

◆ Nefrologisk forum ◆

Årgang 4, no 1

Mai 1998

Hvor står Forum ?

Aret er langt fremskredet og det er årets første nummer av vårt medlemsblad du holder mellom hendene. Det er dessverre noe senere enn ønskelig. Imidlertid har det helt til svært nylig vært liten tilgang på stoff. Bladets eksistens er ikke direkte truet, men verdien av bladet blir selvsagt dårligere med så vidt liten aktiv interesse fra medlemmene. Som du sikkert vet er norsk nyremedisinsk forening på nettet, klikk deg bare inn på Internett, adressen er: <http://pc-33-85.his.no> og du har tilgang på foreningens hjemmeside. Du kan lese hittil upubliserte og selvsagt publiserte innlegg fra Forum, du kan finne links til andre interessante steder og du kan snart finne resipientskjema og donorskjema og laste det ned på din egen PC. Dette er jo en bra begynnelse, men det er jo bare fantasien som setter grensene for hva dette kan brukes til, vi mottar gjerne dine tanker om dette, eller direkte til hjemmeside-redaktøren, overlege Terje Apeland i Stavanger. Jeg har nå mottatt de første innleggene til forum med e-mail-så tingene fungerer absolutt.

Møtevirksomheten

Vintermøtet på Røros ble en suksess. Det var en usedvanlig god og bred deltakelse, og vi har fått tilbakemelding om at det var særdeles gledelig at det var mange «nye ansikter» som hadde innlegg denne gangen. Regnskapet er ikke avsluttet, men jeg regner med at foreningen har fått styrket sin økonomi ytterligere. Neste år blir det ikke vintermøte, det er da hypertensjonsforeningens tur. I tillegg er det nordiske nyredager i Tampere i Finland, dessverre i 17.mai helgen, men det er intet å gjøre med det. Det er dessuten europeisk transplantasjonskongress i Oslo i Juni 1999 (ESOT) hvor også Rikshospitalets transplantasjonsgrupper er sterkt inne i bildet. Dette blir en kongress med flere tusen deltakere., Congrex er teknisk arrangør. Norske nefrologers deltakelsen på EDTA møtet i

år synes å bli atskillig lavere enn i fjor. Kanskje kan dette delvis være en reaksjon på at vi ikke fikk arrangementet i år 2000, kanskje delvis også grunnet kollisjon med verdenskongressen i hypertensjon i Amsterdam. Så det er ikke bare hypertensjonsforeningen og vår forening som er klønede og legger møter på kollisjonskurs. København fikk forøvrig EDTA arrangementet i 2002, så nå tror jeg min generasjon kan glemme ideen om et norsk arrangement. Jeg gleder meg i alle fall til EDTA møtet og ser frem til å møte dere i Rimini.

Samarbeidsmøtet og årsmøte blir fredag 13/11-98 og alle nefrologene vil bli invitert til middag og overnatting. Sett av dagene!

Foreningen blir 25år!

Vår forening blir 25 år våren 1999. Dette har vi tenkt å feire. Alle personer som var involvert i opprettelsen av vår forening er fortsatt høyst oppegående og vil selvsagt bli fokusert ved jubileumsfeiringen. Vi har ikke foreløpig bestemt hvordan jubileet skal markeres, det ville være fint med noen forslag fra medlemmene. Kan dere ikke for en gangs skyld finne på noe, gjerne noe utenom det vanlige. Det gjelder både omfang, location og innhold, men ikke stil for den blir bra i alle fall!

Formannen

klikk deg bare inn på Internett, adressen er: <http://pc-33-85.his.no> og du har tilgang på foreningens hjemmeside.

Inne i bladet:

Redaktørens spalter	2
Transplantasjonshistorikk	3-4
Nyhedsbrev fra EDTA/ERA	5-7
Nefrologiregisterets spalter	8-10
Diabetes- referat SSD møte	10-11
Erythropoietin- møterefater	11-14
Styremøterefater	15-16
Møtekalender for nefrologer	17
Berliner dialyseseminar	17

Redaktørens spalter

| dette nummerer som er årets første og må betraktes som en forsinket påskeutgave har vi fått en del stoff i form av referater som jeg synes gir en fin faglig oppdatering. Det krever imidlertid at referatene er vel bearbejdet, noe jeg synes innleggene denne gang bærer preg av. All honnør for innsatsen.

Vi mottar imidlertid også annet stoff, praktiske tips i hverdagen, nye forslag til rutiner, ytringer om arbeidssituasjonen, om ubesatte stillinger osv.

Norsk nefrologiregister

Denne gangen får vi en nær komplett oversikt for aktiviteten i 1997, som vi alle har hatt følelsen av er den igjen øket med ny rekord med tanke på nye pasienter tatt i behandling. Det er viktige tall, for å hamle opp med dette og det stadig økende antallet dialysepasienter må virksomheten opprustes, det vil si tilføres resurser.

Transplantasjonshistorikk

Torbjørn Leivestad gir en fin oversikt over transplantasjonshistorien i en kortversjon. Det er interessant lesing. Det er utrolig hvilke metoder man brukte for å finne best egnete gaver før vevstypingen ble etablert.

Nyhetsbrev fra EDTA/ERA

Her får vi vite litt om EDTA kongressene og om medlemsbladet Nephrology Dialysis and Transplantation. Det var overraskende for meg at American Medical Association hadde evaluert EDTA møtet i Geneve og ASN i San Antonio og funnet at EDTA møtet holdt høyest vitenskapelig standard! Dette forteller vår danske referent. Det er verd å merke seg at EDTA er i fremmarsj.

Diabetesreferat fra SSD

Trond Jenssen gir en kort oversikt over nye data fra den skandinaviske diabeteskongressen. Det kommer stadig nye data på betydningen av Transforming growth factor beta i patogenesen av nefropatien.

Referat fra Erythropoietinmøte

Jøran Hjelmesæth gir et meget fylldig referat fra EPO møte på Jreta. Han kan ikke ha hatt mye tuid til å se seg om utenfor forelesningssalen, men det går jo ellers billige charterturer dit, så det kan han ta igjen senere. Referatet fra en rekke work-shops blir gitt, det er en omfattende review som dekker de fleste aspekter ved epo behandlingen. De fleste synes å gå i retning av høyere Hb mål enn tidligere for dialysepasienter, kanskje 12g% heller enn 11g%. Dette referatet er fylldig og nyttig lesning for alle som behandler nyreviktpasienter.

Foreningsaktivitet

Hvis du er interessert i hva som skjer i foreningens regi kan du lese dette gjennom styremøtereferater fra november og februar i dette nummeret av Forum.

Jeg vil minne om 25 årsjubileet neste år, vi bør sannsynligvis lage en markering av dette i april/mai neste år-du kan være medbestemmende hvis du gir styret signaler om hva du ønsker!

*Nefrologisk
Forum:*

*Medlemsblad
for norsk
nyremedisinsk
forening*

*Opplag 200
eksemplarer*

*Redigert i MS
Publisher*

*Kopiert og
distribuert av
MSD Norge A/S
til foreningens
medlemmer*

*Redaktør:
Anders
Hartmann
med.B. RH
0027 Oslo
Tlf 22868322*

*e-mail:
ahartman@
online.no*

*I redaksjonen
Gerd Berentsen
Trond Jenssen
Ingrid Os
Einar Svarstad*

Det ligger en innbetalingsblankett vedlagt dette nummer av Nefrologisk Forum.

Årskontingenten for 1998 er som før

kr 150-

for vanlige medlemmer
Vennligst benytt denne for innbetaling av kontingenten før sommeren!

Hva vet norske nefrologer om norsk transplantasjons-historie?

Ved mange anledninger - og senest i Rikshospitalets Årsmelding 1997 - er det blitt servert feilaktige opplysninger om når og hvor norsk transplantasjonshistorie startet. I 1992 hadde bioingeniørenes fagblad en artikkel om nyretransplantasjoner. De historiske opplysninger som ble gitt der opprørte en gammel og syk Christian Cappelen så sterkt at han sendte meg en del data om de første transplantasjoner ved RH og ba meg skrive en beriktigelse. Basert på hans opplysninger og et par artikler i Tidsskriftet om de første transplantasjoner ved Ullevål laget jeg en side i Bioingeniøren (nr 9, 1992). Denne har jeg delt ut til noen interesserte, men noen punkter kan vel forsvare en plass i Nefrologisk forum også.

Den første nyretransplantasjon

Det første (og mislykkede) forsøk på nyretransplantasjon hos menneske skal ha blitt gjort i Sovjet i 1936 av Voronoy. Ullman i Wien publiserte hundeforsøk alt i 1902, og Ragnvald Ingebrigtsen som i en årrekke var sjef for kirurgisk avdeling B på Rikshospitalet, hadde også publikasjoner om slike forsøk. Men den første lang tids vellykkede nyretransplantasjon skjedde i Boston 23. desember 1954. Nøkkelen til suksess var at pasienten hadde en frisk enegget tvillingbror. Immunologisk forkastelse var et erkjent fenomen, man hadde ingen klinisk egnet metode til å forebygge eller behandle forkastelsen. Men man visste at eneggede tvillinger ikke forkastet hverandres hud og fikk rett i at de også aksepterte hverandres nyrer.

Første forsøk i Norge

I 1956 måtte man på kirurgisk avdeling A på Rikshospitalet fjerne gjenværende nyre på en pasient med nyrebekkenecancer. Noen lang tids dialysemulighet fantes ikke den gang, så Leif Efskind og hans medarbeidere utførte Norges (og Nordens) første nyretransplantasjon. Til tross for ABO uforlikelighet (pas var A og donor B) fremgår det at

pas. levde i en måned og fikk 'hjerrestans under revisjon'. Neste transplantasjon skjedde i 1960 på en ung pasient med sjokknyre og resulterte i sepsis etter knapt tre uker. De tre første familietransplantasjoner i 1960, 61 og 62 endte alle med forkastelse og død etter to til seks uker. Hva slags immunsuppresjon man evt. brukte fremgår ikke. Og noen vevstyping eller crossmatch til hjelp hadde man ikke.

