

# ❖ Nefrologisk forum ❖

Nummer 4.

Desember 1995

## Foreningens årskavalkade 1995

**A**ret 1995 har vært et meget aktivt og interessant for foreningen med avviklingen av nordiske Nyredager som det absolutte høydepunkt.

Arrangementet ble såvel faglig som sosialt en stor suksess med overveldende positive tilbakemeldinger fra våre nordiske naboforeninger og egne medlemmer. Vi opplevde et meget positivt samarbeid med kongressarrangøren Congrex som på en profesjonell måte planla og gjennomførte den praktiske delen av arrangementet.

I de første oppstemte ukene etter kongressen følte vi oss absolutt moden for større arrangør oppgaver og da naturligvis EDTA/ERA i 1997 i tankene. Optimismen ble rimelig fort brakt til opphør da "Council i EDTA" under årets Dialyse- og transplantasjonskongress i Aten i juni bestemte at Jerusalem arrangerer kongressen i 1997, Rimini i 1998 og Barcelona i 1999. Begrunnelsen for Oslo-avslag var lite tilfredsstillende lokaliteter.

Et lyspunkt ble tent da en skandinavisk nefrolog (E. Bjerregård Pedersen) fra Danmark ble valgt inn i council.

Det er senere nærmere bestemt at Skandinavia vil bli tildelt arrangementet i år 2000., og vi er allerede anmodet om å søke det. Dette må bli en viktig foreningssak i det nye år og må

Vintermøte og Årsmøte i foreningen er 7.-10. mars 1996. Stedet er Bolkesjø- det ble ikke plass på Geilo!  
Ta med deg familien eller kom alene- men delta!

naturligvis ses opp mot at Oslo allerede er overlatt arrangementet av European Society for Organ Transplantation i 1999.

Ellers har utgivelsen av "Nefrologisk Forum" avstedkommet mange lovord, og med rette.

Jeg vil gi redaktøren ros for initiativet og den kjempeinnsats han har gjort for å skaffe stoff til fire nummer i 1995. Forums form og innhold har truffet utmerket, men responsen på redaktørens oppfordring til bidrag har dessverre vært heller laber.

Kjære medlemmer: La nyttårsforsettet være et fortsatt levende og attraktivt Nefrologisk forum. Bare med din hjelp er det mulig! Indremedisinsk høstuke med spesialforeningenes eget program ble for vår del en ekstraordinær utfordring denne gangen. Arrangementet falt sammen med ASN i San Diego der brorparten av foreningens medlemmer deltok.

Takket være en heroisk innsats fra vår kjære og hardt arbeidende sekretær (Anders) ble et utmerket faglig program gjennomført med han som både møteleder- foredragsholder (med flere innlegg) og til slutt oversiktsforelesningen fredag med siste nytt innen nefrologien i 1995. Bravo Anders!

I trygg forvisning om at foreningens økonomi aldri har vært bedre ønsker jeg på vegne av styret dere alle en: Riktig god Jul. og vel møtt til et aktivt nytt år med årsmøtet på Bolkesjø i mars som første start.  
*Hilsen formannen*

### Inne i bladet:

Redaktørens spalter	2
Postmenopausal hormonbehandling og nyretx.	3-4
Influensavaksine og tx	5
Norman Andersen	6
Nefrologiregisteret	7-10
Møtekalender	11

## Redaktørens spalter

### Ett år med Nefrologisk Forum

Dette nummeret av Nefrologisk Forum er det fjerde nummer i 1995, slik som forutsatt på siste årsmøte. Bladets videre skjebne er noe uvisst, det vil bli avgjort på førstkommende årsmøte. Jeg regner uansett med at det vil komme et nytt nummer i løpet av mars måned. Hvordan man skal arbeide videre blir en vurderingssak. I alle fall er det nok nødvendig med en endring i en eller annen form. Dere må tenke på om man ønsker et "enkelt blad" som nå, bare beregnet for nefrologer, eller om det kan være aktuelt med et mer profesjonelt blad med noe bredere stoffgrunnlag med tanke på indremedisinere generelt. Det har vært moro å starte opp med denne avisen, men for fremtiden må en del arbeid settes bort til profesjonelle dersom bladet skal leve videre i en eller annen form.

### Utdanningsprogram-MKSAP

Som nevnt i forrige forum har foreningen bestilt 20 eksemplarer av MKSAP-medical knowledge and assessment program, en kortfattet lærebok i nefrologi sfør nefrologer under utdanning.

Allerede nå har jeg mottatt bestilling på og sendt ut 10 stk til interesserte kolleger. Av en eller annen grunn har vi også mottatt en generell indremedisinsk del, innntil nå har de som har bestilt også mottatt denne, men for fremtiden kan vi bare levere nefrologi-delen. Prisen blir 1460 kr som kan synes noe mye for produktet, men i mangel av alternativer tror jeg fortsatt programmet er en god investering. Det kan vel tenkes at noen av kjøperne vil skrive en anmeldelse av programmet for Forums lesere?

