

TER DISCUSSIE

De preventie van nierfalen moet nog beter

Ron T. Gansevoort, Hiddo J. Lambers Heerspink en Paul E. de Jong

Sinds enkele jaren zijn er aanwijzingen op populatieniveau dat de preventie van het eindstadium van nierfalen mogelijk is. Toch stijgt het aantal mensen dat nierfunctievervangende behandeling krijgt nog steeds, als gevolg van de vergrijzing. Als meer ingezet wordt op preventie door betere screening en intensievere behandeling, kan het aantal mensen met nierfalen in het eindstadium gereduceerd worden. Wij stellen voor de screening op chronische nierschade te verbeteren, niet alleen bij mensen met diabetes mellitus, maar ook bij mensen met hypertensie en met een positieve cardiovasculaire familiegeschiedenis, bij mensen die in aanmerking komen voor het PreventieConsult, en bij mensen uit lagere sociaal-economische klassen. Ook is een betere behandeling nodig van mensen bij wie chronische nierschade is vastgesteld.

Het aantal mensen dat in Nederland afhankelijk is van nierfunctievervangende behandeling – dialyse of niertransplantatie – is de afgelopen jaren vrijwel lineair toegenomen, van ongeveer 9500 in het jaar 2000 tot 15.500 in 2013.¹ Deze toename is alarmerend gezien de consequenties voor de betrokken personen en de kosten die deze behandeling met zich meebrengt. Deze toename is bovendien teleurstellend, omdat ze suggereert dat preventieve maatregelen ter voorkoming van nierfalen geen succes hebben gehad op populatieniveau. Dat zou opmerkelijk zijn omdat van verschillende behandelingen is aangetoond dat zij de progressie van nierschade tot het eindstadium van nierfalen kunnen afremmen, zoals strikte controle van de bloeddruk, ACE-remmers, angiotensine-II-receptorblokkers en een zout- en eiwitbeperkt dieet.²

In dit artikel betogen wij dat er aanwijzingen zijn dat preventie van het eindstadium van nierfalen wel degelijk succesvol is, maar dat er meer nodig zal zijn om de bovenbeschreven trend om te buigen.

PREVENTIE VAN NIERFALEN IS MOGELIJK

De toename in het aantal mensen dat afhankelijk is van nierfunctievervangende behandeling zou verklaard kunnen worden door een verbeterde overleving tijdens nierfunctievervangende behandeling en door een toename in het aantal patiënten dat per jaar afhankelijk wordt van nierfunctievervangende behandeling. Dat laatste is in de praktijk niet het geval. Sinds 2008 is de incidentie van het eindstadium van nierfalen, dat wil zeggen: het totale aantal mensen dat per jaar afhankelijk wordt van nierfunctievervangende behandeling, gestabiliseerd op ongeveer 2000 per jaar (figuur 1a). Deze gegevens zijn verkregen via de Registratie Nierfunctievervanging Nederland (RENINE), die wordt uitgevoerd met medewerking van de dialyse- en transplantatiecentra in Nederland.¹ De overleving van patiënten die nierfunctievervangende behandeling ondergaan is wel gestaag verbeterd, zowel voor patiënten die dialyse krijgen als voor degenen die leven met een niertransplantaat.¹