Bedret immunsuppresjon- Azathioprin

I begynnelsen av 60-årene kom azathioprin som noe av en revolusjon innen immunsuppresjon. Da Ullevål sykehus i 1963 hadde en uremipasient med to friske foreldre som ønsket å være donor hentet man en kirurg fra Boston. Ettersom azathioprin ikke var på markedet i Norge bragte kirurgen det nødvendige med seg. Og Ole Jacob Malm gjorde 'the third man test' for å selektere den best egnede donor. Først transplanterte han en hudbit fra pasienten til sin egen underarm. Da han vel hadde forkastet den, fikk han satt på seg en hudbit fra far og en fra mor og regnet at den av disse som fortest ble forkastet hadde størst immunologisk likhet med pasienten. Heldigvis har man fått mer raffinerte og mindre risikable teknikker siden den gang! Det hører med til historien at senere vevstyping viste at moren var HLA homozygot (og må ha vært hva vi i dag kaller en 0-0 match). Hennes nyre ble transplantert 5. november 1963 og fungerte utmerket til pasientens død i 1985, donor døde 92 år gammel i 1994. Dette var dermed den første lang tids vellykkede nyretransplantasjon i Norge.

Fra 1964 gjorde teamene både ved Ullevål og RH en del transplantasjoner med vekslende hell. Spesielt kan nevnes en 8-åring som fikk en nekronyrene ved RH i 1964. Denne fungerte i nær tre år, før den sviktet i etterforløpet av en infeksjon. Da ble hun, som den første i Norge transplantert for andre gang. Hun fikk en ABO uforlikelig nekronyrene, men døde med nyresvikt og hjerneblødning etter 8 måneder. Nevnes kan også at Ullevål skal ha sin del av æren for gjeldende norsk rekord i transplantatoverlevelse: en mann som i februar 1966 fikk en nyre fra sin HLA-identiske søster og fortsatt har god funksjon.

«Det første (og mislykkede) forsøk på nyretransplantasjon hos menneske skal ha blitt gjort i Sovjet i 1936 av Voronoy»

«Leif Efskind og hans medarbeidere utførte Norges (og Nordens) første nyretransplantasjon»

Transplantasjonsprogrammet

Først i 1969 ble det etablert et organisert transplantasjonsprogram i Norge, med Audun Flatmark som hoveddrivkraft. Samme år kom Scandiatransplantsamarbeidet med felles ventelister og organisert organutveksling igang. Ullevål dekket Oslo (og litt til i henhold til gammel henvisningspraksis), mens RH (hvor transplantasjonene etter hvert ble flyttet over fra Kir.A til Kir.B) skulle dekke behovene for resten av landet. Og det ble etablert dialyseenheter rundt ved sentralsykehusene, med tanke på at dialyse og transplantasjon skulle være et integrert behandlingstilbud.

Transplantasjon av flere organer

I 1983 kom cyklosporin til Norge, og etter dette ble nyretransplantasjonene samlet på RH. Den første kombinerte nyre- og pancreastransplantasjon ble gjort i juni 1983, i november 1983 ble den første hjertetransplantasjon i Norge (og Norden) gjort på kirurgisk avdeling A på Rikshospitalet, den første leveren ble satt inn i 1984 og den første lungen i 1990. Benmargstransplantasjon kom igang i 1981, men først fra omkring 1990 da man også begynte å bruke ubeslektet donor ble det fart på saken.

I 1997 ble det utført 180 nyretransplantasjoner, derav 112 fra død giver og 68 fra levende giver; en pancreas (kombinert med nyre); 18 levertransplantasjoner; 24 hjertetransplantasjoner; 13 lungetransplantasjoner og 36 benmargstransplantasjoner, derav 13 med ubeslektet giver.

Forfatteren:

Torbjørn Leivestad
er nefrolog, overlege ved
ITI på Rikshospitalet, men
mest kjent av de fleste som
den drivende kraft i norsk
nefrologiregister

Se forøvrig registerets
egne spalter

*«Først i 1969
ble det etablert
et organisert
transplantasjon
sprogram i
Norge, med
Audun
Flatmark som
hoveddrivkraft»*

Som dere hørte i forrige nummer, er det mer historisk stoff i vente. Lars Westli har med støtte fra styret gått i gang med å samle stoff til en oversikt over nefrologiens og vår fagforenings historie i Norge, fra den spede begynnelse til idag. Vi gleder oss til dette. Det er et prisversdig arbeid som forhåpentlig kan presenteres i forbindelse med 25-års jubileet for foreningen.

Redaktoren

Nyhedsbrev vedrørende ERA-EDTA

ERA-EDTA's kongresser

Kongressen i Rimini 6. - 9. Juni 1998

Der er indkommet 1563 abstracts. De forskellige abstracts er bedømt efter det sædvanlige system med mange reviewere til hvert abstract, som så gradueres fra 1 til 10. Den efterfølgende computerbehandling giver hvert abstract en middelscore. De abstracts, der får højeste score, antages til foredrag i sessionerne "Free communications". Den gruppe, der får næsthøjeste score, antages til posterpræsentation.

Ved Rimini-kongressen vil der være 21 symposier, 4 gæsteforelæsninger, 2 diskussioner af typen pro et contra, 28 sessioner med frie foredrag, 3 CME samt Training Course in Nephrology à 11/2 dags varighed før kongressen. Desuden vil der være nogle satellitmøder.

Generelt om ERA-EDTA-kongresserne

Antallet af tilsendte abstracts fra Middelhavslandene og Østeuropa er stabilt, mens antallet af abstracts fra Vest- og Nordeuropa er faldet sammenlignet med Amsterdam-kongressen 1996.

Vest- og Nordeuropæiske lande har sendt videnskabelige meddelelser til ASN-mødet i San Antonio 1997 i større grad end til Rimini 1998. Ratioen er ca. 3-5:1.

Det er ganske interessant, at den videnskabelige kvalitet af de store kongresser i 1997, ASN i San Antonio og ERA-EDTA i Geneve, blev analyseret af The American Medical Association, og dette resulterede i 29 credits til Geneva versus 26 til San Antonio!

Amsterdam-kongressen i 1996 har fået megen ros generelt, men specielt postersessionen var god og klart bedre end tidligere. Det er idéen at styrke postersessionen i Rimini, blandt andet med chairmen til postersessionen nogenlunde som ved ISN i Sidney 1997, hvor 2 chairmen fik tildelt et fast antal posters og drøftede videnskabelige resultater med forfatteren og andre interesserede. Større fora og mikrofoner og højtaltare i postersalen er næppe hensigtsmæssige.

Training Course in Nephrology

Det første kursus blev afholdt ved kongressen i Geneve. Det fik en meget fin kritik ved evalueringen bagefter, dels ved skriftlig evaluering via spørgeskemaer udfyldt af kursusdeltagerne, dels baseret på udtalelser fra observatører fra ERA-EDTA.

Der er derfor planlagt nyt Training Course både ved Rimini-kongressen og ved Madrid-kongressen. Det er selvfølgelig tilfredsstillende. Training Course har været et Nordeuropæisk fingeraftryk.

Fremtidige kongresser

Det er aftalt, at de følgende kongresser afholdes på følgende tidspunkter:

Madrid	5. - 8. September 1999
Nice	18. - 21. September 2000
Wien	2. - 5. Juli 2001
København	7. - 10. Juli 2002
Berlin	9. - 12. Juni 2003

Jeg er meget ked af, at det ikke lykkedes at få kongressen til Oslo i år 2000. Jeg har arbejdet hårdt på dette. ERA-EDTA kontoret i Parma lavede en sammenlignende analyse mellem kongresfaciliteter i en række store byer i Europa, og Council besluttede herefter, at kongressen skulle være i Nice. Jeg mente ved den lejlighed, at nefrologerne fra Norge havde præsenteret meget god dokumentation for tilfredsstillende faciliteter og interesse i Oslo, men jeg var den eneste, der stemte for Oslo, idet analysen fra Parma blev tillagt stor vægt i argumentationen.

Efterfølgende blev 3 andre kongressteder valgt som ovenfor anført, idet kongressen i år 2003 vil være et fællesmøde mellem ERA-EDTA og ISN.

Programudvalg for kongressene

Fra 1999 vil 50% af medlemmerne i "Scientific Board" ved kongresserne være fra andre lande end værtslandet. Dette for at opnå større bredde og ekspertise ved programplanlægningen.

Kongresrejser og hoteller

ERA-EDTA vil i samarbejde med en international rejsearrangør tage sig af booking af kongreslokaler, hoteller og transport til kongresbyen. Dette fungerede

"Det første kursus blev afholdt ved kongressen i Geneve. Det fik en meget fin kritik ved evalueringen"

Den videnskabelige kvalitet blev analyseret af The American Medical Association, 29 credits til Geneva (EDTA) versus 26 til San Antonio (ASN)

første gang ved kongressen i Geneve 1997 og vil være et tilbud fremover. Det har vist sig at være omkostningsreducerende, hvis kongresdeltagerne tager en såkaldt "pakkeløsning", men selvfølgelig kan hver enkelt rejse efter eget valg og behov.

Nephrology Dialysis Transplantation

NDT er blevet et godt tidsskrift. En rapport over tidsskriftets aktiviteter er beskrevet i NDT 1998; 13: 1-4 og NDT 1997; 12: 2792. Oplaget er aktuelt 5.500.

I midten af 1999 skal en ny Editor-in-Chief tiltræde for NDT. Der skal selvfølgelig være en gradvis overtagelse af jobbet, og der er i øjeblikket et arbejde i gang med at finde egnede og interesserede kandidater.

