

Akut nyresvigt på intensive afdelinger – evidens og cost-benefit i valg af dialysebehandlingsmetode

INTERNATIONAL FORSKNING

Erling Bjerregaard Pedersen

Akut nyresvigt er en komplikation hos 15-25% af alle patienter på afdelinger for intensiv terapi. De fleste af patienterne har behov for dialysebehandling, men mortaliteten er høj og ofte over 50% afhængig af patienternes grundsygdom og øvrige komplikationer. Gennem de seneste par årtier er der forsøgt nye behandlingsmetoder til dialysekrævende akut nyresvigt. En metode med kontinuerlig dialyse, sædvanligvis kaldet *continuous renal replacement therapy* (CRRT), er blevet fremhævet som specielt egnet, især til patienter med ustabil kredsløb, i forhold til den klassiske metode, nemlig intermitterende hæmodialyse (IHD). I Australien anvendes overvejende CRRT og i USA mest IHD, mens begge metoder er udbredte i Europa.

I løbet af 2002, dvs. 25 år efter den første rapport om CRRT, er den foreliggende viden om CRRT og IHD blevet sammenlignet i to metaanalyser (1, 2). Hovedkonklusionen er identisk i de to studier. Der er ikke forskel i mortalitet eller i risikoen for efterfølgende kronisk nyresygdom mellem IHD og CRRT (1), og den foreliggende evidens vedrørende IHD og CRRT er utilstrækkelig til, at den ene metode kan foretrækkes frem for den anden (2).

Det er påfaldende, at der foreligger så få velgennemførte undersøgelser. I *Tonelli et als* analyse (1) blev der fundet 2.038 resumeer om emnet, og heraf blev 116 fundet egnet til nærmere granskning. Kun 18 af disse opfyldte kriterierne til at indgå i metaanalysen, og heraf var kun seks randomiserede. Der var ingen forskel i konklusionerne, hverken med eller uden inddragen af de ikke-randomiserede undersøgelser eller efter kontrol for forskelle i sygdommens sværhedsgrad ved metaregression. Sensitivitetsanalyser, som stratificerede CRRT-metoderne, studierne publikationsår og oprindelsesland ændrede heller ikke på hovedbudskabet. *Kellum et als* analyse (2) omfattede perioden 1977-1998, og der blev fundet 20 undersøgelser, hvor CRRT og IHD blev sammenlignet med henblik på mortaliteten. Heraf opfyldte kun 13 inklusionskriterierne, og af disse var kun tre randomiserede. Hovedkonklusionen var klar, dvs. der var ingen forskel i mortaliteten mellem CRRT- og IHD-behandlede patienter. I modsætning til i *Tonelli et als* undersøgelse antydede man i sekundære analyser en lavere mortalitet ved CRRT end ved IHD, når der forsøgte korrektion for studierne kvalitet og for forskelle i grundsygdommens sværhedsgrad ved inklusion i undersøgelsen. Forfatterne konkluderer imidlertid og argumenterer også for, at yderligere undersøgelser er nødvendige, hvis det skal afsløres, om der er forskel i behandlingsresultaterne mellem CRRT og IHD (2).

I henhold til internationale meddelelser er prisen højere for CRRT end for IHD. I analyser har man oven i købet angi-

vet prisen for CRRT til at være det dobbelte af prisen for IHD, men forskellen vil naturligvis både afhænge af, hvilken form for CRRT der anvendes, og hvor hyppigt der praktiseres IHD. Det er tilfredsstillende, at der sker udvikling med henblik på forbedring af behandlingsmetoderne for akut nyresvigt. Det er imidlertid forstemmende, at et nyt og dyrere behandlingsprincip for akut nyresvigt fastholdes, uden at innovatorerne tilvejebringer evidensbaserede faglige argumenter for at bruge den dyrere behandling. For at tilfredsstille tidens krav om evidensbaseret medicin og cost-benefit i diagnostik og behandling bør nye behandlingsmetoder testes over for etablerede metoder. Argumenter gående ud på, at det er for svært og umuligt, forekommer i den forbindelse ikke at være valide. Et velgennemført studium til afklaring burde gennemføres som foreslået af *Kellum et al* (2, 3), og indtil resultatet heraf foreligger, må de to behandlingsprincipper anses for at være fagligt ligeværdige. I mellemtiden kunne man håbe på, at den linde strøm af meddelelser uden nyhedsværdi om emnet ville tage af.

Sammenfattende må det konkluderes, at CRRT og IHD med den nuværende evidensbaserede viden er lige gode behandlinger for akut nyresvigt på afdelinger for intensiv terapi, og at CRRT er den dyrere. Det vil naturligvis være interessant at afklare, om disse to kendsgerninger vil have indflydelse på valget af behandlingsmetode for akut nyresvigt på intensive afdelinger i de kommende år.

Holstebro Sygehus, Medicinsk Afdeling, og Aarhus Universitet.

Litteratur

1. Tonelli M, Mann B, Feller-Kopmann D. Acute renal failure in the intensive care unit: a systematic review of the impact of dialytic modality on mortality and renal recovery. *Am J Kidney Dis* 2002;40:875-85.
2. Kellum JA, Angus DC, Johnson JP et al. Continuous versus intermittent renal replacement therapy: a meta-analysis. *Intensive Care Med* 2002;28:29-37.
3. Kellum JA, Metha RL, Angus DC et al for the ADQI Workgroup. The first international consensus conference on continuous renal replacement therapy. *Kidney Int* 2002;62:1855-63.