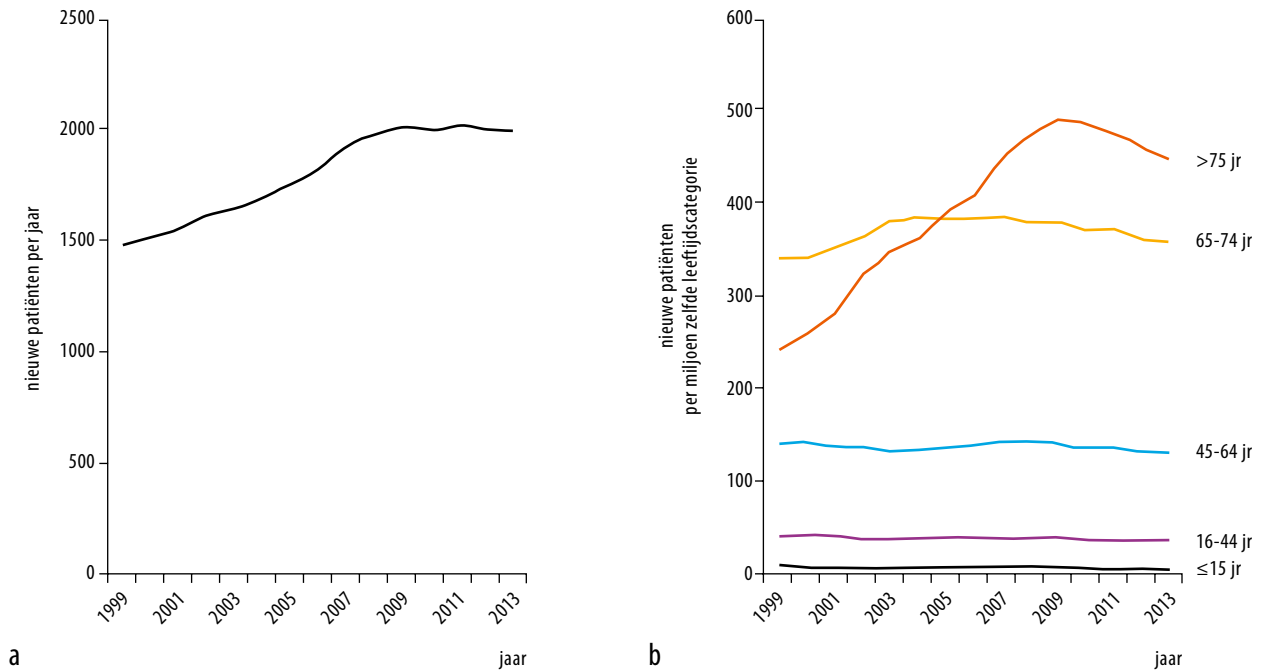
Om het mogelijke effect van preventie op de incidentie van nierfalen goed te kunnen inschatten, kunnen we beter de incidentie per miljoen personen in dezelfde leeftijdscategorie bekijken (figuur 1b). Dan blijkt dat de incidentie in alle leeftijdsgroepen een maximum heeft bereikt, en de afgelopen jaren zelfs een daling vertoont

Universitair Medisch Centrum Groningen, Groningen.

Afd. Nefrologie: prof.dr. R.T. Gansevoort en prof.dr. P.E. de Jong, nefrologen.

Afd. Klinische Farmacologie: dr. H.J. Lambers Heerspink, klinisch farmacoloog.

Contactpersoon: prof.dr. R.T. Gansevoort
(R.T.Gansevoort@umcg.nl).



FIGUUR 1 Jaarlijkse aantallen van patiënten in Nederland die afhankelijk zijn geworden van nierfunctievervangende behandeling; (a) totaal aantal per jaar en (b) aantal per leeftijdsgroep, uitgedrukt per miljoen personen in dezelfde leeftijdscategorie (driejaarsgemiddelden).¹

van 1-2% per jaar. Die daling, gerekend vanaf het jaar dat de incidentie in de betreffende leeftijdsgroep het hoogst was, bedraagt -2,5%, -0,8%, -1,8%, -1,1% en -2,2% per jaar in de leeftijdsklassen van respectievelijk ≤ 15 , 16-44, 45-64, 65-74 en > 75 jaar.¹

Deze ontwikkeling in de incidentie van nierfalen per miljoen van de leeftijdsgerelateerde populatie duidt op succesvolle preventie. Het eindstadium van nierfalen kan klaarblijkelijk voorkomen worden. Andere verklaringen voor de daling van de incidentie per leeftijdsgroep lijken minder waarschijnlijk. Zo kan de stabilisatie in de instroom in theorie het gevolg zijn van het feit dat mensen tegenwoordig pas bij slechtere nierfunctie in nierfunctievervangende behandeling worden genomen. Er is echter geen systematisch verzamelde informatie beschikbaar over de nierfunctie van patiënten aan het begin van de behandeling. Deze verklaring is bovendien niet aannemelijk, omdat steeds meer mensen worden getransplanteerd nog voordat zij afhankelijk worden van dialyse. Een dergelijke pre-emptieve transplantatie wordt per definitie gedaan bij patiënten met een betere nierfunctie dan wanneer iemand start met dialyse. Voorts is aangevoerd dat mensen met nierfalen, zeker de oudere patiënten, tegenwoordig juist bij betere nierfunctie in dialyse worden genomen. Ook is het niet aannemelijk dat de daling van de incidentie per leeftijdsgroep het gevolg is

van een terughoudender beleid om patiënten met nierfalen te verwijzen of te accepteren voor nierfunctievervangende behandeling, aangezien de procentuele daling in de incidentie in alle leeftijdsgroepen min of meer vergelijkbaar is.

