

Femte Nationella Njurkonferensen i Göteborg

21 - 22 april 2006

Sedan 1998 har Njurföreningen i Västsverige arrangerat Nationella Njurkonferensen vartannat år i Göteborg. Initiativtagare är docent Jarl Ahlmén och modellen är hämtad från de välkända njurkonferenserna som arrangeras av National Kidney Foundations (NKF) i USA.

Syftet med Nationella Njurkonferensen är att öka kunskapen om utvecklingen inom njursjukvården och om njursjukas livssituation. Ett ytterligare syfte är att skapa en mötesplats för alla de grupper som ingår i njursjukas nätverk. Konferensen riktar sig till njursjuka, närstående, medicinsk profession, läkemedelsindustrin och medicinteknikföretag.

Det är Njurföreningens uppfattning att ökad kunskap skapar bättre förutsättningar för den enskilde att själv påverka och att vara delaktig i sin vård.

Den Femte Nationella Njurkonferensen inleddes fredagen den 21 april med Gelinsymposiet och fortsatte under lördagen med många intressanta föreläsningar. Programmet var variationsrikt och innehöll allt från humanism inom medicinen, att bli förälder som njursjuk, till framtidens mediciner mot avstötning i samband med transplantationer.

Jag vill framföra ett varmt tack till alla medverkande föreläsare och sponsorer, som var en förutsättning för konferensens genomförande, samt programkommittén som under drygt ett år förberett konferensen. Ett speciellt tack till Jarl Ahlmén för sammanställningen av den här konferensrapporten och till Riksförbundet för Njursjuka för tryckning.



BIRGITTA MÄNSSON

ORDFÖRANDE I NJURFÖRENINGEN I VÄSTSVERIGE



Gelinsymposiet

Femte Nationella Njurkonferensen inleddes den 21 april i BASF-huset vid Linnéplatsen i Göteborg med 2006 års Gelinsymposium. Huvudarrangör för symposiet var Stiftelsen Professor Lars-Erik Gelins Minnesfond i samverkan med Njurföreningen i Väst-sverige och Sahlgrenska Akademien.

Gelinsymposiet arrangeras vartannat år. Syftet är att genom populärvetenskapliga föreläsningar låta de personer, som mottagit forskningsbidrag och stipendier från stiftelsen, presentera sina projekt.

Stiftelse till minne av professor Gelin

Stiftelsens ordförande Håkan Hedman inledde med en kort presentation av stiftelsen som bildades 1981, ett år efter professor Lars-Erik Gelins bortgång. Lars-Erik Gelin var innehavare av den första professuren i transplantationskirurgi i Sverige. Redan 1965 byggde han upp en särskild transplantationsenhet på Sahlgrenska sjukhuset som under 1970-talet utvecklades till en av de ledande i världen för njurtransplantationer.

Tre föredrag om transplantation

Symposiet bestod av tre föreläsningar och moderator var stiftelsens vice ordförande Johan Gelin, docent och kärlikirurg på Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

Inledningsföreläsaren docent Daniel Holmgren, barnkardiolog vid Drottning Silvias Barn- och ungdoms-sjukhus, redovisade en studie om organtransplanterade barns livskvalitet. Studien som är både kvantitativ och kvalitativ omfattar de barn mellan 4 – 18 år som transplanterats i Göteborg som lever och har ett fungerande transplantat. Projektet har delvis finansierats av stiftelsen.

2004 års Gelinstipendiat med. dr William Bennet, verksam vid Karolinska Universitetssjukhuset, föreläste om levertransplantationer med levande donatorer. William Bennet utnyttjar för närvarande sitt stipendium som s k ”clinical fellow” på transplantationskirurgiska kliniken vid University of Colorado Health Science Center i Denver i USA. Syftet med Gelinstipendiet, som är på 100 000 kronor, är att mottagaren skall ges möjlighet att kunna utveckla sin kliniska kompetens inom transplantationskirurgi vid någon klinik eller institution utanför Sverige. William Bennet är den sjunde Gelinstipendiaten sedan stipendiet instiftades 1996.