ERA-EDTA Registry i London

Registrets funktion har været meget utilfredsstillende i den tid, jeg har været i Council. Årsagen er vistnok at finde tilbage omkring 1990, men jeg kender ikke detaljerne i dette. Det er forsøgt at bringe registret i funktionsduelig stand i løbet af de seneste år, blandt andet med anskaffelse af nyt materiel, udarbejdelse af nyt software og ansættelse af en manager, der skulle have den praktiske ledelse af kontoret i London. Council har et udvalg, Scientific Advisory Board, som skal rådgive om de registreringsopgaver og videnskabelige aktiviteter, der skal foregå, men det er naturligvis svært at foretage sig noget, når hverken hardware eller software fungerer, som det skal.

Det er en kendsgerning, at der er ofret mange ressourcer på at få registret til at fungere, og registret har konstant dræneret voldsomt i ERA-EDTA's kasse. Organisationen har overlevet økonomisk på grund af indtægter fra kongresserne og fra medlemskontingenter.

Jeg har sammen med Eberhard Ritz foreslået, at man i registret tog ved lære af de nationale registre, som har vist sig at fungere godt. Dette er blandt andet tilfældet for de nordiske registre. Præsidenten for ERA-EDTA vil forsøge at bringe registret i orden i løbet af de næste få måneder ved hjælp af en fransk

computereksperter. Men herudover er det planen at invitere koordinatorene for registret til mødet i Rimini og så trække mere på andre succesrige registres erfaring med dataindsamling og håndtering. Desværre ved jeg ikke helt, hvordan forløbet vil være. Jeg håber, at koordinatorene fra de nordiske lande vil kunne være tilstede ved mødet.

Det er mit synspunkt, at man skal stoppe med at sende gode penge efter dårlige penge, og at man nu må få registret i gang på et basalt plan, som så senere kan udbygges, og at man skal trække på den viden, der er opbygget i de velfungerende nationale registre.

Uddannelsesaktivitet i Øst-Europa

ERA-EDTA har arrangeret en række sommerskoler og vinterskoler forskellige steder i Østeuropa. Denne aktivitet er planlagt til at fortsætte i de kommende år.

ERA-EDTA's Organisation og økonomi

ERA-EDTA er fra 1997 en europæisk organisation, som nu har basis i England, et councilmøde om året skal afholdes dér.

Det var tilfredsstillende, at der forelå et regnskab for 1997 til councilmødet i marts 1998, og at det var udarbejdet af et revisionsfirma i England. Det er en klar og nødvendig forbedring i forhold til tidligere.

Det var også tilfredsstillende, at der forelå en rapport fra The Chief Controller om organisationen til marts-mødet i London 1998. Også en klar og nødvendig forbedring i forhold til tidligere.

ERA-EDTA's økonomi er dårlig. En væsentlig årsag er de store udgifter til registret i London. For disse penge har ERA-EDTA's medlemmer ikke fået noget de senere år, og det er meget utilfredsstillende. Jeg håber, at dette problem kan løses, jfr. punkt 3 ovenfor.

Antallet af medlemmer er nu 4.866.

«Jeg har sammen med Eberhard Ritz foreslået, at man i registret tog ved lære af de nationale registre, som har vist sig at fungere godt»

Samarbeid med andre Videnskabelige selskaber

Det var den tidligere præsident Jacques Bernheim's idé, at der skulle arrangeres møder med International Society of Hypertension, International Society of Organ Transplantation, European Society of Pediatric Nephrology m. fl.. Det har imidlertid vist sig, at der ikke var generel interesse for at arrangere sådanne meget store møder.

Valg af nye councilmedlemmer

Der er opstillet 4 kandidater til valg til council ved Rimini-kongressen: F. Locatelli (Italien), J. Silver (Israel), J. M. Morales (Spanien) og A. J. Wiesek (Polen).

Hermed mange venlige hilsener til nefrologerne i Norden.

Nyhedsbrevet er fra Nordens
representant i EDTA Council

Erling Bjerregaard Pedersen
Professor i nefrologi ved
Aarhus Universitet
Adm. overlæge, dr. med.,
Medicinsk Afdeling,
Holstebro Centralsygehus

Adresse:
Medicinsk Afdeling
Holstebro Centralsygehus
Lægaardsvej 12
7500 Holstebro
Danmark

Tlf. +45 99 12 57 04
Fax +45 99 12 57 02

**Du kan være med å
bestemme hva slags
arrangement vi skal
ha i forbindelse med
25 års jubileet.**



**Du kan skrive i Ne-
frologisk forum**



**Du kan be styret i
foreningen ta opp
saker som du brenner
for**

**Men, du må ta initia-
tivet selv!**



**Husk forresten å be-
tale medlemsavgiften
på vedlagte
innbetalingslipp**

**Årsavgiften er kr
150- for vanlige
medlemmer også for
1998**

Nefrologiregisterets spalter

Oversikt for 1997

Vi er nå så langt inne i 1998 at det vel ikke kan ventes rapporter som vil endre 1997-statistikken. Tabellen er litt endret siden Rørosmøtet - og ikke alle var der. Så her kommer en endelig versjon:

	Nye Uremipasienter behandlet i 1997				Pasienter i behandling pr 1/1.98			
	HD	PD	Pre-dial	Alle	HD/HF	PD	Graft	Alle
Tromsø	21	1	1	23	22	6	100	128
Bodø	14	1	0	15	23	4	92	119
Levanger	6	0	0	6	13	0	37	50
Trondheim	21	3	3	27	35	8	130	173
Ålesund	18	2	0	20	35	0	97	132
Førde	8	0	2	10	11	0	25	36
Bergen	30	4	4	38	35	5	164	204
Stavanger	18	3	3	24	22	5	124	151
Kristiansand	14	0	2	16	17	0	71	88
Arendal	3	0	1	4	3	0	31	34
Skien	11	1	0	12	23	1	67	91
Tønsberg	15	0	5	20	20	0	87	107
Drammen	15	6	2	23	17	10	76	103
Lillehammer	13	4	2	19	17	10	70	97
Elverum	14	0	1	15	10	0	50	60
Fredrikstad	17	1	6	24	24	2	95	121
Ullevål	6	20	8	34	23	24	168	215
RH/SiA	22	5	6	33	29	7	217	253
SUM	266	51	46	363	379	82	1701	2162

Det ble tatt flere nye i behandling enn noe tidligere år - 1995 hadde den gamle årsrekorden med 344 nye. Dialysepopulasjonen økte igjen, med 8,5% siden forrige årsskifte. Og antallet hemodialyser økte med 6,2% (1996-tallet var 52062 - fjorårets Forum-tabell inneholdt dessverre en trykkfeil for Skien og dermed også for totaltallet).

Antallet predialytisk transplanterte var klart høyere enn forrige års bedrovelige 30, men har vært høyere i fire tidligere år. Toppen var i 1995 med 53. Totalt ble det i 1997 gjort 180 nyretransplantasjoner, en liten nedgang for fjerde år på rad! Ventelisten pr årsskiftet var økt med

15 fra ifjor, til 134. Og i skrivende stund er den på ca 140 til tross for at det i årets fire første måneder er gjort 80 transplantasjoner. Kir.B og Nyreseksjonen har fått kjørt seg, det er ikke bare ditt senter som 'drukner'! Og intet tyder på at noen kan se frem til å hvile på sine laurbær heller. I de samme fire måneder har nemlig registeret fått melding om 123 nye pasienter i behandling. Ettersom ikke alle nefrologer er like opptatt av å sørge for umiddelbar melding til registeret er vel det reelle tallet minst 150? Skal vi tro at vi kommer opp i 100 nye i RRT pr. mill. år? Og til 50 transplantasjoner pr. million?

Det er naturligvis morsomt med rekorder, kanskje mer for den som driver registeret enn for de som må holde for i det daglige? For det kan ikke være tvil om at arbeidsmengden stadig øker. Fra jan.95 til siste årsskifte har dialysepopulasjonen økt med 31% og tx-populasjonen med 17%. Hvor mange flere leger og sykepleiere i nefrologisk virksomhet har det blitt i denne tiden?

Av alle nye tatt i behandling i 1997 var det 106 (29,2%) som ikke ble ansett som tx-kandidater. Det er høyeste tall og andel i noe år til nå. Likevel var det ved årsskiftet ikke flere av dialysepasientene som ikke ble ansett aktuelle for transplantasjon enn det var ifjor. Total dødelighet i uremibehandling var 10,3%, omtrent som tidligere år. De som døde var i alder fra 25 til 89 år, median 70,2 og gjennomsnitt 67,2 år.

Årsskjemaer for 1997

Skjemaer begynte å strømme inn i god tid før årsskiftet. Jeg har lest korrektur, gjort kodinger og ved behov returnert skjemaer til dere for komplettering. Sigrun Hoel på Nyreseksjonen registrerer alt på EDB (unntatt alle tilleggsopplysninger, understekninger og annet som ikke er bedt om og som ikke registreres eller bearbeides. Innen fristen hadde vi fått inn skjema på 90,4% av dialysepasientene og 82,5% av tx-pasientene, totalt 84,2%. Ifjor var vi godt over 90% på samme tid!! En bunke skjemaer innløpt etter påske vil øke prosenten.

Nefrologiregisterets spalter

Oversikt for 1997

Vi er nå så langt inne i 1998 at det vel ikke kan ventes rapporter som vil endre 1997-statistikken. Tabellen er litt endret siden Rørosmøtet - og ikke alle var der. Så her kommer en endelig versjon:

	Nye Uremipasienter behandlet i 1997				Pasienter i behandling pr 1/1.98			
	HD	PD	Pre-dial	Alle	HD/HF	PD	Graft	Alle
Tromsø	21	1	1	23	22	6	100	128
Bodø	14	1	0	15	23	4	92	119
Levanger	6	0	0	6	13	0	37	50
Trondheim	21	3	3	27	35	8	130	173
Ålesund	18	2	0	20	35	0	97	132
Førde	8	0	2	10	11	0	25	36
Bergen	30	4	4	38	35	5	164	204
Stavanger	18	3	3	24	22	5	124	151
Kristiansand	14	0	2	16	17	0	71	88
Arendal	3	0	1	4	3	0	31	34
Skien	11	1	0	12	23	1	67	91
Tønsberg	15	0	5	20	20	0	87	107
Drammen	15	6	2	23	17	10	76	103
Lillehammer	13	4	2	19	17	10	70	97
Elverum	14	0	1	15	10	0	50	60
Fredrikstad	17	1	6	24	24	2	95	121
Ullevål	6	20	8	34	23	24	168	215
RH/SiA	22	5	6	33	29	7	217	253
SUM	266	51	46	363	379	82	1701	2162

Det ble tatt flere nye i behandling enn noe tidligere år - 1995 hadde den gamle årsrekorden med 344 nye. Dialysepopulasjonen økte igjen, med 8,5% siden forrige årsskifte. Og antallet hemodialyser økte med 6,2% (1996-tallet var 52062 - fjorårets Forum-tabell inneholdt dessverre en trykkfeil for Skien og dermed også for totaltallet).

