

Risk för njursvikt efter njurkirurgi

Gäller för: Kirurgkliniken

Faktaägare: Henrik Björkman Överläkare Kirurgkliniken

Bakgrund

Kunskapen om effekt på överlevnad, risk för terminal njursvikt och risk för kardiovaskulär morbiditet relaterat till sänkt njurfunktion efter njurkirurgi baseras mestadels på retrospektiva data (1) eller små prospektiva studier. Generellt anses nedsatt njurfunktion relaterad till njurkirurgi ha en bättre prognos än nedsatt njurfunktion beroende på ”medicinsk” njursjukdom, men vid förekomst av njursvikt preoperativt ger även kirurgiskt orsakad försämring av njurfunktion påverkan på total överlevnad (2). Det illustrerar vikten av planering av behandlingsstrategi i sådana lägen.

Oberoende riskfaktorer för försämrad njurfunktion efter kirurgi har visats vara radikal nefrektomi jämfört med nefronsparande kirurgi, ålder över 60 år, diabetes mellitus, hypertoni och rökning (3). Emellertid har vid längre uppföljning också visats att nära hälften av patienter efter 2 år återhämtat sin njurfunktion efter nefrektomi (4). Vid utgångs-GFR <60 ml/min/1,73 m² var kvinnligt kön och låg ålder associerat med högre sannolikhet för återhämtning. Vid utgångs-GFR >60 ml/min/1,73 m² var tumörstorlek associerat med högre sannolikhet och hypertoni med lägre sannolikhet för återhämtning.

Nationella vårdprogrammet för njurcancer (2019-06-10) rekommenderar att patienter med nedsatt njurfunktion, samt patienter med risk för nedsatt njurfunktion postoperativt (GFR <30 ml/min/1,73 m²) diskuteras med nefrolog.

Rekommenderad utredning inför njurkirurgi

- Anamnes inkluderande diabetes mellitus, hypertoni, rökning och erbjudande om rökavvänjning vid behov
- Noggrann genomgång av patientens läkemedel och indikationer
- Njurfunktionsbestämning:
 - Estimerad GFR baserad på kreatinin och Cystatin C är tillräckligt för bedömning av njurfunktion i normala fall
 - Komplettering med iohexolclearance vid eGFR <30 ml/min/1,73 m² eller vid >30% skillnad mellan estimat av kreatinin och cystatin C
 - Vid eGFR <60 ml/min/1,73 m² och behov av nefrektomi (eller hög risk för nefrektomi) bör sidofördelningen i njurfunktion evalueras. Om njurarna har likvärdig volym av njurparenkym vid

visuell skattning och liksidig uppladdning och utsöndring av jodkontrast vid datortomografi, kan deras relativa funktion betraktas som likvärdig (inom normalområdet). I annat fall rekommenderas gammakamerarenografi för procentuell fördelning i funktion.

- U-albumin/kreatinin-kvot på samtliga patienter
- Remiss till njurmedicin
 - vid risk för postoperativt eGFR <30 ml/min/1,73 m²
 - vid risk för postoperativt eGFR <60 ml/min/1,73 m² i kombination med albuminuri eller diabetes

Pre- och postoperativ hantering av läkemedel

- Läkemedel beroende av renal elimination eller som är potentiellt nefrotoxiska hanteras i samråd med nefrolog
- Metformin ska generellt sättas ut 48 timmar före operation

Postoperativ uppföljning

- Kreatininvärde postoperativ dag 1 och sedan dagligen under vårdtillfället vid påverkan
- Provtagning inklusive kreatinin 4-6 v postoperativt

Referenser

1. Scosyrev, E., et al. Renal function after nephron-sparing surgery versus radical nephrectomy: results from EORTC randomized trial 30904. *Eur Urol*, 2014. 65: 372
2. Lane, B.R., et al. Survival and Functional Stability in Chronic Kidney Disease Due to Surgical Removal of Nephrons: Importance of the New Baseline Glomerular Filtration Rate. *Eur Urol*, 2015. 68: 996
3. Malcolm JB, et al. Comparison of rates and riskfactors for developing chronic renal insufficiency, proteinuria and metabolic acidosis after radical or partial nephrectomy. *BJU Int*, 2009. 104: 476–481
4. Zabor E C, et al. Factors Associated with Recovery of Renal Function following Radical Nephrectomy for Kidney Neoplasms. *CJASN* Jan 2016, 11 (1) 101-107

Vid upptäckt av felaktig information eller länk, vänligen meddela faktaägare