

COMMENTAAR

Verschillen in richtlijnen chronische nierschade

GEEN GROTE CONSEQUENTIES VOOR DE PRAKTIJK

Henk E. Sluiter

Gerelateerd artikel: Ned Tijdschr Geneesk. 2012;156:A5259

De landelijke transmurale afspraak (LTA) 'Chronische nierschade' werd gepubliceerd in 2009.¹ Uit het onderzoek van Meijer en Schellevis elders in het *Tijdschrift* blijkt dat amper 3 jaar later de meerderheid van de zorgverleners in de eerste en de tweede lijn zich al aan de inhoud ervan lijkt te houden.² Dat betekent een redelijk hoge acceptatiegraad. De afspraken in de LTA 'Chronische nierschade' worden nog niet overal volledig gevolgd; in dit artikel zal ik betogen dat dat niet erg is.

LANDELIJKE TRANSMURALE AFSpraak EN RICHTLIJN

Voor de behandeling van patiënten met chronische nierschade wordt in de tweede lijn naast de LTA 'Chronische nierschade' ook de 'Richtlijn voor de behandeling van patiënten met chronische nierschade' van de Nederlandse Internisten Vereniging (NIV) en de Nederlandse federatie voor Nefrologie (NfN) gebruikt.³ Deze richtlijn werd eveneens in 2009 opgesteld. De werkgroep bestond uit vertegenwoordigers van de NfN, de NIV, het Nederlandse Huisartsengenootschap (NHG) en de Nederlandse Vereniging voor Vasculaire Geneeskunde (NVVG). De samenstelling kwam hiermee gedeeltelijk overeen met die van de werkgroep die de LTA 'Chronische nierschade' had opgesteld. Hoewel er afstemming plaatsvond tussen beide werkgroepen, zijn de verwijscriteria niet helemaal gelijk.

De richtlijn van de NIV en de NfN hanteert voor verwijzing van patiënten hogere afkapwaarden voor de geschatte glomerulaire filtratiesnelheid (eGFR) dan de LTA. Volgens de richtlijn dienen de volgende patiënten te worden verwezen: (a) patiënten < 65 jaar met een eGFR < 60 ml/min per 1,73 m² (bewijskracht: 'expert opinion'); (b) patiënten > 65 jaar met een eGFR < 60 ml/min per 1,73 m², maar alleen bij een proteïnurie van > 1 g/24 h of een achteruitgang van de eGFR van > 3 ml/min per 1,73 m² per jaar, tenzij de levensverwachting kort is (bewijskracht:

expert opinion en observationele studies, patiëntcontrole-onderzoek en patiëntbeschrijvingen); (c) alle patiënten met een eGFR < 30 ml/min per 1,73 m² (bewijskracht: gerandomiseerde studies en meta-analyses). Daarnaast beveelt de richtlijn aan patiënten met chronische nierschade stadium 3, 4 en 5 (eGFR van respectievelijk 30-59, 15-29 en < 15 ml/min per 1,73 m²) regelmatig te controleren (bewijskracht: niet-gerandomiseerde, gecontroleerde, klinische studies). Deze controles kan de huisarts zelf op zich nemen, of een patiënt kan hiervoor naar de specialist verwezen worden.

De resultaten van het onderzoek van Meijer en Schellevis zouden het gevolg kunnen zijn van het feit dat een deel van de lokale transmurale afspraken uitgaat van de richtlijn van de NIV en de NfN.

BEWIJSKRACHT

Een deel van het wetenschappelijk bewijs waar de LTA 'Chronische nierschade' op is gebaseerd, staat nog niet onomstotelijk vast en de publicaties zijn doorgaans van ruim vóór 2009. De verwijscriteria in de LTA zijn deels ontleend aan al bestaande richtlijnen op cardiovasculair gebied en deels aan consensus in de werkgroep. Er is de laatste jaren het nodige aan wetenschappelijk bewijs bij gekomen in de literatuur. Dit bewijs gaat over de mate waarin de aanwezigheid van proteïnurie de classificatie van chronische nierschade dient te modificeren en de betekenis van cholesterolverlaging voor de prognose van patiënten met chronische nierschade. Ook de mate waarin afname van spiermassa bij oudere patiënten de eGFR beïnvloedt, is onderwerp van discussie, omdat de eGFR gebaseerd is op de 'Modification of diet in renal disease'(MDRD)-formule. Tot slot is meer duidelijk geworden over het nut van tweedelijsbehandeling door multidisciplinaire teams en over het belang van tijdige verwijzing van patiënten die voor nierfunctievervangende behandeling in aanmerking komen.

OP TIJD VERWIJZEN

Het tijdig verwijzen van patiënten is niet alleen van belang om verdere nierfunctieverlechtering te voorkomen, om late complicaties voor te zijn en symptomen als oedeem en uremische klachten te behandelen, maar ook om patiënten bijtijds te kunnen voorlichten over nier-

Deventer Ziekenhuis, afd. Interne Geneeskunde,
Deventer.

