

Voorbereiding op nierfunctievervangende therapie. Dr. Mileine Couttenye

Dienst Nefrologie-Hypertensie, Universitair Ziekenhuis Antwerpen

Uit tal van studies blijkt dat bij tijdige voorbereiding van de patiënt met chronische nierinsufficiëntie, de prognose wat betreft morbiditeit en mortaliteit in de fase van terminaal nierfalen verbetert. De KDOQI richtlijnen geven aan dat met deze voorbereiding dient begonnen te worden zodra de GFR daalt onder 30 ml/min/1.73 m² en dat vanaf dit stadium de patiënt dient te worden verwezen naar een nefroloog [1].

Deze richtlijn betreft echter vooral de concreet technische voorbereiding op nierfunctievervangende therapie. In het globale management van deze patiënten speelt echter ook de psychosociale begeleiding een grote rol. Deze rol kan ook mede door de eerste lijn worden opgenomen en dit vanaf de diagnosestelling van een chronisch nierlijden [2]. Naarmate de graad van chronische nierinsufficiëntie toeneemt, groeien bij de patiënt immers ook de gevoelens van angst en onzekerheid (o.m. ook i.v.m. werkongeschiktheid). Daarnaast dient ook aandacht besteed te worden aan self management attitudes. Vanaf de aanvang van de psychosociale begeleiding dienen ook de familie en eventuele andere mantelzorgers te worden betrokken [3].

Daarnaast is ook gebleken dat de prognose van deze patiënten in de fase van terminale nierinsufficiëntie (CKD stadium V) verbetert als er een residuele nierfunctie kan worden bewaard [4]. Mede in deze optiek dienen dan ook in iedere fase van het chronisch nierlijden de renoprotectieve maatregelen (ACE-I en ARB's) in acht te worden genomen, en moeten ook in de mate van het mogelijke nefrotxische agentia (bv. radiologisch contrast, NSAIDs, COX-2 inhibitoren, ...) worden vermeden.

Vanaf stadium IV van het chronisch nierlijden dient een keuze gemaakt tussen de verschillende vormen van nierfunctievervangende therapie. Naast medisch technische aspecten worden hierbij ook psychosociale aspecten in overweging genomen.

Eens de keuze gemaakt beginnen de concrete technische voorbereidingen:

- een eerste vaak vergeten optie bestaat in het verder zetten van maximale conservatieve therapie d.m.v. dieet en medicatie [5]. Vooral de geriatrische populatie (met zware comorbiditeit) komt hiervoor in aanmerking. Een nauw overleg tussen huisarts en nefroloog moet een dergelijke “palliatieve” setting mogelijk maken.
- voor de tweede optie, de niertransplantatie – die pas gekozen kan worden na het uitsluiten van formele contra-indicaties – omvat de voorbereiding het bepalen van de weefseltypering, een psychosociale evaluatie, het uitsluiten van chronische, occulte infectiehaarden, een uitgebreide cardiovasculaire en zo nodig ook urologische evaluatie.
- voor de derde optie, dialyse, dient de keuze gemaakt tussen hemo- en peritoneale dialyse. Indien er geen absolute medische contra-indicaties vóór de ene of andere modaliteit zijn, dient de patiënt (en zijn naaste omgeving) actief betrokken te worden bij deze keuze [2]. Naast gesprekken met de nefroloog en de andere leden van het dialyseteam kunnen contacten met medepatiënten en patiëntenbrochures hierbij behulpzaam zijn. Zo voor peritoneale dialyse (PD) gekozen wordt, dient een PD-katheter in de buikholte te worden geplaatst, best minstens 2 weken vóór het opstarten van de dialyse. Daarna kan met de opleiding van de patiënt gestart worden. Zo voor hemodialyse wordt geopteerd verdient een

arterioveneuze fistel de voorkeur boven een permanente diepveneuze katheter. Om deze fistel te creëren is het belangrijk dat de venen in de armen van de patiënt van goede kwaliteit zijn. Vermijden van bloedprikken, infusen, enz. in één arm van de patiënt in de voorafgaande periode is hiervoor belangrijk, dit om veneuze trombose te voorkomen. Na het aanleggen van een arterioveneuze shunt moet deze zich gedurende een bepaalde tijd kunnen “ontwikkelen”. Dit duurt minimaal 6-8 weken; momenteel wordt door sommige auteurs zelfs aangeraden om 6 maand vóór het opstarten van de hemodialyse een fistel aan te leggen.

Het bepalen van het eigenlijke startmoment voor dialyse blijft een compromis dat tussen patiënt en het nefrologisch team wordt besproken. Algemeen raadt men aan het opstarten in overweging te nemen zodra de GFR onder de 15 ml/min/1.73 m² zakt. Een aantal medische redenen (bv. oncontroleerbare hyperkaliëmie, moeilijke volume- of bloeddrukcontrole of malnutritie) kunnen dit tijdstip vervroegen, andere (bv. fistel onvoldoende rijp bij asymptomatische patiënt) het uitstellen [1].

Referenties

1. http://www.kidney.org/professionals/KDOQI/guidelines_ckd/toc.htm (geraadpleegd: 3/9/2007).
2. Davison SN, Simpson C. Hope and advance care planning in patients with end stage renal disease: qualitative interview study. *BMJ* 2006; 333(7574): 886.
3. Christensen AJ, Wiebe JS, Smith TW, Turner CW. Predictors of survival among hemodialysis patients: effect of perceived family support. *Health Psychol* 1994; 13(6): 521-5.
4. Termorshuizen F, Dekker FW, van Manen JG, Korevaar JC, Boeschoten EW, Krediet RT; NECOSAD Study Group. Relative contribution of residual renal function and different measures of adequacy to survival in hemodialysis patients: an analysis of the Netherlands Cooperative Study on the Adequacy of Dialysis (NECOSAD)-2. *J Am Soc Nephrol* 2004; 15(4): 1061-70.
5. Murtagh FE, Marsh JE, Donohoe P, Ekbal NJ, Sheerin NS, Harris FE. Dialysis or not? A comparative survival study of patients over 75 years with chronic kidney disease stage 5. *Nephrol Dial Transplant* 2007; 22(7): 1955-62.