### EDTA-Amsterdam, juni, 1996

Kongressen avholdes 18.-21. juni 1996. Den 23. Januar er det frist for innsending av abstracts til dett møtet. Norske nefrologers manglende deltakelse på disse møtene har tidligere vært tatt opp både av formannen og i redaktørens spalte. Jeg vil oppfordre dere til å delta på kongressen og de som har mulighet til å sende inn abstracts. Vi trenger å mobilisere all vår kompetanse for

å kunne bli akseptert som et seriøst deltakerland i EDTA sammenheng.

### Vintermøte og Årsmøtet i foreningen 7.-10. mars 1996. Det blir på Bolkesjø.

Vintermøte og Årsmøte i foreningen er 7.-10. mars 1996. Stedet er Bolkesjø- det ble ikke plass på Geilo! Dette skyldes blant annet utstillingsplass og møtefaciliteter. Teknisk arrangør er den samme som på en utmerket måte arrangerte Nordiske nyredager. Det arbeides med felles busstransport fra Oslo. Du kan melde deg og familie på ved å henvende deg direkte til:

Congress-Conference  
"Vintermøte-Bolkesjø"  
Postboks 2694  
Solli  
N- 0204 Oslo

*Anders Hartmann*

På grunn av tidspress og sen innlevering av enkelte bidrag kommer dette desembernummeret neppe til medlemmene før primo januar. Jeg beklager dette. Det er ikke beregnet noe nytt nummer før etter vintermøtet. Bladets videre skjebne vil bli diskutert på årsmøtet. Jeg mottar likevel gjerne bidrag til neste nummer!

*Nefrologisk Forum*

*Foreløpig organ for Norsk forening for nyresykdommer.*

*I Redaksjonen:*

*Anders Hartmann  
Redaktør  
Tlf 22868322  
Fax 22868303*

*Hallvard Holdaas  
Ass.redaktør  
Tlf 22868310  
Fax 22868324*

*Produksjon:  
Egen PC  
Microsoft publisher.*

*Opplag: 200  
kopierte eksemplarer*

*Distribusjon:  
MSD Norge til  
alle medlemmer av  
Norsk nefrologisk  
forening.*

*Postadresse:  
Nefrologisk Forum  
v. Anders Hartmann  
Med. avd. B  
Rikshospitalet  
0027 Oslo*

## Postmenopausal hormonsubstitusjon av nyretransplanterte.

**D**et er to vesentlige argumenter for å gi hormonell substitusjonsbehandling til nyretransplanterte. Det ene er å redusere osteoporosen som er et fremtredende problem for disse pasientene, det andre er å redusere den betydelig økte risiko for kardiovaskulær død.

Jeg vil spesielt diskutere disse to forholdene og fremsette forslag til retningslinjer for hormonsubstitusjonsbehandling hos disse pasientene.

### Primær osteoporose.

Umiddelbart etter menopausen øker bentapet til 2-4% i året for så å avta til ca. 1% pr. år 10 år senere. Behandling med naturlige østrogen har en veldokumentert effekt når det gjelder å redusere bentapet og fraktur-risikoen hos postmenopausale kvinner. Risikoen for fraktur reduseres med minst 50%.

Østrogenbehandlingen har størst effekt hvis man starter rett etter menopause da bentapet er størst, men det er også vist effekt hos osteoporotiske kvinner opp til 75-års alder.

Tidlig igangsatt behandling er trolig viktig for å forebygge virvelfrakturet som opptrer i yngre alder enn lårhalsbrudd og som rammer over 30% av alle kvinner.

Det er usikkert hvor lenge den beskyttende effekten av østrogen varer etter seponering. En studie har vist at behandlingen bør vare minst 7 år for å oppnå en signifikant høyere bentetthet enn kvinner som aldri hadde tatt østrogen.

### Steroidindusert osteoporose.

Osteoporose utvikles hos minst 30-50% av pasienter som langtidsbehandles med glucocorticosteroider. Man finner minsket bennydannelse, økt benresorpsjon, minsket kalsiumabsorpsjon fra tarm og økt renal kalsiumutskillelse.

Selv om man mangler gode kliniske studier som viser nedsatt frakturfrekvens ved østrogenbehandling av steroidindusert osteoporose, er det mye som taler for at en effekt foreligger. Både i norsk og utenlandsk litteratur anbefales at kvinner

som etter menopause får langvarig steroidbehandling, bør få informasjon om og tilbud om østrogen substitusjon uavhengig av initial benmasse. Man har imidlertid lite dokumentasjon om effekten av østrogen substitusjon på risiko for å få fraktur hos denne gruppen.