HET EFFECT VAN EEN VERGRIJZENDE BEVOLKING

Dat de daling in incidentie van nierfalen per leeftijdsklasse niet heeft geleid tot een daling in de totale incidentie van nierfalen op populatieniveau is het gevolg van de vergrijzing van de bevolking. De komende decennia zet de verandering in bevolkingsopbouw door. Het Centraal Bureau voor de Statistiek voorspelt dat het aantal mensen in de leeftijd van 65-75 jaar stijgt van 1,6 miljoen in 2013 naar 2,1 miljoen in 2030, en in de leeftijd > 75 jaar van 1,2 miljoen naar 2,1 miljoen. Dit zijn stijgingen van respectievelijk 2 en 4% per jaar.

Deze veranderende bevolkingsopbouw heeft consequenties voor het te verwachten aantal mensen dat afhankelijk zal zijn van nierfunctievervangende behandeling. De incidentie van nierfalen in het eindstadium is immers hoger in de oudere leeftijdsgroepen. Mocht de situatie zoals die in 2013 was blijven voortbestaan, dan zal door de vergrijzing het aantal mensen dat afhankelijk is van nierfunctievervangende behandeling fors blijven stijgen. Als we in staat zijn door preventie het aantal mensen met

het eindstadium van nierfalen sterker te laten dalen dan de huidige 1-2% per leeftijdscategorie, zal het mogelijk zijn de verwachte toename door de vergrijzing op te vangen. Alleen dan zal het aantal mensen dat afhankelijk is van nierfunctievervangende behandeling afnemen (figuur 2).

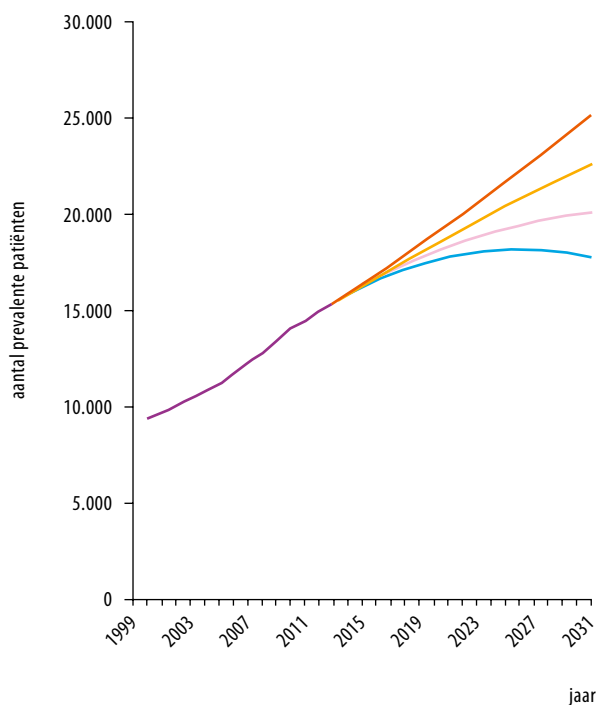
SCREENING OP CHRONISCHE NIERSCHADE MOET VERBETEREN

Preventie van nierfalen is voornamelijk mogelijk bij mensen die vroege tekenen van chronische nierschade vertonen. Deze vroege fase van nierschade is vast te stellen door de nierfunctie te meten – geschatte glomerulaire filtratiesnelheid (eGFR), berekend aan de hand van een serumcreatininewaarde – en vooral door het eiwitverlies in de urine te bepalen aan de hand van een albuminemeting in een urinemonster.² Er zijn naar onze mening verschillende mogelijkheden om effectievere preventie van nierfalen te bereiken bij patiënten met vroege tekenen van chronische nierschade.

NHG-standaard volgen Ten eerste, de eGFR en albuminurie moet volgens de vigerende NHG-standaard 'Diabetes mellitus type 2' jaarlijks gemeten worden bij mensen met bekende diabetes mellitus.³ Als daarbij afwijkende waarden worden gevonden, adviseert de NHG-standaard preventieve acties. Hoewel er tekenen zijn dat de eGFR en albuminurie bij patiënten met diabetes mellitus goed gemonitord worden, is er nog veel winst te boeken. Zo bleek uit een recente Groningse analyse van 182 huisartsenpraktijken dat albuminurie in een periode van 3 jaar nooit was gecontroleerd bij 21,4% van de daar bekende patiënten met diabetes mellitus type 2 en dat albuminurie bij slechts 23,7% van de mensen jaarlijks werd gevolgd.⁴

