* 2007;83:1153-5.