Huisarts in hart, maar ook in nieren?

Haio: DEMUYNCK Wendy , KUL
Promotor: DEGRYSE Jan
Praktijkopleider: VIAENE Marc

Context: Chronische nierinsufficiëntie (CNI) is een frequent voorkomende aandoening bij zowel hypertensie- als diabetespatiënten, welke een belangrijke impact kan hebben op de levenskwaliteit van de patiënt. Vroege screening is van essentieel belang zodat enerzijds de geassocieerde complicaties zoals anemie, metabole acidose en osteoporose te wijten aan CNI kunnen voorkomen worden. Anderzijds kan men bij vroegtijdige detectie de evolutie naar terminaal nierfalen trachten af te remmen en zo de kostprijs voor de maatschappij te reduceren. Ondanks dat Europese richtlijnen opportunistische screening aanraden en dit uit meerdere studies zinvol lijkt, wordt dit te weinig geïmplementeerd in de praktijk.

Onderzoeksvraag: Enerzijds wordt gezocht welke oorzaken er aan de basis liggen van de te beperkte screening naar nierschade binnen onze praktijk. Anderzijds trachten we aan de hand van een prospectief kwantitatief onderzoek via opsporing van proteïnurie, nieuwe patiënten met chronische nierinsufficiëntie te diagnosticeren. Deze screening verloopt bij 2 risicogroepen van chronische nierinsufficiëntie, namelijk hypertensiepatiënten en patiënten met diabetes type 2.

Methode: Na het doorlopen van de PDCA-cyclus (Plan Do Check Act), deel uitmakend van het FOCUS-stappenplan en het opstellen van een visgraatanalyse, werd een procedure uitgeschreven om de diagnosticering van chronische nierinsufficiëntie aan de hand van proteïnurie, te verbeteren in een West-Vlaamse groepspraktijk. Gedurende 5 maanden werd iedere hypertensiepatiënt of patiënt met diabetes type 2 gevraagd een ochtendurinestaal binnen te brengen. Hierop werd zowel sediment (ter exclusie van vals positieven), als de proteïnurie bepaald. Afhankelijk van de resultaten, werd de diagnose van nierschade gesteld. Nadien werden patiëntengegevens uit het dossier geëxtraheerd zoals leeftijd, geslacht, diabetes, hypertensie, eGFR, hypercholesterolemie, aantal jaren diabetes en de HbA1C. De data werden geanalyseerd via bivariate analyses.

Resultaten: Van de 79 geïncludeerde patiënten hadden 45 patiënten diabetes type II en 34 patiënten geïsoleerde hypertensie. Na bepaling van de eGFR en de protëinurie/albuminurie, werden 21 (26,5%) patiënten gediagnosticeerd met CNI. Slechts 2 patiënten waren reeds gecodeerd in het elektronisch medisch dossier. 8 patiënten vertoonden verhoogde proteïnurie (10%). Ze hadden alle 8 de risicofactor diabetes type II en 4 hadden nog een normale nierfunctie. Na het toepassen van de risicostratificatie, hadden 13 patiënten een matig risico, 6 een hoog risico en 2 patiënten een zeer hoog risico op een negatieve uitkomst. Proteïnurie komt significant vaker voor bij patiënten met diabetes type II en bij mannelijke patiënten. RAAS-medicatie werd significant meer voorgeschreven aan patiënten mét diabetes type 2, mét proteïnurie en mét CNI in vergelijking met de groepen zonder deze respectievelijke factor.

Conclusie: Tot besluit kan gesteld worden dat deze masterproef belangrijke aandachtspunten naar voor bracht in de praktijk. Patiëntengegevens en in casu de nierfunctie, moeten worden gecodeerd in het EMD. De systematische opsporing van proteïnurie bij risicogroepen zoals hypertensie- of diabetes mellitus type 2 patiënten, leidt tot het stellen van nieuwe diagnoses van CNI. De classificatie gebaseerd op de combinatie van de geschatte GFR en de albuminurie/proteïnurie primeert als screeningsmethode. De frequentie van CNI zal nog stijgen in de toekomst omwille van de bevolkingsvergrijzing. De preventie en screening naar CNI, blijft dus een belangrijke taak van de

huisarts, waarbij men tracht de progressie van de nierziekte te vertragen en terminaal nierfalen te voorkomen.