### Nyretransplanterte og osteoporose.

I tillegg til steroider får pasientene behandling med CyA. I forsøk på rotter er det vist at CyA gir et doseavhengig bentap. Sammenhengen mellom effektene av CyA og prednisolon på bentap i transplantasjons-populasjoner er imidlertid ennå ikke fullt klarlagt. Det som imidlertid er klart vist blant annet av Knut P. Nordal og medarbeidere er et massivt bentap som starter umiddelbart etter nyretransplantasjon, og osteoporosen blir meget uttalt hos de aller fleste pasientene. Dette er sannsynligvis et betydelig undervurdert problem.

### Behandling av osteoporosen hos nyretransplanterte.

Upubliserte data fra Knut P. Nordal og medarbeidere har vist at laksecalcitonin, Miacalcic i noen grad kan bremse utviklingen av osteoporose etter nyretransplantasjon, men effekten er liten. På generelt grunnlag (se ovenfor) er det grunn til å tro at hormonsubstitusjonsbehandling av nyretransplanterte kan ha en positiv effekt. Ved søk på MEDLINE fantes ingen litteratur om østrogen substitusjon av nyretransplanterte!

### Kardiovaskulære effekter av hormonell substitusjonsbehandling.

#### Østrogenets effekter på lipidmønsteret.

Det foreligger mye litteratur om østrogenets effekt på lipidprofil og kardiovaskulær sykdom. Peroral østrogen reduserer total-kolesterol og LDL-kolesterol og øker HDL-kolesterol. Imidlertid øker også triglyseridene. Transdermalt østrogen har muligens noe mindre LDL-senkende effekt, og HDL-økingen uteblir eller er mindre uttalt. Imidlertid har man funnet at transdermalt østrogen senker triglyseridene.

#### Kombinasjonsbehandling med østrogen og gestagen.

Det ble lenge hevdet at gestagentilskudd motvirker østrogenets gunstige effekt på lipidprofilen.

Studier tyder på at ved kontinuerlig kombinerte regimer er det fremdeles en signifikant LDL-senkning, mens HDL-økingen uteblir eller er

*“redusere osteoporosen som er et fremtredende problem for disse pasientene”*

*“På generelt grunnlag er det grunn til å tro at hormonbehandling av nyretransplanterte kan ha en positiv effekt.”*

mindre uttalt. Imidlertid vet man at kombinasjon av transdermalt østrogen og gestagen senker triglyseridene.

#### Redusert forekomst av hjerteinfarkt og kardiovaskulær død.

Østrogen alene har i flere studier vist å redusere risikoen for hjerteinfarkt/ kardiovaskulær død med 40-50%. Imidlertid er det holdepunkter for at også kombinasjonsbehandling med gestagener gir omtrent den samme risikoreduksjonen. Ikke overraskende er reduksjonen i risiko størst for kvinner med manifest koronar hjertesykdom. Østrogenerns beskyttende effekt på hjerteinfarkt skyldes ikke bare en gunstig lipid-profil, men også virkninger på karfysiologi og sirkulasjon.

#### Bivirkninger av hormonbehandlingen.

Med 5 års behandlingstid er det ikke funnet økning i risiko for cancer mammae. Ved langtidsterapi, 7-15 år, er det funnet økning i risikoen for å få brystkreft, men ikke økt dødelighet av brystkreft. Dette kan skyldes at disse har lavere malignitetsgrad og/eller at kreften oppdages tidligere. I en undersøkelse ble det funnet en økning i risiko på 1,7 etter 9 års bruk. Gestagentillegget ser her ikke ut til å beskytte.

Man regner med at risikoen for uterus-cancer er eliminert ved kombinasjonsbehandling østrogen og gestagen. Gestagentillegg hver 3. måned er tilstrekkelig for å forebygge hyperplasi og cancer i endometriet. Risiko for cervixcancer er ikke økt.

Substitusjonsbehandling med østradiol og gestagen har ikke gitt holdepunkter for negativ påvirkning av koagulasjonssystemet. Det er ikke funnet økt tromboserisiko. Noen få kan få hypertensjon, men dette er sjelden noe problem.

#### Kontroll før og under behandling.

Man skal gjøre gynekologisk undersøkelse og palpere mammae før behandlingsstart. Det anbefales mammografi hvert/annethvert år.

Hvis kvinnen har uregelmessige blødninger i mer enn 6 måneder etter behandlingsstart, tas prøve fra endometriet (Endocyt).

Man bør kunne samarbeide med gynekolog ved lokalsykehus om hormonbehandling av disse kvinnene.

#### Kontraindikasjoner.

Behandling er kontraindisert hos pas. med cancer mammae, cancer corporis uteri, aktiv leversykdom eller nylig gjennomgått

tromboemboli.

#### Dosering og valg av hormonterapi.

Klinisk dokumenterte doser med likeverdig signifikant effekt på fraktur-hyppighet er østradiol 2mg/dag peroralt eller transdermal østradiol 50-100 mikrogram/24 timer.

