

København, den 31. maj 2024

Til Dansk Nefrologisk Selskab
Att.: Henrik Birn

Høringsvar til Rekommandationer vedr. Kronisk Nyresygdom 2024

Tak for muligheden for at afgive høringsvar på Rekommandationer vedr. Kronisk Nyresygdom 2024.

Det er et omfangsrigt og detaljeret værk, og vi anerkender det store arbejde, der ligger bag. I sin nuværende form kan DSAM desværre ikke stå som medforfattere på værket.

Det drejer sig om en meget hyppig sygdom og dermed en stor del af befolkningen, der gives meget detaljerede anbefalinger for udredning, opfølgning og medicinering uden nogen overvejelser om overdiagnostik eller overbehandling, eller om det meget store arbejde, der lægges op til at udføre i almen praksis, er berettiget i form af bedre resultater for patienterne.

Vi har en række forslag nedenfor, der kan tjene som en vejledning i tilfælde af, at Dansk Nefrologisk Selskab gerne vil indgå i dialog om, hvordan vejledningen kan tilpasses, så den også er relevant for populationen i almen praksis.

Vi vil dog anbefale at lade denne vejledning være gældende for en hospitalspopulation og samarbejde om at kvalificere henvisningskriterierne.

Del 1

Denne del handler i høj grad om analytiske metoder, som andre specialer ofte er mere involveret i end almen medicin. Vi vil blot påminde om, at det spektrum af sygdomme, som vi ser i primærsektoren, adskiller sig betydeligt fra det, man ser i sekundærsektoren, hvilket ikke blot påvirker den enkelte tests positive og negative prædiktive værdi, men også kan ændre testens sensitivitet og specificitet og dermed dens anvendelighed i vores sektor^{1 2}. Vi går ud fra, at dette er taget med i betragtning, når litteraturen er gennemgået, og at studier fra primærsektoren udgør en betydelig del af evidensgrundlaget.

¹ Mulherin SA, Miller WC. Spectrum Bias or Spectrum Effect? Subgroup Variation in Diagnostic Test Evaluation. *Ann Intern Med* 2002; 137: 598–603.

² Whiting P, Rutjes AWS, Reitsma JB, Glas AS, Bossuyt PMM, Kleijnen J. Sources of Variation and Bias in Studies of Diagnostic Accuracy. *Ann Intern Med* 2004; 140: 189–202.

Del 2

Indledning:

Er det vist, at recidiverende urinvejsinfektioner (inkluderer ikke asymptomatisk bakterieuri) kan forårsage nedsat nyrefunktion? Der er en association, men er der påvist/sandsynliggjort kausalitet? Det er jo godt nok en anden besked, som vi skal til at give de mange kvinder, der lider af dette. Det er ikke den kliniske erfaring fra almen praksis, at ellers raske personer med mange UVI får nedsat nyrefunktion, så måske er der noget her, der ikke er godt nok belyst til at inkludere det i en evidensbaseret vejledning?

Rekommandationer for behandling af kronisk nyresygdom:

Figur 4 angiver, hvordan diagnosen og stadietinddeling kan gribes an. Ifølge denne har alle patienter uanset alder med GFR<60 kronisk nyresygdom, og de efterfølgende råd må antages at gælde for alle i denne gruppe.

Livsstil:

De almindelige råd om motion, rygestop og væggtab er ret velkendte og følger ofte med. Rådet om saltbegrænsning er pludselig meget specifikt (Saltbegrænsning til maksimalt 5 g NaCl per dag, sv. 85 mmol natrium/døgn. Indtagelsen kan eventuelt evalueres i døgnurinopsamling.). Hvis dette råd skulle følges, skal vi altså råde alle vores patienter på 85 år med en GFR på 59 til at begynde at veje deres saltindtag? Og lige supplere med en døgnurin? Måske denne skulle graderes? Det er råd, der giver fint mening hos en ung person, hvis nyrer skal holde mange år endnu, men som ikke giver lige så fin mening hos en ældre. Men det er de ældre, der udgør langt størstedelen af nyrepatienterne ude hos os.

Medicinsk behandling:

Her stiles mod et blodtryk på 130/80. En sådan anbefaling bør ledsages af en advarsel omkring mangel på evidens for gavn og skadevirkninger blandt skrøbelige ældre. Særligt skrøbelige ældre i risiko for hypotension og fald. Gerne med redskaber til gradering af anbefalingen efter grad af skrøbelighed.

