

Rapport från "Congress of the International Society of Renal Nutrition and Metabolism" (ICRNM) 2022 i Guangzhou, Kina. Kongressen hölls som ett hybridmöte under tre dagar i juni och man kunde delta på plats eller via länk.

16/6

Angela Yee-Moon Wang, Hong Kong, Kina, Assessing global kidney nutrition care

En enkät skickades till vårdpersonal i 182 länder år 2018. Man fick svar från 155 länder, framför allt från nefrologer, och det framkom att tillgängligheten på dietister/njurdietister skilde sig mycket åt. Endast 48% av länderna hade tillgång till njurdietist och det fanns en stor skillnad mellan låg- och höginkomstländer där endast 9% av låginkomstländerna jämfört med 77% av höginkomstländerna hade tillgång till dietist. Man såg också att i låginkomstländerna hade sämre tillgång på näringsdrycker för patienterna och att de oftare kostade pengar, oavsett om patienten var inlagd på sjukhus eller i hemmet.

David Johnson, Australien, Global burden of chronic kidney disease (CKD) and unmet needs in care delivery

GKHA resultat från 2017. 125 länder, 93% av jordens befolkning. 56% hade dålig upptäckt av CKD, få register finns och låg offentlig finansiering.

GKHA resultat från 2019. 160 länder, 98,6% av jordens befolkning. Fokus på end stage kidney disease (ESKD) inklusive konservativ behandling. Antal njurläkare var 9,95 per miljon invånare. Övriga resultat var att få människor kan få dialys, dålig behandling, brist på personal.

Brandon Kistler, USA, Working towards a personalized nutrition support in CKD

Brandon berättade att många hemodialyspatienter har dålig nutritionsstatus och protein-energy-wasting (PEW) förekommer hos 28-54% av alla dialyspatienter. I studier har man sett att dålig nutritionsstatus, till exempel mätt med serum-albumin, är associerat med ökad risk för död.

HD-patienter äter dåligt på behandlingsdagar, framför allt de som inte åt under dialys. Man jämförde 3 grupper, en där patienterna fick Intra-dialytisk parenteral nutrition (IDPN), en fick näringsdryck+proteinpulver och en kontrollgrupp. Både IDPN och näringsdryck+proteinpulver motverkade proteinkatabolismen men effekten av näringsdryck+proteinpulver höll i sig längre. Näringsdryck+proteinpulver vid dialys ökade också serumalbuminet. Man har också sett att näringsdryck vid dialys leder till färre missade behandlingar. Nackdelar som framförts med nutrition under dialys är bl a blodtrycksfall och vissa kliniker tillåter inte att patienten äter under dialys. Man gjorde en studie på ett litet antal patienter och där såg man att en proteinrik måltid under dialys inte gav något blodtrycksfall på gruppnivå men i individuella fall förekom det. Mest blodtrycksfall med större måltider, mycket kolhydrater och varm mat.

Siu-Fai Lui från Hong Kong, Kina, World-kidney recipes – perspectives and challenges

Njurpatienter från 7 olika länder svarade på enkät om vad som påverkade deras liv/begränsade dem från att leva ett bra liv med sin njursjukdom. Deltagare från 5 länder angav att kostrestriktioner

påverkade deras liv. Andra svar som förekom var bl a "möjlighet att arbeta", "ekonomisk påverkan", "möjlighet att resa" och "påverkan på familj och vänner". Patienterna ville veta mer om hur de skulle äta bra och leva bra. Man frågade också en annan grupp patienter om de tyckte att de hade fått tillräcklig information, vilken information de ville ha och vart de hade fått eller skulle föredra att få informationen från. Totalt 54% svarade att de ville veta hur de skulle leva bra och äta bra vid njursjukdom och de ville få den informationen framför allt från sjukvården men även elektroniskt/från websidor. Utifrån dessa undersökningar har man börjat utveckla "World kidney recipes" som finns på IFKF-WKA's hemsida. (Finns bara från 3 länder hittills som jag kunde hitta).