Dr. H.E. Sluiter, internist-nefroloog
(h.e.sluiter@dz.nl).

functievervangende behandeling, over vormen van dialyse en over niertransplantatie. Meer dan de helft van de niertransplantaties wordt inmiddels gedaan met een nier van een levende donor en de beste resultaten worden behaald als de transplantatie plaatsvindt voordat dialyse noodzakelijk wordt. De procedure is complex, de voorbereiding kost veel tijd en ook het opbouwen van een goede arts-patiëntrelatie heeft tijd nodig. Wanneer een niertransplantatie tot de opties behoort, zal ruim voordat dialyse aan de orde is met de voorbereidende zaken gestart moeten worden.

GEZAMENLIJKE AANPAK

Het is de vraag of discussie over de verdeling van zorg in de eerste en de tweede lijn een belangrijke rol heeft gespeeld bij de lokale transmurale afspraken waarbij de LTA 'Chronische nierschade' niet letterlijk werd gehanteerd. Er zijn zoveel patiënten met chronische nierschade stadium 3-5 (5,3% van de Nederlanders)⁴ in de eerste en de tweede lijn dat elke behandelaar het belang zal zien van een goede gezamenlijke oplossing voor de begeleiding van deze patiëntengroep.

In de eerste en de tweede lijn bestaat inmiddels een grote mate van overeenstemming over de vraag welke patiënten baat hebben bij verwijzing naar de tweede lijn. Dat zijn in de eerste plaats patiënten met een diagnose die behandelconsequenties heeft. Het gaat dan vooral om patiënten met een proteïnurie van > 1 g/24 h, met afwijkingen in het urinesediment, met een sterk belaste familieanamnese voor nierziekten of met een moeilijk behandelbare hypertensie. Patiënten met chronische nierschade stadium 3b-4 (eGFR < 45 ml/min per 1,73 m²) moeten ook verwezen worden in verband met voorbereiding op dialyse of niertransplantatie en om secundaire complicaties van nierfalen te voorkomen, zoals cardiovasculaire complicaties, botafwijkingen en elektrolytstoornissen. Ten slotte is verwijzing naar de tweede lijn geïndiceerd voor patiënten die gebaat zijn bij begeleiding door een tweedelijns nefrologieteam, dat bestaat uit een internist-nefroloog, een nefrologieverpleegkundige, een diëtiste

met nefrologie als specialiteit en een maatschappelijk werker. Uit de grote Nederlandse Masterplan-studie is gebleken dat met name de nefrologieverpleegkundige een grote meerwaarde heeft.⁵

CONSULTATIE OF VERWIJZING

Ondersteuning voor de huisarts in de tweede lijn kan bereikt worden door consultatie van of door een formele verwijzing naar een medisch specialist. Gezien het grote aantal patiënten met chronische nierschade stadium 3 in Nederland is een formele verwijzing niet altijd haalbaar en wenselijk. Onder meer in Nijmegen loopt momenteel een onderzoek naar de waarde van het e-consult wanneer de huisarts aarzelt om de begeleiding op zich te nemen van patiënten met chronisch nierfalen stadium 3.⁶

CONCLUSIE

De eerste en tweede lijn zijn op de goede weg met de gezamenlijke aanpak van patiënten met chronische nierschade. Dat wordt alleen maar beter. Het is een goede gewoonte om richtlijnen periodiek te herzien; de meest gehanteerde termijn daarvoor is 5 jaar. In 2014 zou daarom idealiter een geactualiseerde versie verschijnen van zowel de Landelijke transmurale afspraak 'Chronische nierschade' als van de 'Richtlijn voor de behandeling van patiënten met chronische nierschade'. Mijn advies is om dan met 1 nieuwe richtlijn te komen die als vertrekpunt kan gelden voor zowel het Nederlands Huisartsen Genootschap als de Nederlandse Internisten Vereniging en de Nederlandse federatie voor Nefrologie.

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 24 oktober 2012

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2012;156:A5679

[➤ Meer op www.ntvg.nl/opinie](http://www.ntvg.nl/opinie)

LITERATUUR

- 1 De Grauw WJC, Kaasjager HAH, Bilo HJG, Faber EF, Flikweert S, et al. Landelijke transmurale afspraak chronische nierschade. Huisarts Wet. 2009;52:586-97.
- 2 Meijer LJ, Schellevis G. Verwijzing van patiënten met chronische nierschade. Ned Tijdschr Geneeskd. 2012;156:A5259.
- 3 Richtlijn voor de behandeling van patiënten met Chronische Nierschade (2009). www.kwaliteitskoepel.nl/assets/structured-files/NIV/Betrokkenbij/Chronische-nierschade-2009.pdf, geraadpleegd op 13 november 2012.
- 4 Prevend Study, the second survey, tabel 1. www.prevend.org/index.php, geraadpleegd op 13 november 2012.
- 5 Van Zuilen AD, Blankestijn PJ, van Buren M, ten Dam MAGJ, Kaasjager KAH, et al. Nurse practitioners improve the quality of care in chronic kidney disease: two year results of a randomized study. Neth J Med. 2011;69:517-26.
- 6 Scherpbier-de Haan N, Wetzels J, Vervoort G, de Grauw W. Telenefrologie kan verwijzing voorkomen. Med Contact. 2011;66:1729-31.