Antallet predialytisk transplanterte var klart høyere enn forrige års bedrovelige 30, men har vært høyere i fire tidligere år. Toppen var i 1995 med 53. Totalt ble det i 1997 gjort 180 nyretransplantasjoner, en liten nedgang for fjerde år på rad! Ventelisten pr årsskiftet var økt med

15 fra ifjor, til 134. Og i skrivende stund er den på ca 140 til tross for at det i årets fire første måneder er gjort 80 transplantasjoner. Kir.B og Nyreseksjonen har fått kjørt seg, det er ikke bare ditt senter som 'drukner'! Og intet tyder på at noen kan se frem til å hvile på sine laurbær heller. I de samme fire måneder har nemlig registeret fått melding om 123 nye pasienter i behandling. Ettersom ikke alle nefrologer er like opptatt av å sørge for umiddelbar melding til registeret er vel det reelle tallet minst 150? Skal vi tro at vi kommer opp i 100 nye i RRT pr. mill. år? Og til 50 transplantasjoner pr. million?

Det er naturligvis morsomt med rekorder, kanskje mer for den som driver registeret enn for de som må holde for i det daglige? For det kan ikke være tvil om at arbeidsmengden stadig øker. Fra jan.95 til siste årsskifte har dialysepopulasjonen økt med 31% og tx-populasjonen med 17%. Hvor mange flere leger og sykepleiere i nefrologisk virksomhet har det blitt i denne tiden?

Av alle nye tatt i behandling i 1997 var det 106 (29,2%) som ikke ble ansett som tx-kandidater. Det er høyeste tall og andel i noe år til nå. Likevel var det ved årsskiftet ikke flere av dialysepasientene som ikke ble ansett aktuelle for transplantasjon enn det var ifjor. Total dødelighet i uremibehandling var 10,3%, omtrent som tidligere år. De som døde var i alder fra 25 til 89 år, median 70,2 og gjennomsnitt 67,2 år.

Årsskjemaer for 1997

Skjemaer begynte å strømme inn i god tid før årsskiftet. Jeg har lest korrektur, gjort kodinger og ved behov returnert skjemaer til dere for komplettering. Sigrun Hoel på Nyreseksjonen registrerer alt på EDB (unntatt alle tilleggsopplysninger, understekninger og annet som ikke er bedt om og som ikke registreres eller bearbeides. Innen fristen hadde vi fått inn skjema på 90,4% av dialysepasientene og 82,5% av tx-pasientene, totalt 84,2%. Ifjor var vi godt over 90% på samme tid!! En bunke skjemaer innløpt etter påske vil øke prosenten.

Nefrologiregisterets spalter (forts.)

Behandlinger i 1997			Døde i 1997		Antall ikke aktuelle for transplantasjon							
	HD to- talt	Plas- mautsk	Annet	Dia- lyse	Tx- pas.	Totalt	Alder	Malign	Grunn- lidelse	Mis- liker tx	Vil ikke	Annet
Tromsø	4187	46	0	16	1	12	1	2	9			
Bodø	3681	27	1	11	3	10	5					5
Levanger	1617	58	0	0	1	5	2		3			
Trondheim	5235	282	196	23	2	19	1	6	11			1
Ålesund	4423	16	0	10	4	17	6	2	4		3	2
Førde	1194	0	0	0	1	4	2	1	1			
Bergen	4747	271	119	17	5	16	8	1	7			
Stavanger	3518	73	0	16	0	15	7	1	2		1	4
Kristiansand	2083	20	0	5	4	5	1		4			
Arendal	507	30	0	1	1	0						
Skien	3166	32	0	11	4	6	1	1	2	1	1	
Tønsberg	2479	64	0	9	5	7	4					3
Drammen	2693	8	0	13	3	5		2	2		1	
Lillehammer	2676	43	0	10	4	8	1	1	6			
Elverum	1718	0	0	7	5	1	1					
Fredrikstad	3168	143	0	9	6	7	1		5			1
Ullevål	3515	6	0	9	3	7	2	3			2	
RH/SiA	4700	150	0	16	15	8	2	1			1	4
SUM	55307	1269	316	183	67	152	45	21	56	1	9	20

Men fortsatt mangler opplysninger om over 200 personer - sitter DU på noen av dem? Så snart Sigrun har fått 'etternølerne' på plass vil de som 'skylder' rapporter kunne vente seg en purreliste. Jeg skulle ønske vi kunne oppnå nær 100% rapportering innen utgangen av mars, hvert år. Dere kan trygt regne med at jeg kommer til å fortsette å mase!

Refleksjoner i elfenbenstårnet

Etter å ha lest flere meldeskjemaer enn de fleste gjør jeg meg jo visse refleksjoner, blant annet over utfyllerne. For det er jo tydelig at dere er forskjellige, med flere særtrekk enn bare håndskriften (og den spenner fra skjønnskrift til nær uleselige kråketær). Noen er tydelig svært nøye med å besvare alt og kanskje vel så det, noen er litt vel sparsomme med opplysningene. Skjemaene (både Årsskjema og Meldeskjema) er forsøkt lagd så selvforklarende og brukervennlige for utfyllerne som jeg (i samråd med endel av dere) har klart. I tillegg har jeg laget veiledninger. Jeg vet at alle kan lese, men undrer iblant på om utfylleren har tenkt over hva han leser,

hvilke opplysninger det egentlig spørres etter og hvordan opplysningene skal kunne brukes til noe fornuftig. Et eksempel er det jeg vil kalle 'pseudonøyaktighet' - som når man oppgir voksne personers vekt med desimal. Eller når skjemaet klart indikerer at man ønsker døgndosen av et medikament - da er det overflødig, arbeidsskapende og øker risiko for feilregistrering når du skriver '150+100', '100x2' eller '100/75 annenhver dag'. Idag går jeg personlig gjennom alle skjemaer, tolker tvetydigheter og uklarheter etter beste skjønn og stryker det som ikke skal registreres (som f.eks ikke-sykehustrengende infeksjoner og hvilket statinpreparat). Med endel opplæring ville en sekretær kunne greie det meste av den jobben, men slett ikke alt. Ideelt sett burde utfylte skjemaer fra dere kunne leses rett inn i databasen, uten å trenge manuell bearbeidelse. Foreløbig er det helt urealistisk. Jeg er sikker på at meldeskjemaene kan forbedres, at endel spørsmål kunne vært endret eller droppet og at andre data kunne vært vel så opplysende å samle på.

Nefrologiregisterets spalter (forts)

Hvilke oversikter og statistikker kunne dere ønske utover de jeg mer rutinemessig lager? Råd og meninger etterlyses herved!

I mellomtiden: Har du liggende u-utfylte Årsskjema 1997 for noen av dine pasienter: fyll ut og send inn! Har du meldeskjemaer av årgang 1997 (eller eldre) liggende: kast dem og bruk årets versjon! Har du umeldte nye pasienter i behandling: gjør noe med det NÅ!

Torbjørn

Torbjørn Leivestad er nefrolog og immunolog og er som de fleste vet overlege på Institutt for Transplantasjonsimmunologi.

Torbjørn er styreformann og daglig leder av norsk nefrologiregister.

Uten Torbjørn- intet register

Uten skjemaer fra nefrologene- intet register

Garbage in = garbage out
Quality in = quality out

SCANDINAVIAN SOCIETY FOR THE STUDY OF DIABETES Helsingør, 24.-26. APRIL, 1998

Årets skandinaviske diabetes-kongress hadde samlet drøyt 200 deltakere, og 74 abstract ble presentert. Det foregår en del interessante ting innen forskning på diabetes-nefropati. Jeg skal her referere noen av de presenterte materialene.

Betydningen av TGF-beta

Dyreeksperimentelt omtales ofte betydningen av vekstfaktorer og cytokiner for utvikling av den diabetiske nyreskaden. Krag og Bach fra Aarhus hadde studert en transgen musemodell med overekspressjon av TGF-beta. Tidligere har man i denne modellen påvist typiske mesangiale forandringer som ved diabetes nefropati. Denne gangen rapporterte Krag og Bach at overekspressjon av TGF-beta også medførte fall i nyrefunksjon og kvantitativ økning i albuminuri (1). Ruth Østerby og medarbeidere kunne i samme type modell vise at allerede hos 1 måned gamle transgene mus var den mesangiale volumfraksjonen forøket (2).

Hill og medarbeidere presenterte et arbeid som støtter hypotesen at den gunstige effekten av ACE-hemmere ved diabetes nefropati virker over TGF-beta eller dets reseptorer. Hos streptozotocin-behandlede diabetiske rotter forhindret enalapril renal hypertrofi og stigende proteinuri. Denne effekten av enalapril var relatert til avtagende immunoreaktivitet i TGF-beta type II receptoren hos enalapril-behandlede dyr, mens den økte hos ubehandlede dyr (3). For de som mener at dette primært er et veterinær-medisinsk poeng, vil jeg minne om en substudie fra Lewis-studien presentert ved ASN i fjor, som viste at de diabetikerne som hadde gunstig renal effekt av ACE-hemmerbehandling hadde samtidig et fall i sirkulerende TGF-beta, i motsetning til ikke-responentene.