Jaimon Kelly, Australien, Intervention and application of behaviour change principles in sodium management

Föreläsaren gick igenom riktlinjerna för saltintag från de senaste 20 åren fram till 2020 som visade sig ha varit oförändrade på <100 mmol/dag under hela perioden. Han fortsatte med att berätta om bl a en meta-analys av Khalesi et al: "Reducing salt intake: a systematic review and meta-analysis of behavior change interventions in adults" som visade att interventioner för beteendeförändring gav ett minskat saltintag. 75% av patienterna vet att minskat saltintag är viktigt och ca 80% av patienterna tror att de äter "rätt" mängd salt. Det genomsnittliga intaget vid CKD lågt dock på 140-170 mmol/L vilket är 40-70% över aktuella rekommendationer på <100 mmol/L. Slutsatsen blev att kunskap inte är samma sak som beteende och att 95% av tiden använder vi intuition och instinkt när vi tänker. Endast 5% av tiden är vårt tänkande rationellt och medvetet. Man behöver jobba med att få beteendet att bli en instinkt. För att underlätta beteendeförändring behöver behandlaren fundera över interventionsplanen, antal utbildningstillfällen, intensitet, varaktighet, metod (personligt möte, digitalt möte) och att individanpassa behandlingen.

17/6

Deborah Clegg, USA, Chronic hyperkalemia management in CKD/ESKD: Are we expecting a paradigm shift

Deborah pratade om att hyperkalemi förekommer hos 30-50% av hemodialyspatienter och att högre kaliumvärden ökade risken för död hos denna patientgrupp. I en studie av St-Jules DE et al, J Ren Nutr. 2016 Sep;26(5):282-7 diskuteras att en vegetarisk kost med högt kaliuminnehåll kan underlätta både upptaget av kalium intracellulärt och även utsöndringen av kalium via tarmen pga ökad avföringsvolym jämfört med en animalisk kost. Enligt National health and nutrition survey III såg man också att en växtbaserad kost (som innehöll kalium) var associerad med lägre dödlighet vid CKD (eGFR<60), ju större andel vegetabiliskt protein desto lägre risk. Kaliumsalt och kaliumtillsatser skulle man dock se upp med då de kunde bidra med mycket kalium. Utifrån detta sammanfattade Deborah det med att det var motiverat med en omanalys av kostråden vid CKD och ESKD.

Giorgina Piccoli, Italien, Personalized nutrition therapy in incremental dialysis

Pratade om "incremental dialysis" dvs stegvis ökande dialys med 1-2 tillfällen/vecka till en början. Hon berättade om "The Le Mans experience" där 57,6% av patienterna startade med "incremental hemodialysis" under åren 2017-2021 (Torreggiani M et al, Kidney international reports, 2022). Hon beskrev också några patientfall där de i det första fallet hade en patient på proteinreducerad kost

(PR-kost) som började med dialys 1 gång/vecka och då rekommenderades att fortsätta med PR-kosten förutom dagen före hemodialys då patienten kunde äta fritt.

Det andra patientfallet gällde en patient som inte hade fått några tidigare kostråd. Vid start med "incremental dialysis" fick patienten råd att normalisera proteinintaget med målsättning 0,8 g protein/dag.

Föreläsaren avslutade med frågan: Skulle du föredra att starta med dialys 1 gång eller 3 gånger/vecka? Skulle du föredra att begränsas av vissa kostrestriktioner eller att vara begränsad av "mer" dialys?

Claudia D'Alessandro, Italien, Dietary acid loads and phosphate homeostasis i CKD