#### Første 1-2 år etter menopause:

Til kvinner med intakt uterus må man gi gestagen-tillegg for å hindre hyperplasi/neoplasi i endometriet. Da gestagentillegg i seg selv ikke har noen sikker tilleggseffekt på fraktur-risiko, anbefales at man til hysterektomerte kvinner bare gir østradiol.

Ved start innen ett år etter menopause, bør man gi et preparat med konstant østradiol-innhold og syklisk gestagentilskudd, f.eks. Trisekvens, evt. Estracomb plaster. Begge disse gir månedlig blødning.

#### Mer enn 1-2 år etter menopause:

Ved start mer enn 1-2 år etter menopause er uterus-slimhinnen så atrofisk at man kan gi et preparat med konstant gestagentilskudd og østradiolinhold, f.eks. Kliogest.

I en undersøkelse hvor man startet med østrogen pluss konstant gestagen ett år etter menopause til ca. 90 pasienter, var ca. 80% amenoreiske etter ett års behandling. Gjennombruddsblødning på Kliogest er vanlig det første halve året eller mer, og kvinnen må informeres om dette. Det skal understrekes at østriol (Ovesterin), som kun hjelper mot tørre slimhinner, ikke har effekt mot osteoporose eller hjerte/kar sykdom..

#### Konklusjon

Nyrettransplanterte postmenopausale kvinner har en betydelig økt risiko for å få invalidiserende osteoporose, har dessuten en betydelig overdødelighet av hjertekarsykdom. Denne gruppen burde ha nytte av hormonbehandling, og holdningen ved RH er at de bør få informasjon og tilbud om dette.

Solbjørg Sagedal

*"Østrogen alene har i flere studier vist å redusere risikoen for hjerteinfarkt og kardiovaskulær død med 40-50%".*

Nefrologisk forum takker forfatteren for et meget informativt og tankevekkende innlegg. Jeg vet at mange kolleger også er noe famlende når det gjelder antikonsepsjonsbehandling av nyretransplanterte kvinner. Jeg regner med at det kommer et innlegg om dette i neste nummer av nefrologisk forum!

Red.

Forfatteren:  
Dr. Solbjørg Sagedal er for tiden ansatt i utdanningsstilling ved nyreseksjonen på medisinsk avdeling B på Rikshospitalet.

## “Johannesburg er over oss”. Skal vi vaksinere nyretransplanterte?

**D**agspressen har skrevet nesten daglig den siste tiden om “Johannesburgviruset”, og en skulle nesten tro det var “svartedauen” som var kommet til Norge. Nyretransplanterte leser også aviser, og hver høst dukker det samme spørsmålet opp: Skal vi anbefale influensavaksine til en som er nyretransplantert, eller skal vi la det være?

Det foreligger ikke noen enhetlig holdning. Imidlertid gjelder tre hovedregler for all vaksinasjon av nyretransplanterte:

- Gi aldri levende vaksine
- Vaksinasjon har betydelig mindre “effekt” hos en som er medikamentelt immunsupprimert
- Det kan sannsynligvis ikke skade å gi “død” vaksine.

Ved SIFF foreligger det ikke noe skriftlig om pasientkategorien transplanterte, men man anbefaler influensavaksine til alle immunsupprimerte. Alvorlige komplikasjoner til influensainfeksjon sees først og fremst hos personer med hjerte-og/eller lungelidelser, særlig de som har nedsatt respiratorisk kapasitet.

### Virusstammer og antistoffer.

I februar hvert år avgjør WHO hvilke virusstammer som skal anbefales til kommende sesongs vaksine. Valget skjer på bakgrunn av omfattende analyser utført ved de tre WHO Collaborating Centres i London, Atlanta og Melbourne. Sentrene mottar og undersøker influensavirusisolater fra verden over gjennom hele året. De prøver således å danne seg et inntrykk av om en eller flere virus ligger an til å få global utbredelse kommende sesong. Influensavaksinen blir fremstilt fra allantoisvæske fra befruktete hønseegg som er infisert med de aktuelle virus. Vaksinen består av døde virus eller spaltningsprodukter av virus. Når en voksen person som tidligere har gjennomgått influensainfeksjon blir vaksinert, vil dette vanligvis gi en “boosterrespons” med rask utvikling av antistoffer. En regner med at ca. 80 % av unge voksne vil utvikle antistoffer mens anslagsfrekvensen gjennomgående er noe lavere og mer variabel hos eldre personer.

### Immunisering av transplanterte.

Hvordan er den da hos en som er

nyretransplantert og medikamentelt immunsupprimert? Er vi sikre på at en som er medikamentelt immunsupprimert får humoral immunitet etter en vaksine? Det er lite data som foreligger om dette. En liten studie fra 1993 (den eneste referansen jeg fant på Medline etter 1986 som omhandlet nyretransplantasjon og influensavaksine) belyser imidlertid noen sentrale spørsmål (1).

