

Diabetisk Nyresygdom – Kort version (2022)

Personer med type 2 diabetes (T2D) og kronisk nyresygdom (CKD) bør behandles med livsstilsændringer, målrettet behandling af blodtryk og dyslipidæmi, samt behandling af hyperglykæmi med fokus på den faldende nyrefunktion.

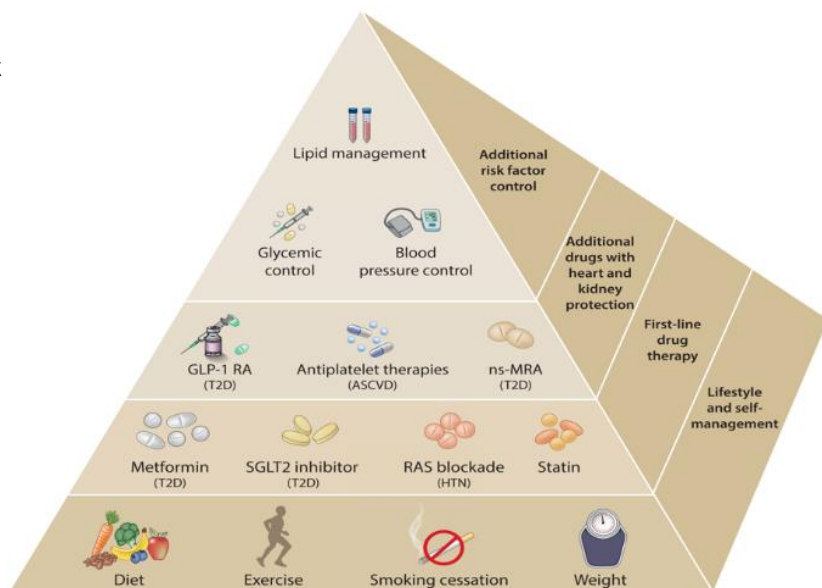
Der bør behandles med ARB (eller ACEi) og SGLT2-hæmmere - og ved fortsat albuminuri ligeledes non-steroid MRA.

Personer med høj risiko for eller eksisterende hjertekar-sygdom bør ligeledes have antitrombotisk behandling.

Se mere på endocrinology.dk:

[Behandlingsvejledning Dansk Endokrinologisk Selskab](#)

Fra KDIGO anbefaling for diabetes med CKD.



Progressionshæmning af kronisk nyresygdom og kardiovaskulær risiko

Personer med T2D, hypertension og albuminuri behandles med ARB (eller ACEi) i fuld dosis (eller maksimal tålt dosis).

Mål for blodtryk vil for hovedparten være 130/80 mmHg.

Det anbefales at behandle personer med diabetisk nyresygdom med SGLT2i; initiering ved eGFR >20 ml/min og fortsætte behandlingen frem til start af dialyse.

SGLT2i tillægges anden antiglykæmiske behandling, uafhængigt af HbA_{1c} niveau.

Når SGLT2i behandling startes, overvej da

- ved insulinbehandling – reducer døgndosis af insulin med 0-20%
- ved sulfonylurea behandling – halver dosis eller seponer helt
- ved diuretika behandling – overvej reduktion af diuretika ved høje doser

Overvej nyrebiopsi ved udsving fra vanligt klinisk forløb

Svær eller hurtigt stigende albuminuri (>700 mg/g), hastigt faldende nyrefunktion eller tegn til anden systemsygdom (side 8).

Glukosemonitorering/mål

Måling af HbA_{1c} anvendes til monitorering af glykæmisk behandlingseffekt. Nøjagtigheden af HbA_{1c} aftager ved eGFR <30 ml/min/1,73m². Ved usikkerhed anvendes glukosemålinger.

Til personer med mild/moderat CKD anbefales 'stramt' HbA_{1c} mål 48–53 mmol/mol.

Ved tiltagende CKD (inkl. dialyse, samt comorbiditet) accepteres højere HbA_{1c} mål 53–75 mmol/mol.

