

Mer fokus på hyponatremi – ett negligerat kliniskt problem



GUDMUNDUR JOHANNSSON, professor, överläkare, institutionen för medicin, Sahlgrenska akademien; Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg
gudmundur.johannsson@gu.se

Betydelsen av hyponatremi för den enskilde patientens välbefinnande och framtida prognos är underskattad. Många patienter undgår således en aktiv klinisk värdering. Diagnostik av underliggande sjukdom och orsak utreds därför inte, varför adekvat behandling inte ges. Internationella undersökningar har visat att även erfarna kollegor ofta gör felbedömningar, som resulterar i fel behandling och ökad mortalitet [1, 2].

Hyponatremi är den vanligaste elektrolytrubbningen bland slutenvårdspatienter; uppskattningsvis upp till 30 procent av dessa patienter har vid något tillfälle S-natrium <135 mmol/l, vilket innebär att hyponatremi är ett betydande kliniskt problem.

En viktig insats för att öka kunskapen är Karin Olssons och Bertil Öhlins ABC-artikel som publiceras i detta nummer av Lakartidningen. De betonar vikten av rätt initial handläggning och vilka diagnostiska medel som bör användas, och de ger handfasta förslag till behandling.

Dessutom har man i Sverige tagit fram ett vårdprogram om hyponatremi som Svenska endokrinologföreningen och Svensk förening för anestesi och intensivvård ställt sig bakom [3].

Baserat på publicerade data är det tydligt att hyponatremi är en icke uppmärksammas elektrolytrubbning [4]. De studier som publicerats de senaste 5–10 åren visar en kraftig association mellan lindrig hyponatremi, ökad dödlighet [5], kognitiv påverkan, ökad förekomst av ostadighet [6], fall och nedsatt bentäthet samt frakturer [7]. Många av dessa studier har visat att vad vi tidigare betecknade som lindrig icke-symtomgivande hyponatremi (125–135 mmol/l) är symtomgivande och därför bör beaktas.

En första kliniska utmaning är således att öka kunskapen om hyponatremins betydelse för patientens välbefinnande och hälsa och om att den kan vara tecken på en allvarlig underliggande sjukdom. Såsom vi uppmärksammar hypokalemi, bör även hyponatremi leda till diagnostisk insats och rätt terapi.

Klinisk värdering av patienter med störningar i vätskebalansen kan ofta vara svår. Det är således en utmaning att presentera konkreta förslag till hur en patient med hyponatremi bör handläggas. Ofta rör det sig om enkla åtgärder som att byta ut läkemedel som orsakat hyponatremi. Andra patienter har en uppenbar klinisk orsak, tex patienter med hypervolem hyponatremi till följd av hjärt- eller leversvikt, pankreatit eller svår diarré med salt- och vattenförluster.

Vid andra mer oklara fall bör serum-/urinmolalitet och urinnatrium (stickprovsurin) bestämmas och förekomst av binjurebarkssvikt och uttalad hypotyreos uteslutas. Denna basalutredning behövs för att ställa diagnosen SIADH (syndrome of inappropriate ADH secretion); ABC-artikeln redogör för de diagnostiska kriterierna.

Rätt ställd diagnos är en förutsättning för rätt behandling. Vid hyponatremi finns data som antyder att fel behandling kan leda till ökad sjukhusmortalitet [2], vilket ytterligare stöder vikten av korrekt handläggning. Vid hyponatremi handlar behandlingen ofta om att identifiera utlösande orsak och eliminera den, vilket ofta är enkelt vid läkemedelsorsakad hyponatremi, underliggande infektion eller smärta.

Vid SIADH finns nu för första gången riktad fysiologisk behandling med sk vaptaner, dvs vasopressinreceptorantagonister, vilka hindrar renalt återupptag av vatten och orsakar en ökning av elektrolytfritt vatten (akvares).

Vilken plats vaptaner har i behandlingen är i dag inte helt klarlagt, men de anses vara ett tilltalande alternativ till vätskekarens hos patienter med SIADH till följd av malignitet (främst lungcan-

cer) och patienter med SIADH med låg utsöndring av elektrolytfri urin, eftersom de oftast inte svarar på vätskekarens [3].

Att identifiera rätt patient för rätt behandling kan spara patienten mycket lidande och sjukvården och patienten onödiga vårdtyg.

Svår symtomgivande hyponatremi är en akutmedicinsk utmaning, där terapin väger mellan att rädda patienten från en omedelbar död orsakad av hjärnödem och en alltför aggressiv korrektion av hyponatremi, vilket i sin tur kan leda till ett osmotiskt demyeliniserande syndrom, som kan ge bestående svåra hjärnsador.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Gudmundur Johannsson har erhållit föreläsningssarvode från Otsuka Pharma.*

REFERENSER

1. Hoorn EJ, Lindemans J, Zietse R. Development of severe hyponatraemia in hospitalized patients: treatment-related risk factors and inadequate management. *Nephrol Dial Transplant*. 2006;21:70-76
2. Chantzichristos D, Drougge H, Dahm P, et al. Svenskt vårdprogram för hyponatremi. Svenska endokrinologföreningen. 2011. <http://www3.svls.se/sektioner/endokrin/nyheter.html>
3. Ellison DH, Berl T. Clinical practice. The syndrome of inappropriate antidiuresis. *N Engl J Med*. 2007;356:2064-72.
4. Wald R, Jaber BL, Price LL, et al. Impact of hospital-associated hyponatremia on selected outcomes. *Arch Intern Med*. 2010;170:294-302
5. Renneboog B, Musch W, Vandemergel X, et al. Mild chronic hyponatremia is associated with falls, unsteadiness, and attention deficits. *Am J Med*. 2006;119(1):71.e1-8.

■ sammanfattat

Hyponatremi är den vanligast förekommande elektrolytrubbningen. **Hyponatremi** är associerad till kognitiv påverkan, ökad fallrisk och frakturer och inom slutenvården till ökad vårdtid samt ökad dödlighet. **Utredning** och behandling av lindrig och moderat hyponatremi är ofta inadekvat. **Nya nationella** och internationella riktlinjer syftar till att förbättra omhändertagandet av dessa patienter.