Föreläsningarna avslutades med ett föredrag av Professor Michael Olausson som talade om ”auxiliär lever- och njurtransplantation till patienter med multispecifika antikroppar”. Tekniken att ge en bit av donators lever i samband med en njurtransplantation har skapat förutsättningar för njursjuka, som har mycket antikroppar, att kunna genomgå en lyckad transplantation.

De patienter som kommer i fråga för metoden har oftast så mycket antikroppar att chanserna att hitta en matchande njure är mycket små eller nästan obefintliga. Tekniken har utvecklats av Michael Olausson med medarbetare vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Hittills är man ensamma om den i världen, men flera kliniker har visat intresse och kommer inom kort att inleda ett samarbete. Stiftelsen har vid flera tillfällen lämnat forskningsbidrag till det här projektet och under 2005 tilldelades det 250 000 kronor.

Mellan föreläsningarna bjöds åhörarna på musikunderhållning och symposiet avslutades med utdelning av diplom till de två senaste årens Gelinstipendiater. Mer information om stiftelsen finns att läsa på Internet www.gelinfonden.org



Gelinstipendiaterna Madeleine Nilsson, Annette Lennerling, William Bennet och Ingela Fehrman- Ekholm med sina diplom.

TEXT: HÅKAN HEDMAN

Bilaga NjurFunk nr 3 2006

Femte Nationella Njurkonferensen

Ett innehållsrikt och varierat program presenterades även denna gång vid Nationella Njurkonferensen. Deltagarantalet var stort och njursjuka, anhöriga till dem och vårdpersonal från njursjukvården i hela landet deltog.

Konferensens ordförande, Birgitta Månsson, konstaterade i sitt välkomsttal att konferensen hade mer än trehundra deltagare, varav en dryg tredjedel bestod av olika kategorier sjukvårdspersonal. Varje dag innebär nya möjligheter att få nya kunskaper, men konferensen är dessutom ett viktigt led i kontakten mellan patienter, anhöriga och sjukvårdspersonal, fortsatte Birgitta Månsson. Fortbildning och kunskap är basen, om vi som patienter ska kunna vara delaktiga i utformningen av vården. Hon betonade också att läkekonsten inte bara är piller och kirurgi, inriktade på sjukdomen, utan att läkekonst också måste vara inriktad mot varje enskild individ. Därför är kontinuitet på vårdpersonalsidan mycket viktig.

Människan i centrum

Första föredraget presenterades av professor Börje Haraldsson, en utomordentlig och med kort varsel inkallad stand in för professor Carl-Magnus Stolt som p.g.a. sjukdom hade blivit tvingad att lämna återbud. Börje Haraldsson följde Carl-Magnus Stolts linje genom att citera ur några av Stolts böcker, framförallt ur boken "Sväva mellan liv och död. En läkares daganteckningar". Mycket väl passade citatet in på den uppkomna situationen. "Några miljoner virus väger inte så mycket men det är märkvärdigt tungt att bära på dem."

Mänsklighet – lönsamhet

Har medicinen glömt det mänskliga? En del svarar säkert ja, andra säger klart nej. Bland orden i sjukvården är kärlek mycket sällsynt medan ord som effektiv sjukvård, vårdprogram, kunder, beställarorganisationer m.m. förekommer mycket ofta. "Sjukvårdens lönsamhet" kan inte mätas i pengar, men samhället behöver en sjukvård.

Uppgiften är att de, som tillfälligt är starkare, skall kunna hjälpa dem som tillfälligt är svagare. Med citat bl.a. ifrån boken "The rise and fall of Modern Medicine" (J Le Fanu), påpekade han, att trots den enorma framgången i sjukvårdssammanhang, är en mycket stor del av sjukvårdspersonalen, framförallt läkare, desillusionerade. Detta är en gåta, när man aldrig har haft så stora möjligheter och ambitioner att driva en sjukvård med målet att kunna bota och förlänga livet.