Man vaksinerte 40 nyretransplanterte i stabil fase (alder 20 til 50 år) og så på antistofftiter 1 måned og 2 måneder etter vaksinasjonen. Omtrent halvparten fikk en 4-dobling av antistofftiter (som ansees nødvendig for å gi adekvat “beskyttelse”) mot de aktuelle virus i løpet av 1 måned og dette titeret holdt seg i ytterligere 1 måned. hos ca 90 %. Hvor fort antistofftiteret faller senere vites ikke. Det ble ikke observert forandringer i serumkreatinin eller proteinutskillelse i urinen. Det ble ikke registrert reaksjoner. De konkluderer således med at influensa vaksinen er trygg, og i deres øyne effektiv.

### Ubesvarte spørsmål.

Utvikler noen en kronisk reaksjon etter at immunsystemet er “trigget” med en vaksine?

Det er studier/data som tyder på at CMV infeksjoner i enkelte tilfeller kan være med på å utløse en kronisk reaksjon. Hvorvidt det samme kan skje hos nyretransplanterte som får influensavaksine vites ikke. Imidlertid tyder data fra hjertetransplanterte på at dette ikke er tilfelle (2).

Er det noen grunn til å vaksinere alle når bare halvparten får tilstrekkelig antistoffrespons? Forekomsten av influensa er lav og sannsynligvis ikke høyere enn i befolkningen forøvrig. Fordi anslaget av vaksinen bare er ca 50 %, vil vi sannsynligvis bare ha “halv effekt” av vaksineringsen hos den yngre del av en transplantasjonsbefolkningen. Hos de eldre kan det tenkes at effektiviteten av vaksinen er enda dårligere. samtidig som disse sannsynligvis har størst behov for vaksinen.

### Konklusjoner

Vi vet for lite om influensavaksinasjon av nyretransplanterte.

Influensavaksinasjon av denne pasientgruppen har så usikker effekt at en ikke kan gå ut med generell anbefaling om vaksineringsen. Hvis pasienten selv ønsker å bli vaksinert bør dette etterkommes forutsatt at den transplanterte er i en stabil fase, at det er gått minst 6 måneder siden transplantasjon eller reaksjonsepisoder, og at pasienten får basis immunsuppresjon.

Karsten Midtvedt

*“Influensavaksinasjon av denne pasientgruppen har så usikker effekt at en ikke kan gå ut med generell anbefaling om vaksineringsen”.*

### Referanser:

1. Grekas D. et al. Influenza vaccination on renal transplant patients is safe and serologically effective. Int J Clin Pharmacol Ther Toxicol 1993, 31 : 553

2. Div. of Cardiology. Influenza vaccine does not cause rejection after cardiac transplantation. Transplant Proc. 1993, 25 : 2378.



## Norman Andersen har gått over i pensjonistenes rekker.

Norman Andersen har gått av etter 43 års virke som lege., 36 av dem i tjeneste ved medisinsk avdeling på Telemark Sentralsykehus. For sin mangeårige innsats ble han nylig hedret med Hans Majestet Kongens fortjenestemedalje.

Norman er en ekte skotsk/norsk Bergenser anno 1925. Med en far som sivilingeniør og et vanskelig arbeidsmarked ble det noen ustabile barne- og tidlige ungdomsår med en rekke flyttinger, såvel i inn- som i utland. Etter et år i Danzig kom familien seg helskinnet tilbake til Bergen i 1938, senere til England i 1942. Sytten år gammel meldt eden unge Norman seg til militærtjeneste og virket som sanitetssoldat i den norske avdelingen av RAF frem til høsten 1945. Norman hadde tidlig som målsetting å bli lege. Etter krigen slo han seg igjen ned i Bergen, tok artium på 1 år som privatist med et resultat som åpnet veien til medisinstudiet i Oslo høsten 1946. Etter første avdeling dro han igjen til Bergen hvor han avsluttet den kliniske delen av studiet i 1952.

Det ble indremedisin som særlig vekket Norman's interesse. Etter start på Haukeland i 1953 har han tjenestegjort ved flere andre sykehus på Vestlandet, i Oslo, Trondheim og Porsgrunn for å stabilisere seg ved TSS i Skien fra 1959. Der har han gått gradene, vært den stabile faktor og faglige kvalitetssikrere i utviklingen av det indremedisinske miljøet ved Telemark Sentralsykehus.

