

Kronisk njursjukdom - tidig upptäckt och behandling

Kroniska njursjukdomar (CKD) indelas i stadier (1-5) utifrån GFR. Det krävs minst 3 månaders varaktighet för definition CKD. Hos äldre är det vanligt med en måttligt nedsatt njurfunktion, men i avsaknad av snabb progress och/eller kraftigt albuminuri är detta sällan allvarligt. CKD är vanligt och 10% av befolkningen är drabbad.

Hög risk för snabb uremiprogres

- Albuminuri med U-albumin/kreatinin kvot >70g/mol
- Svårkontrollerat blodtryck
- Snabb minskning av GFR (årlig reduktion av GFR med mer än 25%)
- Diabetes med njurpåverkan
- Misstanke om systemsjukdom såsom SLE, småkärlsvaskulit (alltid remiss)

Remissinnehåll vid remittering till njurmedicin

- Anamnes och status (särskilt blodtryck)
- Beskriv njurfunktionens försämringstakt
- Förekomst av albuminuri/proteinuri och blod i urinen
- Aktuella läkemedel, receptfria läkemedel, naturpreparat, kosttillskott
- Ultraljud njurar och blåscanning (ange när eller om beställt)

Låg risk för snabb uremiprogres och sällan behov av aktiv uremivård
 Rekommendation: sköts av primärvårdsläkare

- Albuminuri: U-Alb/Krea kvot <30 g/mol
- Välkontrollerat blodtryck
- Njursjukdom på basis av arterioskleros eller hypertoni

Uppföljning av patienter med CKD
 Förslag till uppföljningsfrekvens vid långsam progress

GFR-nivå 30-60	1 gång/år
GFR-nivå 15-29	2 gånger/år.

Vid GFR<15 eller vid snabb progress (GFR-förlust mer än 25%/år), ökande albuminuri krävs tätare besök upp till var 6:e-12:e vecka.

CKD-stadium	GFR	Beskrivning	Befolkning (%)
1	≥90	Njursjukdom; strukturell sjukdom och/eller varaktig albuminuri utan funktionsnedsättning	3,1
2	60-89	Njursjukdom; strukturell sjukdom och/eller varaktig albuminuri med lätt nedsatt njurfunktion	3,4
3a	45-59	Njursjukdom med lätt till måttligt nedsatt njurfunktion	4,5
3b	30-44	Njursjukdom med måttligt nedsatt njurfunktion	
4	15-29	Njursjukdom med kraftigt nedsatt njurfunktion	0,16
5	<15	Njursjukdom i slutstadium	

Rekommendationer för remiss till specialist i medicinska njursjukdomar

Ålder	<55 år		55-75 år		>75 år	
U-Alb/Krea kvot (g/mol)	<30	>30	<30	>30	<70	>70
eGFR>60 ml/min/1,73m ²	*	*				
45-59 ml/min/1,73m ²	*	Remiss		Remiss		
30-44 ml/min/1,73m ²	Remiss	Remiss	Remiss	Remiss		Remiss
15-29 ml/min/1,73m ²	Remiss	Remiss	Remiss	Remiss		Remiss
<15 ml/min/1,73m ²	Remiss	Remiss	Remiss	Remiss	Remiss	Remiss

* Remiss om samtidig albuminuri och hematuri

Njurfunktion uttrycks som GFR
eGFR-medel (medelvärde av eGFR för cystatin C och eGFR för kreatinin).
 eGFR-medel ger det mest rättvisande värdet. Vid stor diskrepans överväg felkällor.
 Vid samstämmighet mellan eGFR för cystatin C och eGFR för kreatinin räcker det att följa eGFR för kreatinin.
 Svaret anges som relativt GFR beräknat på 1,73m² kroppsyta. och används vid gradering av njurfunktionen. Absolut GFR används för dosering av läkemedel, se www.egfr.se

Länkar
<https://nationelltkliniskt-kunskapsstod.se/wardprogramochwardforlopp>
www.kdigo.org, www.egfr.se,

Behandling

Kronisk njursjukdom skall behandlas i tidigt stadium för att förhindra hjärtsjukdom och progress av njursvikten. Blodtryck bör ligga under 140/90 mmHg och under 130/80 mmHg hos patienter med albuminuri. Blodsöckerkontroll skall optimeras.
 RAS-blockad är av stor vikt vid alla kroniska njursjukdomar och en kombination av ACEI eller ARB och SGLT2-hämmare är mest effektiv i prevention av hjärtsjukdom och progress av njursvikt. Livsstilsfaktorer är av stort värde i tidig prevention.

ACEI/ARB

RAS-blockad är av värde även vid avancerad njursvikt och fortsatt behandling eftersträvas även då GFR avtar. Kontinuerlig utvärdering av dos, effekt, biverkningar.

- Startdos 25-50% av maxdos, upptitrering utifrån blodtryck och provsvar.
- Kontrollera P-K och GFR 1-2 veckor efter start och efter dosökning.
- Minskning av GFR med >15%; ny kontroll inom 1 v, överväg dosreduktion eller nefrologkontakt.
- P-K >5,5 mmol/l; ny kontroll inom 1 vecka, kostgenomgång, överväg K-sänkande läkemedel eller dosreduktion.
- Informera pat om tillfällig utsättning vid gastroenterit/uttorkning.
- Kombination av ACEI och ARB rekommenderas ej.

SGLT2-hämmare

SGLT2-hämmare rekommenderas vid kronisk njursvikt hos patienter som står på eller har haft, men inte tolererat, RAAS-blockad.

- Används ej vid diabetes typ 1
- Försiktighet vid tex dehydrering, fasta, kolhydratfattig kost och lågt BMI pga ökad risk för ketoacidosis

NSAID

Bör undvikas om GFR <30. Ej långvarig användning om GFR 30-60.

Metformin

Vid GFR 30-45 max dos 500mg x 2, sätt ut vid GFR <30. Informera om uppehåll vid risk för dehydrering.

Urinvägsantibiotika

Dosera enligt FASS vid nedsatt GFR. Nitrofurantoin ej verksamt vid GFR <40.