Hur hänger det ihop att befolkningen i ökande grad upplever ohälsa, när fler och fler sjukdomstillstånd kan botas och lindras? Ingen människa är så sjuk, att det inte finns något friskt i individen. På samma sätt är ingen människa så frisk, att det inte finns någon sjuklig del – det gäller att stärka det som är friskt. Intressant är att den s.k. alternativa medicinen ökar samtidigt som den traditionella medicinen är så framgångsrik. Carl-Magnus Stolt tycker att detta är en självklarhet bl.a. mot bakgrund av att läkaryrket har fått en alltmer teknisk inriktning med risk att man glömmer av medmänskligheten. En annan paradox är att det trots att folk i gemen är mindre sjuka, så ökar



kostnaderna för sjukvård.

Det personliga mötet mellan sjukvårdspersonal och patienterna kan inte värderas högt nog. Mötet ger möjlighet att genom ett samtal se varandra. Möjligheten till medmänsklighet kräver tid, vilket är den svåraste delen att få i tillräcklig mängd i dagens rationella sjukvård. Något som man ofta glömmer i all form av långvarig sjukdom är att det inte bara är patienten som drabbas utan hela familjen. En viktig fråga är således – Hur mår familjen när du är sjuk?

Se det friska

I samband med föredraget redovisade fyra personer, drabbade av njursjukdom sina personliga erfarenheter som väl illustrerade det inledande föredraget. Sjukvården ställer idag mer krav på individen att genomföra olika typer av behandlingar, men misslyckas ofta att motivera varför. Det är då viktigt att komma ihåg att det egentligen är patienten som äger frågan och själv svarar för en stor del av det lyckade i en behandling.

Patienterna betonade också att det var viktigt att se individen och diskutera och informera med detta som utgångspunkt. Den sista patientredovisningen betonade framförallt glädjeämnen. Man betonade också att prestationen i en viss situation är viktigare än själva resultatet varför den transplanterade patienten som kommer sist i World Transplant Games får de flesta applåderna. Vikten av att inte glömma det friska och kunna bortse från en del av de sjukliga inslagen betonades starkt ”jag tror att jag är frisk på utsidan av sjukhuset”.



Carl-Magnus Kjellstrand

Framtidens dialys

Professor Carl-Magnus Kjellstrand inledde sitt föredrag genom att påpeka att teknologisk medicin utan humanism inte är ett framgångsrecept, utan teknologi och medicin måste gå hand i hand. Hela Kjellstrands föredrag genomsyrades av jämförelser mellan dagens dialysbehandlingar 3 ggr/vecka och daglig dialysbehandling definierat som 2-2 ½ timmar 6 dagar/vecka, alternativt 8 timmar nattetid 6 dagar/vecka. Kunskapen om att daglig dialys är effektiv har funnits i över 30 år. Det är först på senare år som den dagliga dialysen har fått genomslag – tekniken börjar förbättras i sådan omfattning att dialysbehandlingen blir enklare och kan skötas hemma. Avsikten med täta dialyser är att avspegla den normala njurfunktionen, som fungerar 24 tim/dygn, avsevärt bättre än behandling som genomdrivs 3 ggr/vecka. Att detta är en ofysiologisk teknik har man kunnat

visa bl.a. genom att antalet hjärtstillestånd är högst under måndagar och tisdagar hos dialyspatienter, d.v.s. den dag patienten har varit utan dialys i 2-3 dygn.

