



Godkänt: 2018-09-03
Giltigt t.o.m: 2021-09-03

Ver.nr: 2.0
Dnr: LD 15/01841

Diabetesnefropati

Diabetesnefropati är den vanligaste orsaken till nya fall av dialyskrävande njursvikt i Sverige och definieras som kvarstående förhöjning av albumin i urinen hos person med diabetes där andra orsaker till albuminuri saknas.

Framtaget av: Öl Mattias Tejde, njurmedicin Falun, i samråd med Profilgrupp njurmedicin och Diabetesrådet.

Fastställande av diagnos

För att kvantifiera albuminuri **ska** U-alb/krea-kvot (säkrast i morgonurin) användas. Diagnos sätts efter att två av tre prov, tagna inom ett år, visat förhöjt värde.

	Normal	Mikroalbuminuri	Makroalbuminuri
U-albumin/krea-kvot	< 3,0 g/mol	3 - 30 g/mol	> 30 g/mol

P-kreatinin och U-alb/krea-kvot ska kontrolleras årligen som del i uppföljning av diabetesbehandling.

Behandlingsmål

1. Blodtryck < 140/85 mm Hg vid normal njurfunktion
2. Blodtryck < 130/80 mm Hg vid mikro- och makroalbuminuri

Vid ålder över 80 år har många personer stela kärl och tål inte blodtryck under 130 mm Hg systoliskt. I dessa fall får blodtrycksmålet vara högre: <150/90 oavsett proteinuri.

Läkemedel

ACE-hämmare eller ARB rekommenderas till alla med diabetesnefropati om inte problem med hyperkalemi eller kraftig kreatininstegring föreligger vid insättning – se nedan.

ACE-hämmare eller ARB bör titreras upp till för patienten högsta tolerabla dos med mål att reducera albuminurin. En P-kreatininstegring med 20-30 % accepteras. Observera P-kaliumstegring, som kan förvärras vid dehydrering och vid samtidig behandling med Spironolakton.

Metformin kan användas vid eGFR > 30. Dosreduktion ska ske till max 1000mg/dygn vid eGFR mellan 30 - 45. Ingen nyinsättning vid eGFR < 45.

Viktigt med uppehåll i behandling, **samt** [patientinformation](#) om detta, vid situationer med risk för dehydrering (kräkning, diarré, hög feber och allmänpåverkan) samt vid intravenös kontrastbelastning.

Vid dehydrering kan Metformin snabbt ackumuleras och orsaka laktatacidos med fatal utgång. Att administrera Metformin via dosdispensering innebär alltså en risk eftersom möjligheten till tillfällig utsättning försvåras.

Njurmedicinsk konsultation

Vid eGFR < 30 skrivs remiss för njurmedicinsk konsultation. eGFR baseras i första hand på P-kreatinin och fås automatiskt vid varje kreatininprov, enligt formeln Lund-Malmö-reviderad. För underviktiga eller immobiliserade patienter kan cystatin-C användas. Fortsatt handläggning enligt överenskommelse mellan inremitterande och njurspecialist.