Norman har vært spesialist i indremedisin fra 1965 og nefrologi fra 1981. Han har gradvis bygget opp og utviklet dialyseavdelingen og nefrologisk seksjon ved TSS fra 1971 til dag. Han har vært et arbeidsjern hvor klinisk virksomhet og avdelingens drift har hatt prioritet. Samtidig har han gjennom alle år opprettholdt og oppdatert sitt høye faglige kunnskapsnivå og publisert en rekke artikler om ulike indremedisinske emner. Han har også rukket å være en god familiefar for kone og seks barn. Det er mange pasienter og kolleger som har fått gleden av å trekke veksler på Norman's faglige innsikt, kunnskapsrikdom og massive kliniske erfaring; og sist men ikke minst hans menneskelighet og omgjengelighet. Han har gjort seg respektert og godt likt i det norske nefrologiske miljøet. Vi takker ham for mange års innsats i nefrologien. vi gratulerer og konstaterer at fortjenestemedaljen er korrekt tildelt og ønsker ham fortsatt velkommen i vårt miljø.

*Per Tore Lyngdal.*

*"Han har gradvis bygget opp og utviklet dialyseavdelingen"*

*"Han har vært et arbeidsjern hvor klinisk virksomhet og avdelingens drift har hatt prioritet"*

*Norsk Forening for nyresykdommer vil også takke Norman for hans mangeårige innsats for norsk nefrologi.*

*Vi tror det må utdannes og ansettes to nefrologer for hver gang en av våre erfarne nefrologer slutter. På denne måten oppnår vi kanskje mer levelige arbeidsvilkår enn det som synes å ha vært tilfelle for kolleger som Norman.*

*Redaktøren*

## Nefrologiregisteret i 1996: Nye ønsker og nye skjemaer.

Medio desember ble det sent ut til kontaktpersonene ved nyreseksjonene nye utgaver av registerets to skjemaer - 'løpende rapportering' og 'Årsskjema 1995'.

### Skjema for løpende rapportering.

Skjemaet er i sin helhet vist på side 8 i dette bladet. Det ønskes tatt i bruk for alle nye pasienter som tas i behandling eller endrer behandlingsform eller dør fra 1.1.96 (eller før). Vennligst kast resterende gamle skjemaer!

Som dere vet har endel av spørsmålene i våre skjemaer vært diktert av EDTA-rapporteringens behov. EDTA er iferd med å legge om registeret, og i Athen ble key-men og ledere av nasjonale registre forelagt forslag til nye pasientskjemaer for behandlingsåret 1995. Blant annet ønsket man diagnose og dødsårsak som ICD-10 koder og opplysninger om tilleggsdiagnoser, samtidig som kodesystemet for behandlingsmodus ble helt omlagt. Samtidig er de fleste tx-detalljer foreslått fjernet. Kuriøst nok ønsket man pikenavn for gifte kvinner, fødested og postkode for pasientens adresse.

De nordiske representanter har senere kommentert og tildels protestert mot endel av endringene. Ingen av oss har hørt mer fra registerkomiteen, bortsett fra takk for brevet! Fra norsk side har jeg gjort oppmerksom på at vårt register skal levere alle norske data, at vi løpende samler data om nye pasienter, og at vi ikke kan tenke oss i etterhånd å innhente ekstra start-data etc nå for pasienter som har begynt behandling i 1995. På grunn av personnummer-kontrollen er vi gardert mot dobbelregistreringer og vil derfor ikke bry oss om EDTAs ønsker om adresser etc.

Vi har funnet det riktig å ta hensyn til *endel* av de foreslåtte endringer, derfor endringene i skjemaet for løpende registrering som må forutsettes tatt i bruk pr 1.1.96, både for nye pasienter i uremibehandling og ved endret behandlingsform hos 'gamle kunder'. Det som er nytt på skjemaet er tilleggsdiagnoser og flere behandlingsmåter (HF, CCPD, Ute av dialyse).

### Årsskjema for 1995

Skjemaet er i sin helhet vist på side 9 og 10 i dette bladet. For oppdatering av status pr årsskiftet 95/96 samt komplikasjoner fra behandlingsåret 1995 er det omarbeidet noe. Vi har prøvd å gjøre det klarere hvilke opplysninger som ønskes om alle i uremibehandling og hvilke som er spesielle for hhv. tx- og for dialysepasientene.

*Det utsendte skjema er kun til orientering - for tiden arbeides med klargjøring av hvilke pasienter det skal utsendes forhåndsnavnede årsskjemaer for - med sikte på å få ut en nyttårspakke til alle ivrige rapportører!*

Med takk for godt samarbeid i 1995 og i håpet om et enda bedre i 1996 vil jeg ønske alle kolleger

God Jul og Godt Nyttår.

*Torbjørn Leivestad*

Det nye skjemaet for løpende rapportering er i sin helhet vist på neste side

Årsskjemaet for 1995 kan du se på side 9 og 10. Dette kun til orientering - for tiden arbeides med klargjøring av hvilke pasienter det skal utsendes forhåndsnavnede årsskjemaer for.