Daglig dialys – fördelar

Det finns en rad studier gjorda över hela världen, som

alla visar samma sak: resultaten vid daglig dialys är klart mycket bättre på alla nivåer, i alla parametrar som man har jämfört med den sedvanliga dialysen 3 dagar/vecka. I en av studierna där den s.k. Aksys-maskinen (som Carl-Magnus Kjellstrand har deltagit i att utveckla) för 20 patienter har t.ex. visat att i stort sett samtliga förändrade hormonvärden har normaliserats vid daglig hemodialys. De höga kaliumvärdena före dialys och patientens bikarbonatvärden, som har varit låga före dialys under en standardbehandling, normaliserades. På samma sätt har man mätt törsten genom enkäter. 45 % av patienterna ansåg att törsten var besvärlig under en standardbehandling, medan detta minskade till 15 % hos patienter med daglig dialys. Kramptendensen i benen försvann helt. Arbetsituationen för sjuksköterskorna bättrades avsevärt.

Proteinintaget i kosten, som i standarddialys var 0,75 g/kg kroppsvikt, ökade med ungefär 30 % efter en tid i daglig hemodialys. Med den senare behandlingen kunde också antalet mediciner avsevärt reduceras, exempelvis kunde fosfatbindare i stort upphöra och vid nattliga dagliga dialyser blev t.o.m. fosfatvärdena så låga, att man i vissa fall var tvungen att tillsätta fosfat till dialysvätskan. Efter byte till daglig dialys ökade torrvikten p.g.a. bättre aptit. S-albuminivåerna ökade liksom livskvaliteten. Erythropoietinbehovet minskade till hälften. Blodtrycksmedicineringen minskade likaså. Viktuppgången mellan dialyserna minskade och blodtrycket sjönk. Han visade också statistik på överlevnad, där man hade jämfört standarddialys och daglig dialys, vilket gav en ökad överlevnad hos patienter med daglig hemodialys. Man jämförde också 265 nekronjuretransplanterade patienter med 265 patienter med daglig hemodialys och dessa visade samma överlevnad. I de studier som finns har daglig hemodialys ökat överlevnaden ungefär sju gånger jämfört med standarddialys.

Det är först på senare år som dialysteknologin har förbättrats på ett sådant sätt att patienterna har avsevärt lindrigare arbete med hemodialys hemma. Med hänsyn till reduktionen av medicinbehov, bl.a. erythropoietin, kan man säga att kostnaderna för en daglig hemodialys blir varierande mellan 50- och 100 000 kr billigare per år, än en standarddialys.

Carl-Magnus Kjellstrand ondgjorde sig också över konservatismerna inom dialysvården, såväl bland läkare som bland sköterskor, då man för att förbättra överlevnaden måste tänka annorlunda och i nya banor jämfört med standarddialysbehandlingen. Inom några år räknar man med att två miljoner invånare i USA kommer att vara beroende av kronisk dialys d.v.s. motsvarande cirka 1 % av befolkningen. Japan har i stort sett nått upp till denna nivå.

Om man skall blicka framåt kommer kanske kraven på patienterna att vara att de skall lära sig självdialys så fort som möjligt och därefter ta hem maskinen om de vill fortsätta att leva ett något sånär normalt liv. Framtiden kommer också att innebära en bärbar njure, som uppskattningsvis kommer att finnas tillgäng-

lig om cirka fem år. Fram till denna tidpunkt måste patienter och doktorer gemensamt arbeta för att få en daglig dialys. Kanske den viktigaste komponenten är en bättre livskvalitet.

Framtidens immunosuppression

Docent Lars Bäckman redovisade på ett fascinerande sätt dagens och morgondagens aktuella medicin för att undertrycka avstöttningsreaktioner vid transplantation. Han inledde med att påpeka att de nya medicinerna är resultatet av läkemedelsbolagens screening av tusentals produkter och hur man provar en ny medicin. För att vara säker på effekten måste man randomisera d.v.s. dela upp patienterna i olika behandlingsgrupper. Antalet individer i varje grupp är den begränsande faktorn i transplantationsverksamheten, där antalet transplantationer är relativt lågt, varför man måste samarbeta med andra centra för att få en tillförlitlig medicinprövning.