Samme pointe kan nævnes ved anbefalingen om "RAS-blokade" uanset blodtryk. Medmindre der er god evidens for, at patienter med multisygdom, høj alder eller en grad af skrøbelighed også har gavn af denne ekstra behandling, bør dette anføres som et opmærksomhedspunkt. Eftersom ældre er ekskluderet fra 80% af alle kliniske studier og patienter med multisygdom fra 90%, kan man næsten gætte sig til evidensgrundlaget for anbefalingen for disse grupper, hvor polyfarmaci og uhensigtsmæssige interaktioner også skal tages i betragtning³.

Vi er glade for, at behandling med SGLT2 hæmmere kun "kan overvejes" til patienter med eGFR 20-45 ml/min/1.73 m² uanset U-albumin/kreatinin ratio, da ovenstående forbehold i høj grad også må gælde for denne anbefaling og SGLT2 hæmmere indimellem har nogle ret generende bivirkninger i form af UVI og genitale infektioner.

³ Tan YY, Papez V, Chang WH, Mueller SH, Denaxas S, Lai AG. Comparing clinical trial population representativeness to real-world populations: an external validity analysis encompassing 43 895 trials and 5 685 738 individuals across 989 unique drugs and 286 conditions in England. *Lancet Heal Longev* 2022; 3: e674-89.

"Der anbefales behandling med statin uanset P-Kolesterol hos: Patienter >50 år." Er dette en skrivefejl, eller er det anbefalingen, at alle over 50 år med nedsat nyrefunktion sættes i lipidsænkende behandling uanset øvrig risiko for CVD, konkurrerende lidelser og forventet restlevetid? Det er en anbefaling med meget høj risiko for overbehandling, særligt i den ældre befolkning og blandt mennesker med multisygdom, så den vil vi anbefale enten fjernes eller som et minimum, at der medtages overvejelser om restlevetid og konkurrerende lidelser.

Anbefalinger om opstart af medicinsk behandling bør altid ledsages af anbefalinger om, hvornår behandling skal revurderes, og hvornår man skal overveje helt at seponere igen. I almen praksis følger patienterne i alle livsfaser, og vi følger dem til dørs.

Angående henvisning:

Afsnittet lægger ud med nogle fornuftige overvejelser. Den mere konkrete liste kan nemt misforstås og bør rettes.

- *Persisterende hæmaturi og proteinuri, hvor årsagen ikke er identificeret eller optimal behandlet.*

Denne bør præciseres. Er det nok med to målinger med en smule af begge. Tre? Med hvor langt imellem? Det er ikke ligegyldigt, for normalt opfører vi os sagligt og undlader at henvise klinisk upåvirkede patienter med forskellige småfund paraklinisk, men med denne vejledning kan vi få en klagesag på halsen, hvis vi ikke henviser efter to urinstix med hæmaturi og proteinuri. Så derfor er vi bundet og nødt til at henvise, når det står på denne aldeles upræcise, men dog uimodsigelige måde.

- *Arvelig disposition for svær nyresygdom (stadie 5).*

Det lyder voldsomt, at alle børn skal henvises, hvis de er efterkommere af et menneske med nyresvigt. Er det nok, at mormor fik nyresvigt efter lang tids diabetes? Det er jo også arveligt. Det tror vi ikke er intentionen her. Så vi behøver en præcisering af, hvem det reelt er, som har behov for en henvisning (i tråd med indledningen, hvor I netop gør rede for arvelige sygdomme).

- *eGFR <30 ml/min/1,73 m² i mere end 3 mdr. med henblik på behandling af metaboliske komplikationer til nyresygdom og vurdering og forberedelse til evt. renal substitutionsterapi.*

Her kunne undtagelsen nedenfor passende præciseres.

- *Undtagelserne for henvisning kan være patienter: der på baggrund af komorbiditet eller alder vurderes at have kort livshorisont, hvor yderligere udredning eller behandling ikke skønnes relevant, medmindre nyresygdommen i sig selv medfører behov for specialiseret pallierende behandling (f.eks. særlig diætvejledning, (intensiv diuretikabehandling), erythropoetinbehandling, acido-dose eller substitution med aktivt D-vitamin).*

Foreslås omformuleret til:

”der på baggrund af komorbiditet eller alder vurderes at have en grad af skrøbelighed eller så kort restlevetid, at yderligere udredning eller behandling ikke skønnes relevant. Dog kan nyresygdommen i sig selv medføre behov for specialiseret pallierende behandling (f.eks. særlig diætvejledning, (intensiv diuretikabehandling), erythropoetinbehandling, acidose eller substitution med aktivt D-vitamin), hvilket berettiger henvisning af patienter med kort restlevetid efter konference med nefrolog.