**Norsk Nefrologiregister**

(evt pregeplate/navnelapp:

1996

Person-nr:

Navn

**SENER:**

Hjemfylke

**A: Melding om ny pasient med kronisk nyresvikt:**

Nyresykdom - EDTA-kode: \_\_ / (.....) (evt klartekst)

Tilleggssyk: Diabetes: IDDM:[ ] NIDDM:[ ] Karsykdom: hjerte:[ ] hjerne:[ ] perifer:[ ]Malign sykdom: organ/type: \_\_\_\_\_ - påvist: mnd \_\_ år \_\_Andre (viktige): \_\_\_\_\_

Behandlingsstart: dato: \_\_\_\_ form: HD:[ ] HF:[ ] IPD:[ ] CAPD:[ ] CCPD:[ ]

Mulig Tx-kandidat: JA: [ ] NEI: [ ] (bedømt ved behandlingsstart)

**B: Melding om endret behandlingsform:**

(Opplysn. om overflytn til RH for Tx og for tilbakeflytn. etter Tx m.fung graft trenger ikke meldes)

Overført fra annet senter: Dato: \_\_\_\_\_ Senter:.....

**Ny behandlingsform:**

[ ] HD Fra dato: \_\_\_\_\_ [ ] HjemmeHD Fra dato: \_\_\_\_\_ [ ] HF

Fra dato: \_\_\_\_\_

[ ] IPD Fra dato: \_\_\_\_\_

[ ] CAPD Fra dato: \_\_\_\_\_ [ ] CCPD Fra dato: \_\_\_\_\_

[ ] Ute av dialyse ('recovered'): fra dato: \_\_\_\_\_

**Tapt graft:**

Dato: \_\_\_\_\_

Årsak (tekst): .....

**C: Død (el. avsluttet):**

Dato: \_\_\_\_\_ [ ] Død [ ] Seponert uremibeh.

Med fung. nyre: [ ] NEI [ ] JA : siste Kreat. \_\_\_\_\_

På immunsuppr. [ ] NEI [ ] JA

Dødsårsak (EDTAkode): \_\_ / (.....)

(evt tekst - ved malign sykdom: oppgi organ/type)

Ved avslutn. settes den medisinske årsak til beslutningen; f.eks. 69 (demens), 64 (kachexi), 14 (hjertesvikt) osv

Ved død m. fung. graft ønskes siste representative kreatinin - dvs før komplikasjonen som førte til døden!

.....

**RAPPORTERT AV:**

Dato:

.....

.....

Fyll ut de rubrikker som passer - kryss av i aktuelle bokser og angi datoer (ddmmåå).

Sendes : Dr T.Leivestad, ITI, Rikshospitalet, 0027 Oslo (helst løpende, minst hver 2. mnd.)

**Norsk Nefrologiregister - ÅRSSKJEMA 1995 (side 1 av 2)**

ID: \_\_\_\_\_ Navn: \_\_\_\_\_ Senter: \_\_\_\_\_  
 Siste txdato: \_\_\_\_\_ nr: \_\_\_\_\_ Siste reg. beh.form: \_\_\_\_\_

**1: Besvares for alle pasienter i behandling for kronisk nyresvikt:**

Beh. form pr 1/1.96: TX HD HF IPD  
 CAPD CCPD (ring inn aktuell form)

**Medikamenter ved årsskiftet:**

BT.medik: [ ] Diuretikum [ ] Betablokker [ ]  
 Alfablokker [ ] Alfa+betablokker  
 [ ] Ca-blokker [ ] ACE/AII-inhib: [ ]  
 Alfametyldopa [ ] "Study drug": Hvilken: \_\_\_\_\_  
 Andre: [ ] Erytropoietin [ ] Statin: [ ] Aktivt D-  
 vitamin

Lab: Kolesterol: \_\_\_\_\_ HDL-  
 kol.: \_\_\_\_\_ (representativ verdi fra 1995)

Blodtrykk: Syst: \_\_\_\_\_ Diast: \_\_\_\_\_

Vekt: \_\_\_\_\_ kg Høyde (barn): \_\_\_\_\_ cm

Rehabilitering: [ ] I arbeid (hel/deltid, i utdanning, hjemmearbeidende)  
 (alle - sett ett X) [ ] Arbeidsfør (alderspensjonist, arb.ledig, sykmeldt)  
 [ ] Selvhjelpen (men ikke arbeidsfør/i arbeid, feks uførepensj.)  
 [ ] Delvis hjelp-trengende (men ikke arbeidsfør/i arbeid)  
 [ ] Pleietrengende (i institusjon eller hjemme)

**Komplikasjoner, etc i 1995 (unntatt innen første 3 mndr etter transplantasjon, som meldes fra RH):**

Infeksjon: [ ] NEI / [ ] JA - hvilke: \_\_\_\_\_

(sykehustrengende): \_\_\_\_\_

Malign sykdom: [ ] NEI / [ ] JA - organ/type: \_\_\_\_\_  
 mnd: \_\_\_\_\_ 95.