Dagens såväl patientöverlevnad som transplantatöverlevnad med den nuvarande medicineringen är mycket bra, vilket gör att nya preparat som provas måste provas på stora material, för att visa om de har en bättre effekt än dagens medicinering. Man bedömer då också biverkningsfrekvensen. Det duger inte med en kort observationstid, utan ofta krävs det flera år, för att man skall kunna avgöra om t.ex. tumörfrekvensen efter immunosuppressionen ökar samt hur blodtrycksutvecklingen, ämnesomsättningen och återkomst av grundsjukdomen påverkas.

Utveckling – mindre biverkningar

Förbättrad immunosuppression kan göra att man t.ex. kan slippa andra mediciner med mer bekymmersamma biverkningar som t.ex. kortison. Man mäter också den hälsorelaterade livskvaliteten. När det gäller Prograf ges denna idag 2 ggr/dag men en nyutveckling av medicinen kanske kan göra att man kan utnyttja den 1 gång/dag med färre biverkningar. En medicin med en annan verkningsmekanism, CellCept, har fått en efterföljare, Myfortic, som på en del individer innebär lika god immunosuppression men med mindre biverkningar från mag- och tarmkanalen. En utveckling från sirolimus (Rapamune) är Certican. Fördelen med denna typ av mediciner är att de inte påverkar njurfunktionen negativt, även om de kan höja blodfetterna och sänka antalet vita blodkroppar och trombocyter.

Alla ovan nämnda mediciner påverkar framförallt T-cellernas förmåga att reagera mot främmande vävnader. En rad s.k. monoklonala antikroppar finns också tillgängliga där Mabthera är den första medicinen som endast påverkar B-cells antikroppar. En annan monoklonal antikropp, Campath, riktar sig både mot B- och mot T-celler, men erfarenheterna är fortfarande inte tillräckliga för att bedöma substansens effektivitet. Ytterligare antikroppsmediciner finns som verkar på cellernas signalsystem, men som ännu inte har

fått sin direkta kliniska användning Ännu kan man inte avgöra vilken medicinkombination som passar bäst för en speciell individ men detta utgör framtidens immunosuppression.

Blodgruppsmatchning nödvändig?

Docent Gunnela Nordén redovisade därefter hur man idag vid transplantation med levande givare kan bortse från de tidigare absolut nödvändiga kombinationerna av blodgrupper där:

A kan lämna till A och AB, B kan lämna till B och AB, O kan lämna till alla blodgrupper och AB kan ta emot från samtliga blodgrupper.

Konstaterades att med de nya möjligheterna kan blodgrupp A även lämna till B och O, blodgrupp B även till A och O. Sammanfattningsvis kan alla lämna till alla.

Om man skall transplantera över blodgruppsgränserna, krävs dels att främmande antikroppar tvättas bort. Då låter man blodet passera

en pelare, som har det antigen, som man vill tvätta bort antikropparna för. D.v.s. antigen från blodgrupp A i en kolonn tvättar bort A-antikroppar. Dessutom krävs en utökad immuno-suppression inklusive Mabthera. Den person, som längst har fått ett transplanterat över blodgruppsgränsen, har nu passerat 45 månaders observationstid. Av de 19 transplanterade individerna lever samtliga med bra njurfunktion, ett transplanterat har rejekterats p.g.a. akut rejektion och ett p.g.a. en teknisk kirurgisk komplikation d.v.s. 18 av 20 njurar fungerar väl. Denna transplantationstyp ökar antalet tillgängliga givare och ökar således också antalet möjliga njurtransplantationer i en situation där väntelistorna på transplantation är långa.



