

# Kronisk nyresygdom: ny klassifikation – nye muligheder

Henrik Birn & Susanne Bro

Ca. 10% af den voksne befolkning lider af kronisk nyresygdom (*chronic kidney disease* (CKD)) [1]. Kun en lille del af denne store gruppe følges af nefrologer, idet hovedparten enten ikke er bekendt med deres nyresygdom eller følges i almen praksis. Heldigvis er det kun et fåtal af disse patienter, der ender i terminalt nyresvigt med behov for dialyse eller transplantation. Man har imidlertid i talrige studier påvist, at selv moderat nyresygdom medfører betydelig øget risiko for kardiovaskulær sygdom, komplicerende akut nyresvigt og tidlig død [2, 3]. Det er således vigtigt at identificere og behandle risikofaktorer ikke alene for at forhindre progression af nyresygdom med fokus på blodtrykskontrol og reduktion i albuminuri, men også for at forebygge komorbiditet. Trods høj prævalens er kendskabet til CKD og de ledsagende risici begrænset uden for nefrologisk regi. Der er antagelig flere årsager hertil, bl.a. at guidelines for udredning og behandling af størsteparten af disse patienter ikke er almindeligt anvendt.

Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO), der er en international organisation med det formål at udarbejde retningslinjer for udredning og behandling af nyresygdomme, har netop udgivet nye guidelines for klassifikation og håndtering af CKD (**Figur 1**) [4]. Den nye og udvidede klassifikation inddrager både nyrefunktionen målt ved glomerulær filtrationsrate (GFR), eller estimerer heraf (eGFR), og graden af albuminuri og den bagvedliggende årsag, når den er kendt. Ved analyser har man dokumenteret en association mellem eGFR, albuminuri og risikoen for død, kardiovaskulær sygdom og terminalt nyresvigt [2]. Den nye klassifikation er således ledsaget af en risikostratificering til identifikation af højrisikopatienter, som bør følges tæt med henblik på kontrol af risikofaktorer og eventuelt henvises til en nefrolog. Dette åbner mulighed for en mere differentieret tilgang til patienter, der – måske tilfældigt – får konstateret nedsat nyrefunktion. Samtidig betones nødvendigheden af at kvantificere urinalbuminudskillelsen og om muligt at udrede årsagen til den nedsatte nyrefunktion. Det er værd at bemærke, at også risikoen for akut nyresvigt er associeret med eGFR og albuminuri [2], og kendskab til klassifikationen vil kunne hjælpe til at identificere patienter, der kræver særlig opmærksomhed ved akut sygdom eller større kirurgiske indgreb, således at ny-

repåvirkningen minimeres, og eventuelt nyresvigt identificeres tidligt.

Terminalt nyresvigt har betydelige menneskelige og samfundsøkonomiske omkostninger. Selvom det seneste tiårs kraftige stigning i antallet af dialysepatienter er stagneret [5], er der behov for større opmærksomhed samt bedre risikostratificering og optimal behandling af risikofaktorer for at kunne forebygge terminalt nyresvigt og alvorlige følgesygdomme. Den nye klassifikation af CKD synes at være et værdifuldt værktøj i denne proces, ikke mindst i almen praksis.

**KORRESPONDANCE:** Henrik Birn, Nyremedicinsk Afdeling C, Aarhus Universitetshospital, Brendstrupgaardsvej 100, 8200 Aarhus N. E-mail: hb@ana.au.dk

**INTERESSEKONFLIKTER:** Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk.

## LITTERATUR

1. Levey AS, Coresh J. Chronic kidney disease. *Lancet* 2012;379:165-80.
2. Levey AS, de Jong PE, Coresh J et al. The definition, classification, and prognosis of chronic kidney disease: a KDIGO controversies conference report. *Kidney Int* 2011;80:17-28.
3. Muntner P, He J, Astor BC et al. Traditional and nontraditional risk factors predict coronary heart disease in chronic kidney disease: results from the atherosclerosis risk in communities study. *J Am Soc Nephrol* 2005;16:529-38.
4. Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney Int Suppl* 2013;3:1-150.
5. Dansk Nefrologisk Selskab. DNSL Årsrapport 2011. [www.nephrology.dk](http://www.nephrology.dk) (juli 2012).

**FIGUR 1**

Klassifikation af CKD og den associerede, kombinerede, relative risiko for forskellige endepunkter (død, kardiovaskulær død, akut nyresvigt og progression af CKD) opgjort på baggrund af GFR og graden af albuminuri vurderet ved urinalbumin-kreatininratio. Risikoen er ordnet i fire kategorier og illustreret ved forskellige farver. Data stammer fra en metaanalyse af 45 CKD-kohorter. Bemærk, at graden af albuminuri (A1, A2 og A3) er defineret med udgangspunkt i den velkendte graduering af albuminuri ved diabetisk nyresygdom (modificeret fra [4]).

CKD = kronisk nyresygdom; GFR = glomerulær filtrationsrate.

GFR, ml/min/1,73 m <sup>2</sup>	Albuminuri (persisterende), albumin-kreatinin-ratio, mg/g		
	A1: normal til let forhøjet, < 30	A2: moderat forhøjet 30-300	A3: svært forhøjet, > 300
G1: normal eller høj > 90			
G2: let nedsat, 60-89			
G3a: let/moderat nedsat, 45-59			
G3b: moderat/svært nedsat, 30-44			
G4: svært nedsat, 15-29			
G5: terminalt nyresvigt, < 15			

■ Ingen CKD ■ CKD med moderat risiko ■ CKD med høj risiko ■ CKD med meget høj risiko

## STATUSARTIKEL

Dansk Nefrologisk  
Selskab