[ ] Hjerterinfarkt [ ] Tx-art. inngrep [ ] Hyperpara-oper. [ ] Colonperforasjon  
 [ ] Coronarop/PTCA [ ] Hjerneslag [ ] Ben-nekrose [ ] Insulinbehov  
 (nyoppstått)  
 [ ] Annen karkirurgi [ ] Gangren [ ] Klinisk osteoporose [ ] Født barn i -95

Hepatittstatus: Pos. for: [ ] HBsAG [ ] HCV (angi hvis omslag siste år!)

**2: Spesielt for Tx-pasienter:**

Imm.supp: CyA (Sandimm.): \_\_\_\_\_ mg/d Aza (Imurel): \_\_\_\_\_ mg/d Predn: \_\_\_\_\_  
 mg/d

FK506 (Prograf): \_\_\_\_\_ mg/d RS (CellSept): \_\_\_\_\_ g/d Sendox: \_\_\_\_\_  
 mg/d

Lab.verdier: Prøvedato: \_\_\_\_\_ Kreatinin: \_\_\_\_\_ CyA

"Dette skjemaet er kun til orientering - for tiden arbeides med klargjøring av hvilke pasienter det skal utsendes forhåndsnavnede årsskjemaer for - med sikte på å få ut en nyttårspakke til alle ivrige rapportører!"

**Norsk Nefrologiregister - ÅRSSKJEMA 1995 (Side 2 av 2)****3: Spesielt for dialysepasienter:**

**HD/HF-pas:** [ ]:v sykehus [ ]:v satellitt [ ]:hjemme Antall

dial/uke: \_\_\_\_\_ timer pr uke: \_\_\_\_\_

**PD-pas:** [ ]: IPD [ ]: CAPD [ ]: CCPD

Antall peritonittepisodes i 95: \_\_\_\_\_

**RAPPORTERT AV:**..... **Dato:**.....

Retur til: Dr. T.Leivestad, ITI, Rikshospitalet, 0027 Oslo - **innen 15. mars 1996**

*“Dette skjemaet er kun til orientering - for tiden arbeides med klargjøring av hvilke pasienter det skal utsendes forhåndsnavnede årsskjemaer for - med sikte på å få ut en nyttårspakke til alle ivrige rapportører!”*

### Årsavgift i foreningen for 1995.

Dette er ikke en begravellesannonse!  
 Noen har ennå ikke betalt kontingenten for 1995.  
 Innbetalingsblankett ble vedlagt siste nummer av Forum. Kontingenten er kr 150- for vanlige medlemmer.  
 For assosierte medlemmer fra industrien er kontingenten kr. 150+1400 (reisefond) = kr. 1550.  
 For medlemmer opptatt i 1995 og for våre ærdsmedlemmer er det som før ingen kontingent å betale.

*Sekretæren*

## Møter med særlig relevans for nefrologer i 1996.

Uten at jeg vil ta ansvar for mulige feil og mangler har jeg laget en oppdatert møteliste som kan være av interesse.

*Vintermøte og årsmøte i Norsk forening for nyresykdommer, Bolkesjø 6.-10.mars 1996.*

2.Europeiske PD-møte, Gent, Belgia 10.-12. mars 1996.

Universitetskurs i nyrefysiologi og basiskurs i nyresykdommer, RH, Oslo  
11.-15. mars 1996.(Obligatorisk utdanning)

31.årlige møte i Scandinavian Society for the Study of Diabetes (SSSD), Tromsø 26.-28. april 1996.

International Conference for Apheresis, Kyoto, Japan, 7.-10. april 1996.

42. årlige ASAIO kongress, Washington DC, USA 2.-4. mai 1996.

XXXIIIrd EDTA-ERA Congress, Amsterdam, Nederland, 18.-21. juni 1996.(EDTNA 15.-18.)

16th. Scientific Meeting of the International Society of Hypertension, Glasgow, Skotland, 23.-27. juni 1996.

ASN Board Review Course, San Fransisco, USA, 24.-30. august 1996.(Godt kurs!)

29. årlige ASN møte, New Orleans, USA, 3.-6. november 1996.

XIVth International Congress of Nephrology (ISN), Sydney, Australia, 25.-27. mai 1997.

*Red.*

Har du flere interessante møter, så gi beskjed til nefrologisk forum.

Jeg ønsker flere tilbakemeldinger om bladet du nå leser. Det er kommet signaler om at bladet er viktigst for de som er "lengst borte fra kollegene".

Det er i alle fall viktig at du tenker over bladets betydning for deg før årsmøtet hvor dets videre skjebne vil bli avgjort.

Neste nummer er beregnet i løpet av mars måned.

Det vil sannsynligvis bli av den typen gdu nå har i hendene.