Michael Olausson och Pernilla Oscarsson - två av de medverkande under de två dagarna



Organdonation

En panel bestående av Håkan Hedman - ordförande för Riksförbundet för Njursjuka, Håkan Gäbel - Socialstyrelsen, Lars Bäckman och Ingela Fehrman-Ekholm - aktiva inom transplantationsverksamheten, genomförde ett mycket innehållsrikt symposium. Där kunde man konstatera att trots att transplantationsverksamheten är mycket framgångsrik i Sverige, har man bland det lägsta antalet njurdonatorer i Europa. Detta trots att donationsviljan i enkätundersökningar har visat sig vara mycket hög i Sverige. Man kunde också konstatera att antalet njurtransplantationer har

utnyttjas som levande donatorer i Sverige syskon, där- efter föräldrar, make/maka, obesläktade donatorer, som exempelvis vänner, och i mindre omfattning anonyma donatorer. Av denna typ har fem personer hittills opererats i Sverige. Ökningen av antalet levande givare har åstadkommit genom att man har kunnat operera över ABO-blodgränser och att med intensiva insatser också kunnat genomföra transplantationer på korstestpositiva individer, som tidigare var kontraindicerade för transplantation.

Lars Bäckman ifrågasatte om de 27 miljoner kronor, som Socialstyrelsen och Landstingsförbundet satade på en informationskampanj för att öka donationerna, var väl använda pengar. Socialstyrelsens donationsregister fick 200 000 nya anmälningar, vilket innebar att om alla var positiva till njurdonation skulle det ge en ökning med cirka två donatorer per år. Man kan också konstatera att huvudspåret för att få en fungerande njure är avlidna givare, även om antalet levande donatorer har ökat kraftigt. Andelen anonyma donatorer kommer sannolikt att öka men man bör samtidigt komma ihåg att donatorsutredningarnas resultat innebär att många inte är lämpliga som donatorer. En amerikansk undersökning av 300 individer som anmälde sig som möjliga donatorer, blev 22 kvar, som var lämpliga som donatorer.

Man kunde också konstatera att utländska företrädare för modeller från framförallt Spanien, som ökat antalet donatorer avsevärt, inte har fått genomslag i Sverige. Kanske ligger det något i ett citat från Margot Wallström: "Svenskar saknar ödmjukhet och förmåga att sätta sig in hur man löser problem i andra länder." Alla var dock överens om att i tillämpningen av donationslagen för att förbättra antalet avlidna donatorer är organisationen på varje sjukhus viktigast.

Varbergsmodellen

Docent Ulf Strömbom berättade om en modell i norra Halland, befolkning på 160 000 invånare, för uppföljning och diagnos av tidig njursjukdom. För att minska antalet patienter i dialys/njurtransplantationsbehov, krävs en tidigt insatt diagnos och tidig behandling där framförallt blodtrycksbehandlingen med låg blodtrycksnivå är viktig. Bland övriga faktorer som är viktiga att få kontroll över, är äggviteutsöndringen i urinen.

Man har under ett års tid utbildat fyra sjuksköterskor till njursviktssköterskor i en extrem specialistutbildning. Två av dessa är samtidigt i tjänst. När modellen är fullt utvecklad skall de ha en egen mottagning och kunna ta hand om upp till 10 patienter på mottagningen/dygn, som således läkaren inte behöver se. Vid tveksamheter och oklarheter diskuteras dock patienterna med läkare. Man har utar-



Håkan Gäbel, Ingela Fehrman och Lars Bäckman

ökat och att detta helt beror på att antalet levande donatorer har ökat kraftigt, medan antalet avlidna donatorer har utnyttjas i ungefär oförändrad nivå de senaste åren.

Tre faktorer anges kunna påverka donationsfrekvensen:

Förändring av lagstiftningen

Upplysning till allmänheten

Förändring av sjukvårdsorganisationen

Spanien, som har den högsta donationsfrekvensen i Europa, försöker sprida sitt system över Europa och man framhåller att punkt tre är den absolut viktigaste. Man kan konstatera att i Sverige finns krav på att det skall finnas donationsansvariga läkare och kontaktsvariga sköterskor på varje sjukhus, men att tillämpningen av bestämmelserna måste förbättras avsevärt.