Veksthormonantagonister

En nylig utviklet veksthormon-receptor antagonist (G120K-PEG) er under klinisk utprøving i U.S.A. Denne antagonisten har vært utprøvd i fase 1 studier i Aarhus, Danmark. Allan Flyvbjerg rapporterte at nyre- og glomerulærvolumet normaliserte seg og proteinurien avtok hos streptozotocin-behandlede mus som fikk denne antagonisten. Derimot skjedde det ingen ting med kroppsvekt, blodglukose og serumnivå av veksthormon, IGF-1 og IGF-3 (4). Dette tyder på at antagonisten i riktig dosering har nyreprotektiv effekt uten metabolske bivirkninger av betydning.

Nefropati ved type 2 diabetes

Christensen og medarbeidere rapporterte at av 34 konsekutive type II diabetikere med albuminuri > 300 mg / 24 timer, hadde 26 diabetisk og 8 ikke-diabetisk

glomerulopati. Fall i nyrefunksjon vurdert over 8 år var raskere ved diabetisk (5.6 ml/min/år) enn ved ikke-diabetisk (2.5 ml/min/år) nefropati (5). Dette har tidligere vært rapportert også ved ASN. Det samme er tilfelle for et arbeid som viste at kardiovaskulær sykkelighet og dødelighet var overrepresentert hos foreldre av type I diabetikere med nefropati (6), samt et arbeid som viste at pasienter med diabetisk nefropati uten fysiologisk fall i blodtrykket om natten, hadde høyere noradrenalin-speil enn tilsvarende pasienter med intakt fall på trykkkurven om natten (7).

Referanser:

1. Krag, S. & Bach, L. Transforming growth factor-beta1 induces kidney changes that resembles diabetic nephropathy - a transgenic model. *Eur J Endocrinol* 1998, 138 (Suppl 1), 13.
2. Osterby, R., Nielsen, C., Wogensen, L. Glomerular ultrastructure in 1 month transgenic mice with over-expression of TGF-beta 1. *Eur J Endocrinol* 1998, 138 (Suppl 1), 17.
3. Hill, C., Logan, A., Sheppard, M.C., Grønbaek, H., Flyvbjerg, A. Effect of ACE-inhibition on renal TGF-beta type II receptor expression in experimental diabetes in rats. *Eur J Endocrinol* 1998, 138 (Suppl 1), 10.
4. Flyvbjerg, A., Bennett, W., Rasch, R., Kopchick, J.J., Scarlett, J.A. Effect of a long-acting growth hormone receptor antagonist (G120K-PEG) on renal enlargement, glomerular hypertrophy and urinary albumin excretion in experimental diabetes in mice. *Eur J Endocrinol* 1998, 138 (Suppl 1), 7.
5. Christensen, P.K., Gall, M.-A., Parving, H.-H. The course of glomerular filtration rate in albuminuric non-insulin-dependent diabetic (NIDDM) patients with or without diabetic glomerulopathy. *Eur J Endocrinol* 1998, 138 (Suppl 1), 6.
6. Tarnow, L., Fagerud, J., Rossing, P., Nielsen, F.S., Cambien, F., Parving, H.-H. Cardiovascular morbidity and early mortality clusters in parents of IDDM patients with diabetic nephropathy. *Eur J Endocrinol* 1998, 138 (Suppl 1), 21.
7. Hansen, H.P., Nielsen, F.S., Jacobsen, P., Rossing, P., Smidt, U.M., Christensen, N.J., Pevet, P., Vivien-roels, B., Parving, H.-H. Increased sympathetic activity during sleep and nocturnal hypertension in non-insulin-dependent diabetic patients with diabetic nephropathy. *Eur J Endocrinol* 1998, 138 (Suppl 1), 9.

Oslo, 20.05.98
Trond Jenssen

Referenten:

Trond Jenssen er nå ansatt som overlege på nyreseksjonen ved medisinsk avdeling B på Rikshospitalet. Og søringene vil gjerne ha det sånn.

Red.

Optimizing Anemia Therapy in CRF

2nd European Epoetin Symposium, Crete, Greece April 17-19 1998.

Ti norske nefrologer og 3 representanter fra Janssen Cilag deltok på dette symposiet som ellers samlet ca 500 deltakere hvorav ca 100 fra de nordiske land. Symposiet ble profesjonelt og elegant ledet av Eberhardt Ritz og Iain C Mcdougall. Ledende eksperter på temaet loset oss igjennom et meget sterkt faglig program som inkluderte konkrete forslag til »guidelines» i behandling av renal anemi. Spesielt inviterte autoriteter på sine områder deltok i Workshops før det offisielle møtet og refererte resultatene av sine diskusjoner i plenum der det også ble åpnet for debatt. Gjennom interaktiv kommunikasjon ble det gjennomført flere interessante spørreundersøkelser i løpet av møtet. John Stewart Cameron innledet med en fin historisk oversikt over utviklingen fra den første beskrivelsen av anemi ved kronisk nyresvikt (1836-40, forskere i England, Skottland og Frankrike uavhengig av hverandre) til man for mindre enn 20 år siden isolerte epo-genet, klonet og syntetiserte erythropoietin, heretter foreslått kalt epoetin. I november 1985 fikk den første pasienten epo (Seattle) og i 1998 ca. tre av fire dialysepasienter preparatet. Det første europeiske møtet av dette slaget ble holdt i Sevilla i 1994. Dette andre europeiske møtet vil ta for seg seks hovedtemaer hvor man vil forsøke å komme fram til enighet om retningslinjer.

Consequences of anemia in chronic renal failure

Chairman: Professor Johannes FE Mann
Anemi gir økt hjertefrekvens, økt slagvolum og dermed økt minuttvolum. Perifer vasodilatasjon skjer samtidig og blodtrykket er relativt uforandret. Korrigering av anemi med epo senker slagvolum og hjertefrekvens mens perifer motstand øker med tendens til høyere blodtrykk. Venstre ventrikkel hypertrofi (VVH) utvikles raskt når GFR faller og finnes hos ca 75% av pasienter med endestadie nyresykdom. VVH er som kjent assosiert med økt dødelighet, hjertesvikt og iskemisk hjertesykdom. To amerikanske retrospektive studier med h.v. 18.792 og 75.283 dialysepasienter har vist økt overlevelse ved høyere

Referenten:

Jøran Hjelmesæth er overlege på nyreseksjonen ved medisinsk avdeling på Vestfold Sentralsykehus

«Venstre ventrikkel hypertrofi utvikles raskt når GFR faller og finnes hos ca 75% av pasienter med terminal nyresykdom»

glomerulopati. Fall i nyrefunksjon vurdert over 8 år var raskere ved diabetisk (5.6 ml/min/år) enn ved ikke-diabetisk (2.5 ml/min/år) nefropati (5). Dette har tidligere vært rapportert også ved ASN. Det samme er tilfelle for et arbeid som viste at kardiiovaskulær sykkelighet og dødelighet var overrepresentert hos foreldre av type I diabetikere med nefropati (6), samt et arbeid som viste at pasienter med diabetisk nefropati uten fysiologisk fall i blodtrykket om natten, hadde høyere noradrenalin-speil enn tilsvarende pasienter med intakt fall på trykkkurven om natten (7).

Referanser:

1. Krag, S. & Bach, L. Transforming growth factor-beta1 induces kidney changes that resembles diabetic nephropathy - a transgenic model. *Eur J Endocrinol* 1998, 138 (Suppl 1), 13.
2. Osterby, R., Nielsen, C., Wogensen, L. Glomerular ultrastructure in 1 month transgenic mice with over-expression of TGF-beta 1. *Eur J Endocrinol* 1998, 138 (Suppl 1), 17.
3. Hill, C., Logan, A., Sheppard, M.C., Grønbaek, H., Flyvbjerg, A. Effect of ACE-inhibition on renal TGF-beta type II receptor expression in experimental diabetes in rats. *Eur J Endocrinol* 1998, 138 (Suppl 1), 10.
4. Flyvbjerg, A., Bennett, W., Rasch, R., Kopchick, J.J., Scarlett, J.A. Effect of a long-acting growth hormone receptor antagonist (G120K-PEG) on renal enlargement, glomerular hypertrophy and urinary albumin excretion in experimental diabetes in mice. *Eur J Endocrinol* 1998, 138 (Suppl 1), 7.
5. Christensen, P.K., Gall, M.-A., Parving, H.-H. The course of glomerular filtration rate in albuminuric non-insulin-dependent diabetic (NIDDM) patients with or without diabetic glomerulopathy. *Eur J Endocrinol* 1998, 138 (Suppl 1), 6.
6. Tarnow, L., Fagerud, J., Rossing, P., Nielsen, F.S., Cambien, F., Parving, H.-H. Cardiovascular morbidity and early mortality clusters in parents of IDDM patients with diabetic nephropathy. *Eur J Endocrinol* 1998, 138 (Suppl 1), 21.
7. Hansen, H.P., Nielsen, F.S., Jacobsen, P., Rossing, P., Smidt, U.M., Christensen, N.J., Pevet, P., Vivien-roels, B., Parving, H.-H. Increased sympathetic activity during sleep and nocturnal hypertension in non-insulin-dependent diabetic patients with diabetic nephropathy. *Eur J Endocrinol* 1998, 138 (Suppl 1), 9.

Oslo, 20.05.98
Trond Jenssen

Referenten:
Trond Jenssen er nå ansatt som overlege på nyreseksjonen ved medisinsk avdeling B på Rikshospitalet. Og søringene vil gjerne ha det sånn.

Red.

Optimizing Anemia Therapy in CRF

2nd European Epoetin Symposium, Crete, Greece April 17-19 1998.

