

Patienter med angiopati i njurartärerna

Behandla alla – och behandla rätt!



GERT JENSEN, överläkare, verksamhetschef, njurmedicin, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg
gert.jensen@vgregion.se

I detta nummer av Läkartidningen publiceras två artiklar som belyser ett kärt ämne bland nefrologer och läkare som behandlar hypertoni, nämligen njurartärstenos. Artikeln av Gottsäter et al ger en mycket gedigen, fyllig och heltäckande bild av sjukdomsentiteten fibromuskulär dysplasi (FMD).

FMD utgör 10 procent av renovaskulär hypertoni och förekommer oftast hos barn och yngre hypertoniker. Eftersom kurativ behandling med angioplastik kan erbjudas i de flesta fall, bör behandlande praktiker vara ihärdiga i sin strävan att diagnostisera denna sekundära hypertoni-form.

Många avancerade undersökningsmetoder står till buds, alla har sina begränsningar, och priset på undersökningarna skiljer avsevärt. Vi har inom njurmedicin och klinisk fysiologi vid Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg, utvecklat och etablerat duplexultraljud med färgdopplertechnik som vår främsta och i särklass mest kostnadseffektiva screeningmetod vid diagnostik av renovaskulär sjukdom. Metoden är dessutom helt icke-invasiv, absolut riskfri för patienten och kräver minimala förberedelser.

Metodens kritiker vill gärna diskvalificera den med argumentet att den kräver en tränad undersökare. Vilken metod gör inte det? Om en färgdopplerundersökning görs i en tidspressad situation av en radiolog, som kanske får denna frågeställning 1–2 gånger i månaden, blir kvaliteten på undersökningen därefter, och resultatet därmed otillförlitligt.

Inom klinisk fysiologi vid Sahlgrenska universitetssjukhuset arbetar utbildade biomedicinska analytiker med färgdopplerdiagnostik. Vi får god undersökningskvalitet, eftersom de biomedicinska analytikerna får tillräcklig tid för undersökningen och gör många och ofta. Det ger den rutin som krävs för

att göra tillförlitliga färgdopplerundersökningar [1]. Min förhoppning är att flera av storsjukhusens avdelningar för klinisk fysiologi eller radiologi vill anamma detta arbetssätt.

Artikeln av Alhadad et al om aterosklerotisk njurartärstenos belyser mycket väl var renal angioplastik gör sin nytta och var den har sina begränsningar. Efter att den medicinska expertisen under ett par decennier har förespråkat invasiv behandling av aterosklerotisk njurartärstenos med angioplastik börjar nu pendeln svänga över till fördel för medicinsk behandling för vissa patientgrupper med renovaskulär sjukdom.

Förespråkarna för medicinsk behandling hänvisar till randomiserade studier som

DRASTIC [2] och den senaste ASTRAL-studien (Angioplasty and stent for renal artery lesions). Man glömmer tyvärr gärna att man i DRASTIC-studien var tvungen att exkludera 44 procent av patienterna i den medicinskt behandlade gruppen och genomföra renal angioplastik på grund av okontrollerbart blodtryck eller snabb försämring av njurfunktionen.

För ASTRAL-studiens vidkommande glömmer man att inklusionskriteriet var att behandlande läkare ansåg att det inte fanns indikation för operation inom en 6-månadersperiod, dvs alla med singelnjure, snabb försämring av njurfunktion och lungödem exkluderas. Sedermera genomgick 76 procent invasiv behandling i angioplastikgruppen. Dessa förhållanden är stora svagheter i studien och gör den därmed svårtolkad. Tyvärr tolkas den i vissa kretsar som att medicinsk behandling av aterosklerotisk njurartärstenos är likvärdig med angioplastik.

Att angioplastik är ett kosmetiskt ingrepp på renovaskulär sjukdom motsägs tydligt i den nu pågående studien CARLAS (Candesartan in renal artery stenosis) som leds av Hans Herlitz, medförfattare till artikeln av Alhadad et al och verksam vid njurmedicinska kliniken vid Sahlgrenska universitetssjukhuset.

De första resultaten från denna stu-

die visar att både interleukin-6 och endotelin-1 sjunker 1 månad efter renal angioplastik, alltså förändring av potentiella patofysiologiska markörer vid hypertoni och inflammation. Det blir intressant att se långtidsresultaten.

Allt talar starkt för att vi inte ska sänka garden vad gäller diagnostik och behandling av aterosklerotisk njurartärstenos med tanke på den ytterst dåliga prognos dessa patienter har [3]. Med alla medel bör vi försöka förbättra denna patientgrupps överlevnad, dvs livsstilsförändring, rökstopp, effektiv blodtrycksbehandling (gärna ACE-hämmare/angiotensinreceptorblockerare under kontrollerade former), statiner, ASA och i noga utvalda fall angioplastik. Det vore fatalt om vi i professionen drabbas av terapeutisk nihilism.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Saeed A, Bergström G, Zachrisson K, Guron G, Nowakowska-Fortuna E, Fredriksson E, et al. Accuracy of colour doppler sonography for the diagnosis of renal artery stenosis. *J Hypertens*. 2009;27(8):1690-6.
2. van Jaarsveld BC, Krijnen P, Pieterman H, Derck FH, Deinum J, Postma CT, et al. The effect of balloon angioplasty on hypertension in atherosclerotic renal artery stenosis. Dutch Renal Artery Stenosis Intervention Cooperative Study Group. *N Engl J Med*. 2000;324(14):1007-14.
3. Conlon PJ, Athirakul K, Kovalitz E, Schwab SJ, Cowley J, Stack R, et al. Survival in renal vascular disease. *J Am Soc Nephrol*. 1998;9(2):252-6.

■ SAMMANFATTAT

Fibromuskulär dysplasi i njurartärer kan orsaka svårbehandlad hypertoni, främst hos barn och yngre personer utan andra riskfaktorer. Screening bland hypertoni-patienter sker enklast med färgdopplerundersökning av njurarnas blodcirkulation. Kurativ behandling med perkutan transluminal angioplastik kan erbjudas i många fall. **Aterosklerotisk njurartärstenos** kan behandlas medicinskt, förutsatt att blodtrycket är välinställt och njurfunktionen stabil. Vid singelnjure, okontrollerbart blodtryck, snabb njurfunktionsförlust och lungödemstater utan förekomst av kranskärlsjukdom bör patienten erbjudas invasiv behandling.