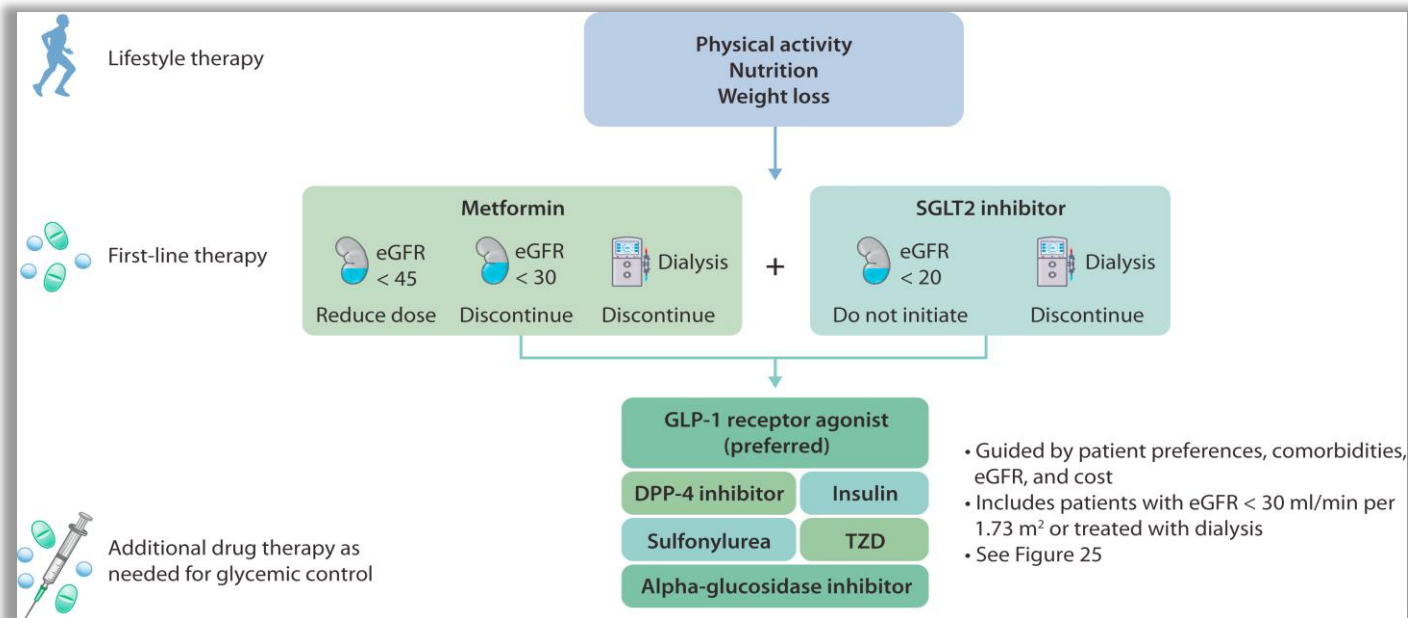
Livsstilsinterventioner

Rygstop, motion (150 min/uge), reduktion af saltindtag, højt indtag af frugt, grønt, fiber og fuldkorn, reduceret indtag af sukker/søde drikkevarer (Obs. kalium og fosfat niveau), samt fokus på proteinindtag (side 17)

Antiglykæmisk behandling ved type 2 diabetes og diabetisk nyresygdom

KDIGO anbefaler, at antiglykæmisk behandling af personer med T2D og CKD initialt skal omfatte livsstilsbehandling og farmakologisk førstevalgsbehandling med metformin (se tabel 1 vedr. dosis) og SGLT2i. Ved yderligere behov for antiglykæmisk behandling kan andre farmaka inddrages efter behov og grad af nyrefunktion (Figur 2).

Fra KDIGO anbefaling for antiglykæmisk behandling ved diabetisk og CKD 2020.



Det anbefales at tillægge GLP1-RA til metformin og SGLT2i, ved manifest hjertekarsygdom eller hvis HbA_{1c} mål ikke er opnået. Antiglykæmisk behandling kan dosisjusteres efter eGFR som foreslået i Tabel 1.

Tabel 1. Faldende nyrefunktion (eGFR) og daglig dosis for de mest anvendte antidiabetika.

Antidiabetika		eGFR ml/min/1,73 m ²				
Klasse	Indholdsstof	>90	89 - 60	59 - 30	<30	Dialyse
Metformin	metformin	1000 mg x 2		500 mg x 2		
	canagliflozin	300 mg x 1		100 mg x 1		
SGLT2i	dapagliflozin	10 mg x 1*				
	empagliflozin	25 mg x 1*	10 mg x 1			
	ertugliflozin	5-15 mg x 1				
GLP1- RA	dulaglutid	0,75 - 1,5 mg/uge				
	liraglutid	0,6 - 1,8 mg/dag				
	semaglutid	0,5 - 1 mg/uge				
DPP-4i	sitagliptin	100 mg x 1	50 mg x 1		25 mg x 1	
	vildagliptin	50 mg x 2	50 mg x 1			
	linagliptin	5 mg x 1				
SU	glimepirid	1-4 mg x 1	halvering			
	gliclazid	30-120 mg x 1	halvering			
Insulin	alle typer	Individuel dosis – behov falder ofte med faldende GFR				
Uændret dosis		Dosiskorrektion			Seponering	

Skraveret område angiver eGFR niveau hvor man kan overveje at fortsætte behandling

*Dapagliflozin kan **opstartes** ned til eGFR 25 ml/min. Empagliflozin 10 mg kan **opstartes** ned til eGFR 20 ml/min ved samtidig hjertesvigt.