Ti norske nefrologer og 3 representanter fra Janssen Cilag deltok på dette symposiet som ellers samlet ca 500 deltakere hvorav ca 100 fra de nordiske land. Symposiet ble profesjonelt og elegant ledet av Eberhardt Ritz og Iain C Mcdougall. Ledende eksperter på temaet loset oss igjennom et meget sterkt faglig program som inkluderte konkrete forslag til »guidelines» i behandling av renal anemi. Spesielt inviterte autoriteter på sine områder deltok i Workshops før det offisielle møtet og refererte resultatene av sine diskusjoner i plenum der det også ble åpnet for debatt. Gjennom interaktiv kommunikasjon ble det gjennomført flere interessante spørreundersøkelser i løpet av møtet. John Stewart Cameron innledet med en fin historisk oversikt over utviklingen fra den første beskrivelsen av anemi ved kronisk nyresvikt (1836-40, forskere i England, Skottland og Frankrike uavhengig av hverandre) til man for mindre enn 20 år siden isolerte epo-genet, klonet og syntetiserte erythropoietin, heretter foreslått kalt epoetin. I november 1985 fikk den første pasienten epo (Seattle) og i 1998 ca. tre av fire dialysepasienter preparatet. Det første europeiske møtet av dette slaget ble holdt i Sevilla i 1994. Dette andre europeiske møtet vil ta for seg seks hovedtemaer hvor man vil forsøke å komme fram til enighet om retningslinjer.

Consequences of anemia in chronic renal failure

Chairman: Professor Johannes FE Mann
Anemi gir økt hjertefrekvens, økt slagvolum og dermed økt minuttvolum. Perifer vasodilatasjon skjer samtidig og blodtrykket er relativt uforandret. Korrigering av anemi med epo senker slagvolum og hjertefrekvens mens perifer motstand øker med tendens til høyere blodtrykk. Venstre ventrikkel hypertrofi (VVH) utvikles raskt når GFR faller og finnes hos ca 75% av pasienter med endestadie nyresykdom. VVH er som kjent assosiert med økt dødelighet, hjertesvikt og iskemisk hjertesykdom. To amerikanske retrospektive studier med h.v. 18.792 og 75.283 dialysepasienter har vist økt overlevelse ved høyere

Referenten:

Jøran Hjelmesæth er overlege på nyreseksjonen ved medisinsk avdeling på Vestfold Sentralsykehus

«Venstre ventrikkel hypertrofi utvikles raskt når GFR faller og finnes hos ca 75% av pasienter med terminal nyresykdom»

hematokritnivå (1,2). Her er det imidlertid et klart behov for prospektive kontrollerte randomiserte studier. Sesjonen ble avsluttet med tre uavklarte spørsmål;

- 1) Hvor tidlig skal man starte behandling av renal anemi?
- 2) Skal alle undergrupper behandles på samme måte?
- 3) Hvilket Hb nivå er optimalt?

Til slutt ble publikum spurt om hvor viktig risikofaktoren anemi var for utvikling av VVH. Nesten halvparten mente ca. 1/3, hvilket ekspertpanelet var enig i. Flertallet av delegatene mente på dette tidspunkt av møtet at optimal Hb burde være mellom 11 og 12.

Should anemia in subtypes of CRF be managed differently?

Chairman: Professor Charles van Ypersele de Strihou, Belgium.

Diabetes mellitus

er den hyppigste årsak til ESRD i Europa og ca. 16% av nye pasienter har diabetes nefropati (2/3 DM II). Denne pasientkategorien har kjent overdødelighet av kardiovaskulær sykdom. Iskemiske fotlesjoner bedres etter korrigering av anemi, men for rask korreksjon (> 4% økning Hct/14 dager) kan forverre sirkulasjonen i småkar (microvessels). Hematokrit anbefales ikke økt høyere enn 36% (Hb 12 g/dl) for evt. annen dokumentasjon foreligger.

Koronar sykdom.

Livskvalitet bedres ved høyere hemoglobin, men optimal Hb er foreløpig uklart. Venter på den amerikanske studien. Foreløpig anbefaling 11 - 12 g/dl.

Is there a role for adjuvant therapy in patients treated with epo?

Chairman: Professor Dr Dr Walter H Hørl, Austria

Jernmangel og jerntilskudd

Hvis man til tross for høyt serum ferritin (> 200 µg/l) har dårlig respons på epo, foreligger ofte funksjonell jernmangel. Behovet for jern overgår kapasiteten til det retikuloendoteliale system og det dannes hypokrome røde blodlegemer typisk for jernmangel. Den best predikative laboratorieprøven for diagnostikk av funksjonell jernmangel er funn av mer enn 10% hypokrome erythrocytter. Denne laboratorieprøven er

sannsynligvis tilgjengelig ved de fleste moderne laboratorier men få (1/3) av delegatene visste at de hadde slik teknikk tilgjengelig, mens nesten alle (93%) ville bruke metoden hvis den var tilgjengelig. Transferrin metning lavere enn 12 % støtter diagnosen. Anbefalt behandling av funksjonell jernmangel: 50 mg elementært jern/dag til totalt < 3 g (så lite som mulig så ofte som mulig). Stopp behandlingen når prosentandelen hypokrome erythrocytter blir lavere enn 10, metningen av transferrin høyere enn 40% og ferritin 600-1000 µg/l.

Vitaminene B6 , B12 og folsyre

Vitaminene B6 , B12 og folsyre er vannløselige små til middel store molekyler som kan tapes i dialysatet spesielt ved high flux dialyse. En studie publisert i KI i 1997 (3) viste at det oppstår et økt behov for vitamin B6 under epobehandling og at mangel kan gi eporesistens. Til tross for normalt nivå av vitaminet i plasma er det for lavt nivå i erythrocyttene. 5-20 mg pr. dag anbefales for å forebygge mangel. Når det gjelder folsyre finnes lite dokumentasjon men 1 mg/dag er sannsynligvis »safe». Vitamin B12 mangel er sjelden fremt depotene i leveren er adekvate ved behandlingsstart.

C-vitamintilskudd

Dr Der-Cherng Tarn presenterte en meget interessant studie der 54 pasienter med serum ferritin høyere enn 500 lg/l ble inkludert. Kontrollgruppen (n=19) hadde Hct > 30 (Hb > 10) og fikk ikke adjuvant terapi. Behandlingsgruppen (n = 35) var eporesistent og fikk i.v. ascorbinsyre 300 mg etter dialyse 3 dager i uken i 8 uker. 13 av pasientene hadde god respons og steg fra 26 til 30 i Hct og reduserte epodosen med 20%. Han konkluderte at i.v. ascorbinsyre økt frigjøring av jern fra lagrene i tillegg til en økt utnyttelse av jern i erythrocytten. I.v. ascorbinsyre ble anbefalt hvis ferritin > 500 og transferrin metning < 25%. Professor Hørl manet likevel til forsiktighet før man vet at behandlingen er trygg og en har sett resultatet av flere studier. Vitamin C peroralt 1 g/uke burde imidlertid ikke skade (dokumentasjon?). Man vet fra før at Vit C reduserer FeIII til FeII og dermed gjør det 3-verdige jernet i kosten biotilgjengelig.

Insulin-like growth factor-1

Alan G. Brox fra Canada holdt et inspir-

«hvor viktig er anemi var for utvikling av VVH. Nesten halvparten mente ca. 1/3»

«det oppstår et økt behov for vitamin B6 under epobehandling og mangel kan gi eporesistens»

erende innlegg om insulin-like growth factor-1 (IGF-1). IGF-1 er viktig i reguleringen av erytropoiesen, spesielt ved samtidig epo-mangel som en ser ved kronisk nyresvikt. Anemi hos mus med kronisk nyresvikt korrigeres bedre med en subterapeutisk kombinasjon av epo og IGF-1 enn med max dose epo alene. Positive tilleggseffekter av IGF-1 er bedret lipidprofil, bedre glukosetoleranse samt økt GFR og renal plasma flow. I dyremodeller er det også observert økt overlevelse. Dersom slike positive effekter kunne sees også hos mennesker ville middelet i fremtiden være ideelt predialytisk. Det er også nylig påvist at posttransplant erythrocytose er forårsaket av »an abnormality of IGF-1 and its binding proteins» (4).

European Best Guidelines for Management of Anemia in Patients with CRF

Chairman: Professor J Stewart Cameron, UK

The National Kidney Foundation Dialysis Outcome Quality Initiative (NKF-DOQI™) «Clinical Practice Guidelines for the Treatment of Anemia of Chronic Renal Failure» (Am J Kid Dis 1997; 30: Suppl 3) har satt autoritative evidence-based standard for behandling i USA. Er det behov for noe tilsvarende i Europa, eller kan vi bruke de amerikanske retningslinjene?

I oktober 1997 utviklet »the Janssen-Cilag Advisory Board in CRF» et foreløpig utkast til »European Best Practice Guidelines for the Management of Anemia in Patients with Chronic Renal Failure» basert på de amerikanske retningslinjene. Dette utkastet behandles nå av en arbeidsgruppe som ble etablert i februar 1998 med representanter fra de største europeiske land og da spesielt fra EU! Som en av delegatene kommenterte må det være svært viktig å passe på evt.»conflicts of interest» i dette arbeidet.

Delegatene var nok noe skuffet da mange ventet et utspill med konkrete forslag til retningslinjer. 67% av delegatene svarte at de brukte skriftlige »guidelines» i sin praksis. En fjerdepart av delegatene mente europeiske guidelines vil være best, en av fem foretrakk nasjonale guidelines mens 43% kunne tenke seg begge deler. Bare 15% mente at det var tilstrekkelig med de amerikanske retningslinjene.

How should anemia be managed in pre-dialysis patients?

Chairman: Dr Adeera Levin, Canada

Dr.Robert L Benz fra USA argumenterte for at anemi ved kronisk nyresvikt bør behandles, mens dr. Gert Mayer fra Østerrike argumentert mot. Studiene som foreløpig er gjort på dette området er imidlertid for små, av for kort varighet og pasienter med store forskjeller i redusert nyrefunksjon er inkludert. Det er således i dag ikke grunnlag for å verken anbefale eller fraråde behandling med epo predialytisk på nåværende tidspunkt.

Jerntilskudd?

