

Chronische nierinsufficiëntie – rationale en noodzaak tot samenwerking tussen huisarts en nefroloog. Dr. Jos De Smedt, Dr. Manu Henckes, Dr. Robert Rutsaert

Zelfs bij milde nierinsufficiëntie is intensieve behandeling van alle cardiovasculaire risicofactoren imperatief.

Huisartsen en nefrologen kunnen dank zij een vroegtijdig gestart gezamenlijk behandelingsplan de progressie van de nierziekte aanzienlijk vertragen.

Ongeveer 5 % van de bevolking heeft een nieraandoening Door de veroudering en door de toename van obesitas en diabetes neemt het aantal patiënten met chronisch nierlijden jaarlijks toe. Veel oudere mensen wier nierfunctie relatief stabiel blijft lopen weinig risico om te evolueren naar eindstadium nierfalen. Toch hebben al deze mensen met een zelfs mild afwijkende nierfunctie (klaring $< 60 \text{ ml/min/1,73m}^2$ en/of significante proteïnurie) een **sterk verhoogd cardiovasculair risico**. Naarmate de nierfunctie afneemt, neemt het cardiovasculaire risico exponentieel toe.

Een aantal patiënten met verminderde nierfunctie zal vroeg of laat evolueren naar terminaal nierfalen met noodzaak tot nierfunctievervangende therapie. Ondanks de technische vooruitgang blijft de levensverwachting van deze patiënten duidelijk lager dan voor een vergelijkbare populatie zonder nierlijden. Daarenboven is de behandeling van terminaal nierfalen zeer duur en legt die een zware economische last op de gezondheidszorg.

Vroegtijdige screening van risicogroepen en detectie van nierziekten is van het grootste belang om deze spiraal van complicaties en pathologie tegen te gaan. Het is ook belangrijk om het onderscheid te kunnen maken tussen de patiënten die vermoedelijk een stabiele nierfunctie zullen behouden, en zij die progressie van de nierinsufficiëntie zullen vertonen en die meer nood zullen hebben aan specialistische zorg. Bij alle patiënten met een glomerulaire filtratiesnelheid van $< 60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$ en/of met significante proteïnurie, moet intensief werk gemaakt worden van een **strikte preventie van cardiovasculair lijden**, en dit des te meer naarmate de nierfunctie slechter is.

Naarmate de nierfunctie vermindert, neemt het risico op specifieke complicaties van chronische nierinsufficiëntie toe, en dringen specifieke maatregelen zich op. De bedoeling van al deze maatregelen is om het progressieve verlies van nierfunctie tegen te gaan, het risico op het ontwikkelen van comorbiditeit te verminderen, de verwickelingen van progressief nierlijden te voorkomen of tijdig te behandelen, de levenskwaliteit te verbeteren en adequate voorbereiding op nierfunctievervangende therapie te verzekeren.

Dit alles vereist een belangrijke **basiskennis** van de huisarts, een **tijdige verwijzing** naar en een **ondersteunende rol** van de nefroloog in de tweede lijn, en **goede afspraken rond de samenwerking**.

Die samenwerking kan o.i. beter. Huisartsen zijn ontevreden omdat zij bij de zorg van hun chronische patiënten al te vaak buitenspel gezet worden. Nefrologen stellen vast dat vele patiënten met chronische nierinsufficiëntie pas in een laat stadium verwezen worden, soms pas op een ogenblik dat dialyse moet gestart worden. Op dat ogenblik zijn de kansen om de progressie af te remmen grotendeels verkeken. De prognose van laattijdig verwezen patiënten is significant slechter dan van degenen die tijdig optimale zorg kregen: ze vertonen vaker tekens van **malnutritie**, ze hebben vaak een niet of onvoldoende behandelde **anemie** waardoor ze meer **linkerventrikelhypertrofie** vertonen (een onafhankelijke risicofactor op mortaliteit), ze hebben vaak ook een onvoldoende behandelde **hyperfosfatemie** en **hyperparathyreoïdie**, enz. Bij gebrek aan voorbereiding moet bij laat verwezen patiënten vaker gestart worden met hemodialyse via een centrale katheter en gaan kansen voor de

goedkopere peritoneale dialyse verloren. Ze hebben ook significant meer hospitalisatiedagen, logischerwijze genereren ze ook significant meer uitgaven en ten slotte, is hun overleving duidelijk korter.

Concreet voorbeeld: zonder optimale antihypertensieve behandeling gaat de nierfunctie bij diabetesnephropathie achteruit met een snelheid van meer dan 10ml/min/jaar. Met optimale behandeling en blokkade van het renine-angiotensine systeem wordt dit 5-6 ml/min/jaar.

Dialyse kan dus met jaren worden uitgesteld. Er zijn ook aanwijzingen dat optimale behandeling van de renale anemie de progressie kan afremmen. Indien we er bij iemand met een klaring van 40 ml/min/1,73m² samen in slagen om de achteruitgang van 4 ml/min/jaar (slechts) te beperken tot 3 ml/min/jaar dan betekent dit 3 jaar uitstel van dialyse.

Daarom wordt een, in overleg uitgewerkt, concreet **voorstel tot samenwerking en taakverdeling tussen de huisarts en de nefroloog** aangeboden.

Chronische nierinsufficiëntie werd weerhouden als een van de eerste twee zorgtrajecten die in het kader van het **Nationaal Akkoord 2006-2007** (punt 7) ontwikkeld worden.