Pratade om att flera studier av Goraya et al hade jämfört behandling med bikarbonat med ökat intag av frukt och grönsaker och att båda behandlingarna ledde till sänkta urinmarkörer för njurskada. Man såg också ett samband mellan frukt och grönsaker och sänkning av blodtrycket. Studierna var gjorda på patienter med olika grad av CKD (2-4). Claudia berättade att hon brukade beräkna PRAL (potential renal acid load) på olika livsmedel och visade ekvationen. Positivt PRAL (>0) betyder att ett livsmedel är syrabildande. Animaliska proteinkällor har ett högt PRAL medan vegetabiliska proteinkällor och många frukter och grönsaker har lågt PRAL eller är neutrala. Hon berättade också om en artikel från Cupisti et al där man jämförde PRAL-innehåll i 4 olika kosten – normalkost 0,8 g protein/kg, LPD 0,6 g protein/kg, vegankost 0,7 g/kg och VLPD 0,3 g/kg. Alla kosttyper utom normalkosten hade ett negativt PRAL där VLPD och vegankosten var lägst. Man hade också beräknat NEAP (net endogenous acid production) och fått samma resultat där – att VLPD var bäst (lägst NEAP) och normalkost sämst (högst NEAP). Om man jämförde med Western diet låg den ännu högre än normalkosten i NEAP. En slutsats blev att det är viktigt att man vid nutritionsbehandling vid CKD försöker korrigera metabol acidosis. Ett sätt att göra detta var genom att byta ut olika livsmedel med högt PRAL mot alternativ med lägre PRAL och genom att modifiera recept så de fick lägre PRAL. Att kombinera ett livsmedel med högt PRAL, t ex kött, med grönsaker som har ett negativt PRAL minskar också syrabelastningen.

Donald Wesson, USA, Fruits, vegetables or sodium bicarbonate: impact on metabolic acidosis and kidney function preservation

Föreläsaren pratade om att Goraya et al i en studie från 2019 jämförde behandling med bikarbonat och frukt+grönsaker där båda var lika bra på att bevara eGFR men att behandling med frukt+grönsaker även hade en positiv effekt på BMI (lägre), systoliskt blodtryck och blodfetter. Pratade om olika kosten och att medelhavskosten var den som hade bäst PRAL.

18/6

Ilaria Gandolfini, Italy, Managing obesity in kidney transplant candidates and recipients

Ilaria presenterade nya riktlinjer för fetma hos patienter som väntar på njurtransplantation utformade av DESCARTES Working group of ERA. Hon berättade först att fetma är den tredje största orsaken till att patienter inte hamnar på väntelistan och i en studie av Gill JS et al: Clin J Am Soc Nephrol, 2014 May;9(5):951-9 såg man att kvinnor med BMI >25 hade lägre sannolikhet att få en

njurtransplantation medan män hade lägre sannolikhet först vid BMI >30. I riktlinjerna föreslår man att patienter med BMI upp till 39 bör listas för transplantation då man sett att det är en stor fördel för obesa patienter att bli transplanterade jämfört med att vara kvar i dialys och att överlevnaden verkade vara förbättrad för alla BMI-nivåer även om den var på olika nivåer. Hon pratade vidare om att den genomsnittliga viktökningen efter en transplantation är 10 kg under första året. Man rekommenderade därför att patienter med fetma före transplantation skulle uppmuntras till viktnedgång med hjälp av ett multidisciplinärt team och vid BMI >40 (eller >35 med minst en överviktsrelaterad komplikation) skulle man överväga överviktskirurgi (gastric sleeve). Vid fetma efter transplantationen rekommenderades också att man skulle överväga överviktskirurgi vid samma gränser som ovan. Riktlinjerna finns på: Oniscu GC, et al. Management of obesity in kidney transplant candidates and recipients: A clinical practice guideline by the DESCARTES Working Group of ERA. Nephrol Dial Transplant. 2021 Dec 24;37(Suppl 1):i1-i15.

Kamyar Kalantar-Zadeh, USA, How should we define cachexia in kidney disease och Denis Fouque, Frankrike, How should we differentiate cachexia from PEW and malnutrition.

Kamyar förklarade skillnaden mellan kakexi (ofrivillig viktförlust) och sarkopeni (muskelförlust). Han visade också de aktuella kriterierna för PEW och berättade att man i en meta-analys sett att 28-54% av HD-patienterna världen över uppfyller kriterierna för PEW. Denis presenterade att man vid "ISRNM 2022 Working group conference" hade diskuterat om PEW kunde ersättas av kakexi men kommit fram till att PEW ändå skulle finnas kvar men att man behövde se över kriterierna. Vissa av de aktuella kriterierna har ifrågasatts och man har nu arbetat fram ett förslag med en gradering av PEW; Pre-Pew, Established PEW och Severe PEW. Man har i det nya förslaget bl a tagit bort BMI, fettmassa och serumkolesterol och lagt till muskelstyrka och aptit.

Sammanfattat av:

Anneli Jonsson, dietist

Akademiska sjukhuset, Uppsala