Dronals S. Silverberg, Israel, refererte en (upublisert?) studie hans gruppe nylig hadde avsluttet på bruk av i.v. jern predialytisk. 33 anemiske pasienter med kronisk nyresvikt (kreatinin clearance 10-40 ml/min) som tidligere hadde blitt behandlet med oralt jern fikk 200 mg jern sukrose(Venofor®) en gang pr. mnd. i 5 mnd. Hct steg gj.sn. 1,9%, hos de 22 pasientene som responderte 3% (Hb 1 g/dl). I en annen studie med 93 anemiske predialytiske pasienter sammenlignet de tre forskjellige behandlingsregimer. Hct steg mest (4,24%) på kombinasjonen av epo 2.000 IU/uke og i.v. jern 200 mg per uke i 5 uker, minst på epo alene (0,46%) og kanskje mest overraskende steg Hct med 3,17% bare på i.v. jern. I sistnevnte studie var forverring av nyresvikt definert som 1/Se-kreatinin over tid, signifikant mindre uttalt ved bedring i Hb. Flere mente at tiden nå er inne til også å behandle predialytiske pasienter med i.v. jern.

Normalization of haemoglobin: why not?

Chairman: Professor Claude Jacobs, Frankrike

Dette var sesjonen de fleste så frem til med spenning. Nøkkelpersoner i de fire store nylig avsluttede studiene på normalisering av hemoglobin hos pasienter med nyresvikt var samlet i denne arbeidsgruppen. Mest interessant var presentasjonen av den amerikanske studien som dominerte sesjo-

«En fjerdepart av delegatene mente europeiske guidelines vil være best, en av fem foretrakk nasjonale guidelines, mens 43% kunne tenke seg begge deler»

«Flere mente at tiden nå er inne til også å behandle predialytiske pasienter med intravenøs jernbehandling»

nen. Representantene fra Scandinavian Multi-center Trial, Canadian Multicenter Trial og den spanske livskvalitetsstudien var relativt anonyme.

Normal hematokrit- US Amgen Multi-centre Trial

(The Normal Hct Cardiac Trial) Dr. David A Goodkin, Amgen, Thousand Oaks, California, USA

Goodkin innledet med en appell om at de presenterte resultatene ikke måtte publiseres for studien er publisert og offentliggjort i New England Journal of Medicine.

Som et apropos til diskusjonen om bruk av Hct/Hb er det i denne studien målt Hb hos alle pasientene men av didaktiske grunner (?) er resultatene omregnet til Hct ved å multiplisere med 3!

1265 HD-pasienter med klinisk hjertesvikt eller iskemisk hjertesykdom ble inkludert i denne studien. NYHA klasse IV pasienter ble ekskludert. 43% av pasientene hadde diabetes nefropati og over 50% hadde diabetes mellitus, 27% hadde hypertensiv nyresykdom over 50% hypertensjon. Gj.sn. alder var 64 år. Halvparten (?) var kvinner. Primære endepunkt var enten død eller første hjerteinfarkt (dødelig/ikke dødelig). Pasientene ble randomiserte til normalisering av Hb (K:12,3-16,0 / M:14-17) eller subnormal Hb. Intervensjonsgruppen nådde gj.sn. Hb 14+1, kontrollgruppen 10+1.

Studien ble stoppet i 1996 etter 2 ½ år da interimanalysen viste at normalisering av hemoglobin statistisk sett var på grensen til å være signifikant skadelig. Resultatene viste da at 202 pasienter (618 inkl) i normal Hb gruppen hadde nådd det primære endepunkt, mot 164 (615 inkl) i kontrollgruppen. I motsetning til dette viste det seg at økende Hct var assosiert med lavere mortalitet i begge gruppene(?) Det var flere tilfeller av trombose i fistel/kateter i intervensjonsgruppen (39,3%) enn i kontrollgruppen (28,6%). Fra et norsk perspektiv synes trombose raten å være generelt meget høy i materialet. *Konklusivt: anbefales ikke normalisering av Hb hos HD-pasienter med kronisk hjertesvikt eller iskemisk hjertesykdom.*

Skandinavisk studie

Bo G Danielson fikk 1 minutt til å si litt om den skandinaviske multisenter studien der data foreløpig ikke er ferdig behandlet. De 425 pasientene (HD, PD og predialytisk) som ble

inkludert i denne studien var langt kjekkere enn de i den amerikanske studien og sannsynligvis mer representativ for en vanlig dialysepopulasjon. Studiens målsetning var å evaluere sikkerhetsaspekter og effekt på livskvalitet og kardiovaskulær funksjon ved å øke hemoglobin til normalnivå (13,5-16 g/dl). *Interimanalyser viste ingen forskjell i kardiovaskulære «events» i kontrollgruppen (Hb 9-12) og intervensjonsgruppen.*

Spansk multisenterstudie

Professor Fernando Valderrábano redegjorde meget kort for den spanske multisenterstudien (117 pasienter). Pasientene hadde i utgangspunktet Hct (30-35) (Hb 10-11,7) og økte Hct med gj.sn. 7,8% (Hb 2,6). Økende Hct ga bedre livskvalitet.

Argumenter mot normalisering av Hb

Lawrence McMahon (Australia)

1. Usikkert om økt livskvalitet?
2. Økt mortalitet ved hjerte-kar sykdom
3. Økt tromboserisiko i fistel/kateter
4. Økte kostnader (50-300% økt epodose)
5. Risiko for å indusere relativ polycytemi

Argumenter for normalisering av Hb

Joseph W Eschback (USA)

1. Økt livskvalitet
2. Økt fysisk kapasitet
3. Forebyggelse av VV dilatasjon
4. Redusert behov for transfusjoner
5. Systemisk trombosetendens ikke øket
6. Høyt blodtrykk ikke forverret
7. Normalt å normalisere anemier generelt.

Ved avslutningen av møtet ble delegatene spurt om hvilket Hb-nivå de ville tilstrebe hos sine pasienter når de kom hjem. *Fler-tallet svarte Hb 12 g/dl, 1 g/dl høyere enn ved innledningen av møtet!*

1) Madore F, Lowrie E, Brugnara C et al. Anemia in hemodialysis patients: variables affecting this outcome predictor.
J Am Soc Nephrol 1997; 8:1921-9.

2) Collins A, Ma J, Ebben J. Patient survival is associated with hematocrit level.
J Am Soc Nephrol 1997; (: 190A (abstract)

3) Mydlik M et al. Metabolism of vitamin B6 and its requirement in chronic renal failure.
Kidney Int 1997; 51 (suppl): S56-9.

4) Brox AG, Mangel J, Hanley JA et al. The erythrocytosis following kidney transplantation represents an abnormality of IGF-1 and its binding proteins.
Transplantation 1998; in press.

« det anbefales ikke normalisering av Hb hos HD-pasienter med kronisk hjertesvikt eller iskemisk hjertesykdom »

« Flertallet svarte Hb 12 g/dl, 1 g/dl høyere enn ved innledningen av møtet »

Takk til Even Sundal som har lest igjennom referatet og kommet med verdifulle kommentarer. Likevel kan undertegnede ikke stå ansvarlig for eventuelle feil

JøranHjelmesæth

REFERAT FRA STYREMØTE NORSK NYREMEDISINSK FORENING

16. desember 1997 kl 15.00-18.00

1. Referat fra styremøte 17. september 1997 ble godkjent uten endringer. Trykket i Nefrologisk Forum, desember 1997.

2. Korrespondanser/ diverse:

* Årsregnskapet endres i henhold til revisors anmerkninger.

* Stipend/ bevilgninger til reise utbetales mot originalkvitteringer.

* Henvendelse fra Einar Svarstad vedrørende fagutvikling, nyrebiopsi og ultralyd-diagnostikk tas opp på vintermøtet.

3. Henvendelser fra Bjarne Iversen og Tor-Erik Widerøe om å samordne kurs innen henholdsvis nyrefysiologi og dialyse/ plasmaferese på nordisk basis. Problemet er sviktende kursdeltakelse på nasjonal basis. Styret gjøre henvendelse til de respektive nyreforeninger i Danmark, Finland og Sverige om dette.

4. Nefrologisk forum. Tilgangen på stoff er rimelig bra. Et nytt nummer kommer ut ved juletider, i tillegg et supplement med referat fra American Society of Nephrology 1997.

5. Foreningen har fått forespørsel om samarbeid med Norsk Hypertensjonsforening i forbindelse med faglig møte i Montpellier 20.-22. mars. Styret har sagt ja til dette, men anfører at programmet ikke er spesielt godt relatert til nefrologi. Styret vil i fremtiden vurdere slike arrangement på individuell basis.

6. Eventuelt:

* Foreningen må arbeide for mer praktiske løsninger mht. pasienter som har vært hospitalisert i utlandet og kravet til negativ dyrking på resistente stafylokokker. En løsning kan være at pasientene medbringer svar på nylig utført dyrking ved det sykehuset de kommer fra.

* Ingrid Os tilskriver Helse- og Sosialdepartementet om urimeligheten i at utgifter ved PD belastes Ullevål Sykehus, Nyremedisinsk avdelings driftsbudsjett.

Neste styremøte onsdag 25.02.98, kvalitetsmøte kl 10.00-15.00, styremøte kl 15.00-18.00).