Derefter kommer der et afsnit mere med personer, man kan henvise, der umiddelbart er magen til afsnittet før, men ikke fuldstændigt? De to afsnit bør skrives sammen.

Rekommandationer vedr. kontrol af patienter med kronisk nyresygdom:

Vi er glade for, at I ser skemaet som en rettesnor. Det er ikke anvendeligt i almen praksis i sin nuværende form. Det kan måske følges for en lille andel af patienterne. Ifølge Lægehåndbogen estimeres kronisk nyresygdom at afficere 10-15 % af den voksne befolkning i Danmark. Dermed skulle 480.000 danskere have kronisk nyresygdom.

Hvis vi antager, at disse patienter skal ses én gang årligt hver i almen praksis med deres nyresygdom (først blodprøver og så konsultation), er det 274 konsultationer per praktiserende læge per år. For ikke at tale om, hvor meget tid disse mennesker skal sætte af til at komme hos os. Man kan overveje, om dette er realistisk og rimeligt i forhold til, hvad der kan vindes for mange af patienterne, der ofte skal komme til mange andre kontroller i forvejen, fordi de fejler mange ting. Tre årlige kontroller er næppe fornuftigt, hvis al relevant behandling er iværksat, og man ikke gør andet end at måle den stabile eller langsomt fallende nyrefunktion. Igen kan én kontrol årligt være ufornuftigt ved let nyresygdom, hvor der stadig er behandlingsmuligheder, som ikke er iværksat. Således opleves denne tabel ikke som særligt hjælpsom i den kliniske virkelighed i almen praksis.

Dosering af lægemidler:

Dette afsnit kan med fordel slettes. Det er ikke særligt overraskende, at mange lægemidler skal doseres anderledes ved nedsat nyrefunktion.

Børn med nyresvigt:

Dette er en specialisopgave. Derfor forholder vi os kun til undersøgelses- og henvisningsafsnittet.

Undersøgelse for kronisk nyresygdom (hos børn):

Der anbefales: *Måling af P-Kreatinin og eGFR (Schwartz-Lyone formelen). Måling af urin-albuminudskillelsen ved en tidsopsamling eller U-Albumin/Kreatinin ratio på morgenurin, idet en forhøjet værdi skal bekræftes efter 3 måneder.*

Det er ret omfattende og helt sikkert indiceret ved de mere alvorlige tilstande, I nævner, men nu er recidiverende UVI og NSAID også på listen. Dermed kan man overveje, om risikoen for nyresvigt ved disse tilstande berettiger at tage blodprøver på så mange børn? Det er ret mange, og vores bud er det næppe er indiceret.

Kendt, arvelig disposition for terminalt nyresvigt (kronisk nyresygdom stadium 5)

Denne skal igen præciseres, så det fremgår, at det terminale nyresvigt skal skyldes en arvelig sygdom. Ikke en 85-årig med mangeårig DM. Ellers er det i hvert fald mange børn, vi skal henvise/undersøge.

Recidiverende urinvejsinfektioner

Denne skal præciseres. Ønskes der undersøgelse ift. definitionen på recidiverende UVI for voksne, eller er der alders/kønsbestemte kriterier som ved henvisning? Og hvis en 12-årig pige har 2 cystitis indenfor 6 mdr., er det så virkelig indiceret med nyretal? Det bør der argumenteres mere for, og der bør også differentieres på køn. Ældre børn kan også være seksuelt aktive, hvor der kan være andre kriterier.

Behandling med nefrotoksiske lægemidler (f.eks. NSAID, cytostatica, calcineurin-hæmmere etc.).

Denne skal præciseres. En enkelt dosis NDSAD, og så skal der tages nyretal? Eller fast behandling? Hvor længe? Igen anbefales en blodprøve på et barn. Det gør ondt at blive stukket, så der skal være god grund. Hvornår er risikoen for nyresvigt (helt uden symptomer) stor nok til at berettige en blodprøve (og urinprøve som også kan være bøvlet ved mindre børn).

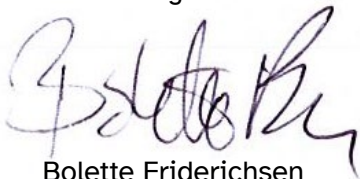
Henvisning af børn og unge med kronisk nyresygdom:

Kendt, arvelig disposition for terminalt nyresvigt (kronisk nyresygdom stadium 5)

Igen, præcisér hvilke tilstande, vi taler om.

De forskellige meget specifikke formler for, hvornår et barn skal henvises, er måske i overkanten til almen praksis, men fint nok, at de står der. Vi kan ringe og konferere.

Med venlig hilsen



Bolette Friderichsen
Formand for DSAM