Middelen daartoe zijn: in de mate van het mogelijke opstellen van nationaal bekrachtigde evidence based richtlijnen (op basis van de K/DOQI richtlijnen); navorming; taakafspraken met wederzijdse (o.a. elektronische) communicatie en ondersteuning tussen huisarts en specialist; incentives voor huisarts, specialist én patiënt om zich in het zorgtraject te engageren met o.m. een aangepaste financiering en opening van bepaalde rechten in hoofde van de patiënt.

Er zijn een aantal duidelijke **indicaties voor verwijzing naar de nefroloog**.

De eerste is de vaststelling door de huisarts van een **afwijkende nierfunctie**. Dit kan gaan om een verminderde glomerulaire filtratiesnelheid, om renale hematurie, of om albuminurie of proteïnurie. Een verwijzing naar een nefroloog is hier nuttig om een diagnose te helpen stellen, om de prognose in te schatten, om eventuele specifieke therapieën voor te stellen en om de juiste strategie te bepalen om progressie van het nierlijden te voorkomen. In principe gaat dit om een **éénmalig consult** en wordt de patiënt terug naar de huisarts verwezen voor verdere opvolging en behandeling. Indien er een specifieke indicatie is tot nefrologische opvolging, zal de nefroloog met de huisarts afspreken hoe deze opvolging gezamenlijk kan gebeuren (**shared care ev. via het zorgtraject**).

De tweede indicatie tot verwijzing is de vaststelling door de huisarts van een **progressieve achteruitgang van de nierfunctie**. Hier gaat het om een patiënt met risico op evolutie naar terminaal nierfalen, en met risico op complicaties van de nierziekte. Bij deze patiënt is een gezamenlijke opvolging nodig, waarbij de onderlinge taakverdeling ook af te spreken is tussen de nefroloog en de huisarts.

Vanaf een klaring van minder dan 30 ml/min/1,73m² (stadium 4 of gevorderde nierinsufficiëntie) moet de patiënt frequenter door een nefroloog gezien worden. Vanaf deze graad van nierinsufficiëntie moet er gedacht worden aan **voorbereiding op nierfunctievervangende therapie** of eventueel van het afzien daarvan. Om deze behandeling optimaal te kunnen voorbereiden zijn er verscheidene contacten nodig tussen de patiënt en het (multidisciplinaire) nefrologische team. Tevens zijn in dit stadium meestal uremische verwickelingen aanwezig die een specifieke specialistische aanpak vergen. De noodzaak tot opvolging, zowel door de nefroloog als door de huisarts, neemt hier toe. De huisarts blijft een centrale rol spelen in de steeds complexer wordende zorg.

Voorstel voor de frequentie van opvolging

	Klaring (ml/min/1,73m ²)	Consult nefroloog	Labo
Stadium 1	GFR > 90	1x (x)	1x/j
Stadium 2	GFR 60-90	1x (x)	1x/j
Stadium 3A	GFR 45-59	1x	1x/j
Stadium 3B	GFR 30-44	1x / 6m	2x/6m
Stadium 4	GFR 15-29	1x / 3m	1x/3m
Stadium 5	GFR < 15	1x / 6wk	1x/6wk

Dit moet frequenter indien de cardiovasculaire risicofactoren niet onder controle zijn; frequenter en/of (nieuw) specialistisch consult indien belangrijke proteïnurie, indien jonger dan 55 jaar of indien progressieve nierfunctieachteruitgang.

(x) indien proteïnurie of eventueel andere urinaire of morfologische of pathologische veranderingen van de nieren (hematurie, litteken na doorgemaakte acute pyelonefritis, schrompelnier, unieke nier, ...)

We zijn ervan overtuigd dat voldoende aandacht voor nierziekten, een optimale opvolging en behandeling en een goede samenwerking tussen huisarts en nefroloog voor alle partijen ‘winst’ oplevert: voor de patiënt, voor de huisarts, voor de nefroloog en voor de gemeenschap die voor het verstrekken van deze zorg instaat. We beschouwen het dan ook als onze morele plicht om hier samen werk van te maken.

Referenties en aanvullende literatuur.

- Ones CA et al, Serum creatinine levels in the U.S. population: Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994. Am J Kidney Dis, 32: 992-999, 1998.
- Diercks GFH et al. The PREVEND (Prevention of Renal and Vascular End Stage Disease) Study. Eur Heart J 2000, 21:1922-1927.
- K/DOQI Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification and Stratification. Am J Kidney Dis, 2002, 39: S1-S266 (suppl 1).
- NBVN en WVVH. Richtlijnen voor de behandeling van patiënten met chronische nierziekten. (www.nbvn.be/richtlijnen), 2000.
- Chronic kidney disease in adults. UK guidelines for identification, management and referral. London: Royal College of Physicians, 2006
- Beneficial influence of recombinant human erythropoietin therapy on the rate of progression of chronic renal failure in predialysis patients. Jungers et al, Nephrol Dial Transpl, 2001; 16: 307-312.
- The timing of specialist evaluation in chronic kidney disease and mortality. Kinchen, Ann Int Med, 2002; 137:479-486
- The importance of early detection of chronic kidney disease. Locatelli, NDT, 2002; 17 (suppl 11):2-7.
- Does predialysis nephrology care influence survival after initiation of dialysis? Khan, Kidn Int, 2005; 67: 1038-1046
- Progression of chronic kidney disease: can it be prevented? Jaber, Am J Med, 2005, 118: 1323-1330
- Predialysis nephrology care improves dialysis outcomes: Now what? Or chapter two. Golper, Clin J Am Soc Nephrol, 2007, 2: 143-145
- Management of chronic kidney disease. Primary and secondary care need to set up a model of combined care. Frankel, BMJ, 2005; 330: 1039-1040