Oslo, 27.01.98, Trond Jenssen

REFERAT FRA STYREMØTE NORSK NYREMEDISINSK FORENING

25.februar.1998 kl 10.00-1800

Til stede: Anders Hartmann, Ingrid Os, Einar Svarstad, Gerd Berentsen, Trond Jenssen

1. Referatet fra forrige styremøte ble enstemmig godkjent.

2. Korrespondanser:

Innkommende brev

- International Society of Nephrology ønsker nærmere informasjon om vår forening. Formannen tilskriver.
- Regionskehuset i Tromsø ønsker å delta i registreringsprosjektet for akutt nyresvikt. Støttes av styret.
- Brev fra Den norske lægeförening hvorvidt spesialistutdannelsen også kan skje ved private institusjoner/praksiser. Oversendes formannen i spesialistkomitéen.
- Brev fra legeföreningen om våre møteplaner. Sekretæren svarer.
- Møte i Spesialforeningenes fellesutvalg. Ingen fra styret hadde anledning til å møte.
- Lars Westlie søker om dekning av utgifter i forbindelse med skriving av Foreningens Historie. Innvilges etter regning inn til kr 10.000,-.
- Legeföreningens liste over våre medlemmer sjekkes mot vår egen liste, spesielt må adressene i vår liste ajourføres med legeföreningens. Oppgaven fordelt mellom styremedlemmene.
- Brev fra Margret B. Andresdottir, M.D. med forespørsel om nefrolog-stilling i Oslo-regionen. Kopi er sendt Ullevål Sykehus og Rikshospitalet.
- Nytt medlem i foreningen: Janna Van der Reijden, Rørcks gate 18b, 2300 Hamar, nederlandsk nefrolog.
- To nye søknader om medlemskap: Nezar H. Raouf, Medisinsk avdeling, Østfold Sentralsykehus, Fredrikstad. Matz Wictorson, Orkdal sanitetsforenings sykehjem, 7300 Orkdal.
- Brev fra Alv J. Skarbøvik vedrørende vintermøtet på Røros. Fremlegges møtekomitéen.

« samordne kurs innen henholdsvis nyrefysiologi og dialyse/ plasmaferese på nordisk basis »

Utgående brev

- Brev til legeforeningen om spesialistkomitéens sammensetning.
- Brev til Postbanken om disposisjon av foreningens konto.
- Brev til Organon vedrørende utbetaling av Organons stipend for 1997.
- Brev til Margret B. Andresdottir.
- Brev til de nordiske nefrologforeninger om å avholde felles nordiske kurs i hhv. transplantasjon, nyrefysiologi, og dialyse/plasmaferese.
- Brev til Scientific Advisory Board of the ERA Registry med forslag om norsk medlem (Bjarne M. Iversen).
- Brev til Janna Van der Reijden, som optas som medlem i foreningen.

3. Dialyse.

EØS-direktiver pålegger norske dialyseavdelinger å utføre dialysebehandling på statsborgere fra annet EØS-land, når disse er på midlertidig opphold i Norge. Som sakspirer forelå:

Brev fra Statens Helsetilsyn vedrørende direktivet.

Kommentarer fra

- Overlege Anna Varberg Reisæter, Rikshospitalet
- Sjefslegen, Rikshospitalet
- Overlege Joar Julsrud, Regionsykehuset i Tromsø
- Brev fra Anders Hartmann til Sosial- og Helsedepartementet

Saken reiser viktige spørsmål for norsk dialysetjeneste:

- Sikring av bakteriologi (meticillin-resistente stafylokokker)
- Takster for hemodialyse
- Kapasitet ved norske dialyseavdelinger.

De to sistnevnte punkt må ses i lys av muligheten til å drive private dialyseklinikker.

Saken tas opp på foreningens Vintermøte på Røros 6.-8. mars.

Dessuten tar foreningen initiativ til et møte med Sosial- og Helse departementet om dette, hvor også Ullevål Sykehus' initiativ for å opprette takster for peritonealdialyse inkluderes.

Einar Svarstad tar formell kontakt med departementet.

4. Nefrologisk forum

Dead-line for neste nummer er 15/4-98.

Aktuelt stoff:

- Intervju med Jarle Ofstad
- Referater fra Vintermøtet
- Anbefalinger for blodtrykksbehandling ved graviditet (Ullevål)
- FACET-studien (Diabetes, ACE-hemmer og makrovaskulær sykdom)

5. IT

Brev fra Torbjørn Leivestad ang. nytt datautvalg. I det nye datautvalget oppnevnes Aud Stenehjelm, Einar Svarstad, Markus Rumpsfeldt, Knut P. Nordahl og Knut Aasarød. Tilskrives av sekretæren.

6. Eventuelt

- Takst for ultralydundersøkelse. Einar Svarstad sender brev til legeforeningen sentralt med kopi til Ultralydforeningen samt Privatpraktiserende legers forening. Henvendelsen inkluderer også ønske om egen takst og krav om autorisasjon for tyding av 24-t EKG.
- Det foreslås kurs i 24-t blodtrykkmåling i 1999. Kurskomité: Ingrid Os, Ketil Dahl, Aud Stenehjelm, Gudmund Nordby. Initiativtager: Ingrid Os.
- Det foreslås kurs i behandling av akutt nyresvikt i 1999. Kurskomité: Einar Svarstad, Bjarne M. Iversen, Hans Flaatten. Initiativtager: Einar Svarstad.
- Legeforeningen ønsker rapport med prognose for ressurser og bemanning i spesialiteten. Sekretæren sender kopi av fjorårets artikkel i Tidsskriftet.
- Tidsnormer for nefrologisk poliklinikk. Einar Svarstad legger frem forslag på neste styremøte.
- The Renal Association (England) i samarbeid med the Royal College of Physicians of London har utarbeidet en 126-siders anbefaling/standard for uremibehandling: «Treatment of adult patients with renal failure» (2nd Edition). Foreningen bestiller 10 eksemplarer av denne for interesserte.

Neste styremøte fastsettes til 18/6-98 kl 15.00, forutgått av møte i kvalitetssikringsutvalget (kl 10.00).

Oslo, 17.03.98

Trond Jenssen

« I det nye datautvalget oppnevnes Aud Stenehjelm, Einar Svarstad, Markus Rumpsfeldt, Knut P. Nordahl og Knut Aasarød ».

« Det foreslås kurs i 24-t blodtrykkmåling og i behandling av akutt nyresvikt i 1999 »

Møter med særlig relevans for nefrologer i 1998-1999

Uten ansvar for mulige feil:

XXXV Congress of the European Renal Association (EDTA-ERA), Rimini 6.-9.juni 1998.
17th Scientific Meeting, International Society of Nephrology (ISH), Amsterdam, 7.-11-juni 1998.

58th Scientific Session, American Diabetes Association, Chicago 13.-16.juni 1998.

XVII World Congress of the Transplantation Society, Montreal 12.-17.juli 1998.

VIIIth Congress of the International Society for Peritoneal Dialysis, Seoul, 23.-26. august 1998.

34th Annual meeting of the European Association for the study of Diabetes (EASD), Barcellona 7.-12.september 1998

16th Annual Meeting of the International Society of Blood Purification, Newport, Rhode Island, 4.-6. oktober 1998

31. årlige møte, American Society of Nephrology (ASN), Philadelphia, 25.-28. oktober 1998.

Samarbeidsmøte norske nefrologer/ kirurgisk avdeling B, ITI og nyreseksjonen, Rikshospitalet, fredag 13. november

XV International Congress of Nephrology, Buenos Aires, 2.-6. mai 1999

Nordiske nyredager (Nordic Conference on Renal diseases), Tampere, Finland 16.-19.mai 1999.

9th Congress of the European Society for Organ Transplantation (ESOT), Oslo 20.-24. juni 1999.

XXXVI Congress of the European Renal Association (EDTA-ERA), Madrid 5.-8. september 1999.

INTERNASJONALE KURS

13th comprehensive Nephrology Review Course
Generell nefrologi, dialyse og tx.
Beverly Hills CA, 2.-8. oktober 1998
UCLA school of medicine 800us\$
Opplysninger på fax 00 1 310 794 2624

INTERNASJONALE KURS

21st Annual postgraduate Medicine Course, «Renal Biopsy in Medical Diseases of the Kidneys». Columbia University New York, 16.-19.september 1998.
Opplysninger: fax 00 1 212 781 6047,
e-mail: cme@columbia.edu; internett:
www:http://cpmcnet.columbia.edu/dept/cme

Berliner Dialyseseminar

For de av oss som behersker tysk fra studietiden, kan det være en god idé å utnytte dette ved å besøke Berliner Dialyseseminar for å lære av det som skjer i tysk nefrologi og først og fremst dialysemedisin.

Berliner Dialyseseminar arrangeres den første weekend i desember. Professor Schaefer er primus motor. Møtet er kunnngjort i internasjonale fagtidsskrifter, men blir nok først og fremst besøkt av tyske nefrologer. Det er årets begivenhet i tysk dialysemedisin. Mange tyske nefrologer bedriver dialysenevrologi på heltid.

Alle foredragsholdere er inviterte. Innleggene blir i vesentlig grad holdt på tysk. Fremføringen foregår da på engelsk med simultanoverføring til tysk.

Møtet holdes i det elegante Grand Hotel Esplanade og samlet 5-6 .desember 1997 ca. 350 deltakere, hvor 2 av oss var norske nefrologer. Årets møte var det 10. i rekken. Fyldige abstracts på tysk eller engelsk sendes møtedeltakerne på forhånd.

Alle temaer er relatert til dialyse. Kopple fra Los Angeles var invitert til å snakke om malnutrisjon hos dialysepasienter. Richard Ward fra Louisville ga en god oversikt over hemodiafiltrasjon og Paganini fra Cleveland snakket om patogenese og behandling av hypertensjon hos dialysepasienter. Mehta fra San Diego ga en elegant oversikt over dialysemetoder ved akutt nyresvikt. Wanner fra Würzburg ga en fin oversikt over homocystein hos nyresvikt- og dialysepasienter. Andre temaer var NO og dialyse, dialyse og koronar hjertesykdom, Internet som informasjonskilde for nefrologer. En diskusjon over optimal blodtryksbehandling hos dialysepasienter ble ledet av Eberhardt Ritz.

Møtet var en meget positiv faglig opplevelse som frister til gjentakelse. Berlin er dessuten en hyggelig by og særdeles sjarmerende i førjulstiden. Så kanskje flere norske nefrologer treffes neste gang 1. uke i desember i Berlin? *Dagfinn Dyrbekk*

*Seksjonsoverlge
Dagfinn
dyrbekk ved
Vestfold SSH
referer fra:*

*«Berliner
dialyseseminar
arrangeres den
første weekend i
desember*

*Møtet er
kunnngjort i
internasjonale
fagtidsskrifter»*