Donation – levande givare – register

Andelen levande donatorer har på sista året varit 38 % i Sverige och 32 % i Norge, som tidigare har varit ledande beträffande levande donatorer. I första hand



betat ett omfattande regelverk under en rad olika tillstånd, som sköterskorna har tillgång till och använder. Avsikten är att man skall kunna ta hand om alla patienter med en clearancenivå på under 50 ml/min.

Förebyggande njursjukvård

Man uppskattar att man i norra Halland har 300 patienter under 80 års ålder, som man inte har haft kontakt med tidigare, med förhöjda kreatinivärden över definerade gränsvärden. Totalt har man kunnat konstatera att under 2005 togs 67 000 kreatininprover på 13 000 patienter, men detta säger inte att alla patienter med njursjukdomar har fångats in, utan man har dessutom ett okänt mörkertal.

En viss oreda i sjukvårdshierarkin görs när sjuksköterskorna är utbildade i medicinsk kompetens och inte innefattar något som har med omvårdnad eller administrativa uppgifter att göra. I en situation, där framförallt de mindre sjukhusen i landet har svårt att rekrytera njurmedicinare, har systemet en utomordentlig stor roll att spela. I diskussionen framkom dock att systemet i allra högsta grad är önskvärt att genomföras på universitets- och större sjukhusnivå, men att genomförandet där är svårare än på mindre sjukhus. Behovet av en ökad preventiv nefrologi, för att minska antalet patienter i behov av dialys och njurtransplantation, är dock alla helt överens om.

Att bli förälder som njursjuk

Under denna rubrik diskuterade Gunnela Nordén, docent, Margareta Wennergren, docent och Ulla Haljamae, patientkoordinator, graviditet – ett problem hos patienter med gravt nedsatt njurfunktion. Som kronisk njursjuk individ har man en nedsatt fertilitet. Ett par register framförallt i USA finns som bas för våra kunskaper om graviditet vid dialys och njurtransplantation. Cirka 2 % av kvinnorna i hemodialys i fertil ålder blir gravida. Motsvarande siffra för peritonealdialys är 1,1 % och för njurtransplanterade patienter är siffran 14 %. På samma sätt är den spontana abortfrekvensen olika. Den är ända upp till 40 % hos patienter i dialys, medan den hos njurtransplanterade är ungefär 14 %.

Gravida dialyspatienter får tas om hand med avsevärt ökad dialysfrekvens och räkna med långa sjukhusvistelser för såväl mamman som de ofta för tidigt födda barnen. 50 % av transplanterade kvinnors barn föds före 37:e graviditetsveckan och i stor omfattning då med kejsarsnittsförlossning.

I Göteborg har 4336 njurtransplantationer genomförts under tiden 1965-2005. Totalt har 53 kvinnor varit gravida och fött 65 barn. Missbildningsfrekvensen är 3 %, d.v.s. i stort som i en normalbefolkning, även om njurtransplanterade kvinnor utgör högrisk-

patienter med såväl sin immunosuppression, blodtrycksbehandling och ofta inte helt fullgoda njurfunktion. 48 % av patienterna födde före 37:e veckan.

Graviditet – läkemedel

Man kan konstatera att det är absolut nödvändigt med ett intimt samarbete mellan transplantationsspecialister och gynekologer för en tillfredsställande uppföljning. Hittills kan man konstatera att cyklosporin- och tacrolimusmedicinering liksom azatioprin och kortison inte förefaller ha negativ inverkan på njurfunktion, graviditet eller foster och barn. Däremot är de nya medicinerna CellCept och Certican olämpliga bl.a. mot bakgrund av att man har bristande erfarenhet av dessa mediciner och graviditet, liksom också vissa blodtrycksmediciner som angiotensinhämmare och angiotensin II-blockerare.

