

SGLT2inhibitor-behandling ved ikke-diabetisk nyresygdom

En tværregional arbejdsgruppe under Dansk Nefrologisk Selskab anbefaler på baggrund af positive resultater på renale og kardiovaskulære endepunkter, at behandle kronisk nyresygdom (CKD) med albuminuri eller hjertesvigt med en SGLT2-inhibitor.

SGLT2i kan tilbydes personer ≥ 18 år med:

CKD* med eGFR 25-75 ml/min/1.73 m² **og proteinuri** (UACR 200-5000 mg/g)
CKD* med eGFR 20- 90 ml/min/1.73 m² **og hjertesvigt** (LVEF <40 %)

Dapagliflozin (10 mg dagl) anbefales primært til behandling af proteinurisk CKD. Empaliflozin (10 mg dagl) anbefales primært til behandling af hjertesvigt og CKD. De markedsførte SGLT2i har alle generelt tilskud.

*Der er ikke er evidens for effekt af SGLT2i-behandling ved:

Polycystisk nyresygdom, Lupus nefritis, ANCA vaskulitis. Personer i immunsuppressiv behandling indenfor de sidste 6 måneder. Nyretransplanterede.

Kontraindikationer for opstart af SGLT2i-behandling:

ALAT >3 x øvre normalgrænse/bilirubin >2 x øvre normalgrænse. Graviditet.

SGLT2-i bør gives når ACEi/ARB er optitreret til max. tålte dosis. Blodtryksmål bør ikke afventes. Ved opstart ses initialt GFR-fald (lig RAS-blokade). Der anbefales:

Monitorering ved opstart, efter ca. 3 uger og herefter hver 3.- 4. mdr.

Biokemi

P-kreatinin, P-kalium

Ved opstart: HbA1c/B-glukose, levertal

Klinisk

Blodtryk, Vægt

Evt. dosisjustering af diuretika

Bivirkninger: Genitaleinfektion (øget hygiejne), mindre BT-fald, diuretisk effekt, vægttab. Ikke set øget AKI eller ketoacidose i studierne.

Pause med SGLT2i-behandling anbefales ved kirurgi eller akut alvorlig sygdom med risiko for dehydrering og hypovolæmi.

Ophør: SGLT2i-behandling kan opretholdes frem til dialyse eller nyretransplantation.

Se fuld retningslinje på [SGLT2-hæmning ved kronisk nyresygdom uden diabetes mellitus](#)

SGLT2inhibitor-behandling ved ikke-diabetisk nyresygdom

En tværregional arbejdsgruppe under Dansk Nefrologisk Selskab anbefaler på baggrund af positive resultater på renale og kardiovaskulære endepunkter, at behandle kronisk nyresygdom (CKD) med albuminuri eller hjertesvigt med en SGLT2-inhibitor.

SGLT2i kan tilbydes personer ≥ 18 år med:

CKD* med eGFR 25-75 ml/min/1.73 m² **og proteinuri** (UACR 200-5000 mg/g)
CKD* med eGFR 20- 90 ml/min/1.73 m² **og hjertesvigt** (LVEF <40 %)

Dapagliflozin (10 mg dagl) anbefales primært til behandling af proteinurisk CKD. Empaliflozin (10 mg dagl) anbefales primært til behandling af hjertesvigt og CKD. De markedsførte SGLT2i har alle generelt tilskud.

*Der er ikke er evidens for effekt af SGLT2i-behandling ved:

Polycystisk nyresygdom, Lupus nefritis, ANCA vaskulitis. Personer i immunsuppressiv behandling indenfor de sidste 6 måneder. Nyretransplanterede.

Kontraindikationer for opstart af SGLT2i-behandling:

ALAT >3 x øvre normalgrænse/bilirubin >2 x øvre normalgrænse. Graviditet.

SGLT2-i bør gives når ACEi/ARB er optitreret til max. tålte dosis. Blodtryksmål bør ikke afventes. Ved opstart ses initialt GFR-fald (lig RAS-blokade). Der anbefales:

Monitorering ved opstart, efter ca. 3 uger og herefter hver 3.- 4. mdr.

Biokemi

P-kreatinin, P-kalium

Ved opstart: HbA1c/B-glukose, levertal

Klinisk

Blodtryk, Vægt

Evt. dosisjustering af diuretika

Bivirkninger: Genitaleinfektion (øget hygiejne), mindre BT-fald, diuretisk effekt, vægttab. Ikke set øget AKI eller ketoacidose i studierne.

Pause med SGLT2i-behandling anbefales ved kirurgi eller akut alvorlig sygdom med risiko for dehydrering og hypovolæmi.

Ophør: SGLT2i-behandling kan opretholdes frem til dialyse eller nyretransplantation.

Se fuld retningslinje på [SGLT2-hæmning ved kronisk nyresygdom uden diabetes mellitus](#)