Evenals bij mensen met bekende diabetes, moeten eGFR en albuminurie ook jaarlijks gemeten worden bij mensen met bekende hypertensie of een cardiovasculaire voorgeschiedenis.⁵ Die metingen vinden bij deze doelgroep nog minder frequent plaats dan bij diabetespatiënten.⁶ Een Nijmeegs onderzoek toonde bovendien aan dat bij minder dan de helft van de patiënten met bekende chronische nierschade (43%) de ziekteprogressie in de voorgaande 15 maanden adequaat gecontroleerd was volgens de richtlijnen, namelijk door onderzoek van de eGFR, albuminurie en bloeddruk.⁷ De richtlijnen moeten in deze groepen dus beter worden gevolgd.

Screenen in risicogroepen Ten tweede kunnen we mensen met chronische nierschade opsporen, door te screenen op nog niet bekende diabetes, hypertensie of cardiovasculaire aandoeningen. Het Groningse PREVENT-onderzoek toonde aan dat het merendeel van de mensen met chronische nierschade tot deze groepen behoort.⁸ Dit is ook de benadering die het NHG volgt met zijn PreventieConsult.⁹



FIGUUR 2 Te verwachten prevalentie van mensen die afhankelijk zijn van nierfunctievervangende behandeling in Nederland in de periode 2013-2030. Er worden 4 hypothetische scenario's getoond: de rode lijn geeft het aantal prevalentie patiënten aan als de instroom van nieuwe patiënten per leeftijdscategorie gelijk blijft aan die in 2013, oranje als de instroom 1% per jaar daalt, lila als de daling 2% bedraagt en blauw als dit 3% per jaar is. In deze scenario's is aangenomen dat de overleving van patiënten op nierfunctievervangende behandeling ieder jaar 0,1% verbetert.

De procedure van dit PreventieConsult is dat mensen met een leeftijd onder de 45 jaar die nog niet bekend zijn met cardiovasculaire risicofactoren, vragenlijsten invullen, waarmee aan de hand van leeftijd, lengte, gewicht, buikomvang, en familiegeschiedenis van diabetes en cardiovasculaire aandoeningen een risicoschatting kan worden gemaakt op het eventueel aanwezig zijn van hypertensie, hypercholesterolemie of diabetes mellitus. Mensen met een hoger risico worden dan uitgenodigd voor een screening. Bij die screening worden de eGFR en albuminurie pas gemeten nadat een eventuele hypertensie, hyperlipidemie of diabetes mellitus is vastgesteld. De patiënt moet dan opnieuw worden gezien om bloed en urine af te nemen voor vaststelling van de chronische nierschade.

Wij pleiten ervoor de eGFR en albuminurie in de eerste meting mee te nemen, tegelijkertijd met de meting van bloeddruk, cholesterol en bloedsuiker. Anders worden veel mensen met chronische nierschade niet geïdentifi-

ceerd. Dit is onwenselijk, omdat deze mensen nog niet behandeld worden met nierfunctiebeschermende medicatie en juist in deze groep veel winst valt te boeken. Een bijkomend probleem is dat de ervaring met het PreventieConsult tot dusverre teleurstellend is. Er wordt beperkt gebruik van gemaakt, zeker als het PreventieConsult passief wordt aangeboden.¹⁰ Bovendien bezoekt slechts een derde van degenen die op de vragenlijst een hoog risico scoren daadwerkelijk de huisarts.¹⁰ Een actievare aanpak en betere implementatie van dit PreventieConsult is dan ook gewenst.

Lagere sociaal-economische status Ten derde kunnen we naast de nu geaccepteerde hoogrisicogroepen ook andere risicogroepen gaan screenen, zoals mensen uit lagere sociaal-economische klassen, omdat chronische nierschade vaker in die groep voorkomt.¹¹ Aangezien deze groep meestal matig respondeert op een uitnodiging voor screening, is hier een specifieke aanpak vereist.