Det viktigaste att kontrollera inför en tilltänkt graviditet är att njurfunktionen är god, blodtrycket normalt och att patienten inte har någon proteinuri. Några egentliga europeiska riktlinjer för graviditeter efter transplantation finns inte. På Sahlgrenska tillämpas att man inte bör bli gravid inom första året efter en lyckad njurtransplantation, medan man i USA har två år som kortaste tidsgräns. Risken för akut rejektion finns men är låg, medan man däremot rapporterar att 4-14 % hos kvinnor efter genomförd graviditet har njurarna gått förlorade inom två år. Något som talar för att män, som har blivit fäder, skulle innebära en högre missbildningsfrekvens än normalbefolkning finns inte, men registren är relativt otillförlitliga.

En noggrann och tät övervakning av graviditeten är nödvändig, för att man så tidigt som möjligt skall upptäcka tecken på preeklampsi (havandeskapsförgiftning), som kräver specialbehandling. Beträffande



Ulla Haljamae, Margareta Wennergren, Gunnela Nordén och Jarl Ahlmén

amning, har en undersökning på Sahlgrenska visat att cyklosporinkoncentrationer i blod hos mödrarna och i bröstmjölken, varierar avsevärt och kan vara höga utan att detta påverkar barnets blod då man inte har kunnat påvisa cyklosporin i barnets blod. Detta talar således för att amning inte bör frånrådas med denna typ av immunosuppression med hänsyn till att amning har andra positiva effekter.

TEXT: JARL AHLMÉN

FOTO: HÅKAN HEDMAN, BIRGITTA MÄNSSON OCH BRITT-MARIE FÄRM



Föreläsare och symposiedeltagare:

Lars Bäckman, docent, Enheten för Transplantation och leverkirurgi, SU/Sahlgrenska, Göteborg
Ingela Fehrman Ekholm, docent, Enheten för Transplantation och leverkirurgi, SU/Sahlgrenska, Göteborg
Håkan Gäbel, docent, Socialstyrelsen, Stockholm
Ulla Haljamäe, patientkoordinator, Enheten för Transplantation och leverkirurgi, SU/Sahlgrenska, Göteborg
Börje Haraldsson, professor, Njurmedicin, SU/Sahlgrenska, Göteborg
Karl-Magnus Kjellstrand, professor, USA
Gunnela Nordén, docent, Enheten för Transplantation och leverkirurgi, SU / Sahlgrenska, Göteborg
Anders Olsson, Njurföreningen i Västsverige, Varberg
Pernilla Oscarsson, Njurföreningen i Västsverige, Skara
Ulf Strömbom, docent, Njurmedicin, Varbergs Sjukhus
Margareta Wennergren, docent, SU/Östra sjukhuset, Göteborg
Per Åke Zillén, Njurföreningen Stockholm Gotland, Saltsjö-Boo
Leif Örhäll, Njurföreningen i Västsverige, Göteborg

Njurföreningen i Västsverige och organisationskommittén vill härmed framföra sitt varma Tack till

Huvudsponsorer:

Astellas Pharma AB

Novartis Sverige AB

Roche AB

Övriga sponsorer:

Amgen AB	Scanmed
Baxter AB	Swedish Orphan AB
Euro Diagnostica AB	Rena Pharma
Fresenius medical care	Vingmed Svenska AB + Hemapure
Gambro AB	Wyethe Lederle Nord AB,
Genzyme	Tryckalster
Jansen Cilag AB	Föreningssparbanken
Leo Pharma	Riksförbundet för Njursjuka

I programkommittén har ingått:

Jarl Ahlmén	Birgitta Månsson
Lars Bäckman	Cajsa Lindberg
Börje Haraldsson	Barbro Olausson
Håkan Hedman	Pernilla Oscarsson
Per-Olof Holm	



Njurföreningen i Västsverige
Box 12053
Slottsskogsgatan 12. 8:e vån
402 41 Göteborg
Tel 031 365 98 16
Fax 031 14 70 41
E-post njvs@rnj.se