BEHANDELING VAN CHRONISCHE NIERSCHADE MOET VERBETEREN

Ten slotte is een betere renoprotectieve behandeling gewenst van mensen bij wie chronische nierschade is vastgesteld. De recente internationale richtlijn voor de behandeling van chronische nierschade adviseert een bloeddruk < 140/90 mmHg na te streven bij iemand zonder verhoogde albuminurie en een bloeddruk < 130/80 mmHg bij iemand met verhoogde albuminurie, ongeacht de oorzaak van de chronische nierschade; verhoogde albuminurie is gedefinieerd als > 30 mg albumine per 24 uur, of > 3 mg albumine per mmol creatinine in een urinemonster.² Ook adviseert men een ACE-remmer of angiotensine-II-receptorblokker op te nemen in de bloeddrukbehandeling wanneer de patiënt verhoogde albuminurie heeft. Deze behandeling heeft bovendien meer succes als de zoutinname wordt beperkt tot minder dan 5 g per dag.

Deze maatregelen zijn niet alleen van belang om achteruitgang van de nierfunctie te voorkomen, maar zijn ook cardioprotectief. In een recente analyse bleek dat in de Nederlandse huisartsenpraktijk bij slechts ongeveer driekwart van de patiënten met bekende chronische nierschade (73%) de bloeddruk gemeten was. Bij minder dan de helft van deze patiënten (44%) was de bloeddruk lager dan 140/90 mmHg en bij 16,5% lager dan 130/80 mmHg. Van de mensen met bekende chronische nierschade gebruikte slechts 55,5% een ACE-remmer of angiotensine-II-receptorblokker.⁷

CONCLUSIE

Op populatieniveau is preventie van nierfalen mogelijk. Dat is waarschijnlijk te danken aan een betere renoprotectieve behandeling van mensen van wie bekend is dat zij chronische nierschade hebben. We zullen echter nog beter mensen met de vroegere stadia van chronische nierschade moeten opsporen en hun adequate renoprotectieve behandeling moeten aanbieden. Alleen als we daarin slagen zal het lukken om het aantal mensen dat afhankelijk is van nierfunctievervangende behandeling in Nederland in de toekomst te laten stabiliseren of zelfs te laten afnemen. Het vereist een meer preventief gerichte zorg. De patiënt met beginnend nierfalen moet worden opgespoord en onder controle en behandeling komen; hierbij kan vooral de huisarts een belangrijke rol spelen.

Belangenconflict en financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 13 december 2014

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2015;159:A8472

 **KIJK OOK OP WWW.NTVG.NL/A8472**

LITERATUUR

- 1 Nefrovisie/Registratie Nierfunctievervangende Nederland. www.renine.nl, geraadpleegd op 27 januari 2015.
- 2 Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney Int Suppl* (2011). 2013;3:1-150.
- 3 Rutten GEHM, de Grauw WJC, Nijpels G, et al. HG-Standaard Diabetes mellitus type 2 (derde herziening). *Huisarts Wet.* 2013;56:512-25.
- 4 Hellemons ME, Denig P, de Zeeuw D, Voorham J, Lambers Heerspink HJ. Is albuminuria screening and treatment optimal in patients with type 2 diabetes in primary care? Observational data of the GIANTT cohort. *Nephrol Dial Transplant.* 2013;28:706-15.
- 5 NHG-Standaard Cardiovasculair risicomangement (eerste herziening). *Huisarts Wet.* 2012;55:14-28.
- 6 Van der Meer V, Wielders HPM, Grootendorst DC, et al. Chronic kidney disease in patients with diabetes mellitus type 2 or hypertension in general practice. *Br J Gen Pract.* 2010;60:884-90.
- 7 Scherpbier ND. Optimising chronic kidney disease management in primary care [proefschrift]. Nijmegen: Radboud Universiteit; 2013.
- 8 Özyilmaz A, Bakker SJ, de Zeeuw D, de Jong PE, Gansevoort RT; PREVENT Study Group. Screening for albuminuria with subsequent screening for hypertension and hypercholesterolaemia identifies subjects in whom treatment is warranted to prevent cardiovascular events. *Nephrol Dial Transplant.* 2013;28:2805-15.
- 9 Dekker JM, Alsema M, Janssen PGH, et al. NHG-Standaard 'Het PreventieConsult' Module Cardiometabool. *Huisarts Wet.* 2011;55:138-55.

- 10 Van der Meer V, Nielen MMJ, Drenthen AJM, Van Vliet M, Assendelft WJJ, Schellevis FG. Cardiometabolic prevention consultation in the Netherlands: screening uptake and detection of cardiometabolic risk factors and diseases – a pilot study. *BMC Fam Pract.* 2013;14:29.
- 11 Vart P, Gansevoort RT, Coresh J, Reijneveld SA, Bültmann U. Socioeconomic measures and chronic kidney disease in the United States and the Netherlands. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2013;8:1685-93.